

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMOS: TEORINIAI POŽIŪRIAI IR PRAKTINIAI ASPEKTAI

VINSAS JANUŠONIS

Klaipėdos universitetas, Klaipėdos universitetinė ligoninė

Raktažodžiai: *sveikatos priežiūros reformos, sveikatos priežiūros sistemos ir organizacijos, struktūrinės reformos ir restruktūrizacija.*

Santrauka

Sveikatos priežiūros reforma – tai darnus sveikatos priežiūros politikos ir institucijų pokyčių procesas, diriguojamas vyriausybės, nukreiptas sveikatos sektoriaus veiklai ir gyventojų sveikatos būklei gerinti. Darbo tikslas – išanalizuoti ir atskleisti sveikatos priežiūros reformų įvairiose šalyse teorinius ir praktinius aspektus bei jų kokybinę problematiką. Tyrimo metodika – mokslinės literatūros analizė ir sintezė, metaanalizė, informacijos struktūrizavimas ir apibendrinimas, palyginamoji analizė.

Rezultatai ir jų aptarimas. Straipsnyje apžvelgtos, palygintos ir įvertintos ES ir kitų šalių (JAV, Kinijos, Izraelio, Singapūro) sveikatos priežiūros reformos.

Nustatyta, kad daugumos šalių sveikatos priežiūros reformų kryptys – paslaugų restruktūrizacija, decentralizacija, konkurencingumo ir įstaigų autonomijos didinimas. Daugumoje šalių sveikatos priežiūros reformos vykdomos laipsniškai, jos remiasi įvairių interesų grupių (pacientų, medikų, sveikatos priežiūros organizacijų, vietos valdžios, politikų) sutarimu.

Išvados: 1. Sprendimai dėl sveikatos priežiūros reformų reikalauja didelės politinės ir vadybinės brandos bei atsakomybės – jų rezultatai tiesiogiai įtakūs žmonių sveikatai. 2. Sveikatos priežiūros reformos yra nuolat kintantis ir nuolat koreguojamas procesas. 3. Sveikatos priežiūros reformų sėkmė priklauso nuo politikų, įvairių visuomenės grupių, medikų ir jų asociacijų, pacientų interesų suderinimo ir tinkamos aplinkos joms vykdyti.

IVADAS

Sveikatos priežiūros reforma yra vienas dažniau vartojamų terminų mokslinėje literatūroje, analizuojančioje sveikatos priežiūros politikos strategijas, organizacijų

vystymąsi. Lietuvoje mokslinių publikacijų sveikatos priežiūros reformų tema yra nedaug.

Sveikatos priežiūros reforma – tai darnus sveikatos priežiūros politikos ir institucijų pokyčių procesas, diriguojamas vyriausybės, nukreiptas sveikatos sektoriaus veiklai ir gyventojų sveikatos būklei gerinti.

Sveikatos priežiūros reforma privalo turėti tiesiogines sąsajas su sveikatos priežiūros lygiateisiškumu, efektyvumu, kokybe ir finansavimu; turi būti apibrėžti reformos politika, tikslai ir prioritetai, ją vykdančios institucijos; ji siejasi su valdoma sveikatos priežiūra [14,16,20].

Vykdančią reformą, kaip ir teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, procesas ne mažiau svarbus (o kartais svarbesnis) nei turinys.

Labai svarbus vykdančią sveikatos priežiūros reformas etinis aspektas, kuris ypač aktualus Lietuvoje [3]. Tinkama etinė elgsena visuose vadybiniuose lygmenyse yra svarbi, kad reformos vyktų sėkmingiau.

Gerai suplanuotų ir tinkamai vykdomų reformų programų autoriai yra žinomi, jie viešai deklaruoja kūrėjų programą ar dalyvavę jos kūrime.

Jeigu sveikatos priežiūros reformos programa yra silpna, tikrieji jos tikslai nėra deklaruojami, daugeliui interesų grupių (pacientams, medikams, sveikatos priežiūros organizacijoms, savivaldybėms ir kt.) yra nepriimtina – paprastai tokios programos autoriai yra nežinomi, slepiama, kas ją kūrė.

Daugumoje šalių sveikatos priežiūros reformos vykdomos daugiau dėl politinių ir ekonominių motyvų, nei dėl sistemos funkcionavimo, veiklos sutrikimų, neigiamų žmonių sveikatos, demografinių pokyčių.

Reformos dažnai susietos su šalių politinės valdžios pasikeitimu [16].

Kaip jau minėta, paskelbta labai daug teorinių mokslinių darbų apie sveikatos priežiūros organizacijų tinklo, finansines, sveikatos draudimo ir kitas reformas. Tačiau labai mažai darbų apie reformų vertinimą, jų rezultatus, poveikį visuomenės sveikatai.

