

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS VADYBOS RAIDA LIETUVOJE: POKYČIAI, TENDENCIJOS, KRITINIS POŽIŪRIS, TARPTAUTINIS KONTEKSTAS

Vinsas Janušonis

Klaipėdos universitetinė ligoninė, Klaipėdos universitetas

Raktažodžiai: sveikatos priežiūros vadyba, išteklių valdymas, centralizacija.

Santrauka

Darbo tikslas: įvertinti sveikatos priežiūros vadybos raidą ir esminius pokyčius Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje ir jos organizacijose.

Analizuota įvairių šalių mokslinės publikacijos sveikatos priežiūros vadybos klausimais, statistiniai duomenys, teisės aktai. Visa tai sisteminta ir vertinta.

Darbe atskleisti profesionalios sveikatos priežiūros vadybos ir bendrosios vadybos esminiai skirtumai bei parodytas sveikatos priežiūros vadybos sudėtingumas. Pateikta sveikatos priežiūros sistemos ir jos organizacijų vadybos bei vadybos mokslo raida, atskleisti esminiai jos vystymosi trikdžiai.

Daroma išvada, kad nepaisant įvairių trikdžių ir neigiamų momentų, sveikatos priežiūros vadyba šalyje vystėsi ir tobulėjo, dėl to gerėjo ir pati sveikatos priežiūra.

Įvadas

Šiuolaikinis vadybos mokslas, remdamasis kritiniu požiūriu į tradicinę vadybą, jos sampratą, metodinių žinių, praktikos ir ideologijos hegemoniją, kelia daug iššūkių ir reikalauja netradicinių pokyčių.

Pagrindinis akcentas – profesionali vadyba, atspindinti tam tikros sistemos ir jos organizacijų interesus, naudą, veiklos stimulus, perspektyvas.

Profesionalios veiklos pagrindas – specifinės žinios, apibendrinančios veiklos turinį ir veikimo būdus. Specifinės žinios – tai ne tik aplamai vadybos, bet ir tam tikros srities (sveikatos priežiūros) žinios, supratimas, kaip specifinė sistema ir jos organizacijos veikia, kaip užtikrinti optimalų jų funkcionavimą [1-3]. Sveikatos priežiūros vadyba skiriasi nuo vadybos apskritai tiek, kiek skiriasi sveikatos priežiūros organizacijos nuo kitų organizacijų – t.y. labai daug. Ji yra

bendrujų vadybos žinių ir specialiųjų medicinos (sveikatos priežiūros) žinių hibridas.

Ji lyg paslėpta, nematoma. Kalbėdami ar galvodami apie sveikatos priežiūrą žmonės mato medikus, gydytojus ar slaugytojus, atliktas sudėtingas operacijas, naujus vaistus ar gydymo metodus, bet nemato sveikatos priežiūros vadybos, kuri visa tai suteikia. Jie mato sveikatos priežiūros progresą, bet nesuvokia kaip jis atsiranda ir plinta. Sveikatos priežiūros vadybininkų veiklą žmonės neretai supranta kaip rūpinimąsi daugiau pinigais, nei pacientais. Visuomenės informacijos priemonės, kartais net pačios sistemos vadovybė sveikatos priežiūros organizacijų vadovus nušviečia neigiamai. Nors būtent jie daro esminę įtaką sveikatos priežiūros prieinamumui, tinkamumui, kokybei. Deja, to kai kada nesupranta net ir patys sistemos vadovai – sveikatos priežiūros vadyba ne mažiau sudėtinga, sunki ir atsakinga profesija nei chirurgo ar patologo ir vadovauti sveikatos priežiūros organizacijai negali „bet kas“.

Išskirtinis sveikatos priežiūros vadybos bruožas – jos sąsajos su žmonių sveikata ir gyvybe, abipusis priklausomumas.

Sveikatos priežiūros vadybos paradigma formuojama įrodymais pagrįstos medicinos ir sveikatos pagrindu [4]. Sveikatos priežiūros sistemos ir organizacijų vadyba tiesiogiai susijusi su pacientų sveikatos priežiūra ir medikų klinikiniais sprendimais [5, 6].

Sveikatos priežiūros sistemos ir jos organizacijų (ypač jų) vadybai būdingi tam tikri esminiai momentai, darantys ją sudėtingą, sunkią, kartais sunkiai prognozuojama veikla:

- nuolatinis lėšų stygius, išteklių ribotumas;
- išsilavinęs, aukšto intelekto personalas;
- nerealūs politikų ir pacientų lūkesčiai;
- suteiktų galių ir atsakomybės neatitikimas;
- rezultatų priklausomybė nuo individualios organizacijos narių veiklos;
- sistemos atsiliepiamumo (pasiūlos ir paklausos neatitikimo) problemos.

Visa tai – veiklos specifiškumas, sudėtingumas, svarba visuomenei – sveikatos priežiūros vadybą paverčia išskirtine veikla bendroje vadybos plotmėje, reikalaujančia ypatingų vadybos mechanizmų, specifinių gebėjimų, žinių.

Realioje sveikatos priežiūros vadybos veikloje susiduriama su daugybe dichotomijų, dilemų, paradoksų, interesų konfliktų – su tuo ženkliai mažiau susiduria tradicinė bendroji vadyba [7, 2, 8].

