

Konferencijos

***“Ar valstybinio valdymo decentralizacija  
pagerins sveikatos priežiūrą Lietuvoje?”***

medžiaga

*PHARE SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMOS PROJEKTAS*



**KONFERENCIJA**  
**“Ar valstybinio valdymo decentralizacija pagerins sveikatos priežiūrą  
Lietuvoje?”**

Medicinos biblioteka, Kaštonų 7, Vilnius

Lietuvoje sveikatos priežiūros teikimas buvo ir vis dar yra labai centralizuotas. Lietuvoje plačiai diskutuojami savivaldybių, apskričių ir Sveikatos apsaugos ministerijos vaidmenys, sprendžiant sveikatos problemas. Sutarimas, kokias funkcijas sveikatos politikos formavimo, įstaigų administravimo ir finansavimo srityse vykdys įvairaus lygio valdymo institucijos, yra viena iš sveikatos reformų sėkmės prielaidų.

Konferencijos tikslas buvo aptarti, ar gali ir kaip gali apskričių administracija pagerinti šalies gyventojų sveikatos priežiūrą lygybės, efektyvumo, prieinamumo bei gyventojų teisės pasirinkti gydymo įstaigą aspektais, pasiekti, kad suartėtų prieštaringos nuomonės sveikatos priežiūros sistemos valdymo klausimais.

Knygoje pateikta konferencijos medžiaga atspindi Lietuvoje susiformavusių požiūrių įvairovę, bei PHARE ekspertų nuostatas aptariamais klausimais.

Tikimės, kad šis leidinys paspartins sveikatos priežiūros reformos plėtrą ir pagerins priimamų valdymo sprendimų kokybę.

*PHARE* sveikatos priežiūros reformos projekto grupė kartu su  
**Sveikatos apsaugos ministerija ir SARB'u**

Leidinių paruošė PHARE sveikatos priežiūros reformos grupė:  
Gediminas Černiauskas ir Romualdas Buivydas  
Gedimino pr. 27, Vilnius



**KONFERENCIJOS DARBOTVARKĖ**

Spalio 10 d.

- 9.00-9.30** Registracija
- 9.30-9.35** Ižanginis žodis  
A.Vinkus, Sveikatos apsaugos ministras
- 9.35-9.45** Sveikatos priežiūros valdymas ir sveikatos reforma  
I.Degutienė, Sveikatos apsaugos ministerija, sekretorė
- 9.45-9.50** Sveikatos priežiūros reforma. Finansinis aspektas.  
J.Kumpienė, Sveikatos apsaugos ministerija, sekretorė

**Pirma dalis: Decentralizacija ir paslaugų teikimas**

- 9.50-10.05** Decentralizacija kaip politinis pasirinkimas  
A.Alban, Danija
- 10.05-10.25** Alternatyvūs decentralizacijos modeliai Lietuvai  
F. van Andel, Olandija
- 10.25-10.40** Decentralizacijos eksperimentas Šiauliuose - asmens sveikatos priežiūros teikimas  
N.Kibildienė, Šiaulių respublikinės ligoninės vyr. gydytoja
- 10.40-10.55** Decentralizacija ir specifinės sveikatos priežiūros paslaugos  
V.Silickas, Valstybinis visuomenės sveikatos centras,  
visuomenės sveikatos strategijos direktorius
- 10.55-11.10** Pertrauka
- 11.10-11.25** Pirminė sveikatos priežiūra  
D.Corder, Kanada
- 11.25-11.40** Lietuvos politinių partijų programų sveikatos politikos klausimais preliminarinė apžvalga

E.Razgauskas, Sveikatos apsaugos ministerija, visuomenės sveikatos ir savivaldybių sveikatos reikalų skyriaus viršininkas

**Antra dalis: Efektyvumo apskrities lygiu pagerinimas**

**11.40-11.50** Sveikatos statistika apskrities lygiu

A.Gaižauskienė, Sveikatos informacijos centras, direktorė

**11.50-12.10** Kaip pasiekti efektyvumo?

J.Sorensen, Danija

**12.10-12.20** Decentralizacija ir apskričių bei valsčių formavimas

V.P.Andriukaitis, Lietuvos Respublikos Seimo narys

**12.20-12.35** Apskričių atstovų požiūris

A.Rimas, Marijampolės apskritis, valdytojas

**12.35-13.30** Diskusija

**13.30-14.30** Pietūs

**Trečia dalis: Darbas grupėse**

**14.30-14.40** Dalyvių instruktažas

**14.40-16.10** Diskusijos darbo grupėse

**16.10-16.30** Pertrauka

**16.30-17.30** Grupių atstovų pasisakymas plenariniame posėdyje

**17.30-17.45** Diskusijos rezultatų apibendrinimas

**17.45** Konferencijos uždarymas

## IŽANGINIS ŽODIS

Antanas VINKUS  
Sveikatos apsaugos ministras

Brangūs konferencijos dalyviai, mielos ponios ir ponai, garbūs svečiai! Daugelis iš mūsų dar gyvename išpūdžiais iš paskutiniojo Gydytojų sąjungos suvažiavimo. Šiame atsakingame forume, vykusiame Šiauliuose, buvo labai aštriai gvildinamos įvairios sveikatingumo, sveikatos apsaugos organizavimo ir medikų socialinės problemos, kurias labai glaudžiai susiję su šios dienos konferencija. Svarbiausia, ką mes supratome Gydytojų suvažiavime, kad galima net turint skirtingas nuomones sėkmingai diskutuoti ir rasti bendrą kalbą. Pradedame pavargti nuo įvairių koncepcijų ir diskusijų, o realių darbų vis dar nematyti. Sakyčiau, kad ir Gydytojų sąjungos suvažiavimo pradžioje pasigedome supratimo, kokią naudą ir efektą sveikatos sistemos reforma duoda ligoniams. Ką mes vis darome žmonių labui, kam mes tarnaujame?

Kalbame apie reformą, valdymą, centralizaciją, decentralizaciją, jų vykdymo etapus. O ką iš to laimės mūsų ligoniai, visuomenė? Ką mes duosime žmonėms?

Pradėdamas mūsų susitikimą, norėčiau nuoširdžiai padėkoti apskričių valdytojams, rajonų merams, gerbiamiems Seimo nariams V.Andriukaičiui, L.Alesionkai, V.Astrauskui, Prezidento patarėjui V.Gurauskui ir kitiems bičiuliams, kurie rado laiko ir noro dalyvauti šioje konferencijoje.

Konferencijos tikslas - aptarti valdymo sistemos decentralizaciją, paanalizuoti, kokį gavome palikimą ir kokiais tempais mes galime eiti toliau. Noriu pasakyti, kad be visuomenės, be žmonių, kuriems mes tarnaujame, be merijų ir apskričių vadovybės, jų dalyvavimo ir pagalbos mūsų reforma atsidurtų aklavietėje. Priimtas Sveikatos sistemos įstatymas, kuriame numatytos strateginės sveikatos politikos kryptys ir kuriomis vadovaudamiesi galime dirbti. Būtent nuo strateginių sveikatos politikos krypčių mes turime pradėti. Žinoma, ne visi šalyje gerbia įstatymus, ne visi įstatymai vykdomi. Šiandien kai kas komentuoja, kad Sveikatos apsaugos ministerija stabdo reformas, nevykdo Sveikatos sistemos įstatymo.

Mieli bičiuliai, mes susirinkome tam, kad, neduok, Dieve, ta reforma nebūtų daroma aklai ir skubotai ir kad neatsitiktų taip, kaip atsitiko su labai skubia decentralizacija žemės ūkyje. Šiandien mes norėtume iš jūsų išgirsti, kokie etapai būtini, kas, jūsų nuomone, yra decentralizacija. Juk tai ir funkcijų, ir atsakomybės, ir turto pasidalijimas. Be to, visa tai turi būti daroma harmoningai, svarbiausia - nepakenkiant ligoniui.

Dabar mes iš tiesų stabtelėjome ir ne iš karto atiduodame apskritims rajonines ligonines, kaip parašyta Sveikatos sistemos įstatyme. O stabtelėjome todėl, kad pamatėme, jog kol kas nėra aiškios ekonominės vizijos arba bent ekonominės poli-

tikos sveikatos apsaugos klausimais. Aišku, dalis kaltės tenka ir Sveikatos apsaugos ministerijai. Esant sunkiai ekonominei situacijai, kol nėra kai kurių svarbių sveikatos apsaugos sistemos įstatymų - Sveikatos draudimo, Sveikatos priežiūros įstaigų, Pacientų teisių ir žalos atlyginimo ir kitų - bei neatlikus gydymo įstaigų akreditacijos sunku tikėtis sėkmingos reformos eigos.

Mes jau patyrėme, ką reiškia uždaryti nors vieną, kad ir mažiausią, ligoninę.

Norint daryti reformą, būtinas juridinis pagrindas, t.y. įstatyminė bazė. Todėl šiandien Sveikatos apsaugos ministerijos vadovybė nori jums išdėstyti mūsų politiką, valdymo sistemos decentralizacijos eigą, sveikatos sistemos finansavimo problemas, mūsų artimiausius uždavinius.

Tikiu, kad diskusijos bus vaisingos, o kritika konstruktyvi. Mes ją priimsime labai nuoširdžiai, ir įvertinę padarysime išvadas, kokių žingsnių turime toliau eiti, kad nereikėtų grįžti atgal.

## SVEIKATOS PRIEŽIŪROS VALDYMAS IR SVEIKATOS REFORMA

Irena DEGUTIENĖ

Sveikatos apsaugos ministerijos sekretorė

Pirmiausiai noriu visus pasveikinti susirinkusius į šią konferenciją, kadangi tai turbūt yra viena iš svarbiausių konferencijų. Kaip gerbiamas ministras jau sakė, tai, ką mes pradėjome daryti, yra pirmieji reformos žingsniai, tačiau yra labai įvairiaspalvis pirmųjų reformos žingsnių įvertinimas, labai daug ir įvairių nuomonių. Turbūt įvairių nuomonių yra ir politikoje, ir kitose srityse, o sveikatos apsaugos sistemos srityje turbūt ypatingai, kadangi visi mes ir dirbantys sveikatos sistemos srityje, ir jūs, gerbiamieji apskričių valdytojai, merai, tarnaujame Lietuvos žmonėms. Todėl aš pradžioje norėčiau pasakyti apie tai, kad mes daugelį metų gyvenome sovietiniame “Semaškos” sveikatos sistemos modelyje ir tas paveldas yra iki šių dienų. Kokį mes turėjome paveldėjimą sveikatos apsaugos sistemoje ir kokios problemos?

### **Paveldėtos sveikatos apsaugos problemos:**

- brangi
- centralizuota
- neteisingai valdoma
- superspecializuota
- ydingai finansuojama
- be sveikatos įstatymų
- prasta medicinos technologija - blogos kokybės
- nepakankamai finansuojama
- maži medicinos darbuotojų atlyginimai
- mažas dėmesys sveikatos mokymui
- sveikos gyvensenos trūkumas
- finansavimo akcentas stacionarinei pagalbai
- profilaktikos trūkumas

Kaip matot, pirmiausia tai yra labai brangi, centralizuota, neteisingai valdoma, labai specializuota, ydingai finansuojama, be sveikatos įstatymų iki pernai metų, prasta medicinos technologija, arba blogos kokybės technologija, nepakankamai finansuojama, maži medicinos darbuotojų atlyginimai, mažas dėmesys sveikatos mokymui, sveikos gyvensenos trūkumas, finansavimo akcentas stacionarinei pagalbai ir profilaktikos trūkumas. Kalbant apie valdymo mechanizmą ir apie pačią sampratą, kas yra valdymas, mes kažkodėl akcentuojame vieną valdymo elementą, bū-

tent - finansavimą. Šiandien mes ir norėtume kalbėti apie sveikatos apsaugos valdymo bendrąjį mechanizmą neišskiriant finansavimo klausimų. Ir aš kalbėsiu tikrai apie visą valdymą, išskyrus finansavimą ir biudžetavimą, kuri paprasčiau šiandien pakomentuoti atskirai kompetetingo ministerijos žmogaus - ministerijos sekretorės ponios Kumpienės, ekonomikos daktarės. Kaip matote, į valdymą įeina:

- finansavimas,
- sveikatos priežiūros planavimas, kaip pagrindas,
- biudžetavimas,
- monitoringas, kokybės kontrolė,
- pirminė sveikatos priežiūra,
- antrinė sveikatos priežiūra, (su, jeigu galima taip sakyti, gabaliuku tretinės sveikatos priežiūros).

Tai yra, kaip jūs matot, tam, kad būtų įgyvendinta ir reali sveikatos apsaugos sistema, bei jos valdymas, ją reikia statyti kaip namą - nuo pamatų. Mūsų pamatas ir buvo padėtas - tai Nacionalinė sveikatos koncepcija, kuri ir išsakė, kad Lietuvos sveikatos sistema, o po jos ir gyventojų sveikata, plačiąja prasme, valdoma remiantis trim pagrindiniais principais, arba trim pagrindiniais svertais. Tai administravimu, informacija ir finansavimu. Nacionalinė sveikatos koncepcija - tai sveikatos priežiūros politika ir strategija. Jos pagrindas yra pakeisti sveikatos sistemos įstatymus. Tai yra mūsų pamatas sveikatos sistemos įstatymams, toliau eina daugelis poįstatyminių aktų. Kai kurie poįstatyminiai aktai jau yra šiai dienai parengti ir priimti, kai kurių mums dar trūksta ir mes juos turime sukurti. Galėtume paminėti, kad jau yra priimtas Alkoholio kontrolės įstatymas, toliau yra ruošiamas Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų ir Visuomenės sveikatos įstatymai, yra paruoštas Vaistų įstatymas, Farmacijos įstatymas ir praktiškai yra parengtas Sveikatos draudimo įstatymas. Aš visų čia įstatymų nevardinsiu, tačiau dar kartą noriu akcentuoti, kad tai yra mūsų pagrindas, o po to mes turime statyti namą į viršų, kad gautume normalią, kokybišką sveikatos priežiūrą ir efektyvų išlaidų panaudojimą. Toliau yra, kitą aukštą statant, finansavimas, sveikatos draudimas, pereinamojo laikotarpio finansavimas, ligonių kasų kūrimas, toliau yra restruktūrizacijos problemos, t.y. pirminė pagalba, pagalba ligoninėse, reabilitacija, slauga, ir dar toliau personalo mokymas, visuomenės sveikata, vaistų pirkimo politika ir po to decentralizacija, apie kurią mes dabar kalbame.

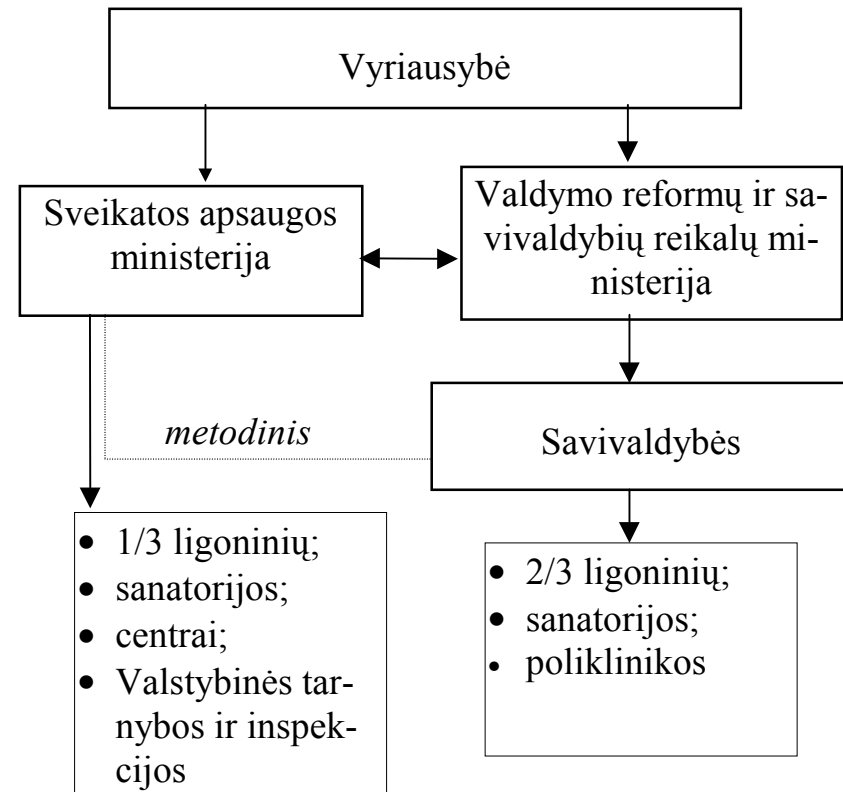
Iškyla pirmas klausimas: ar tikrai ta decentralizacija reikalinga, ar jina turės naudoti gydant, diagnozuojant ir dirbant profilaktinį darbą ligonio labui, ar tikrai turėsime pakankamą, gerą sveikatos priežiūros kokybę ir efektyvų išlaidų panaudojimą. Pagal mūsų esamus įstatymus, vienas iš pagrindų - būtent decentralizacija, ir tik tuomet, pastatę šį namą, turėsime galutinį rezultatą.

Koks gi yra sveikatos apsaugos valdymas šiuo metu, akcentuoju, šiuo metu be finansavimo, o visumoje, kaip rodžiau, įteisinant visus šešis valdymo elementus, ir koks turėtų būti valdymas, visų pirma, po įvyksiančios kaip mes planuojame 2005

metais reformos. Sveikatos apsaugos ministerija šiai dienai, kartu su finansavimu, kaip vienu iš valdymo elementų, turi įtakos ir valdo vieną trečdalį visų Lietuvos ligoninių, sanatorijas, centrus, valstybines tarnybas ir inspekcijas. Savivaldybėms pavaldžios du trečdaliai ligoninių, vėl gi, kaip atkreipėte dėmesį, sanatorijos ir poliklinikos. Iš esmės sveikatos apsaugos ministerija valdo jas kaip respublikinio pavaldumo gydymo įstaigas. Iš esmės šitoks valdymo mechanizmas, kuriame didelį vaidmenį vaidina finansavimas, yra, praktiškai, ydingas mechanizmas. Dar kitas kuriozas šiuo metu - problema, kurią mes norėtume nedelsiant sutvarkyti, - Sveikatos apsaugos ministerija šiai dienai yra praradusi bet kokią kokybės valdymo kontrolę, tačiau, jeigu tu finansuoji respublikines gydymo įstaigas, tai tik už jas ir atsakai. Nė vienoj pasaulio valstybėj nėra tokios kuriozinės situacijos, kad sveikatos apsaugos ministerija neplanuotų, nekoreguotų ir nekoordinuotų veiksmų, kuriuos atlieka visi Lietuvos medikai, gydantys pacientus. Ir pastarųjų mėnesių bei savaitių patikrinimo rezultatai kai kurių mūsų gydymo įstaigų, pradedant respublikinio pavaldumo bei savivaldybių pavaldumo gydymo įstaigomis, atskleidė tokių netikėtų dalykų, kad, pasirodo, tikrai ne veltui mes buvome kaltinami, kad nevaldome situacijos Lietuvoje. Taigi, kaip aš jau minėjau, esame paveldėję ydingą valdymo mechanizmą. Po reformos turėtų būti kitaip. Sveikatos apsaugos ministerija valdo visą sveikatos įstaigų tinklą per akreditaciją, licenzijavimą ir kokybės kontrolę. Ir tada nebebus kaip dabar (žr. schemą, - metodinis valdymas punktyrinis tik savivaldybėms ir per jas gydymo įstaigoms), o bus visur metodinis valdymas tiek savivaldybės pavaldumo gydymo įstaigom, tiek apskrities pavaldumo gydymo įstaigom ir kitokiom sveikatinimo įstaigom, kurios priklausys sveikatos apsaugos ministerijai. Toliau norėčiau pasakyti, kad be išvystyto valdymo mechanizmo, kuris, kaip matėte susijęs su sveikatos apsaugos ministerija, apskritimis ir savivaldybėmis, kaip Sveikatos sistemos įstatymo sveikatinimo veiklos koordinavimo institucijomis, dar yra šios institucijos. Noriu pasakyti, kad kai kurios jau yra sukurtos, trūksta valstybinio medicininio audito inspekcijos, kuri yra labai svarbi ir užtikrins būtent paslaugų kokybę ir kontrolę, valstybinės akreditavimo tarnybos, teisės medicinos tarnybos. Teisės psichiatrijos ir narkologijos tarnyba jau yra sukurta, medicininės etikos komitetas jau yra sukurtas, valstybinė vaistų kontrolės tarnyba ir visuomenės sveikatos tarnyba - jau sukurta, valstybinė ligonių kasa, kaip žinot, jau yra veikianti ir šiuo metu yra kuriamos teritorinės ligonių kasos pagal teritorinį administracinį Lietuvos paskirstymą. Paskutinėje skaidrėje, kuri jau daug kartų matyta, matome, kad pirminės sveikatos priežiūrai mes vadovaujamės 1978 metų pasaulinės sveikatos ir UNISEF konferencija, kuri kaip jau jūs visi žinote, yra mūsų pagrindas, būtent savivaldybių valdomose sveikatos priežiūros įstaigose.

## SVEIKATOS APSAUGOS VALDYMAS

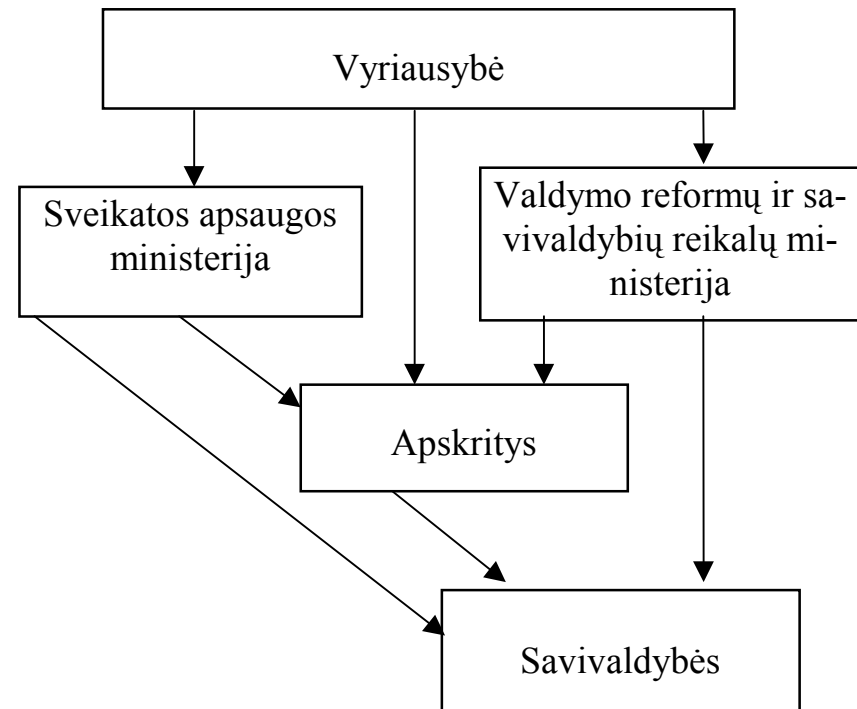
Šiuo metu



SAM valdo tik respublikines įstaigas

## SVEIKATOS APSAUGOS VALDYMAS

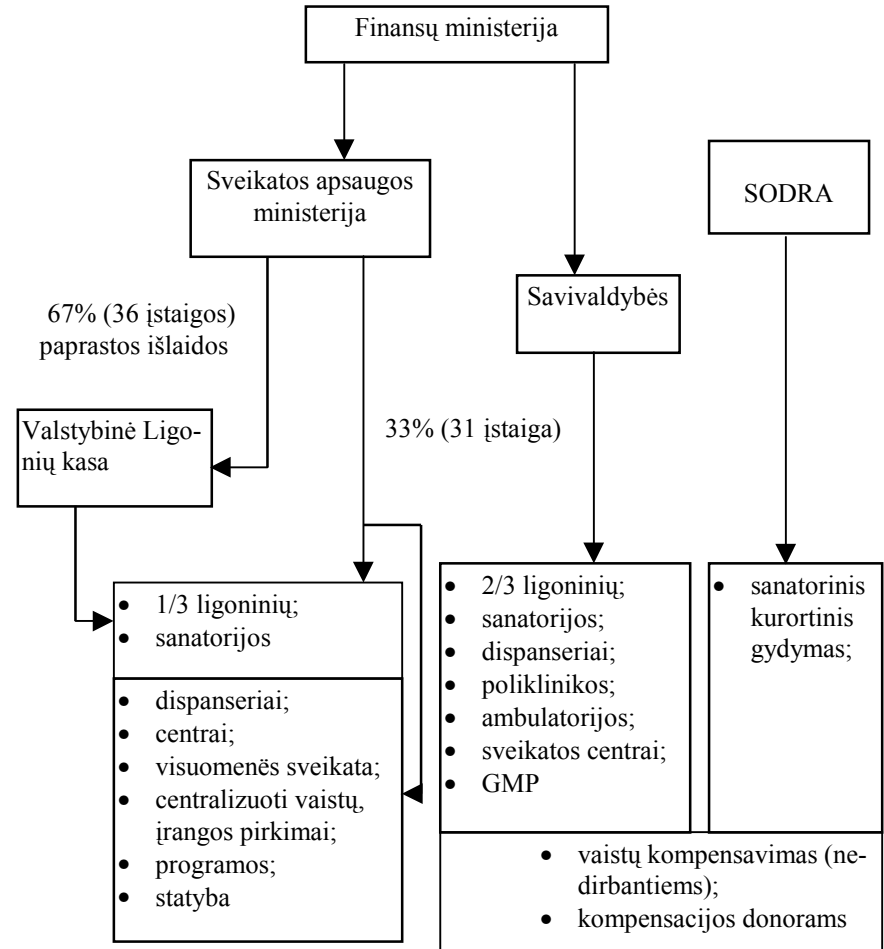
### Po reformos



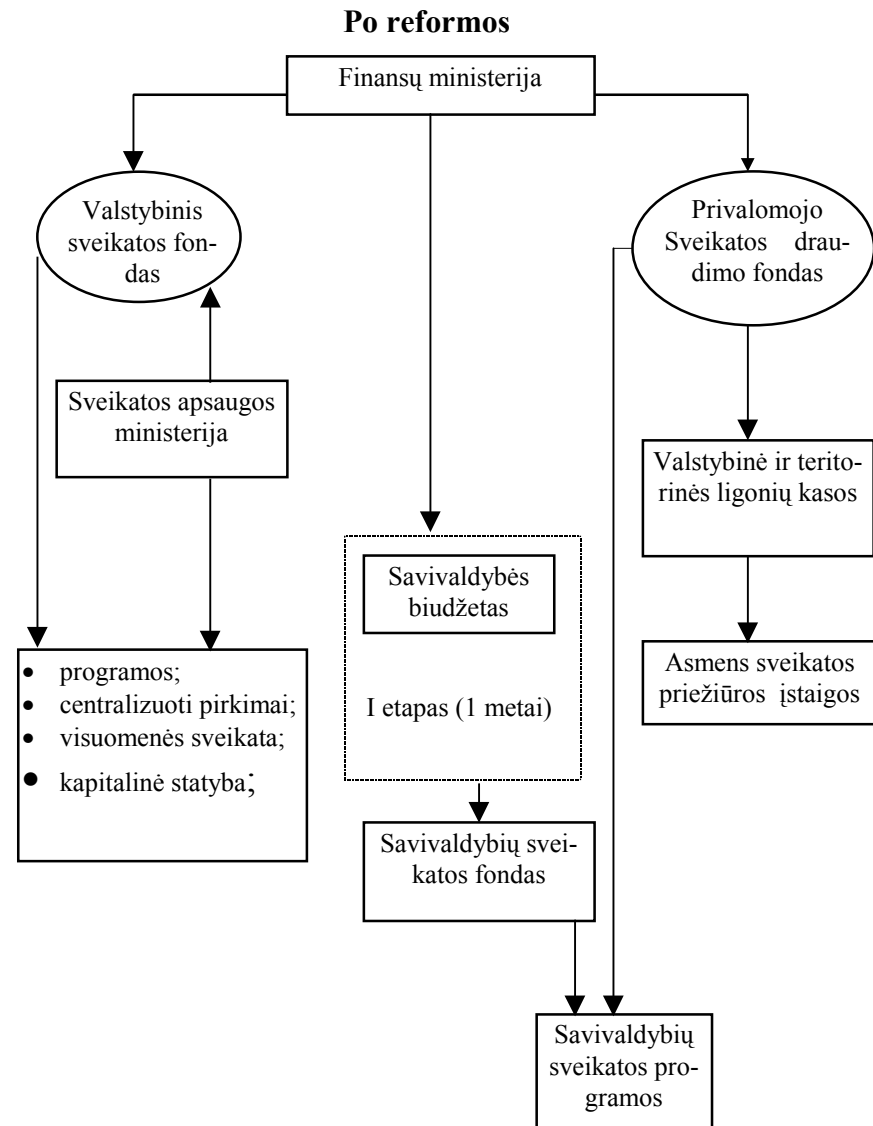
SAM valdo visą SA įstaigų tinklą (per akreditaciją, licencijavimą, kokybės kontrolę)

## SVEIKATOS APSAUGOS FINANSAVIMAS

Šiuo metu



## SVEIKATOS APSAUGOS FINANSAVIMAS



**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMA. FINANSINIS ASPEKTAS**

Janina KUMPIENĖ

Sveikatos apsaugos ministerijos sekretorė

Gerbiami konferencijos dalyviai, mieli konferencijos svečiai. Aš labai trumpai apie finansavimą. Koks jis šiandien ir truputį plačiau, koks jis bus, jei bus priimtas sveikatos draudimo įstatymas.

Šiandien visa sveikatos priežiūros sistema finansuojama iš trijų šaltinių, ir tie trys šaltiniai lėšų požiūriu pasiskirsto taip:

- iš savivaldybių biudžeto dengiama apie 50% visų išlaidų,
- iš valstybės biudžeto 30%,
- iš SoDros 20%.

Iš SoDros yra dengiamos išlaidos vaistų kompensavimui, sanatoriniam - kurortiniam gydymui ir donorams. Šiandien, kaip jūs žinote, visas pajamas mokesčių pavidalu ir kitokių įplaukų pavidalu surenka valstybė į bendrą valstybės biudžetą ir iš jo dalina visiems savo poreikiams. Tame tarpe ir sveikatos sistemos finansavimui. Kaip numatoma nauju Sveikatos draudimo įstatymo projektu, kuris, kaip šiandien jau minėjo ministras, iš esmės yra gavęs pritarimą vyriausybėje, sveikatos sistemos finansavimui yra įkuriamas visiškai naujas fondas, lėšos į kurį patenka aplenkdamas valstybės biudžetą ir SoDros biudžetą. Ir, palaipsniui įgyvendinant šią sistemą, galutiniame etape visas sveikatos išlaidų finansavimas pereis į sveikatos draudimo fondą, išskyrus tokias išlaidas kaip investicijos, programos, administracinio aparato ir higienos sistemos administracijos išlaikymas. Neįvedami jokie papildomi mokesčiai nei fiziniams, nei juridiniams asmenims. Įplaukos į sveikatos draudimo fondą patenka, dalį lėšų paimant iš šandieninio pajamų mokesčio. Iš pradžių mes norėjome iš biudžeto paimti 15% iš dabartinių mokamų 33%. Tačiau diskusija vyksta toliau, ir mūsų norai mažėja, todėl, kad nesutinka su mūsų pasiūlymu atitinkamos žinybos. Ir antra dalis - SoDros mokėjimų dalis, kuri šiandien sudaro 31%, taip pat skyla į dvi dalis. 3% tiesiai patenka į sveikatos draudimo fondą, likusi dalis į SoDros biudžetą. Tai toks lėšų kaupimas pirmajame etape. Antrame etape valstybė nedirbantiems Lietuvos gyventojams perveda į privalomą sveikatos draudimo fondą atitinkamą lėšų dalį, skaičiuodama kiekvienam nedirbančiam gyventojui. Tos sistemos diegimo etapiškumas pasireiškia tuo, kad pirmame etape, kuris mūsų manymu turėtų trukti vienerius metus, iš sveikatos draudimo fondo dengiamos tos išlaidos, kurios šiandien finansuojamos iš valstybės biudžeto ir iš SoDros biudžeto.

Antrajame etape į šį draudimo fondą pereina dengimas tų išlaidų, kurias šiandien, dengia savivaldybių biudžetas.

Kaip bus paskirstomos lėšos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo? Jei šiandien šitas finansavimas vyksta tik sąmatiniu principu, tai įdiegus šitą sistemą, finansuojama bus už faktiškai atliktą darbą. O pacientai turės teisę pasirinkti gydytoją, kuriam bus apmokama pagal atliktų darbų kiekį ir kokybę.

Ačiū už dėmesį.

## DECENTRALIZACIJA KAIP POLITINIS PASIRINKIMAS

Anita ALBAN, Danija

### Įvadas

Europoje, kaip ir kituose kontinentuose, sveikatos priežiūros reformos svarba politinėje arenoje padidėjo. Dėl brangstančios sveikatos sistemos, daugelis šalių, reformuodamos sveikatos priežiūrą, didžiausią dėmesį skiria finansinio pobūdžio dalykams, pvz. sveikatos draudimui ir t.t. Be to, daugelis šalių vėl pradėjo svarstyti tinkamo paslaugų teikimo organizavimo klausimą. Tokiu būdu daug kur vyksta tokios organizacinės reformos kaip decentralizacija ir valstybinis sveikatos priežiūros paslaugų, kurias teikia privačios ar valstybinės sveikatos priežiūros įstaigos, pirkimas sutarčių pagrindu.

Visų pirma reikėtų paminėti du dalykus:

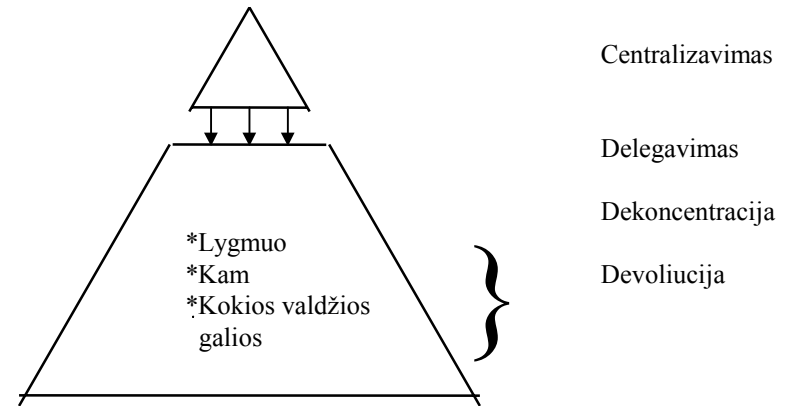
- kai Lietuva norės įvertinti išlaidas, kurių reikalauja decentralizacija, ir šio proceso duodamą naudą, jai bus suteikta reikiama pagalba;
- decentralizacija - tai tik vienas iš būdų įvykdyti organizacinę ir finansinę sveikatos priežiūros reformą.

