

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO INSTITUTAS

MARINA KALAŠNIKOVA-VOLČEK

STACIONARINIŲ PASLAUGŲ EFEKTYVUMO
VERTINIMAS VILNIAUS UNIVERSITETO
ONKOLOGIJOS INSTITUTE

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas
Doc. dr. D.Gudelis

VILNIUS, 2013

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO INSTITUTAS

STACIONARINIŲ PASLAUGŲ EFEKTYVUMO
VERTINIMAS VILNIAUS UNIVERSITETO
ONKOLOGIJOS INSTITUTE

Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo magistro baigiamasis darbas
Studijų programa 62603S204

Vadovas
Doc. dr. D.Gudelis

Recenzentas

Atliko
M.Kalašnikova-Volček

VILNIUS, 2013

TURINYS

ĮVADAS.....	8
1. TEORINIAI DARBO APSEKTAI.....	11
1.1. Efektyvumas kaip veiklos charakteristika.....	11
1.2. Sveikatos priežiūros efektyvumą reglamentuojančių dokumentų analizė.....	14
1.3. Sveikatos priežiūros efektyvumo vertinimo metodologija.....	22
1.4. Subalansuotų rodiklių sistema.....	29
1.5. Veiklos efektyvumo siekimas onkologijoje.....	41
2. EFEKTYVUMO VERTINIMO MODELIO PASIRINKIMAS IR ADAPTAVIMAS (metodologinė dalis).....	45
2.1. Efektyvumo vertinimo modelio pasirinkimas.....	45
2.2. Efektyvumo vertinimo modelio adaptavimas.....	46
3. STACIONARINIŲ PASLAUGŲ EFEKTYVUMO VERTINIMAS (praktinė dalis).....	51
3.1. Trumpa VUOI charakteristika.....	51
3.2. Tyrimo objektas – VUOI stacionarinių paslaugų efektyvumas.....	52
3.3. Stacionarinių paslaugų efektyvumo vertinimas VUOI.....	52
3.4. VUOI stacionarinių paslaugų efektyvumo vertinimo rezultatų aptarimas.....	55
IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS.....	59
LITERATŪRA.....	61
ANOTACIJA LIETUVIŲ IR ANGLŲ KALBOMIS.....	67
SANTRAUKA LIETUVIŲ KALBA.....	69
SANTRAUKA ANGLŲ KALBA.....	71
PRIEDAI.....	73

PRIEDAI

1 priedas. Strateginis žemėlapis.....	74
2 priedas. BSC modelio perspektyvos.....	75
3 priedas. Rodikliai, sugrupuoti pagal BSC modelio perspektyvas.....	76
4 priedas. VUOI direktoriaus leidimas naudotis įstaigos duomenimis.....	77

LENTELĖS

1 lentelė. Sveikatos sistemos problemų sprendimo etapai.....	21
2 lentelė. Įvairių mokslininkų nuomonės apie BSC modelį.....	30
3 lentelė. Strateginio žemėlapių elementai.....	34
4 lentelė. BSC modelio adaptavimas VUOI stacionariųjų paslaugų efektyvumo vertinimui.....	48
5 lentelė. VUOI SSGG analizė.....	52
6 lentelė. Adaptuotas BSC modelis VUOI stacionariųjų paslaugų efektyvumui vertinti.....	53

PAVEIKSLAI

1 pav. BSC modelio perspektyvos.....	33
2 pav. Priežasties-pasekmės ryšių tarp BSC perspektyvų nustatymas.....	35
3 pav. BSC modelio kūrimo logika.....	36
4 pav. Viešojo sektoriaus organizacijų BSC modelis.....	38
5 pav. Modifikuotas BSC modelis su priežasties – pasekmės ryšiais tarp perspektyvų.....	39
6 pav. VUOI veiklos strateginis žemėlapis.....	58

SANTRUMPOS

ASPA – Amerikos viešojo administravimo asociacija

BSC – Balanced scorecard – Subalansuotų rodiklių sistema

DEA - Data envelopment analysis – duomenų apgaubimo analizė

DRG - Diagnosis Related Groups – giminingų grupių diagnozės

DS – dienos stacionaras

ES – Europos Sąjunga

JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos

LR – Lietuvos Respublika

PATH - Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals – ligoninių veiklos efektyvumo vertinimo modelis

PSDF – Privalomas sveikatos draudimo fondas

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

SP – sveikatos priežiūra

SSGG(SWOT) - stiprybės (Strengths), silpnybės (Weaknesses), galimybės (Opportunities), grėsmės (Threats)

TLK – Teritorinė ligonių kasa

VGT – vidutinė gulėjimo trukmė

VLK – Valstybinė ligonių kasa

VUOI – Vilniaus universiteto onkologijos institutas

IVADAS

Remiantis moksliniais duomenimis (Saltman et al., 1999), 45 – 75 proc. visų sveikatos priežiūrai skirtų lėšų, išleidžiama stacionarinei sveikatos priežiūrai, todėl pastaruoju metu, ypač reformuojant stacionarinę sveikatos priežiūrą, įvairiose šalyse pradėtas kreipti didesnis dėmesys ligoninių veiklos vertinimui. Tradiciškai ligoninės veiklos efektyvumo vertinimas siejamas su paslaugų apimtimi, to pasekoje svarbiausiu vertinimo rodikliu ilgą laiką laikytas gydytų pacientų skaičius (Kalibatas, 2005). Šiuo metu yra žinoma nemažai sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo vertinimo modelių (PATH, DEA, BSC ir kt.), kurie apima įvairių charakteristikų (klinikinis veksmingumas, darbuotojų kryptis, saugumas, valdymas ir kt.) vertinimą. Tačiau gydytų pacientų skaičius ir paslaugų apimtys rodikliai plačiai taikomi ligoninių veiklos efektyvumo įvertinime, kadangi daugelyje sveikatos sistemų pasaulyje (tuo tarpu ir Lietuvoje) apmokėjimas sveikatos priežiūros įstaigoms remiasi būtent šiomis dimensijomis. Atsižvelgiant į kiekvieno stacionaro darbo specifiką, neįmanomas teisingas minėtų rodiklių vertinimas ir lyginimas. Todėl yra būtina kiekvienoje įstaigoje, kreipiant dėmesį į veiklos pobūdį, sukurti tokį veiklos efektyvumo vertinimo modelį, kuris atspindėtų svarbiausias ligoninės veiklos charakteristikas. Siekiant nustatyti stacionarinių paslaugų efektyvumą, modelis turėtų apimti ne tik rezultatų (output), bet ir išteklių (input) vertinimą.

Paskelbus Nepriklausomybę, Lietuvos sveikatos sistema nebegalėjo funkcionuoti pagal Semaškos sistemą, kuri buvo neefektyvi, centralizuota. Stacionarines paslaugas teikiančios įstaigos buvo finansuojamos priklausomai nuo lovų ir darbuotojų skaičiaus, tas lėmė, kad įstaigos veiklos efektyvumas krito dėl didelių išteklių ir gana mažų rezultatų (ilga gulėjimo trukmė, nedideli lovos užimtumo rodikliai) (Kalibatas, 2005). Būtent todėl vienu svarbiausių sveikatos sistemos reformos tikslu buvo ligoninių išteklių mažinimas – tas lietė ne tik ligoninių uždarymą, bet ir lovų skaičiaus jose mažinimą.

1996 metais priėmus Sveikatos draudimo įstatymą, pasikeitė ir ligoninių finansavimas. Nuo to laiko stacionari priežiūra finansuojama pagal hospitalizavimo atvejų skaičių (įvertinama diagnozė, lovodienio kaina, vidutinė gulėjimo trukmė). Tad galima teigti, kad pagal įstatymą, sveikatos priežiūros įstaigų finansavimas priklauso nuo jų veiklos. Nuo 2012 m. visose Lietuvos gydymo įstaigose pradėtas naudoti DGR klasifikavimo metodas, kurio esmė yra sugrupuoti pacientus pagal bendras charakteristikas – amžių, pagrindinį ir gretutinius susirgimus, atliktus tyrimus ar intervencijas, sąnaudas pacientams. Šiuo metodu bandoma susieti visus ligoninėje gydytus pacientus su ligoninei reikalingais ištekliais (Valstybinė ligonių kasa (VLK), 2012).

Remiantis pasaulyje naudojamais ligoninių veiklos efektyvumui vertinti modeliais, šiuo darbu siekiama sukurti ir pritaikyti veiklos efektyvumo modelį, skirtą VUOI teikiamų stacionarinių paslaugų efektyvumui nustatyti.

Mokslinė tyrimo problema – 1997 metais Sveikatos reformos draugijos (Partnerships of health reform) išleistoje ataskaitoje (Knowles, 1997) nurodomos penkios sveikatos priežiūros veiklos vertinimo charakteristikos, tarp kurių minimas ir veiklos efektyvumas, bei siūlomi nustatyti atitinkami rodikliai, atspindintys efektyvumą. Nuo to laiko paskelbta nemažai publikacijų (World Health Organization (WHO), 2003; WHO, 2007; Peacock, 2001), skirtų gydymo įstaigų efektyvumui nustatyti metodikai narginėti. Lietuvos sveikatos sistemos dokumentai mažai liečia stacionarinių (ypatingai tretinio lygio) sveikatos paslaugų efektyvumo vertinimą. Lietuvos sveikatos programos (Lietuvos Respublikos Seimas (LRS), 1998), numatomuose tiksluose figuruoja stacionarinių paslaugų efektyvumo siekis – racionalizuoti išlaidas, optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų kiekį, gerinti paslaugų kokybę. Tačiau iki šiol veiklos efektyvumo vertinimas ligoninėse yra tik savanoriškumo išraiška ir daugiausia apima tik tam tikrų bendrų rodiklių nustatymą (lovų, hospitalizacijų skaičius, VGT, stacionarinis letalumas ir kt.). Šiuo darbu siekiama sukurti ir išbandyti veiklos efektyvumo vertinimo modelį, kuriuo pagrindu galima bus atlikti minėtą vertinimą ne tik VUOI.

Tyrimo objektas – VUOI stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo nustatymas ir įvertinimas.

Tyrimo tikslas – sukurti stacionarinių paslaugų efektyvumo vertinimo modelį ir jį pritaikyti VUOI stacionarinių paslaugų efektyvumo nustatymui.

Tyrimo uždaviniai:

- 1) Išanalizuoti teorinę sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo sampratą.
- 2) Išnagrinėti efektyvumo tyrimo metodologiją, parinkti ir adaptuoti tinkamą modelį stacionarinių sveikatos paslaugų efektyvumui įvertinti.
- 3) Pritaikyti sukurta efektyvumo vertinimo modelį VUOI Klinikose.
- 4) Pateikti rekomendacijas VUOI Klinikos paslaugų efektyvumui didinti.

Tyrimo dalykas – VUOI stacionarinių paslaugų efektyvumas.

Tyrimo hipotezė – VUOI stacionarinių paslaugų efektyvumas priklauso nuo racionalaus išteklių naudojimo.

Darbo metodika - darbo metu analizuojama sveikatos priežiūros efektyvumo samprata, pateikiamos metodikos, naudojamos vertinti ligoninių veiklą Lietuvoje ir užsienio šalyse. Taip pat parenkamas modelis, jis adaptuojamas ir panaudojamas VUOI Klinikos veiklos efektyvumui įvertinti, pateikiami siūlymai efektyvumui didinti.

Darbo struktūra- šį darbą sudaro įvadas, teorinė, metodologinė ir praktinė dalys, išvados ir rekomendacijos. Įvade apibrėžiamas darbo aktualumas, formuluojami darbo tikslas ir uždaviniai, aptariama darbo metodika. Teorinėje dalyje susipažįstama su efektyvumo samprata, ligoninių veiklos vertinimo modeliais. Metodologinę dalį sudaro modelio, atrinkto iš teorinėje dalyje pateiktųjų veiklos efektyvumo modelių, adaptavimas VUOI Klinikos veiklos efektyvumo įvertinimui, o praktinėje dalyje atliekamas stacionarinių VUOI paslaugų efektyvumo vertinimas naudojantis adaptuotu modeliu. Išvadose įvertinama, ar pasiektas šio darbo iškeltas tikslas, ar buvo patvirtinta arba paneigta darbo pradžioje iškelta hipotezė, teikiami pasiūlymai, kaip sėkmingai sukurtą modelį galima naudoti įstaigos veiklai vertinti ir efektyvumui didinti.

Praktinė darbo reišmė – stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo įvertinimas Lietuvoje nėra paplitęs. Įstaigų, teikiančių stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas, vadovai ir darbuotojai neretai turi mažai žinių ir įgūdžių, kaip šią charakteristiką atspindinčius rodiklius nustatyti, įvertinti ir remiantis įvertinimo rezultatais didinti paslaugų efektyvumą. Tikimasi, kad šio darbo paruošimo metu sukurtas modelis ir gauti duomenys suteiks daugiau žinių suinteresuotiems asmenims ir padės efektyvinti svarbios kiekvieno piliečio gyvenimo srities darbą.

Šio darbo rezultatai galėtų būti svarbūs kiek VUOI, tiek ir kitų įstaigų, teikiančių stacionarines sveikatos paslaugas administracijai, naudingi kitiems studentams, norintiems sekti ir analizuoti VUOI teikiamų stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą. Be to šio darbo rezultatai ir metodo pritaikymo galimybė gali būti pristatomi paskaitų bei seminarų metu įvairiose sveikatos specialistus ruošiančiose mokymo įstaigose. Taip pat remiantis šio darbo rezultatais galima teikti siūlymus, kaip sveikatos priežiūros paslaugas VUOI stacionare daryti dar efektyvesnes.

1. TEORINIAI DARBO ASPEKTAI

1.1. Efektyvumas kaip veiklos charakteristika

Šis darbo poskyris apima efektyvumo sampratą ir tipų nagrinėjimą, pateikiami panašiai vartojamų terminų apibūdinimai, analizuojamos efektyvumo nustatymo galimybės.

1.1.1. Efektyvumo sąvokos apibrėžtis

Pirmiausia, kalbant apie efektyvumą, svarbu išsiaiškinti pačio termino esmę ir pagrindinius skirtumus tarp panašiai vartojamų terminų.

Terminas efektyvumas kilęs iš lotynų kalbos žodžio *efficientia*, reiškiantis „sugebėjimą kažką atlikti laipsni“, jo vartojimo pradžia laikomas XVII amžius. Nuo XIX amžiaus šis terminas plačiai vartojamas mechanikoje ir reiškia „naudingo atlikto darbo santykį su sunaudotu jam energijos kiekiu“ (Povilaitytė, 2011, p.12).

Skirtingoje literatūroje pateikiami skirtingi efektyvumo apibrėžimai, pvz. tarpautinių ir ekonomikos terminų žodynai šią sąvoką apibūdina, kaip – „rezultatų ir sąnaudų (lėšų, resursų, energijos) palyginimo laipsnį“ (Vaitkevičiūtė, 2007) ar „gamybos išteklių panaudojimo lygį, garantuojantį maksimalų rezultatą. Tai siekimas gauti kuo daugiau naudos, kuo geriau vartojant ribotus išteklius“ (Ekonomikos terminų žodynas (ETŽ), 2012). Šiuos apibrėžimus vienija apibrėžimas per rezultato ir sąnaudų santykį. Tą patį savo knygoje pateikia ir J.E. Lane (2001), apibūdindamas efektyvumą tiesiogiai per formulę: „nauda/išlaidos, rezultatų vertė/išteklių išlaidos“ (p.348). E. Leichterio (2007) apibrėžimas parodo efektyvumą per vadovo prizmę: „tai gebėjimas pasiekti numatytus tikslus naudojant darbuotojų kūrybiškumą ir gerą darbo organizavimą“ (p.4).

Lietuvoje, pagal D. Jankauskienę (2007), „efektyvumo sąvoka (ang.*efficiency*) - ar taikomas požiūris ar diegiamas procesas atitinka tikslą realiomis veiklos sąlygomis“ (p.4).

Kitokios nuomonės laikosi A.Bagdonas (2000), siūlydamas efektyvumą apibūdinti kaip „rezultatų pasiekimo laipsnį“ ir nurodydamas atitikmenį anglų kalba *effectiveness* ir šiam terminui teikdamas sinonimą – rezultatyvumas. K. Lukaševičius ir kt. (2005), efektyvumą aiškina kaip „įmonės veiklos veiksmingumą, rezultatyvumą, išreiškiamą rezultato ir sąnaudų santykiu“ (p.7).

Kaip matome efektyvumo terminas įvairiuose šaltiniuose aiškinamas įvairiai, tačiau galima pastebėti vieną bendrybę, kuri jungia visus šiuos apibrėžimus - tai „siekimas gauti kuo daugiau naudos (rezultatų), kuo geriau vartojant produktyvias pastangas (ribotus išteklius)“ (Martinkus, Žilinskas, 2005, p. 11). Aiškinant šį terminą kyla nemažai painiavos, kai kurie mokslininkai

(Bagdonas, 2000; Lukaševičius, 2005) jį tapatina su veikmingumo ar produktyvumo sąvokomis. Remiantis J.E. Lane (2001), pateikiami šių sąvokų apibrėžimai:

1) Veiksmingumas (angl. Effectiveness) – paslaugos galimybė duoti norimą rezultatą, esant idealioms sąlygoms ir taikant šią paslaugą tinkamai problemai spręsti. Veiksmingumas išreiškiamas per formulę: rezultatų vertė/paslaugų produkcija.

2) Produktyvumas/našumas (angl. Productivity) – darbo produktyvumas vadinamas darbo našumu ir matuojamas produkcijos apimtimi per vieną darbo valandą (ETŽ, 2012), jo vertinimo lygtis: veiklos produkcijos/išteklių santykis.

Kaip matome, terminai yra panašūs, bet tuo pačiu ir gana skirtingi. Apskritai, efektyvumas yra išmatuojama charakteristika, kiekybiškai nustatoma pagal produkcijos santykį su ištekliais. Veiksmingumas yra ne kiekybinis matas, o daugiausia susijęs su tikslų siekimu. Paprastas būdas atskirti efektyvumą nuo veiksmingumo remtis prielaida, kad „efektyvumas reiškia daryti viską teisingai, o veiksmingumas - daryti teisingus dalykus" (WHO, 2012). Našumas yra gaminamos produkcijos ir sąnaudų santykis. Čia svarbus produkto kiekis per tam tikrą laikotarpį.