Darbo tikslas – įvertinti sveikatos priežiūros vadybos raidą ir esminius pokyčius Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje ir jos organizacijose.

Tyrimo objektas ir metodologija

Tyrimo objektas – sveikatos priežiūros sistemos ir organizacijų vadyba. Tyrimo metodai – įvairių šalių sveikatos priežiūros vadybos mokslinių tyrimų publikacijų analizė, lyginamoji analizė, įvertinimas; statistinių duomenų sisteminimas, analizė ir vertinimas; įvairių Lietuvos įstatymų ir Sveikatos apsaugos ministerijos, kitų institucijų teisės aktų analizė ir vertinimas.

Rezultatai ir jų aptarimas

Sveikatos priežiūros vadybos raidoje galima išskirti du aspektus – sistemos ir jos organizacijų vadybos bei mokslo vystymąsi ir profesijos susiformavimą.

Sveikatos priežiūros vadybos mokymo programa pirmą kartą buvo įdiegta 1900 m. JAV, Niujorke, Kolumbijos mokytojų kolegijoje [9], ligoninių administratoriai – daugumoje gydytojai. 1929 m. išleista pirmoji knyga sveikatos priežiūros vadybos tema (*Michael Davis „Hospital Administration, a Career: the Need for Trained Executives for a Billion Dollar Business, and How They May Be Trained“*).

Buvo pripažinta, kad sveikatos priežiūros organizacijos (ligoninės) yra ne tik medicinos institucijos, bet kartu socialinės bei verslo organizacijos, kurioms būtina ypač profesionali vadyba, integruojanti įvairias profesijas ir jų veiklas, ryšius su mokslo ir mokymo institucijomis, ap rūpinimą ištekliams.

Sveikatos priežiūros vadybos, kaip specialybės, statusą įtvirtino 1934 m. Čikagos universiteto ligoninių vadybos (vėliau pakeista į sveikatos priežiūros vadybos) programa.

Praeitame šimtmetyje naujų teorijų šviesoje iš esmės pasikeitė tiek sveikatos priežiūros organizacijos, tiek jų vadyba.

Buvo suformuluotos kelios sveikatos priežiūros vadybos nuostatos [10]:

- atsakomybė už finansinę organizacijų veiklą ir finansinį stabilumą;
- žmogiškųjų išteklių, ypač medikų vadyba – jų veiklos organizavimas, kvalifikacijos kėlimas, duomenų rinkimas

ir analizė;

- socialinė vadovų atsakomybė už bazinę sveikatos priežiūrą ligoniams – ypač pažeidžiamai žmonių grupei;
- atsakomybė už organizacijų tvarumą – organizacinę kultūrą, moralinį klimataj joje, profesinių grupių sąveiką, organizacijos atsparumą išorinei aplinkai.

Panašūs procesai, gal kiek pavėluoti vyko ir Lietuvoje. Jau trečiajame dešimtmetyje, tuoj pat po šalies nepriklausomybės atkūrimo pradėti bendrosios vadybos tyrimai, skelbtos publikacijos. Pažymėtini J.Šimkaus, P.Raulinaičio, S.Nacevičiaus, G.Galvanausko, V.Graičiūno, P.Lesauskio darbai. 1939 m. buvo įkurta mokslinės vadybos draugija. Tačiau sveikatos priežiūroje vadyba nebuvo akcentuojama, daugiau dėmesio buvo skiriama medicinai, ligų gydymui ir jų prevencijai. Nors jau 1918 m. buvo įkurta sveikatos komisija (vėliau pervadinta sveikatos departamentu) ir sveikatos apsaugos sistema buvo valdoma. Reikia pažymėti, kad jau 1921 m. pirmajame gydytojų suvažiavime V.Tercijonas padarė vadybinį pranešimą „Sveikatos apsaugos organizavimo reikalu“. Šiame pranešime buvo akcentuojami du svarbiausi klausimai: sveikatos priežiūros prieinamumas ir racionalumas.

Tuo metu sveikatos priežiūros organizacijų (ligoninių) vadovų darbas nebuvo populiarus. Jau tada buvo pastebėta, kad ne kiekvienas senas geras gydytojas gali būti geru plėčios srities administratoriumi [11].

Sovietiniu laikotarpiu sveikatos apsaugos valdymui buvo skiriama pakankamai daug dėmesio, tačiau jis vyko pagal rusiškąjį Semaškos modelį. Izoliacija nuo pasaulio, privataus sektoriaus nebuvimas, centralizuotas planavimas ir valdymas neleido vadybai tinkamai vystytis. Tačiau net ir tokiomis sąlygomis Lietuvoje buvo puikių sveikatos priežiūros vadybininkų – V. Kleiza, B. Kisielius, P. Jašinskas, A. Vinkus ir kt. Buvo paskelbtos pirmosios monografijos sveikatos priežiūros vadybos tema (V. Janušonis „Medicinos pagalbos kokybė ir valdymas“, 1990).

Viena didesnių sovietinio laikotarpio sveikatos priežiūros vadybos problemų buvo biurokratija. Tikėtasi, kad atkūrus šalies nepriklausomybę ji mažės. Tačiau trumpam sumažėjusi, biurokratija nepaliaujamai didėja, reikalauja naujų materialinių ir žmonių išteklių. Ją skatina ir biurokratinis ES aparatas.