Pastarojo teiginio nereikėtų pamiršti, nes toliau kaip tik ir kalbėsime apie decentralizaciją.

### Decentralizacijos koncepcija

Decentralizaciją galima apibūdinti kaip "valdžios išskaidymą visuomenės planavimo, valdymo bei sprendimų priėmimo srityse ir perdavimą į sub-nacionalinius lygius arba, bendriau kalbant, valdžios perėmimą iš aukščiausiojo valdymo lygmens ir jos perdavimą žemesniesiems". Tačiau šis apibrėžimas gali būti pateikiamas įvairiomis formomis ir gali sukelti įvairias politines pasekmes. Tam kad galėtume įvertinti skirtingas decentralizacijos strategijas, būtų pravartu išskirti tris decentralizacijos modelius:

1. Dekoncentracija
2. Devoliucija
3. Delegavimas

**1 schema. Trys reformos modeliai.**

Dekoncentracija reiškia administracinės atsakomybės perdavimą centrinės valdžios pareigūnams vietose. Šiuo atveju - siūloma, kad Lietuvoje tas modelis apimtų ir sveikatos paslaugų sferą - žemesnieji lygmenys turės gana ribotą sprendimų priėmimo galią bei šiek tiek įtakos resursų paskirstymo srityje. Devoliucija - tai svarbių politinių sprendimų priėmimo galios ar politinės galios perdavimas žemesniems valdžios sluoksniams, pavyzdžiui, išrinktai vietinei tarybai. Tokiu atveju šie valdžios sluoksniai turėtų pakankamai galios savarankiškai skirstyti pinigines lėšas, samdyti personalą ir gauti pajamas. Galiausiai delegavimas yra toks reiškinys, kai valstybė perduoda valdymo atsakomybę organizacijoms, kurias vyriausybė tik netiesiogiai kontroliuoja.

Iš šio trumpo apibūdinimo galima daryti išvadą, kad decentralizacija gali būti įvairaus pobūdžio.

**Decentralizacijos tikslai**

Tam, kad būtų galima pasirinkti vieną iš šių modelių, reikia numatyti decentralizacijos tikslus. Todėl Lietuvos centrinei valdžiai reikėtų užduoti tokį klausimą:

Kokių politinių tikslų bus siekiama decentralizuojant valdymą?

Kai kuriose šalyse į decentralizaciją žiūrima kaip į pirminės sveikatos priežiūros politikos ramstį, kad tokiu būdu būtų galima sumažinti ligoninių vaidmenį ir daugiau dėmesio skirti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimui. Iš principo, pati centrinė valdžia galėtų vykdyti prioritetingo pirminės grandies vystymo politiką vien perskirstydama išteklius, t.y. sumažindama ligoninėms skiriamų išteklių kiekį ir padidindama pirminei priežiūrai skiriamų išteklių kiekį. Tačiau praktikoje toks politinis veiksmas yra labai skausmingas, nes daugelyje šalių grupės, atstovaujan-

čios ligoninėse dirbantį medicinos personalą, turi nemažai galios. Norint išvengti šių komplikacijų, reikia rinktis devoliucijos strategiją: suteikti galios vietinėms bendruomenėms, pagerinti daugiasektorinį veiklos koordinavimą, remti dalyvavimą skatinančią planavimo vėklą, nes ji geriau patenkina vietinius poreikius, bei stiprinti visuomenės dalyvavimą.

Kitas decentralizacijos aspektas - ji yra efektyvumo, valdymo ir visuomenės poreikius atitinkančių visuomenės sveikatos paslaugų gerinimo priemonė. Kadangi dėmesio sutelkimas į pirminę sveikatos priežiūrą dažnai pagerina efektyvumą, tai tokie du tikslai, kaip didesnis dėmesys pirminės sveikatos priežiūros paslaugoms ir efektyvumo didinimui, vienas kitam neprieštaruoja. Priklausomai nuo pasirinkto decentralizacijos modelio, gali būti įmanoma pasiekti abu tikslus.

Pastaruoju metu jaučiama tendencija decentralizaciją susieti su privatizavimu ir rinkos mechanizmais. Tačiau tai reikia daryti labai atsargiai, nes, kaip rodo Šiaurės šalių pavyzdys, privatizavimas ne visuomet sąlygoja decentralizaciją.

### **Decentralizacija praktikoje**

Paanalizuokime Danijos Karalystės ir Čekijos Respublikos pavyzdžius. Pažiūrėkime, kaip jose plėtojosi sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas ir finansavimas. Abi šios šalys decentralizacijos principu pasirinko devoliuciją, tačiau vienos iš jų sveikatos priežiūros sistema orientuota į visuomenę, kitos - į rinką.

Danijos sveikatos priežiūros sistema yra visuomeninė. Sveikatos priežiūros paslaugas perka apskritys (iš apskričiai priklausančių ligoninių, dirbančių bendrosios praktikos gydytojų, specialistų, stomatologų) ir savivaldybės (iš slaugos namų, mokyklinio amžiaus vaikų stomatologų, vizituojančių slaugių ir namų slaugių). Pati vyriausybė tiesiogiai perka tik valstybei priklausančių ligoninių teikiamas paslaugas. Paslaugos iš esmės finansuojamos per mokesčius. Ir valstybė, ir grafystės (Danijoje jų yra 15), ir savivaldybės renka mokesčius ir turi politinę valdžią. Valstybė, remdamasi objektyviais kriterijais, (iš valstybinių mokesčių) padengia 17 % visų apskrities išlaidų sveikatos priežiūrai. Likusieji 83% padengiami iš apskrities renkamo pajamų mokesčio. Tokiame valstybės ir apskrities bendradarbiavimo procese nustatomas bendras mokesčių dydis. Valstybė, remdamasi objektyviais kriterijais, (iš valstybinių mokesčių) apmoka ir 50% savivaldybės išlaidų sveikatos priežiūrai. Likusieji 50% padengiami iš savivaldybės renkamo pajamų mokesčio. Taip bendradarbiaudamos apskritys ir valstybė susitaria dėl bendro mokesčių dydžio. Vartotojams/pacientams Danijoje tenka sumokėti nemažą dalį vaistų ir stomatologo teikiamų paslaugų kainos (~ 55%). Už ligoninių, BPG ir specialistų teikiamas paslaugas patys pacientai tiesiogiai nemoka.

Čekijos sveikatos priežiūros sistema orientuojasi į rinką. Sveikatos priežiūros paslaugas perka valstybė (iš universitetinių ir rajono mokomųjų ligoninių, nacionalinių programų), visuotinio Sveikatos draudimo tarnyba (VSDT), kuri apima 90%

visų gyventojų, ir dukterinės draudimo kompanijos (DDK) (Čekijoje jų yra 18). Valstybės išlaidos sveikatos priežiūrai padengiamos iš gaunamų valstybinių pajamų. VSDT savo išlaidas sveikatos priežiūrai padengia rinkdama nustatytas įmokas (2/3 šių įmokų moka darbdaviai, 1/3 - darbuotojai), kurių dydis priklauso nuo mokesčio mokumo. Kaip ir Danijoje, vartotojai/pacientai Čekijos Respublikoje moka nemažą dalį vaistų ir stomatologo teikiamų paslaugų kainos.

Lietuvoje jau kurį laiką kalbama apie siekimą decentralizuoti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas (BPG). Kad paaiškėtų, kaip Danijos Karalystės ir Čekijos Respublikos sveikatos priežiūros modeliai funkcionuoja praktikoje, peržvelkime toliau pateiktas BPG veiklos organizavimo ir finansavimo schemas:

### **2 schema. Danijos Karalystė (sistema, orientuota į visuomenę)**

**Pavyzdys: BPG (privačia veikla užsiimantis asmuo, kurio darbą finansuoja valstybė)**

BPG Danijoje atlieka vartininko vaidmenį, o jam mokama už suteiktų paslaugų skaičių \* (2/3) ir už pacientų, esančių šio gydytojo sąraše, skaičių (1/3).

\* paslaugų kainas kas antri metai vykstančių derybų metu nustato BPG Asociacija ir Grafysčių Asociacija.

### **3 schema. Čekijos Respublika (sistema, orientuota į rinką)**

**Pavyzdys: BPG (privačia veikla užsiimantis asmuo, kurio darbas finansuojamas per draudimo sistemą)**

BPG Čekijoje neatlieka vartininko vaidmens, tačiau jam mokama už suteiktas paslaugas ir naudojantis taškų sistema, kuri remiasi bendru biudžetu ir vienai paslaugai sugaištamam laikui.

### **Decentralizacijos problemos**

Užsibrėžus decentralizacijos tikslus, galima pradėti kurti decentralizacijos planą. Tačiau politikos kūrėjams nederėtų pamiršti, kad tobulo decentralizacijos modelio nėra, o galutinis decentralizacijos modelis paprastai būna tam tikras politinis kompromisas.

Decentralizacijos modelį kuriantys politikai turėtų būti susipažinę su šiomis toliau išvardintomis decentralizacijos procese išskylančiomis problemomis:

- gali nukentėti tarpregioninė lygybė;
- gali sutrikti pusiausvyra tarp nacionalinių ir vietinių sveikatos prioritetų;

- galios ir atsiskaitomybės linijos gali susimaišyti.

Tarpreregioninė nelygybė labiausiai nukentės ten, kur decentralizacija įvyks ir vietinių pajamų, pvz.: vartotojų mokamų mokesčių arba vietinių mokesčių, gavimo srityje. Šiuo atveju vietinės išlaidos sveikatos priežiūrai priklausys nuo vietinės valdžios sugebėjimo gauti pajamas, o turtingesnės apskritys sveikatos priežiūrai sugebės skirti daugiau lėšų. Norint kompensuoti tokius neigiamus decentralizacijos rezultatus, reikia perskirstyti vietose gautas pajamas bendrai tarp visų regionų ir /arba užtikrinti, kad centrinė valdžia, rinkdama mokesčius, atsižvelgtų į šią nelygybę.

Kurdama decentralizacijos modelį, centrinė valdžia neturėtų pamiršti, kad dėl nacionalinių ir vietinių sveikatos prioritetų neatitikimo gali kilti konfliktai tarp centrinės ir vietinės valdžios ir kad įstatymų leidėjai turėtų atsižvelgti į šiuos potencialius konfliktus. Kas atsitiktų, jei centrinė Lietuvos Respublikos valdžia remtų sveikatos priežiūros paslaugų strategiją, kuri būtų grindžiama BPG, atliekančiais vartininko vaidmenį, o vietinė valdžia norėtų sutelkti gydytojus poliklinikose ir ligoninėse?

Galios ir atsiskaitomybės linijų susimaišymas įvyksta tada, kai decentralizuojamos tik kai kurios funkcijos, o likusias, kaip ir iki tol, vykdo Sveikatos apsaugos ministerija (SAM). Pavyzdžiui, taip atsitinka tuomet, kai vietinei valdžiai atiduodama resursų skirstymo galia, tačiau atlyginimus sveikatos priežiūros darbuotojams moka SAM.

Į problemų sąrašą dar galima įtraukti ir kai kurias su funkcionavimu susijusias problemas:

- sugebėjimų valdyti decentralizuotą sistemą stoka didina administracines išlaidas;
- daugėja biurokratijos sluoksnių ir darosi sunkiau priimti sprendimus;
- centrinė valdžia/ministerija nesugeba persiorientuoti į prižiūrėtojo/stebėtojo vaidmenį.

### **Išvados**

Ši trumpa apžvalga parodė, kad decentralizacija gali pasireikšti įvairiomis formomis ir kad, norint sulaukti gerų decentralizacijos rezultatų (atitinkančių plėtojamos politikos tikslus), lietuviškojo decentralizacijos modelio kūrimo procese reikia atsižvelgti į potencialias problemas.

Decentralizacija - tai viena iš priemonių, padedančių užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą, t.y. geresnį turimų lėšų panaudojimą. Ji taip pat gali būti viena iš priemonių, remiančių centrinės valdžios plėtojamą politiką, kaip, pavyzdžiui, BPG, atliekančio vartininko vaidmenį, arba kitos pakraipos pirminės sveikatos priežiūros modelio įdiegimą. Tam, kad šie tikslai būtų pasiekti, centrinė

valdžia turi būti pasiruošusi atsisakyti dalies turimos valdžios ir padengti naujo valdymo modelio įdiegimo išlaidas, gerindama informacijos sistemą ir valdymo įgūdžius vietose. Decentralizacijos privalumas yra ne tik tai, kad ji remia plėtojamą politiką, bet ir tai, kad ji suteikia galimybę pasinaudoti vietose sukauptą informaciją, siekiant pagerinti sprendimų priėmimo mechanizmą, atkreipiant dėmesį į visuomenės poreikius, egzistuojančias vertybes ir prioritetus.

Kad bet kurio decentralizacijos modelio įgyvendinimas būtų sėkmingas, būtina užtikrinti, kad vietinės valdžios atstovai ir vietose dirbantis personalas turėtų reikiamus valdymo, sveikatos priežiūros planavimo ir sveikatos ekonomikos bei finansavimo įgūdžius. Tačiau lygiai taip pat svarbu centrinės valdžios struktūrą pakeisti taip, kad ji paremtų ir atitiktų apskričių sveikatos valdymo pareigūnų poreikius. Daugiau dėmesio reikėtų skirti tokiems strateginiams klausimams, kaip sveikatos politika ir planavimas praktikoje, pvz.: reikėtų suformuluoti rekomendacijas, kaip paskirstyti išteklius, ir surinkti monitoringui reikalingus sveikatos priežiūros rodiklius.

## LIETUVAI SIŪLOMI ALTERNATYVŪS DECENTRALIZACIJOS MODELIAI. JŲ REIKŠMĖ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMUI

Frans van ANDEL, Olandija

### 1. Įvadas

Kaip ir kiekvienoje buvusioje komunistinėje šalyje, Lietuvos valstybės valdymas buvo centralizuotas ir pasižymėjo valdymo hierarchizacija nuo paties viršaus iki pat apačios. Visuomenė buvo palyginus prastai organizuota, o įstatymdavystės iniciatyvos ateidavo tik iš centrinės valdžios.

Neatidėliotinas svarbos uždavinys - sukurti Lietuvoje pliuralistinę visuomenę, kur centrinės valdžios įtaka mažėtų, o dauguma jos funkcijų vykdytų rajoninės arba kitos valdžios ar privačios institucijos. Pliuralistinė visuomenė pasižymi labai dideliu individų ir jų grupių, atstovaujančių tam tikrus interesus (pav., profesinės organizacijos, profesinės sąjungos, ligonių organizacijos, vartotojų asociacijos, ir t.t.), organizuotumu. Nepriklausoma spauda - neatskiriama pliuralistinės visuomenės dalis.

Komunistinio valdymo metais sveikatos priežiūros teikimas, kaip ir bet kokia kita veiklos sritis, buvo centralizuota ir centralizuotai finansuojama. Kuriant pliuralistinę visuomenę, turėtų iškilti savalaikis klausimas, ar ir kaip decentralizuoti sveikatos priežiūrą, kaip sumažinti centrinės valdžios įtaką teikiant sveikatos priežiūros paslaugas.

Šio pranešimo tikslas - pateikti valdymo reformos schemą ir aptarti alternatyvius decentralizacijos modelius bei jų poveikį sveikatos priežiūros paslaugų teikimui. Šiuo pranešimu siekiama padėti Lietuvos valdžiai rajonuose ir vietose sukurti optimalią sveikatos priežiūros struktūrą.

### 2. Decentralizacija

#### 2.1. Decentralizacijos įstatyminė bazė

Per paskutinius trejus metus Lietuvos Seimas priėmė daug decentralizacijos įstatymų. Daug priimtų įstatymų yra bendro valstybės valdymo pobūdžio, o kai kuriuose iš jų kalbama ir apie sveikatos priežiūrą. Apskritai paėmus, dauguma šių įstatymų dar neveikia, o kiti tik bendrais bruožais užsimena apie jos atsakomybės sritis (pvz., kai kalbama apie sveikatos priežiūros teikimą) ir jie tiksliai neapibrėžia specifinių centrinės, apskričių ir savivaldybių pareigų ir atsakomybės.

Kuriant apskričių valdžią ir naujus šios valdžios sluoksnio reikšmingus uždavinius bei atsakomybę, priešpastatant centrinę ir savivaldybių valdžią, Lietuvos laukia tikrai sunki užduotis.

## 2.2. Decentralizacijos teorija

Teoriškai decentralizaciją galima būtų apibrėžti “organinės” valstybės sampratos pagalba. Pagal šią sąvoką valstybė lyginama su istoriška ir evoliucionuojančia sudėtinių dalių visuma. Ji postuluoja, kad valstybė ar ją sudarančios dalys susideda iš gyvų subjektų (“organizmų”). Remiantis šia sąvoka, valstybė didžia dalimi suprantama kaip abstrakti dimensija. Galiausiai valstybę ir jos sudėtines dalis (tokias kaip nacionalinę, apskričių ir savivaldybių valdžią) sudaro joje dirbančių individų visuma.

Taikant šią sampratą valdžios sistemos sąrangai, reikia daryti prielaidą, kad centralizuotai valstybei hierarchiniu pagrindu sukurta sistema nei reikalinga, nei būtina. Valstybinė valdžia suvokiama kaip sudėtinių dalių vienybės pasekmė, o ne kaip priežastis.

Savivalda remiasi principine savivaldybių valdžios teise imtis įstatymdavystės iniciatyvos. Vietos iniciatyvos (savarankiškumo) užtikrinimas laikomas labai svarbiu uždaviniu visos sistemos bendrąja prasme plėtrai. Centrinė valdžia vietos iniciatyvos negali nei organizuoti nei nuleisti iš viršaus. Todėl valstybės struktūra gali padėti vietos iniciatyvai pasireikšti tikrąja prasme.

Tačiau nevaržoma ir visiškai nepriklausoma vietos iniciatyva gali sukelti ir neigiamų padarinių kitoms sistemos dalims arba tokioms pačioms didesnėms sistemoms. Dėl šios priežasties, vietos valdžios veikla priklauso nuo kitų bendroje sistemoje veikiančių valdžios struktūrų pritarimo. Toks principas veikia suteikiant prižiūrėtojo galią pagal hierarchiją artimesniam valdymo sistemos lygiui, t.y. apskritims. Kontrolė nereiškia to paties, kaip ir įsakymas. Paprastai savo prasme kontrolė reiškia “neigiamas sankcijas” tokias kaip savivaldybės sprendimų sustabdymas, panaikinimas ar atsisakymas jiems pritarti. Kontrolė įgalina apskritis tikrinti, ar savivaldybės nedaro to, ko neturėtų daryti, o ne ką jos turėtų daryti. Kontrolės kaip oficialios ir organizuotos struktūros tikslas - išlaikyti pusiausvyrą tarp tikrųjų gyvųjų organizmų galių.

Konflikto tarp apskričių ir savivaldybių atveju pastarasis kreipsis pagalbos į arbitražą, pateikdamas apeliacinį skundą ar norėdamas pritarimo apskričių vykdymui priežiūros kontrolės funkcijai.

Kaip jau buvo minėta, pagal organinę valdžios decentralizacijos teoriją, savivaldybių valdžios savarankiškumas yra konstitucijos ribojamas bendrąja kompetencija arba “atvirąja formule”. Iš principo savivaldybės turi teisę nusibrėžti savo politikos gaires ir rinkti vietinius mokesčius, tvarkydamos savo pačių reikalus. Vietos valdžios galių ir savarankiškumo ribų nacionalinė ar apskričių valdžia tiesiogiai

nenustato, tačiau šiuos sprendimus netiesiogiai įtakoja. Valstybės įstatymų valdymo sistema remiasi įstatymų hierarchijos principu. Atsiradus prieštaravimui tarp įstatymų, nacionaliniai ir apskričių valdžios sprendimai turi viršenybę prieš savivaldybių valdžios potvarkius. Iš to seka, kad savivaldybių veikimo laisvė yra neteisingai apribota; tai viskas, ko nereguliuoja aukštesnioji valdžia.

Kadangi nėra nustatytos bendrosios savivaldybių kompetencijos ribos - nėra nustatytų ar objektyvių kriterijų, kurie parodytų, kas priklauso savivaldybių kompetencijai, o kas nepriklauso. Funkcijų tarp sudėtinių valstybės dalių paskirstymą turi nustatyti politinio proceso raida. Tiek nacionalinė, tiek vietos valdžia turi savo pačių formalias ir apčiuopiamas galias, kurios daro įtaką šio politinio proceso rezultatams.

Be kitų išskirtinių teisių, centrinei valdžiai priklauso:

- finansų tvarkymas
- įstatymdavystės teisė ir galimybė priversti vietinę valdžią derinti savo nutarimus su parlamento priimtais įstatymais ir nutarimais ar dekretais.

Be kitų teisių, vietos valdžiai išskirtinai priklauso:

- pasirinkimo teisė vykdyti centrinės valdžios nurodymus pagal vietinius poreikius;
- priėjimas prie vietos informacijos;
- nuolatinis buvimas vietoje.

### 2.3. Decentralizacijos įgyvendinimas Lietuvoje

Kalbant apie Lietuvoje vykstančią decentralizaciją, čia valdymo struktūra dabartiniu metu vis dar labai centralizuota, ir atrodo, kad centrinės ministerijos nėra linkę kam nors perduoti dalį savo valdžios. Iš kitos pusės, kadangi apskričių dalyvavimas kuriant strategiją ir politiką dar yra ribotas, atrodo, kad nusivilta naujai sukurtomis apskritimis. Be to, panašu, kad daugybė teisinių ir administracinių procedūrų bei centrinės valdžios sprendimų apriboja apskričių valdymo ir savivaldybių valdžios galimybes įgyvendinti savo uždavinius.

Apskričių ir savivaldybių įgyvendinami uždaviniai nesiderina su tuo, kad jos neturi teisių kaupti savo fondus. Pagal siūlomą decentralizacijos sistemą, centrinė valdžia išsaugos teisę rinkti mokesčius ir daryti išmokas apskritims bei savivaldybėms.

Lietuvoje svarbių valdymo funkcijų ir atsakomybių perdavimas apskritims labai pasistūmėjo "popieriuje", tačiau tikrovėje šis radikalus poslinkis įvairiais būdais apsunkina reformų procesą. Nebuvo nustatytas pageidautinas centrinės ir vietos

valdžios santykis. Buvo įsteigtos apskričių valdybos, tačiau jų nuostatuose vis dar trūksta darbo ir atitinkamų pareigybių aprašo.

Dar vienas valstybės valdymo reformos aspektas: Lietuvoje nebuvo kreipta daug dėmesio į valstybės tarnautojų reformos įgyvendinimą. Lietuvos valdžia mažai dėmesio skyrė šiuolaikinės valstybės tarnautojų tarnybos, ruošiančios valstybės valdymo kvalifikaciją turinčius tarnautojus, plėtojimui.

Per paskutinius dešimtmečius daugumoje Vakarų Europos šalių susidomėjimas vykdomu valdymo modernizavimu vis augo, tačiau retai kada šiam procesui vadovavo centrinė valdžia. Kaip byloja Vakarų Europos pavyzdys, sėkminga valdymo reforma yra besivystantis pragmatiškos politikos procesas, kuriame panaudojamos visos socialinės ir politinės bei vidinės sistemos varomosios jėgos.

Reikėtų pažymėti, kad Vakaruose visapusiški reformų planai labai retai kada būdavo įgyvendinami. Panašu, kad buvusi Rytų Vokietija taip ir liks vieninteliu pavyzdžiu, kur buvo bandyta visapusiškai, apibendrinant ir remiantis užbaigtu “valdymo užtikrinimu” ir iš to sekančiu sistemos “reorganizavimu” pereiti nuo “socialistinės” į “postsocialistinę”. Visoms kitoms Vidurio ir Rytų Europos šalims, įskaitant Lietuvą, perėjimą reikės labiau detalizuoti, žengti žingsnelį po žingsnelio.

Pereinamasis procesas Lietuvoje yra dar sudėtingesnis už stabiliose visuomenėse vykstančius procesus, ir čia gali susikirsti priešingos vertybės bei interesai. Pavyzdžiui, sprendimas privatizuoti Lietuvoje tuo pačiu metu pasitarnavo skirtingiems interesams. Iš vienos pusės, privatizacija pasitarnauja efektyvumui ir ekonomikai. Tačiau privatizacija siekiama “konstitucinių” pasikeitimų, pav., ekonomikoje ar nuosavybės teisių srityje. Iš kitos pusės, efektyvi privatizacija valdymo lygyje leidžia daryti prielaidą, kad “konstituciniame lygyje” egzistuoja į rinką panaši infrastruktūra (nuosavybės teisės, bankų sistema, valstybės prievartos institucijos, ir t.t.). Nesusipratimai įvairiose srityse ir analizės lygiuose atsispindi politiniuose sprendimuose. Priemonių pasirinkimas dažnai daro poveikį konstituciniams klausimams. Iš kitos pusės, konstitucijai, teisinėms procedūroms ir teismams yra suteiktas vaidmuo valdyti politinį procesą.

#### **2.4. Sveikatos priežiūros teikimo decentralizavimas**

Reikėtų aiškiai įvardinti, kad sveikatos priežiūros teikimas yra speciali veikla, nepriklausanti nuo to, ar paslauga buvo organizuota apskričių, savivaldybių ar privačiu lygiu. Pagal dabar teikiamus įstatymus nėra aišku, koks bus santykis tarp apskričių ir vietos valdžios, jei toks ryšys iš viso bus.

Turint omeny sveikatos priežiūros paslaugų teikimą apskrityse ir savivaldybėse, siūlomuose įstatymuose neužsimenama apie apskričių gydytojų ir vyriausiųjų gydytojų paskyrimą į ligonines, tačiau įstatymai nedetalizuoja būtent šios veiklos uždavinių ir atsakomybės.

Be to, siūlomi įstatymai apibūdina daugybę savivaldybių ir apskričių atstovų visuomenės sveikatos tarybų. Ši iniciatyva yra sveikintina, kadangi ji padeda kurti sveikatos priežiūros politikos gaires apskrityse ir savivaldybių lygiu. Tačiau yra neaišku, kokie bus jų uždaviniai ir atsakomybė. Taip pat išlieka realus pavojus, kad šios tarybos tik apsunkins sveikatos priežiūros teikimą apskričių ir savivaldybių lygiu, kadangi, įkuriant kiekvieną iš šių tarybų, reikia papildomų ataskaitų ir suderinimo.

### **3. Alternatyvūs sveikatos priežiūros teikimo decentralizacijos modeliai Lietuvai**

Valstybės valdymas ir sveikatos priežiūra yra du skirtingi dalykai, ir noras suderinti šias dvi sąvokas, jeigu tai iš viso įmanoma ir būtina, pareikalaus kūrybiško mąstymo.

Šios dvi sąvokos yra pagrindinės kryptys ("Sammelbegriff"), apimančios daugybę veiklos sričių. Apibūdinami sveikatos priežiūros sistemą, galėtume išskirti įvairias jos funkcijas. Pagal PSO tipišką sveikatos priežiūros funkcijos siejasi su šiomis pagrindinėmis veiklos grupėmis:

#### **Sveikatos priežiūros paslaugos**

- visuomenės sveikatos priežiūra
- sveikos gyvensenos propagavimas
- ligų ir sužeidimų profilaktika
- pirminė sveikatos priežiūra
- specializuota medicina
- stacionarinės paslaugos
- specialiosios sveikatos paslaugos
- pagalba sau

#### **Sveikatos priežiūros finansavimas**

- finansų kaupimas
- finansų paskirstymas

#### **Sveikatos išteklių produkcija**

- įranga ir jos techninis išlaikymas
- vaistų, instrumentų ir įrengimų gamyba ir paskirstymas

#### **Sveikatos priežiūros darbuotojų mokymas ir ruošimas**

- universitetinis ir rezidentūra

### Mokslo tyrimai ir raida

- sveikatos tyrimai
- technologijų kūrimas
- kokybės kontrolė

### Nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos valdymas

- politikos ir strategijos kūrimas
- informacija
- suderinamumas
- teisinis reguliavimas

Norint nuspręsti, kaip geriau organizuoti sveikatos priežiūros teikimą Lietuvoje, tinkamiausia būtų įvertinti kiekvieną iš viršuje išvardintų sveikatos priežiūros teikimo sričių, kurie valdymo lygiai turėtų būti atsakingi arba, ar šios sritys turėtų būti privatizuotos. Tačiau toks nuodugnus požiūris nėra būtinas šiai ataskaitai, o, vertinant santykį tarp valdymo lygio ir sveikatos priežiūros teikimo, būtų galima panaudoti tokį modelį:

	politika	finansavimas	pirminė priežiūra	antrinė priežiūra
savivaldybių				
apskričių				
centrinė				

Priklauso nuo politinio pasirinkimo, kuriant sveikatos priežiūros teikimo valdymo struktūrą, ar gausime mažiau centralizuotą arba decentralizuotą sistemą.

Šiuo metu Lietuvoje centrinė valdžia yra atsakinga už visuotinę sveikatos politiką tiek centriniame, tiek decentralizuotame lygyje. Savivaldybės turi teisę teikti pirminę ir antrinę priežiūrą, ir jos derasi su sveikatos priežiūros teikėjais dėl metinio biudžeto sudarymo, kuris bus pateikiamas centrinei valdžiai. Centrinė valdžia, remdamasi visu biudžetu (neatsižvelgdama į žmonių skaičių ir pagal formulę apskaičiuotą kasmetinį infiliacijos lygį), nusprendžia, kiek lėšų skirs savivaldybėms.

Atsižvelgiant į dabartinę Lietuvos padėtį, schematiškai galima būtų pateikti tokius modelius:

#### 1 modelis - Visiškai centralizuota sveikatos priežiūros sistema

	politika	finansavimas	pirminė priežiūra	antrinė priežiūra
savivaldybių				
apskričių				
centrinė	*	*	*	*

Visiškai centralizuotas sveikatos priežiūros teikimo ir valdymo modelis prilygsta komunistų valdymo metais turėtam sveikatos priežiūros teikimo modeliui. Pagrindiniai šio modelio trūkumai - hierarchinė sveikatos priežiūros teikimo sistema ir iš to sekantis dėmesio trūkumas ambulatorinei sveikatos priežiūrai.

Tad dėl nesudėtingų susirgimų per daug ligonių siunčiama į ligonines. Be to, paprastai trūksta priežiūros tęstinumo, kadangi ligonius gydo keletas gydytojų.

Dėl centralizuoto biudžeto lėšų skirstymo ir sprendimų visai sistemai labai trūksta finansavimo, ir tik respublikinės ligoninės yra palyginti kiek geresnėje padėtyje.

Dėl didelės centralizacijos tikrieji poreikiai dažnai nesutampa su tikruoju sveikatos priežiūros aprūpinimu.

Centralizuotos sistemos privalumu būtų galimas politikos derinimas su kitomis ministerijomis. Leidiniuose jau buvo minimas palyginus sėkmingas valstybės mastu vykdomas visuotinis skiepėjimas. Teoriškai centralizuota sistema suteikia prienamumo lygybę, nemokamas paslaugas, ir bendrai parengtą sistemą. Tačiau, praktiškai, kai labai trūko finansavimo, egzistavo uždaros posistemės, ir sveikatos priežiūros paslaugos buvo atskirtos, lygybės (equity) nepavyko pasiekti.

## 2 modelis - visiškai decentralizuota sistema savivaldybių lygyje

	politika	finansavimas	pirminė priežiūra	antrinė priežiūra
savivaldybių	*	*	*	*
apskričių				
centrinė				

Pagal šį modelį, atsakomybė priimant sprendimus, finansuojant sveikatos priežiūrą ir teikiant pirminę bei antrinę sveikatos priežiūrą, tektų savivaldybėms. Kai, nesikišant centrinei valdžiai, savivaldybės turės teisę spręsti, kokios sveikatos priežiūros paslaugos ir už kokią kainą bus teikiamos, žinoma, kad taip šalyje bus įvesta neteisinga sistema: savivaldybės, kuriose gyvena pasiturintys gyventojai, galės teikti geresnes paslaugas, nes turės daugiau pinigų.

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas savivaldybių lygiu turi akivaizdžių privalumų, nes paslaugos priartinamos prie visuomenės. Tai reiškia, kad sveikatos priežiūros paslaugos gali būti greičiau pritaikytos priklausomai nuo kintančio susirgimų skaičiaus, kitaip tariant, kai savivaldybėje keičiasi ligonių skaičius.

Dabartiniu metu Lietuvoje pirminė ir antrinė priežiūra teikiama savivaldybių lygiu. Nesikeičiantis paslaugų pobūdis turi akivaizdžių trūkumų: neatskyrus priežiūros lygiu, gali būti priešinamasi plėtoti tikrai atskirą pirminę sveikatos priežiūros sritį. Vienas, privalumas paliekant pirminę ir antrinę priežiūrą, - nereikėtų keisti dabartinės praktikos dalintis medicinine įranga.

**3 modelis - visiškai decentralizuota apskričių sveikatos priežiūra**

	politika	finansavimas	pirminė priežiūra	antrinė priežiūra
savivaldybių				
apskričių	*	*	*	*
centrinė				

Pagal šį modelį apskritims bus suteikta didesnė autonomija, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, priimant sprendimus ir skirstant lėšas. Argumentai už ir prieš centralizuotą ar savivaldybių sveikatos organizavimo lygį pateikiami sušvelninta forma. Apskritys galėtų būti pasirinktos kaip alternatyvus variantas, todėl kad jos gali spręsti, kaip koordinuoti ir lygiateisiškai teikti sveikatos priežiūros paslaugas savivaldybių lygiu, ir tuo pačiu - nesukurti visiškai centralizuotos sistemos.

Pateikus pagrindinius privalumus ir trūkumus įvairiais valdymo lygiais organizuojant sveikatos priežiūrą, reikėtų žengti kitą žingsnį ir pasigilinti į pavyzdžiui, Vakarų Europos sveikatos priežiūros sistemos modelį, kuris yra mišrus. Tai reiškia, kad įvairūs valdymo lygiai įtakoja ir reguliuoja sveikatos priežiūros politikos kūrimą ir finansavimą, o kai kurią sveikatos priežiūrą kaip, pavyzdžiui, bendrąją praktiką, bendruomenės slaugą ar fizioterapiją gali vykdyti ir privačiai praktikuojantys gydytojai ar įstaigos.