Išvertinus literatūroje pateikiamus efektyvumo apibrėžimus ir skirtumus nuo panašiai vėrčiamų terminų, galima prieiti išvados, kad efektyvumas yra rezultatų pasiekimas mažiausiomis sąnaudomis. Darbo autorė linkusi sutikti su J.E. Lane knygoje (2001) pateikiamu efektyvumo apibrėžimu, todėl šiame moksliniame darbe efektyvumas yra suprantamas kaip rezultatų ir sąnaudų santykis.

1.1.2. Efektyvumo tipai

Išanalizavus efektyvumo sąvokos apibrėžimą, reikia paminėti, kad mokslinėje literatūroje nurodomi keli efektyvumo tipai.

M.J.Farrellis (1957) naudoja bendro efektyvumo sąvoką. Jį, anot autoriaus, sudaro techninio ir alokacinio efektyvumų derinys:

a) techninis efektyvumas - tai produkcijos didinimas išlaikant tą patį išteklių lygį arba priešingai - išteklių mažinimas išlaikant tą patį produkcijos lygį. Techninis neefektyvumas būna, esant prastam vadovavimui.

b) alokacinis (išteklių paskirstymo) efektyvumas - tai išteklių kainos mažinimas išlaikant tą patį produkcijos lygį arba atvirkščiai produkcijos didinimas išlaikant tą pačią savikainą.

K. Lukoševičius ir kt. (2005) be alokacinio ir techninio efektyvumo išskiria dinaminį efektyvumą. Anot autorių, jis pasiekiamas tada, „kai inovaciniai pokyčiai įvyksta greitai ir tinkamu laiku“ (p.9). Dinaminį efektyvumą lemia konkurencija, kuri verčia firmas įdiegti naują technologiją.

Kituose literatūros šaltiniuose, (Kalibatas, 2005; U.S. Department of Health and Human Services, 2012) šalia alokacinio ir techninio efektyvumo, minimas ekonominis efektyvumas – „tai geresnių rezultatų pasiekimas mažesnėmis sąnaudomis“; Ir Pareto efektyvumas (socialinis) arba Pareto optimumas. Anot J.Povilaitytės (2011), Pareto optimumas pasiekiamas tuomet, „jei vieno individo gerovė gali būti pakelta tik kito individo sąskaita“ (p.14). Kitaip tariant, kai ištekliai yra paskirstyti tokiu būdu, kad juos perskirstant, siekiant kažkam duoti daugiau, neišvengiamai pablogina kito individo padėtį. Pasak autorės, keliamos trys sąlygos, kad būtų pasiektas Pareto efektyvumas: „geriausias prekių paskirstymas vartotojams, tinkamiausias išteklių paskirstymas ir optimali produkcijos apimtis“ (p.15). Jeigu būtų patenkinamos visos minėtos sąlygos, būtų neįmanoma pagerinti vieno asmens padėties tuo pat metu nepabloginus kitų padėties.

V. Kalibatas (2005) savo moksliniame darbe formuluoja efektyvumo tikslą – „pasiekti kiek galima daugiau su ribotais ištekliais, vengiant išteklių švaistymo ar sumažinti išteklius, reikiamus pagaminti nustatytam kiekiui prekių ar paslaugų“ (t.y. techninis efektyvumas), „kiekvieną rezultatą pasiekiant mažiausiomis sąnaudomis“ (ekonominis efektyvumas) ir „pasiekiant tokių rezultatų ir tokių jų kiekį, kuriuos vertina žmonės“ (paskirstymo efektyvumas) (p.26). Suprantama, su paslaugų tiekimu siejamas išteklių švaistymo vengimas, o pasiekiami rezultatai siejami su paslaugų vartojimu. Darbo autorė sutinka, su V.Kalibato pateikiamu efektyvumo tikslo formulavimu, kuris trumpai reiškia įdėjus kuo mažiau, gauti kiek įmanoma daugiau, bet siekiant tikslo neturėtų kentėti paslaugų kokybė.

1.1.3. Efektyvumo nustatymo galimybės

Amerikos viešojo administravimo asociacija (ASPA) savo rezoliucijoje ragina viešojo sektoriaus organizacijas aktyviai vertinti savo veiklos efektyvumą, o veiklos matavimas ir konkrečių matavimo rodiklių nustatymas yra viena iš svarbiausių naujosios viešosios vadybos doktrinų (Sudnickas, 2008). Tačiau analizuojant mokslinę literatūrą, pastebėta, kad nėra vienos universalios matavimo rodiklių sistemos, kuri tikėtų vertinti visų įstaigų veiklos efektyvumą.

T. Sudnicko (2008) nuomone, veiklos matavimas gali būti apibūdintas kaip „veiksmo efektyvumo išreiškimo skaičiais procesas“, o veiklos matas gali būti apibūdintas kaip „rodiklis, kuris įvardija efektyvumą“, galiausiai veiklos matavimo sistema gali būti apibūdinama kaip „rodiklių rinkinys, naudojamas efektyvumui nustatyti“ (p.18). Analizuojant straipsnį, reikštų, kad efektyvumas gali būti matuojamas atitinkamų rodiklių pagalba. Įvesties (input) rodikliai atspindi sąnaudas, turimus išteklius, o išėigos (output) rodikliai apibūdina rezultatus. Kiekviena įstaiga, pasirinkusi atitinkamų įvesties ir išėigos rodiklių rinkinį, gauna veiklos efektyvumo matavimo sistemą, pritaikytą būtent šiai įstaigai. Kadangi efektyvumas yra rezultatų ir sąnaudų santykis, jis gali būti nustatomas lyginant santykį tarp esamų ir siekiamų rezultatų, tarp įvairių organizacijų vienu metu ir vienoje organizacijoje laiko atžvilgiu. Efektyvumo vertinimas viešosiose organizacijose yra gana sudėtingas dėl sunkiai išmatuojamų rezultatų ir skirtingų efektyvumą apibūdinančių sampratų.

Apibendrinant šį darbo skyrių, galima pabrėžti, kad efektyvumas yra rezultatų ir išteklių santykis. Būtent tokio apibrėžimo laikomasi vartojant efektyvumo sąvoką šiame darbe. Esant keliems efektyvumo tipams, jo tikslas yra vienas – gauti kuo daugiau naudos ribotais ištekliais. Įstaigos efektyvumas gali būti matuojamas per įvesties ir išėigos rodiklių nustatymą ir palyginimą.

1.2. Sveikatos priežiūros efektyvumą reglamentuojančių dokumentų analizė

Šiame darbo poskyryje analizuojama sveikatos priežiūros efektyvumo samprata. Nagrinėjami svarbiausi Lietuvos ir tarptautiniai dokumentai, reglamentuojantys efektyvumą sveikatos priežiūroje.

1.2.1. Sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumas

Sveikatos priežiūros sritis yra neatsiejama nuo kiekvieno žmogaus gyvenimo etapo. Šios srities paslaugos apima ne tik ligų gydymą, jų prevenciją, profilaktinius tikrinimus, bet ir švietiejišką veiklą – propaguoja sveiką gyvenimo būdą, skleidžia informaciją apie įvairius susirgimus ir apsaugojimo nuo jų galimybes. Sveikatos priežiūros sritis įtakoja tik 10 proc. asmens sveikatos, tačiau tai nereiškia, kad sveikatos sistema ir jos tinkamas organizavimas nėra valstybės veiklos prioritetas. Priešingai, sveikatos apsaugos poreikiai didėja dėl didėjančios žmonių populiacijos, pagyvenusių žmonių skaičiaus didėjimo, daugėja pagydomų ligų, medicinos technologijos tobulėja.

Būtent dėl šių priežasčių, autorės nuomone, sveikatos politika turi būti aktyvi, o sveikatos priežiūros paslaugos prieinamos, kokybiškos ir efektyvios.

D. Jankauskienė ir R. Pečiūra (2007) sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą apibūdina, kaip „aukščiausios kokybės sveikatos priežiūros bei sveikatos priežiūros paslaugų derinį, užtikrinantį geriausius sveikatos rezultatus mažiausiomis sąnaudomis“ (p.56). Sveikatos priežiūroje efektyvumas dažniausiai yra vienas iš sveikatos priežiūros kokybės sistemos vertinimo kriterijų.

Pasak P. Sanazaro (Janušonis, 1991), kokybiška yra ne tik aukšto lygio, bet ir „konkrečius sveikatos apsaugos tikslus bei medicinos įstaigų uždavinius atitinkanti medicinos pagalba“ (p.5).

V. Janušonis ir J. Popovienė (2004) savo knygoje sveikatos priežiūros kokybę aiškina, kaip „laipsnį, kuriuo asmens ir visuomenės sveikatos priežiūra didina tikimybę pasiekti norimų rezultatų, remdamasi šiuolaikinėmis profesinėmis žiniomis“ (p.10). Taip pat savo knygoje autoriai teigia, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybė priklauso nuo to, kaip šias paslaugas vertina pacientai, tačiau vėliau pateikia N. Finkelsteino nuomonę, kad vertinant sveikatos priežiūros kokybę reikėtų remtis „statistiniais duomenimis, o ne subjektyviais pacientų vertinimais“ (p.35). Toks prieštaravimas parodo, kad vertinant sveikatos priežiūros kokybę, svarbūs ne tik statistiniai duomenys, bet ir pacientų subjektyvūs vertinimai, todėl norint gauti išsamius vertinimo rezultatus, svarbus šių duomenų derinys.

Organizacinį efektyvumą galima apibūdinti kaip „organizacijos, įstaigos arba įmonės gebėjimą pasiekti norimų rezultatų minimaliomis energijos, laiko, pinigų, personalo, medžiagų ir t.t. sąnaudomis“ (Medical Subject Headings, 2012), arba „gebėjimą pasiekti maksimalų rezultatą įdėjus tam tikrą indėlį“ (WHO glossary, 2012). Kaip nurodoma literatūroje (WHO, 2003), efektyvumas yra viena svarbiausių gydymo įstaigų veiklos vertinimo sričių. Efektyvumu vertinama, ar sveikatos priežiūros ištekliai naudojami taip, kad už investuotus pinigus būtų gaunama didžiausia nauda. Tą patį savo darbe patvirtina ir V. Kalibatas (2005), nurodydamas, kad efektyvumas yra „susijęs su santykiu tarp indėlio (darbo, kapitalo arba įrangos sąnaudų) ir tarpinių rezultatų (gydytų pacientų skaičiaus, laukimo laiko ir pan.) arba galutinių sveikatos rezultatų (išgelbėtų gyvybių, įgytų gyvenimo metų ir pan.)“ (p.35). Taip autorius šalia įvesties (input) ir išeigos (output), įtraukia išdavų (outcome) vertinimą.

Autorius laikosi nuomonės, kad ligoninė dirba techniškai efektyviai, kuomet ji dirba „paslaugų galimybių ribinėmis sąlygomis.“ Atitinkamai ligoninė turi dirbti alokacinio efektyvumo sąlygomis - „maksimalios paslaugos už esamą savikainą“ (p.36).

Kaip matyti, sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumas gali būti matuojamas siekiant nustatyti, kiek efektyviai naudojami turimi ištekliai. Kai įstaiga siekia savo veiklos efektyvumo, ji turi racionaliai naudoti turimus resursus.

1.2.2. Sveikatos priežiūros efektyvumo svarba tarptautinių organizacijų dokumentuose

Nustačius, kad veiklos efektyvumo siekimas yra kiekvienos įstaigos veiklos prioritetas, šiame poskyryje bus analizuojami tarptautiniai dokumentai, kurie patvirtina veiklos efektyvumo vertinimo svarbą.

PSO 2006 m. dokumente apie sveikatos priežiūros kokybę (WHO, 2006) efektyvumas priskiriamas vienai iš šešių pagrindinių charakteristikų, kurios įtakoja sveikatos paslaugų kokybę. Dokumente efektyvumas nusakomas kaip „maksimalus esamų resursų panaudojimas ir nuostolių išvengimas.”

1998 metų PSO programoje „Sveikata visiems 21 amžiuje“ (Sveikatos apsaugos ministerija (SAM), 1998) pabrėžiama, kad reikalingi sveikatos priežiūrai ištekliai turi būti planuojami, remiantis „sveikatos rezultatų, pacientų pasitenkinimo ir ekonominio efektyvumo pagrindu.”

2000 m. PSO ataskaitoje (WHO, 2000), keliamas tikslas nagrinėti sveikatos sistemos efektyvumą ir jį įtakojančius veiksnius. Šis dokumentas įgalina objektyviai pažvelgti į sveikatos sistemą, pamatyti kaip naudojami ištekliai bei kaip efektyvumas gali būti nustatomas.

Tais pačiais metais Europos Komisija priėmė Naujos visuomenės sveikatos strategiją (Europos Komisija, 2000), kuri pabrėžia, kad „pagrindinis akcentas turėtų būti gera sveikatos priežiūros praktika“ (p.48). Ši praktika, anot strategijos teksto, apima sveikatos stiprinimą, ligų prevenciją, diagnostiką ir gydymą, SP saugumą, našumą, veiksmingumą ir ekonominį efektyvumą.

2006 metais įvykusi tarptautinė konferencija Londone (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2006) patvirtino sveikatos sistemos efektyvumo matavimo svarbą.

Analizuojant pristatytus dokumentus, galima drąsiai teigti, kad nuo XX a. pabaigos pasaulyje kreipiamas ypatingas dėmesys sveikatos priežiūros efektyvumui. Didžiąja dalimi prie to prisidėjo Pasaulio sveikatos organizacija, kurios dokumentuose ir seminaro ataskaitose skatinamas veiklos efektyvumo matavimas ir įstaigų siekimas dirbti efektyviai.

1.2.3. Efektyvumas sveikatos priežiūros sektorių reglamentuojančiuose Lietuvos teisės aktuose

Lietuvos sveikatos priežiūros veikla yra reglamentuota įstatymų. Sveikatos apsaugos politika Lietuvoje nemaža dalimi remiasi tarptautiniais (PSO ir ES) dokumentais. Tačiau svarbų vaidmenį formuojant ir reformuojant sveikatos priežiūrą turi nacionaliniai dokumentai. Šiame skyrelyje bus pateikiami ir analizuojami Lietuvos įstatymai ir dokumentai, kuriuose kreipiamas dėmesys į sveikatos priežiūros efektyvumą.

Nacionalinės sveikatos teisės pradžia yra Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos sukūrimas ir jos patvirtinimas 1991 metais.

Pagrindinis dokumentas, grindžiantis sveikatos politikos formavimą Lietuvoje, yra Nacionalinė sveikatos koncepcija. Šiame dokumente (LR Aukščiausioji Taryba, 1991) deklaruojama pagrindinė nacionalinės sveikatos sistemos plėtojimo strateginė kryptis – tai sveikatos išsaugojimas, jos stiprinimas bei ligų profilaktika. Taip pat nurodoma, kad valstybė užtikrina sveikatos sistemos efektyvų funkcionavimą, o siekiant didinti sveikatos paslaugų efektyvumą, kaip vieną iš būdų siūloma didinti medicinos personalo „suinteresuotumą efektyviai dirbti, tam tikslui panaudojant ekonominius švertus.“

Esminiai dokumentai, apibrėžiantys sveikatos priežiūrą Lietuvoje yra LR Sveikatos sistemos (1994), LR Sveikatos priežiūros įstaigų (1996) ir LR Sveikatos draudimo (1996) įstatymai. Jie apibrėžia asmens sveikatos priežiūros kriterijus, pateikia įstaigų veiklos, jų valdymo, kontrolės, finansavimo ypatumus. Apibrėžiami sveikatos įstaigų ir pacientų santykiai, taip pat įvardijamos insitucijos, kontroliuojančios sveikatos priežiūros efektyvumą.

Pagal LR Sveikatos sistemos įstatymą (1994) asmens sveikatos priežiūra turi atitikti šiuos kriterijus: prieinamumas, priimtinum, teisumas ir tinkamumas. Anot įstatymo, sveikatos priežiūros tinkamumas - tai “valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą.” Šis įstatymas nurodo Valstybinę medicininio audito inspekciją (VMAI) prie SAM, kaip „sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, ekonominio efektyvumo ir tinkamumo“ ekspertizės bei kontrolės vertintoją.

LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (1996) nurodo, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kontrolę atlieka VMAI ir VLK (TLK). O Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba (VASPVT) prie SAM – išduoda licencijas sveikatos priežiūros įstaigoms ir specialistams, tuo pačiu ”užtikrina, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų saugios ir kokybiškos.“

Apie VLK, kaip apie sveikatos sistemos funkcionavimo stebėtoją, kalbama ir 2010 metų SAM ministro įsakyme (Sveikatos apsaugos ministerija (SAM), 2003). Čia tvirtinama, kad VLK „nustato privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimo rodiklius“ ir pagal juos vykdo sistemos stebėjimą.

LR Sveikatos draudimo įstatymas (1996) papildė LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą (1996), apibrėždamas, kad TLK „kontroliuoja savo veiklos zonoje asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, kiekį ir kokybę“, o sudariusių sutartis su TLK sveikatos priežiūros įstaigų pareiga yra „užtikrinti draudžiamiesiems privalomojo sveikatos draudimo garantuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, jų prieinamumą ir tinkamumą.“

Ankstesniuose analizuojamuose įstatymuose dėmesys skiriamas sveikatos sistemos efektyvumo stebėjimą ir kontrolę atliekančių institucijų identifikavimui, jų funkcijų apibrėžimui.

Būtinybę parengti ir įgyvendinti Lietuvos sveikatos programą (1996) buvo suformuluota Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje (1991). 1993 metais, įvertinus 1991-1993 metų Lietuvos gyventojų sveikatos būklės duomenis ir atsižvelgus į esamas sveikatos problemas, buvo pradėti kurti jos pradmenys. Šioje programoje iškeltų bendrųjų tikslų (gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas, sveikatos santykių teisumas ir gyvenimo kokybės pagerinimas) siekimui suformuluoti tolimieji (iki 2010 m.) ir artimieji (iki 2005 m.) uždaviniai. Tarp tolimųjų uždavinių minėtinas sveikatos priežiūros įstaigų veiklos bei jose teikiamų paslaugų kokybės ir efektyvumo gerinimas. Vienas iš artimųjų uždavinių skelbia siekimą efektyviau naudoti lėšas per išteklių racionalizavimą bei išlaidų optimizavimą.