Taip yra todėl: nors vertingiausias pacientams, mažiausiai išteklių reikalaujančios sveikatos priežiūros paslaugų struktūrinės reformos yra palyginti nesunkiai vykdomos, tačiau politikų labiau mėgstamos sveikatos

priežiūros organizacijų ir institucijų struktūrinės reformos, nors jos visada yra sudėtingos, komplikotos, su-
laukiančios daugiausia visuomenės pasipriešinimo.

Sveikatos priežiūros organizacijų tinklo struktūrinės reformos neigiamai veikia organizacijų kultūrą, medikų profesionalų veiklos garantijas, karjeros planavimą.

Medikų darbo našumas, pasitenkinimas darbu pagrįsti organizacijos kultūra ir vertybėmis, bet ne išorinės aplinkos veiksniais [9]. Todėl sveikatos priežiūros organizacijas reikia maksimaliai tausoti.

Ne mažiau nei sveikatos priežiūros reformų procesas svarbu jų vertinimas ir korekcija proceso metu.

Eilė autorių tvirtina, kad reformų korekcija, klaidų taisymas yra ženkliai geriau nei jų ydingas tęsimas ar žlugimas [18,19].

Sveikatos priežiūros reforma ne visada gali būti daugumos mėgiama, tačiau visada turi būti daugumai priimtina.

Sveikatos priežiūros reformų įvairiose šalyse teorinių ir praktinių aspektų analizė įgalina geriau suprasti reformų naudą ir žalą, laiku koreguoti jų tikslus, kryptis ir turinį.

Straipsnyje sąmoningai mažai analizuota sveikatos priežiūros restruktūrizacijos eiga Lietuvoje. Skaitytojas savo išvadas pasidarys pats.

Darbo tikslas – išanalizuoti ir atskleisti sveikatos priežiūros reformų įvairiose šalyse teorinius ir praktinius aspektus bei jų kokybinę problematiką. Tyrimo metodika: mokslinės literatūros analizė ir sintezė, metaanalizė, informacijos struktūrizavimas ir apibendrinimas, palyginamoji analizė.

REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Sveikatos priežiūros reformos pasaulyje ir Europoje plinta kaip užkrečiama liga, įgaudamos epidemijos bruožų – jomis šalys suserga ir be ypatingo reformų poreikio. Kartais ryškiai matosi nerealistinis, populistinis reformų sumanytojų aspektas. Manipuliuojama žmonių jausmais, dalijami įvairūs pažadai, palaikomos vienos ir nepalaikomos kitos organizacijos, sudaromas reformos būtinybės įvaizdis.

Reformų programos dažnai „prifarširuotos“ utopinėmis fantazijomis apie būsimą efektą (rezultatą) arba destrukciją ir chaosą, jeigu jų nevykdysime. Tačiau dažnai reformų vykdytojų entuziazmas aklas – nemato „nenumatomos“ rytdienos. Reformų, ypač didesnių, kaštai retai padengiami, retai atsiperka, o laukiama nauda retai pasiekama [8].

Antai nuolat reformuojama Jungtinės Karalystės sveikatos priežiūros sistema kelia tam tikrų abejonių

– gal tuo pateisinamas didžiulis jos valdymo aparatas.

Bendras pastarųjų trijų dešimtmečių sveikatos priežiūros reformų bruožas – judėjimas nuo medikų profesionalų valdomos sveikatos priežiūros link valdomos medikų – vadybininkų. Vis didesni vaidmenį vaidina rinka (kvazirinka), konkurencija, organizacijų autonomija, paslaugų teikėjų ir mokėtojų funkcijų atskyrimas kaip naujosios viešosios vadybos sudėtinės dalys.

Konkurencija (dalinė konkurencija), kaip parodė JAV, JK, Skandinavijos šalių sveikatos priežiūros reformų patirtis padeda, išspręsti daugelį sveikatos priežiūros problemų.

Konkurencinį pranašumą garantuoja trys pagrindiniai veiksniai – pacientų lojalumas, naujausios technologijos ir masto ekonomija (organizacijos neturi būti per didelės) [22]. Konkurencinį sveikatos priežiūros organizacijų pranašumą didina agresyvi paslaugų ir pacientų rinkos plėtra (1), veiklos akcentavimas ir koncentravimas į tas paslaugas, kurios yra aukštos kokybės ir konkurencingos bei atsisakymas tų veiklos sričių, kuriose organizacija nėra stipri (2), partnerystė, bendradarbiavimas ir kitų veiklos sričių diversifikacija (3) [11].