**4 modelis - mišri sveikatos priežiūros sistema**

	politika	finansavimas	pirminė priežiūra	antrinė priežiūra
savivaldybių	*	*		
apskričių	*	*		*
centrinė	*	*		*
privati		*	*	*

Mišrioje sveikatos priežiūros sistemoje galima išskirti šiuos bendrus bruožus:

- Nors, kuriant sveikatos priežiūros politiką centriniu lygiu, jaučiama įstatymų veikimo ir parlamento įtaka, žemesniems valdymo lygiams galima būtų suteikti daugiau teisių spręsti darbo ir teritorinės atsakomybės klausimus.
- Sveikatos priežiūros sistema finansuojama iš įvairių šaltinių. Šalyse, kur finansavimas vykdomas iš surinktų mokesčių (Jungtinėje Karalystėje, Ispanijoje, Portugalijoje), yra galimybė gauti papildomų lėšų per privatų draudimą. Šalyse, kur egzistuoja socialinio draudimo sistema (Vokietijoje, Nyderlanduose, Prancūzijoje), iš mokesčių gali būti apmokami nepagydomų ligų atvejai, o ligoniai gali būti apdrausti ir privačiai.
- Pirminės sveikatos priežiūros teikimas kartais yra atskiriamas nuo antrinės priežiūros teikimo (Nyderlanduose, Vokietijoje) ir kartais jį tvarko ta pati valdžia (Danijoje), kad būtų užtikrintas prienamumas prie sveikatos priežiūros ir paslaugų

kainų kontrolė. Pirminę sveikatos priežiūrą gali teikti ir privatus sektorius, ir paslaugos nebūtinai turėtų tiesiogiai priklausyti visuomeninių paslaugų sferai. Būtent tokia padėtis yra Nyderlanduose, kur BP gydytojai yra palyginti savarankiški.

Tai sunku padaryti, ir prireiks daug metų, kol šalyje bus įdiegta mišri sistema. Svarbu pastebėti, kad mišrios sistemos kūrimas turėtų remtis istorine šalies sveikatos priežiūros perspektyva, todėl 5 modelyje stengiamasi apibendrinti dabartinę padėtį, politiką, sveikatos priežiūrą ir finansavimą.

#### 5 modelis - dabartinė Lietuvos sveikatos priežiūros sistema

	politika	finansavimas	pirminė priežiūra	antrinė priežiūra
savivaldybių			*	*
apskričių				
centrinė	*	*		

Argumentai už ir prieš, kurie buvo paminėti, kalbant apie 1 modelį, yra taikytini, tačiau Lietuvoje savivaldybės turi teisę teikti pirminę ir antrinę priežiūrą kiek tik turi savo kompetencijos, savivaldybės derasi su sveikatos priežiūros teikėjais dėl metinio biudžeto nustatymo, ir pateikia jį centrinei valdžiai.

Tačiau centrinė valdžia (Finansų ministerija) pati sprendžia, kiek savivaldybėms skirti nacionalinio biudžeto lėšų (neatsižvelgdama į žmonių skaičių ir pagal formulę apskaičiuotą kasmetinį infliacijos lygį). Tai reiškia, kad Lietuvai vis dar būdingas iš komunistinių laikų paveldėtas nepakankamas sveikatos priežiūros teikimo finansavimas vietose.

Dabartiniu metu Lietuvoje tariamasi dėl sveikatos priežiūros teikimo apskričių, naujo valstybės valdymo sluoksnio, lygiu. Dabartinę diskusiją galima atspindėti 6 modelyje:

#### 6 modelis - svarstymų dėl sveikatos priežiūros Lietuvoje santrauka

	politika	finansavimas	pirminė priežiūra	antrinė priežiūra
savivaldybių			*	
apskričių	*			*
centrinė	*	*		

Pagal Lietuvoje neseniai priimtus decentralizacijos įstatymus apskritys bus atsakingos už tokį sveikatos priežiūros politikos aspektą kaip ligoninių planavimas. Tačiau lieka neaišku, ar ši atsakomybė remiasi teritorine ar veiklos decentralizacija. Įvertinus apskrities valdytojo ir apskrities gydytojo pareigas ir atsakomybę, atrodo, kad buvo pasiremta abejomis decentralizacijos sąvokomis. Taip pat neaišku, kokios yra valdžios ribos: jeigu ligoninių planavimas priklauso apskritims, ar tai reiškia,

kad apskritys turi teisę mažinti lovų skaičių, ar tai jau centrinės valdžios teisės? O tokiu atveju apskrities valdžia būtų silpna ir tikrai ant popieriaus.

Kalbant apie finansavimą, valdžia nurodė, kad artimiausioje ateityje centrinis finansavimo mechanizmas iš esmės nebus pertvarkomas. Dėl to, galima tikėtis, išliks dabartinė nepakankamo finansavimo problema. Iš to sektų, kad apskrities valdytojo ir savivaldybių darbas bus trukdomas todėl, kad naujai įsteigta valdžia bus nepakankamai finansuojama.

Pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros atskyrimas - sveikintinas dalykas, kadangi jis leis pirminei priežiūrai išaugti į solidžią sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sritį. Kai, plėtojant pirminę priežiūrą, BP gydytojas taps sveikatos priežiūros teikimo “durininku”, atsiras laisvų piniginių lėšų, kurios dabartiniu metu išleidžiamos brangiai stacionarinei priežiūrai. Artimiausioje ateityje negalima tikėtis, kad centrinė valdžia padidins biudžeto išlaidas sveikatos priežiūrai apskričių ir savivaldybių lygiu. Todėl, sveikatos priežiūros teikimą apskrityse ir savivaldybėse įmanoma pagerinti tik padidinus efektyvumą. Tai reiškia, kad reikės susikcentruoti ties pirminės sveikatos priežiūros plėtra, ir perduodant antrinės priežiūros lėšas pirminei.

Reikia patvirtinti pirminės sveikatos priežiūros savivaldybių lygmenyje ir antrinės priežiūros apskričių lygyje organizavimą. Pirminė priežiūra pagal PSO apibrėžimą - prie visuomenės priartintos paslaugos. Iš kitos pusės, jeigu apskričių lygyje bus sukurti reikšmingi, atsakomybę ir valdžią planuojant, ligoninių darbą ir valdymą reguliuojantys mechanizmai, bus pasiekta, kad šios paslaugos bus derinamos ir koordinuojamos atitinkamu lygiu.

### 7 modelis - Lietuvos sveikatos priežiūros valdymas Lietuvoje

	politika	finansavimas	pirminė priežiūra	antrinė priežiūra
savivaldybių			*	
apskričių	*	*		*
centrinė	*	*		

Kuriant mišrią sveikatos priežiūros sistemą Lietuvoje būtina įgyvendinti šiuos principus:

- Pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros atskyrimas ir “durininko” funkcija pirminėje sveikatos priežiūros grandyje.
- Pagrindinis apskričių vaidmuo teikiant sveikatos priežiūrą.

Kad decentralizuota sveikatos priežiūros sistema būtų sėkmingai įgyvendinta, norėtume pateikti dar dvi rekomendacijas:

- Apskričių lygyje sukurti dvi atskiras organizacijas, kurios aptartų sveikatos priežiūros apimtį ir kainas. Iš pat pradžių, tai galėtų atlikti apskritys, savivaldybės bei

sveikatos priežiūros teikėjai. Kai tik teritorinės ligonių kasos pradės veikti apskričių lygiu, apskričių ir savivaldybių vaidmenį perimtų šie fondai.

- Apskričių teisė kaupti savo fondus. Norint sukurti gerai subalansuotą mišrią sveikatos priežiūros sistemą, labai svarbu, kad apskričių lygio fondai būtų mokūs. To galima buvo pasiekti iš pat pradžių įvedus apskričių ar/ir savivaldybių mokesčių, už kurio surinkimą būtų atsakingos apskritys. Vėliau, pradėjus veikti teritorinėms ligonių kasoms, fondai pradės dirbti darbdavių ir darbuotojų įmokų pagrindu.

#### 4. Išvados

Aptarę įvairius sveikatos priežiūros valdymo modelius, šioje dalyje pasistengsime susieti šiuos modelius su daugeliu sveikatos priežiūros paramentų, tokių kaip:

- prieinamumo lygybė
- efektyvumas
- pagerėjusi sveikatos priežiūra
- patenkinti ligoniai
- teikėjo savarankiškumas

Kaip paaiškėja iš 1 lentelės, centralizuotai teikiama sveikatos priežiūros sistema įgalina prieinamumo lygybę. Tačiau, kaip iliustruoja komunistinių laikų sveikatos priežiūros sistema, tokia lygybė buvo tik popieriuje.

Iš kitos pusės, visiškai decentralizavus sistemą, yra galimybė optimaliai padidinti paslaugų efektyvumą, todėl kad paslaugų teikimas bus priartintas prie visuomenės ir pagal tai galės būti modifikuotas. Tačiau visiškai decentralizuota sistema šalies mastu įtvirtina ir tam tikrą nelygybę.

Prie visuomenės priartintos sveikatos paslaugos visiškai patenkina ligonius ir reiškia didesnę teikėjo savarankiškumą. Tai visiškai priešinga centralizuotoms planinėms sistemoms, kurios paprastai neatitinka nei gydytojų, nei ligonių poreikių.

Tikroji sveikatos priežiūros valdymo reformos Lietuvoje sėkmė priklausys, ar bus apibendrinti įvairių pateiktų modelių argumentai už ir prieš. Suteikus apskričių valdžiai šiek tiek daugiau atsakomybės už sveikatos priežiūros reikalus, netrūktų koordinavimo ir lygybės, paskirstant sveikatos paslaugas savivaldybių lygyje, tuo pačiu metu, nesukurtų visiškai centralizuotos sistemos.

**1 lentelė - Sveikatos priežiūros sistemos raida ir rezultatai**

	prieinamumo lygybė	efektyvumas	padidėję pajamos už sveikatos paslaugas	ligonių pasitenkinimas	teikėjo savarankiškumas
1 modelis	****	**	*	*	*
2 modelis	*	****	***	****	****
3 modelis	***	***	***	***	***
4 modelis	****	****	****	****	****
5 modelis	****	**	**	*	*
6 modelis	****	***	**	*	*
7 modelis	****	****	****	****	****

\*= žemas įvertinimas, \*\*\*\*= aukštas įvertinimas

## DECENTRALIZACIJOS EKSPERIMENTAS ŠIAULIUOSE

Nijolė KIBILDIENĖ

Šiaulių respublikinė ligoninė, vyriausioji gydytoja

Sveikatos apsaugos reorganizavimas, t.y. reforma, Šiauliuose prasidėjo prieš 5 metus. Šiandien galima sakyti, kad tai yra labai sudėtingas procesas, nes jame dalyvauja visi sveikatos priežiūros darbuotojai, politikai ir visuomenė. Mes nebesuskaičiuojame, kiek buvo organizuota įvairiausių lygių susirinkimų, posėdžių, pasitarimų, kiek kartų analizuoti įvairūs variantai. Dar šių metų pradžioje kartu su visų 7 rajonų vyr. gydytojais buvome įsitikinę, kad galėsime visoje apskrityje atskirti pirminį medicinos lygį nuo antrinio, bet detaliau įsigilinus paaiškėjo, kad skubėti negalima, tiesiog visais aspektais pavojinga, nes labai vienalytė rajonų centrinių ligoninių medicinos tarnyba.

Šiaulių mieste situacija kitokia. Šiaulių miesto sveikatos priežiūros koordinacinė taryba dar prieš 3 metus bandė politikams įrodyti, kad pirminė sveikatos priežiūra turėtų priklausyti miesto savivaldybei. Tačiau Šiaulių miesto deputatai pasiūlymo nepriėmė, taigi visus šiuos metus aiškinomės, nousekliai ir pagrįstai įrodinėjome politikams, o, svarbiausia, ir patys galutinai įsitikinome, kad mūsų strategija buvo teisinga. Todėl šiais metais neiškilo jokių klausimų kai nuo respublikinės Šiaulių ligoninės, t.y. ministerijos pavaldumo įstaigos, atskyrėme pirminės sveikatos priežiūros funkcijas savivaldybei.

Dabar tai svarbu visoms pusėms. Tuo labiau, kad jau buriasi BPG komandos, dirba du pirminiai sveikatos priežiūros centrai.

Kai kas pasakytų, kad BPG neatlieka visų jam galimų ir priklausančių funkcijų, bet aš norėčiau atsakyti, kad gal ir gerai, kad nepaskubėjome, kad dar pasitikrinome, nes yra įvairiausių spęstinių problemų, reorganizuojant darbą. Tai yra ypatingas procesas, kuriame dalyvauja gydytojai, medicinos seserys, ligoniai ir visa visuomenė, o darbo sąlygos ir aplinka kol kas ta pati, stipriai trukdo nepakankamas finansavimas, trūksta SAM reglamentuojančių dokumentų.

Šiandien mes galime pasidžiaugti, kad dabar jau iniciatyvos imasi ne vadovai, bet gydytojai, medicinos seserys, net pacientai. Tai yra vienas svarbiausių žingsnių.

Reikia pripažinti, kad vis tik pagrindinį ir svarbiausią poveikį šiai reformai mūsų mieste turi mūsų BPG bendradarbiavimas su Kristianštado BPG. Gydytojai ir medicinos seserys turėjo ir turi galimybę padirbėti kartu su BPG Švedijos pirminės sveikatos priežiūros centruose, jų specialistai atvyksta pas mus skaityti paskaitas. Šių metų lapkričio mėnesį atvyks kolegos iš Švedijos ir kartu su mūsų BPG dirbs čia.

Treti metai bendradarbiavimo - ir susibūrė BPG grupė, kuri pati sprendžia savo problemas ir kuria savo tarnybą. Aš tai vertinu didžiausia sėkme. Lygiai taip pat mus įvertino ir ekspertai. Taigi savivaldybei perduota pirminė sveikatos priežiūros grandis galės sėkmingai tęsti darbą.

Atitinkamai, stiprėjant pirminei sveikatos priežiūros grandžiai, perorganizuojamas antrinis sveikatos priežiūros lygis. Prie stacionaro steigiami konsultaciniai diagnostiniai centrai. Tai ekonomiška, tai ir yra tikroji specializuota II lygio poliklininė medicininė pagalba.

Aš labai džiaugiuosi ir tikiu tikrąja šios reformos sėkme, nes mes susitarėme su savivaldybės meru, deputatais ir savivaldybės gydytoju, kad perduotume savivaldybei pirminės sveikatos priežiūros funkcijas, o ne pačias poliklinikas, t.y. visi gydytojai-specialistai, šiuo metu dirbantys poliklinikoje, pereina į antrą lygį - priklausys Respublikinei Šiaulių ligoninei, o kadangi perdavėme poliklinikas, t.y. pastatus, - pasirašėme panaudos sutartį 10-čiai metų, t.y. pereinamajam laikotarpiui. Taigi per šį laikotarpį turėtų išsispęsti persikvalifikavimo ir darbo vietos problemas, nes dabar visiems jau aišku, kad Lietuvos sveikatos apsaugos strategija ir prioritetas - pirminė sveikatos priežiūra, t.y. BPG.

Taigi 1995 rugsėjo 7d. Šiaulių apskrities tarybos posėdyje, dalyvaujant ministerijos sekretorei I.Degutienei ir dr.E.Razgauskui, visų rajonų merams ir vyr.gydytojams, buvo priimtas nutarimas: Šiaulių mieste pilnai atskirti pirminį ir antrinį sveikatos sistemos lygius. Apskričiai iš miesto pavaldumo perduoti dispenseriai: tuberkuliozės, onkologijos, odos ir veneros ligų, sporto, medicinos centro, o Šiaulių apskrities rajonuose-savivaldybių biudžetuose numatyta realiai atskirti pirminės sveikatos priežiūros finansavimą nuo antrinės, sudarant atskirus biudžetus. Šitoks sprendimas vienas iš logiškiausių, nes visi rajonų merai ir vyr.gydytojai savo situaciją buvo išanalizavę.

Pastaruoju metu mūsų ligonės gydymo taryba ir vyr.specialistai analizuoja ir ruošia strateginę stacionarų darbo perspektyvą, kaip perprofiluoti, koncentruoti ir specializuoti medicinos sritis, atsižvelgiant į išteklius, medicinos apimtį ir lygį, statistinę situaciją apskrities mastu.

## DECENTRALIZACIJA IR SPECIFINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOS

Vytautas SILICKAS  
Valstybinis visuomenės sveikatos centras

Sveikatos priežiūros valdyme taikomi keturi funkcijų (reglamentavimo, finansavimo, reguliavimo, planavimo ir resursų išdėstymo, intersektorinio bendradarbiavimo, koordinavimo, sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos kėlimo) decentralizavimo tipai: dekoncentravimas, delegavimas, pareigų perdavimas ir privatizavimas.

Sąvoka "**dekoncentravimas**" - reiškia sveikatos priežiūros valdymo funkcijų perdavimą lokaliai išsidėsčiusiems struktūriniais padaliniais. Sveikatos sistemos įstatymu buvo numatyta, kad regioniniai (apskričių) visuomenės sveikatos centrai atliks Sveikatos apsaugos ministerijos regioninių padalinių funkcijas. Tačiau Sveikatos apsaugos ministerija ilgainiui numatė decentralizuoti Valstybinę visuomenės sveikatos priežiūros tarnybą, t.y. regioninius visuomenės sveikatos centrus perduoti apskritims. Sveikatos draudimo įstatymu yra numatytas finansavimo dekoncentravimas, t.y. asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo perdavimas valstybinėms ligonių kasoms.

**Pareigų perdavimas** - šis decentralizavimo tipas susijęs su subnacionaliniu valdymo lygiu. Sveikatos sistemos ir Apskrieties valdymo įstatymais atskiros sveikatos priežiūros valdymo funkcijos buvo perduotos apskritims.

**Delegavimas** - valdymo funkcijų delegavimas šalia valdymo organo esančioms institucijoms, t.y. valstybinėms tarnyboms ir inspekcijoms (valstybinis medicininis auditas, sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimas), Valstybinei sveikatos reikalų komisijai prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.

Savivaldybėms įstatymais deleguojamos specialiosios sveikatos priežiūros funkcijos, kurios numatytos Sveikatos sistemos ir Psichikos sveikatos priežiūros įstatymuose. Atskiras sveikatos priežiūros valdymo funkcijas savivaldybėms numatyta deleguoti Užkrečiamų ligų kontrolės ir profilaktikos bei Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo projektuose.

**Privatizavimas** - yra valdymo organų funkcijų perdavimas nevyriausybiniams organizacijoms (Nacionalinei sveikatos tarybai, bendruomenių sveikatos taryboms) ir pelno siekiančioms ar ne pelno įstaigoms. Privatizavimą galima apibrėžti kaip visumą priemonių, skirtų:

- 1) sumažinti valstybės veiklos mastus atitinkamam sektoriuje (valstybės paternalizmo apribojimas);
- 2) sustiprinti privataus sektoriaus vaidmenį, naudojant visuomeninius fondus.

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo decentralizavimas visų pirma turi būti nagrinėjamas privatizavimo aspektu.

Nustatant valstybės paternalizmo mažinimo mechanizmus sveikatos priežiūros paslaugų poreikio tenkinime, tikslinga išnagrinėti prekių ir paslaugų, susijusių su sveikatos santykiais, klasifikaciją (Priedas 1). Prekės ir paslaugos šioje klasifikacijoje nagrinėjamos pagal du kriterijus: atskyrimo ir vartojimo.

Prekės ir paslaugos pasižymi atskyrimo savybe – potencialiam vartotojui jos gali būti nesuteiktos arba asmuo dėl neatitikties kai kurioms sąlygoms, kurias kelia paslaugų teikėjas, gali būti eliminuotas iš vartotojų.

Kita svarbi savybė yra vartojimas. Vartotojai kai kurias prekes gali vartoti vienu metu ir drauge (bendro vartojimo prekės), kitos gi prekės tinka tik individualiam vartojimui. Dar kitų prekių, tokių kaip oras, atvirų vandens šaltinių vanduo, neįmanoma atskirti nuo vartotojų (visuotinai prieinamos prekės). Ketvirta prekių rūšis yra kolektyvinės prekės, kurios vartojamos bendrai, ir jų neįmanoma atskirti nuo procesų. Daugeliu atvejų šios prekės teikiamos priverstinai.

Privačias prekes užtikrina rinka. Valstybės vaidmuo apsiriboja konkurencijos, informacijos teisingumo ir prekių saugos reguliavimu.

Visuotinai prieinamos prekės neturi nustatytos kainos, kuri galėtų informuoti vartotojus apie jų vertę. Tokios prekės dažnai vartojamos neracionaliai. Siekiant vartotojus geriau informuoti apie tokių prekių kainą, taikomos įvairios kainos substitutų sistemos. Pvz., atmosferos oro kainos substitutas yra mokesčiai už aplinkos taršą. Viename iš sveikatos draudimo įstatymų projektų variantų numatytus sveikatos draudimo įmokų diferencijuotus tarifus priklausomai nuo įmonių darbuotojų sergamumo lygio taip pat galima buvo vertinti kaip sveikatos kainos substitutą.

Bendro vartojimo prekės gali būti teikiamos rinkos. Tačiau atskiros prekės gali būti teikiamos ir valstybinių monopolijų. Pvz., Įmonių įstatymu reglamentuojama, kad pavojingų ir ypač pavojingų užkrečiamų ligų gydymu gali užsiimti tik valstybinės įmonės ir specialios paskirties akcinės bendrovės.

Daug prekių (paslaugų) yra kolektyvių. Jas vartoja daugelis žmonių, kurių neįmanoma atskirti nuo vartotojų. Jų teikimui užtikrinti būtina surinkti kolektyvines įmokas (mokesčius). Kolektyvinių prekių pasiūla reguliuojama daugiau politiniu mechanizmu.

Visuomenėje vyrauja nuomonė, kad tik privačios ir bendro vartojimo prekės (paslaugos) turi ypatingą vertę. Dėl to vertingos prekės (paslaugos), paprastai būna subsidijuojamos. Kuo didesnė vertė, tuo sunkiau atskirti prekes (paslaugas).

Medicinos pagalba yra individuali prekė, kuri gali būti atskirta ir tapti privačia. Tačiau socialinių vertybių pasikeitimas nulemia tai, kad dalis asmens sveikatos priežiūros paslaugų įgyja bendro vartojimo prekių (paslaugų) ypatumus. Dėl įvairių kolektyvinių pastangų, kurias įtvirtino įstatymai, dalis asmens sveikatos priežiūros paslaugų yra nemokamos, subsidijuojamos arba teikiamos už nominalią kainą. Galima prognozuoti tokių prekių (paslaugų), struktūros pasikeitimus. Didėjant asmens sveikatos priežiūros medikalizacijai ir palaikant šią tendenciją visuomenėje,

tolydžio augs bendro vartojimo asmens sveikatos priežiūros paslaugų lyginamasis svoris. Padidėjus bendro vartojimo prekių (paslaugų) lyginamajam svoriui paprastai įvyksta paklausos sproginimas, išauga nereikalingų tyrimų, hospitalizuotų asmenų skaičius. Tuo pačiu tai sąlygoja įvairių sveikatos priežiūros kaštų augimo ir paslaugų teikimo efektyvumo kontrolės mechanizmų atsiradimą (akreditavimo sveikatos priežiūrai, medicininio audito).

Privačių, visuotinai prieinamų ir bendro naudojimo prekių (paslaugų) vartojimo reguliavimas yra kolektyvinė paslauga, kuri sukurta šių paslaugų pirkimo kokybės sąlygų užtikrinimui. Šiai paslaugai priskiriama visuomenės sveikatos priežiūra. Kaip priešingybė bendro vartojimo asmens sveikatos priežiūros paslaugų lyginamojo svorio didėjimo tendencijai bus visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų, iki šiol priskiriamų kolektyvinėms, perėjimas į privačias paslaugas. Šiuo metu jau teikiamos privačios higieninės ekspertizės paslaugos, visa eilė higieninių laboratorinių tyrimų yra mokami. Tai natūralu, nes, skatinant sveikatos priežiūros medikalizaciją, teikiant daugiau prioritetą asmens sveikatos priežiūrai, vis daugiau lėšų pritrūks visuomenės sveikatos priežiūrai. Kaip alternatyva šiai tendencijai - vis didesnis kolektyvinių sveikatos priežiūros paslaugų decentralizavimas (privatizavimas).

Decentralizuojant sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, didžiausias vaidmuo turėtų tekti sveikatos priežiūros sutartims, privilegijų suteikimui (licencijavimui), dotacijoms, ir garantijoms. Galima paminėti tokius decentralizavimo metodus kaip kompetencijos delegavimą sutarčių pagrindu (pvz. ekspertizės darbams, slaugos ir mitybos paslaugų teikimui ligoninėse ir t.t.); kompetencijos delegavimą privačioms institucijoms lizingo pagrindu (nuomojant neišnaudojamą medicininę aparatūrą, įrangą, statinius, autotransportą); kompetencijos delegavimą dotacijų pagrindu (privačiai institucijai išduodama dotacija atlikti tam tikrą darbą (beje, pagal Sveikatos sistemos įstatymą, valstybės ir savivaldybės biudžetų dotacijų skyrimo privačioms institucijoms pagrindus turi nustatyti Vyriausybė).

Šiuo metu yra parengtas Draudimo nuo nelaimingų atsitikimų ir profesinių ligų įstatymo projektas. Anot šio įstatymo, darbdaviai savo sąskaita privalės drausti dirbančiuosius nuo šių draudiminių įvykių. O juk tai atskiras decentralizavimo metodas - kompetencijos drausti delegavimas mandato (šiuo atveju įstatymo) pagrindu. Šis metodas taikytinas ir privalomajam sveikatos draudimui.

Šiuo metu plačiai taikomas vienas iš decentralizavimo metodų, t.y. sveikatos sistemos vykdomųjų subjektų pavadavimas biudžetinio finansavimo ribojimo pagrindu. Būtent tokia politika sukuria sąlygas užpildyti valstybinių paslaugų teikimo vakuumą privačioms institucijoms.

Nagrinėdami sveikatos priežiūros (paslaugų) teikimo organizacines formas, galima padaryti šias išvadas:

1) asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo decentralizavimas vyksta daugiausia privilegijų suteikimo forma (licencijavimas);

2) neišnaudojamos Sveikatos priežiūros įstatymu numatyto decentralizavimo sveikatos priežiūros ir sveikatos rėmimo sutarčių pagrindu galimybės, praktiškai netaikomos tarpžinybinės sutartys;

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo decentralizavimui reguliuoti, užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą mums reikalinga apibrėžti, kas yra valstybinės sveikatos priežiūros paslaugos, koks jų turinys ir mastai, nustatyti jų teikimo sąlygas. Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo projekte numatyta, kad biudžetinės sveikatos priežiūros įstaigos teiks valstybines paslaugas, o jų komerciniai padaliniai - mokamas sveikatos priežiūros paslaugas.

Privatizavimo, kaip vienos iš decentralizavimo tipų, sąvoka daugeliui suprantama vien tik akcionavimo aspektu. Mūsų nuomone, daugelį sveikatos priežiūros problemų galima išspręsti sandorių pagrindu. Juk vienas iš rinkos principų yra laisvė sudaryti kontraktus.

## Priedas 1

## Sveikatos santykius įtakančių prekių (paslaugų) klasifikacija

Privačios prekės	Leidžiamas	atskyrimas	Neleidžiamas	Visuotinai prieinamos prekės	
I n d i v i d u a l u s  v a r t o j i m a s  B e n d r a s	<input type="checkbox"/>	Stomatologinės sveikatos priežiūros paslaugos	<input type="checkbox"/>	Oras	
	<input type="checkbox"/>	Maistas, būstas, rūbai	<input type="checkbox"/>	Atvirų vandens šaltinių vanduo	
	<input type="checkbox"/>	Mokamos asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos			
	<input type="checkbox"/>	Centralizuotas geriamo vandens tiekimas	<input type="checkbox"/>	Privalomasis sveikatos draudimas	
	<input type="checkbox"/>	Atliekų pašalinimas	<input type="checkbox"/>	Medicininis auditas	
	<input type="checkbox"/>	Kanalizacija	<input type="checkbox"/>	Akreditavimas	
	<input type="checkbox"/>	Šildymas	<input type="checkbox"/>	Programų valdymas	
	<input type="checkbox"/>	Švietimas	<input type="checkbox"/>	Visuomenės sv. priežiūra	
	<input type="checkbox"/>	Savanoriškasis sveikatos draudimas			
	<input type="checkbox"/>	Nemokama asmens sv. priežiūra			

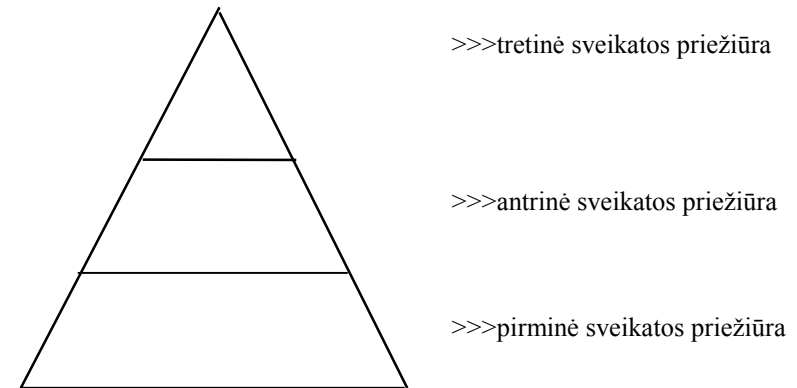
Bendro vartojimo prekės

Kolektyvinės prekės

## PIRMINĖ SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

David CORDER, Kanada

Sveikatos paslaugų sistemą galima įsivaizduoti kaip visa apimančią piramidės pavidalo trijų lygių sistemą. *Pirminė sveikatos priežiūra* yra tos piramidės pagrindas, o antrinė ir tretinė sveikatos priežiūros yra kiti priežiūros lygiai.



*Pirminė sveikatos priežiūra* yra filosofija ir požiūris į priežiūrą, kuri apibūdina tęstinumą, suderinamumą ir visapusiškumą. Sveikatos priežiūros funkcijos vykdomos pirminės priežiūros lygiu kai, priešingai antriniam ir tretiniam lygiams, jos vyksta pirminiame nepertraukiamo proceso etape ir kai pagrįstai galima tikėtis jomis pasinaudoti artai namų. *Pirminės sveikatos priežiūros* paslaugas galima atskirti nuo antrinio ir tretinio lygio sveikatos paslaugų pagal šiuos kriterijus:

- sudėtingumas ir paprastumas, numatomas rezultatas ir neabejotinas rezultatas;
- sugebėjimų ir žinių, būtinų paslaugų teikėjui, pobūdis;
- negausių išteklių ir technologijų panaudojimas.

Antrinės sveikatos priežiūros institucijos, pvz., ligoninės, reikalingos tam tikro personalo įgūdžių rafinuotumo bei sugebėjimų laipsnio; dažnai jose

teikiamos paslaugos susijusios su paciento izoliavimu tam tikram laikui. Tretinės sveikatos priežiūros institucijos teikia aukštos specializacijos paslaugas, kurioms reikalingas aukštas techninis lygis. Tokios rūšies priežiūra paprastai siejama su paslaugomis, teikiamomis universitetinių medicinos centrų arba specializuotų ligoninių.

Kyla nesusipratimų dėl terminų (t.y., pirminė sveikatos priežiūra, antrinė sveikatos priežiūra, tretinė sveikatos priežiūra), naudojamų priežiūros lygiams ir rūšims apibrėžti. Daugelis lietuvių, tarp jų ir sveikatos priežiūros darbuotojų, šiuos apibrėžimus ir Vyriausybės, sveikatos sistemos bei finansų šaltinių valdymo organizacijų lygius laiko sinonimais.

Analizuojant šią situaciją, ypač kalbant apie *pirminę sveikatos priežiūrą*, išaiškėjo, kad problema prasideda termino „pirminė sveikatinimo veikla” apibrėžimu Sveikatos sistemos įstatyme. Jame sakoma: „Pirminė sveikatinimo veikla apima savivaldybių teritorijos administracinius vienetus”. Šis teiginys apibrėžia *pirminę sveikatos priežiūrą* klaidingai. Jis teigia, kad visos sveikatos priežiūros paslaugos yra valdomos savivaldybių ir kad tik jos yra įtraukiamos į pirminės sveikatos priežiūros apibrėžimą. Taip nėra dabar, taip nebus ir ateityje. Priežiūros lygiai (ypač *pirminė sveikatos priežiūra*) neturėtų būti painiojami nei su paslaugų teikimo vieta, nei su administracine atsakomybe, nei su Vyriausybės ir/ar finansavimo lygiais.

Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) *pirminę sveikatos priežiūrą* apibrėžia taip:

*“Pirminė sveikatos priežiūra yra būtiniausia sveikatos priežiūros grandis, visuotinai prieinama atskiriems individams ir šeimoms, jiems dalyvaujant procese priimtina forma ir už paslaugas mokant tiek, kiek bendruomenė ar šalis gali sau leisti mokėti. Pirminė sveikatos priežiūra yra šalies sveikatos priežiūros sistemos, kurios pagrindu ji yra, ir bendros socialinės bei ekonominės šalies raidos dalis. Ji yra pirminė individų, šeimų ir bendruomenės kontakto su nacionaline sveikatos sistema grandis, priartinanti sveikatos priežiūrą prie žmonių gyvenimo ir darbo vietų, pirmasis nenutrūkstamo sveikatos priežiūros proceso elementas. Pirminė sveikatos priežiūra užsiima pagrindinėmis bendruomenės sveikatos problemomis, teikdama reikalingas profilaktikos, gydymo, išsaugojimo bei reabilitacijos paslaugas.”*

Toliau PSO pateikė 8 veiklos sritis, sudarančias *pirminės sveikatos priežiūros* pagrindą:

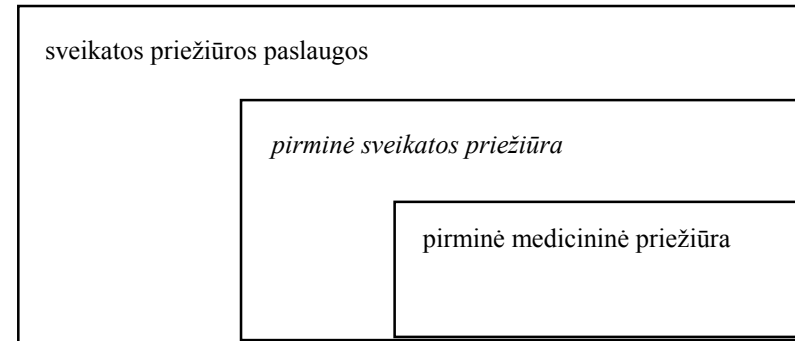
- tinkamas labiausiai paplitusių ligų ir sužeidimų gydymas;
- būtinausių vaistų tiekimas;
- sveikatos mokymas apie dažniausias sveikatos problemas, jų nustatymą, prevenciją ir kontrolę;
- parama tinkamai mitybai, aprūpinimas maisto produktais;
- pakankamas aprūpinimas žmonių reikmėms naudojamu vandeniu ir pagrindinė sanitarijos veikla;
- motinos ir vaiko sveikatos priežiūra, šeimos planavimas;
- imunizavimas nuo svarbiausių infekcinių ligų;
- konkrečiai vietai būdingų ligų prevencija ir kontrolė.