Taip pat nurodoma, kad sveikatos reformos žingsniai turi būti nuolat „vertinami moksliskai pagrįstais metodais, taip pat kainų efektyvumo, paslaugų kokybės bei bendros medicinos praktikos vertinimo prasme.“ Reiškia, šis dokumentas apibrėžia efektyvumo sveikatos priežiūroje nustatymo svarbą, vertinant iškeltus tikslus ir uždavinius.

O apie efektyvumą, pagrįstą ekonomiškai, kaip apie „aukščiausios kokybės sveikatos priežiūros bei sveikatos paslaugų derinį, duodantį geriausius sveikatos rezultatus, užtikrinimą mažiausiais kaštais“, kalbama Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programoje (SAM, 2004). Šiame dokumente efektyvumas priskiriamas prie kokybės charakteristikų, taip pat pateikiami PSO programiniame dokumente „Sveikata 2000“ suformuluoti sveikatos priežiūros kokybės tikslai: „aukštas

profesionalumas, efektyvus išteklių panaudojimas, minimali rizika pacientams, pacientų pasitenkinimas, galutinis poveikis sveikatai.“

Kaip matome abeiose programose keliama tikslai siejami su sistemos efektyvumo didinimu – tai liečia tiek ekonominį, tiek ir veiklos efektyvumą.

LR Vyriausybės (2010) numatytuose 2012 m. prioritetuose kalbama apie sveikatos priežiūros kokybę ir efektyvumą: „valstybės lėšos bus naudojamos efektyviai, o sutaupytos lėšos skiriamos paslaugų kokybei gerinti.“ Taip pat siekiama užtikrinti asmenų, kurie kreipiasi į viešąsias įstaigas, gerą aptarnavimo kokybę – t.y. didinti paslaugų prieinamumą, garantuoti viešumą ir mažinti administracinę naštą.

Tam tikslui pasiekti pasirinkta:

- a) baigti optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir pertvarkyti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą;
- b) taikyti giminingų diagnozių grupių (toliau DRG) metodą aktyviojo gydymo stacionarinių paslaugų apmokėjimui ir užtikrinti su DRG susietą vienodą šių paslaugų sąnaudų apskaitą gydymo įstaigose;
- c) baigti valstybės valdomų įmonių pertvarką pagal veiksmingo valdymo standartus - įgyvendinti skaidrumo gaires, nustatyti veiklos efektyvumo rodiklius, parengti valdymo organų skyrimo tvarką.

O remiantis VLK 2011-2013 metų strateginiu veiklos planu (VLK, 2010), vienas iš keliamų strateginių tikslų yra „efektyviai ir racionaliai naudoti PSDF biudžeto lėšas sveikatos priežiūrai.“ Pagal planą, tikslas turėtų būti pasiektas per išlaidų planavimą pagal prioritetines sritis, teisingesnį stacionarinių paslaugų apmokėjimą, naudojant DRG metodą. Taip pat VLK siekia „optimizuoti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą, stiprinti pirminę sveikatos priežiūrą.“ Šio tikslo vienas iš uždavinių „suformuoti racionalią sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą, kuri užtikrintų saugias ir kokybiškas paslaugas.“ Tam pasiekti numatyta naudoti „ekonomiškai efektyvių paslaugų formų teikimo plėtojimą“, bei „sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo III etapo įgyvendinimą.“ Šio tikslo vertinimo kriterijais parinkti stacionarinių paslaugų kiekio, tenkančio 100-ui gyventojų, mažėjimas ir prioritetinių paslaugų kiekio, tenkančio 100-ui gyventojų, didėjimas.

Kaip matyti, du paskutiniai analizuojami dokumentai atkartoja vienas kitą. Juose kalbama apie siekimą efektyviai naudoti turimus išteklius bei sveikatos priežiūros struktūros optimizavimą. Taip pat keliamas uždavinys nustatyti rodiklius, kuriais galima būtų vertinti veiklos efektyvumą. Šių dokumentų panašumas rodo suderintą VLK ir Vyriausybės veiklos planą.

2003 metų LR SAM ministro įsakyme (SAM, 2003), iškelti uždaviniai, susiję su sveikatos priežiūros efektyvumu:

- a) suformuoti Vilniaus apskrityje efektyvesnę ir gyventojų poreikius atitinkančią sveikatos priežiūros paslaugų sistemą;
- b) siekti efektyvesnio žmogiškųjų, finansinių ir materialinių išteklių panaudojimo;
- c) padidinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą ir pagerinti darbuotojų darbo sąlygas.

Uždaviniai skirti restruktūrizacijos tikslui pasiekti - “užtikrinti geresnį gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikių patenkinimą, aukštesnę paslaugų kokybę, saugumą ir prieinamumą bei racionalesnį išteklių panaudojimą”. Tam numatyta: sumažinti stacionarinės pagalbos apimtį, mažinant VGT ir hospitalizacijų skaičių, užtikrinti šių paslaugų kompensavimą ambulatorinių paslaugų, dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugų didėjimu. Įgyvendinus planą, anot įsakymo teksto, bus “racionaliau paskirstomi finansiniai, žmogiškieji ir materialiniai ištekliai, padidės jų naudojimo efektyvumas.”

2007 metų SAM ministro įsakyme (SAM, 2007) taip pat numatyta “optimizuoti stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą”, įgyvendinant “diferencijuotus sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelius”. Kaip teigiama įsakyme, modeliai apimtų sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą, esamus išteklius - finansinius, materialinius bei žmogiškuosius (pajamų ir išlaidų struktūra ir šaltiniai, finansinis rezultatas, etatų skaičius (šeimos gydytojų, gydytojų specialistų, slaugytojų, kito personalo), ilgalaikį ir trumpalaikį turtą, jo vertę (pradinę ir likutinę), prisirašiusių gyventojų skaičių, suteiktų paslaugų skaičių).

Abu SAM ministro įsakymai nukreipti į stacionarinių įstaigų veiklos efektyvumo didinimą, siekiant racionaliai naudoti turimus išteklius.

2011 metais SAM įsakymu parengtas ir LR Seimo patvirtintas sveikatos sistemos plėtros 2011-2020 metais metmenų projektas (LRS, 2011).

Tai yra vienas svarbiausių ilgalaikės perspektyvos dokumentas, apibrėžiantis siekimą sukurti efektyvią sveikatos priežiūros sistemą.

Metmenų tikslas - “nustatyti nuoseklią ir kryptingą sveikatos sistemos plėtrą, siekiant sukurti efektyvesnę ir konkurencingesnę sveikatos sistemą, kuri ... skatintų racionalų ir efektyvų išteklių naudojimą.” Metmenyse nurodoma, kad viena iš pagrindinių sveikatos sistemos problemų yra “nepakankamai efektyvi sveikatos priežiūros organizavimo sistema”, kurią sąlygojo, tame tarpe, ir:

- a) nepakankamai efektyvus SP įstaigų valdymas;
- b) nepakankamai veikiantys kontrolės ir stebėsenos mechanizmai;
- c) nepakankamai išplėtos alternatyvios paslaugų organizavimo formos.

Žemiau pateiktoje darbo autorės sudarytoje lentelėje, pristatomi sveikatos sistemos problemų sprendimo etapai bei konkretūs veiksmai, siūlomi Metmenyse.

1 lentelė. Sveikatos sistemos problemų sprendimo etapai

I etapas	Struktūriniai pokyčiai	Gydytojų skaičiaus mažinimas Ligoninių skaičiaus mažinimas Lovų ligoninėse mažinimas
II etapas	Maksimalių biudžetų nustatymas	Nustatomos finansinės „lubos“, kurias pasiekus, įstaiga nebegauna apmokėjimo
III etapas	Sąnaudų pasidalijimas	Papildomasis (savanoriškasis) sveikatos draudimas Įteisintos paciento priemokos Sąžininga konkurencija ir efektyvi vadyba

Šaltinis: Sudaryta pagal Sveikatos sistemos plėtros 2011-2020 metais metmenų projektą, 2011.

Atsižvelgus į esamas problemas, Metmenyse siūloma tobulinti sveikatos priežiūros vadybą ir finansavimą bei gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę.

Siekiant tobulinti sveikatos priežiūros finansavimą ir vadybą, siūloma:

- diegti šalies mastu stacionarių paslaugų apmokėjimą, taikant DRG metodą;
- siekti, kad valstybės išlaidos sveikatos apsaugai sudarytų prielaidas pasiekti išsivysčiusių Europos Sąjungos valstybių narių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės rodiklius;
- patvirtinti ir įdiegti valstybės mastu sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės bei efektyvumo vertinimo kriterijus ir rodiklių sistemą, atlikti reguliarią sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo lyginamąją analizę, sveikatos priežiūros įstaigų finansavimą labiau sieti su jų veiklos kokybe, efektyvumu ir rezultatyvumu;
- gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir gyventojų aptarnavimą, didinant gydytojų ir slaugytojų santykį bei įvedant atskirą apmokėjimą už gydytojo ir slaugytojo paslaugas;
- plėtoti alternatyvias specializuotas ambulatorines, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinės rehabilitacijos ir psichikos sveikatos paslaugas;

f) atlikti Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos įgyvendinimo rezultatų analizę.

Siekiant gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir saugą, svarbu „įdiegti nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūros srityje stebėsenos sistemą.“

Kaip matyti, Metmenyse identifikuojamos neefektyvios sveikatos sistemos priežastys bei siūlomi būdai šioms problemoms spręsti. Problemų sprendimas susijęs su sveikatos priežiūros išteklių mažinimu, kvotų nustatymu gydymo įstaigoms bei sąnaudų pasidalijimu. Metmenys laikomos svarbiu dokumentu, nuosekliai reglamentuojančiu sveikatos priežiūros sistemos efektyvumo didinimo etapus.

Apibendrinant galima teigti, kad visuose pristatomuose dokumentuose minimas sveikatos priežiūros efektyvumas, tačiau tik keliuose dokumentuose jis vertinamas kaip atskira veiklos charakteristika. Daugumoje dokumentų efektyvumas pristatomas, kaip vienas iš sveikatos priežiūros kokybės charakteristikų. Efektyvumo matavimas, remiantis analizuojamais dokumentais, yra labai svarbus aspektas kiekvienoje sveikatos priežiūros įstaigoje, tačiau iki šiol nėra nustatytos bendros veiklos efektyvumo vertinimo metodikos. Tam tikro vertinimo modelio pasirinkimas priklausytų nuo pačios įstaigos. Kol kas įvairiuose dokumentuose, sveikatos paslaugų efektyvumas suprantamas tik kaip išteklių (gydytojų, ligoninių, lovų) mažinimas.

1.3. Sveikatos priežiūros efektyvumo vertinimo metodologija

Kaip nurodoma literatūroje (Street, 2003), efektyvumo analizė pradėta naudoti sveikatos sistemos produktyvumui vertinti nuo 1980 metų. B. Hollingsworthas (2008) savo straipsnyje atžymi, kad paskutiniu laiku labai padidėjo studijų, kuriuose nustatomas efektyvumas sveikatos priežiūroje, skaičius. Remiantis literatūros duomenimis (Verhoeven, Lugaresi, 2007), dažniausiai yra nagrinėjamas bendras efektyvumas (ryšys tarp išlaidų ir sveikatos rodiklių (išeičių)). Ligoninės „išeičiai“ nustatyti vertinami loviadieniai ir išrašymai iš ligoninės, kartais - sveikatos būklės pasikeitimai, mirtingumas ar individuali paslaugų kokybė. Ligoninės ištekliai dažniausiai nustatomi apskaičiuojant įrangos ir personalo kaštus (Jacobs, 2006). Šiame skyriuje analizuojami veiklos efektyvumo sveikatos priežiūroje vertinimo modeliai ir būdai.

1.3.1. Efektyvumo vertinimo galimybės sveikatos priežiūroje

Ankstesniame skyriuje, analizuojant tarptautinius ir Lietuvos dokumentus, prieita išvados, kad pasaulyje kreipiamas ypatingas dėmesys sveikatos priežiūros efektyvumo vertinimui. Šis poskyris pateikia įvairių modelių pavyzdžių, taikomų efektyvumui nustatyti.

Veiklos efektyvumo vertinimas sveikatos sistemoje yra labai svarbus, siekiant efektyviai naudoti turimus resursus, tačiau kaip nurodo mokslininkai, komplikotas ir neretai atliekamas lėtai ir formaliai (Voelker, 2001). Anot W.N.Zelmano ir C.B.Pinko (2003) tai yra dėl to, kad sveikatos apsaugos įstaigos (daugumoje) yra ne pelno siekiančios organizacijos, tad joms netinka efektyvumo matavimo bei pelno siekimo metodai, naudojami privačiose įstaigose. Be to nurodomos ir kitos priežastys: trūksta kompetetingo personalo atlikti vertinimą, sveikatos sistemos įstaigų veikla yra specifinė, todėl yra sunku ją įvertinti, interpretuoti rezultatus bei palyginti su kitomis sveikatos įstaigomis.

Analizuojant literatūros šaltinius pastebėta, kad įvairūs autoriai turi skirtingus požiūrius į organizacijos (tame tarpe ir ligoninės) efektyvumą. Dėl požiūrių skirtumo skiriasi ir siūlomų vertinti rodiklių grupės. Žemiau pateikiamos kelių mokslininkų nuomonės.

Pavyzdžiui, T. Sheldonas (1992) įsitikinęs, kad veiklos efektyvumas organizacijoje priklauso nuo kokybiškų sprendimų. Remiantis tuo, autorius išskiria rodiklių grupes, naudojamas ligoninės veiklos efektyvumui vertinti:

- a) sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodikliai;
- b) sveikatos priežiūros paslaugų paruošimo ir pateikimo vartotojui laiko rodikliai;
- c) kainų ir vertės rodikliai, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas;
- d) sveikatos priežiūros paslaugų apimtis ir lankstumas.

Šiuos rodiklius autorius jungia į rezultatų grupes – rezultatų (paslaugų) kainodara, kiekybė ir kokybė.

H.Dummondas (1992) efektyvumui nustatyti apibrėžia tokias rodiklių grupes:

- a) kokybės (įskaitant skundus ir pretenzijas);
- b) išteklių naudojimo;
- c) technikos ir technologinių įrengimų apkrovimo;
- d) užsakymų vykdymo ir įvykdymo laiko.

O V.Janušonis (1990) savo knygoje išskiria tokius kriterijus efektyvumui įvertinti:

- a) organizacijos darbo rezultatai (priklauso nuo įstaigos tikslų ir uždavinių);
- b) organizacijos funkcionavimo ir dinamikos rodikliai;
- c) valdymo subjekto specifiniai darbo rezultatai ir pirmojo vadovo darbo organizacijos lygis;
- d) valdymo subjekto darbo rezultato.

Priešingai D.R.Denisonas (1990) nurodo, kad organizacijos veiklos efektyvumas priklauso nuo organizacijos kultūros. Todėl siūlo efektyvumą vertinti remiantis :

- a) vertybėmis ir įsitikinimais;
- b) politika ir bendrąja veikla;
- c) vertybių ir veiklos atitikimo ryšiumi;
- d) vertybių, veiklos ir aplinkos ryšiumi.

Nepaisant mokslininkų nuomonių skirtumo, galima atrasti tai, kas jas jungia, tai – siūlymas vertinti darbo rezultatus, veiklos kokybę bei paslaugų laukimo laiką.

Įvairūs rodikliai yra jungiami į grupes, atspindinčias tam tikras veiklos charakteristikas. Veiklos efektyvumo vertinimo modeliai, pateikiami žemiau, apima skirtingas rodiklių grupes.

2003 m.sausį PSO pranešimas Barselonoje (WHO, 2003) buvo skirtas ligoninių veiklos matavimui. Remiantis šio pranešimo tekstu, pateikiami įvairių šalių veiklos matavimo modeliai, kuriuose apjungiami įvairūs veiklos efektyvumo vertinimo kriterijai:

- 1) Kanados – a) Ontarijo ligoninės asociacijos modelis sudarytas iš 4 vertinimo aspektų - pacientų, finansų, klinikinės veiklos, mokymosi ir augimo – šie aspektai atkartoja BSC modelio perspektyvas, tačiau priešingai nei BSC modelyje, šie keturi matmenys vertinami atskirai;
 - b) Monrealio universiteto – apima tikslo pasiekimą, gamybą, pritaikymą, kultūrą ir vertybes.
- 2) Danijos – modelyje didžiausias dėmesys skiriamas pacientui trijose kryptyse – klinikinė (priėmimas, tyrimai, vertinimas ir kt.), paciento (informacija, pacientų teisės), organizacinė (žmogiškieji ištekliai, rizikos valdymas).
- 3) Prancūzijos – modelyje kreipiamas dėmesys į tikslų pasiekimą (klinikinių ir epidemiologinių), optimaliai naudojamų išteklių ir gebėjimą prisitaikyti prie pokyčių.

2007 metais PSO (WHO, 2007) sukūrė ligoninių veiklos efektyvumo vertinimo modelį (PATH - Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals). Šio modelio tikslas - padėti ligoninėms atrinkti reikiamus veiklos efektyvumo vertinimo rodiklius, sudaryti galimybę vertinti įstaigos veiklos efektyvumą lyginant su kitomis tos pačios šalies ar kitų valstybių įstaigomis, inicijuoti paslaugų kokybės gerinimo būdus ir strategijas. Modelis apima sekančių rodiklių grupių vertinimą:

- a) klinikinis veiksmingumas;
- b) efektyvumas;

- c) darbuotojų kryptis;
- d) valdymas;
- e) saugumas;
- f) į pacientą orientuotos paslaugos.

Taip pat prie kiekvienos vertinimo srities yra siūlomi rodikliai, kurie turi būti matuojami. Surinkti duomenys naudojami įstaigos paslaugų kokybei gerinti.

LSMU studentas A.Daukantas (2012) atliko tyrimą siekiant įvertinti ligoninių veiklos efektyvumo vertinimo galimybes Lietuvoje naudojantis PATH modeliu. Tyrimo metu buvo prieita išvadų, kad:

- a) Lietuvoje nėra priimta nacionalinio rodiklių efektyvumo vertinimo modelio.
- b) PATH projektą galima būtų sėkmingai įgyvendinti Lietuvos tretinio ir antrinio lygio ligoninėse. Tai leistų efektyviau paskirstyti teikiamas paslaugas, sumažinti kaštus.
- c) PATH projektas efektyvus ligoninių veiklos efektyvumo vertinimo įrankis, nereikalaujantis didelių finansinių resursų.
- d) Dalyvavimas PATH projekte atvertų galimybes įvertinti savo veiklą kitų šalių atžvilgiu, suteiktų galimybę gauti rekomendacijas paslaugų kokybės gerinimui, remiantis kitų šalių pasiekimais.