Sveikatos priežiūros reformos paradigmą ir esmę ją planuojantys sveikatos politikai turi suprasti ne jos eigoje, o daug anksčiau.

Bendrieji vadybos principai sveikatos priežiūroje ir kitose srityse lyg ir panašūs, tačiau iš esmės skirtingi sistemos ir procesų sudėtingumu, didžiule atsakomybe, veiklos specifiškumu, tiesiogiu sąlyčiu su žmonių sveikata ir gyvybe.

Sveikatos priežiūros reformų internacionalumas pasireiškia bendrais tikslais sprendžiant bendras problemas:

- sveikatos priežiūros prieinamumo (sveikatos draudimo);
- lygybės ir lygiateisiškumo;
- išteklių naudojimo efektyvumo;
- paslaugų kokybės;
- inovacijų (vaistų, technologijų);
- žmogiškųjų išteklių (medikų, vadybininkų);
- kaštų kontrolės.

Sveikatos priežiūros paslaugų pasiūlos – paklausos, išteklių ir valdymo sistemos analizės pagrindu formuojami šių tikslų pasiekimo (reformų) planai.

J.Magnusen ir kt. [16] pažymi eilę įvairioms šalims būdingų sveikatos priežiūros reformų bruožų :

- santykis su rinka ir konkurencija;
- decentralizacija;
- pacientų teisės;
- visuomenės sveikata;

- finansavimas ir sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas.

Pažymima, kad laipsniškos reformos yra efektyvesnės, nei radikalias.

Daugelyje šalių sveikatos priežiūros reformos įveda dalinius rinkos santykius ir konkurenciją, dalyvaujant privačiam sektoriui.

Čia svarbų vaidmenį vaidina pacientų sveikatos priežiūros įstaigos ir medikų profesionalų pasirinkimas.

Konkurencija leidžia sumažinti paslaugų kaštus, neblogėjant jų kokybei.

Decentralizacija reiškia ne tik valdymo decentralizaciją, bet ir sveikatos politikos decentralizaciją (dalinę decentralizaciją). Decentralizacija išsprendžia visą eilę problemų ir yra atsakas į neefektyvų ekonominių ir žmonių išteklių valdymą, lėtą technologinį progresą, nepakankamą pacientų poreikių tenkinimą.

Pastaraisiais dešimtmečiais vis labiau didėjo pacientų spaudimas medikams, sveikatos priežiūros organizacijoms ir politikams. Šis spaudimas vyko ir vyksta dviem kryptimis – dėl paslaugų apmokėjimo ir dėl paslaugų kokybės ir jų prieinamumo.

Visuomenės sveikatos sektoriaus reformos nukreiptos į tarpsektorinį bendradarbiavimą, kadangi daugumą sveikatos determinančių sąlygoja ne sveikatos, o kiti sektoriai.

Finansavimo ir sveikatos priežiūros apmokėjimo reforma nukreipta į didesnę finansavimą (BVP dalis skirta sveikatos priežiūrai), DGG sistemų diegimą ir paslaugų mokėtojų bei jų teikėjų funkcijų atskyrimą.

R. Clarke (5) sveikatos priežiūros paslaugų finansavime ir apmokėjime vykdamas reformas išskiria tokius svarbiausius principus:

- finansavimas ir paslaugų apmokėjimas turi užtikrinti (būti pakankamas) aukštą sveikatos priežiūros kokybę;
- finansavimo pagrindu turi tapti įrodymais pagrįsta sveikatos priežiūra;
- finansavimas ir paslaugų apmokėjimas turi atitikti paslaugų mokėtojų ir jų teikėjų poreikius ir galimybes (balansuoti);
- finansavimas ir mokėjimas už paslaugas turi būti maksimaliai paprastas, standartizuotas, suprantamas ir nesuteikiantis galimybių protekcijoms;
- turi būti atskirtas paslaugų apmokėjimas ir kitų reikmių finansavimas (medikų ruošimo, mokslinių tyrimų ir kt.);
- paslaugų apmokėjimo sistema turi skatinti sveikatos priežiūros kokybę, inovacijas, saugumą, efektyvumą.

Labai svarbus yra reformų eigos vertinimas.

Svarbiausi sveikatos priežiūros reformų vertinimo aspektai:

- eigos dokumentavimas, paremtas įrodymais;
- medikų ir pacientų nuomonių analizė;
- palyginamoji ekonominio ir medicininio efektyvumo analizė;
- kokybės pokyčių analizė;
- paslaugų prieinamumo analizė.