Pirminės sveikatos priežiūros darbo grupė siūlo *pirminės sveikatos priežiūros* apibrėžimą, panašų į PSO pateiktąjį ir visapusišką bei atspindintį platesnę už pirminės medicininės priežiūros veiklą. Numatomos tokios Lietuvoje apibrėžtos *pirminės sveikatos priežiūros* veiklos sritys:

- skubios ir neatidėliotinos pagalbos teikimas nelaimingų atsitikimų ar ligos atveju (skubi pagalba);
- pagrindinės diagnostikos ir gydymo priemonės individams ir šeimoms, prireikus siųsti juos specializuotai pagalbai ar į ligonines (pirminė medicininė priežiūra);
- prevenciniai patikrinimai;
- sveikatos mokymas;
- pagrindinės visuomenės sveikatos paslaugos (sanitarija, infekcinių ligų prevencija ir kontrolė);
- motinos ir vaiko sveikatos priežiūra;
- imunizavimas;
- sergančiųjų lėtinėmis ligomis, invalidų ir senų žmonių priežiūra.

Terminai *pirminė sveikatos priežiūra* ir *pirminė medicininė priežiūra* **negali** pakeisti vienas kito. *Pirminė medicininė priežiūra* yra pirminės sveikatos priežiūros komponentas. Ją sudaro pirmasis paciento įvertinimas ir nepertraukiamos pagalbos teikimas esant įvairioms sveikatos problemoms. Pirminę medicininę priežiūrą sudaro sveikatos problemų diagnostika, gydymas bei valdymas; ligų prevencija ir sveikatos ugdymas; prireikus - nuolatinė parama šeimai ar bendruomenei.

*Pirminę medicininę priežiūrą*, kaip *pirminės sveikatos priežiūros* komponentą galima pavaizduoti taip:



## PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMA

1993 metais sveikatos apsaugos darbuotojai sudarė darbo grupę, kurios užduotis - konsultuoti Sveikatos apsaugos reformos biurą (SARB) ir Sveikatos apsaugos ministeriją pirminės sveikatos priežiūros plėtros klausimais. 1995 metų gegužės mėnesį Sveikatos apsaugos ministerija iš esmės pritarė darbo grupės siūlymams ir patvirtino juos kaip bendrosios medicinos - svarbiausio pirminės sveikatos priežiūros elemento įgyvendinimo pagrindą.

Darbo grupės manymu, ambulatorijos turėtų tapti pagrindiniu pirminės sveikatos priežiūros organizaciniu vienetu. Grupė rekomenduoja išsaugoti medicinos punktus (kuriuose dirba felčeriai) įstaigose, organizacijose, mokyklose bei kaimo vietovėse ir siūlo steigti sveikatos centrus. Kitos svarbesnės rekomendacijos:

- laipsniškai įvesti bendrosios praktikos gydytojo (BPG) pareigybę, apimant ir naujų bendrosios praktikos gydytojų rengimą, ir dabartinių gydytojų perkvalifikavimą;
- perkvalifikavimo pirmenybė turėtų būti suteikta apylinkės terapeutams ir pediatrams;
- akušeriai ir pediatrai palaipsniui turėtų tapti specialistais;
- didelės poliklinikos turėtų būti pertvarkytos į specializuotus diagnostikos ir gydymo centrus;
- mažesnės poliklinikos turėtų tapti pirminės sveikatos priežiūros institucijomis, įstaigomis, kuriose praktikuotų gydytojų grupės;
- bendrosios praktikos gydytojų kiekį bei geografinį pasiskirstymą turėtų nustatyti finansuojanti organizacija ir savivaldybė;

- visuomenės sveikatos paslaugų, specializuotos medicinos pagalbos ir pagalbos stacionare tarpusavio santykius turėtų apibrėžti Sveikatos apsaugos ministerija;
- bendrosios praktikos gydytojai turėtų dirbti kaip pelno nesiekiančios organizacijos;
- už akreditavimą, licencijų išdavimą ir sutartis su medicinos darbuotojais turėtų būti atsakinga Sveikatos apsaugos ministerija;
- reikalavimus ataskaitoms, pacientų registrai ir informacijos sistemai turėtų nustatyti savivaldybė;
- bendrosios praktikos gydytojo atlyginimo turėtų užtekti darbo užmokesčiui mokėti ir kabinetui išlaikyti;
- pirminė sveikatos priežiūra turėtų būti finansuojama taip: bazinė suma plus pinigai pagal gyventojų kiekį;
- pacientai turėtų galimybę pasirinkti bendrosios praktikos gydytoją;
- papildomos paslaugos turėtų būti finansuojamos atskirai;
- pirminei sveikatos priežiūrai turėtų būti skiriamas nustatytas biudžeto lėšų sveikatos apsaugai procentas;
- specialistų konsultacijos turėtų vykti tik bendrosios praktikos gydytojui nusiuntus.

Darbo grupės pasiūlyto pirminės medicininės priežiūros modelio, kurio pagrindas - bendroji medicinos praktika, įgyvendinimui visoje šalyje skirta 10 metų (1995 - 2005 m.). Per šį laikotarpį apylinkės gydytojai turėtų dirbti kaip pirminės priežiūros gydytojai, o per tuos 10 metų daugelis jų turėtų būti perkvalifikuoti į bendrosios praktikos gydytojus.

## SIŪLOMA STRATEGIJA

- Pirminės sveikatos priežiūros vadovams teikti pirmenybę renkant sveikatos valdymo mokymo programų dalyvius
- Įkurti Nacionalinę Sveikatos tarybą
- Įkurti Bendruomenės sveikatos tarybą
- Apibrėžti bendrosios praktikos/šeimos gydytojo vaidmenį
- Apibrėžti “durininko” funkciją
- Pirminei sveikatos priežiūrai skirti resursai
- Pasitarimo su visuomene procesas
- Įgyvendinant pirminę sveikatos priežiūrą remtis laipsniškumo principu
- Įgyvendinant pirminę sveikatos priežiūrą, remtis “eksperimentinių” vietovių principu

- Paruošti standartus bei gaires
- Peržiūrėti visuomenės sveikatos/higienos teikiamas paslaugas
- Peržiūrėti greitosios pagalbos teikiamas paslaugas

### **1 ETAPAS, 1996 - 1997**

PSP reformos įgyvendinimas dviejose "eksperimentinėse" vietovėse  
nacionalinių standartų ir gairių nustatymas  
pirminės sveikatos priežiūros komandos nariai  
reikalavimai paruošimui ir perkvalifikavimui  
valdymo informacijos sistema  
kokybės užtikrinimas  
įgyvendinti pirminę medicininę sveikatos priežiūrą  
apibrėžti bendruomenės slaugą  
bendravimo programa

### **2 ETAPAS, 1998 - 2005**

visuomenės sveikatos priežiūros vaidmens apibrėžimas  
užbaigti nacionalinio reformos įgyvendinimo planą  
apibrėžti greitosios pagalbos paslaugų vaidmenį  
užbaigti nacionalinę slaugos namų, ligoninių, centrų strategiją

## LIETUVOS POLITINIŲ PARTIJŲ PROGRAMŲ SVEIKATOS POLITIKOS KLAUSIMAIS PRELIMINARINĖ APŽVALGA

H.BAUBINAS, V.KAIRAITIENĖ, E.RAZGAUSKAS  
VILNIUS, 1995 m.

Atkūrus Lietuvos nepriklausomybę, prasidėjo laisvas visuomenės būrimasis į atskiras politines partijas. Šis procesas, atrodo, dar nesibaigė, net intensyvėja, vyksta visuomenės diferencijacija. Sprendžiant sveikatos apsaugos organizavimo klausimus, labai svarbu, kad pagrindiniais sveikatos politikos klausimais būtų pasiektas visų partijų susitarimas. Labai svarbu per partijas įtraukti žmones į sveikatos problemų sprendimą.

Ši apžvalga preliminarinė, mūsų tikslas - atkreipti partijų dėmesį į tai, kad jų veiklos galutinėje sąskaitoje turėtų būti žmonių gerovė, o ji be sveikatos neįmanoma.

Lietuvos Respublikoje įregistruotos 23 politinės partijos ir politinės organizacijos (1995.10.02). Kontaktuota su 21 partija ir politine organizacija.

Nepavyko susisiekti su 2 partijomis - Lietuvos žaliaja ir Lietuvos protėvių atgimimo partija.

Politinės veiklos nevykdanti pasiskelbė 1 partija - Lietuvos politinių kalinių partija (dabar - sąjunga).

Programas gavome iš 15 partijų. Šios programos labai skirtingos, tiek į programą įrašytų klausimų ratu, tiek analizės gyliu, nekalbant apie apimtį ir auditoriją, kuriai jos skirtos. Atlikti plačią ir detalią palyginamąją analizę neįmanoma dėl šių priežasčių:

1. Partijos skirtingai suvokia, kokia informacija ir kaip - abstrakčiai ar konkrečiai - turi būti pateikta tokioje programoje.
2. Pateikta medžiaga skirta labai įvairių uždavinių sprendimui:
  - bendros partijos linijos pateikimas - strateginės programos;
  - programos, sudarytos artėjant rinkiminei kovai - taktinės programos;
  - programų ištraukos ar net apibendrinimai, atsakant į mūsų prašymą;
  - kai kurios programos, paimtos iš publikacijų laikraščiuose.
3. Medžiaga, pagal paruošimo laiką išsibarsčiusi per 2-3 metus. Tai pakankamai didelis laiko tarpas šiuolaikiniame politiniame gyvenime, kad daugelis svarbių politinių klausimų būtų naujai interpretuojami. Bent 4 partijų atstovai, pateikdami dokumentus, pabrėžė jų senumo faktą, o kai kurie nenorėjo duoti neatnaujintos programos.

Tokiu būdu, dėl aukščiau išvardintų priežasčių, negalima vienareikšmiškai vertinti ir tarpusavyje lyginti turimos medžiagos. Praktiškai galime kalbėti ne apie partijų sveikatos politiką, t.y. požiūrį į sveikatą, o tik apie partijų požiūrį pristatant

sveikatos politiką tokio pobūdžio dokumentuose. Nors šis faktas taip pat įdomus, tačiau vien tik juo remiantis negalime daryti apibendrinančių išvadų.

Pagal tai, kokioje apimtyje pateikiami ir nagrinėjami sveikatos apsaugos klausimai, visas turimas programas galime sugrupuoti į 4 grupes.

1. Visai nepateikiamos sveikatos apsaugos problemos ir jų sprendimo būdai - 4 partijos. Šios grupės programos atspindi tik bendrą vertybių sistemą, deklaruoja principus, kuriais bus sprendžiami valstybės ir visuomenės gyvenimo klausimai. Jose nagrinėjami žmogaus, tautos ir valstybės santykis, pasaulio kultūros įtaka, santykis su kitomis politinėmis jėgomis. Paliečiami labai siauri ir specifiniai konkretūs klausimai, aktualūs tai visuomenės daliai, kurios interesus numato ginti konkreti politinė partija - tautinių mažumų, inteligentijos ir pan. Dažnai paminima tik medicininė pagalba mokamumo požiūriu. Galime teigti, kad sveikatos klausimai čia paliečiami tik netiesiogiai, deklaruojant žmogaus teises ir visuomenės pareigas. Viena partija pabrėžia, kad "detali partijos politika... privalo atsispindėti konkrečiose programose, turi būti išdiskutuota ir gavusi visuomenės pritarimą" ir tai iš principo sutampa su kitų partijų požiūriu, nors jis ir nėra išreiškiamas tokia tiesiogine forma.

2. Tik užsimenama apie sveikatos apsaugos problemas. Sprendžiami labai siauri, tačiau tam tikroms visuomenės grupėms aktualūs klausimai, nepateikiant gilesnės analizės, dažnai apsiribojant deklaratyvaus pobūdžio sprendimų pateikimu. Sveikatos apsauga nagrinėjama siaurąja - medicininės pagalbos - prasme. Pagrindinis klausimas - nemokama sveikatos priežiūra - gan aiškiai parodo tokių programų populistinį pobūdį.

3. Bandytas kompleksiskai spręsti sveikatos klausimus. Sveikatos problemos bandomos spręsti įvertinant jų kompleksiskumą. Sveikatos apsauga suprantama kaip ekologiškai švarios, sveikos žmogaus buities, poilsio ir darbo aplinkos išsągojimas, aplinkos žalingų faktorių korekcija, sveikos gyvensenos propagavimas, moralinis ir materialinis individo skatinimas rūpintis savo sveikata. Deklaruojamas draudiminės medicinos (privalomas ir laisvanoriškas) principas, kalbama apie pirminės ir specializuotos medicininės pagalbos atskyrimą. Nurodoma būtinybė sveikatinimo santykius reguliuoti teisės aktais. Galima manyti, kad stengiamasi pateikti tas problemas, kurios autoriams yra žinomos ir suprantamos.

4. Sveikatos apsaugos programose konkrečių veiklos formų ir sričių numatymas. Politika pateikta pagal PSO strategiją "Sveikata visiems" ir Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją. Kalbama apie valstybės sveikatos politikos svarbą, visuomenės įtraukimą, teisinį ir ekonominį sveikatos apsaugos reguliavimą, prioritetų nustatymą medicininėje pagalboje, pagrindinius reformos etapus ir t.t. Beveik visoje šios grupės programose pateikiamas labai konkretus ir logiškas veiklos planas. Labai krenta į akis ryšys tarp šių partijų programų turinio ir profesionalų medikų dalyvavimo politinėje veikloje. Deja, tenka pastebėti, kad tik kelios partijos pamini Nacionalinę sveikatos koncepciją.

**IŠVADOS:**

1. ESAMA MEDŽIAGA ATSPINDI (GERIAUSIU ATVEJU) PARTIJŲ POŽIŪRĮ Į SVEIKATOS APSAUGOS PROBLEMŲ AKTUALUMĄ IR VIETĄ VI-SUOMENĖS GYVENIME, TAČIAU NENUSAKO, KOKIA GALETŲ BŪTI VIENOS AR KITOS PARTIJOS POLITIKA PLĖTOJANT SVEIKATOS AP-SAUGĄ. TAM REIKIA ATLIKTI PLATŲ TIKSLINĮ PARTIJŲ POŽIŪRIŲ TY-RIMĄ.
2. SVEIKATOS PROBLEMŲ SPRENDIMĄ, KAIP RODO PRIKLAUSO-MYBĖS RYŠIAI 4 GRUPĖSE, POLITIKAI PALIEKA PROFESIONALAMS. TAI KALBA APIE NEPAKANKAMĄ MŪSŲ POLITIKŲ INFORMUOTUMĄ IR KOMPETENCIJĄ SVEIKATOS APSAUGOS KLAUSIMAIS IR PROBLEMŲ SPRENDIMO PERDAVIMĄ MEDIKAMS.
3. SVEIKATOS PROBLEMOS IR JŲ SPRENDIMO BŪDAI DAUGUMOS PARTIJŲ PROGRAMOSE YRA PANAŠŪS. DIDŽIAUSIA NUOMONIŲ ĮVAI-ROVĖ LIEČIA MOKAMŲ MEDICININIŲ PASLAUGŲ MASTŲ NUSTATY-MA. TAI LEIDŽIA TIKĖTIS, KAD NEBUS LABAI SUNKU PASIEKTI SUSI-TARIMĄ ESMINIUOSE KLAUSIMUOSE.
4. DIDESNĖ DALIS PARTIJŲ, YPAČ MAŽESNIŲ, PAREIŠKĖ, KAD JUOS MALONIAI NUSTEBINO TOKIA MŪSŲ INICIATYVA, IR KAD JOS PASI-RUOŠUSIOS PRODUKTYVIAI BENDRADARBIAUTI IR NET PRAŠYTI PA-RAMOS, RUOŠIANT JŲ SVEIKATOS POLITIKĄ.
5. PAGAL POŽIŪRĮ Į MEDICININĖS PAGALBOS ORGANIZAVIMĄ, GA-LIMA IŠSKIRTI POLIARINES GRUPES - PASISAKANTYS UŽ MOKAMĄ IR NEMOKAMĄ MEDICINOS PAGALBĄ. LABAI DIDELĘ REIKŠMĘ DALIS PARTIJŲ TEIKIA SVEIKATOS DRAUDIMUI.

**PASIŪLYMAI:**

1. PARENGTI DETALIĄ ANKETA, KURI LEISTŲ OBJEKTYVIAI ĮVER-TINTI SVEIKATOS POLITIKĄ.
2. PRIIMTINA FORMA SUPAŽINDINTI SU STRATEGIJOS “SVEIKATA VISIEMS” IR LIETUVOS NACIONALINĖS SVEIKATOS KONCEPCIJOS DEKLARUOJAMAIŠ PRINCIPAIŠ.
3. PANAUDOJANT APKLAUSOS BŪDU SURINKTĄ MEDŽIAGĄ, PA-RUOŠTI PAVYZDINĘ SVEIKATOS POLITIKOS PROGRAMĄ BEI KON-KREČIŲ PRIEMONIŲ PLANĄ.

4. 4 MĖNESIŲ LAIKOTARPIU ORGANIZUOTI SUSITIKIMĄ (NELAUKIANT PAVASARĮ NUMATYTOS NACIONALINĖS KONFERENCIJOS SVEIKATOS KLAUSIMAIS, NES ŠIUO METU PARTIJOS JAU RUOŠIASI SVARSTYTI NAUJAS VEIKLOS PROGRAMAS, ARTĖJANT KITŲ METŲ RINKIMAMS).

5. BŪTINA RASTI KONTAKTUS SU KATALIKŲ BAŽNYČIA IR BANDYTI JĄ ĮTRAUKTI Į SVEIKATOS RĖMIMO AKCIJAS.

6. SIŪLYTUME SAVIVALDOS LYGIU TARP PARTIJŲ IEŠKOTI SUSITARIMO, SPRENDŽIANT KONKREČIAS SVEIKATOS PROBLEMAS, IR YPAČ - SUTARTI DĖL SVEIKATĄ REMIANČIŲ PROGRAMŲ (ALKOHOLIO, TABAKO KONTROLĖS IR KT.) VYKDYMO BEI MEDICININIŲ PASLAUGŲ ORGANIZAVIMO VIETOSE.

ATSAKIUŠIŲ Į PAŠTO APKLAUSĄ RESPONDENTŲ PRIKLAUSOMYBĖ  
POLITINĖMS PARTIJOMS

Politinės partijos pavadinimas	N	%
1. Lietuvos respublikonų partija	16	1.5
2. Lietuvos krikščionių demokratų partija	75	7.2
3. Lietuvos centro sąjunga	25	2.4
4. Lietuvos demokratinė darbo partija	256	24.7
5. Tautos pažangos partija	4	0.4
6. Lietuvos demokratų partija	51	4.9
7. Lietuvos žaliaji partija	4	0.4
8. Nepriklausomybės partija	6	0.6
9. Lietuvos nacionalinė partija "Jaunoji Lietuva"	4	0.4
10. Tėvynės sąjunga (Lietuvos konservatoriai)	80	7.7
11. Lietuvos lenkų rinkimų akcija	7	0.7
12. Lietuvos politinių kalinių ir tremtinių sąjunga	12	1.2
13. Lietuvos valstiečių partija	120	11.6

---

14. Lietuvos liberalų sąjunga	33	3.2
15. Lietuvos socialdemokratų partija	49	4.7
16. Lietuvos tautininkų sąjunga	81	7.8
17. Moterų partija	1	0.1
18. Nenurodė	213	20.6

---

## SVEIKATOS STATISTIKA APSKRITIES LYGIU

(Santrauka)

Aldona GAIŽAUSKIENĖ

Sveikatos informacijos centras, direktorė

Tyrimo tikslas - įvertinti gyventojų sveikatos būklę, turimus resursus bei medicinos įstaigų veiklą 10 naujai sukurtų apskričių.

Metodika. Apskaičiavimai atlikti, remiantis turimais duomenimis, kurių pagrindą sudaro metinės 1994m. ataskaitos. Ši duomenų rinkimo metodologija turi keletą apribojimų;

- ataskaitose pateikiami agreguoti duomenys, tad nėra galimybės analizuoti atskirus atvejus ar pacientus. Todėl aptarnaujama teritorija sutapatinama su nuolatinio gyventojų skaičiumi toje vietovėje, kurioje yra medicinos įstaiga,
- nėra galimybės spręsti apie susirgimų sunkumo laipsnį,
- sunku įvertinti atskirų tarnybų veiklą.

Tačiau šių apribojimų iš dalies galima išvengti, jei analizei būtų panaudojamos pirminės apskaitos formos, šiuo metu funkcionuojančios mūsų gydymo įstaigose. Kadangi Lietuvos sveikatos informacijos centras renka statistinę informaciją apie kiekvieną medicinos įstaigą, tad yra galimybė grupuoti šiuos duomenis reikiamu būdu. Buvo įvertinta gyventojų sveikatos būklė, medicinos įstaigų veikla bei finansai apskrities lygiu.

Rezultatai. Gyventojų skaičius apskrityse pasiskirstęs netolygiai. Apie 45 procentus gyventojų yra Vilniaus ir Kauno apskrityse, tuo tarpu kitose yra nuo 3 iki 11 procentų bendro gyventojų skaičiaus. Didžiųjų miestų apskričių populiacijos yra truputį jaunesnės negu kitos daugiau kaimiškų teritorijų apskritys.

Vieni pagrindinių gyventojų sveikatos būklės rodiklių yra gyventojų sergamumas, ligotumas ir mirtingumas. Pastebėti dideli mirtingumo rodikliai Utenos, Marijampolės, Tauragės ir Panevėžio rajonuose. Tam galėjo turėti įtakos didesnis vyresnio amžiaus asmenų skaičius šiose teritorijose. Tačiau paskaičiavus standartizuotą mirtingumą, t. y. eliminavus amžiaus faktorių, jis išlieka aukštas Marijampolės, Tauragės, ir Vilniaus apskrityse (žr. priedus).

Skirtingi ir gyventojų sergamumo ir ligotumo rodikliai apskrityse. Iš dalies tai gali būti sąlygota registracijos netikslumais. Antra, turime atminti, jog mes registruojame sergamumą pagal kreipimąsi į gydymo įstaigą, tuo tarpu tam tikra asmenų

dalis gydosi savarankiškai, privačiai arba mano esą sveiki. Nebuvo pastebėta tiesioginio ryšio tarp sergamumo, ligotumo ir mirtingumo.

Išvengiamų mirčių metodas - daugelyje šalių yra netiesioginis sveikatos priežiūros kokybės rodiklis. Jo esmė - mirčių skaičių dėl kai kurių susirgimų tam tikrose amžiaus grupėse galima žymiai sumažinti, jei imamasi profilaktinių priemonių arba laiku taikomas adekvatus gydymas. Standartizuotas gyventojų mirtingumas dėl kai kurių išvengtų mirties priežasčių buvo skirtingas (žr. priedus).

Norint įgyvendinti programos "Sveikata visiems iki 2000 metų" principus - teisumą ir prieinamumą, būtina turėti tinkamą aprūpinimą resursais. Atsižvelgus į tai, kad didžiųjų miestų apskritys savo teritorijose turi respublikines įstaigas ir jų aptarnaujamas kontingentas didesnis (Vilniaus USL ir Kauno AK aptarnauja apie 30 procentų gyventojų iš kitų apskričių), resursų rodikliai nedaug varijuoja. Norėčiau atkreipti dėmesį į skirtingą personalo pasiskirstymą pirminėje sveikatos priežiūros ir stacionarinėje grandyse apskrities lygiu (žr. priedus).

Preliminarinė analizė parodė, jog medicinos įstaigų darbo efektyvumas menkai priklausė nuo gyventojų sveikatos būklės. Kai kuriose apskrityse personalo pasiskirstymas pirminėje sveikatos priežiūros ir stacionarinėje grandyse neatitiko gyventojų sergamumo rodiklių, vyravo teigiamas ryšys tarp stacionarinio sergamumo ir lovų skaičiaus.

## Kaip pasiekti efektyvumo?

Jan SORENSEN

Danija

### Įvadas

Phare projekto 1.A.1. (decentralizacijos programos) dalyje sutelkėme dėmesį į informacijos apie sveikatos priežiūrą panaudojimo būdus, kas padėtų analizuoti decentralizacijos ir kitų, į Lietuvos sveikatos sektoriaus efektyvumo gerinimą nukreiptų, politinių iniciatyvų rezultatus.

Ekonomistų požiūriu, pagrindinis kiekvienos sveikatos priežiūros sistemos tikslas - teikti aptarnaujamiems gyventojams su sveikatos priežiūra susijusią naudą ir patogumus. Naudą galima apibūdinti kaip sveikatos priežiūros reikmių patenkinimą arba maksimalų sveikatos priežiūros pagerinimą. Kitas svarbus tikslas - teisingas sveikatos priežiūros paskirstymas. Tokią padėtį, kai maksimaliai panaudojamos turimos lėšos, taip pat galima vadinti efektyvia. Prieš pradėdant toliau nagrinėti šią temą, reikėtų tiksliau apibrėžti efektyvumo reikšmę. Ekonomistai naudoja įvairius efektyvumo apibrėžimus ir skiria medicininį efektyvumą (efficacy), techninį efektyvumą (cost-effective), alokacinį efektyvumą (cost-efficiency) ir socialinį efektyvumą.

Techninis efektyvumas apibūdina sveikatos priežiūros produkciją. Sveikatos priežiūros produkcija yra techniškai efektyvi, kai, panaudojus nustatytas lėšas, pateikiama kiek įmanoma daugiau (nustatytos kokybės) sveikatos paslaugų. Šių kriterijų taip pat galima būtų paaiškinti kitu būdu, būtent, kai nustatytas (nustatytos kokybės) paslaugų kiekis suteikiamas įdėjus kiek galima mažiau lėšų. Alokacinis efektyvumas siejamas su sveikatos priežiūros paskirstymu ir panaudojimu. Alokaciškai efektyvus paskirstymas (suteikti didesnę naudą vienai žmonių grupei) neįmanomas nesumažinus naudos kitai žmonių grupei. Šių kriterijų vadina "Pareto optimalumo kriterijumi", vieno iš ankstyvųjų italų ekonomisto vardu. Socialinis efektyvumas neįmanomas be techninio ir alokacinio efektyvumo.

Kaip rodo šie kriterijai, be noro pasiekti efektyvumo, trokštama vienodo arba teisingo sveikatos priežiūros lėšų paskirstymo. Deja, efektyvumas ir teisingas paskirstymas - skirtingi tikslai, paprastai abiejų neįmanoma pasiekti vienu metu. Ekonomistai apibrėžia šią prieštarą sakydami, kad tarp efektyvumo ir teisingo paskirstymo yra "balansas", t.y. didesnio efektyvumo galima pasiekti tuo atveju, jeigu visuomenė savo noru sutiktų atsisakyti dalies teisių, arba atsisakyti dalies efektyvumo, kad galima būtų pasiekti kiek įmanoma vienodesnio paskirstymo. Esant šių prieštarų tikslų balansui, turintiems sprendžiamąjį balsą ir paliekama teisė nuspręsti, ar jie norės keisti darbo principus, siekdami kuo efektyviau panaudoti lėšas, arba teisingai paskirstyti sveikatos priežiūrą. Tai politiniai sprendimai, kuriuos po-

litikai turi besąlygiškai ir aiškiai apibrėžti. Ekonomikos teorija ir modeliai jiems nenurodo, kas geriausiai pasitarnautų visuomenei. Toks sprendimas priklauso nuo to, kam žmonės teiktų pirmenybę, kokioms jų socialinės savivokos, kultūros ir teisingumo sampratos.

Šioje analizėje susikoncentruosiu ties būdais, kuriais būtų įmanoma pasiekti didesnio efektyvumo. Norėdamas apibūdinti dabartinę padėtį Lietuvoje, skirstant sveikatos priežiūros lėšas pirminei, antrinei ir tretinei priežiūrai, pagal amžiaus ir pagrindinių ligų grupes, pasinaudojau duomenimis, kuriuos metinių ataskaitų forma surinko Lietuvos sveikatos informacinis centras. Remiantis šia medžiaga, bus nustatytos Lietuvos galimybės pasiekti efektyvumo daugiau dėmesio kreipiant į pirminę priežiūrą ir geriau panaudojant ligoninėms skirtas lėšas, pvz., mažinant gulėjimo ligoninėse trukmę (ligoniai greičiau išrašomi iš ligoninių) ir plačiau taikant ambulatorinę/dieninę sveikatos priežiūrą.

Šiame darbe pateikti apskaičiavimai parodo efektyvumo teikiamas galimybes. Ar realiai įmanoma pasiekti efektyvumo be papildomų išlaidų, priklausys nuo sveikatos priežiūros vadovų sugebėjimo įtikinti klinikų personalą keisti tradicinį ligoninių gydymo būdą ir kuo racionaliau panaudoti turimus menkus sveikatos priežiūros išteklius. Politikai, savo ruožtu, turės suteikti sveikatos priežiūros vadovams laisvę ir skatinti siekti efektyvumo. Tokį sprendimą lems arba jų išskaičiavimas, kad sėkmės atveju juos geriau įvertins ir jiems daugiau mokės, arba tikėjimas, kad efektyvumas yra vienas iš svarbiausių būdų pagerinti Lietuvos žmonių sveikatą. Kiek vadovams suteikti laisvės įtakoti ar spręsti klausimus dėl išteklių panaudojimo vietos ligoninėms, poliklinikoms ir kitoms sveikatos priežiūros reikmėms - turbūt yra pati svarbiausia problema, siekiant efektyvumo teikiamos naudos.

### **Analizės metodai**

Techninis efektyvumas buvo išanalizuotas pagal 1994 m. Lietuvos sveikatos informacinio centro pateiktus duomenis. Duomenys buvo surinkti iš visų Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų metinių ataskaitų, kuriose kiekviena įstaiga informavo apie visą priimtų ligoninių skaičių, vidutinę gulėjimo trukmę, dirbančio personalo skaičių bei personalo išlaikymo, medicininių, maitinimo ir komunalinių patarnavimų (už vandenį ir elektrą) išlaidas.

Surinktą informaciją apie finansavimą, kurią patvirtino Sveikatos apsaugos ministerijos pareigūnai ir apskričių seniūnai, palyginau su duomenimis gautais iš Finansų ministerijos. Juos palyginus, išaiškėjo, kad išlaidos, anot metinių ataskaitų duomenų yra 5% mažesnės už išlaidas, kurias užregistravo Sveikatos apsaugos ministerija. Tokio neatitikimo priežastys gali būti kelios. Žinoma, kad kai kurios sveikatos priežiūros įstaigos savo ataskaitose praleido informaciją apie joms pavaldžių įstaigų veiklą ir išlaidas, todėl ir trūksta duomenų apie daugelį nedidelių įstaigų. Taip pat žinoma, kad sveikatos priežiūros įstaigos naudoja įvairius atsiskaitymo

būdus. Pastarieji taip pat turi įtakos kai kuriems nesutapimams tarp dviejų duomenų šaltinių atsirasti.

Analizuojant techninį efektyvumą, duomenys apie įstaigų veiklą ir finansavimo šaltinius buvo nagrinėjami keliomis pakopomis:

1. Pirminės priežiūros ir stacionariųjų išlaidų įvertinimas
2. Vienetinės stacionarinės priežiūros išlaidų įvertinimas
3. Stacionariųjų išlaidų įvertinimas pagal:
  - a) savivaldybių ir respublikines ligonines,
  - b) amžiaus grupes,
  - c) ligų grupes.

Todėl 3 dalies duomenų analize nustatoma, kaip pakitus gydymo būdai (pirminėje/antrinėje sveikatos priežiūroje), kito stacionarinė/ambulatorinė sveikatos priežiūra ir vidutinė gulėjimo trukmė. Tokio modeliavimo rezultatai yra labai svarbūs, pvz., žymiai pasikeičia ligonių priėmimų skaičius, lovdienių ir lovų išnaudojimas, reikalavimai personalui ir su tuo susijusios išlaidos.

Turint dabartinius duomenis, nebuvo įmanoma imtis alokacinio efektyvumo analizės. Sunkumai iškyla dėl duomenų rinkimo būdų, kurie naudojami metinėse ataskaitose. Šiose ataskaitose nebuvo reikalauta išskaidyti veiklos duomenis pagal ligonių gyvenamą vietą. Galima daryti prielaidą, kad visa ligoninių veikla yra susijusi su vietos gyventojais. Tai gali būti tiesa, turint omenyje savivaldybių ligonines, tačiau to negalima būtų teigti apie respublikines ligonines. Kadangi respublikinės ligoninės teikia specializuotas sveikatos priežiūros paslaugas, jų aptarnaujamas rajonas išsiplėčia už jų administracinių vietovės ribų. Kai kurios ligoninės gali pateikti iš kitų rajonų atvykusių ligonių skaičių, nors visų pirma tam reikėtų, kad ligoninėse veiktų duomenų kaupimo sistemos, į kurias įeitų ir ši informacija, ir, antra, kad būtų sudarytos galimybės gauti šiuos duomenis analizei.

Kadangi teko apsiriboti ir panaudoti tiksliai iš Sveikatos informacijos centro gautą informaciją, alokacinė efektyvumo analizė čia nebus pateikta. Tai jokia būdu nereiškia, kad pagerėjęs išteklių paskirstymas negali duoti naudos. Kaip akivaizdžiai rodo kitų šalių patirtis, ženklaus efektyvumo galima pasiekti išskaidant medicinos praktiką ir naudojimąsi sveikatos priežiūros paslaugomis.

### **Pirminės sveikatos priežiūros ir ligoninių išlaidų įvertinimas**

Duomenys, kuriuos gavau iš 417 sveikatos priežiūros įstaigų, respublikinių ligoninių, savivaldybių ligoninių ir joms priklausančių įstaigų, parodo visu etatu dirbančių gydytojų, viduriniojo personalo ir kito ligoninių ir poliklinikų darbuotojų skaičių.

Tarkime, kad visas registruotas poliklinikų personalas yra pirminės sveikatos priežiūros darbuotojai. Be to, darykime prielaidą, kad pavaldžiose įstaigose dirbantys darbuotojai taip pat priklauso pirminės sveikatos priežiūros sektoriui. Turėdami šias prielaidas omenyje, galime paskaičiuoti, kad pirminiame sveikatos priežiūros sektoriuje dirba apie 30% visų darbuotojų. Šie skaičiai nesiderina su procentiniu šių trejų darbuotojų grupių pasiskirstymu, kai pirminiame priežiūroje dirba 45% gydytojų, 37% viduriniojo personalo ir 20% kitų darbuotojų. Gydytojai sudaro tik 15% visų sveikatos priežiūros darbuotojų, vidurinis ir kitas personalas atitinkamai sudaro 41% ir 44%. Atsižvelgdami į tai, kad šiose trejose grupėse atlyginimai santykinai skirsis, pateikus tikslus duomenis, nebūtų išmintinga vien tik pagal šį bendrąjį koeficientą proporcingai paskirstyti ligoninių ir pirminės sveikatos priežiūros personalo atlyginimus.