Galimybė šį projektą įgyvendinti Lietuvos tretinio ir antrinio lygio stacionaruose egzistuoja, ir tą patvirtina atliktas tyrimas, tačiau realiai šis modelis sveikatos priežiūros įstaigose nėra naudojamas.

Nuo 2012 m. sausio 1 d. visose Lietuvos gydymo įstaigose pradėtas įdiegti DRG grupavimo metodas.

LR Sveikatos apsaugos ministerijos įsakyme (SAM, 2011) apibrėžiama, kad DRG metodas – „tai giminingų diagnozių grupių (angl. Diagnosis Related Groups – DRG) metodas aktyviojo gydymo paslaugų išlaidoms apmokėti taikomas šių paslaugų grupavimo, jas priskiriant medicinos (pagal diagnozes ir kitus kriterijus) ir ekonomikos (pagal sąnaudas) požiūriu panašioms paslaugų grupėms, metodas.“

DRG metodas yra Australijos mokslininkų sukurta pacientų klasifikavimo sistema, kur pacientai grupuojami pagal panašias charakteristikas (pvz.amžius, pagrindinė liga, gretutinės ligos, atlikti tyrimai ir kt.). Specialiai šiam metodui yra sukurta kompiuterių programinė įranga „Grupuojujas“, kuri remdamasi klasifikacija, pacientų gydymo epizodus priskiria tam tikrai DRG.

Remiantis VLK internetiniame puslapyje skelbiama informacija (VLK, 2012), DRG suteikia „klinikiniu požiūriu svarbų būdą susieti visus ligoninėje gydytus pacientus su ligoninei reikalingais

ištekliais.“ To pasekoje įstaigų finansavimas tiesiogiai priklausys nuo jų veiklos rezultatų. Kadangi visose gydymo įstaigose pradėta veikti vienoda klasifikavimo sistema, galima bus lengviau vertinti sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų efektyvumą, atlikti lyginamąją analizę tarp šių įstaigų.

Subalansuotų rodiklių sistema (angl. Balanced scorecard, toliau BSC) - yra veiklos efektyvumo matavimo sistema ir strategijos planas. Modelis buvo sukurtas R.Kaplan ir D.Norton 1992 m. ir pritaikytas matuoti veiklą privačiose įmonėse. Tačiau mokslininkų vėlesniuose darbuose pasiūlyta šį modelį naudoti ne tik verslo, bet ir viešųjų įstaigų veiklai vertinti. Šis modelis remiasi prielaida, kad bet kokios įstaigos vadovas turi tam tikrą rodiklių rinkinį, kuris apima pagrindines šios sistemos vertinimo perspektyvas. Kadangi šiame darbe veiklos efektyvumo matavimas yra paremtas būtent BSC modeliu, detalesnė informacija apie jį pateikiama sekančiame skyriuje.

Taigi kaip matyti, yra labai daug organizacijos veiklos efektyvumo vertinimo kriterijų, tačiau Lietuvoje kol kas nėra nei vieno vieningo vertinimo modelio, naudojamo ligoninių veiklos efektyvumui nustatyti. Veiklos efektyvumo vertinimas sveikatos priežiūros įstaigose yra tik įstaigos vadovo iniciatyva. Todėl ligoninės vadovas, siekiantis matuoti įstaigos veiklos efektyvumą, pasirenka atitinkamus vertinimo modelius ir kriterijus, objektyviai atspindinčius įstaigos veiklos efektyvumą bei jo pokyčius.

1.3.2. Sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo vertinimo būdai

Anksčiau buvo nagrinėjami įvairūs modeliai, naudojami ligoninės veiklos efektyvumui vertinti, o šiame poskyryje susipažįstama su veiklos efektyvumo vertinimo būdais.

2001 metais Produktyvumo komisija (Peacock, 2001) išleido leidinį apie sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo matavimo būdus, kuriame nurodoma ne kokius parametrus vertinti, bet kaip tą daryti. Čia nurodoma kaip turi būti vertinamas ekonominis efektyvumas ir plačiai apibūdinami lyginamosios analizės būdai, taikomi veiklos efektyvumui vertinti. Iš lyginamosios analizės metodų išskiriami :

- a) Paprasta santykio analizė – palyginami tik du kintamieji: įvesties ir išeigos.
- b) Vieneto sąnaudų analizė – įvesties sąnaudos padalinamos iš išeigos kintamojo.
- c) Stochastinė ribinė analizė – naudojami ekonometriniai metodai, sudarant stochastinės ribinės sienos lygtis.

- d) Duomenų apgaubimo analizė – labiausiai naudingas lyginamosios analizės metodas, sugebantis prisitaikyti prie bendros gamybos ir išorinių veiksnių įtakos.

2003 metų PSO Europos regiono pranešimo apie ligoninių veiklos matavimo ir monitoringo kriterijus (WHO, 2003) metu, išskirti sekantys veiklos vertinimo būdai:

- a) Nuolatinis patikrinimas – įvertina minimalius pacientų ir darbuotojų saugos reikalavimus. Ši informacija nepasiekia paslaugų gavėjų.
- b) Vartotojų patirties tyrimai – standartizuoti tyrimai pacientų pasitenkinimui įvertinti. Vertinimo rezultatai pasiekia pacientus ir visuomenę.
- c) Trečiųjų šalių vertinimai – vertinami standartai, įvertinama ar laikomasi tarptautinių kokybės standartų.
- d) Statistiniai rodikliai – gali apimti veiklos valdymą, kokybės gerinimą.

Lietuvių autorės V. Vinciūnienė ir J. Rauluškevičienė (2009) savo darbe nurodo kelis metodus efektyvumui nustatyti. Juos skirsto į parametrinius ir neparametrinius, ribinius ir neribinius.

Parametriniai metodai - susieti su teoriniu normaliu skirstiniu, tačiau praktikoje empiriniai dėsningumai retai atitinka normalaus skirstinio teorinį modelį. Parametriniai metodai:

- a) Neribiniai – pvz. regresinė analizė - statistinis metodas, leidžiantis tirti kintamojo Y (priklausomojo kintamojo arba kriterijaus kintamojo) funkcinę priklausomybę nuo vieno ar daugelio kintamųjų X_i (nepriklausomų kintamųjų).
- b) Ribiniai – pvz. stochastinė ribinė analizė, pasak D.S. Prasados (2005), – tai yra metodas, kuris naudojamas „standartinės gamybos funkcijai nustatyti.“ Gamybos funkcija sudaro techniškai leistiną didžiausią įmanomą išėjimo lygį tam tikro lygio produkcijos atžvilgiu, gali būti naudojamas modeliuojant funkcinis ryšius.

Neparametriniai metodai - leidžia operuoti įvairių skalių duomenimis ir neatsižvelgti į empirinio skirstinio tipą. Būtent todėl sociologiniuose tyrimuose šie metodai yra plačiai naudojami. Neparametriniai metodai taip pat gali būti:

- a) Neribiniai – pvz. indeksų metodas. Indeksu vadinamas statistinis rodiklis, kuris keletu ar daugelio sujungtų autonomiškų indikatorių pagrindu charakterizuoja naują apibendrintą kompleksinį kintamąjį. Indeksai ypač paplitę ekonomikoje, demografinėje statistikoje ir t.t.
- b) Ribiniai – pvz. duomenų apgaubimo metodas. Remiantis literatūra (Mykolo Romerio universitetas (MRU), 2007), DEA metodas buvo sukurtas gamybos efektyvumui tirti. Pagal jį,

visiems analizuojamiems objektams pavaizduojamos jų gamybos produktų priklausomybės nuo gamybos veiksmų ir patys efektyviausi objektai sujungiami į gamybos galimybių ribą.

Kadangi naudojantis šiuo metodu atliekama apie pusę visų efektyvumo matavimų (Hollingsworth, 2008), žemiau pateikiama detalesnė informacija apie šį metodą.

Laisvoji enciklopedija Vikipedija pateikia tokį metodo apibrėžimą: Duomenų apgaubimo analizė (angl. Data envelopment analysis, toliau DEA) - yra „tiesinio programavimo metodika skirta matuoti efektyvumą daugelio sprendimų priėmimu vienetu (DMU), kai gamybos procesas apima daug įėjimų ir išėjimų struktūrą.“

Anot V. Vinciūnienės ir J. Rauluškevičienės (2009), M.J.Farrellis, vienas iš DEA metodo autorių, dar šeštajame XX amžiaus dešimtmetyje, orientavosi į tokią efektyvumo matavimo metodiką, kurioje atsispindėtų visų gamyboje naudojamų veiksmų indėlis kuriant produktą. Lietuvoje šį metodą pirmieji (1997 metais) pradėjo taikyti R. Deltuvai, E. Laurinavičius, G. Činga, tiriant miško išteklių naudojimo efektyvumą.

Kaip teigia autorės, DEA metodas, „leidžia identifikuoti efektyviausius darinius („etaloninius“), tariamai formuojančius efektyvumo gaubtą/ribą likusiųjų vienetų atžvilgiu“ (p.40). Vadovaujantis pagrindine DEA metodo idėja, vieneto veiklos efektyvumas nustatomas jos esamo ir maksimaliai galimo produktyvumo santykiu.

Naudojatis DEA metodu ISM Vadybos ir ekonomikos universiteto studentė N.Jasaitytė (2010) ištyrė Sveikatos apsaugos sistemos finansavimą ir efektyvumą Lietuvoje. Palyginus 20 ES ir Norvegijos, Kroatijos, Makedonijos šalių sveikatos priežiūros sistemų efektyvumą, nustatyta, kad Lietuva kelerius metus iš eilės užima paskutinę vietą pagal sistemos efektyvumą. Remiantis šiuo darbu, Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos efektyvumas tesudaro 60 proc., autorės nuomone, tai yra dėl per didelio stacionaro lovų ir gydytojų skaičiaus. Tačiau pabrėžiama, kad šių rodiklių per didelės reikšmės yra ne priežastis, o „tik netesingo sveikatos sistemos valdymo“ pasekmė.

Kaip matyti, DEA metodu efektyvumą galima nustatyti ne tik vienos organizacijos teikiamų paslaugų, bet ir visos sistemos.

Literatūros analizė parodė, kad efektyvumas neatsiejamas nuo kiekvienos veiklos ir apima įvairias jos sritis: sprendimų priėmimą ir jų įgyvendinimą, darbuotojų veiklos gerinimą, teikiamų paslaugų kokybę, išteklių panaudojimo racionalumą ir kitus veiksmus. Nors veiklos efektyvumo vertinimo modelių ir būdų yra žinoma nemažai, tačiau Lietuvoje iki šiol nėra laikomasi nė vieno visuotinai taikomo sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimo modelio.

Lietuvoje šiuo metu vyksta bandymai tokią sistemą sukurti, kaip rezultatas patvirtinta DRG vertinimo sistema, kuri apima pacientų klasifikavimą pagal giminingas diagnozes. Todėl bus įmanomas sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo nustatymas ir lyginimas.

Anot informacijos, skelbiamos oficialiame SAM internetiniame puslapyje (2012), Sveikatos apsaugos ministro įsakymu sudaryta darbo grupė parengė stacionarines paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų kokybinių ir kiekybinių veiklos vertinimo rodiklių sąrašą. Pagal šiuos rodiklius galima „objektyviai įvertinti ligoninių veiklą, o pacientai galės rinktis gydymo įstaigą pagal vienodus kriterijus.“ Kiekybiniais rodikliais, apimančiais tokias sritis kaip pacientų pasitenkinimo lygis, vidutinė gydymo trukmė, dienos chirurgijos paslaugų dalis, patalpų komfortiškumas ir pan., bus įvertinamos ligoninės veiklos apimtys. Tuo tarpu veiklos kokybės vertinimo rodikliai „užtikrins gydymo įstaigų teikiamų paslaugų saugumą“, remiantis pacientų pasitenkinimo suteiktomis paslaugomis anketinės apklausos rezultatais.

Kadangi duomenis vertins ir VLK, gydymo įstaigos bus priverstos siekti kuo geresnių veiklos rezultatų. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtinus rodiklių sąrašą ir jų taikymo tvarką rodiklių stebėseną ligoninės turės pradėti nuo 2013 m., kiekvienais vėlesniais metais rodiklių suvestinės bus rengiamos ir skelbiamos viešai. Tad tikimasi, kad sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumas bus lengviau apčiuopiamas vertinimui ir lyginimui, be to lems teigiamus pokyčius visoje sveikatos apsaugos sistemoje.

1.4. Subalansuotų rodiklių sistema

Subalansuotų rodiklių sistema (angl. Balanced scorecard, toliau BSC) – tai yra subalansuotų veiklos įvertinimo rodiklių modelis sukurtas 1992 metais. R. Kaplanas ir D. Nortonas, šio modelio kūrėjai, pritaikė jį kaip greitą privačios įmonės veiklos apžvalgos būdą. Tačiau vėliau (1996 ir 2001 metų darbuose) mokslininkai, išstobulinę jų sukurtą BSC modelį, pasiūlė naudoti jį ne tik privačių organizacijų valdyme. Šis skyrius pateikia detalią informaciją apie modelį, jo pritaikymą viešojo sektoriaus organizacijų veiklos efektyvumo vertinime ir strategijų valdyme bei galimybę naudoti sveikatos sistemoje.

1.4.1. Kas yra BSC?

BSC modelis yra plačiai taikomas tiek privačių, tiek viešųjų organizacijų veiklos efektyvumo vertinime bei strategijų įgyvendinime. Šiame poskyryje bus pateikiamos įvairių mokslininkų nuomonės apie šį modelį, aptariami jo privalumai bei trūkumai.

1999 metais Jungtinėje Karalystėje paskelbtas dokumentas (Storey, 2002), kuriame numatytas bendras tikslas viešosioms įstaigoms (tame tarpe ir ligoninėms) gerinti kokybę bei efektyvumą. Šiame dokumente BSC modelis buvo įvertintas kaip „produktyvus įrankis naudoti jį viešajame sektoriuje“. (p.324).

Žemiau pateiktoje lentelėje susistemintos įvairių mokslininkų nuomonės apie BSC.

2 lentelė. Įvairių mokslininkų nuomonės apie BSC modelį

Y.Chan (2004 m.)	BSC - tai vartotojų poreikių tenkinimo svarba paremtas planavimo ir verslo tobulinimo modelis, kuris įvertina organizacijos procesų pokyčius ir veiklos pasiekimus konkrečiais matuojamais finansiniais ir nefinansiniais rodikliais.
I.M.Pandey (2005 m.)	BSC padeda įvertinti organizacijos tobulinimosi perspektyvas atliekant įvykdytų darbų apžvalgą ir analizę. Tai tinkamas mechanizmas perduoti strategijos ir strateginių tikslų esmę visiems organizacijos valdymo lygiams.
G.Manville (2007 m.)	BSC modelis pabrėžia pusiausvyros tarp trumpalaikių ir ilgalaikių tikslų, stabilumo ir pokyčių, vidinių procesų ir santykių su išorinėmis suinteresuotomis šalimis svarbą.
A.Daunorienė, K.Zdanytė, A.Žekevičienė (2007 m.)	BSC – tai konkretūs, organizacijos strategijos išmatuojami rodikliai, kurie padeda organizacijai optimizuoti turimus išteklius siekiant maksimalios naudos. Padeda viziją ir strategiją paversti į tikslus ir rodiklius, užtikrina pusiausvyrą tarp trumpalaikių ir ilgalaikių tikslų, tarp finansinių ir nefinansinių rodiklių, tarp išorinių ir vidinių veiklos pasiekiamų rodiklių. BSC modelis sieja efektyvų materialių aktyvų naudojimą su nematerialių aktyvų mobilizacija, tai yra kokybės siekimo ir konkurencingumo didinimo šaltinis.
T.Sudnickas (2005 m.)	Taikant BSC organizacijose, jo vaidmuo pamažu išsiplėtė nuo veiklos matavimo iki strateginio valdymo priemonių, sudarančių organizacijos „nervų centrą“, kurio paskirtis – vienyti visus organizacijos padalinių ir visų jos darbuotojų veiklą atsižvelgiant į kompanijos strategiją, paversti organizacijos strategiją suderintu jos veiksmų planu.

Šaltinis: Veberienė, 2010, p.29.

R.Kaplanas ir D.Nortonas (2001) , šio modelio kūrėjai, savo darbe nurodė šiuos privalumus, kuriuos BSC modelis suteikia viešosioms institucijoms:

- paslaugų kokybės pagerinimą panaudojant investicijas ir personalo apmokymus;
- didesnį klientų pasitenkinimą;
- klientų lojalumo augimą;
- pajamų efektyvesnį panaudojimą sistemos tolimesniam augimui ir plėtojimui.

Kitų autorių (Daunorienė ir kt., 2007) minimi šie BSC modelio privalūmai:

- BSC modelis pašalina atotrūkį tarp strategijos kūrimo ir jos įgyvendinimo. Tarpusavyje susijusių rodiklių dėka lengviau įgyvendinama organizacijos strategija;
- įgalina organizacijos vadovus operatyviai reaguoti į supančios aplinkos kaitą;
- padeda įvertinti projekto sėkmingumą jo planavimo stadijoje. Tuomet, kai nustatomi

tarpusavio ryšiai tarp atskirų inovacijų parametrų, nesunku įvertinti, ar verta įgyvendinti projektą ir kiek jis padės organizacijai siekti numatytų strateginių tikslų;

d) BSC modelis padeda kokybiškai įvertinti strategiją, suteikia galimybę reaguoti į kintančią aplinką ir koreguoti nustatytą organizacijos strategiją, sutelkiant turimus išteklius;

e) šio modelio pranašumas yra tas, kad į organizacijos veiklos analizę įtraukiami ir nefinansiniai rodikliai, kurie dažnai organizacijos sėkmei turi tokią pačią ar net didesnę įtaką negu finansiniai rodikliai;

f) suteikia galimybę greitai nustatyti tuos procesus, turinčius teigiamą arba neigiamą poveikį galutiniam rezultatui;

g) BSC yra efektyvus darbuotojų veiklos skatinimo instrumentas. Darbuotojas, žinodamas, kad jo vykdomos funkcijos padeda siekti strateginių tikslų, daug efektyviau atlieka savo užduotis.