Antai šalies sveikatos priežiūros įstaigose dokumentų apyvarta per 25 metus padidėjo kelis kartus. Pavyzdžiui, Klaipėdos universitetinėje ligoninėje išleidžiamų įsakymų skaičius nuo 493 (1991 m.) išaugo iki 2671 (2016 m.), gautamų (įeinančių) raštų kiekis nuo 907 (1991 m.) išaugo iki 4216 (2016 m.), siunčiamų raštų skaičius nuo 3272 (1991 m.) išaugo iki 7799 (2016 m.).

Vėl atkūrus nepriklausomybę sveikatos priežiūros vadybos mokslas pradėjo stipriai vystytis, buvo skelbiami straipsniai, monografijos, ginamos disertacijos. Sveikatos priežiūros vadybininkai buvo pradėti ruošti universitetuose. 2010 m. Klaipėdos universitete atidaryta sveikatos priežiūros vadybos magistrantūros programa (vadovas – V.Janušonis). Susiformavo sveikatos priežiūros vadybos mokslininkų, daugiausia medikų grupė – E.Smilga, V.Grabauskas, V.Janušonis, D.Jankauskienė, J. Kairys, J.Petrauskienė, R.Kalėdienė ir kiti.

Įrodymais (mokslu) grįsta vadyba būtina sveikatos priežiūros sistemos ir jos organizacijų veiklai, funkcijų vykdymui.

Sveikatos priežiūros sistema atlieka keturias pagrindines funkcijas [12]: teikia sveikatos priežiūrą (1), generuoja žmogiškuosius ir materialinius išteklius, kad ši priežiūra būtų galima (2), didina ir kaupia išteklius, reikalingus sveikatos priežiūrai (3), tvarko, reguliuoja visą sistemą (4).

Sveikatos priežiūros sistemos vadyba, kurią faktiškai vykdo Sveikatos apsaugos ministerija (ministras), apibrėžiama tinkamu šių funkcijų vykdymu. Ši vadyba glaudžiai siejasi, tiksliau – stipriai veikiama šalies sveikatos politikos. Ši, priklausydama nuo bendrosios politikos, ne visada yra loginė ir racionali – neretai ji remiasi esamąja politine jėga bei interesais ir dėl to, keičiantis politinėms jėgoms, kinta kartu.

Reikia pažymėti, nors sveikatos politika Lietuvoje buvo pakankamai nuosekli, orientuota į Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) ir Europos Sąjungos (ES) sveikatos politiką, sistemos vadyba stipriai varijavo, ji buvo nuolat (ne visada pamatuotai) reformuojama, mėginamos spręsti problemos, bet ne jų priežastys.

Lietuvoje buvo įvykdytos dvi konceptualios sveikatos priežiūros sistemos reformos – praeito amžiaus paskutinio dešimtmečio pradžioje, kai buvo atsisakyta Semaškos modelio, ir 1997 m., kai buvo pereita prie draudiminės medicinos ir viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų modelio.

Pagrindiniai sveikatos priežiūros teikimo aspektai, akcentuojami tiek pacientų (žmonių), tiek politikų – sveikatos priežiūros prieinamumas ir tinkamumas.

Iš esmės tiek sveikatos priežiūros prieinamumas, tiek tinkamumas (kokybė) Lietuvoje gerėjo.

Sistemos sąranga, šeimos gydytojo ir gydytojų – konsultantų institucijos, išvystytas ligoninių tinklas garantavo pakankamą prieinamumą, kuris, tikimasi, dar pagerės įgyvendinus naujas, įsigaliosiančias 2018 m. sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo nuostatas.

Žinoma, galima diskutuoti dėl pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros atskyrimo ir apjungimo, patekimo pas gydytojus specialistus, siuntimų tvarkos, šeimos gydytojų

funkcijų išplėtimo, antrinio ir tretinio sveikatos priežiūros lygių sklaidos ir integracijos, gydytojų ir slaugytojų trūkumo, tačiau tai bendros tendencijos nekeičia.

Žmogiškųjų išteklių generavimas – tai gydytojų, slaugytojų, kitų sveikatos priežiūros specialistų ruošimas. Šia prasme Lietuva užima vieną pirmaujančių pozicijų ES. Jau per pirmuosius kelis metus po nepriklausomybės atkūrimo buvo reformuotas gydytojų, kiek vėliau ir slaugytojų ruošimas. Įvesta įvairių lygių rezidentūra pagal specialybių sudėtingumą, išplėstas rezidentūros bazių tinklas, slaugos specialistai pradėti ruošti universitetuose, reformuotos į aukštesnį mokyklą kolegijos.

Pradėti ruošti sveikatos priežiūros vadybininkai – šio profilio magistrantūros atsiranda LSMU, KU, VU.

Pamažu, tačiau pastaruoju metu auga BVP dalis, skiriama sveikatos priežiūrai.

Išteklių kaupimas yra labai svarbus, tačiau dar svarbesnis jų paskirstymas, kuris šalyje yra gana kontraversiškas.

Pagrindiniai išteklių kaupimo fondai yra penki – privalomo sveikatos draudimo fondas (PSDF) (1), ES plėtos struktūrinių fondų lėšos (2), Valstybės biudžeto lėšos (3), įstaigos uždirbtos (be PSDF) lėšos (4), kitos lėšos (5).