Uždarbio statistinių skirtumų tarp šešių darbuotojų grupių savivaldybių lygiu parodymui vietoj proporcingo paskirstymo modelio buvo taikomas tiesinės regresijos modelis (54 stebėjimai). Aiškinant šiuos šešis parametrus kaip šešių darbuotojų grupių metinius atlyginimus, galima susidaryti geresnį vaizdą, kaip keičiasi personalo skaičius ir atlyginimų dydis. Pagal šį metodą apie 23% darbuotojų atlyginimams skirtų lėšų galima proporcingai paskirstyti pirminei sveikatos priežiūrai, o 77% - stacionarinei priežiūrai.

Tikimasi, kad dėl darbuotojų skirstymo į pirminį ir stacionarinį sveikatos priežiūros sektorių, išaugtų pirminėje sveikatos priežiūroje dirbančiųjų skaičius. Taip yra dėl to, kad kai kurios ligoninės teikia tiek stacionarinę, tiek ambulatorinę sveikatos priežiūrą. Laikantis principo, kad visas ambulatorinės sveikatos priežiūros personalas priklauso pirminei sveikatos priežiūrai, dalis ligoninėse dirbančių žmonių bus priskirti pirminei sveikatos priežiūrai.

Nustačius išlaidas pirminėje sveikatos priežiūroje dirbančiam personalui, galima teigti, kad likusios išlaidos priklauso stacionarinei sveikatos priežiūrai. Esant tokiam reguliavimui, medicinos bei kitos išlaidos, susijusios su pirminiu priežiūros sektoriumi, nebus įvertintos.

Turimi duomenys mums nepadedą įvertinti neteisingo paskirstymo masto. Tikimasi, kad šios įvertinimo klaidos iki tam tikros ribos savaime išsilygins. Tačiau šiuo metu, pagal surinktus duomenis, neįmanoma šios hipotezės nei atmesti, nei priimti.

### **Vienetinių išlaidų įvertinimas**

Tiesinės regresijos modelis buvo panaudotas apibūdinant santykį tarp ligoninių išlaidų (atlyginimams, socialiniam draudimui, maitinimui, medicininiams ir visuomeniniams patarnavimams). Kitos išlaidos (investicijos į ilgalaikius projektus, statybos ir remonto darbai ir kt.) nebuvo įskaičiuotos, kadangi jos siejamos su dabartine pastatų būkle, o ne su veiklos apimtimis.

Duomenis sudaro 136 dokumentai iš sveikatos priežiūros įstaigų. Kiekviename dokumente yra rodyklė, kur nurodoma, ar įstaiga yra respublikinė ligoninė (1) ar savivaldybės ligoninė (2). Jų priklausomybėje esančios institucijos nebuvo įtrauktos į skaičiavimus. Įstaigų, kurių veiklos išlaidos buvo pateiktos, buvo priskaičiuotos prie atitinkamų centrinių įstaigų.

Jeigu įstaiga įtraukė jai priklausančių institucijų pinigines išlaidas, galima daryti prielaidą, kad bus įtraukta ir priklausomų institucijų veikla. Iš kitos pusės, jeigu informacija apie jų veiklą bus praleista, taip pat nebus duomenų apie jų pinigines išlaidas. Nors ir šie duomenys visiškai neatspindi viso stacionarinio sektoriaus, manoma, kad jie yra patikimi ir jų visiškai pakanka, norint iliustruoti sveikatos priežiūros politikos, nukreiptos į efektyvumo gerinimą, rezultatus.

Buvo sukurtas modelis, kuris paaiškina skirtingas ligoninių įplaukų išlaidas kalbant apie ligoninių darbo apimtis: priėmimų, lovdienių ir ligoninių skaičių. Šio modelio parametrus galima aiškinti kaip vidutinę vieneto kainą analizei pasirinktoje ligoninėse. Taip pat buvo patikrintos skirtingos modelio versijos, į kurias buvo įtrauktas priėmimų, lovdienių, ir ambulatorinės veiklos skirstymas pagal amžiaus grupes. Šie tikslesni modeliai parodė, kad parametrus nežymiai įtakoja didžiuliai skirtumai tarp atskirų grupių. Toks teiginys yra gana įtikinamas todėl, kad ligonių skirstymas pagal amžių grupes ligoninėse labai nesiskirs, nebent ligoninė specializuotųsi tam tikroje ligonių grupėje (pvz., pediatrinės ligoninės, geriatrinės ligoninės). Buvo iširta, ar respublikinių ir savivaldybių ligoninių vieneto kaina skiriasi. Išaiškėjo, kad skiriasi tik priėmimo kaina, lovdienio ir ambulatorinio gydymo vieneto kainų skirtumai labai nežymūs.

Galutinio modelio siūlomos vieneto kainos:	
Vieno priėmimo į savivaldybės ligoninę kaina	-274Lt.
Vieno priėmimo į respublikinę ligoninę kaina	-578Lt.
Vieno lovdienio kaina	-13Lt.
Vieno ambulatorinio ligonio priežiūros kaina	-20Lt.

Šis modelis labai gerai paaiškina ( $R^2=0.97$ ) ligoninių išlaidų skirtumus ir didelę visų keturių parametrų reikšmę ( $p<0.001$ ).

### **Veiklos lygiai pagal diagnozę ir ligoninių tipą**

Veiklos duomenis sudaro informacija apie priėmimų, lovdienių ir ambulatorinių ligonių skaičių pagal keturias amžiaus ir 17 diagnostinių grupių iš kiekvienos 134 sveikatos priežiūros įstaigos. Šie duomenys buvo surinkti iš respublikinių ir apskričių ligoninių.

1994 m. nacionaliniai duomenys:

Stacionariųjų ligonių priėmimų skaičius 1000 gyventojų:	196 priėmimai
Vidutinė gulėjimo trukmė:	15.5 dienos
Ambulatorinių priėmimų skaičius 100 gyventojų:	837 priėmimai

Nepaprastai didelis ambulatorinių priėmimų skaičius 100-tui gyventojų galėjo atsirasti priskyrus ambulatorinius ir stacionarius ligonius pirminės sveikatos priežiūros sektoriui. Ligonų skaičių sunku išskaidyti. (Jį reikia patikrinti!).

Diagramos iliustruoja 17 diagnostinių grupių, priėmimų skaičiaus kitimą, vidutinę gulėjimo trukmę ir ambulatorinių priėmimų skaičių.

Apžvelgę keturias amžiaus grupes, matome, kad į visas Lietuvos ligonines priimama 17% 0-14 m. amžiaus ligonių, 28% - 15-44, 26% - 45-64, o tik 20% priėmimų tenka vyresniems nei 65 m. amžiaus žmonėms.

#### **HOSPITALIZAVIMAS PAGAL DIAGNOZĖS GRUPĘ**

	Ligoninių išlaidų dalis%	Hospitalizavimas 1.000 gyventojų
Kraujo apytakos sistemos susirgimai	15.1%	30.7
Kvėpavimo sistemos susirgimai	12.1%	24.3
Psichiniai susirgimai	9.6%	10.5
Virškinamojo trakto susirgimai	9.1%	19.5
Nelaimingi atsitikimai, susižeidimai, apsinuodijimai	8.4%	18.7
Nėštumas ir gimdymas	7.7%	22.3
Infekciniai ir parazitiniai susirgimai	6.4%	9.8
Kiti susirgimai	31.6%	59.8

Kalbant apie lovdienų panaudojimą, 0-14 amžiaus grupė išnaudojo 12% viso lovdienų skaičiaus, 15-44 - 31%, 45-64 - 32%, o 65 ir vyresni - 25%.

#### **ALOKACINIS EFEKTYVUMAS**

##### **- 1994 METŲ LIGONINIŲ IŠLAIDŲ PASISKIRSTYMAS**

#### **Amžiaus grupės ir hospitalizavimas Paslaugų dalis**

0 - 14 metų	15.9%
15 - 44 metų	34.0%
45 - 64 metų	28.5%
65 ir daugiau metų	21.7%

### Ligoninių rūšis

Respublikinės ligoninės	152.8 mln Lt 33%
Savivaldybių ligoninės	308.7 mln Lt 67%

Įdomu būtų pastebėti įvairių amžiaus grupių skirtumus: nacionalinį vidurkį prilyginus indeksui 100, hospitalizacijos skaičius 0-14 ir 15-44 amžiaus grupėse indeksai atitinkamai sudaro 76 ir 87, ir tai leidžia daryti prielaidą, kad jie yra 26% ir 13% mažesni už nacionalinį vidurkį. Panašus rodiklis 44-64 ir 65 ir vyresnių amžiaus grupėse sudaro 115 ir 164 ir parodo, kad šios amžiaus grupės yra hospitalizuojamos daug dažniau nei jaunesnio amžiaus žmonės.

Panaši laikinai hospitalizuotų ligonių analizė neatsitiktinai parodo, kad dvi jaunesnio amžiaus grupės (indeksas 72 ir 83) trumpiau guli ligoninėse, tuo tarpu vyresnio amžiaus grupės (indeksas 125) guli atitinkamai ilgiau. Šie skaičiai parodo, kad vyresnio amžiaus gyventojai labiau išnaudoja stacionarines lovas todėl, kad jie dažniau hospitalizuojami, o ne dėl ilgesnės gulėjimo ligoninėse trukmės.

### Ligoninių išlaidų įvertinimas

Pateikta vieneto kaina bus panaudota skaidant duomenis į 17 diagnostinių kategorijų pagal pagrindines grupes TLK-9 (ICD-9) klasifikacijos schemoje. Panaudojus nustatytą vidutinę vieneto kainą, galima apytiksliai įvertinti dabartinio biudžeto paskirstymą pagal ligas ir amžiaus grupes bei sveikatos priežiūros teikimo pobūdį.

Ši analizė gali būti laikoma pastanga sukurti vieningus "Programos biudžetus", kurie suteiktų informaciją diskusijai, ar dabartinis piniginių išteklių paskirstymas yra tinkamas, ir įvertintų, kokią įtaką turėtų finansams ir paslaugoms pasikeitus paslaugų teikimui tarp programų ir programų viduje.

Yra nustatyta, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kaštai respublikinėse ligoninėse sudaro apie trečdalį visų ligoninės išlaidų, o savivaldybių ligoninėse - du trečdalius.

Apskaičiavimai rodo, kad išlaidos vaikams nuo 0 iki 14 metų amžiaus sudaro 16% visų ligoninės išlaidų, paaugliams ir suaugusiems nuo 15 iki 44 - 34%, vidutinio amžiaus žmonėms - 28% ir 22% vyresniojo amžiaus žmonėms.

Diagrama parodo, kaip sveikatos priežiūros išlaidos paskirsto 17-oje diagnostinių grupių.

### Sveikatos priežiūros produkcijos efektyvumo modeliavimas

Modeliuojant techninį sveikatos priežiūros efektyvumą, remiamasi viršuje pateiktais duomenimis dėl kurių, pasikeitus politikai, ir vyksta reikšmingi pokyčiai.

Manoma, kad gyventojų sergamumas išliks toks pats kaip ir 1994. Tą kategoriškai teigti nebūtų teisinga, nes, kaip rodo dabartiniai demografinio kitimo apskaičiavimai, gims mažiau vaikų, o vyresnio amžiaus žmonės gyvens ilgiau ir tuo būdu sudarys didesnę gyventojų dalį. Kadangi vyresnio amžiaus gyventojai serga taip pat dažniau nei jaunesniojo amžiaus žmonės, panašu, kad sveikatos paslaugų poreikis išaugs. Tačiau metinis augimo indeksas yra labai žemas, ir jeigu darytume prielaidą, kad išaugs bendras ekonomikos produktyvumas, būtų logiška manyti, kad produktyvumas išaugs ir sveikatos priežiūros sektoriuje, ir tuo būdu išaugęs poreikis bus patenkintas.

Palyginti daug ligų bus gydoma pirminiame sveikatos priežiūros sektoriuje. Kai kurios ligos bus gydomos kol ligonis pasveiks, kitos tik iš dalies, o dar kitoms gydyti ligonis bus siunčiamas į specializuotus bendrųjų ir respublikinių ligoninių skyrius.

Aiškias prielaidas galima daryti tarp pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros ir pagal tai apskaičiuoti hospitalizuotų žmonių skaičių.

Hospitalizuotų žmonių skaičius kartu su numanoma vidutine gulėjimo ligoninėje trukme, apspręs ir būtiną lovadienių skaičių. Tuo būdu turėdami omenyje efektyvų lovų panaudojimą, galėsime apskaičiuoti reikalingą lovų skaičių.

Prieš pradėdant pradinę šio modelio analizę ir tyrimą, siūlytume atlikti šią analizę:

Pabaigai reikėtų pateikti, kokios sąlygos yra būtinos, kad pagerėtų sveikatos priežiūros efektyvumas. Visų pirma, reikia sudaryti galimybę naudotis informacija apie:

- alternatyvius sveikatos priežiūros būdus (pvz., alternatyva stacionarinei priežiūrai);
- sveikatos priežiūros poreikius, sveikatos priežiūros vertinimą, gyventojų specifiką (ligos pasireiškimą ir paplitimą);
- sveikatos priežiūros išdėstymą (pvz., pagal gyventojų geografinį pasiskirstymą).

Be to, reikia turėti atsiskaitymo mechanizmus. Būtina sukurti sistemą, kuri padėtų stebėti, kaip panaudojamos lėšos. Vien tik stebėjimo (monitoringo) neužtenka, reikia, kad institucijos turėtų pakankamai metodų ir kompetencijos keisti neefektyvių lėšų panaudojimą. Dėl šios priežasties būtinas atsakomybės už sprendimus delegavimas (devoliucija). Taigi, planavimas, valdymas ir finansavimas turi būti perduodamas tiems valdžios lygiams, kurie skirsto lėšas.

## **REZULTATAI - ĮVERTINTOS PASEKMĖS**

### *I PAVYZDYS*

Mažesnė orientacija į stacionarinę priežiūrą.  
Daugiau ambulatorinio ir pirminio gydymo (hospitalizavimą sumažinti 10%):  
72. 000 mažiau priėmimų į ligoninę  
4. 400 mažiau lovų  
39 mln Lt potencialiai sutaupoma (8.5% nuo bendro biudžeto)

2 PAVYZDYS	Trumpesnė hospitalizavimo trukmė. Vidutinę hospitalizavimo trukmę sutrumpinti nuo 15.5 iki 11.6 dienų (25% sutrumpinimas). Dabartinis hospitalizavimo lygis: 11.000 mažiau lovų 37 mln Lt potencialiai sutaupoma (8.9% nuo bendro biudžeto)
3 PAVYZDYS	Mažesnė orientacija į stacionarinę priežiūrą ir trumpesnė hospitalizavimo trukmė: 72. 000 mažiau priėmimų į ligoninę 14. 240 mažiau lovų 72 mln Lt potencialiai sutaupoma (15% nuo bendro biudžeto)
4 PAVYZDYS	Daugiau priežiūros vaikams (10% skirti vaikų hospitalizavimui), trumpesnė hospitalizavimo trukmė (vaikų hospitalizavimo trukmę sutrumpinti 15%): 12.000 mažiau priėmimų į ligoninę (viso 1.7%) 1.250 mažiau lovų 8.5 mln Lt potencialiai sutaupoma
5 PAVYZDYS	Mažesnė (per pusę) vaikų hospitalizacija dėl infekcinių bei plaučių susirgimų. Hospitalizacija - 3/4 dabartinės vidutinės trukmės: 3. 600 mažiau priėmimų į ligoninę 210 mažiau lovų 2.7 mln Lt potencialiai sutaupoma

## Decentralizacija ir apskričių bei valsčių formavimas

Vytenis ANDRIUKAITIS  
Seimo narys

Norėčiau pradėti savo pranešimą tokia pozicija: Lietuvos apskričių ir valsčių formavimas yra susijęs su Lietuvos nacionaliniais ilgalaikiais interesais ir yra vienas iš esminių Lietuvos pavertimo europine valstybe uždavinių. Lietuva per paskutinius 250 metų administracinės teritorinės ir valdymo reformos pati nedarė. 1914 metų vokiečių okupacija Lietuvai paliko vokiškus „kreisus“. Lietuviai, atgavę nepriklausomybę, „kreisus“ perkrikštijo apskritimis ir atsiminę 1565-ųjų metų Lietuvos Didžiosios Kunigaikštystės valakų reformos epochą, įvedė dar ir valsčius. Tai buvo 1922-1926 metai. Be to tiek apskritys, tiek valsčiai turėjo ribotą savivaldą, o po 1926 m. perversmo, buvo pajungti centralizuotam autoritariniam valdymui. Susidarė triapakopė administracinio valdymo sistema: seniūnas ir valsčius, apskritis ir centrinė valdžia su dideliais jos įgaliojimais. Mūsų žmonėse formavosi supratimas, kad viskas turi būti tvarkoma „iš aukščiau“, kad net ir pažymos reikia važiuoti į apskritį. Apskirtyje sėdi liaudiškai sakant „ant manęs aukštesnis ponas“. Tarybiniais laikais buvo irgi ilgas laikotarpis centralizuoto valdymo, tad ir šiandien dalyje mūsų supratimas apie apskritį, kaip centralizacijos įrankį, išlieka stiprus ir tokį požiūrį bus sunku keisti.

Brežnevinė epocha likvidavo mūsų natūralius valsčius, vadintus tarybiniais rajonais ir centralizavo visus resursus.

Mes dar atsimename tą laikotarpį apie penkiasdešimtuosius - šešiasdešimt penktuosius metus, kada dar buvo Dūkšto rajonas, Pabradės rajonas, Joniškio rajonas, Švenčionėlių rajonas, Rietavo rajonas ir t.t. Brežnevinėje epochoje tie rajonai buvo stambinami, visas paslaugas centralizuojant rajono centre. Šiandien mes ir turime tokį šios epochos palikimą. Marijampolės savivaldybė, iš esmės tai Brežnevo epochos tarybinis, rajoninis darinys. Ir jeigu kelsime klausimą, ar šitoks tarybinis darinys s a v i v a l d u s, ar ten yra bendruomenė, ar ten yra natūralūs gyventojų interesai, tai ir atsakysime sau į klausimą, ką mes turime daryti? Atsakymas labai įdomus, ypač, jei palyginsime dabar Lietuvą ir Daniją. Štai Danijoje 275 savivaldybės ir 15 grafysčių. Pas mus - dešimt apskričių ir 56 savivaldybės. Matot, kaip mes „pažengę“, kaip mes centralizavę savo savivaldybes. Mes juk turime realų palikimą - tarybinių laikų, brežnevinių laikų rajonas šiandien vadinamas savivaldybe. Ir visa jo infrastruktūra realiai orientuota į tarybinių laikų ekonomines galimybes, kai viskas buvo skaičiuojama pagal atpigintas energetinių išteklių kainas. Štai ir sveikatos apsaugos modelis buvo labai paprastas - centralizuota ligoninė, centralizuota poliklinika, keletas apylinkinių ligoninių ir felčeriniai punktai. Keturias kapeikas kainavo litras benzino, galima buvo pigiai važinėti iš bet kurio rajono krašto pas gydytoją „pasišildyti“ ar kokios nors kitos pagalbos. Kas pasikeitė šiandien?

Visa struktūra likusi ta pati. Mes turime tarybinį rajoną, kurį vadiname savivaldybe, neturime tokių pigių energetinių išteklių, neturime deramo pirminės sveikatos priežiūros grandies įstaigų tinklo. Ir štai tokioje situacijoje, kai reikia reformuoti mūsų savivaldybes, dar reikia steigti ir apskritis.

Administracinė-teritorinė reforma vyksta labai sunkiai. Aukščiausioje Taryboje savivaldybių komisijoje vyko diskusijos kaip vykdyti šią reformą, kaip sudėlioti valstybės pamatus. Ar pradėti reformuoti rajonus ten, kur dar yra išlikusi šiokia tokia infrastruktūra, kuri galėtų būti savivaldi - Rietave, Kazlų Rūdoje, Vabalinke ir t.t. Yra objektų, kurie reikalingi savivaldos institucijoms steigti. Savivaldybių skaičius išaugtų maždaug iki 150-102. Pagaliau apsiribota 92 savivaldybėmis. Ir tada natūraliai iškyla klausimas, kas yra apskritis, kokios yra apskrities funkcijos? Bet 1992 m. epocha atvedė į valdžią konservatyvesnę tarybinių laikų Lietuvos dalį. Ir ta konservatyvioji Lietuvos dalis šiandien klausia, kam daryti rajonų reformą iš viso? Respublikos Seimas, labai vėluodamas, nepriėmęs Nacionalinės koncepcijos ir programos dėl administracinio teritorinio suskirstymo, atskirai ėmė priiminėti apskrities įstatymą, administracinių teritorinių ribų įstatymą, savivaldos įstatymą, visiškai nelietė svarbiausių įstatymų - biudžetinės sandaros ir mokesčių įstatymų, kurie turėtų pakeisti, kaip jūs matėte danų ir kitų ekspertų pasisakymuose, mokesčių ir finansų dydį ir pasiskirstymą tarp savivaldybių, apskričių ir centrinės valdžios. O taip pat įvestų apskirtyse savivaldą. Ir šiandien mes stovime prieš atvirą problemą, ką mes turime daryti decentralizuojant valdymą? O kas ypač akivaizdu - neapgalvotos apskričių administracijų užduotys. Nesuderinta, ką ir kuria kryptimi turi reformuoti savivaldybės, o ką - apskritis. Kadangi čia yra apskričių valdytojais su kuriais daugiausia būtų galima diskutuoti, drąsiai galiu pasakyti, kad šiandiena ant visų jūsų stalų turėtų gulėti Tautinės mokyklos koncepcija, Švietimo koncepcija, Nacionalinė sveikatos koncepcija, Nacionalinė saugumo koncepcija, kurią tur būt greit priimsime, Teritorinio planavimo įstatymas, Gamtos saugos koncepcija, Užimtumo koncepcija, na ir Socialinės apsaugos ir Pramonės restruktūrizavimo koncepcija. Tai ir būtų jūsų kasdieninės knygos regioniniams uždaviniams spręsti. Ir iš šito išplaukianti problema - apskrities regioninių užduočių santykis su apskrities biudžetu. Dar viena įdomi problema, tai išlikusio centralizuoto valdymo santykis su demokratijos principais. Mes labai sunkiai įrodinėjome, kad apskritis nėra komandinis vienetas savivaldybėms, apskritis yra valstybės regioninės politikos ir iš savivaldybių kylančių vietinių poreikių derinimo vieta, kur užsiimama planavimu, programavimu ir visais kitais regiono vystymui reikalingais dalykais. Tačiau mes Seime labai sunkiai kovojome už tai, kad apskrities taryba nebūtų tik patariamoji, kad ji turėtų sprendžiamąjį balsą nors keliais klausimais. Juk mūsų apskrities taryba sudaryta iš savivaldybių merų. Tad, kaip tik čia ir galėtų vykti svarstymai, susiję valstybės regioniniais interesais. Jūs žinote, kad Skandinavijoje apskrities tarybą žmonės renka, ten rinkimai, *county council* yra renkama. O pas mus - skiriama. Mums dar iki šiol nepasiekama, kad apskritis turėtų savo biudžetą. Ar nors

būtų aiškesni jo formavimo principai, kad sprendžiant bendruosius klausimus, susijusius su apskrities savivaldybių interesais būtų galima galvoti, kiek yra resursų. Irgi į tą klausimą nėra atsakyta. Šiuo metu dar neaišku, ką apskrities valdytojas ir apskrities taryba turi? Turi biudžetą ar ne? O tai susiję ir su sveikatos apsaugos sistemos reorganizavimu. Juk Sveikatos sistemos įstatymas apibrėžia tris lygmenis: pirminį (savivaldybių), antrinį (apskričių) ir tretinį (valstybės) lygius. Sveikatos sistemos įstatymas iš tikrųjų išsiremia į valdymo reformą, į visus kitus įstatymus ir struktūras, kurios turi įgyvendinti sveikatos reorganizavimo klausimus, be būtinųjų valdymo institucijų, nieko negalima toliau daryti. Lietuvoje šiandien egzistuoja populistinis supratimas, kad valdymas yra tik biurokratinė funkcija, tuo tarpu, mano manymu, valdyme biurokratinė funkcija yra tik viena iš nedaugelio funkcijų, o kur yra planavimas, o kur yra programavimas, o kur yra monitoringas, o kur yra skaičiavimai ir galimybė teikti informaciją ir valdymo paslaugas. Mums aiškiai trūksta žmonių ir resursų valdyme. Sveikatos apsaugos ministerija turi 78 žmones. Tuo tarpu Belgija, Olandija, Danija vien tik centriniame aparate, sveikatos apsaugos ministerijose, turi po 200-300 žmonių, o kur dar apskritys ir municipalitetai. Danijoje penkiolika grafysčių, kiek jų grafysčių (apskričių) aparate dirba specialistų ir kiek specialistų yra municipaliniame lygyje? Aš galiu drąsiai pasakyti, kad Danijoje valdyme dalyvauja apie 15% šalies gyventojų. O pas mus tuo tarpu egzistuoja populizmas "sumažinti valdymo specialistų skaičių per pusę". K. Antanavičius siūlo sumažinti trim ketvirtadaliais. Tai šitokiu būdu mes valstybę paverčiame bevaldytės valstybe. Ir skaičiai apie planavimą tai dar kartą įrodo. Jei mes šiandien nekelsime klausimo apie tai, kad valdymas tai darbo vietos, naujos institucijos, specialistai, naujos funkcijos, mokymas ir pinigai, tai puikiai suprasit, kad sveikatos sistemos uždaviniai bus ilgai neįgyvendinami. Nei rytoj, nei poryt šitie reikalai greit neišsispręs. Bet problema yra kita. Nėra nacionaliniu lygiu priimta sprendimo, kaip išdėstyti artimuosius, vidutinius ir ilgalaikius valdymo reformos uždavinius. O juk turėtume planuoti pakeitimus, nustatydami kiek finansų skirsime toms problemoms, ir per kiek laiko sukursime Lietuvoje europinę valdymo sistemą, be kurios sunku įgyvendinti ir sveikatos apsaugos uždavinius. Deja, šito tikrai dar nėra, ir vargu, ar šiais metais bus galima ko pasiekti, nes politinė atmosfera šiandien prikaišiota populizmo, o rimtų svarstymų be galo mažai.

Štai gyvenimiškas pavyzdys. Kilo didžiulis triukšmas, kaip drįstate ligonines pervesti į apskrities lygį. Tai mano labai paprastas atsakymas. Pamėgintume išivaizduoti, kad Marijampolės rajoną šiandien daliname į tris savivaldybes, Kazlų Rūdą, Marijampolės, Kalvarijas. Tai kur tada atsidurs Marijampolės ligoninė? Ar dvi naujas savivaldybes paliksime be ligoninės? Juk aišku, kad jos negalės pasistatyti tokios ligoninės. Aišku, ir tai kad Marijampolės ligoninė niekur "neišvažiuos", niekur "neiškikels", liks Marijampolėje, bet aptarnaus tris savivaldybes. Juk ji anksčiau ir aptarnavo Kazlų Rūdą ir Kalvarijas. Akivaizdu, kad aš pasisakau už tą modelį, kurį demonstravo prieš mane kalbėję prelegentai - už Europos modelį. Mes

irgi turime turėti finansus ir centriniame, ir apskričių, ir savivaldybių lygyje. O medicinę pagalbą turime organizuoti pagal šiuos tris lygius. Sutinku su ponu Corder, savivaldybės jau šiandien gali galvoti, ką jos turi daryti pirminėje sveikatos priežiūroje. Savivaldybės turi pradėti organizuoti jos įgyvendinimą. Kitaip sakant jos jau šiandien gali paklausti, o kodėl tik Marijampolės centrinėje ligoninėje ar poliklinikoje turi sėdėti bendro profilio daktaras, kai galima jam nusamdyti butą ir patalpas, ir organizuoti jo darbo vietą arčiau žmonių. Kodėl negalvoti apie tai, kaip daugiau įsteigti felčerinių punktų, bendros praktikos daktarų punktų visoje teritorijoje, kad ligonis nevažinėtų dėl paprastų procedūrų į dabartinio rajono centrą. Jei mes galvotume, kaip darbo vietas restructūrizuoti, tai jau dabar rastume sau daug užduočių galiojančių įstatymų rėmuose.

Pirminės grandies šeimos gydytojų tinklo sukūrimas jau šiandien yra neatidėliotinas, bet beveik nėra iniciatyvos tą daryti. Visi tik "šaukia", kad viskas blogai. Bet mėginti daryti patiems yra sunkiau. O įstatyminė bazė pirminės sveikatos priežiūros grandies reformai savivaldybių lygiu tikrai pakankama.

Norėčiau atkreipti dėmesį į dar vieną mano nuomone labai svarbų dalyką, kurį reikėtų mums numatyti. Aš minėjau, kad šiandien daugiausiai dėmesio skiriama ligoninių finansavimui. Sutinku su ponu Razgausku, kai jis pasakė, kad tai yra didžiulė problema. Bet tai ne problema numeris vienas. Tai yra problema tarp eilės kitų problemų. Bet jei mes galvotume ir kalbėtume apie tai, kas yra - visuomenės sveikata, o ne ligų gydymas, kaip šitą visuomenės sveikatos grandį finansuoti, mes paliestume visuomenės sveikatos ir profilaktikos problemą. Būtina jau šiandien formuoti visuomenės sveikatos sektorių, kuris užsiimtų viskuo tuo, apie ką mes čia kalbėjome, pradedant nuo tabako kontrolės politikos, alkoholio, psichinės sveikatos, slaugos, globos ir t.t. Niekas šituo nesirūpina.

Iškelsiu tokį klausimą, ar vyriausybė šiandien vykdo sveikatos sistemos įstatymą? Čia buvo pasakyta vieno iš vyriausybės atstovų - kad vyriausybė nepritaria valstybinei visuomenės sveikatos komisijai tarpžinybinėms problemoms koordinuoti, todėl reikės kažkaip kitaip galvoti? Nereikia kitaip galvoti. Reikia kelti klausimą, kodėl ji nevykdo šio įstatymo. Šiuo metu Adolfo Šležiavičiaus vyriausybė užsispyrusiai nevykdo sveikatos sistemos įstatymo dalykų, kuriuos ji privalo vykdyti. Bet čia irgi mentaliteto problema. Valdymo reformų ministras mažai domėjosi sveikatos koncepcijos įgyvendinimu. Valdymo reformų ministerija pati sau daro reformas. Tuo tarpu jinai turėtų būti įrankiu sveikatos, švietimo, krašto apsaugos, gamtosaugos ir kitoms problemoms regionalizuoti, koordinuoti jų valdymą, padėti jas įgyvendinti. Bet ji pati plaukia ant savo lyties, o vienas sveikatos ministras be kolegialaus kabineto darbo nieko padaryti negali. Todėl situacija tampa labai ir labai komplikuota. Apibendrinant noriu pasakyti, kad valdymo reforma, valsčių ir apskričių formavimas bus ilgalaikis procesas ir vienintelis čia realus kelias jau dabar daryti pilotinius modelius, mėginti apgalvoti, kaip organizuoti nacionalinės sveikatos koncepcijos uždavinių įgyvendinimą, sukuriant tokius modelius ir išban-

dant juos eksperimentiniuose rajonuose ir miestuose per tam tikrą fiksuotą laiko tarpą. Tai palieštų pirminės sveikatos priežiūros pilotinius modelius, visuomenės sveikatos priežiūros pilotinių modelių sukūrimą, bei tokio eksperimento atlikimą. Praktinė patirtis leistų koreguoti tolimesnius planus.

Ačiū už dėmesį

## APSKRIČIŲ ATSTOVŲ POŽIŪRIS

Algis RIMAS

Marijampolės apskrities valdytojas

Pirmiausiai norėčiau padėkoti Sveikatos apsaugos ministerijai už suteiktą galimybę pabendrauti su labai kilnios ir labai reikalingos, gerbiamos profesijos žmonėmis.

Savo pasisakyme norėčiau išsakyti ne vien savo asmeninę nuomonę, bet pateikčiau ir apskrities, rajonų, antrinio lygio ligoninių, mūsų miesto tarybos socialinių reikalų ir sveikatos komiteto nuomonę.

Pasisakymą pradėsiu ironizuodamas. Man susidaro toks įspūdis, kad Seimas priima per daug įstatymų. Jums gal čia keistai nuskambės. Valstybinės vykdomosios institucijos nebespėja jų vykdyti. Ir šios konferencijos tema galima išvardinti keletą įstatymų, tokių kaip Sveikatos sistemos įstatymas, priimtas 1994 metų viduryje, Seimo nutarimas dėl šio įstatymo įgyvendinimo, Apskrities įstatymas, įstatymas dėl apskrities įstatymo įgyvendinimo, Vietos savivaldos įstatymas ir įstatymas dėl dalies valstybės turto priskyrimo ir perdavimo savivaldybių nuosavybėn. Šie paminėti įstatymai, kas dėl sveikatos apsaugos, neveikė. Tai neleistina, kuriant demokratinę valstybę. Ši konferencija ir įdomi diskusija apie sveikatos priežiūros problemas, mano supratimu, mažiausiai metai, o gal ir pusantrų metų, yra pavėluota. Man atrodo, kad ji turėjo įvykti prieš ką tik išvardintų įstatymų ruošimą ir priėmimą.