O R.Marko (2004) nuomone, BSC modelis turi nemažai trūkumų:

a) BSC modelis nesukuria strategijos, jis tik padeda vystyti jau sukurtą strategiją. Tai instrumentas, kuris padeda sutvarkyti procesus, nustatyti jų tarpusavio ryšius, juos kontroliuoti ir koreguoti;

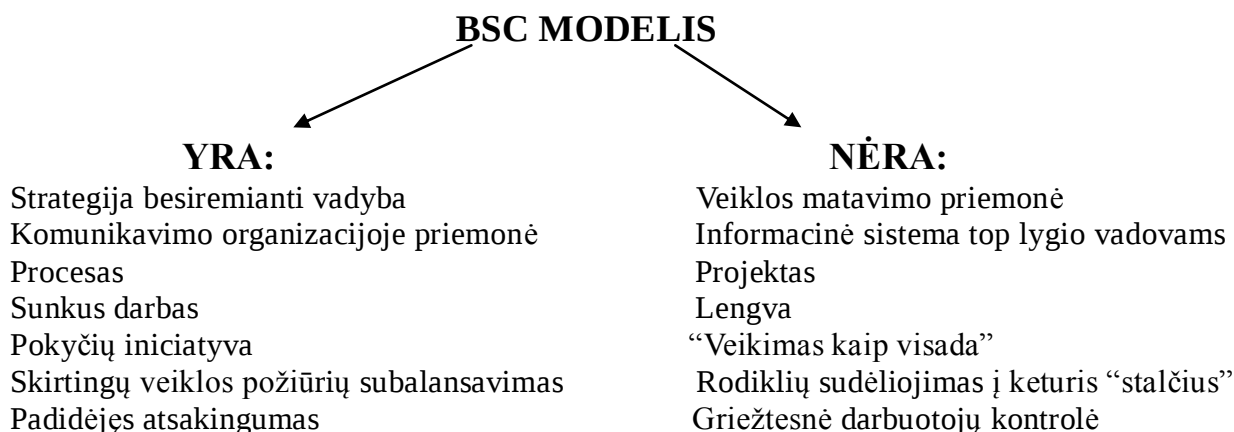
b) BSC modelis nepakeičia planavimo ir kontrolės instrumentų, o yra tik jų priedas, kuris padeda patikslinti inovacijų parametrų tarpusavio ryšius;

c) organizacijos strategija turi būti nuolat koreguojama, kartu su ja turi keistis ir BSC modelis, kuris yra strategijos aprašymas kiekybinių rodiklių kalba;

d) pagrindinis modelio bruožas – skaidrumo sukūrimas organizacijoje: jei organizacinė kultūra tokia, kad veiklos skaidrumas nepatenkina organizacijos darbuotojų, šis metodas neveiksmingas;

e) BSC nėra organizacijos problemų sprendimo priemonė. Tai idėjų įgyvendinimo, o ne kūrimo instrumentas.

Tad apibendrinant pateiktas mokslininkų nuomones bei remiantis moksline literatūra (Sudnickas, 2005; Veberienė, 2010) galima apibrėžti, kad:



1.4.2. BSC modelio kūrimo istorija

BSC veiklos efektyvumo vertinimo modelis leidžia stebėti organizacijos veiklą iš keturių skirtingų perspektyvų.

Fundamentalusis BSC modelis pristatytas kūrėjų 1992 metais. Pirmoji šio modelio versija sudaryta iš 4 dalių lentelės, kurios reprezentuoja keturias vertinimo perspektyvas. Kiekvienai perspektyvai vertinti siūloma parinkti po 5 – 6 atitinkamus rodiklius, kurie geriausiai apibūdina vertinimo sritis. Didžiausia problema naudojant originalią modelio versiją, anot V.Jakučio (2011), tapo matų pasirinkimo pagrindimas. Naudotojas nepasitikęs rodiklių teikiama informacija, jei nebus tikras dėl teisingo matų pasirinkimo. Būtent dėl to BSC modelio pirmoji versija šiuo metu yra naudojama itin retai.

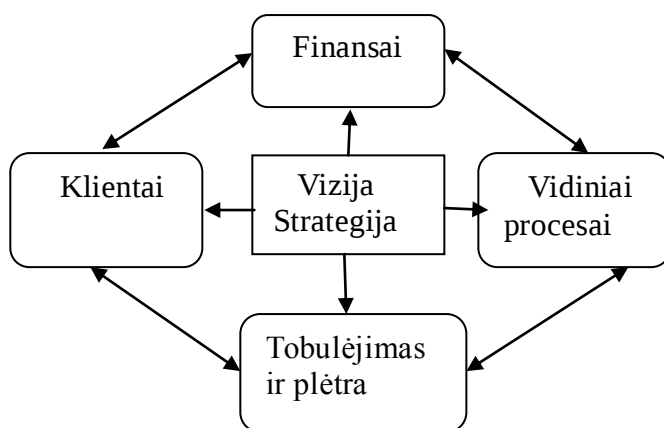
Nuo 1996 metų pradėta naudoti BSC modelio patobulinta versija. Šioje versijoje rodikliai parenkami remiantis strateginiais tikslais, išdėstomais strateginiame žemėlapyje (strateginio žemėlapio pavyzdys pateikiamas 1 priede). Naudotojams siūloma prie kiekvienos perspektyvos išskirti po 5-6 tikslus ir diagramoje nurodyti priežastinius tarpusavio ryšius tarp šių tikslų. Kuriant BSC, parenkami tinkami matai tikslams pasiekti. Šios versijos trūkumas stebimas nustatant priežastinius ryšius tarp apie 20 strateginių tikslų (Jakutis, 2011).

R.Kaplanas ir D.Nortonas (2001) BSC modelį nuo 2001 metų pradėjo traktuoti kaip strateginį žemėlapi, suskirstytą į keturias kategorijas, kurios padeda organizacijai „objektyviai, tiksliai ir integruotai apibūdinti organizacijos strategiją.“ Versija sukurta norint patvirtinti organizacijos viziją ar galutinį tikslą. Ši priemonė turėtų duoti atsakymą, kokia „strateginė sėkmė“ arba „strateginė galutinė būseną“ (Jakutis, 2011). Buvo prieita išvados, kad galutinio tikslo patvirtinimas proceso pradžioje leistų daug lengviau parinkti jį atitinkančius strateginius tikslus. Rodikliai ir užduotys gali būti parinkti tokie, kad leistų stebėti šių tikslų įgyvendinimą.

Kaip matyti, iki 2001 metų R.Kaplano ir D.Nortono sukurtas modelis išsėkė, pereidamas nuo veiklos efektyvumo matavimo iki strateginio valdymo sistemos.

1.4.3. BSC perspektyvos

Organizacijos veiklos matavimas, remiantis šiuo modeliu, grindžiamas keturių perspektyvų vertinimu. 1 paveiksle pateikiamos BSC perspektyvos, susietos tarpusavio ryšiais.



1 pav. **BSC modelio perspektyvos.** Šaltinis: Sudnickas, 2005, p.39

Žemiau yra pateikiama detalesnė informacija apie kiekvieną iš keturių perspektyvų.

Finansinė perspektyva. Šios perspektyvos tikslas yra atsakyti į klausimą, ar įmonė veiksmingai naudoja savo išteklius. Vertinant naudojami tradiciniai finansiniai rodikliai, kurie apima apčiuopiamus organizacijos strategijos rezultatus. Mokslininkai (Kaplan, Norton, 1996) išskiria tris galimas finansines fazes :

- a) greito augimo fazė – tikslai ir atitinkamai rodikliai atsiranda vystantis ir augant organizacijai;
- b) palaikymo fazė – naudojami rodikliai įvertina kaip organizacija valdo operacijas ir kaštus;
- c) derliaus nuėmimo fazė – analizuojamos įmonės grynosios įplaukos.

Pajamų augimas, sąnaudos, grynųjų pinigų srautai ir kt. yra dažniausiai šioje perspektyvoje naudojami finansiniai rodikliai.

Pasak modelio kūrėjų (Kaplan, Norton, 1992) finansinis organizacijos pasirodymas “yra esminis, siekiant užtikrinti organizacijos sėkmę, ir jo negalima ignoruoti“ (p.80).

Klientų perspektyva. „Ką mano klientai apie tai, kaip mums sekasi?“ - esminis klausimas apibūdinantis šios perspektyvos vertinimą. Svarbiausias kiekvienos organizacijos veiklos rodiklis yra klientų poreikių patenkinimas. Todėl svarbu žinoti, ko reikia klientams, kurie naudoja įmonės paslaugomis ir parinkti tinkamus matavimus nustatyti, ar šie poreikiai yra tinkamai tenkinami. Priešingai, organizacija, neatsižvelgdama į klientų interesus, paskatins kokybiškų paslaugų ieškotis kitur. Paprastai šios perspektyvos rodikliai matuoja paslaugų vertę: laiką, kokybę, aptarnavimą ir t.t.

Vidinių procesų perspektyva. Šios perspektyvos keliamas tikslas yra nustatyti, kam turi būti skirtas dėmesys, užtikrinant teikiamų paslaugų kokybę. Taip pat sukurti tokius organizacijos vidinius procesus, kurie padėtų tinkamai įgyvendinti šį tikslą. R.Kaplano ir D.Nortono (1992) teigimu, šios matavimo priemonės „padeda vadybininkams sutelkti dėmesį į svarbius vidaus procesus, kurie padės jiems įgyvendinti klientų lūkesčius.“ Organizacijai turėtų būti svarbūs vidiniai procesai, kurie turi didžiausią įtaką klientų pasitenkinimi bei yra būtini „siekiant pranokti konkurentus ir būti

konkurencingais jų veiklos šakoje“ (p.82). Šiai perspektyvai matuoti autoriai siūlo naudoti tam tikras rodiklių grupes (klasterius):

- a) operacijų valdymas – apima turto naudojimą;
- b) klientų valdymas - susijęs su klientų – organizacijos santykiais;
- c) inovacijos ir reguliavimas – apima naujų produktų ir paslaugų kūrimą;
- d) socialinis valdymas - susijęs su santykiais tarp organizacijos ir išorinėmis interesantų grupėmis.

Netinkamai vykstantys organizacijos vidaus procesai gali sąlygoti klientų nepasitenkinimą ir jų praradimą.

Tobulėjimo ir plėtros perspektyva. Vertinant šią perspektyvą, svarbu atsakyti į klausimą - „Kaip nuolat taikomės prie besikeičiančios aplinkos?“ Čia vertinimas susijęs su žmogiškuoju, informaciniu (sistemos) bei organizaciniu (įmonės klimato) kapitalais – tuo, kas reikalinga kuriant ir palaikant vidinius organizacijos procesus. Pasak modelio autorių (Kaplan, Norton, 1992), „vien tik sugebėjimas vykdyti inovacijas, tobulėti ir mokytis, verčia organizaciją vystytis“ (p.84). Teoriškai, esant dideliame tobulėjimo lygiui, organizacija gerina savo viduje vykstančius procesus, kurie atitinkamai didina klientų pasitenkinimą, tuo pačiu skatina bendrą organizacijos ir pelno augimą.

T. Sudnickas (2005) nurodo, kad BSC modelio perspektyvos taip pat atsako į klausimus, svarbius kiekvienai organizacijai. 3 lentelė pateikia strateginio žemėlapiu elementus, išreiškiamus klausimais.

3 lentelė. **Strateginio žemėlapiu elementai**

Finansai Kaip mes turime atrodyti savo akcininkams, kad mus lydėtų finansinė sėkmė?	Klientai Kad pasiektume savo viziją, kaip mes turime atrodyti savo klientams?
Vidiniai verslo procesai Kad patenkintume savo akcininkus ir klientus, kurie verslo procesai mums turi sektis geriausiai?	Tobulėjimas ir plėtra Kaip stiprinti savo gebėjimus ir kompetenciją, kad atitiktume nuolat besikeičiančius išorės reikalavimus?

Šaltinis: sudaryta pagal Kaplan, Norton, 2001.

Apibendrinant pristatytas perspektyvas, pabrėžiama, kad BSC modelis apima tiek finansinius, tiek nefinansinius veiklos matavimus, kas leidžia tiksliau įvertinti organizacijos veiklą. Taipogi finansų ir tobulėjimo perspektyvos reprezentuoja įstaigos įvestį (input), o klientų ir vidinių procesų perspektyvos apibūdina išėigą (output), kas daro šį modelį tinkamu veiklos efektyvumo vertinimui.

1.4.4. Pagrindiniai BSC modelio principai

T.Sudnickas (2005, p.40) savo straipsnyje nurodo, kad BSC modelio dėka :

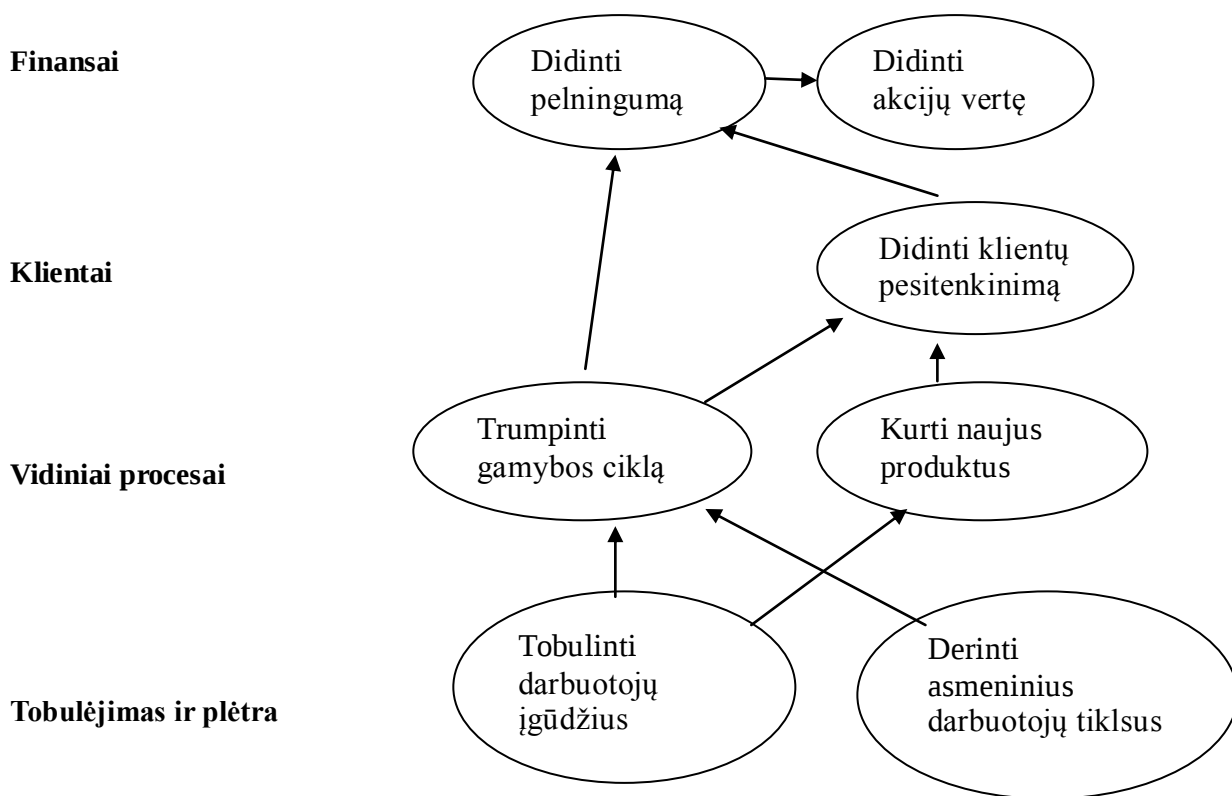
- a) strategija tikslinama ir „paverčiama“ konkrečių veiksmų programa;
- b) strateginiai tikslai siejami su matavimais ir skelbiami visų organizacijos lygių darbuotojams;
- c) nustatomos konkrečių siekiamų tikslų reikšmės ir suderinamos iniciatyvos jiems pasiekti skirtingais organizacijos lygiais;
- d) stiprinamas strategijos vykdymo grįžtamasis ryšys.

Kuriant BSC modelį, svarbų apibrėžti organizacijos strategiją ir išskirti svarbiausius sėkmės veiksniai. Čia turi atsispindėti kiekviena perspektyva, kurios vertinimas apima 4 kategorijas:

- a) siekis – teiginys, nurodantis, ką strategija turi pasiekti ir kas yra lemiamas jos sėkmei;
- b) rodiklis – kaip bus matuojamas judėjimas, įgyvendinant strategiją;
- c) siekiamas rezultatas – kokia konkreti rodiklio reikšmė yra siekiama;
- d) iniciatyva – veiksmų programos, reikalingos siekiams įgyvendinti.

Šiuo metu naudojamos versijos pavyzdys pateikiamas 2 priede. Kaip ir buvo minėta, kad šalia keturių vertinimo perspektyvų, modelyje svarbus strategijos pagrindimas, susijęs su keliama strateginiais tikslais. Strategija modelyje apibrėžia, kurioje vietoje organizacija siekia būti ateityje. BSC modelio pagalba nustatomos veiklos, kurias svarbu atlikti, siekiant įgyvendinti strategiją.

T.Sudnickas (2005) siūlo strategiją vertinti kaip hipotezių rinkinį, kur jos susijusios priežasties – pasekmės ryšiais.