PSDF lėšomis disponuoja bei jas skirsto Valstybinė ligonių kasa (VLK) ir teritorinės ligonių kasos (TLK), vadovaujamose Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) įsakymais. Tačiau nuo 2003 m. VLK tapus sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžiu struktūriniu vienetu, susidarė labai ydinga padėtis – visų išteklių paskirstymą sprendžia viena institucija, o iš esmės vienas žmogus (ministras).

Pastaraisiais metais atsisakyta suinteresuotų sveikatos priežiūros organizacijų atstovų darbo grupių, kurios teiktų savo išvadas dėl galimo struktūrinių ir investicinių fondų lėšų paskirstymo atskiroms įstaigoms. Šių lėšų skirstymas iš esmės tapo vienasmenis.

ES lėšas, kaip ir PSDF lėšas skirsto SAM. Kitų ministerijų dispozicijoje esančias ES lėšas, susijusias su sveikatos priežiūra, skirsto taip pat SAM. Valstybės biudžeto lėšas per įvairias programas taip pat skirsto SAM.

Pats didžiausias šio skirstymo ydingumas: jos nėra uždirbamos, nėra įtrauktos į sveikatos priežiūros paslaugų kainą, o „duodamos“ – skiriamos papildomai. Toks skirstymas dirbtinai įstaigas reitinguoja – net labai intensyviai ir našiai dirbančios įstaigos, negaudamos papildomo finansavimo, gali būti reitingų gale.

Gaudamos papildomų lėšų remontui, technologijoms įstaigos atsilaisvinusias lėšas gali skirti papildomų specialistų priėmimui, atlyginimų didinimui.

Absoluti didžiuma „programinių“ lėšų skiriama universitetų ligoninėms. Niekas neabejoja, kad joms jų reikia,

tačiau tai nereiškia, kad kitoms sveikatos priežiūros įstaigoms jų nereikia.

Dauguma mokslininkų sutinka, kad sveikatos priežiūros sistema turėtų būti labiau reguliuojama nei kitos sistemos, tačiau reguliavimas turi būti protingas, netrukdamas organizacijų ir medikų veiklai, ir neturintis neigiamos įtakos pacientų sveikatos priežiūrai ir sveikatai.

Šalies sveikatos priežiūros sistemos ir jos organizacijų reguliavimas yra didelis ir jis vis auga.

Politinėje sferoje egzistuoja mitas, kad kuo daugiau sveikatos priežiūra reguliuojama, tuo ji geresnė, kokybiškesnė, prieinamesnė.

Reguliuojamos tokios veiklos sritys:

- profesinis reguliavimas – medikų ruošimas, licencijavimas, atlyginimų reguliavimas, kvalifikacijos kėlimas, užsieniečių medikų įdarbinimas ir kt.;

- finansinis reguliavimas – PSDF skirstymas, sutartys su ligonių kasomis, ES struktūrinių ir kitų finansinių fondų skirstymas, paslaugų kainų nustatymas, mokamų paslaugų teikimo reguliavimas ir kt.;

- organizacijų veiklos reguliavimas – licencijavimas, reikalavimų struktūrai ir veiklai nustatymas, leidimai teikti vienas ar kitas paslaugas, sudaryti sutartis, viešieji pirkimai ir kt.;

- technologinis reguliavimas – leidimai vienai ar kitai įrangai įsigyti, lėšų įrangos įsigijimui skirstymas, įvairių technologinių tyrimų apmokėjimas, reikalavimų e-sveikatai nustatymas ir kt.;

- bendrasis reguliavimas – reikalavimas deklaruoti interesus ir turtą medikams, įvairios (SAM, ligonių kasų, akreditavimo tarnybos) kontrolės formos, minimalių algų didinimas ir kt.;

- farmacinis reguliavimas – vaistinių tinklai, vaistų kainos, kompensuojamieji vaistai, vaistų saugumas ir veiksmingumas ir kt.

Neperteklinis sistemos tvarkymas, jos reguliavimas yra reikalingas. Čia pažymėtini keli susiję su paslaugų ir įstaigų tinklo reformomis aspektai – sveikatos priežiūros įstaigų ir ligonių kasų santykis (1), sveikatos priežiūros įstaigų pavaldumas (2), įstaigų autonomija (3).

Pasaulio šiuolaikinėje sveikatos priežiūros vadyboje taikomas sveikatos priežiūros paslaugų mokėtojų ir paslaugų teikėjų funkcijų atskyrimo principas. Lietuvoje šio principo laikomasi vis mažiau – keičiant įstatymus ir poįstatyminius teisės aktus (SAM įsakymus) šios funkcijos vis labiau suliejamos, net iki to – kad ligonių kasos kontroliuoja ūkinę – finansinę sveikatos priežiūros įstaigų veiklą, neturėdamos jokios atsakomybės.

Centralizuotas (komandinis-kontrolinis) sveikatos prie-

žiūros valdymas yra nedaugelyje šalių (JK, Danija). Ryškiausias pavyzdys – JK, kur valstybė dominuoja ir sveikatos priežiūros reguliavimas yra labai ženklaus. Jis nėra labai efektyvus – didžiulės išlaidos ir kuklūs rezultatai. JK ir Danija nepatenka į geriausių sveikatos priežiūros sistemų šalių 16-tuką [13].