Šių metų kovo mėnesį sveikatos apsaugos ministerijoje įvykusiose diskusijose, dalyvaujant visiems ministerijos atsakingiems vadovams, mūsų apskrities centrinių ligoninių vyriausiems gydytojams ir apskrities administracijai, buvo nuspręsta antrinės sveikatos priežiūros įstaigas, t.y., Šakių, Vilkaviškio, Marijampolės antrines ligonines perduoti apskričiai. Deja, tas nebuvo padaryta, dėl tam tikrų priežasčių. Ir dėl finansavimo atskyrimo. Vykdamas š.m. gegužės 29 d. sveikatos apsaugos ministro įsakymą Nr.282 apskrities rajonuose, penkias buvusias numerines ligonines, rajonų tarybų sprendimais, atskyrėme nuo centrinių ligoninių - jos tapo tiek administraciniu, tiek finansiniu požiūriu nepriklausomos. Turiu pasakyti, kad ambulatorijos ir felčeriniai-akušeriniai punktai buvo decentralizuoti 1991 metais visuose trijuose mūsų rajonuose ir buvo finansuojami tuo metu veikusių apylinkių savivaldybių. Minėtos pirminio sveikatinimo įstaigos šia reorganizacija ir decentralizacija, turiu pasakyti, yra patenkintos. Be to, kol rajonų savivaldybės negali įsivesti gydytojų etatų, šitos ligoninės, buvę rajoninės ligoninės, metodiškai vadovauja ambulatorijoms ir felčeriniams-akušeriniams punktams pagal zonas. Kaip suprantate, sveikatos priežiūros įstaigų decentralizavimas mūsų apskrityje įvyko. Rodos nedaug betrūko, kad ir centrinės ligoninės, kaip antrinio sveikatinimo lygio įstaigos, būtų su

poliklinikomis ir greitosios medicininės pagalbos tarnybomis perduotos apskričiai. Centrinę ligoninių perdavimo apskritims klausimas buvo svarstytas apskrities tarybos posėdyje, ir tam pritarta. Šiek tiek buvo diskutuota dėl laiko, ar nuo šių metų liepos 1 d., ar nuo ateinančių metų sausio 1 d. pradėti. Tačiau šios reformos tikslingumu suabejojo, turiu pasakyti, kiek man žinoma, patys aukščiausi mūsų šalies vadovai, net šalies prezidentas, ir procesas bei įstatymo vykdymas buvo sustabdytas. Aiškinama, kad tam yra priežastis, jog sveikatos draudimo įstatymo dar nėra. Bet manau, kad čia ne priežastis. Kas gi trukdė priimti sveikatos draudimo įstatymą? Didelių pinigų tam reikalui nereikia. Šiaulių atstovė kalbėjo apie reformą jų apskrityje. Tai iš ties labai gražu, kad šiauliečiai tam pasirūpo. Tačiau finansų ministerijos paruoštame 1996 metų biudžeto projekte, lėšų skirti apskrities sveikatos apsaugai nenumatyta. Girdėti kalbų, kad sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas dėl sveikatos priežiūros įstaigų pavaldumo paskelbtas negaliojančiu...

Nors ir lėtokai, tačiau vyksta kai kurių sveikatos priežiūros įstaigų privatizacija. Neabejotina, kad kaimo ambulatorijos, felčeriniai-akušeriniai punktai greit privatizuosis. O centrinės ligoninės tam tikru mastu išliks valstybinėmis. Todėl ir dėl šios priežasties, kaip valstybinės regioninės institucijos, jos turėtų priklausyti apskritims. Man neseniai teko būti Danijoje. Ir iš ties ten ligoninės jau nuo 1970 metų, kai buvo įvykdyta administracinė valdymo reforma, priklauso grafystėms (apskritims). Be to apskritis apmoka ir privatiems gydytojams už teikiamą medicininę pagalbą. Bent jau Vyborgo grafystėje, kurioje man teko lankytis, taip yra.

Perdavus apskritims centrinės ligonines, atskirtume antrines sveikatos priežiūrą nuo pirminės ir pas mus būtų užbaigtas pasidalinimas funkcijomis tarp savivaldybių ir apskrities. Tada apskrities valdytojo administracijai reiks sveikatingumo reikalų specialisto, kurio vienas svarbiausių uždavinių derinti savivaldos vykdomųjų institucijų veiklą, įgyvendinant regionines sveikatos programas, vykdyti valstybinę sveikatos politiką. Vėl reikia pasakyti, kad įstatymas dėl apskrities valdymo įgyvendinimo numato, kad iš savivaldybių perimamos funkcijos būtų perduotos per du mėnesius. Dabar jau, ačiū Dievui, praėjo devyni mėnesiai, o šita sveikatinimo funkcija, kol kas dar neaišku, kada iš viso bus perduodama. Pastaruoju metu Seimo priimtuose įstatymuose yra numatytos palyginti plačios apskričių teisės sveikatos apsaugos valdymo, gydymo įstaigų planavimo, sveikatinimo veiklos koordinavimo srityse. Kadangi įstatymuose nėra visiškai aiškiai apibrėžtos apskrities gydytojo funkcijos (pareigos, teisės, atsakomybė) jas būtina konkretizuoti poįstatyminiuose dokumentuose. Pagrindinės sveikatos priežiūros problemos, kurios turėtų būti patikėtos spręsti apskritims yra: materialinių resursų, aparatūros racionalesnis panaudojimas apskrityje esančiose ligoninėse, poliklinikose, bei kitose gydymo įstaigose. Čia norėtusi išreikšti mintį, kad, mūsų manymu, decentralizacijos atveju, t.y., perdavus sveikatos apsaugos problemų sprendimą apskritims, šiuo klausimu galima būtų daug padirbėti būtent efektyvaus panaudojimo srityje. Ne paslaptis, kad vietoje geriau išvelgtume vieno ar kito gydymo metodo panaudojimo galimybes. Pvz.,

Šakių rajono centrinėje ligoninėje ir Marijampolės centrinėje ligoninėje yra atliekamos klubo sąnario endoprotezavimo operacijos. Vilkaviškio centrinėje ligoninėje ir Marijampolės centrinėje ligoninėje - laparaskopinės tulžies pūslės pašalinimo ir kirkšnies išvaržos plastinės operacijos. Aišku kad, šiandien, esant sunkiai ekonominei situacijai, o ypač sveikatos priežiūros srityje, kai nepakanka lėšų būtiniausių medicininių priemonių įsigijimui, vietose, apskrityse, turint finansavimą, valdymą bei kontrolę, turėtume atsakyti brangių ištyrimo bei gydymo metodų dubliavimo. Tą patį galėtume paminėti, kalbant apie gydytojų, turiu omenyje deficitinių ir siaurų specialybių įdarbinimo ir pritraukimo į apskrities regioną klausimą. Pavyzdžių, kai aiškiai rodoma, kad vietose, t.y., decentralizavus sveikatos apsaugos valdymą, geriau ir efektyviau būtų galima panaudoti turimas lėšas, nesunkiai rastume daugiau beveik kiekvienoje medicinos šakoje. Vykdam decentralizacijos politiką, būtų žymiai padidinta gyventojų laisvė rinktis gydymo įstaigą, vieną ar kitą gydytoją. Tą nesunkiai galėtume įgyvendinti vietose, turėdami betarpišką ryšį su apskrities teritorijoje esančiomis gydymo įstaigomis. Šiuo metu pasigirsta nuogastavimai, kad, vykdam sveikatos apsaugos perdavimo apskritims politiką, rajonų centrinių ligoninių lygyje, būtų pažeista nusistovėjusi struktūra, ardoma sukurta sistema, dėl to gyventojams teikiamos medicininės pagalbos lygis nukristų. Norėčiau pasakyti, kad, mano įsitikinimu, gyvenimas jau šiandien padarė daug pakeitimų šioje srityje ir, kad ne visi jie yra teigiamo pobūdžio. Todėl, vykdydami sveikatos priežiūros decentralizacijos politiką, perduodant ne tik teises, bet ir atsakomybę apskrities žinion, galėtume ne ardyti, o jungti visų problemų sprendimus. Reiktų paminėti, kad, sprendžiant regionines problemas apskrityje, būtų aiškiai ir nedviprasmiškai pasakyta, jog šiandien, perduodant rajonų centrines ligonines apskritims, turėtų būti perduodamos tiek suaugusiųjų, tiek vaikų poliklinikos, greitosios medicininės pagalbos skyriai, ūkinės tarnybos, kad tai, kas kalbėta apie funkcijų ir darbų vienijimą, būtų realiai įgyvendinta, o ne tikta deklaruota žodžiais.

Ir dar vienas pastebėjimas. Bendraujant su gydytojais, ministerija galėtų daugiau pasitikėti gydytojų mokslinėmis draugijomis.

Žinoma, aš savo čia užsitęsusiame pasisakyme nepretenduoju į tiesos monopolį, tikriausiai šioje salėje bus ir visai kitų nuomonių. Svarbiausia ligoninėms, savivaldybėms, apskritims - aiškumas, tvirta nuomonė, nesiblaškytas ir ryžtingumas įgyvendinant vieną ar kitą sveikatos sistemos modelį.

Ačiū jums už kantrybę. Būkime sveiki.

**DISKUSIJA*****Diskusijose pasisakė:***

Kauno rajono meras **p. Senvaitis**. Pasisakyme buvo akcentuota,

- šiuo metu, esant sunkiai ekonominei būklei, esminius pertvarkymus daryti sunku, bet projektuoti ir numatyti reikia;
- būtina kovoti ne su pasekmėmis, o su problemų priežastimis, pvz. su alkoholizmu ir rūkimu;
- kuo daugiau valdžių ir tarpininkų (apskričių), tuo mažiau lėšų lieka praktiniam gydymui;
- leisti daugiau savarankiškumo ambulatorijoms ir ligoninėms, skatinti paslaugų teikimą vietose ir suteikti pacientui galimybę pasirinkti gydytoją;
- skatinti įvairių gydymo įstaigų kūrimą - ne tik valstybinių, privačių, bet ir religinių bendruomenių ar labdaros organizacijų ligoninių;
- daugiau lėšų skirti profilaktiniam gydymui, fizinei kultūrai ir kt.

Gydytojas **p. Želvys** iš Plungės rajono centrinės ligoninės. Pasisakyme buvo konstatuota,

- kad gimsta nauja - apskričių - valdžia, bet ar nevertėtų SAM apsispręsti dėl kraštų teritorinio padalinimo, o naujų centrų apskričių mastu kūrimas vargu ar šiuo metu būtinas;
- kad, esant varganam biudžetui, būtina kuo greičiau surasti būdų, kaip atlyginti už darbą gydytojams ir priartinti paslaugas prie žmonių.

Kaišiadorių vicemerė **p. Dranginienė** pasisakė

- už pirminės sveikatos priežiūros grandies stiprinimą ir prieš poliklinikų ir ligoninių perdavimą apskritims;
- už galimą skirtingą atskirose savivaldybėse sveikatos priežiūros paslaugų lygį - tai skatinsią kitas savivaldybes pasimokyti ir pasitempti.

Kauno akademinių klinikų vyr. chirurgas **p. Pavalkis** akcentavo, kad konferencijos darbe pakankamo dėmesio nesulaukė tretinio lygio problemos, pvz.: neurochirurgija, kardiologija. Turėti Lietuvoje daug tokio lygio centrų - pinigų švaistymas. Viena iš SAM funkcijų ir turėtų būti antrinio ir tretinio lygio pagalbų geografinis suskirstymas - kur, kokios ir kaip sveikatos priežiūros paslaugos yra teikiamos.

Diskusijoje taip pat pasisakė Telšių rajono centrinės ligoninės vyr. gydytojas **p. Vaidakavičius**, Joniškio meras **p. Sperauskas**, SAM sekretorė **p. Degutienė**.

## DARBO GRUPIŲ ATSTOVŲ PASISAKYMAI

### ***1-oji darbo grupė. Sveikatos priežiūros planavimas***

#### ***Darbo užduotis:***

*Sveikatos priežiūros planavimas yra viena esminių socialinio valdymo funkcijų, itakojančių teikiamų paslaugų kiekį, kokybę, prieinamumą.*

*Grupėje turėtų būti aptariama kas (Vyriausybė bei SAM, savivaldybė, apskritis, pačios įstaigos) planuoja:*

- darbuotojų (seserų, gydytojų, valdymo personalo) skaičių;
- teikiamų paslaugų kiekį ir įstaigų struktūrą (ypač akcentuojant paslaugų teikimo žemutiniame administraciniame ir regiono lygiuose derinimą);
- gyventojų sveikatinimo reikmes atitinkanti lovų ligoninėse ir slaugos namuose skaičių;
- investicijų procesą (aparatus pirkimas, nauja statyba, kapitalinis remontas).

*Taip pat vertėtų diskutuoti klausimu kaip suderinti įvairių "planuotojų" veiklą, sprendžiant kasdieninius ir strateginius sveikatos priežiūros uždavinius.*

#### ***Darbo rezultatas:***

Būtina efektyvaus sveikatos priežiūros planavimo prielaida yra kvalifikuotos, specializuotos ir ypatingai specializuotos sveikatos priežiūros sąvokų turinio apibrėžimas. SAM apibrėžus šias sąvokas, turėtų būti reglamentuota, kurios įstaigos atlieka atitinkamas funkcijas. Vyriausybė turėtų patvirtinti racionalaus sveikatos įstaigų išdėstymo Lietuvoje programą, kurioje būtų apibrėžta, kurių paslaugų stokoje, kurių teikiama pakankamai, o kurių, atsižvelgiant į šalies išsivystymo lygį, teikiama santykinai per daug.

Pirminės sveikatos priežiūros plėtrą turėtų planuoti savivaldybė, koordinuodama savo veiksmus su apskritimi, antrinio lygio sveikatos priežiūros plėtrą turėtų planuoti apskritis, derindama veiksmus su SAM, o tretinės sveikatos priežiūros planavimas yra SAM prerogatyva. Taikomųjų mokslinių tyrimų planavimas taip pat priskirtinas SAM kompetencijai.

Gyventojų sveikatinimo reikmes atitinkančius lovų ligoninėse ir slaugos namuose skaičiaus normatyvus turi nustatyti SAM, bet konkrečius sprendimus, kiek ir kokių lovų bei specialistų reikia visuomenės lėšomis išlaikyti teritorijoje, savo kompetencija turėtų spręsti savivaldybė ir apskritis. Investicinių procesą turi planuoti steigėjai (pirminiu lygiu savivaldybė, antriniu - apskritis, tretiniu - SAM).

Į sveikatos priežiūros planavimą turi būti įtraukta visuomenė per bendruomenių sveikatos tarybas, bet artimiausiais metais šių institucijų vaidmens sveikatos planavime nereikėtų pervertinti.

## **2-oji darbo grupė. Sveikatos priežiūros finansavimas**

### **Darbo užduotys:**

*Normalus sveikatos sistemos finansavimas yra būtina nusakomo ir stabilaus sveikatos priežiūros vystymosi prielaida. Nors finansavimas yra tik viena iš valdymo funkcijų, būtent aptariamoji problema pastaruoju metu dažniausiai vargina pacientus, medikus valdininkus.*

*Grupėje turėtų būti aptariama, kas (Vyriausybė bei SAM, savivaldybė, apskritis, SoDra, sveikatos draudimas) turi:*

- rinkti mokesčius bei/ar sveikatos draudimo įmokas;
- apmokėti valstybinių gydymo įstaigų teikiamas paslaugas;
- apmokėti privačių gydymo įstaigų teikiamas paslaugas;
- finansuoti visuomenės sveikatos įstaigas;
- kompensuoti vaistų įsigijimo išlaidas;
- nustatyti paslaugų kainas.

*Diskutuojant vertėtų įvertinti ne tik valstybinių institucijų, bet ir gyventojų vaidmenį nagrinėjamame procese, aptarti, ar yra pageidautinas “mišrus” sveikatos priežiūros finansavimas, dalyvaujant skirtingoms institucijoms.*

### **Darbo rezultatas**

Grupė neapsisprendė, ar draudiminis, ar biudžetinis finansavimas turi būti sveikatos priežiūros finansavimo pagrindu. Jei liks biudžetinis finansavimas, pirminė sveikatos priežiūra turėtų būti finansuojama iš savivaldybės biudžeto, o antrinė per - apskritį. Jei bus įvestas sveikatos draudimas, asmens sveikatos priežiūra daugiausia turi būti finansuojama iš draudimo fondo. Grupėje buvo siūlyta ir visuomenės sveikatos priežiūrą finansuoti iš sveikatos draudimo fondo, bet šis pasiūlymas buvo atmestas. Visuomenės sveikatos priežiūra turi būti finansuojama iš biudžeto. 1994 metais Kopenhagoje vykusios Europos sveikatos politikos konferencijoje buvo nutarta, jog “Sveikatos draudimas neturi pakeisti esamo biudžetinio finansavimo, o tik jį papildyti”.

Medicininis paslaugų kainos turėtų būti nustatomos derybų tarp ligonių kasų, medikų profesinių sąjungų, gydymo įstaigų ir SAM pagrindu.

## **3-oji darbo grupė. Sveikatos priežiūros biudžetavimas**

### **Darbo užduotys**

*Sveikatos priežiūros biudžetavimas yra vienas esminių sveikatos apsaugai naudojamų finansinių išteklių šalyje, rajone (mieste), įstaigoje planavimo, administravimo bei kontrolės aspektų. Beveik banalia jau yra tokia situacija: steigėjai įrodinėja, jog visas išlaidas reikia numatyti sąmatoje, o įstaigos reikalauja visiškos savo lėšų panaudojimo laisvės.*

*Grupėje turėtų būti aptariama, kas (Seimas, Finansų ministerija, SAM, apskritis, steigėjas, sveikatos draudimas, įstaiga) turi spręsti:*

- išlaidų paskirstymą pirminei, antrinei, tretinei sveikatos priežiūrai;
- išlaidų paskirstymą teritorijoms ir įstaigoms;
- išlaidų dalį, tenkančią algoms, medikamentams, maitinimui, aparatūrai ir kitiems ekonominiams išlaidų straipsniams.

*Diskutuojant vertėtų pamėginti rasti atsakymą, ar realu vardan gydymo proceso ir pacientų rasti kompromisą tarp valdininkų ir įstaigų, ar išliks poreikis valstybei ir savivaldybėms dalyvauti aptariamame procese, jei bus įgyvendinta draudiminė medicina.*

#### **Darbo rezultatas:**

Be draudimo ir valstybinio valdymo institucijų, sprendimus, kam turi būti skiriamos sveikatos priežiūros lėšos, turi priimti pirminės grandies specialistai. Bendros praktikos gydytojas, sprenddamas, siųsti ar ne pacientą pas specialistą, ar jį hospitalizuoti, kartu nustato, į kurį sveikatos priežiūros lygį pateks visuomenės pinigai. Kontroliuodamas siuntimus, BPG tuo pačiu apsprendžia ir piniginių srautų judėjimą, nors pinigų tiesiogiai ir nevaldo. Turi padidėti ir paciento vaidmuo, nes jis, pasirinkdamas BPG, o gavęs siuntimą - konkretų specialistą ar ligoninę, realiai apsprendžia, kam atiteks paskui jį einantys draudimo pinigai.

Apskritims sveikatos priežiūrai skiriamos lėšos turi tekti proporcingai gyventojų skaičiui, pakoreguotam atsižvelgiant į konkrečią teritorijos socialinę-demografinę struktūrą. Jei nustatoma, jog tam tikrai apskričiai reikia santykinai daugiau lėšų, šiai apskričiai turi būti skiriamos subsidijos iš valstybės biudžeto. Poreikio subsidijoms apskaičiavimus turi atlikti apskritis, o galutinius sprendimus dėl subsidijų turi priimti Vyriausybė SAM teikimu.

Sprendimus dėl lėšų panaudojimo įstaigų viduje turi priimti pati įstaiga. Veikiantis reikalavimas, išlaidas riboti sąmatos straipsniais, varžo įstaigų iniciatyvą bei kenkia jų veiklos efektyvumui ir dėl šių priežasčių yra naikintinas. Įstaigoms turėtų būti ribojamas tik darbo užmokesčio fondas.

#### **4-oji darbo grupė. Sveikatos priežiūros monitoringas ir kokybės kontrolė**

##### **Darbo užduotys**

*Siekiant efektyviai organizuoti sveikatos priežiūrą, yra būtina rinkti, kaupti ir analizuoti informaciją apie gyventojų sveikatos būklę bei jų poreikius, sveikatos priežiūros įstaigas ir šių įstaigų teikiamų paslaugų apimtį ir kokybę.*

*Grupėje turėtų būti aptariama, kas (Seimas, SAM, apskritis, steigėjas, sveikatos draudimas, įstaiga, medikų asociacijos, pacientas) turi:*

- rinkti, kaupti ir analizuoti informaciją aptariamais klausimais;
- vertinti medicininių paslaugų kokybę.

*Pageidautina, kad grupės dalyviai aptartų, kokia informacija yra būtina skirtingiems valdymo lygiams ir pamėgintų atsakyti į klausimus: ar visuomet sveikatinimo proceso dalyviai yra gerai įvaldę informaciją, ar turima informacija dalinama ir ja efektyviai naudojama, ką ir kaip galima pagerinti?*

#### **Darbo rezultatas**

Informacija turi būti renkama centralizuotai (vieninga metodologija, apskaitos formos), nes taip galima užtikrinti informacijos palyginimą, sumažinti informacijos apdorojimo sąnaudas, geriau parengti darbuotojus. Techninėmis priemonėmis būtina pagerinti informacijos (išskyrus konfidencialios) prieinamumą visiems vartotojams. Centralizuota informacija vartotojams turi būti teikiama nemokamai. Skirtingiems valdymo lygiams turi patekti skirtingo agregavimo laipsnio informacija. Būtina apibrėžti, kokia informacija turi disponuoti savivaldybės gydytojas, apskrities gydytojas.

Dabartiniu metu jau turima informacija nėra pakankamai naudojama, nes dar gajos komandinio valdymo laikotarpiu susiformavusios tradicijos laukti, kol sprendimus priims Vyriausybė, potencialiems vartotojams trūksta žinių, kokia informacija yra renkama, nėra suinteresuotumo naudotis informacija.

Turima informacija nėra visiškai patikima, nes ne visuomet sąžiningai pildomos apskaitos formos. Tikslinga teisiškai reglamentuoti atsakomybę už klaidingos informacijos pateikimą.

#### **5-oji darbo grupė. Pirminė sveikatos priežiūra**

##### **Darbo užduotis**

*Pirminė sveikatos priežiūra racionaliai sutvarkytoje sveikatinimo sistemoje turėtų prasidėti ir pasibaigti apie 80% paciento kontaktų su sveikatos specialistais, bet Lietuvoje dar nėra visuotinai susitarta dėl sąvokos turinio ir pirminės sveikatos priežiūros valdymo. Grupė, parengusi darbinį sąvokos variantą, turėtų aptarti, kas (SAM, apskritis, savivaldybė, draudimas, rinka) turi:*

- planuoti;
- finansuoti;
- biudžetuoti;
- vertinti ir kontroliuoti pirminę sveikatos priežiūrą.

*Kadangi kitos darbo grupės nagrinėja atskirus valdymo elementus, pageidautina jog 5-ji grupė savo dėmesį koncentruotų bendriausioms problemoms bei įvairių valstybinio valdymo institucijų darbo kooperavimui.*

#### **Darbo rezultatas**

Grupės narių nuomone pirminės sveikatos priežiūros įstaigų nomenklatūra turėtų būti tokia:

1. Medicinos punktai.
2. Bendrosios praktikos gydytojo konsultacija.
3. Bendrosios praktikos stomatologo konsultacija.
4. Ambulatorija.
5. Poliklinika.
6. Slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė.
7. Slaugos socialinis centras.
8. Psichikos sveikatos centras.
9. Greitosios medicininės pagalbos stotis (miestuose).
10. Savivaldybių sanitarijos inspekcijos.
11. Sveikatos centrai (pirminiai).

Kai kurias institucijas, kaip antai, BPG konsultacijas, kitus socialinės slaugos padalinius, pageidautina sujungti. Būtų ekonomiškiau, jeigu būtų tokie pirminiai sveikatos priežiūros centrai (kaip medicininė ir socialinė institucija), apjungiantys įvairias sveikatinimo institucijas pagal apylinkės ar bendruomenės poreikius, jų interesų ratą.

Vykusioje diskusijoje apie greitąją medicininę pagalbą nebuvo galutinai apsispręsta, ar atiduoti ją apskritims, ar palikti savivaldybei.

Diskusijos metu prieita vieningos nuomonės, kad pirminė sveikatos priežiūra neabejotinai priklauso savivaldybės kompetencijai. Iš kilo klausimas dėl poliklinikų didelėse gyvenvietėse likimo pereinamuoju laikotarpiu. Bendrosios praktikos gydytojai (ar šeimos gydytojai), arba šiuo metu tas funkcijas atliekantys apylinkių terapeutai, turi būti savivaldybių žinioje, bet toje pat poliklinikoje gali būti ir poliklinikos specialistai, tampriai susiję su stacionaru. Taip pat buvo nutarta, kad negalima planuoti felčerių punktų, kaip atskirų institucijų, nes tai turėtų būti šeimos gydytojo institucijos dalis. Todėl prieita išvados, kad pereinamajame laikotarpyje galimas dvigubas planavimas: pirminė priežiūra - savivaldybės, o specialistai - apskrities žinioje.

Savivaldybėse sveikatos priežiūrą siūlyta finansuoti pagal gyventojų skaičių, o apskričiai finansuoti tik tai, ką ji deleguoja savivaldybės lygiui. Vyriausybinių programų vykdymas bei vyriausybės interesams dirbančios institucijos finansuojamos vyriausybės. Taip pat, turint omenyje draudiminę mediciną, pasisakyta už finansavimą pagal procedūrų skaičių.

Pasisakyta už galimą papildomą finansavimą iš įvairių įmonių fondų už preventyvinius, profilaktinius patikrinimus.

Tiesioginis finansavimas iš pacientų kišenės galimas tik iš dalies padengiant išlaidas vaistams (vizija ateičiai - kad medikamentai 100% būtų finansuojami valstybės).

Dėl sveikatos priežiūros institucijų kontrolės grupės nariai pasisakė už tai, kad visa, kas deleguojama savivaldybei, savivaldybė turėtų ir kontroliuoti. Be abejo,

taip pat būtina draudimo institucijų, apskrities, valstybinio (SAM), lygio kontrolė ir auditas bei akreditacija, arba atestacija. SAM, t.y. valstybės kontrolė, turėtų būti koordinuojama su kitomis ministerijomis ir institucijomis.

#### **6-oji darbo grupė. Antrinė sveikatos priežiūra**

##### **Darbo užduotys**

*Antrinė sveikatos priežiūra naudoja apie 70 procentų sveikatos išteklių ir tikrai nusipelno, kad grupės nariai pamąstyti, kas (SAM, apskritis, savivaldybė, draudimas, rinka) turi:*

- planuoti;
- finansuoti;
- biudžetuoti;
- vertinti ir kontroliuoti antrinę sveikatos priežiūrą.

*Kadangi kitos darbo grupės nagrinėja atskirus valdymo elementus, pageidautina, jog 6-ji grupė savo dėmesį koncentruotų bendriausioms problemoms bei įvairių valstybinio valdymo institucijų darbo kooperavimo aptarimui.*

##### **Darbo rezultatas**

Darbo grupės narių nuomone, antrinę sveikatos priežiūrą būtų galima apibrėžti kaip kvalifikuotą stacionarinę medicininę pagalbą.

Perduodant rajonines centrinės ligonines apskričiai, pritarta pasiūlymui neatskirti stacionaro nuo poliklinikos. Todėl tokių RCL finansavimas turėtų būti dvejopas - per apskritis (teritorinę ligonių kasą) ir iš savivaldybės biudžeto. Kadangi perduotos ligoninės atliks dvigubą darbą ir pirminio, ir antrinio lygio, tai pereinamajame laikotarpyje ir finansavimo šaltiniai turėtų būti du.

Investicinės programos, rekonstrukcijos, renovacijos turėtų būti finansuojamos centralizuotai per vyriausybę ir apskrities vadovybę.

Antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigų struktūrą, etatų išdėstymą lemia akreditacija, bet, tvirtai nustatčius lygius, ir apskrities administracija.

Kokybės kontrolę antriniu lygiu atlieka SAM, apskrities administracija, ligoninė ir ligoniai (pvz.: per savo draugijas, bendruomenes, etc.).

Monitoringą antriniu lygiu ir statistinių duomenų rinkimą turėtų vykdyti apskritis ir savivaldybė, metodologiškai vadovaujant SAM (t.y. ministerija ne pati rinktu informaciją, o tik nustatytų normatyvus, paruoštų klausimynus ir t.t.).

## PABAIGOS ŽODIS

Antanas VINKUS  
Sveikatos apsaugos ministras

Mieli kolegos, ministerija iš anksto ruošėsi šiai konferencijai. Jos metu bendravau su įvairiais žmonėmis. Pirmiausia norėčiau visos auditorijos, ministerijos vardu padėkoti PHARE atstovams už jų iniciatyvą ir už jų konkrečią pagalbą mūsų profesinio supratimo reformos vadybai.

Nors ir labai gerbiame mūsų svečius, bet ne viską, ką jie siūlo, galime priimti, nes turime taikytis prie šalies ekonominės situacijos, mūsų gyvenimo stiliaus, mentaliteto ir kitų sąlygų. Reorganizuodami sveikatos apsaugos sistemą, turime realiai įvertinti ir savo norus, ir galimybes. Atsakydamas į kritiką dėl decentralizacijos nebuvimo ir ministerijos nenoro atiduoti valdžią, informuoju, kad Vyriausybės nutarimu nuo 1996 m. sausio 1 d. apskritims atiduodame sanitarinę tarnybą. Ir tai pirmieji žingsniai ...

Manau, kad diskutuodami geriau suprasime vieni kitus ir kad tolesnės diskusijos bus dalykiškesnės.

Kolegų iš PHARE norėčiau paprašyti, kad būtų sudarytos galimybės reorganizacijos procese dalyvauti ir Lietuvos ekspertams. Gal būtų galima finansuoti mūsų ekspertus, atitinkamus seminarus, organizuojant vadybos kursus arba pačią reformą. Manau, kad pasitelkus mūsų sveikatos apsaugos organizatorius, būtų daug operatyviau vykdoma reforma.

Šiandieninis susitikimas parodė, kad visi mes mąstome panašiai ir sutariame. Todėl šiandien jau nėra tokių emocijų, kaip buvo anksčiau, kai, kalbant apie reformą ir restruktūrizaciją, iš auditorijos girdėdavosi nepritrimo šūksniai - "ministeriją išvalyti, jokių reformų" ir t.t. Šiandien supratau, kad viskas turi subręsti sąmonėje ir veiksmuose. Dabar ir apačios, ir viršus kalba apie tą patį, jog neturime kito kelio ir kad turime eiti viena kryptimi. Tačiau skaudu, kad ne visi tinkamai pasirengę diskutuoti. Net ir dabar kai kas komentuoja, kad reikėtų taip daryti, taip planuoti. Bet visa tai surašyta Sveikatos sistemos įstatyme. Kaip pajutau, ne visi šį įstatymą išstudijavę, ir bando rasti tai, kas jau seniai atrasta. Negaiškime tuščiai laiko.

Atsiradus tarpusavio supratimui, galime pradėti aktyviai dirbti. Tikiuosi, kad po šios konferencijos rajonuose bus organizuoti seminarai sveikatos apsaugos sistemos klausimais, ir bus išsiaiškinta, koks tas įstatymas, kokie reformos etapai, ką darys merija, apskritis, ministerija. O tada, sujungus jėgas, bus galima produktyviai dirbti bendram tautos labui.

Turime iškęsti kai kuriuos šios reformos sunkumus, vykdyti, kas numatyta įstatymais, patinka tai ar ne. Gerbkime įstatymus ir bandykime atlikti, kas nuo mūsų pridera, nes valdžios keičiasi, o darbai lieka. Mane labai jaudina, kad būtų darbų tęstinumas.

Kai lankiausi Vašingtone, Arlingtono kapinėse mačiau ant Dž.F.Kenedžio kapo marmurinės lentos užrašą: “Tauta, jūs iš manęs reikalaujate ir klausiate, ką aš padarysiu, tapęs prezidentu. O aš į jus kreipiuosi, ką jūs kiekvienas padarysite savo darbu vardan tautos laisvės ir suklestėjimo?”

Gydytojų sąjungos suvažiavime mane labai pradžiugino, kad galų gale vieni kitus supratome, nors buvome skirtingų pažiūrų.

Norėčiau, kad ir iš šios konferencijos išsineštume supratimą, kuriuo pasidalintume su kolegomis, bendradarbiais. Dažnai kai kurie ligoninių vyr. gydytojai nesupažindina savo medikų su įstatymais, kitais teisės dokumentais, Daugeliui ir dabar dar neaišku, ko siekiama Sveikatos draudimo įstatymu, kaip vyks akreditacija ir pan. Dažnai oponentai mus kritikuoja iš tribūnų norėdami save parodyti, bet neateina, nepataria, konkrečių siūlymų nepateikia.

Mieli bičiuliai, atėjo laikas sujungti pastangas. Dar kartą noriu padėkoti PHARE atstovams, SARB’ui, merams, apskričių valdytojams, jums, mieli gydytojai. Dirbkime ranka rankon, kad mums pasitraukus, nesakytų, jog buvome tuščia vieta, nieko nepadarėme. Dar kartą kviečiu - darykime reformą kartu.

Baigdamas noriu pasakyti, kad Sveikatos apsaugos ministerijos vadovybė kviečia visus, kurie turi idėjų prisidėti prie reformos, Iškelkite idėjas, kurias galima realizuoti, ir mes jums atlyginsime...

Linkiu sėkmės.

## IŠVADOS

Lietuva yra sukūrusi sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, kuriame ambulatorines paslaugas teikia ambulatorijos, rajonų bei miestų poliklinikos, specializuoti dispanseriai ir konsultacinės poliklinikos prie universitetinių ligoninių. Stacionarines paslaugas teikia trijų lygių (rajonų, kraštų ir universitetinės) bendro profilio ligoninės ir specializuotos ligoninės, aptarnaujančios kraštų arba visos šalies gyventojus. Dabartiniu metu apie 60% sveikatos priežiūros įstaigų kaštų (pagrindinai pirminė ir antrinė sveikatos priežiūra) yra finansuojami iš savivaldybių biudžetų, o apie 40% - per Sveikatos apsaugos ministeriją iš valstybės biudžeto.

Nuo 1990-ųjų metų sveikatos apsauga Lietuvoje vystoma, derinant racionalias sveikatos valdymo tradicijas, jau suformuotas Lietuvoje, (santykiškai tolygus įstaigų išdėstymas šalies teritorijoje, bazinių paslaugų prieinamumas visiems gyventojams) su perdėta centralizuotai sovietinei sveikatos priežiūros sistemai būdingų trūkumų (perdėta ambulatorinės sveikatos priežiūros specializacija ir medikalizacija; stacionarinių paslaugų hipertrofuotas išvystymas; sveikatos priežiūroje naudojamų darbo išteklių perteklius, esant struktūrinėms disproporcijoms; menkas kooperacijos tarp sveikatos įstaigų lygis; žemas visuomenės dalyvavimas sveikatos priežiūros valdyme) eliminavimu. Greta problemų, paveldėtų iš sovietinio laikotarpio, 1990-1995 metais Lietuvoje tampa aktualia visuomenės valdomos sveikatos priežiūros sistemos adaptavimo prie besivystančių rinkos ekonomikos santykių problema.

Sprendžiant egzistuojančias problemas yra reformuojama sveikatos paslaugų teikimo sistema (bendrosios praktikos gydytojo, atliekančio "durininko" funkciją institucijos formavimas), sveikatos priežiūros finansavimo tvarka (sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų darbo apmokėjimo pagal suteiktų paslaugų kiekį ir kokybę diegimas), sveikatos paslaugų kokybės kontrolės sistema (įstaigų ir medikų akreditacijos ir medicininio audito sistemos kūrimas, gyventojų iniciatyvų reikšmės, administruojant sveikatos priežiūrą, didinimas). Sveikatos priežiūros decentralizacija, pasireiškianti dekoncentracijos, delegavimo ir devoliucijos formomis yra sudėtinė bendrosios sveikatos priežiūros reformų politikos dalis.