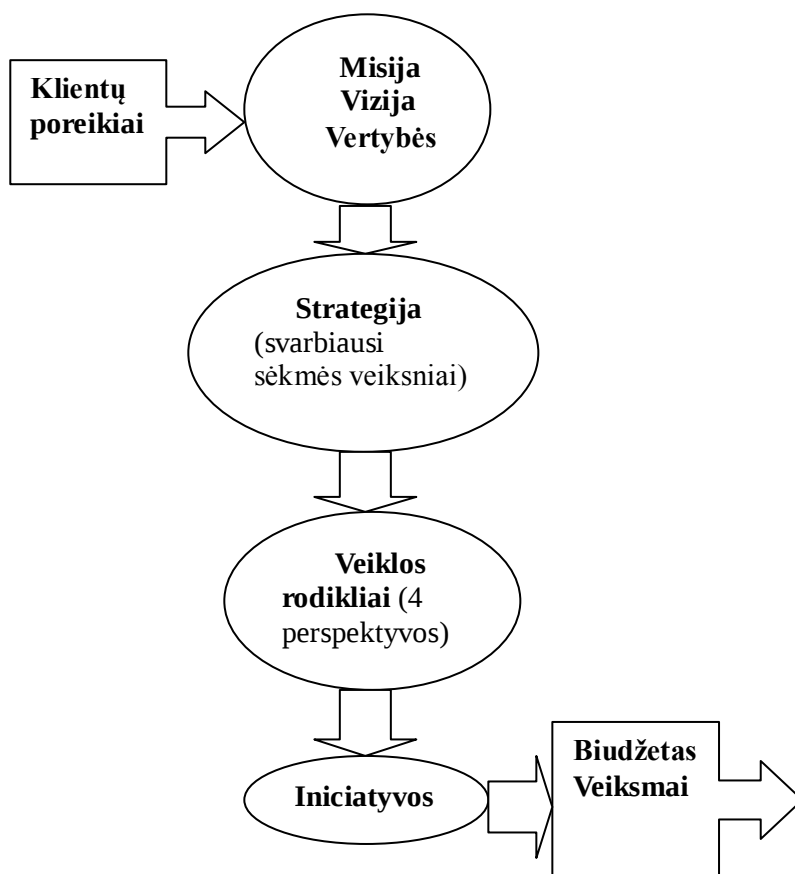


2 pav. Priežasties-pasekmės ryšių tarp BSC perspektyvų nustatymas. Šaltinis: Sudnickas, 2005, p. 39.

Trumpai analizuojant 2 paveiksle pavaizduotus ryšius, galima teigti, kad organizacijos veikla, remiantis BSC modeliu, vertinama trijose laiko dimensijose. Finansų ir klientų perspektyvos parodo jau pasiektus veiklos rezultatus, kuriuos galima priskirti praeičiai. Organizacijoje vykstatntys vidiniai procesai yra nuolatiniai ir pastovūs, todėl jie apibūdina dabartį. Tobulėjimas ir plėtra nukreipiami į ateitį.

1.4.5. BSC modelio kūrimas ir naudojimas viešajame sektoriuje

Tik tinkamai sukūrus BSC modelį galima tikėtis teisingo organizacijos veiklos vertinimo bei strategijos įgyvendinimo. Todėl T.Sudnickas (2005) kūriant BSC atitinkamai organizacijai, siūlo laikytis BSC modelio kūrimo logikos. Ji pateikiama 3 paveiksle.



3 pav. BSC modelio kūrimo logika. Šaltinis: adaptuota pagal Sudnickas, 2005, p.40.

Remiantis šiuo modeliu, svarbiausias veiksnys, įtakojantis organizacijos veiklą yra klientų poreikiai. Būtent jie formuoja organizacijos misiją, viziją bei vertybes. Šie komponentai svarbūs

įvardijant organizacijos strategiją – tai yra strateginių tikslų kėlimą, jie apibrėžia organizacijos pageidaujamą veiklą. Strateginiai tikslai apima keturių perspektyvų per tinkamų rodiklių vertinimą bei konkrečių rodiklių reikšmių siekimą. O veiklos rodikliai sąlygoja tam tikrų iniciatyvų atsiradimą, norint pasiekti nustatytas rodiklių reikšmes. Iniciatyvos pereina į konkrečią veiklos programą, kurios pagrindu paskirstomi ir koordinuojami biudžetas ir ištekliai.

BSC modelio kūrėjai (Kaplan, Norton, 1996, p.75-85) siūlo šį modelį naudoti:

- a) organizacijos vizijos ir strateginių kryptių paaiškinimui ir atnaujinimui;
- b) strateginių tikslų ir jų įgyvendinimo rezultatų visos organizacijos mastu atskleidimui;
- c) organizacijos, padalinių ir individualių uždavinių suderinimui su pagrindine organizacijos vizija ir strategija;
- d) strateginių organizacijos tikslų susiejimui su ilgalaikiais taktiniais ir operatyviniais tikslais bei kasmet rengiamu organizacijos biudžetu;
- e) strateginių tikslų identifikavimui ir išskaidymui prioritetų tvarka;
- f) strategijos įgyvendinimo eigos tobulinimui grįžamojo ryšio pagalba.

1997 m. J. Kurtzmanas (1999), atlikęs apklausą, nustatė, kad 64 proc. apklaustų įmonių veiklą vertina daugeliu perspektyvų, panašiai kaip BSC modelis. O R.Kaplanas ir D.Nortonas, išanalizavę apie 200 viešųjų bei privačių organizacijų, nustatė, kad BSC modelis jose yra sėkmingai įgyvendintas (Veberienė, 2011).

Kiti literatūros šaltiniai (Sudnickas, 2005) nurodo, kad BSC modelį, kaip strateginio valdymo įrankį, naudoja apie pusę JAV, 40 – 45 proc. Europos ir apie 35 proc. Australijos kompanijų. Tačiau viešajame sektoriuje šio modelio pritaikymas yra gana mažas. Anot T.Sudnicko (2005), Lietuvoje nei viena viešoji organizacija nėra įdiegusi šio modelio. Autorius taip pat nurodo priežastį, kodėl R.Kaplano ir D.Nortono sukurtas modelis, plačiai taikomas privačiame sektoriuje, pakankamai sunkiai pritampa viešosiose įstaigose. Anot jo, privačių įmonių veikla orientuota į pelno siekimą, tad čia labai svarbūs finansiniai dalykai. Priešingai viešosios organizacijos veikla orientuota į misijos vykdymą. Tad tokiu pavidalu, koku BSC naudoja privačios įmonės, viešosios organizacijos jo naudoti nebegali.

Kad BSC modelis būtų taikomas viešojo sektoriaus organizacijose, mokslininkai siūlo tam tikrus pakeitimus. H.Rohmas (2002) BSC modelyje, taikant viešajame sektoriuje, siūlo:

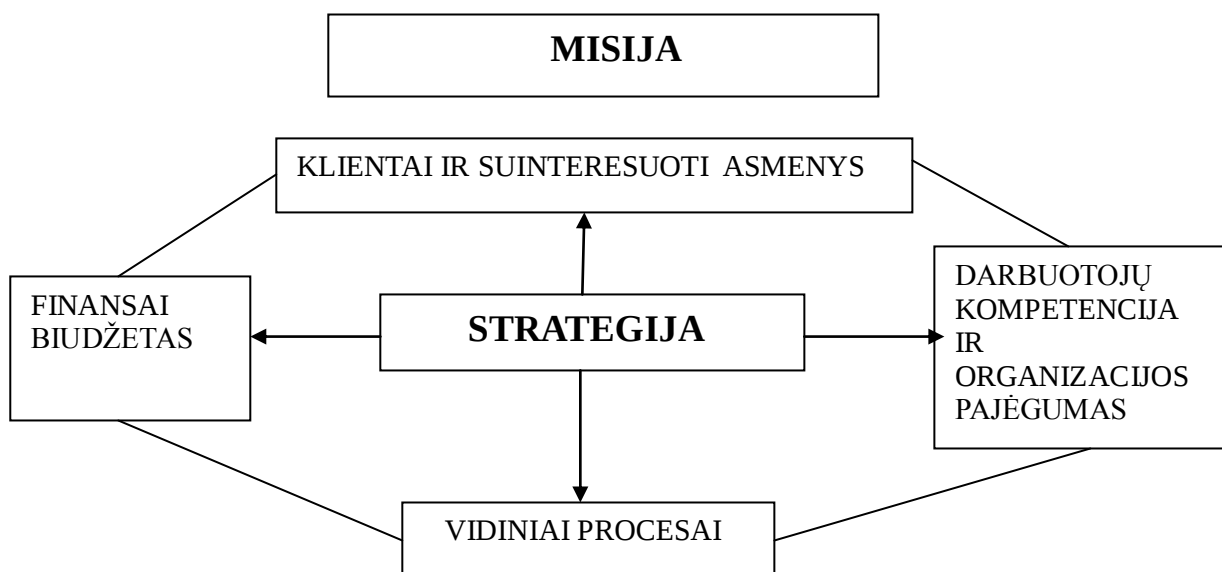
- a) įtraukti misijos akcentą,

- b) sukeisti vietomis klientų ir finansinę perspektyvas, atsižvelgiant į priežasties – pasekmės ryšius,
- c) klientų sąvokai suteikti platesnę prasmę – įtraukti suinteresuotus visuomenės narius, susijusias viešąsias organizacijas,
- d) tobulėjimo ir plėtros perspektyvą pervadinti į darbuotojų kompetencijos bei organizacijos pajėgumo perspektyvą, akcentuoti žmogiškųjų išteklių vaidmenį.

Kiti mokslininkai (Griffiths, 2003; Olve, 1999) siūlo:

- a) įtraukti papildomą perspektyvą – suinteresuotus asmenis,
- b) vidinių procesų perspektyvą pakeisti į veiklos.

Pritaikius minėtus pakeitimus, sudarytas viešojo sektoriaus BSC modelis. Jis vaizduojamas 4 paveiksle.

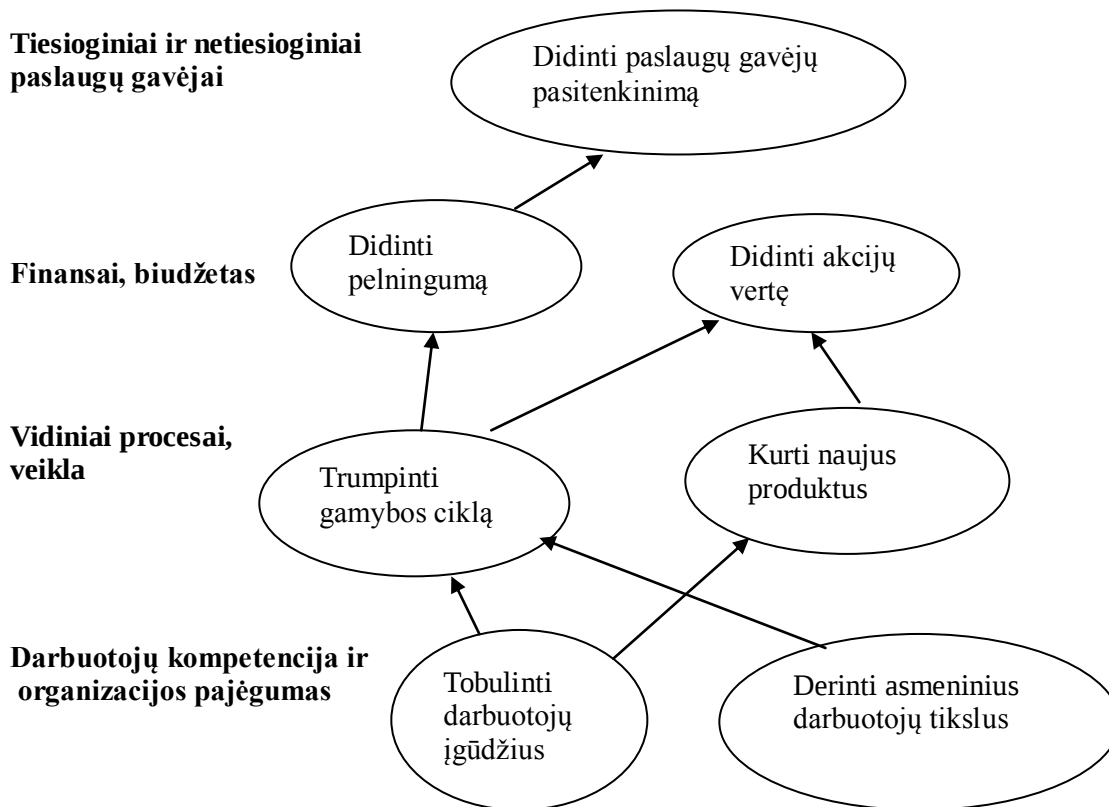


4 pav. Viešojo sektoriaus organizacijų BSC modelis. Šaltinis: Sudnickas, 2005, p.41.

Kaip matyti, strategija išlieka svarbia sistema dalimi, taip pat išlaikomas balansas tarp visų perspektyvų, jos susietos priežasties – pasekmės ryšiais ir atspindi organizaciją praeityje, dabartyje bei ateityje.

Kadangi versijoje, pritaikytoje viešajam sektoriui, pagrindiniu aspektu tampa misija, tai pakeičia priežasties – pasekmės ryšius tarp perspektyvų: „darbuotojų kompetencija ir organizacijos pajėgumas nulemia vidinius procesus ir biudžeto racionalų naudojimą, sugebėjimą uždirbti lėšų, o šie veiksniai lemia klientų patenkinimą“ (Veberienė, 2011, p.36). Remiantis literatūra (Griffiths,

2003; Olve, 1999; Sudnickas, 2005; Veberienė, 2011) darbo autorės sudarytas modifikuotas BSC modelis, tinkamas viešojo sektoriaus organizacijoms. Jis pateikiamas 5 paveiksle (jis pateikiamas kitame darbo puslapyje), taip pat nurodant priežasties – pasekmės ryšius tarp perspektyvų.



5 pav. **Modifikuotas BSC modelis su priežasties – pasekmės ryšiais tarp perspektyvų.** Šaltinis: sudaryta pagal Griffiths, 2003; Olve, 1999; Sudnickas, 2005; Veberienė, 2011).

Suprantama, BSC modelis gali būti taikomas ir viešųjų organizacijų strategijų įgyvendinime, su sąlyga, kad didžiausias dėmesys skiriamas ne finansiniams rodikliams, o misijos įgyvendinimui.

Taigi apibendrinant, galima teigti, kad BSC modelio naudojimas įgalina įvertinti įstaigos veiklos efektyvumą bei nesudėtingai įgyvendinti organizacijos strategiją. Jis leidžia nustatyti tikslus ir atitinkamai paskirstyti išteklius. Kiekviename organizacijos veiklos lygyje suformuojami kiekybiškai išmatuojami matai. Kiekvienas darbuotojas supranta tikslą. Pagrindinis BSC bruožas – „skaidrumo sukūrimas organizacijoje“ (Daunorienė ir kt., 2007, p.39).

Literatūros šaltinių analizė taip pat parodė, kad BSC modelis gali būti taikomas ir viešojo sektoriaus organizacijose vertinant veiklos efektyvumą bei įgyvendinant strategiją (koncentruojant dėmesį į misijos įgyvendinimą).

1.4.6. Efektyvumo vertinimas stacionaruose BSC modelio pagalba

BSC modelis plačiai taikomas viešojo sektoriaus (tame tarpe ir stacionarų) veiklos efektyvumo vertinimui.

N.Inamdaras ir R.Kaplanas (2002, p.179-195) savo atliktame tyrime, apklausiant devynių sveikatos įstaigų, įdiegusių BSC modelį, vadovus, nustatė, kad jis:

- a) palengvina, leidžia monitoruoti ir įvertinti strategijos vykdymą;
- b) nukreipia ligoninę į rinką, orientuotą į pacientą;
- c) yra bendradarbiavimo ir komunikacijos mechanizmas;
- d) leidžia įvertinti veiklą skirtinguose organizacijos lygiuose;
- e) leidžia gauti nuolatinę strategijos grįžtamąją ryšį ir skatina tobulinti taisykles ir teisės aktus.

Taip pat remiantis šio tyrimo duomenimis, galima teigti, kad BSC diegimas leidžia gerinti ne tik ligoninės finansinius rodiklius, bet ir pacientų pasitenkinimą (Jakutis, 2011). Anot tyrimo autorių, BSC privalumai lyginant su kitais vertinimo metodais yra:

- a) dauguma efektyvumo matavimo ir strategiją kuriančių sistemų nėra pakankamai valdomos ir reguliuojamos, jos negali padėti įvykdyti organizacijos strategijos;
- b) kitos veiklos matavimo sistemos nėra tokios savalaikės ir planuojamos į ateitį norimam laiko tarpui;
- c) BSC susieja priežasties - pasekmės ryšį su organizacijos strategija;
- d) susieja viziją, turimus resursus su darbuotojais ir kasdieniais įmonės procesais;
- e) kiti efektyvumo matavimo metodai gali papildyti BSC;
- f) padeda visiems suprasti strategiją;
- g) subalansuoja finansinius ir nefinansinius veiklos rodiklius;
- h) padidina visų grandžių atsakomybės lygį.

Tačiau tyrimo autorių nuomone (Inamdar, Kaplan, 2002, 179-195), ligoninės neturi tikėtis BSC įdiegti greitai, kadangi “tai nelengvas ir užtrunkantis procesas, jis reikalauja daug mokymų, diskusijų ir sutarimų”. N.Inamdaras ir R.Kaplanas pažymi problemas, trukdančias BSC diegimui ligoninėje:

- a) gydytojų nenoras skirti laiko ne gydymui;
- b) direktorių nenoras skirti laiko ir įsipareigoti;
- c) skirtingos rodiklių siekiamos reikšmės iš direktoriaus, gydytojo, steigėjo ir paciento pozicijos.

Įvertinus modelio privalumus ir problemas, diegiant jį, manoma, kad jis yra tinkamas stacionaro veiklos efektyvumui vertinti ir strategijai valdyti.

Pirmieji pranešimai apie BSC modelio pritaikymą sveikatos sistemoje pasirodė 1994 metais (Zelman, Pink, 2003). Nuo to laiko publikuota nemažai straipsnių šia tema įvairiausiuose literatūros

šaltiniuose, kas dar kartą pabrėžia BSC modelio naudojimo populiarumą sveikatos sistemoje. Anot literatūros šaltinių, BSC buvo pritaikytas ir plačiai naudojamas ligoninėse, psichikos centruose, nacionalinėse sveikatos organizacijose. Tačiau, kituose literatūros šaltiniuose (Neely, Bourne, 2000) nurodoma, kad nesėkmių dalis, diegiant BSC modelį sveikatos sistemoje, siekia net 70 proc. Tad norint sėkmingai taikyti šį modelį, svarbu analizuoti jo naudojimo sėkmės ir nesėkmės priežastis. Šiuo metu yra nemažai literatūros su sėkmingo BSC modelio naudojimo sveikatos sistemoje pavyzdžiais (Chow et al., 1998; Stewart, 2000; Pink, 2001; Oliveira, 2001; Fitzpatrick, 2002).