Dėl šios priežasties centralizacijos ir pilnos valstybės institucijų kontrolės, organizuojant sveikatos priežiūros sistemų ir jos organizacijų darbą, metodas taikomas retai – tik identifikavus tokias sveikatos priežiūros sistemos problemas bei jų priežastis, kurių negalima išspręsti jokiais kitais metodais. Sveikatos priežiūros centralizacija – daugiau politikų nei pacientų interesas, susietas daugiau su finansavimu, nei su sveikatos priežiūros rezultatais, kaip ir daugelis kitų reformų [14, 15].

Pagrindiniai principai šiuolaikinėje sveikatos priežiūros organizacijų vadyboje – jų autonomija ir decentralizacija. Tai pripažįstama ypač efektyviu sveikatos priežiūros veiklos mechanizmu [16, 2, 17].

Sveikatos priežiūros prieinamumas – vienas labiausiai turinčių įtakos veiksnių pacientų sveikatai ir jų patenkinimui sveikatos priežiūra. Prieinamumą užtikrina tinkamas (pakankamas) sveikatos priežiūros finansavimas ir pačių įstaigų suinteresuotumas, t.y. jų decentralizuota autonominė veikla [18, 6]. Į tai orientuotos šalių sistemos – vienos geriausių (Liuksemburgas, Belgija, Vokietija, Prancūzija, Austrija).

Minimalią autonomiją šalies sveikatos priežiūros įstaigos (SPI) išlaikė. Tačiau laipsniškai sveikatos priežiūra vis labiau centralizuojama – SAM valdo (yra dalininkė) beveik visas didžiausias daugiaprofilines sveikatos priežiūros įstaigas, joms skiria didžiumą išteklių. Taip sudaromos nevienodos įstaigų veiklos sąlygos ir atitinkamai nevienodos pacientų sveikatos priežiūros sąlygos (prieinamumas, kokybiška sveikatos priežiūra).

Decentralizacija pasireiškia (vykdoma) įvairiais metodais:

- įstaigų plėtros ir veiklos monopolizacijos ribojimas;
- konkurencijos skatinimas regionuose (kelių panašios veiklos profilių įstaigų buvimas);
- dekoncentracija – įstaigų pavaldumo perdavimas ar dalinis perdavimas savivaldybėms;
- devoliucija – organizacijų valdymo ir kontrolės funkcijų iš SAM perdavimas savivaldybėms;
- delegavimas – atsakomybės ir reguliavimo funkcijų perdavimas pačioms organizacijoms;
- privatizavimas – viešojo ir privataus sektoriaus santykio, teikiant paslaugas nustatymas, reikalavimų sveikatos priežiūros įstaigų kūrimuisi supaprastinimas.

Decentralizacija išsprendžia visą eilę problemų ir yra

atsakas į neefektyvų ekonominių ir žmonių išteklių valdymą, lėtą technologinį progresą, nepakankamą pacientų poreikių tenkinimą.

Reikėtų išskirti sveikatos priežiūros kokybę ir su ja susijusius aspektus – nepageidautinus įvykius, eiles, pakartotines hospitalizacijas, pacientų pasitenkinimą, kaip tinkamos sveikatos priežiūros vadybos rezultatą [17, 23].

Pacientai supranta sveikatos priežiūros paslaugos vertę ir kokybę, tačiau neretai nesupranta, kaip ji sukuriama ir kiek priklauso nuo finansinių išteklių bei jų paskirstymo mechanizmų.

Sveikatos priežiūros kokybę stipriai veikia ištekliai, jų paskirstymas, tai minėta anksčiau.

Pažymėtina, kad panašiose sveikatos priežiūros įstaigose (ligoninėse) panašiais ištekliais pasiekama skirtinga sveikatos priežiūros kokybė ir jos veiklos rezultatai. O tai jau vadybos objektas – medikų kvalifikacija ir jų pakankamumas, technologijų naujumas, darbo našumas. Šiuolaikinės technologijos (taip pat ir informacinės) iš esmės apsprendžia sveikatos priežiūros kokybę ir gali būti sveikatos priežiūros sistemos ir jos organizacijų efektyvios veiklos matas [19].

Medicininės technologijos vystėsi, jų daugėjo ir šiuo metu jų naujumas ir pakankamumas artėja prie minimalių ES normatyvų (vidurkių).

Technologiniu aspektu Lietuva užima tinkamą vietą ES. Ypač atnaujintos technologijos per pastaruosius penkerius metus – atsirado pozitronų emisijos tomografija (PET) LSMU Kauno ir VU Santaros klinikose minimaliai pakanka magnetinio rezonanso (MRT) ir kompiuterinės tomografijos aparatų (KT). KT aparatų skaičius nuo 4 2000 m. padidėjo iki 66 2016 m., MRT aparatų skaičius nuo 1 2000 m. iki 35 2016 m. Veikia keturi branduolinės medicinos – linijinių greitintuvų ir brachiterapijų centrai, šiuolaikinės gama kameros. Šiuolaikiniai ultragarsiniai aparatai, endoskopai, elektrokardiografai tapo rutinine įranga kiekvienoje SPI. Ruošiamasi įsigyti stereotaksinę įrangą LSMU Kauno klinikose.

Tačiau lėtai judama link robotinių technologijų.

Šioje srityje daugiau problemų dėl technologijų išdėstymo (reguliavimo), ir jos aštrėja. Motyvuojant brangių technologijų išdėstymo racionalumu ir išteklių taupymu šią reguliavimo funkciją priskyrė sau ministerija ir pastaraisiais metais vyksta technologijų centralizacija universitetų klinikose ir jų ribojimas kitose ligoninėse.