**Phare remiamas sveikatos priežiūros decentralizacijos Lietuvoje projektas, kurio rėmuose buvo surengta ši konferencija, siekia:**

- inicijuoti plačią diskusiją tarp įvairių socialinių ir politinių grupių atstovų dėl sveikatos priežiūros decentralizacijos uždavinių, mastų ir terminų;
- aptariant Lietuvoje jau egzistuojančias iniciatyvas sveikatos priežiūros valdymo reformos srityje ir vertinant jas Europos Sąjungos valdymo praktikos kontekste, rengti racionalų sistemos valdymo modelį;
  - akcentuojant koordinacijos tarp įvairių visuomenės valdymo lygių reikšmę ir nurodant šios sąveikos formas, kurti decentralizuotai valdomos, bet integ-

ruotos fundamentalių sveikatos priežiūros principų (prieinamumas, lygybė, universalumas) požiūriu, sistemos įgyvendinimo prielaidas.

Konferencija atskleidė problemas, ribojančias demokratizacijos procesų plėtrą sveikatos priežiūros valdyme. Tarp šių problemų vertėtų paminėti normatyvinės bazės nepakankamumą (normatyviniai dokumentai aiškiai neapibrėžia SAM, apskričių ir savivaldybių galių bei atsakomybės); visų valdymo lygių darbuotojų kvalifikacijos stoką ir nepakankamą informuotumą apie sveikatos reformas, vykstančias kitose šalyse bei nacionalines iniciatyvas Lietuvoje; patirties reformuojant sveikatos valdymą stoką, nesant galimybių automatiškai kopijuoti kitų šalių patirties (Europos Sąjungos šalių sveikatos valdymą ženkliai įtakoja šių šalių istorinės bei kultūrinės tradicijos, ekonominio išsivystymo skirtumai); tradicinių valdymo metodų šalininkų pasipriešinimą reformoms. Tuo pat metu konferencija patvirtino, jog SAM ir SARB pastangos įtraukti šalies gyventojus į diskusijas, neperšant išankstinių sąlygų, susilaukia pritarimo net iš opozicinių dabartinei vyriausybei politinių jėgų atstovų.

#### **Pozityviais konferencijos rezultatais laikytina:**

- diskusijų, kuriose dalyvavo Vyriausybės, Sveikatos apsaugos ministerijos, apskričių, savivaldybių, medikų ir nemedicininės visuomenės atstovai, eiga išryškino šalies gyventojų siekį plėsti sveikatos priežiūros valdymo reformą;
- dauguma konferencijos dalyvių pasisakė už konstruktyvų visų šalies valdymo lygių bendradarbiavimą, sveikatos priežiūros plėtos procese;
- buvo pasiektas sutarimas, jog funkcijos ir atsakomybė tarp įvairių lygių valdymo proceso dalyvių turi pasiskirstyti, prioritetiškai išskiriant:
  1. SAM vaidmenį nacionalinės sveikatos politikos formavimo ir šios politikos įgyvendinimo monitoringo bei tretinės sveikatos priežiūros planavimo srityje;
  2. apskričių vaidmenį antrinės sveikatos priežiūros planavimo ir administravimo srityje;
  3. savivaldybių vaidmenį pirminės sveikatos priežiūros planavimo ir administravimo srityje;
  4. sveikatos draudimo institucijų vaidmenį asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo srityje;
  5. sveikatos priežiūros įstaigų vaidmenį disponavimo finansiniais ištekliais, gautais iš privalomojo sveikatos draudimo bei kitų šaltinių, srityje;
  6. pirminės sveikatos priežiūros specialistų vaidmenį, apsprendžiant pacientų gydymo, antriniu ir tretiniu lygiu poreikius (atitinkamai piniginių visuomenės išteklių pasiskirstymą pagal asmens sveikatos priežiūros lygius).

- pripažinta, jog bendro pobūdžio diskusijos dėl valdymo reformos tikslingumo ir kaltųjų dėl lėtos reformos eigos ieškojimas turi užleisti vietą kryptingai sveikatos pertvarkai.

Konferencijos rengėjai

Priedas nr. 1

**Konferencijos dalyvio anketa**

*Siekdami, kad sveikatos priežiūros valdymo reforma maksimaliai atspindėtų visų Lietuvos socialinių grupių interesus, norime sužinoti Jūsų nuomonę kaip reikėtų derinti įvairių valstybinio valdymo lygių funkcijas. Maloniai prašome atsakyti į pateiktus klausimus.*

**1. Kokias sveikatos priežiūros valdymo funkcijas dabartiniu metu atlieka skirtingi valstybinio valdymo lygiai?**

	Vyriausybė ir Sveikatos Ministerija	Apskritis	Savivaldybė	Niekas	Nežinau
Planuoja personalo skaičių, įstaigų skaičių ir išdėstymą, investicijas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surenka mokesčius ir moka įstaigoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nusprendžia sveikatos išlaidų struktūrą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surenka ir analizuoja medicininius statistinius duomenis, kontroliuoja paslaugų kokybę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valdo pirminę sveikatos priežiūrą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valdo antrinę sveikatos priežiūrą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Kokias sveikatos priežiūros valdymo funkcijas turėtų atlikti skirtingi valstybinio valdymo lygiai racionaliai sutvarkytoje sistemoje?**

	Vyriausybė ir Sveikatos Ministerija	Apskritis	Savivaldybė	Draudimas	Rinka
Planuoja personalo skaičių, įstaigų skaičių ir išdėstymą, investicijas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surenka mokesčius ir moka įstaigoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nusprendžia sveikatos išlaidų struktūrą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surenka ir analizuoja medicininius statistinius duomenis, kontroliuoja paslaugų kokybę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valdo pirminę sveikatos priežiūrą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valdo antrinę sveikatos priežiūrą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

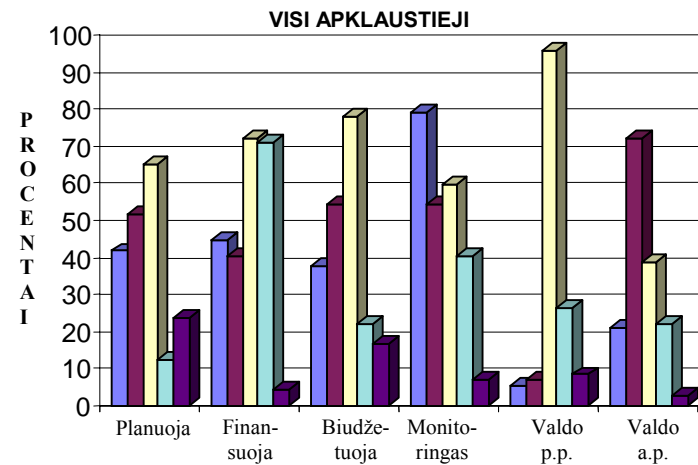
**Pastaba:** prašome perbraukti  kuris atitinka Jūsų atsakymą. Jei analogiškas funkcijas vykdo keli valdymo lygiai, vienoje eilutėje išbraukite kelis

Prašome pateikti informaciją apie Jūsų atliekamas funkcijas

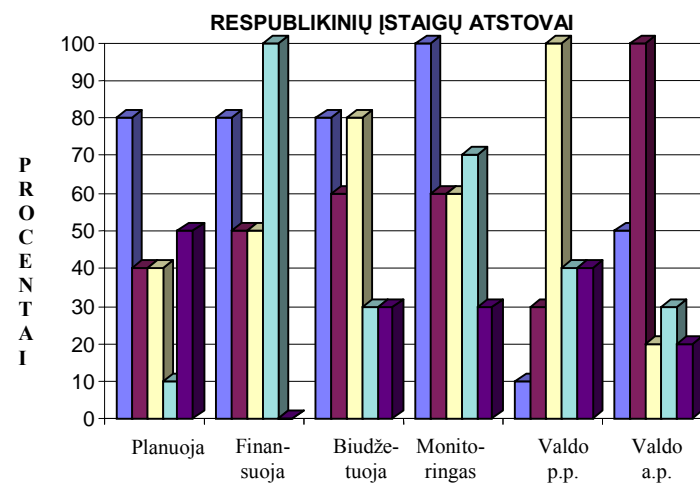
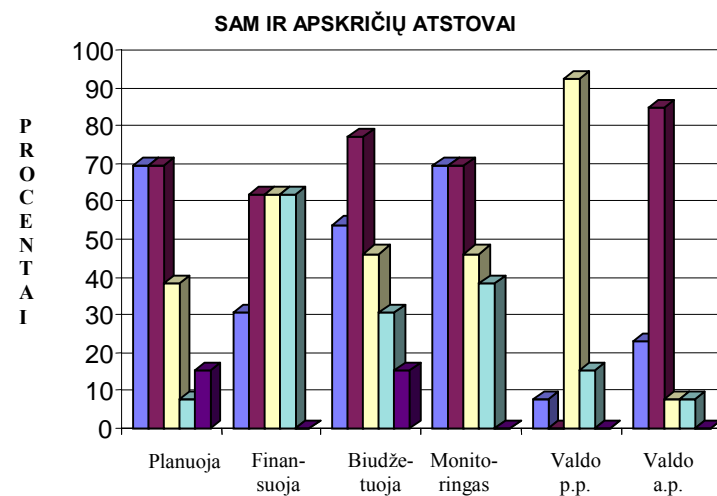
- Savivaldybės įstaigos medikas
  - Respublikinės įstaigos medikas
  - Savivaldybės įstaigos vadovas
  - Respublikinės įstaigos vadovas
  - Meras arba jo atstovas
  - Savivaldybės tarybos narys
  - Apskritis valdytojas arba jo atstovas
  - Apskritis gydytojas
  - Ministerijos darbuotojas
  - Seimo narys
  - Lietuvos Respublikos pilietis
- Jūsų specialybė (pabraukite):  
 ekonomistas, teisininkas, medikas, techninis išsilavinimas,  
 kita

Pateiktą anketą užpildė 72 konferencijos dalyviai, kurių požiūrių pasiskirstymas yra pateiktas paveiksluose (pateikti atsakymai į klausimą: “**Kokias sveikatos priežiūros valdymo funkcijas turėtų atlikti skirtingi valstybinio valdymo lygiai racionaliai sutvarkytoje sistemoje?**”). Paveiksluose yra nurodyta, kiek procentų atsakiusių mano, jog atitinkamą valdymo funkciją turi atlikti konkretus valdymo lygmuo. Pildant anketą, buvo galima nurodyti kelis vienos funkcijos vykdytojus, todėl atsakymų į kiekvieną klausimą suma viršijo 100%. Siekiant išsiaiškinti įvairių socialinių grupių požiūrį į sveikatos priežiūros valdymą, po paveikslo atspindinčio visų konferencijos dalyvių nuomonę, yra pateiktos įvairių socialinių grupių atstovų nuostatos.

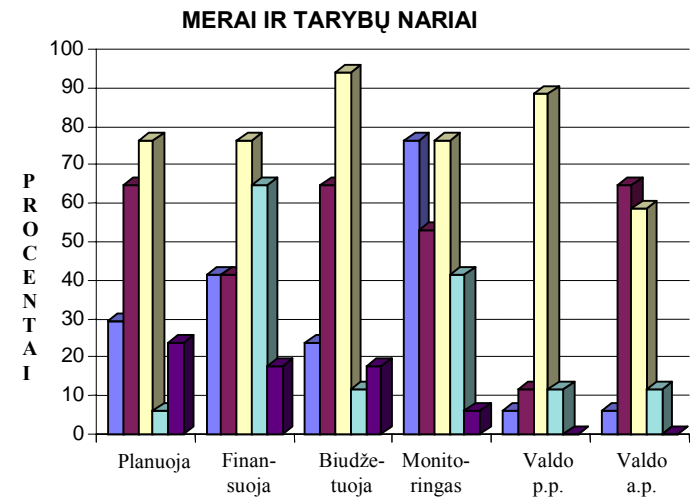
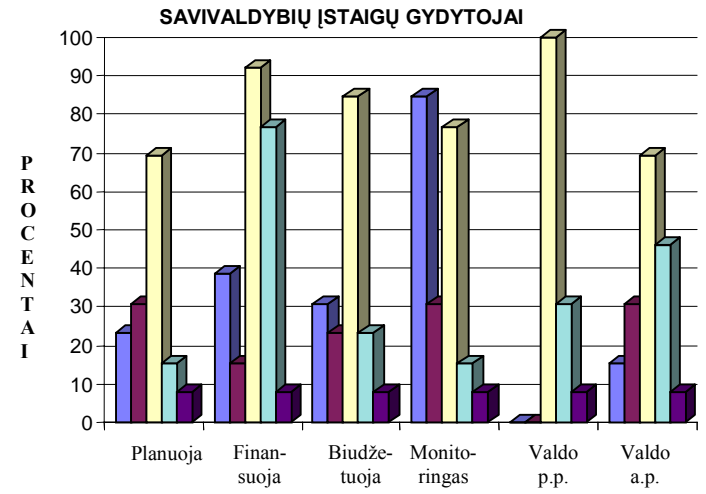
Dauguma apklaustųjų sveikatos priežiūros monitoringą priskiria kaip pagrindinę funkciją SAM, pirminės sveikatos priežiūros valdymą - savivaldybėms, antrinės sveikatos priežiūros - apskritims, bei galvoja, kad sveikatos apsauga turėtų būti finansuojama mišriai (derinant draudimo, SAM, apskričių ir savivaldybių lėšas). Verta atkreipti dėmesį, jog mažiau, kaip 25% apklaustųjų nurodė rinką, kaip reikšmingą sveikatos valdymo sistemos elementą.



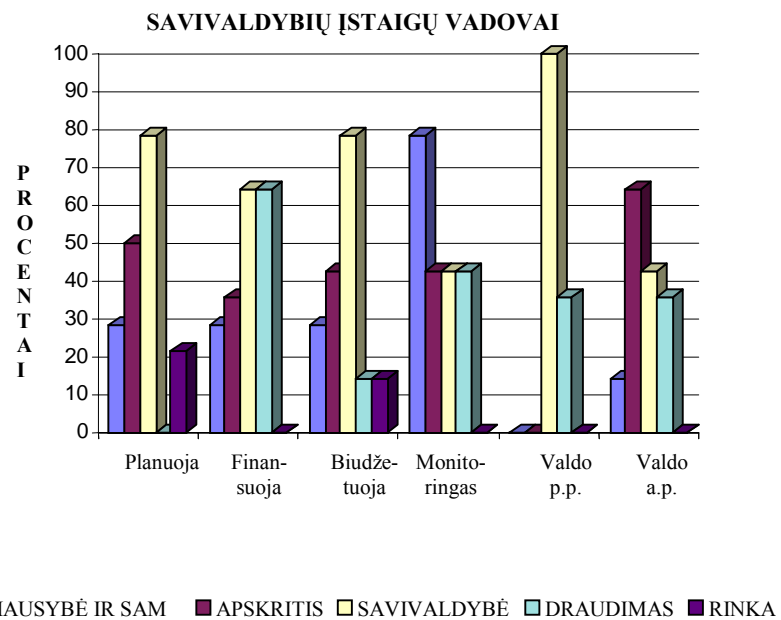
■ VYRIAUSYBĖ IR SAM ■ APSKRITIS ■ SAVIVALDYBĖ ■ DRAUDIMAS ■ RINKA



■ VYRIAUSYBĖ IR SAM ■ APSKRITIS ■ SAVIVALDYBĖ ■ DRAUDIMAS ■ RINKA



■ VYRIAUSYBĖ IR SAM  
 ■ APSKRITIS  
 ■ SAVIVALDYBĖ  
 ■ DRAUDIMAS  
 ■ RINKA



*Priedas nr. 2**Informacija spaudai*

## SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO PAGERINIMUI SKIRTA KONFERENCIJA

1995 m. spalio 10 d. Europos Sąjungos finansuojama PHARE sveikatos priežiūros reformos grupė rengia vienos dienos konferenciją Vilniuje Medicinos bibliotekoje, Kaštonų 7. Konferencijos pagrindinė tema bus klausimas, kaip pačiu efektyviausiu būdu pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą Lietuvos gyventojams. Atsižvelgiant į esamo pereinamojo laikotarpio ekonominius sunkumus, bus aptariama, reikia ar nereikia sveikatos paslaugas decentralizuoti, kokie decentralizacijos plusai ir minusai, iki kokio laipsnio Vyriausybės funkcijos ir pareigos galėtų būti perduotos žemesniems administraciniam vienetais.

Ši konferencija, organizuojama glaudžiai bendradarbiaujant su Sveikatos apsaugos ministerija ir Sveikatos apsaugos reformos biuru (SARB), vyks Seimo priimto įstatymo, reglamentuojančio apskričių administracijų pareigas ir funkcijas, kontekste. Vyriausybės tikslai sukurti tokią sveikatos priežiūros sistemą, kuri būtų efektyvi, lengvai prieinama žmonėms ir gebanti suteikti atitinkamos kokybės medicines paslaugas visiems Lietuvos gyventojams, reikalauja įvertinti, kaip ir kur visa tai gali būti organizuota su maksimaliai pozityviais rezultatais pacientams.

Siekiant įvertinti dabartinę Lietuvos situaciją, o taip pat ir egzistuojančias decentralizacijos koncepcijas kitose šalyse, tiek vietiniai, tiek ir užsienio ekspertai pasidalins savo patirtimi, mėgindami atsakyti į vieną iš labiausiai įtakančių mūsų kasdieninį gyvenimą klausimų: **kokios kokybės paslaugas mes gausime susirgę.**

### Lietuvos gyventojų struktūra 1995.01.01

Apskritis	Iš viso	%	vaikų 0 - 14 m.	%	vyresni kaip 64 m.	%
Alytaus	202526	100	45197	22	26512	13
Kauno	758591	100	159798	21	88217	12
Klaipėdos	415945	100	95538	23	42476	10
Marijampolės	198253	100	46144	23	26675	13
Panevėžio	324042	100	70799	22	43826	14
Šiaulių	402490	100	92674	23	49399	12
Tauragės	129952	100	31013	24	17435	13
Telšių	182322	100	45716	25	21717	12
Utenos	203067	100	43889	22	30003	15
Vilniaus	900546	100	183915	20	93716	10
<b>Lietuva</b>	<b>3717734</b>	<b>100</b>	<b>814683</b>	<b>22</b>	<b>439976</b>	<b>12</b>

### Lietuvos gyventojų struktūra mieste ir kaime 1995.01.01

	miesto gyv.	%	kaimo gyv.	%
Alytaus	123513	61	79013	39.0
Kauno	559131	74	199460	26.2
Klaipėdos	303461	73	112484	27.0
Marijampolės	100889	51	97364	49.1
Panevėžio	197314	61	126728	39.1
Šiaulių	251234	62	151256	37.5
Tauragės	57944	45	72008	55.4
Telšių	113357	62	68965	37.8
Utenos	111120	55	91947	45.2
Vilniaus	708494	79	192052	21.3
<b>Lietuva</b>	<b>2526457</b>	<b>68</b>	<b>1191277</b>	<b>32.0</b>

**Mirtingumas 100,000 gyv. 1994 metais**

Apskritis	Mieste			Kaime		
	Vyrai	Moterys	Viso	Vyrai	Moterys	Viso
Alytaus	1021.4	638.8	818.8	2351.0	1666.6	1989.4
Kauno	1315.2	924.4	1105.5	1971.0	1419.5	1680.5
Klaipėdos	1138.1	792.4	958.2	1722.3	1295.6	1500.9
Marijampolės	1224.3	895.6	1051.7	2041.0	1522.8	1771.1
Panevėžio	1180.0	949.0	1056.0	2084.9	1635.4	1847.0
Šiaulių	1234.2	924.8	1068.4	1829.6	1499.8	1658.7
Tauragės	1265.5	926.5	1085.3	1867.8	1391.1	1620.9
Telšių	1046.9	744.0	887.3	1825.2	1470.2	1640.3
Utenos	1049.7	722.3	871.9	2397.2	2105.3	2242.4
Vilniaus	1141.4	871.3	999.8	1911.4	1529.0	1712.7
<b>Lietuva</b>	<b>1182.9</b>	<b>863.7</b>	<b>1014.0</b>	<b>1979.9</b>	<b>1539.0</b>	<b>1749.3</b>

**Mirtingumas 100,000 gyv. 1994 metais**

	Viso		
	Vyrai	Moterys	Viso
Alytaus	1540.3	1038.8	1275.0
Kauno	1489.4	1052.1	1255.9
Klaipėdos	1296.2	928.0	1104.8
Marijampolės	1627.0	1202.1	1404.8
Panevėžio	1538.2	1215.6	1366.0
Šiaulių	1463.0	1136.2	1290.1
Tauragės	1603.4	1180.9	1382.0
Telšių	1343.7	1016.8	1172.2
Utenos	1658.8	1348.6	1495.1
Vilniaus	1306.7	1010.4	1151.6
<b>Lietuva</b>	<b>1440.3</b>	<b>1078.1</b>	<b>1249.3</b>

**Standartizuotas mirtingumas mieste ir kaime 100,000 gyv. 1994 metais**

Apskritis	Mieste			Kaime		
	Vyrai	Moterys	Viso	Vyrai	Moterys	Viso
Alytaus	1474.5	694.8	1025.3	1833.4	760.6	1242.3
Kauno	1701.6	803.9	1166.3	1978.1	894.0	1355.0
Klaipėdos	1648.4	852.9	1187.3	1784.9	894.2	1276.2
Marijampolės	1516.8	753.9	1075.5	1964.1	909.0	1384.2
Panevėžio	1525.7	793.0	1094.2	1884.7	859.9	1299.6
Šiaulių	1581.7	801.8	1121.0	1855.8	979.5	1360.9
Tauragės	1620.6	835.3	1175.3	1863.7	864.7	1310.7
Telšių	1484.1	697.6	1032.7	1789.1	914.2	1308.1
Utenos	1452.8	718.3	1042.0	1902.3	950.5	1370.9
Vilniaus	1635.8	852.3	1168.8	1970.6	963.9	1397.3
<b>Lietuva</b>	<b>1606.1</b>	<b>806.8</b>	<b>1136.5</b>	<b>1893.4</b>	<b>907.4</b>	<b>1337.0</b>

**Standartizuotas mirtingumas 100,000 gyv. 1994 metais**

Apskritis	Viso		
	Vyrai	Moterys	Viso
Alytaus	1645.2	733.2	1124.3
Kauno	1784.7	829.3	1219.7
Klaipėdos	1699.6	862.5	1214.3
Marijampolės	1744.8	836.1	1233.1
Panevėžio	1685.6	817.9	1177.6
Šiaulių	1697.1	871.4	1217.1
Tauragės	1763.1	857.0	1250.9
Telšių	1609.3	794.8	1149.7
Utenos	1702.6	847.3	1216.2
Vilniaus	1716.0	878.2	1221.2
<b>Lietuva</b>	<b>1711.0</b>	<b>842.9</b>	<b>1206.2</b>

**Aprūpinimas gydytojais akušeriais-ginekologais ir akušerinėmis-ginekologinėmis lovomis 1994 m.**

<b>Gydytojai akušeriai-ginekologai</b>			
Apskritis	abs. sk.	1000-čių gyv.	Nėščiųjų ir gimdyvių sk. 1-nam gydytojui
Alytaus	45	2.2	81.2
Kauno	224	2.9	57.6
Klaipėdos	93	2.2	81.9
Marijampolės	32	1.6	111.9
Panevėžio	56	1.7	105.3
Šiaulių	72	1.7	106.2
Tauragės	21	1.6	120.5
Telšių	26	1.4	144.1
Utenos	32	1.5	90.4
Vilniaus	233	2.5	59.7
<b>Lietuva</b>	<b>834</b>	<b>2.2</b>	<b>77.2</b>

**Aprūpinimas gydytojais akušeriais-ginekologais ir akušerinėmis-ginekologinėmis lovomis 1994 m.**

<b>Akušerinės-ginekologinės lovos</b>			
Apskritis	abs. sk.	1000-čių gyv.	Nėščiųjų ir gimdyvių sk. 1-nai lovai
Alytaus	166	8.2	22.0
Kauno	565	7.4	22.8
Klaipėdos	265	6.3	28.7
Marijampolės	130	6.5	27.5
Panevėžio	200	6.1	29.5
Šiaulių	315	7.8	24.2
Tauragės	110	8.4	23.0
Telšių	100	5.4	37.4
Utenos	120	5.9	24.1
Vilniaus	447	4.9	31.1
<b>Lietuva</b>	<b>2418</b>	<b>6.5</b>	<b>26.6</b>

### Abortai 1994 m.

	abs. sk.	1000-ėiui fertilinio amžiaus moterų	100-ui gyvų ir negyvų gimusiųjų
Alytaus	1270	26.1	57.2
Kauno	6037	30.5	65.6
Klaipėdos	5716	55.1	110.3
Marijampolės	1276	28.3	54
Panevėžio	4065	52.2	108.7
Šiaulių	2137	21.8	45.2
Tauragės	813	27.7	51.9
Telšių	835	19	37.1
Utenos	1639	35.2	90.7
Vilniaus	13105	55.3	137.8
<b>Lietuva</b>	<b>36893</b>	<b>39.8</b>	<b>86.7</b>

### Sergamumas ir ligotumas tuberkulioze Lietuvoje 1994 m.

	abs. sk.	Sergamumas 100000 gyv.	abs. sk.	Ligotumas 100000 gyv.
Alytaus	91	44.9	526	259.7
Kauno	436	57.4	2010	264.6
Klaipėdos	216	51.9	992	238.5
Marijampolės	112	56.4	474	239
Panevėžio	163	50.2	670	206.5
Šiaulių	207	51.4	884	219.5
Tauragės	117	90.1	408	314.4
Telšių	116	63.6	422	231.5
Utenos	81	39.8	375	184.5
Vilniaus	476	52.7	2167	240.1
<b>Lietuva</b>	<b>2015</b>	<b>54.1</b>	<b>8928</b>	<b>239.9</b>

**Aprūpinimas medicinos personalu  
(pirminė sveikatos priežiūra)**

	Gydytojų skaičius 10000-ių gyv.	Gydytojų dalis tarp viso personalo	1-am gydytojui tenka	
			viduriniojo med. personalo	kito personalo
Alytaus	14.8	0.22	2.29	1.19
Kauno	20.8	0.25	2.02	0.94
Klaipėdos	17.0	0.22	2.39	1.25
Marijampolės	12.3	0.19	2.75	1.41
Panevėžio	14.8	0.21	2.76	1.05
Šiaulių	15.4	0.20	2.66	1.30
Tauragės	11.1	0.23	2.50	0.95
Telšių	13.1	0.25	2.23	0.78
Utenos	12.7	0.21	2.84	1.00
Vilniaus	20.5	0.25	1.88	1.10
<b>Lietuva</b>	<b>17.2</b>	<b>0.23</b>	<b>2.23</b>	<b>1.09</b>

**Aprūpinimas medicinos personalu  
(stacionarinė pagalba)**

	Gydytojų skaičius 10000-ių gyv.	Gydytojų dalis tarp viso personalo	1-am gydytojui tenka	
			viduriniojo med. personalo	kito personalo
Alytaus	15.80	0.12	2.57	4.08
Kauno	27.90	0.14	2.64	3.61
Klaipėdos	26.50	0.13	2.84	4.10
Marijampolės	11.50	0.09	4.28	6.22
Panevėžio	14.90	0.10	3.74	5.58
Šiaulių	16.00	0.11	3.53	4.84
Tauragės	10.70	0.09	4.69	5.24
Telšių	11.10	0.09	4.25	5.47
Utenos	11.80	0.10	3.78	5.00
Vilniaus	28.60	0.15	2.48	3.19
<b>Lietuva</b>	<b>21.60</b>	<b>0.13</b>	<b>2.94</b>	<b>3.96</b>

**Natūralaus gyventojų judėjimo koeficientai 1994 m. (1000-iui gyventojų)**

Apskritis	Gimusiųjų	Mirusiųjų	Natūralus prieaugis	Įregistruota	
				santuokų	ištuokų
Alytaus	12.2	12.7	-0.5	6.3	2.5
Kauno	11.3	12.5	-1.2	6.5	2.9
Klaipėdos	11.8	11.0	0.8	6.3	3.6
Marijampolės	12.7	14.0	-1.3	6.2	2.2
Panevėžio	11.7	13.6	-1.9	6.0	3.0
Šiaulių	12.3	12.9	-0.6	6.1	3.5
Tauragės	14.0	13.8	0.2	5.8	2.5
Telšių	14.0	11.7	2.3	6.8	3.1
Utenos	10.1	15.0	-4.9	5.9	2.6
Vilniaus	10.1	11.5	-1.4	6.3	2.9
<b>Lietuva</b>	<b>11.5</b>	<b>12.5</b>	<b>-1.0</b>	<b>6.3</b>	<b>3.0</b>

**Ambulatorinis-polikliniškas gyventojų aptarnavimas 1994 m.**

Apskritis	Apsilankymų skaičius (tūkst.)	tenka 1-nam gyv.	Apsilankymai namuose		Apsilankymų dėl vienos ligos skaičius	
			(tūkst.)	%	suaugusiųjų	vaikų
Alytaus	1308.9	6.46	76.16	5.50	5.11	3.99
Kauno	5451.74	7.18	488.56	8.22	4.75	2.88
Klaipėdos	5077.07	12.21	230.02	4.33	7.41	3.24
Marijampolės	882.08	4.45	56.55	6.03	4.01	3.17
Panevėžio	2003.21	6.18	134.76	6.30	5.21	3.31
Šiaulių	2299.61	5.71	163.34	6.63	5.47	3.23
Tauragės	716.28	5.52	37.85	5.02	6.16	4.56
Telšių	1045.23	5.74	68.61	6.16	4.75	3.16
Utenos	1124.94	5.54	73.12	6.10	4.37	3.79
Vilniaus	5796.4	6.42	522.35	8.27	4.97	3.19
<b>Lietuva</b>	<b>25705.44</b>	<b>6.91</b>	<b>1851</b>	<b>6.72</b>	<b>5.17</b>	<b>3.23</b>

**Lietuvos gyventojų sergamumas sifiliu ir gonorėja 1994 m.**

Apskritis	Sifilis		Ūmi gonorėja		Lėtinė gonorėja	
	abs. sk.	100000 gyv.	abs. sk.	100000 gyv.	abs. sk.	100000 gyv.
Alytaus	22	10.8	212	104.6	96	47.4
Kauno	496	65.3	979	128.9	122	16.0
Klaipėdos	362	87.0	547	131.5	92	22.1
Marijampolės	144	72.6	110	55.4	20	10.0
Panevėžio	81	24.9	428	131.9	50	15.4
Šiaulių	163	40.4	329	81.7	51	12.6
Tauragės	29	22.3	82	63.2	18	13.8
Telšių	70	38.4	112	61.4	23	12.6
Utenos	23	11.3	118	58.0	5	2.4
Vilniaus	661	73.2	1833	203.1	175	19.3
<b>Lietuva</b>	<b>2142</b>	<b>57.5</b>	<b>4823</b>	<b>129.6</b>	<b>678</b>	<b>18.2</b>

**Sergamumas, hospitalizacija ir greitoji medicinos pagalba 1994 m.**

Apskritis	Ligotumas 1000 gyv.		Sergamumas 1000 gyv.		Hospitalizuota ligonių	Suteikta greitoji medicinos pagalba
	vaikai	suaugusieji	vaikai	suaugusieji	1000 gyv.	1000 gy.
Alytaus	1251.2	874.5	1049.6	460.2	180.0	225.3
Kauno	1554.7	1041.9	1251.3	452.8	219.1	248.7
Klaipėdos	1070.4	759.6	857.7	258.8	239.4	279.2
Marijampolės	890.0	750.1	785.9	337.7	171.7	242.9
Panevėžio	1141.7	867.2	968.9	397.3	196.5	200.8
Šiaulių	1121.7	759.6	828.0	314.8	191.4	199.1
Tauragės	799.6	639.3	645.4	286.2	148.0	236.1
Telšių	1207.8	837.6	974.2	388.1	141.4	228.6
Utenos	961.9	791.8	767.2	331.7	165.3	306.7
Vilniaus	1380.6	952.3	1112.3	475.0	207.4	220.6
<b>Lietuva</b>	<b>1239.1</b>	<b>881.9</b>	<b>999.1</b>	<b>396.3</b>	<b>199.7</b>	<b>235.9</b>

**Sveikatos priežiūros įstaigų skaičius 1994 m.**

Apskritis	Stacionarai	Poliklinikos	Ambulatorijos	Medicinos punktai
Alytaus	9	7	14	81
Kauno	30	26	46	142
Klaipėdos	27	18	24	88
Marijampolės	11	4	22	78
Panevėžio	20	15	26	126
Šiaulių	22	16	33	140
Tauragės	10	4	13	70
Telšių	7	3	16	72
Utenos	12	7	20	106
Vilniaus	48	47	44	122
<b>Lietuva</b>	<b>196</b>	<b>147</b>	<b>258</b>	<b>1025</b>

**Standartizuotas mirtingumas (Europos standartas) nuo kai kurių išvengiamų mirties priežasčių 1994 m.**

Apskritis	Mirtingumas 5-64 m.	Hipertenzinė liga ir smegenų kraujotakos sutrikimai 35-64 m.	Plaučių vėžys 5-64 m.	Kepenų cirozė 5-64 m.	Nelaimingi atsitikimai 5-64 m.	TBC 5-64 m.
Alytaus	562	61	29	9	25	7
Kauno	657	77	23	18	22	14
Klaipėdos	581	85	22	18	22	10
Marijampolės	700	104	31	13	23	11
Panevėžio	617	75	34	18	25	13
Šiaulių	617	70	27	16	23	10
Tauragės	692	96	37	22	13	9
Telšių	603	65	19	24	22	13
Utenos	646	90	29	17	22	8
Vilniaus	630	87	26	11	23	10
<b>Lietuva</b>	<b>630</b>	<b>81</b>	<b>26</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>11</b>

**Lietuvos gyventojų aprūpinimas medicinos personalu  
ir stacionaro lovomis 1994 m.**

Apskritis	Gydytojai		Stomatologai		Vidurinis med. personalas		Stacionaro lovos	
	abs. sk.	10000 gyv.	abs. sk.	10000 gyv.	abs. sk.	10000 gyv.	abs. sk.	10000 gyv.
Alytaus	417	20.54	68	3.35	1820	89.63	1662	81.84
Kauno	639	31.55	86	4.25	2325	114.8	2179	107.6
Klaipėdos	3445	45.41	563	7.42	8441	111.3	9386	123.7
Marijampolės	1458	35.05	170	4.09	5009	120.4	5516	132.6
Panevėžio	419	21.13	82	4.14	1660	83.73	1800	90.79
Šiaulių	813	25.09	128	3.95	3362	103.8	3210	99.06
Tauragės	975	24.22	132	3.28	3969	98.61	4184	104
Telšių	243	18.7	39	3	1101	84.72	1194	91.88
Utenos	338	18.54	61	3.35	1569	86.06	1274	69.88
Vilniaus	4023	44.67	407	4.52	9702	107.7	10412	115.6
<b>Lietuva</b>	<b>12770</b>	<b>34.35</b>	<b>1736</b>	<b>4.67</b>	<b>38958</b>	<b>104.8</b>	<b>40817</b>	<b>109.8</b>

## **PHARE**

Kas yra Phare?