Taip pat yra ir nemažai tyrimų apie sėkmingą BSC modelio pritaikymą ligoninėse (Chan, Ho, 2000; Inamdar, Kaplan, 2002; Gurd, Gao, 2008).

Lietuvių autoriai (Labutis, Oškeliūnas, 2010) taip pat nagrinėja BSC naudojimą sveikatos sistemoje. Autorių pasiūlyta, keisti pagrindines šio modelio grupes, pritaikant jį gydymo įstaigoms:

- a) klientų sritis – veiksmingumas;
- b) finansinė sritis – išteklių valdymas;
- c) personalo sritis – darbo produktyvumas ir inovacijos;
- d) organizacijos sritis – procesai ir struktūros.

Pagrindiniai vertinimo rodikliai, vertinant sveikatos įstaigų veiklą: pacientų pasitenkinimo lygis, medicinos paslaugų kokybė, paslaugų laukimo laikas, darbuotojų kvalifikacijos kėlimas. Atsižvelgiant į kiekvienos gydymo įstaigos veiklos specifiką, turi būti parenkami specifiniai rodikliai. Autorių nustatyta (Labutis, Oškeliūnas, 2010), kad užtenka matuoti apie 7-15 rodiklių, atliekant sveikatos įstaigų veiklos efektyvumo vertinimą.

Svarbiu aspektu laikomas medicinos personalo supažindinimas su sudarytu strateginiu žemėlapiu bei vertinamais rodikliais, tas leidžia pasiekti geresnį darbo efektyvumo lygį (Jakutis, 2011).

Apžvelgus literatūrą, galima daryti išvadą, kad BSC modelis yra plačiai naudojamas metodas tiek privačiame, tiek viešajame sektoriuje. Naudojant jį viešojo sektoriaus organizacijose, svarbu įtraukti įstaigos misijos identifikavimą. Modelis tinkamas ligoninės strategijos valdymui bei veiklos efektyvumo vertinimui.

1.5. Veiklos efektyvumo siekimas onkologijoje

Onkologija – specifinė medicinos sritis, apimanti ne tik onkologinių ligų diagnostiką ir gydymą, bet ir atliekanti įvairius mokslinius tyrimus, naujų ankstyvosios diagnostikos bei gydymo metodų atradimą. Šiuo metu didelę dalį vėžinių susirgimų įmanoma pagydyti, tad pagalba sergantiesiems turi būti efektyvi ir veiksminga. Šis darbo skyrius trumpai apžvelgia veiklos efektyvumo vertinimo ypatumus onkologijoje.

1.5.1. Veiklos efektyvumo vertinimo ypatumai onkologijoje

Onkologinės ligos užima antrą vietą tarp visų mirties priežasčių. Tad kvalifikuota onkologinių įstaigų teikiama pagalba tampa kiekvienos šalies siekiniu. Suprantama, kad onkologinė pagalba yra ne tik kokybiškas šių ligų gydymas, bet ir ankstyvoji diagnostika, moderni aparatūra bei informacijos apie vėžinius susirgimus bei jų prevenciją sklaidimas.

Literatūroje (SAM, 2011) nurodoma, kad onkologiniai rodikliai priklauso ne tik nuo diagnostikos ir gydymo aparatūros, bet ir nuo tokių veiksnių, kaip medikų kvalifikacija, vėžio prevencijos efektyvumas, sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas. Taip pat pabrėžiama, kad vertinant paslaugų kokybę svarbus rodiklis yra ankstyvose stadijose (I, II) diagnozuoto vėžio atvejų skaičius (dalis bendroje diagnozių struktūroje). Ataskaitoje patariama, vertinant paslaugų prieinamumą onkologijos srityje, analizuoti šiuos rodiklius:

- a) naujų diagnostinių ir gydymo paslaugų atsiradimas ir šių paslaugų skaičiaus dinamika ASPI ir nacionaliniu lygiu (tą rodytų mažėjantis pacientų siuntimas gydytis į užsienį ar į aukštesnio lygio paslaugas teikiančias ASPI);
- b) paslaugų, suteiktų nauja diagnostine ir gydymo aparatūra, skaičius (tokios paslaugos laikomos kokybiškesnėmis, pvz. naudojant naujasnę aparatūrą chirurginėse intervencijose, galima sumažinti VGT bei pooperacinių komplikacijų skaičių);
- c) anksčiau teiktų diagnostikos ir gydymo paslaugų skaičiaus dinamika (atvejų skaičius, pacientų skaičius)

Rekomendacijų pagrindu, kiekvienoje gydymo įstaigoje yra pasirenkamas savitas veiklos rodiklių rinkinys, geriausiai atspindintis šios įstaigos veiklos specifiką.

1.5.2. Veiklos efektyvumo siekimas ir vertinimas VUOI

Vilniaus Universiteto onkologijos institutas yra viena svarbiausių šalyje įstaigų, teikiančių onkologinių ligų prevencines programas, taip pat susirgimų diagnostiką bei visapusišką jų gydymą. Be asmens sveikatos priežiūros, VUOI vykdo onkologinių ligų mokslinius tyrimus, sudaro mokslinę bazę, rengiant sveikatos priežiūros specialistus.

Kaip nurodoma 2013-2015 metų VUOI strateginiame veiklos plane (Vilniaus universiteto Onkologijos institutas (VUOI), 2012), šios įstaigos vadovo sukurta „visų kontrolės rūšių sistema, kuria siekiama užtikrinti VUOI veiklos teisėtumą, ekonomiškumą, efektyvumą, rezultatyvumą ir skaidrumą...“. Už vidaus kontrolės sistemos vertinimą atsakinga Vidaus audito tarnyba, jis atliekamas ne rečiau kaip vieną kartą per trejus metus. VUOI taip pat yra Lokalaus medicininio audito grupė.

Analizuojant strateginį veiklos planą, tarp svarbiausių veiklos prioritetų minimas ir „fundamentinio ir taikomojo onkologijos mokslo vystymas bei jo rezultatų diegimas klinikoje“, tuo siekiama užtikrinti aukštos kokybės pagalbą onkologiniams pacientams. Svarbiausia iniciatyva, remiantis šiuo dokumentu, yra veiklos efektyvumo didinimas, tačiau jis siejamas tik su „turto panaudojimo efektyvumo didinimu, atsisakant nenaudojamo turto.“

Šis dokumentas atkartoja 2011-2013 metų (VUOI, 2010) bei 2012-2014 metų (VUOI, 2011) strateginiuose veiklos planuose keliamą strateginį tikslą – „vykdant tarptautinio lygio onkologijos šakos mokslinius tyrimus parengti mokslines-praktines rekomendacijas, mokslinius straipsnius, kuriais remiantis būtų sudarytos prielaidos sergamumui piktybiniais navikais ir mirtingumui nuo jų mažinti bei pagerinti sergančiųjų piktybiniais navikais gyvenimo kokybę.“ Būtent šiam tikslui pasiekti sukurta veiksmų programa, kurioje kreipiamas dėmesys į mokslinės bazės plėtojimą, pastatų renovaciją bei pajamų didinimą iš klinikinės veiklos. Tačiau apie kokybiškas ir efektyvias stacionarines paslaugas, kaip apie strateginę veiklos kryptį, šiame dokumente nekalbama.

Kiekvienais metais oficialiame internetiniame Vilniaus Universiteto Onkologijos Instituto puslapyje viešai skelbiamos šios įstaigos veiklos ataskaitos. Jos apima tiek finansinę įstaigos bazę, tiek ir kasdienę veiklą. Šiai dienai (2013.01.16) yra skelbiami 2012 m. III ketvirčio finansiniai duomenys bei 2010 m. veiklos ataskaitos.

Finansinės VUOI ataskaitos rengiamos kiekvieną kalendorinių metų ketvirtį, jose nurodomos pagrindinės įstaigos piniginės įplaukos bei išlaidos (ilgalaikiam bei trumpalaikiam turtui administruoti, darbo užmokesčiui, komandiruotėms ir kt.).

Veiklos ataskaitos ruošiamos kasmet, jos apima visų VUOI padalinių veiklos rezultatų pateikimą. Šiuose dokumentuose skelbiama informacija apie darbuotojų skaičių bei pareigas, laboratorijų darbo apimtį, Klinikos veiklos rezultatus, Poliklinikoje besilankiusių apimtis, taip pat mokslinių darbuotojų publikuotų straipsnių, paruoštų bei apgintų mokslinių darbų skaičių.

Aišku, informacija apie įstaigos veiklą yra renkama bei apdorojama, tačiau nėra aiškos veiklos vertinimo sistemos, viešai publikuojami duomenys yra pasenę. Stokojama veiklos efektyvumo vertinimo kryptingumo ir nuoseklumo.

Apibendrinant šią darbo dalį, reiktų paminėti, kad efektyvumas yra rezultatų ir sąnaudų santykis, kuris nustatomas per įvesties ir išėigos rodiklių įvertinimą.

Efektyvumo siekimas figuruoja daugelyje PSO ir Lietuvos strateginiuose dokumentuose, tačiau dažniau jis suprantamas kaip veiklos kokybės sudedamoji dalis, bet ne atskira veiklos vertinimo charakteristika.

Veiklos efektyvumui nustatyti naudojama nemažai modelių, BSC modelis tinkamas ne tik ekonominio bei veiklos efektyvumo vertinimui, bet ir strategijai įgyvendinti. Taip pat, nors ir sukurtas privačiam sektoriui, įvedus tam tikrus pakeitimus, jis gali būti naudojamas ir viešojo sektoriaus įstaigų efektyvumui nustatyti.

Veiklos efektyvumo vertinimas onkologijoje turi tam tikrą specifiką, pasirenkant vertinimo rodiklius. Reguliarus VUOI veiklos efektyvumo vertinimas nėra vykdomas.

2. EFEKTYVUMO VERTINIMO MODELIO PASIRINKIMAS IR ADAPTAVIMAS (Metodologinė dalis)

Šis darbo skyrius apima efektyvumo vertinimo modelio pasirinkimo pagrindimą bei pasirinkto modelio adaptavimą, pritaikant jį VUOI stacionarinių paslaugų efektyvumo nustatymui.

Naudojama metodologija: aprašomasis metodas, tiriamasis metodas, modeliavimas, konsultacijos, palyginimas.

2.1. Efektyvumo vertinimo modelio pasirinkimas

Kaip buvo minėta teorinėje šio darbo dalyje, BSC modelis plačiai naudojamas užsienio šalių viešajame sektoriuje, tame tarpe ir ligoninėse, ne tik strategijai įgyvendinti bet ir veiklos efektyvumui vertinti. Šio modelio pagalba įmanoma finansinių (ekonominis efektyvumas) bei nefinansinių (veiklos efektyvumas) įstaigos veiklos rezultatų analizė vienu metu, kas suteikia žymiai daugiau informacijos apie įstaigos veiklą. Finansų ir darbuotojų/inovacijų perspektyvų rodikliai sudaro įstaigos išteklius, tai yra įstaigos turimi resursai, kad pasiektų veiklos rezultatus. Būtent veiklos rezultatai yra išreiškiami per klientų ir vidinių procesų perspektyvų rodiklius. Teorinėje dalyje efektyvumą šiame darbe sutarta laikyti rezultatų ir sąnaudų santykiu, todėl BSC modelis, apimantis keturių perspektyvų vertinimą, yra tinkamas efektyvumui nustatyti.

Pasitelkiant užsienio šalių sėkmingą BSC modelio naudojimą viešajame sektoriuje, darbo autorės prieita išvados VUOI veiklos efektyvumo vertinimą atlikti remiantis šiuo modeliu. Tam tikslui šioje darbo dalyje bus parenkami rodikliai, atspindintys instituto veiklą, tokiu būdu adaptuojant tradicinį BSC modelį, atsižvelgiant į VUOI darbo specifiką.

Vienas svarbiausių veiksnių, įtakančių efektyvumo vertinimo šiuo modeliu patikimumą, yra teisingas vertinimo rodiklių pasirinkimas. Efektyvumą atspindintys rodikliai klasifikuojami į įvesties (input) ir išeigos (output). Dažniausiai įvesties rodikliai sveikatos priežiūroje yra stacionaro lovų skaičius bei medicinos personalo (gydytojų ir slaugytojų) skaičius, tenkantis 1000 gyventojų. Neretai vertinamos išlaidos medicinos darbuotojų atlyginimams. Priklausomai nuo įstaigos veiklos specifikos, gali būti vertinamos išlaidos vaistams, kitoms procedūroms. Išeigos rodikliai yra priklausomi nuo įstaigos veiklos specifikos, dažniausiai yra vertinami vidutinė gulėjimo trukmė, lovos apyvarta,

letaliskumas. Tačiau mokslininkų teigimu svarbiausi išieigos rodikliai yra visuomenės sveikatos pagerėjimas (Puig, Ortun, 2004) bei gyvenimo trukmės, mirtingumo ir tuberkuliozės sergamumo rodikliai (Verhoeven, Lugaresi, 2007).

Suprantama, kad VGT, letalumas, pooperacinių komplikacijų, pakartotinių operacijų skaičius žymiai geriau atspindės stacionaro veiklos efektyvumą, nei visuomenės sveikatos pagerėjimas. Pabrėžtina, kad pasirenkant vertinimo rodiklius, svarbu atsižvelgti į įstaigos veiklos specifiką.

2.2. Efektyvumo vertinimo modelio adaptavimas

Prieš atitinkamų rodiklių pasirinkimą, svarbu trumpai apibūdinti kiekvienos vertinimo perspektyvos ypatumus VUOI, apibrėžti, kokius procesus jos apima. Tai, suprantama, įtakos rodiklių pasirinkimą.

Finansų perspektyva – apima įstaigos finansinės veiklos analizę. VUOI yra viešoji įstaiga, kadangi jos veikla yra finansuojama iš Valstybės biudžeto. Be to, VUOI gauna pajamas iš ES, užsienio valstybių ir tarptautinių organizacijų, taip pat kitų finansavimo šaltinių (pvz. iš mokamų paslaugų). Pagrindines veiklos sąnaudas sudaro: darbo užmokesčio ir socialinio draudimo, komunalinių paslaugų ir ryšių, eksploatavimo, transporto, kvalifikacijos kėlimo ir kt. sąnaudos.

Pacientų perspektyva – apima žmonių, besikreipiančių į VUOI, pasitenkinimo įvertinimą. Pacientas yra sveikatos priežiūros įstaigų paslaugomis besinaudojantis asmuo, vis dažniau medicinoje vadinamas klientu. Klientas – tai yra žmogus, perkantis iš gydymo įstaigos asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Tačiau vis dėlto, LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (1996) apibrėžia šiuos asmenis kaip pacientus. VUOI pacientus galima suskirstyti į dvi grupes: trumpalaikiai - atvykę konsultacijai (po konsultacijos, neįtariant onkologinio susirgimo, nukreipiami į žemesnio lygio gydymo įstaigas) ar gydymui (įtariant ar nustatčius onkologinę diagnozę atliktas gydymas, tolimesnei kontrolei nukreipti į šeimos gydytojus) ir ilgalaikiai (onkologiniai pacientai, gaunantys ilgalaikį gydymą ir stebėseną).

Vidinių procesų perspektyva – apibūdina VUOI veiklos procesus. Procesai apima ne tik stacionarines, ambulatorines, diagnostines, reabilitacijos paslaugas, programinius patikrinimus, bet ir administravimo paslaugas. VUOI vadovauja direktorius, turintis pavaduotojus klinikai, mokymui ir mokslui, slaugai bei strategijai ir plėtrai, ir Taryba. Be to, Onkologijos insitute yra įsteigtas Mokslinių tyrimų centras, vykdamas mokslinius tyrimus, bei Vėžio registras, kaupiantis ir apdorojantis informaciją apie onkologinius susirgimus Lietuvoje.

Darbuotojų/inovacijų perspektyva – apima žmoniškųjų išteklių bei naujovių diegimo įstaigoje vertinimą. Iš viso, 2012 metų duomenimis, įstaigoje dirbo 954 žmonės, iš jų stacionare 431 asmuo,

tarp jų yra 47 mokslinį laipsnį turintys gydytojai, Klinikos skyriuose dirba 296 slaugytojos. Mokslinei, diagnostinei ir gydymo įrangai įsigyti VUOI gauna lėšas iš ES paramos fondų. Tai skatina įsisavinant lėšas, plėtoti mokslą, teikti kokybiškas diagnostines bei gydymo paslaugas.

Renkantis rodiklius, buvo remiamasi ES sveikatos monitoringo programa (Kramers, 2003) ir Higienos Instituto Sveikatos informacijos centro (Higienos insitutas, 2010) siūlomais rodikliais. Konsultuojantis su VUOI direktoriumi K.P.Valucku bei Krūtinės chirurgijos, Krūties chirurgijos, Abdominalinės chirurgijos, Urologijos, Ginekologijos, Chemoterapijos ir Radiologijos skyrių vedėjais buvo parinkti rodikliai, reprezentuojantys VUOI stacionarinę veiklą, taip pat buvo įvardytos siektinos šių rodiklių reikšmės. Atrinkti rodikliai suskirstyti pagal BSC modelio perspektyvas:

- 1) Finansai :
 - a) pajamų/sąnaudų balansas;
 - b) oficialūs pacientų primokėjimai už stacionarines paslaugas.

- 2) Klientai:
 - a) skundų skaičius;
 - b) pacientų pasitenkinimas (VUOI Vidaus audito tarnybos anketinės apklausos rezultatai);
 - c) planinės hospitalizacijos laukimo laikas (pacientų, kuriems įtariama ar patvirtinta onkologinė diagnozė).

- 3) Vidiniai procesai:
 - a) DS ligonių dalis tarp visų pacientų;
 - b) lovos funkcionavimo rodiklis;
 - c) letalumas;
 - d) pooperacinių komplikacijų skaičius;
 - e) pakartotinių operacijų skaičius.

- 4) Darbuotojai/inovacijos:
 - a) etatų/darbuotojų santykis;
 - b) gydytojų/slaugytojų santykis;
 - c) lėšos naujai įrangai (įsisavintos lėšos iš ES paramos fondo gydymo ir diagnostikos įrangai);
 - d) straipsniai moksliniuose leidiniuose (straipsniai mokslo žurnaluose, įtrauktuose į ISI sąrašą ir tarptautiniuose periodiniuose leidiniuose);

e) kvalifikacijos kėlimo kursai (ne mažiau 6 val., įskaitant nuotolinius mokymus).