Planuojant ir vykdamas reformas turi būti suderinti pacientų, paslaugų teikėjų (organizacijų) ir politikų interesai, t.y. jos turi būti priimtinos visoms šioms grupėms – tik tada reforma bus daugiau ar mažiau sėkminga.

Sėkmingam reformų planavimui ir vykdymui būtina žinoti teorinius sveikatos priežiūros reformų pagrindus ir praktinius vykdytų sveikatos priežiūros reformų padarinius.

Sveikatos priežiūros reformos įvairiose šalyse daugiausia remiasi trimis pagrindinėmis teorijomis [28, 21]:

- istorinio institucionalizmo;
- racionalaus pasirinkimo institucionalizmo;
- sociologinio institucionalizmo.

Istorinio institucionalizmo teorija remiasi sveikatos priežiūros organizacijų jėga ir įvairove, kaip pagrindiniu reformų ir jų rezultatų veiksniumi. Remiantis šia teorija, organizacijos pačios mato ir pasirenka geriausias, racionaliausias vystymosi ir reformavimosi kelias.

Racionalaus pasirinkimo institucionalizmo teorija remiasi išankstiniu reformų tikslų ir naudos sistemai, organizacijoms ir pacientams išaiškinimu, ekonomine argumentacija, įrodymais pagrįstais pokyčiais.

Sociologinio institucionalizmo teorija teigia, kad turi būti atsižvelgiama ne tik į pokyčių racionalumą ir logiką, bet ir į sveikatos priežiūros organizacijų identitetą, kultūrą, tarporganizacinius ryšius, organizacijos santykį su pacientais, santykį su aplinka.

Visos šios teorijos turi savo teigiamų ir neigiamų pusių, todėl šalyse vykdomos sveikatos priežiūros reformos turėtų atsižvelgti į visas teorijas, į jų kompleksinę analizę kuriant konkretų reformos modelį.

Tačiau kokią sveikatos priežiūros reformos teoriją bepasirinktume, ji visų pirma turi remtis balansu tarp interesų grupių – politikų, vietos valdžios, sveikatos priežiūros organizacijų, medikų profesionalų, pacientų ir privataus sveikatos priežiūros sektoriaus. Jeigu tokio balanso nebus – gerų reformos rezultatų taip pat nebus.

Antra – laipsniški pokyčiai, o ne radikalūs turi tapti konkrečios sveikatos priežiūros reformos norma.

Trečia – turi būti politikų, sveikatos politikų, sveikatos

priežiūros organizacijų (vadybininkų ir medikų profesionalų), pacientų tarpusavio sutarimas vykdant reformas. Direktyvinis sveikatos priežiūros reformų vykdymas (centrinės valdžios intervencijos), kaip parodė kai kurių šalių patyrimas, rezultatų nedavė [7, 6].

Ketvirta – sveikatos priežiūros reforma bus sėkminga, jei jos pagrindiniai vykdytojai – sveikatos priežiūros organizacijos dalyvaus reformų plano (programos) kūrime.

Reformų „darymas“ tik sveikatos apsaugos ministerijos ir sveikatos priežiūros steigėjų (dalininkų) lygmenyje rezultatų neduos (6).

Kokioje šalyje ir kokiame lygmenyje sveikatos priežiūros reformos vyktų, jų planuoti ir vykdytojai visada susiduria su esminiu – sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo klausimu – kas moka, kam moka, už ką moka, kaip moka, kiek moka.

Pagrindinės sveikatos priežiūros reformų kryptys (hierarchine tvarka):

- ideali (optimali) sveikatos priežiūros sistemos sandara;
- sveikatos draudimas;
- sveikatos priežiūros valdymo ir atsakomybės už ją demonopolizacija ir decentralizacija;
- technologinės inovacijos;
- visuomenės sveikatos stiprinimas.

Pagrindiniai reformuojami sveikatos priežiūros segmentai (hierarchine tvarka):

- mokesčiai ir finansavimas;
- visuomenės sveikata;
- pirminė sveikatos priežiūra;
- greitoji ir skubioji medicinos pagalba;
- sveikatos priežiūros paslaugų kokybė;
- medikų profesionalų ruošimas;
- stacionarinė sveikatos priežiūra.

Žvelgiant į sveikatos priežiūros reformas istoriniu aspektu, jų deklaruojami tikslai visose šalyse buvo (ir yra) panašūs, nors pačios šalys ir jose vykdomos reformos (procesai) – skirtingi.

Deklaruojami sveikatos priežiūros reformų tikslai ES (o ir kitose) šalyse panašūs:

- tobulesnės mokesčių sveikatos priežiūrai sistemos sukūrimas;
- sveikatos priežiūros kaštų kontrolė ir efektyvumo didinimas;
- socialinis lygiateisiškumas ir sveikatos priežiūros prieinamumas;
- visuomenės pasitenkinimas sveikatos priežiūra;
- geresnė gyventojų sveikata.