Tarkime, yra motyvuotas, gerais norais grįstas SAM įsakymas dėl brangios medicinos įrangos įsigijimo. Vis dėlto jis labai tiktų esant biudžetinei įstaigų finansavimo sistemai... Vėlgi SAM, nors SPI galioja konkurencijos ir bankroto įstatymai, sprendžia, kuri įstaiga gali (net savo uždirbtomis lėšomis) įsigyti vieną ar kitą brangią technologiją, o kuri ne-

gali. O juk pora metų metų neleidžiant didelei įstaigai įsigyti naujų technologijų, ji tiesiog taps „neįgalia“, negalinčia teikti kokybiškos sveikatos priežiūros pacientams.

Sveikatos priežiūros funkcionavimas (veikla) ypač priklauso nuo sistemos ir jos organizacijų vadybos. Nors neretai teigiama, kad sistemos finansavimas priklauso nuo išorinės (politinės, ekonominės) aplinkos, tačiau sistemai vadovaujantis ministras yra valdančiosios daugumos atstovas ir Vyriausybės narys, todėl nuo jo labai priklauso sistemos finansavimas.

Kitos sistemos funkcionavimui būtinos sudedamosios – išteklių (žmogiškųjų, informacinių, materialinių, finansinių) pritraukimas ir tinkamas paskirstymas, informacinių ir medicininių technologijų vystymas ir tinkamas išdėstymas, sveikatos priežiūros procesų struktūrizavimas ir kontrolė, sveikatos priežiūros decentralizavimas ir organizacijų autonomija [20-22, 2, 17].

Lietuvoje, nors BVP nuo 2000 m. ženkliai augo, tačiau jo dalis sveikatos priežiūrai augo lėtai iki 2009 m., o vėliau mažėjo ir tik pastaraisiais metais turi tendenciją šiek tiek augti.

BVP Lietuvoje nuo 10 milijardų JAV dolerių kasmet 1995-2000 m. išaugo iki 42,74 milijardų JAV dolerių 2016 m. (148 80 JAV dolerių vienam gyventojui). Tuo tarpu visų išlaidų sveikatos priežiūrai BVP dalis nuo 5 proc. 2000 m. augo iki 7,45 proc. 2009 m., o vėliau mažėjo. 2016 m. BPV dalis sveikatos priežiūrai sudarė 6,4 proc., iš kurių valstybė skyrė tik 3,9 proc., likę 2,5 proc. buvo apmokėta pačių žmonių [24].

Finansinių išteklių nepakankamumas – tik viena problemos pusė. Antai Singapūro sveikatos priežiūros sistema eilę metų yra viena geriausių pasaulyje (2017 m. – antroje vietoje, vidutinė gyvenimo trukmė 83 m.), o BVP dalis sveikatos priežiūrai tik 4,6 proc.

Antroji šios problemos pusė – jų paskirstymas. Iš dalies – tai paslaugų apmokėjimo mechanizmas – nors šalyje jis tobulinamas, tačiau išlieka ydingas („plaukiojantis balas“, ribojama metinė paslaugų apmokėjimo suma organizacijoms, paslaugų kainos neatitinka kaštų ir kt.).

Esminė problema – apmokėjimas ne už paslaugą, kaip galutinį sveikatos priežiūros organizacijų veiklos produktą, bet įvairus programinis finansavimas, pinigų „davimas“, bet ne jų uždirbimas. Be to, tiek finansinių išteklių paskirstymas (paslaugų apmokėjimas ir kt.), tiek sveikatos priežiūros paslaugų užsakymo bei teikimo reguliavimas yra centralizuotas SAM.

Finansinių išteklių paskirstymas visą laiką buvo netolygus, jų paskirstymo mechanizmas ydingas ir jis netobulėjo. Jis iki šiol nėra skirtas esminėms sveikatos priežiūros pro-

blemoms spręsti.

Žmogiškieji ištekliai (gydytojai, slaugytojai, vadybininkai ir kt.) buvo ruošiami ir plėtojami gerai, tačiau dėl šalies vidinės aplinkos, neprognozuojamos ir nestabilios sistemos veiklos, nepakankamų atlyginimų didėjo specialistų medikų emigracija bei jų darbas ne pagal įgytą specialybę ir augo jų trūkumas. Nors tiek gydytojų, tiek slaugytojų ruošimas universitetuose ir kolegijose buvo pakankamas ir augo – dirbančių gydytojų skaičius augo nuo 36,4 2000 m. iki 44,99 2016 m., slaugytojų nekito – 80,53 2000 m. ir 80,83 2016 m. 10.000 gyventojų. Per pastaruosius 15 m. beveik tris kartus išaugo visuomenės sveikatos (sveikatos priežiūros vadybos) studijas baigusiujų skaičius – nuo 18 2001 m. iki kelių šimtų 2016 m. Sveikatos priežiūros vadybininkų ruošimas – teigiamas procesas, tačiau jie sistemoje yra nepaklausūs ir sveikatos priežiūros įstaigų vadyboje įtakos nedaro. Profesionali (sveikatos priežiūros) vadyba medicinos profilio organizacijų vadyboje nėra paklausiai, kai kurių politikų nuomone, gal net nereikalinga.