Tai Europos Sąjungos ekonominės integracijos pasiūlymas Centrinės ir Rytų Europos šalims.

### **Phare - parama didėjančiai tautų šeimai**

Europos Sąjungą ir kaimynines Centrinės ir Rytų Europos šalis jungia bendras tikslas - sukurti klestinčių, saugių ir demokratiškesnių tautų šeimą. Šį tikslą galima įgyvendinti glaudesniu politiniu, ekonominiu ir kultūriniu bendradarbiavimu, paremtu bendru vertybių supratimu.

Europos Sąjunga pripažįsta Centrinės ir Rytų Europos šalyse vykstančių esminių permainų svarbą, perėjimą nuo centralizuotos planinės prie rinkos ekonomikos.

1945 - 1989 metais Centrinės ir Rytų Europos šalys buvo atskirtos nuo pagrindinės Europos vystymosi ir egzistavo centralizuotos politinės ir ekonominės kontrolės sistemoje. Dabar šios šalys siekia atgauti savo vietą tarp išsivysčiusių Europos šalių bei kultūrų ir prisijungti prie Europos ekonomikos bei organizacijų. Pagrindinis reikalavimas, keliamas Centrinės ir Rytų Europos šalims šiam tikslui įgyvendinti - tai ekonomikos atkūrimas, pasivejant permainas, kurios įvyko Vakarų Europoje per paskutiniuosius penkiasdešimt metų.

Phare programa - tai Europos Sąjungos iniciatyva, kuria suteikiama finansinė pagalba šalims-partnerėms. Šia parama siekiama remti ekonominės transformacijos ir demokratijos stiprinimo procesus iki to meto, kol šios šalys bus pasirengusios prisiimti Europos Sąjungos narystės išpareigojimus.

Phare suteikia žinias ir technologijas (know-how), konsultacijas, organizuoja kursus įvairiausių sričių nekomercinėms, visuomeninėms ir nevalstybinėms organizacijoms bei bendradarbiaujančioms šalims. Phare veikimo būdą galima palyginti su multiplikatoriumi, kuris atveria įvairius finansinius ir fizinius fondus svarbiems projektams tyrinėjimų, subsidijų, garantinių schemų, kreditų forma ir, kartu su tarptautinėmis finansinėmis institucijomis, tiesiogiai investuoja į infrastruktūrą. Integracijos procesui progresuojant, tokioms investicijoms atiteks vis didesnė Phare fondų dalis.

Per pirmuosius penkerius veiklos metus, kurie sukako 1994 m. pabaigoje, Europos Sąjunga Phare paramos dėka vienuolikai bendradarbiaujančių šalių buvo skyrusi 4.248,5 mln. ECU.

Remdama Centrinės ir Rytų Europos šalis, Phare tampa didžiausia subsidijų pagalbos programa.

Phare yra viena iš daugelio Europos Sąjungos iniciatyvų Centrinei ir Rytų Europai. Europos Sąjungos politiniai ir prekybiniai santykiai vystosi pagal prekybos ir bendradarbiavimo susitarimus bei asociacinius susitarimus ("Europe Agreements"). Phare palaiko mokėjimų balansą ir humanitarinę pagalbą bei pritraukia investicinių kapitalą iš Europos investicinio banko (EIB) ir Europos rekonstrukcijos ir vystymo banko (EBRD).

Europos Komisija taip pat koordinuoja pagalbos iniciatyvas platesnei tarptautinei bendruomenei.

### **Prioritetiniai sektoriai**

Pagrindinės sritys, kuriose vyksta permainos ir kurioms skiriamos didžiausios Phare lėšos yra:

- privataus sektoriaus vystymas ir parama įmonėms;
- švietimas, sveikatos apsauga, mokymas, moksliniai tyrimai;
- infrastruktūra (energija, transportas, ryšiai);
- aplinkos apsauga ir branduolinis saugumas;
- žemės ūkio pertvarkymas;
- parama maisto produktais ir humanitarinė pagalba;
- visuomeninės institucijos ir administracinė reforma;
- socialinis vystymasis ir darbas;

Sveikatos apsaugos srityje Phare sutelkia dėmesį į pirminės ir profilaktinės medicininės priežiūros tobulinimą, siekdama užtikrinti sveikatos apsaugą, personalo paruošimą darbui naujomis sąlygomis, supažindina su naujais menedžmento metodais, susijusiais su sveikatos apsaugos sistemos pertvarkymu ir decentralizacija.

### **Projektų pavyzdžiai**

Phare ir sveikatos apsaugos sistemos reforma

Pirminės priežiūros paslaugų restruktūrizacija buvo išskirta kaip visuotinės sveikatos apsaugos sistemos prioritetas, kuriam ypač reikėjo know-how, kursų bei įrangos. Bulgarijoje pagrindinei sveikatos apsaugos sistemos reformai Phare skyrė 10 mln. ECU.

Rumunijoje, vykdant humanitarinės pagalbos programą, daugiau kaip 40 mln ECU buvo skirta padėti našlaičiams vaikams, augantiems valstybinėse įstaigose, kurių aplinka neigiamai įtakoja nepilnamečių moralinių kriterijų formavimąsi. Plati į ateitį nukreipta programa apėmė daugumos minėtų vaikų reabilitaciją bei kursus medicinos personalui.

## **EC/PHARE PARAMA LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMOS PROCESUI**

Phare programa yra Europos Sąjungos iniciatyva, kurios tikslas - padėti Centrinės ir Rytų Europos šalims prisijungti prie kryptingo Europos vystymosi ir sustiprinti ryšius su Europos Sąjunga. Phare tai daro teikdama didžiulę finansinę paramą transformacijos procesui pagal kiekvienos vyriausybės reformos įvairiuose sektoriuose politiką.

EC/Phare susitarė su Lietuvos valdžia remti sveikatos reformos procesą. Bendradarbiavimas šioje srityje jau apima tokius sektorius kaip sveikatos reformos prioritetų nustatymas, atsakingų Lietuvos ekspertų supažindinimas su skirtingomis sveikatos sistemomis, egzistuojančiomis Europoje ir farmacinio sektoriaus Lietuvoje restruktūrizavimas.

Konferencija apie decentralizaciją sudaro dalį EC/Phare sveikatos reformos ir finansavimo programos. Ši programa buvo pradėta 1995 m. balandžio mėn. ir tęsis iki 1998 m. Ji apima bendradarbiavimą įvairiuose svarbiuose Lietuvos sveikatos priežiūros reformos sektoriuose. Ekspertai iš trijų Europos Sąjungos valstybių-narių Danijos, Vokietijos ir Olandijos bendradarbiauja su Lietuvos ekspertais įvairiose srityse. Daugelis iš jų jau yra dirbę su Lietuvos sveikatos ministerija EC/Phare arba dvišalio bendradarbiavimo programų ribose.

EC/Phare programa apima sekančius sektorius:

### ***Sveikatos paslaugų decentralizacija:***

1995 m. balandžio mėn. Danų, Olandų ir Vokiečių ekspertai pradėjo bendradarbiauti su Lietuvos ekspertais tam, kad išanalizuotų sveikatos priežiūros teikimo pagerinimo galimybes, esant decentralizuotai sistemai. Ši analizė remiasi neseniai Lietuvoje įgyvendintos visuotinės administracijos decentralizacijos pagrindais. Konferencija apie decentralizaciją bus svarbus indėlis į šią analizę ir reikšmingas sekantis žingsnis į reformos procesą. Ši analizė bus pabaigta 1995 m.

### ***Pirminės sveikatos priežiūros strategija/medicinos personalo resursų vystymas:***

1995 m. balandžio mėn. Danijos ir Vokietijos ekspertai pradėjo bendradarbiauti su Lietuvos sveikatos ministerija šioje srityje. Tam, kad sujungti visas tarptautines pastangas kaip galima efektyviau, EC/Phare ir JTVP/Kanada susitarė bendradarbiauti labai glaudžiai. Tai garantuoja, kad dviejų institucijų indėlis bus sujungtas į vieną rezultatą. Šis rezultatas bus pasiūlymas dėl pirminės sveikatos priežiūros reformos strategijos kaip užtikrinti efektyvų ir kokybišką medicinos personalo resursų naudojimą. Didžiulį indėlį formuojant pasiūlymą, įnešė pirminės sveikatos priežiūros konferencija, kuri vyko 1995 m. birželio 1-2 dienomis. Strategija bus parengta 1995 m.

### ***Decentralizuoti sveikatos draudimo fondai:***

1995 m. birželio mėn. Olandijos ir Vokietijos ekspertai pradėjo dirbti sveikatos priežiūros finansavimo reformos srityje, į kurią įeina ir decentralizuotų sveikatos draudimo fondų sukūrimas. Lydimi tebesitęsiančios diskusijos dėl sveikatos draudimo įstatymo, jie daro ekspertizę dėl būsimų decentralizuotų sveikatos draudimo fondų organizacinės struktūros dizaino, tam, kad galėtų padėti kuriant stabilią Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo

sistema, kurios tikslas - pagerinti ir užtikrinti sveikatos priežiūros teikimą. Bendradarbiavimas šiame sektoriuje tęsis virš dviejų metų.

***Įmokų nustatymas, surinkimas ir paskirstymas:***

Tikėtai gerai išvystyta įmokų rinkimo sistema gali garantuoti finansiškai gerai subalansuotą socialinio draudimo sistemą. Funkcionuojanti socialinių įmokų sistema yra neatskiiriama nuo funkcionuojančios decentralizuotų sveikatos draudimo fondų sistemos. Tuo būdu yra nepaprastai svarbu sukcentruoti dėmesį į egzistuojančių sistemų analizavimą ir įvairių alternatyvų reformai vystymą, įskaitant finansinės apimtys poreikio įvertinimą ir įvairių finansinių išteklių analizę. Tikėtai tada bus galima suprojektuoti mechanizmus efektyviam įmokų surinkimui ir finansinių lėšų paskirstymui. Olandijos-Vokietijos ekspertų komanda, dirbanti decentralizuotų sveikatos draudimo fondų klausimais. Bendradarbiavimas šioje srityje vyks dvejus metus.

***Būtinų priemonių, skirtų naujos atlyginimų už sveikatos priežiūros paslaugas sistemos įgyvendinimui, vystymas:***

Pagrindinis bendradarbiavimo šioje srityje tikslas yra teikti būtiną informaciją, reikalingą įvertinant skirtingus atlyginimų už sveikatos priežiūrą mokėjimo būdus visuose sektoriuose ir paskaičiuojant paslaugų įkainius. Ekspertai iš Vokietijos pradėjo dirbti šioje srityje 1995 birželio mėn. Šio bendradarbiavimo, kuris truks dvejus metus, parinktoje sveikatos priežiūros įstaigose bus vykdomi eksperimentai kaip pagerinti atsiskaitymą, tam, kad būtų informacijos antrajam žingsniui - atlyginimų mokėjimo sistemos gerinimui.

EC/Phare programą koordinuoja Vokietijos asociacija GVG, kuri jau dirbo Lietuvoje trejus metus. Programos administravimą Lietuvoje garantuoja laikinas biuras (p. Gediminas Černiauskas ir p. Romualdas Buivydas) įkurtas Vilniuje, Gedimino pr. 27 (Valstybinė ligonių kasa), tel.: 8-22/ 22 66 01, fax: 8-22/ 22 75 87 (SARB).

Jei turėsite klausimų dėl programos ar dėl mūsų darbo, ar kokių nors kitų klausimų bei pasiūlymų, maloniai prašome rašyti ar skambinti, kadangi mūsų tikslas yra kaip galima glaudžiau bendradarbiauti su visais, tiesiogiai ar netiesiogiai dalyvaujančiais Lietuvos sveikatos priežiūros reformos procese.

Vilnius, 10.10.1995

## DALYVIŲ SĄRAŠAS

Leonas Alesionka	LR Seimo narys, Sveikatos, socialinių reikalų ir darbo komitetas
Vytenis Andriukaitis	LR Seimo narys, Sveikatos, socialinių reikalų ir darbo komitetas
Aurelija Kukėikaitytė	LR Vyriausybė, Darbo ir socialinių klausimų komisija
Bronius Kleponis	Seimo Savivaldybių komitetas
Rytis Virbalis	LR Seimo, Sveikatos, socialinių reikalų ir darbo komitetas
Antanas Vinkus	Sveikatos apsaugos ministerija
Danguolė Bortkevičienė	Sveikatos apsaugos ministerija
Romualdas Burba	Sveikatos apsaugos ministerija
David Corder	Sveikatos apsaugos ministerija, SARB
Irena Degutienė	Sveikatos apsaugos ministerija
Henrik Faudel	Sveikatos apsaugos ministerija, SARB
Birutė Grinbergienė	Sveikatos apsaugos ministerija
Danguolė Jankauskienė	Sveikatos apsaugos ministerija, SARB
Zigfridas Januškevičius	Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa
Aldona Jociūtė	Sveikatos apsaugos ministerija, SARB
Kęstutis Jokimaitis	Sveikatos apsaugos ministerija, SARB
Viktorija Kairaitienė	Sveikatos apsaugos ministerija
Janina Kumpienė	Sveikatos apsaugos ministerija
Alvyda Naujokaitė	Sveikatos apsaugos ministerija
Audra Mikalauskaitė	Sveikatos apsaugos ministerija
Liuba Murauskienė	Sveikatos apsaugos ministerija, SARB
Eduardas Razgauskas	Sveikatos apsaugos ministerija
Vida Rimeikienė	Sveikatos apsaugos ministerija, SARB, TELE-3
Pranas Šerpytis	Sveikatos apsaugos ministerija
Algis Šipyla	Sveikatos apsaugos ministerija, SARB, TELE-3
Daiva Šniukaitė	Sveikatos apsaugos ministerija
Dalia Trinkūnienė	Sveikatos apsaugos ministerija
Vaidotas Urbanavičius	Sveikatos apsaugos ministerija
Beatričė Žekaitė	Sveikatos apsaugos ministerija, SARB
Raimonda Žemaitytė	Sveikatos apsaugos ministerija, SARB
Giedrė Ambrozaitienė	BIOK UAB, žurnalistė
Loreta Čėsniienė	"RESPUBLIKA"
Gražina Kriščiukaitienė	"Gydytojų žinios"
Arnoldas Abramavičius	Zarasų raj. savivaldybė
Gediminas Akelaitis	Marijampolės m. savivaldybė komitetas
Anita Alban	PHARE, Danija
Frans van Anđel	PHARE, Olandija

Sibille Angele	PHARE/GVG, Vokietija
Giedrius Andriuškevičius	Kauno m. Dainavos poliklinika
Jonas Anužas	Skuodo raj. centrinė ligoninė
Rimas Armonas	Pakruojo raj. centrinė ligoninė
Džilda Antanavičienė	Lietuvos ligoninių draugija
Alla Baubiniene	Klaipėdos “Raudonojo kryžiaus” ligoninė
Antanas Bražėnas	Anykščių raj. centrinė ligoninė
Romualdas Brusokas	Vilniaus visuomenės sveikatos centras
Vincenta Bubilienė	Šilutės raj. centrinė ligoninė
Romualdas Buivydas	PHARE, Vilnius
Tadeušas Chadyšas	Rokiškio raj. sav. Sv. ir soc. apsaugos komitetas
Irena Čeilitkienė	Resp. Panevėžio ligoninė
Gediminas Černiauskas	PHARE, Vilnius
Vanda Česnauskienė	Neringos miestas, savivaldybės gydytoja
Antanas Damkus	Alytaus raj., Miroslavo ambulatorija
	Alytaus raj. savivaldybė, sveik. apsaug. komitetas
Virginija Dranginienė	Kaišiadorių raj. savivaldybė
Aldona Gaižauskienė	Lietuvos sveikatos informacijos centras
Juozas Galdikas	Vilniaus m. sveikatos apsaugos sanitar. ir higien. skyrius
Gintautas Gegužinskas	Pasvalio raj. savivaldybė
Sigitas Grinčinitis	Šilutės raj. savivaldybė
Antanas Griškevičius	Alytaus raj. centrinė ligoninė
Marija Gružauskienė	Trakų raj. centrinė ligoninė
Vincas Gudukas	Alytaus raj. centrinė ligoninė
Eugenija Guogienė	Lietuvos gydytojų sąjunga
Klemas Inta	Akmenės r. savivaldybė
Loreta Jankauskienė	Klaipėdos m. savivaldybė, Sveikatos skyrius
	Kretingos sav. taryba
N.Jeloza	Biržų raj., Vabalninko I-ma raj. ligoninė
Sigitas Juodzevičius	Panevėžio savivaldybė, sveikatos apsaugos vedėjas
Valentinas Juodis	Šalčininkų raj. centrinė ligoninė
Vida Kašetienė	Druskininkų m. ligoninė
Vytautas Kirkliauskas	Alytaus apskritis
Saulius Kubiliūnas	Biržų raj. savivaldybė
Loreta Kavaliauskaitė	Šiaulių raj. centrinė ligoninė
Nijolė Kibildienė	Resp. Šiaulių ligoninė
Algirdas Klimaitis	Šakių centrinė ligoninė
Giedrius Klinkevičius	Anykščių raj. centrinė ligoninė
Zigmas Kšiničkas	Ignalinos raj. savivaldybės, sv. ir soc. reik. komitetas
Vytautas Kriauza	Kauno akademinės klinikos
Kęstutis Kudžma	Plungės raj. centrinė ligoninė
Kazimiera Lencevičienė	Kauno raj. centrinė ligoninė
Vidmantas Merkliopas	Raseinių savivald., sv. apsaug. komitetas

Vilhelmina Milašiūtė	Druskininkų m. ligoninė, LGS Druskininkų sk.
Irena Misevičienė	Kauno medicinos akademija
Rūta Naujokienė	Kauno m. sveikatos skyrius
Pranas Nainys	Šiaulių m. savivaldybė, savivaldybės gydytojas
Antanas Lidžius	Širvintų raj. centrinė ligoninė
Dalia Navickaitė	PHARE programa - URM
Kęstutis Pangonis	Molėtų raj. centrinė ligoninė
Dainius Pavalkis	Kauno akademinės klinikos
Jadvyga Pekauskienė	Kauno medic. akademija
Stanislovas Piliutis	Jurbarko raj. centrinė ligoninė
Arvydas Paleckis	Utenos apskritis
Gražina Paliokienė	Lietuvos medikų profesinė sąjunga
Janė Palskienė	Utenos centrinė ligoninė, gydytoja, valdybos narė
Kristina Paulienė	Zarasų raj. centrinė ligoninė
Janina Puidokaitė	Šiaulių raj. savivaldybės glob. ir soc. reikalų skyrius
Aleksas Ramanauskas	Biržų savivaldybė, CL informacijos sk.
Algimantas Ribokas	Ignalinos raj. savivaldybė
Algis Rimas	Marijampolės apskritis
Romualdas Sabaliauskas	Valstybinis visuomenės sveikatos centras
Raimundas Sakalauskas	Kauno medicinos akademija
Valerijonas Senvaitis	Kauno r. savivaldybė
Vytautas Šilickas	Valstybinis visuomenės sveikatos centras
Vytautas Simelis	Rokiškio raj. savivaldybė
Antanas Slesariūnas	Rokiškio raj. savivaldybė
Marina Slivinskienė	Vilniaus universitetinė Santariškių ligoninė
Jan Sorensen	PHARE, Danija
Juozas Sperauskas	Joniškio raj. savivaldybė
Kęstutis Stankaras	Kauno apskritis
Antanas Stanevičius	Širvintų raj. savivaldybė
Vaclovas Stapušaitis	Pakruojo raj. savivaldybė
Rimantas Šagždavičius	Raseinių raj. centrinė ligoninė
Genovaitė Šerpytienė	Tauragės raj. centrinė ligoninė
Virgilijus Šiaudikis	Kauno m. sveikatos sk.
Mečislovas Švabas	Šakių raj., Kriukų ambulatorija
Antanas Švitra	Kretingos raj. centrinė ligoninė,
Kęstutis Trapikas	Švenčionių raj. savivaldybė
Severina Trumpulienė	Kelmės raj.CL, Kelmės savivaldybės gydytoja
Algimantas Užuotas	Kelmės raj. centrinė ligoninė
Edmundas Varpotas	Kauno akademinės klinikos, Kauno raj. saviv. taryba
Vytautas Vasiliauskas	Klaipėdos "Raudonojo, kryžiaus" ligoninė
Vidmantas Tamošiūnas	Utenos raj. centrinė ligoninė

---

Alvydas Vaidakavičius	Telšių raj. centrinė ligoninė
Kęstutis Vaičiūnas	Panevėžio raj. savivaldybė
Vytautas Vaitkevičius	Švenčionių raj. centrinė ligoninė
Laima Valbasienė	Lietuvos medicinos biblioteka
Rima Vaitkienė	Kauno akademinės klinikos
Mindaugas Vaitiekūnas	Panevėžio apskritis
Margarita Varžaitienė	Kauno akademinės klinikos
Algimantas Velička	Ukmergės raj. CL savivaldybės sv. ir soc.r. komit.
Kazimieras Velžys	Varėnos raj. savivaldybė
Ričardas Zaborka	Vilniaus m. savivaldybė, sv. aps. sanitarijos ir hig. komit.
Leonardas Želvys	Plungės raj. centrinė ligoninė, Sveikatos k-ja
Bronislovas Žemelis	Jonavos raj. centrinė ligoninė
Tersė Žižienė	Jonavos raj. Bukonių pirminės sveikatos priežiūros centras
Vida Žvirblienė	Vilniaus raj. centrinė poliklinika

Conference on  
**"Can Decentralization of Government Improve Health Care Provision in Lithuania?"**

October 10th Venue: Medical Library, Kaštonų 7, Vilnius

Organized by GVG team *PHARE PROJECT* in cooperation with the **Ministry of Health/SARB**

**Background and objectives:**

In Lithuania, all levels of health care provision used to be, and to a large extent still are, extremely centralized. Policy making, financing and the provision of care were mainly directed by central ministries, and insufficient funding at local and district levels tended to be no exception.

One of the objectives of health reform in Lithuania is to improve the provision of health care to all Lithuanian citizens in cities and in rural areas. The introduction of district government has been discussed as an option for improving health care at this level.

The objective of the conference is to discuss whether and how a district government can improve health care provision in terms of equity, efficiency, accessibility and consumer choice.

**Programme**

- 9.00-9.30** Registration  
**9.30-9.35** Introduction  
A.Vinkus, Minister of Health  
**9.35-9.45** Health Care Policy and Health Care Reform  
I.Degutienė, Ministry of Health, secretary  
**9.45-9.50** Health Care Reform. Financial aspects  
J.Kumpienė, Ministry of Health, secretary

***Block 1: Decentralization and provision of care.***

- 9.50-10.05** Decentralisation Means Political Choice  
A.Alban, Director of Research, Danish Hospital Institute  
**10.05-10.25** Alternative Decentralization Models for Lithuania  
F. Van Andel, Head of Health Care  
Infrastructure Projects of NSPH  
**10.25-10.40** Decentralization Experience in Šiauliai - General Health Care  
Provision

N.Kibildienė, Chief doctor of Šiauliai republican hospital

**10.40-10.55** Decentralization and Specific Health Services

V.Silickas, Director of Public Health Strategy, Public Health Centre

**10.55-11.10** Coffee break

**11.10-11.25** Primary Health Care

D.Corder, RMC Consultant to SARB

**11.25-11.40** Preliminary Review of the Programmes on Health Care Policy Questions by Lithuania's Political Parties.

E.Razgauskas, Head of Public Health and Municipalities Division in MOH

***Block 2: Improving Efficiency at a District Level***

**11.40-11.50** Availability of Data

A.Gaižauskiene, Director of Health Information Center

**11.50-12.10** How to Achieve Efficiency?

J.Sorensen, Health Economist, Danish Hospital Institute

**12.10-12.20** Decentralization and the Future of Administrative Reform

V.P.Andriukaitis, member of the Seimas of Lithuanian Republic

**12.20-12.35** Implications at a District Level

A.Rimas, Governor of Marijampolė District

**12.35-13.30** Discussion

**13.30-14.30** Lunch

***Block 3: Working Group Session***

**14.30-14.40** Instructions

**14.40-16.10** Working Group Discussions

**16.10-16.30** Tea Break

**16.30-17.30** Report Back of Working Groups to Plenum

**17.30-17.45** Final Conclusions

**17.45** Closing of the Conference

## **Abstracts of Presentations**

### ***Block 1: Decentralization and Provision of Health Care***

#### **Decentralisation Means Political Choice**

A. Alban, Director of Research, Danish Hospital Institute

In Europe as well as elsewhere health sector reform has moved high up on the political agenda. Many countries have concentrated on financial reform of the health sector, but organizational reform such as decentralization is also in process in many countries. Decentralization can be defined as "the transfer of authority, or dispersal of power, in public planning, management and decision making from the national level to subnational levels, or more generally from higher to lower levels of government". Decentralization comes in many different forms and has various policy outcomes. It is useful to distinguish between three models of decentralization: de-concentration, devolution and delegation. These terms will be explained during the lecture, together with the discussion on the extent central government is willing to pass on political power to lower levels of government.

A golden formula for decentralization does not exist and a final model for such policies is often a political compromise.

In the design process, policy makers should be aware that decentralization may potentially create problems of interregional inequity, imbalance of health priorities and confusion about authority and accountability. Without appropriate skills training in management, health planning and finance, decentralization is not likely to succeed.

#### **Alternative Decentralization Models for Lithuania**

F. van Andel, Head of Projects, Netherlands School of Public Health

In Lithuania, the political willingness to restructure the health care system according to the real needs of the population, has resulted in an in-depth discussion about a possible role of the newly formed districts and municipal authorities in the provision of health care.

The past two years have witnessed a flurry of regulatory activity to set up a new layer of administration government in Lithuania: district government. Although this regulatory framework is defining a general authority of the district government as regards the provision of health care these laws do not define specific tasks and responsibilities.

The aim of this presentation is to discuss alternative models of decentralized health care provision in Lithuania within the context of recently adopted legislation. Although a health care system is complex by nature, it can be broken down into policy making, financing, primary and secondary health care provision components. The paper analyses the advantages and disadvantages of organizing these functions in a centralized or decentralized fashion.

### **Decentralization Experience in Šiauliai - General Health Care Provision.**

N.Kibildienė, Chief doctor of Šiauliai republican hospital

Decentralization of central government is a complicated process which requires a systematic approach of tasks, responsibilities, organization, finance and logistics. Once tasks and responsibilities have been passed on from central to a district and municipal level, there should be collaboration between these lower levels of government as regards an efficient allocation of resources.

This paper reports on health care provision of municipalities and district government in Šiauliai. From 1.1.1996 the provision of primary and secondary care will be completely separated. Municipalities will be entirely responsible for the provision of primary care. The republican hospital in the district will remain under the responsibility of the Ministry of Health until 1997, when the district will be made responsible. Budget allocations to the district will have two separate components: one for primary care and one for secondary care.

### **Decentralization and the Provision of Specific Health Services**

V.Silickas, Deputy Director of Public Health Department

A health care system may be aptly divided into general and specific services. General services would be the provision of primary and secondary care, and examples of specific services would be occupational medicine, immunization, ambulance services, etc. Specific health services may be easier to decentralize than general services as their provision is rather technical in nature.

This paper will discuss future models of operation of "specific health services" such as public health and hygiene and environmental health. The paper will address organizational, logistical and financial issues of operation of these services.

### **Primary Health Care**

D.Corder, RMC Consultant to SARB

There is a high priority to develop a primary care strategy to provide cost effective community based care to the population. This discussion will outline the overall implementation strategy for primary care in Lithuania.

### **Preliminary Review of the Programmes on Health Care Policy Questions by Lithuania's Political Parties.**

E.Razgauskas, Head of Public Health and Municipalities Division, MOH

The agreement of all political parties concerning the basic health care questions is essential. The programmes on health care policy have been received from 15 political parties, however their diversity (i.e. different presentation and understanding of the ways of solving health care problems as well as different time they were written) makes the comparison and analysis of the programmes a difficult task. According to the questions discussed the programmes can be grouped into: 1) the ones which present only general understanding of health care without specifying health care problems and ways of solving them; 2) the ones which only touches upon some specific questions and view health care in terms of medical aid provision; 3) the ones which try to view health care and problems as a complex; 4) the ones which foresee the fields and concrete activities of health care and thus are based on WHO strategy "Health for everyone" and National health conception of Lithuania. The programmes have been prepared in cooperation between the parties and medical professionals.

The Analysis is followed by in-depth conclusions.

### ***Block 2: Improving Efficiency at a District Level***

#### **Availability of Data**

A.Gaižauskienė, Director of Health Information Center

Health policy at a district level can only be achieved on the basis of adequate information on disease morbidity, health resources and other determinants.

The objective of this presentation is to show the extent of availability of health (morbidity) facilities, staff and health care activity data at a district level. Some suggestions will be made as to the interpretation of this data and problems which might potentially arise when data is not related to the population at risk but are estimates of utilization of the health care service.

**How to Achieve Efficiency?**

J.Sorensen, Health Economist, Danish Hospital Institute

Using data which has been collected in annual reports by the Lithuanian Health Information Center, this paper will analyze how greater efficiency might be realized in Lithuania as regards the provision of health care in the districts. "Health care production is technically efficient, when the highest possible volume of health service (of a defined quality) is produced with the use of a fixed set of resources".

An analysis will be presented on current allocation of health care resources in Lithuania to primary, secondary and tertiary care, across age groups and between broad groups of illnesses.

This description will form the baseline for indicating the potential in Lithuania to achieve efficiency gains by higher emphasis on primary care and better utilization in the hospital sector - i.e. by higher turnaround of patients (earlier discharge from hospital) and more use of ambulatory/outpatient/day care treatment.

The nature of the estimates presented in this paper is of efficiency potential. Whether it is indeed possible to achieve this potential in reality depends to a large extent on the ability of health care managers to persuade clinicians to change their traditional way of healing patients in the country.

This paper aims to provide a view how these issues could be operationalised at a district level balancing the needs expressed at a municipal level and pressure from the central level allocating the financing at the present time.

**Decentralization and the Future of Administrative Reform**

V.P.Andriukaitis, member of the Seimas of Lithuanian Republic

The paper presents targets of health care administration reform in long term perspective. This perspective is analyzed from the point of view of districts and municipalities as well as in the framework of plans to implement health insurance scheme.

**Implication at a District Level**

A.Rimas, Governor of Marijampolė District

According to recent legislation, the district should get extensive responsibilities in planning and administrating the provision of health services as well as coordinating and monitoring health related activities in the regions. It is clear that in the laws that are already adopted by the Seimas, there are no explicit descriptions of the

tasks of the district governor and district physician. This means that many fundamental and technical issues should be regulated by detailed regulation and bylaws.

The main issues to be addressed at a district level are:

- Resource allocation (taking into account specialization of institutions according to services provided, the scale of using expensive medical and laboratory equipment, use of scarce human resources (for example, highly qualified surgeons);
- The increase of choice for the patient, for instance as regards the selection of a hospital for treatment possibly in the district.
- Equity (taking into account the need to guarantee the equal access to health services for all residents of the region.

## CONCLUSIONS

The network of health facilities including ambulatories, municipal polyclinics, specialised dispensaries and consultation polyclinics closed to university clinics where out-patient services are delivering has been created in Lithuania. In-patient care is provided in classified by three levels general and specialised hospitals serving for all inhabitants or for the population of particular zone. Nowadays, approximately 60 per cent of the total state health care expenditure (mostly for primary and secondary health care) is met by local budgets while the rest 40 per cent is financed through the Ministry of Health from the central budget.

Since 1990 Lithuanian health care system's development is influenced by both the traditional rational approach in administration (the relatively universal infrastructure granting an access to the basic health services for everybody has been created) and the efforts to overcome inherited from too centralised Soviet model failures (overspecialisation and excess medicalisation of out-patient care, obvious dominance of hospital services, oversupply of labour force under structural disproportions, insufficient continuity of care for patients, lack of public participation in running the system). Moreover, during 1990-1995 the public health care system also has been challenged by transitional movement towards market economy.

The reforms of health care delivery system (GP practice with "gate-keeper" functions), health care financing mechanism (providers remuneration according to the quantity and quality of services), quality assurance (accreditation of health facilities, medical audit, increasing patients participation in decision-making) have been launched. Health care decentralisation through deconcentration, delegation and devolution is an integral part of the reforms policy.

The Lithuanian health care system's decentralisation project supported by PHARE arranging the conference seeks to facilitate broad public and political debates on health care decentralisation's goals, scope and timing; to draft a rational the system's management model taking into account an experience gained in Lithuania implementing various managerial initiatives and assessing the lessons in the field from the European Union countries; stressing the importance and defining the forms of co-ordination between different public administration institutions to propose the actions for implementation of decentralised though integrated from the point of such fundamental principles as equal access and universality health care management system.

The obstacles for democratic development in health care have been revealed during the conference. There are shortages in regulation (uncertain liabilities of the Ministry of Health, districts authorities and municipalities) and certain opposition against any changes in managerial methods. Moreover, the lack of skilled person-

nel, limited dissemination of the health care reforms in the country and abroad, scared experience of reforms in public administration altogether prevent from easy adaptation of the best practice elaborated in other countries. In spite of this the conference demonstrated that the efforts of the Ministry of Health and Health Care Reform Management Group to stimulate the open debates have got significant support from different groups of interests even from those in opposition to the current Government policy.

The positive results of the conference are:

- the discussions between the representatives of the Government, the Ministry of health, districts authorities, municipalities, professional associations, general public bring to light the willingness to reform of health care management;
- the majority of the participants supported the collaboration concept for public administration institutions of all levels to promote health care reforms;
- the consensus on the functions and liabilities of different public authorities has been achieved priory defining:
  1. the Ministry of Health role in national policy formulation, monitoring of its implementation and planning of tertiary health care;
  2. the counties role in planning and running the secondary health care;
  3. the municipalities role in planning and running the primary health care;
  4. the health insurance role in financing of personal health facilities;
  5. the health facilities role in allocating the financial resources got from the health insurance fund and other sources;
  6. the primary health care providers role in patients treatment and referring to the secondary and tertiary health care levels (following up by the consequent financial resource allocation among the different levels of health care).
- it has been acknowledged that common talks about the necessity of reforms and those who are guilty in slackening the pace of reforms should be replaced by purposeful development.