Šių tikslų siekimo principai vykdant sveikatos priežiūros sistemų reformas Europoje buvo suformuluoti Liublianios chartijoje:

- sveikatos priežiūros sistemos pertvarkymas teikiant sveikatos priežiūros paslaugas;
- žmogiškųjų išteklių kokybės gerinimas ir racionalus naudojimas;
- sistemos ir jos organizacijų valdymo tobulinimas;
- mokymas ir mokymasis (visų sveikatos priežiūros proceso dalyvių).

Sveikatos priežiūros sistemos pertvarkymas teikiant sveikatos priežiūros paslaugas apima:

- įvairaus visų lygių kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų spektro plėtrą ir jų prieinamumą, nepriklausomai nuo žmogaus gyvenamosios vietos, socialinio statuso ir pan.;
 - mokėjimo sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams už suteiktas paslaugas sistemos tobulinimą (konkurencinį kokybiškesnių paslaugų pirkimą, DGG sistemos diegimą, sveikatos priežiūros įstaigų finansavimą tik per paslaugos kainą, atsisakant įvairių programinių finansavimų);
 - realių paslaugų kaštų, jų apmokėjimo ir pacientų priemokų nustatymą;
 - aiškią ir skaidrią paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarką;
 - paslaugų ir jų teikimo nacionalines apibrėžtis (reikalavimus);
 - minimalius paslaugų kokybės reikalavimus.
- Žmogiškųjų išteklių kokybės gerinimas ir racionalus naudojimas apima:
- žmogiškųjų išteklių paskirstymą sistemoje ir organizacijoje;
 - medikų, vadybininkų ir kito personalo kvalifikaciją, jų ruošimą;
 - karjerą;
 - darbo našumą;
 - darbo kokybę;
 - darbo rezultatų vertinimą;
 - atlyginimo už darbą sistemą.

Sveikatos priežiūros sistemos ir jos organizacijų valdymo tobulinimas apima:

- sveikatos priežiūros vadybininkų profesionalų ruošimą;
- valdymo decentralizaciją (sveikatos priežiūros valdymo (dalininkų ir steigėjų funkcijų) perdavimą savivaldybėms);
- konkurencijos ir sveikatos priežiūros įstaigų autonomijos didinimą;

- valdymą, pagrįstą vertybių sistema;
- investicijas į visuomenės sveikatą (poveikis į elgsenos ir gyvenenos veiksnius);
- racionalų išteklių, skirtų sveikatos priežiūrai, paskirstymą;
- nacionalinę sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sistemą.

Atkreiptinas dėmesys į sveikatos priežiūros organizacijų konkurenciją, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, pagrįstą pacientų pasirinkimu. Tai buvo vienas iš esminių sveikatos priežiūros Olandijoje, Švedijoje, Anglijoje ir kitose šalyse reformų momentų, iš esmės pagerinęs paslaugų prieinamumą ir kokybę [26, 6, 2, 25].

Mokymas ir mokymasis apima:

- sveikatos priežiūros sistemos mokymąsi iš kitų sistemų;
- sveikatos priežiūros organizacijų mokymąsi viena iš kitos;
- nuolatinį personalo mokymąsi;
- pacientų mokymą ir mokymąsi iš jų;
- organizacinės ir personalinės patirties sklaidą (internetas, publikacijos VIP ir kt.).

Deklaruojamos sveikatos priežiūros reformų prielaidos ES:

- tarptautiniai makroekonominiai ir demografiniai sveikatos pokyčiai;
- sveikatos priežiūros sistema (SPS) neišsprendžia kylančių problemų ir netenkina realių pacientų poreikių sveikatos priežiūrai;
- SPS neatitinka ES reikalavimų;
- SPS dirba ekonomiškai neefektyviai (didelė paslaugų savikaina, neefektyviai naudojamos lėšos ir kt.);
- SPS valdymas neefektyvus;
- paslaugų decentralizacija garantuoja kokybiškesnę ir prieinamesnę sveikatos priežiūrą;
- žmonių elgsenos ir gyvenenos pokyčiai.

Nedeklaruojamos sveikatos priežiūros reformų prielaidos:

- vykdoma sveikatos priežiūros politika ir nerealiūs pažadai inicijuoja didesnius pacientų lūkesčius, nei juos leidžia patenkinti veikiančios sveikatos sistemos galimybės;
- privataus sveikatos priežiūros sektoriaus spaudimas viešajam sektoriui;
- pinigų srautų persikirstymas (jeinančių į sistemą ir viduje sistemos);
- nepakankamas ir neteisingas sveikatos priežiūros finansavimas.