Informacinė bazė, informaciniai ištekliai nežiūrint į tam tikrus trikdžius (objektyvius bei subjektyvius) sveikatos priežiūroje buvo vystomi ir yra minimaliai pakankami.

Materialinių ir kitų išteklių pritraukimas galėtų būti žymiai efektyvesnis, plačiau bendradarbiaujant viešajam ir privačiam sveikatos priežiūros sektoriui ir tam panaudojant privataus sektoriaus kapitalą.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigų skaičius mažėjo ir 2016 m. jų buvo 274 (juridiniai vienetai), iš jų 84 ligoninės.

Mažėjo lovų skaičius ligoninėse – nuo nepriklausomybės atkūrimo aktyvaus gydymo lovų skaičius sumažėjo per pusę ir 2016 m. buvo 49,32 lovos 10 000 gyventojų. Privati sveikatos priežiūra plėtėsi pamažu. Per pastarąjį dešimtmetį ligoninių skaičius išliko toks pat (12 juridinių vienetų), augo ambulatorinių – konsultacinių SPI skaičius.

Sveikatos priežiūros procesų struktūrizavimo ir kontrolės procesas vystėsi ir tobulėjo, tačiau kartu buvo vis labiau centralizuojamas.

Teigiami momentai sveikatos priežiūros sistemos vadyboje – dėmesys eilėms (sveikatos priežiūros prieinamumui) ir atitinkamas įstatymų koregavimas, dėmesys sveikatos priežiūros kokybei, nepageidautinų įvykių registravimui, prasidėjęs įstaigų akreditavimo procesas, reikalavimai išorinei kokybės kontrolei.

Pakankama (kol kas), nors ir mažinama sveikatos priežiūros įstaigų autonomija.

Nepaisant įvairių nuokrypių ir trikdžių, šalies sveikatos priežiūros sistema, jos pačios ir organizacijų (ypač!) vadybos dėka vystėsi ir tobulėjo link saugesnės, kokybiškesnės, efektyvesnės, labiau naudingos pacientams, prieinamesnės

sveikatos priežiūros.

Vertinant pagal Europos sveikatos vartotojų rodiklių grupes [25, 26] Lietuvoje:

1. Sveikatos priežiūros sritys yra pakankamo ir tinkamo lygio.

1.1. pacientų teisės ir jų informavimas;

1.2. aprūpinimas vaistais;

1.3. laukimo laikas stacionariniam gydymui (planinėms operacijoms);

1.4. rezultatai (kūdiklių mirtingumas ir kt.);

1.5. ilgalaikė sveikatos priežiūra (reabilitacija, palaikomasis gydymas ir slauga);

1.6. dienos chirurgija;

1.7. sveikatos priežiūros kokybė (sistema, išorinės kokybės vertinimo sistemos, nepageidautinų įvykių registracija ir kt.).

2. Sveikatos priežiūros sritys yra nepakankamo ar netinkamo lygio:

2.1. e-sveikata;

2.2. laukimo laikas (eilės) pas šeimos gydytoją ir gydytojus konsultantus;

2.3. rezultatai (savižudybės, vidutinė gyvenimo trukmė ir kt.);

2.4. visuomenės sveikata (investicijos);

2.5. reformos.

Nors labiausiai sveikatos priežiūros veiklą ir jos rezultatus atspindi su sistema susietas gyventojų mirtingumas (įvairūs jo aspektai), nepageidautini įvykiai (įvairūs rizikos aspektai, pakartotinės hospitalizacijos) [27, 22, 23], tačiau tai darbinis, supaprastintas vertinimo metodas.

Sveikatos priežiūros sistemos ir jos organizacijų veikla, procesai vykstantys sistemoje yra labai sudėtingi ir sunkiai suprantami neprofesionaliems (sveikatos priežiūros požiūriu) vadybininkams, politikams.

Supaprastinti sistemos ir jos veiklos rezultatų vertinimo rodikliai dažnai būna politizuoti ir ginčytini, abejotini.

Sveikatos priežiūros sistemos ir jos organizacijų vadyba priklauso daugiau nuo išorinės aplinkos ir kitų sistemų bei organizacijų, nei nuo vidinių sistemos intervencijų (reformų) [28, 2]. Tiek sveikatos priežiūros sistema, tiek jos organizacijos yra stipriai „įrėmintą“ (reguliuojamas, pacientų ir politikų spaudimas, nepakankamas finansavimas, nuolatinės reformos ir kt.), todėl vadybinė veikla čia taip pat labai „įrėmintą“ ir įvairiai interpretuojama.

Išvados

1. Vieni didžiausių tinkamos sveikatos priežiūros vadybos trikdžių šalyje yra centralizacija, neprofesionalumas, didėjanti biurokratija, išteklių nepakankamumas ir ydinga jų

paskirstymo metodologija, nuolatinės reformos, sąlygojančios sistemos ir jos organizacijų nestabilumą bei neprognozuojamumą, paslaugų mokėtojų (ligonių kasų) ir jų tiekėjų (sveikatos priežiūros organizacijų) funkcijų neatskyrimas.

2. Sveikatos priežiūros vadyba bei jos išdava – pati sveikatos priežiūra Lietuvoje, nepaisant įvairių trikdžių ir banguotumo vystėsi, tobulėjo ir lygiuojasi į pažangias Europos ir pasaulio šalis.