Būtinės sąlygos sveikatos priežiūros reformoms vykdyti:

- stabili politinė valdžia ir sveikatos priežiūros sistemos vadovybė;
- stabili ekonominė aplinka;
- palanki kita aplinka;
- pakankamas gyventojų optimizmas ir teigiamas sveikatos priežiūros vertinimas.

Stabili politinė valdžia bei stabili sistemos vadovybė gali užtikrinti tinkamus sistemos ir jos organizacijų veiksmus bei reaguoti į gyventojų atsaką. Reformos eiga apima tokią momentų seką: (1) pasiruošimą reformai (įrodymų reformų būtinumui pateikimą, plačias diskusijas, nuomonių spektro analizę, reformų rizikos ir naudos vertinimą ir kt.), (2) reformos pradžią (bandomieji projektai, jų analizė ir vertinimas), (3) reformos plano (programos) paruošimas ir patvirtinimas, (4) reformos vykdymas, (5) tarpinė reformos rezultatų analizė, (6) reformos plano (programos) koregavimas. Pastarieji du momentai (reformos rezultatų analizė ir programos korekcija) gali keletą kartų kartotis.

Stabili ekonominė aplinka reiškia, kad sveikatos priežiūros reformų negalima vykdyti ekonominių krizių ar nuosmukių metais – reformų rezultatai gali būti nelaukti ir neprognozuojami.

Ši sąlyga reiškia, kad BVP dalis, skiriama sveikatos priežiūrai, yra pakankama, auganti kartu su BVP augimu. Žmonių pragyvenimo lygis taip pat yra pakankamas.

Palanki kita aplinka – tai nedidelis nedarbas, pakankama žmonių socialinė gerovė, socialinis apgintumas. Tai kontroliuojami neigiami socialiniai veiksniai – migracija, skurdas, nepakankama mityba, prasta vandens ir maisto kokybė, kontroliuojama kriminogeninė situacija, alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimas, palankios gamtinės aplinkos kūrimas ir kt.

Tik esant pakankamam bendram gyventojų optimizmui, jų teigiamam požiūriui į įvairius pasikeitimus, teigiamam sveikatos priežiūros vertinimui galima pradėti vykdyti didesnes sveikatos priežiūros reformas ir tikėtis gerų jų rezultatų.

Pateikiame Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos SSGG analizę.

Stiprybės:

- stiprus profesionalų (medikų ir vadybininkų) korpusas;
- pakankama sveikatos priežiūros organizacijų autonomija;
- laisvas sveikatos priežiūros įstaigos ir gydytojo pasirinkimas;
- prieinama ir pakankamai kokybiška sveikatos priežiūra.

Silpnybės:

- nepakankamas finansavimas;
 - sveikatos priežiūros paslaugų ir tinklo centralizacija;
 - ydingas finansavimo mechanizmas (programinis investicinis finansavimas);
 - geografinis paslaugų teikimo disbalansas.
- Galimybės:
- e-sveikatos įvairių aspektų diegimas;
 - naujų technologijų ir inovacijų diegimas;
 - sveikatos priežiūros reformos korekcija atsižvelgiant į tarpinius rezultatus ir realijas (mokymasis iš klaidų);
 - finansavimo mechanizmo (paslaugų apmokėjimo) tobulinimas (DGG sistemos diegimas).
- Grėsmės:
- blogėsiantis sveikatos priežiūros prieinamumas ir kokybė dėl paslaugų monopolizacijos ir mažėjančios konkurencijos;
 - medikų emigracija;
 - demotivacija profesiniam darbu ir veiklai, kaip pacientų ir medikų nepalaikomos reformos pasekmė;
 - sveikatos priežiūros politizavimas;
 - didėjantis sveikatos priežiūros paslaugų mokėtojų ir jų teikėjų funkcijų dubliavimas.

Sveikatos priežiūros restruktūrizaciją (mokslineje literatūroje šis terminas dažniausiai reiškia sveikatos priežiūros paslaugų, o ne organizacijų restruktūrizaciją) kai kurių šalių sveikatos politikai mato kaip vaistą nuo visų sveikatos priežiūros sistemos ligų, kaip pagrindinį įrodymą, kad „kažkas daroma“.

Organizacijų restruktūrizacija (jų jungimas ar skaidymas) kai kuriose šalyse (Ispanija, Škotija) ne tik kad nedavė lauktų teigiamų rezultatų, bet ir sukėlė tam tikrų problemų. Reformuojamos sveikatos priežiūros organizacijos negalėjo vykdyti strateginio planavimo, formuluoti vizijos, jos tapo netvarios, sumažėjo darbuotojų darbo motyvacija [23, 29].

Vykdamt struktūrinius pokyčius politikų (vyriausybės) ir sveikatos priežiūros sistemos (organizacijų) interesai turi būti maksimaliai suderinti. Derinant šiuos interesus negalima pamiršti savivaldybių įtakos, verslo struktūrų ir kitų interesų grupių poveikio.

Pagrindiniai reformų veikėjai yra įstatymų leidžiamoji ir vykdomoji valdžios. Jie priima sprendimus, tačiau juos vykdo organizacijos ir medikai profesionalai. Sprendimų vykdymas ne mažiau svarbus nei jų priėmimas.

Keičiant SPS struktūrą (vykdamt restruktūrizaciją) visų pirma reikėtų atsakyti į klausimą – ar struktūra determinuoja reformuojančius veiksmus, ar veiksmai apibrėžia struktūrą [13]. Kitaip tariant, ar reformos esmė – struktūri-

nai pakeitimai (kaip tikslas), ar tikslas – pacientų gerovė, jai pritaikant ir, esant reikalui, keičiant struktūrą.

Pagrindiniai struktūrinių reformų tikslai Europoje – valdymo finansavimo ir struktūrų decentralizacija bei sveikatos priežiūros organizacijų autonomija [10].

Tai leidžia efektyvinti organizacijų veiklą, racionaliau naudoti išteklius, didinti darbo našumą ir darbuotojų motyvaciją, geriau tenkinti žmonių poreikius sveikatos priežiūrai.

Keičiant sveikatos priežiūros organizacijų tinklo struktūrą, būtina atsakyti į kelis klausimus, pateikiant įrodymus (16):

- kokias problemas kelia egzistuojanti struktūra;
- ar pokyčiai nesukels dar didesnių problemų;
- kokių lėšų reikės restruktūrizacijai, kokia bus ekonominė nauda ir kada;
- kaip tai atsilieps pacientų interesams;
- ar bus įmanoma kontroliuoti restruktūrizacijos procesą;
- kaip bus daromos restruktūrizacijos planų korekcijos.

Sveikatos priežiūros organizacijų tinklo restruktūrizacija, kaip jau buvo minėta, dažniausiai sąlygojama politinių jėgų pokyčių, nei būtinybės.

Todėl ji, jeigu vykdoma remiantis jėga, gali būti daliai sėkminga vienos ar vienu politinių jėgų valdymo periodu, tose šalyse kur nėra lokalių struktūrų ar jos neveiksmingos (valstijos, žemės, provincijos, apskritys, savivaldybės), kur centralizuota vykdomoji valdžia (pvz., JK).

Pasikeitus politinei valdžiai neretai reformos stabdomos ar lėtinamos [15].

Svarbiausia reformuojant sveikatos priežiūros sistemą – paslaugų restruktūrizacija.

Sveikatos priežiūros paslauga – tai galutinė išdava, galutinis rezultatas sveikatos priežiūros sistemos veiklos – finansavimo, išteklių, vadybos, organizacijų ir organizacinių struktūrų funkcionalumo ir kt.

Todėl sveikatos priežiūros paslauga, jos kokybė ir jų kiekis turi būti sveikatos priežiūros organizacijų ir sistemos veiklos ir finansavimo pagrindinis matas.

IŠVADOS

1. Sprendimai dėl sveikatos priežiūros reformų reikalauja didelės politinės ir vadybinės brandos bei atsakomybės – jų rezultatai tiesiogiai įtakūs žmonių sveikatai.

2. Sveikatos priežiūros reformos yra nuolat kintantis ir nuolat koreguojamas procesas.

3. Sveikatos priežiūros reformų sėkmė priklauso

nuo politikų, įvairių visuomenės grupių, medikų ir jų asociacijų, pacientų interesų suderinimo ir tinkamos aplinkos joms vykdyti.