3. Tinkamos sveikatos priežiūros ir jos vadybos trikdžių ir barjerų pašalinimas bei vengimas naujų nereikalauja papildomų išteklių ir gana nesunkiai įgyvendinamas, sutvarkant veikiančius įstatymus ir poįstatyminius teisės aktus.

Literatūra

1. Ferdinand J, Muzio D, O'Mahomey J. Special book review: studying management critically. *Organizations Studies*, 2004; 25: 1455-1465.
<https://doi.org/10.1177/0170840604046352>
2. Janušonis V. Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė, 2012.
3. Zakarevičius P. Vadybos mokslas Lietuvoje. Kaunas: KTU "Technologija", 2015.
4. Moskowitz D, Bodenheimer T. Moving from evidence based medicine to evidence based health. *Journal of General Internal Medicine* 2011; 26: 658-660.
<https://doi.org/10.1007/s11606-010-1606-4>
5. Patrician PA, Loan L, McCarthy M. et al. Towards evidence based management: creating an informative database of nursing sensitive indicators. *Journal of Nursing Scholarship* 2010; 42: 358-366.
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2010.01364.x>
6. Janušonis V. Įrodymais pagrįstos sveikatos priežiūros organizacijų valdymas. *Tiltai*, 2011; 4: 1-12.
7. Learmonth M, Harding N, eds. *Unmasking health management: a critical text*. New York: Nova Science Publishing, 2004.
8. Yukl G.A. *Leadership in Organizations*. Boston: Pearson, 2013.
9. Stevens R. *In sickness and in wealth: American hospital in the twentieth century*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1999.
10. Haddock CC, McLean RA, Chapman RC. *Careers in healthcare management: how to find your path and follow it*. Chicago: Health Administration Press, 2002.
11. Janušonis V. *Profilaktinė medicina Lietuvoje: 1918-1940 m.* Klaipėda: Rytas, 1992.
12. World Health Organization. *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva: WHO, 2000.
13. Martin W. *The 16 countries with the world's best healthcare systems, 2017*; <http://nordic.businessinsider.com>
14. Magnussen J, Vrangbaek K, Saltman RB. *Nordic health care systems: recent reforms and current policy challenges*. Berkshire: Open University Press, 2009.
15. Blank RH, Burau V. *Comparative health policy*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2010.
16. Ridic G., Gleason S., Ridic O. Comparisons of health care systems in the United States, Germany and Canada, *Material Sociomedica*, 2012; 24: 112-120.
<https://doi.org/10.5455/msm.2012.24.112-120>
17. Janušonis V. *Organizacinė elgsena ir kokybė sveikatos priežiūroje: integracinė-sisteminė apžvalga*. Klaipėda: S.Jokužio leidykla-spaustuvė, 2017.
18. Reibling M. Healthcare systems in Europe: towards an incorporation of patient access. *Journal of European Social Policy* 2012; 20: 5-18.
<https://doi.org/10.1177/0958928709352406>
19. Gauld R. *The new health policy*. Maidenhead: Open University Press, 2009.
20. Murray JL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organisation*, 2000; 78: 717-731.
21. Murray CJL, Evans DB. eds. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva: WHO, 2003.
22. Smith PC, Mossialos E, Papanicolas J, Leatherman S. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
23. Janušonis V. Adverse events – one of the most important health care quality indicators: a case study. *European Scientific Journal* 2017; 13: 288-300.
<https://doi.org/10.19044/esj.2017.v13n12p288>
24. Sveikatos apsaugos ministras: turime sutvarkyti sveikatos sistemą, 2016; <https://sam.lrv.lt>.
25. HCP. *The empowerment of the European patient*. Brussels: Health Consumer Powerhouse, 2009.
26. HCP. *Euro Health Consumer Index report*. Brussels: Health Consumer Powerhouse, 2012.
27. Porter ME. What is value in health care? *New England Journal of Medicine* 2010; 363: 2477-2481.
<https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
28. Cylus J, Papanicolas J, Smith PC. *Health system efficiency: how to make measurement matter for policy and management*. Copenhagen: World Health organization, 2016.

HEALTH CARE MANAGEMENT DEVELOPMENT IN LITHUANIA: CHANGES, TRENDS, CRITICAL APPROACH, INTERNATIONAL CONTEXT

V. Janušonis

Key words: healthcare management, resources managed, centralization.

Summary

The aim of the study – the assessment of healthcare management development and the main changes in the healthcare system and its organizations in Lithuania.

Methods. The analysis, structuring and comparison of scientific publications, statistical data and legislation.

Results. The study revealed the main differences between the professional and the general management and showed the complexity of healthcare management. Given the evolution of healthcare management and health care management science, the barriers of their development.

Conclusion. Some of the biggest barriers of health care management in Lithuania are centralization, lack of professionalism, the growing bureaucracy, inadequacy of resources and defective its allocation methodology, permanent reforms, instability and unpredictability of the healthcare system and organizations, non separa-

tion of functions of payers for healthcare services (sickness funds) and their suppliers (healthcare organizations).

Country's health care management and health care services as its outcome has evolved and improved, and is in touch with the developed Europe and World countries. The elimination and avoidance of healthcare management barriers do not require additional resources and easily accessible with the adjustment of legislation.

Correspondence to: janusonis@kul.lt

Gauta 2017-11-06