Literatūra

1. Aasland O.G., Rosta J., Nylenna M. Health care reforms and job satisfaction among doctors in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health* 2010; 38: 253-258.
2. Anell A. Swedish health care under pressure. *Health Economics* 2005; 14:237-254.
3. Bankauskaitė V., Jakušovaitė I. Dealing with ethical problems in the health care system in Lithuania: a achievements and challenges. *Journal of medical Ethics* 2006; 32:584-587.
4. Carnevale D. *Organizational Development in the Public Sector*. Cambridge, MA: Westview Press 2003.
5. Clarke R. Five principles of health care reform. *Modern Health care* 2008; 38:26-26.
6. Dixon J. *Regulating Health Care. The Way Forward*, London: King's Fund, 2005.
7. Evans R.G. Fellow travelers on a contested path: Power purpose and the evolution of European health care systems. *Journal of Health Policy Politics and Law. Special Issue: Legacies and latitude in European Health Policy* 2005; 30:277-293.
8. Field J., Peck E. Mergers and acquisitions in the private sector: what are the lessons for health and social services? *Social Policy and Administration* 2003; 37:742-755.
9. Gilies A. *What Makes a Good Health care Systems. Comparisons, Values, Drivers*. Oxford: Radcliffe 2003.
10. Goodwin N. *Leadership in Health care: A European Perspective*, Abington: Routledge 2005.
11. Ham C. Does the district general hospital have a future? *BMJ*, 2005; 391: 1331-1333.
12. Harrison S., Hunter D., Marnoch G., Pollitt C. *Just managing: power and culture in the National Health Service*. Macmillan, Basingstoke 1992.
13. Hollis M. *The Philosophy of Social Science: An Introduction*, Cambridge: Cambridge University Press 1994.
14. Janušonis V. Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra. *Klaipėda: S. Jokužio leidykla – spaustuvė*, 2008.
15. Kirkman-Liff B.L. Health care reforms in the Netherlands, Israel, Germany, England, and Sweden. *Generations* 1996; 20:65-71.
16. Magnussen J., Vrangbaek K., Saltman R.B. *Nordic health care systems: recent reforms and current policy challenges*, Berkshire: Open University Press 2009.
17. McLaughlin K., Osborne S.P., Ferlie E. eds *New Public management. Current Trends and Future Prospects*. London: Routledge 2002.
18. McNulty T., Ferlic E. *Reengineering Health care: the complexities of organizational transformation*. Oxford: Oxford University Press 2002.
19. Nash K. Urologists: Repairing reform better than repealing it. *Urology times* 2010; 38:28-31.
20. Okma K, Crivells L., eds. *Six Countries, Six Reform Models: The Health care Reform Experience of Israel, the Netherlands, New Zealand, Singapore, Switzerland and of Taiwan: Health care Reforms Under the Radar Screen* 2010.
21. Oliver A., Mossialos E. European health systems reforms: Looking backward to see forward *Journal of Health Policy Politics and Law. Special Issue: Legacies and Latitude in European Health Policy* 2005; 30:7-28.
22. Porter M.E. *Competitive Advantage*. New York: Free Press 1999.
23. Saltman R.B., Figueras J., eds. *European Health Care Reform*. Copenhagen. WHO 1997.
24. Saltman B.B., Figueras J. Analysing the evidence on European health reforms. *Health Affairs* 1998; 17:85-108.
25. Schut F.T., Van de Ven W.P. Rationing and competition in the Dutch health – care system. *Health Economics* 2005; 14:S59-S74.
26. Stevens S. Reforms strategies for the English NHS. *Health Affairs* 2004; 23:37-44.
27. *The European health report 2009: Health and health systems* Copenhagen 2010.
28. Tuohy C.H. *Accidental Logics. The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain and Canada*. Oxford: Oxford University Press 1999.
29. Wigdahl N., Tomgvist K. *Improving Efficiency in European Health care*. London: Applied Value LLC 2004.

HEALTH CARE REFORM: THEORETICAL APPROACHES AND PRACTICAL ASPECTS

Vinsas Janušonis

Summary

Key words: Health care reform, health care organizations and systems, structural reform and restructuring

Health care reform - a coherent process of health care policy and institutional changes, conducted by the government, directed for improvement of the activities of the health sector and the health status of the population.

The aim - to analyze and disclose the theoretical and practical aspects of health care reform in various countries and their qualitative problems.

Research Methodology – scientific literature analysis and synthesis, a meta-analysis, structuring and summarizing information, comparative analysis.

Results and Discussion. The article reviewed, compared and assessed in the EU and other countries (USA, China, Israel, Singapore) health care reforms.

It was found that the majority of the health care reform areas - service restructuring, decentralization, competition and increasing the autonomy of health care organizations. In most countries health care reforms are gradual, they refer to different interest groups (patients, doctors, health care organizations, local government, political) consensus.

Conclusion:

1. Decisions on health care reform requires significant managerial and political maturity and responsibility - the results directly affect human health.

2. Health care reform is constantly changing and constantly adjusted in the process.

3. Health care reform depends on the success of interests' coordination of the politicians, of various social groups and medical associations, patients' and the appropriate environment for them.

Correspondence to: janusonis@kul.lt

Gauta 2011-05-26