3 priede pateikiama lentelė, kurioje atrinkti rodikliai sugrupuoti pagal naudojamo modelio perspektyvas, įtraukiant įstaigos misiją.

Atrinkti rodikliai, konsultacijos dalyvių nuomone, geriausiai atspindi įstaigoje vykstančius procesus. Vertinant finansinę perspektyvą, svarbu nustatyti, ar įstaiga dirba nenuostolingai (tą įvertinti padės pajamų/sąnaudų balansas), be to svarbu žinoti, kokią dalį pajamų struktūroje sudaro oficialūs pacientų mokėjimai už stacionarines paslaugas. Šis rodiklis apima mokėjimą už padidinto patogumo palatas bei neapdraustųjų PSDF Lietuvos piliečių ar užsieniečių mokėjimai. Klientų perspektyvai įvertinti parinkti rodikliai parodo pacientų pasitenkinimo stacionarinėmis paslaugomis lygį (įskaitant skundus bei planinės operacijos laukimą). Vidinių procesų perspektyvoje rodikliai apibūdina tik stacionarines paslaugas, tam tikslui parinkti tradiciniai stacionarinę veiklą reprezentuojantys matai – letalumas, lovos funkcija, pooperacinių komplikacijų skaičius ir kt. Dėl galimo klaidingo rezultatų interpretavimo buvo atsisakyta VGT įtraukimo į rodiklių sąrašą. VGT labai varijuoja chirurginiuose ir radiologijos skyriuose, dėl to vertinant šį rodiklį ne atskirai pagal skyrius, jo rodmenys bus klaidingi vertinant paslaugų efektyvumą. Darbuotojų/inovacijų perspektyvai įvertinti parinkti rodikliai atspindintys personalo struktūrą VUOI Klinikoje (etatų/darbuotojų santykis, gydytojų/slaugytojų santykis), jų dalyvavimą kvalifikacijos kėlime bei mokslinėje veikloje. Lėšos naujai įrangai parodo, kiek įstaiga įsisavina pinigų iš ES paramos fondo, kiek gali padidėti ankstyvosios diagnostikos ir mažai invazyvių intervencijų atvejų.

Sekančiame modelio adaptavimo VUOI stacionariųjų paslaugų efektyvumo vertinimui etape įvardijami siekiai, rodiklio skaičiavimo metodologija, numatomos siektinos pasirinktų rodiklių reikšmės bei iniciatyvos šioms reikšmėms pasiekti. Duomenys pateikiami 4 lentelėje.

4 lentelė. **BSC modelio adaptavimas VUOI stacionariųjų paslaugų efektyvumo vertinimui**

<i>Finansai</i>			
Siekis	Rodikliai	Siekiamas rezultatas	Iniciatyvos
Teigiamas pajamų/sąnaudų balansas	Pajamų/sąnaudų suma	Teigiama pajamų/išlaidų suma	Didinti darbo organizavimo efektyvumą, skatinti pacientų naudojimąsi mokamomis paslaugomis, didinti pacientų pasitenkinimą.

Oficialūs pacientų primokėjimai už stacionarines paslaugas	% nuo viso biudžeto	>5 %	Skatinti naudotis mokamomis paslaugomis, diegti naujas mokamas paslaugas, užtikrinti mokamų paslaugų prieinamumą (tame tarpe ir kainos atžvilgiu).
--	---------------------	------	--

Pacientai

Siekis	Rodikliai	Siekiamas rezultatas	Iniciatyvos
Skundai	Skundų skaičius per metus	<10 skundų	Gerinti paslaugų kokybę, mažinti pooperacinių komplikacijų skaičių, mažinti planinės hospitalizacijos laukimo laiką, didinti slaugytojų skaičių, kelti darbuotojų kvalifikaciją.
Pacientų pasitenkinimas	Pacientų apklausos rezultatai (%)	>90% patenkintų pacientų	Gerinti pacientų aptarnavimą, mažinti pooperacinių komplikacijų skaičių, didinti lovos funkciją, įdiegti nuolatinį pacientų nuomonės monitoringą.
Planinės hospitalizacijos laukimas	Dienos	<10 dienų	Didinti darbo organizavimo efektyvumą, siūlyti alternatyvias priemones (DS), didinti išteklius (lovas, personalą) tuose skyriuose, kur didžiausios eilės, skatinti naudotis mokamomis paslaugomis.

Vidiniai procesai

Siekis	Rodikliai	Siekiamas rezultatas	Iniciatyvos
DS pacientų dalis	% nuo visų stacionarinių pacientų	>30%	Didinti darbo organizavimo efektyvumą, diegti naujas DS paslaugas, aiškinti pacientams apie DS privalumus, skatinti pacientus naudotis DS paslaugomis, sudaryti galimybes gauti gydymą DS.

Lovos funkcija	Lovadienių skaičiaus/vidut.metinis lovų skaičiaus santykis	310 dienų	Didinti darbo efektyvumą, kelti darbuotojų kvalifikaciją, naudoti modernią įrangą, mažinti pooperacinių komplikacijų ir pakartotinių operacijų skaičių.
Letalumas	Mirusių ir išrašytų pacientų santykis	<0.3	Didinti darbo kokybę, didinti slaugytojų skaičių, mažinti pooperacinių komplikacijų skaičių, naudoti modernią įrangą.
Pooperacinių komplikacijų dalis	% nuo gydytų pacientų (Onkochirurginiuose skyriuose)	<3%	Didinti darbo kokybę, naudoti modernią įrangą, didinti slaugytojų skaičių.
Pakartotinių operacijų dalis	% nuo gydytų pacientų (Onkochirurginiuose skyriuose)	<2%	Didinti darbo kokybę, naudoti modernią įrangą.

Darbuotojai/inovacijos

Siekis	Rodikliai	Siekiamas rezultatas	Iniciatyvos
Etatų/darbuotojų santykis	Etatų/darbuotojų santykis	1	Didinti darbo užmokėstį, didinti darbuotojų skaičių/mažinti etatų skaičių
Gydytojų/slaugytojų santykis	Gydytojų/slaugytojų santykis	1/3	Didinti slaugytojų skaičių/mažinti gydytojų skaičių.
Lėšos naujai įrangai	Mln.litų	>22 mln.lt.	Didinti lėšų kiekį, ieškoti kitų finansavimo šaltinių.
Straipsniai recenzuojamuose žurnaluose	Skaičius 1-am mokslininkui per metus	>2 straipsnių	Skatinti mokslinį aktyvumą, aprūpinti naują įrangą, sudaryti sąlygas atradimus pritaikyti klinikinėje praktikoje.
Kvalifikacijos kėlimas	Darbuotojų skaičius per metus	>130 žmonių	Motyvuoti darbuotojus kelti kvalifikaciją, skirti daugiau lėšų darbuotojų dalyvavimui tarptautinėse konferencijose.

Pasirinkus modelį ir atlikus adaptavimo etapą, galima pereiti prie tiesioginio VUOI stacionariųjų paslaugų efektyvumo vertinimo, kuris atliekamas praktinėje darbo dalyje.

3. STACIONARINIŲ PASLAUGŲ EFEKTYVUMO ĮVERTINIMAS VUOI

(Praktinė dalis)

Šiame darbo skyriuje pateikiama trumpa nagrinėjamos įstaigos charakteristika, apibrėžiamas tyrimo objektas. Taip pat remiantis adaptuotu metodologinėje dalyje BSC modeliu, atliekamas vienmomentinis VUOI teikiamų stacionarinių paslaugų efektyvumo vertinimas.

3.1. Trumpa VUOI charakteristika

VUOI istorija skaičiuojama nuo 1931 m., kai Vilniuje pradėjo veikti ligoninė ir institutas. Šioje ligoninėje veikė ambulatorija, 12 lovų stacionaras, laboratorija. Dažniausiai buvo gydomi išplitusiu vėžiu sergantys pacientai. Čia taip pat buvo atliekami moksliniai darbai – tyrinėjamas onkologinių ligonių kraujo serumas ir gilinamasi į biologines vėžio vystymosi problemas.

Šiandieninis Vilniaus universiteto Onkologijos institutas yra didžiausia įstaiga teikianti kvalifikuotą visapusę pagalbą onkologiniams pacientams.

Konsultacinės pagalbos ir diagnostikos klinikos specialistai teikia specializuotą onkologinę konsultacinę bei diagnostinę pagalbą. Chirurgijos klinikoje operuojami pacientai, sergantys visų lokalizacijų (išskyrus smegenų ir akių) navikais. Chirurgines operacijas atlieka ir VUOI Dienos chirurgijos stacionaro poskyris. Instituto Klinikoje yra didžiausias Lietuvoje chemoterapijos centras. Taip pat čia atliekamas visų rūšių spindulinis gydymas. Chemoterapijos ir radioterapijos paslaugos gali būti teikiamos stacionare ir dienos stacionaro sąlygomis. Po sudedamojo gydymo arba atskirų gydymo kursų atliekama stacionarinė ir ambulatorinė onkologinių pacientų rehabilitacija.

Institute yra įkurtas Vėžio kontrolės ir profilaktikos centras (Vėžio registras), kurio darbuotojai organizuoja statistinės informacijos apie vėžio ligą ir sergančiuosius šia liga Lietuvoje kaupimą, apdorojimą ir viešinimą. Onkologijos mokslui plėtoti institute įkurtas Mokslinių tyrimų centras. Pagrindinis centro tikslas – vykdyti tarptautinio lygio mokslinius tyrimus Lietuvoje.

Kaip matyti, VUOI veikla turi daug krypčių, tačiau šio mokslinio darbo metu nagrinėjamas tik stacionarinių paslaugų efektyvumas.

3.2. Tyrimo objektas – VUOI stacionariųjų paslaugų efektyvumas

Stacionarinė sveikatos priežiūros veikla – tai asmens sveikatos priežiūros paslaugos, apimančios pacientų diagnostiką, stebėseną, gydymą ir reabilitaciją. Šios paslaugos teikiamos įstaigoje ilgiau kaip 24 val. pacientams, kuriems būtinas lovos režimas. VUOI stacionarinės paslaugos teikiamos 7 skyriuose (Radiologinis, Chemoterapinis ir 5 Onkochirurginiai skyriai), juose yra 322 lovos. 2012 metais VUOI Klinikoje gydėsi 14807 žmonės, iš jų VUOI onkochirurgijos skyriuose gydytas 7451 asmuo, 2897 - chemoterapijos skyriuje, 921 – radiologijos skyriuje, 2819 – dienos stacionaro poskyryje, 719 – branduolinės terapijos poskyryje. Žvelgiant į šiuos duomenis, aišku, kad, esant tokiai paslaugų teikimo apimčiai, įstaigos teikiamos paslaugos turi būti ne tik kokybiškos, bet ir efektyvios.

3.3. Stacionariųjų paslaugų efektyvumo vertinimas VUOI

Prieš pradėdant vertinimą, buvo atlikta VUOI aplinkos SSGG(SWOT) analizė, kurios rezultatai pateikiami 5 lentelėje.

5 lentelė. **VUOI SSGG analizė**

Stiprybės Aukšta medicinos darbuotojų kvalifikacija Moderni diagnostikos ir gydymo aparatūra Glaudus ryšys tarp mokslo bei klinikinio darbo	Silpnybės Nepakankamas finansavimas Patalpų trūkumas
Galimybės Tapti Nacionaliniu vėžio institutu Sukurti daugiau darbo vietų	Grėsmės VUOI reorganizavimas Medicinos darbuotojų emigracija

Laikantis BSC modelio kūrimo logikos (žr.3 pav.), pirmiausia, reikalinga įvardyti įstaigos misiją bei strategiją.

VUOI misija - vykdyti tarptautinio lygio onkologijos šakos mokslinius tyrimus, kurių rezultatai pagerintų onkologinių ligonių gydymo efektyvumą bei sumažintų mirtingumą nuo vėžio, rengti mokslininkus ir aukštos kvalifikacijos specialistus, stiprinti šalies mokslinį potencialą bei konkurencingumą Europos mokslinių tyrimų erdvėje.

VUOI strategija – kokybiškos ir efektyvios sveikatos priežiūros stacionarinės paslaugos. VUOI direktoriui K.P.Valuckui patenkinus darbo autorės prašymą (žr. 4 priedą), gautas leidimas naudotis įstaigos duomenimis, pradėti rinkti duomenis, reikalingi šiam darbui atlikti. Duomenys gauti iš VUOI Kanceliarijos, Darbo su SVEIDRA grupės, Žmoniškųjų išteklių skyriaus, Finansų, ekonomikos ir planavimo skyriaus, VUOI Konsultacinės poliklinikos ir Klinikos onkochirurginių

skyrių vedėjų, VUOI direktoriaus pavaduotojo mokslui ir mokymui, Direktoriaus pavaduotojo slaugai bei ES projektų koordinavimo ir paramos skyriaus.

Adaptuotas BSC modelis buvo papildytas gautais duomenimis, sudaryta lentelė su rodikliais, siekiamomis jų reikšmėmis ir rekomenduojamais veiksmais toms reikšmėms pasiekti.

6 lentelė. **Adaptuotas BSC modelis VUOI stacionarinių paslaugų efektyvumo vertinimui**

Finansai

Siekis	Rodikliai	Siekiamas rezultatas	Iniciatyvos
Teigiamas pajamų/sąnaudų balansas	Pajamų/sąnaudų suma	Teigiama pajamų/išlaidų suma (3 057 148 ¹)	Didinti darbo organizavimo efektyvumą, skatinti pacientų naudojimąsi mokamomis paslaugomis, didinti pacientų pasitenkinimą.
Oficialūs pacientų primokėjimai už stacionarines paslaugas	% nuo viso biudžeto	>5% (0,35% ²)	Skatinti naudotis mokamomis paslaugomis, diegti naujas mokamas paslaugas, užtikrinti mokamų paslaugų prieinamumą (tame tarpe ir kainos atžvilgiu).

Pacientai

Siekis	Rodikliai	Siekiamas rezultatas	Iniciatyvos
Skundai	Skundų skaičius per metus	<10 skundų (6 ³)	Gerinti paslaugų kokybę, mažinti pooperacinių komplikacijų skaičių, mažinti planinės hospitalizacijos laukimo laiką, didinti slaugytojų skaičių, kelti darbuotojų kvalifikaciją.
Pacientų pasitenkinimas	Pacientų apklausos rezultatai (%)	>90% patenkintų pacientų (97% ⁴)	Gerinti pacientų aptarnavimą, mažinti pooperacinių komplikacijų skaičių, didinti lovos funkciją, įdiegti nuolatinį pacientų nuomonės monitoringą.
Planinės hospitalizacijos laukimas	Dienos	<10 dienų (15 ⁵)	Didinti darbo organizavimo efektyvumą, siūlyti alternatyvias priemones (DS), didinti išteklius

			(lovas, personalą) tuose skyriuose, kur didžiausios eilės, skatinti naudotis mokamomis paslaugomis.
--	--	--	---

Vidiniai procesai

Siekis	Rodikliai	Siekiamas rezultatas	Iniciatyvos
DS pacientų dalis	% nuo visų stacionarinių pacientų	>30% (19% ²)	Didinti darbo organizavimo efektyvumą, diegti naujas DS paslaugas, aiškinti pacientams apie DS privalumus, skatinti pacientus naudotis DS paslaugomis, sudaryti galimybes gauti gydymą DS.
Lovos funkcija	Lovadienių skaičiaus/vidut.metinis lovų skaičiaus santykis	310 dienų (308 ²)	Didinti darbo efektyvumą, kelti darbuotojų kvalifikaciją, naudoti modernią įrangą, mažinti pooperacinių komplikacijų ir pakartotinių operacijų skaičių.
Letalumas	Mirusių ir išrašytų pacientų santykis	<0.3 (0.4 ²)	Didinti darbo kokybę, didinti slaugytojų skaičių, mažinti pooperacinių komplikacijų skaičių, naudoti modernią įrangą.
Pooperacinių komplikacijų dalis	% nuo gydytų pacientų (Onkochirurginiuose skyriuose)	<3% (0.82% ⁶)	Didinti darbo kokybę, naudoti modernią įrangą, didinti slaugytojų skaičių.
Pakartotinių operacijų dalis	% nuo gydytų pacientų (Onkochirurginiuose skyriuose)	<2% (0.8% ⁶)	Didinti darbo kokybę, naudoti modernią įrangą.

Darbuotojai/inovacijos

Siekis	Rodikliai	Siekiamas rezultatas	Iniciatyvos
Etatų/darbuotojų santykis	Etatų/darbuotojų santykis	1 (450/431 ⁷)	Didinti darbo užmokesį, didinti darbuotojų skaičių/mažinti etatų skaičių.
Gydytojų/slaugytojų santykis	Gydytojų/slaugytojų santykis	1/3 (1/2,2 ⁷)	Didinti slaugytojų skaičių/mažinti

			gydytojų skaičių.
Lėšos naujai įrangai	Mln.litų	>22 mln.lt. (20.295.416 ⁸)	Didinti lėšų kiekį, ieškoti kitų finansavimo šaltinių.
Straipsniai recenzuojamuose žurnaluose	Skaičius 1-am mokslininkui per metus	>2 straipsnių (1,5 ⁹)	Skatinti mokslinį aktyvumą, aprūpinti nauja įranga, sudaryti sąlygas atradimus pritaikyti klinikinėje praktikoje.
Kvalifikacijos kėlimas	Darbuotojų skaičius per metus	>130 žmonių (140 ^{4,9})	Motyvuoti darbuotojus kelti kvalifikaciją, skirti daugiau lėšų darbuotojų dalyvavimui tarptautinėse konferencijose.

Skliausteliuose nurodomos esamos skaitinės reikšmės (visi duomenys, išskyrus finansinius, yra 2012 metų, finansiniai duomenys - 2011 metų). Duomenys gauti iš:

¹ – Finansų ekonomikos ir planavimo skyrius;

² - Darbo su SVEIDRA grupė;

³ – Kanceliarija;

⁴ – VUOI Direktorius pavaduotojas slaugai;

⁵ – Konsultacinės poliklinikos vedėja;

⁶ - Klinikos onkochirurgijos skyriaus vedėjai;

⁷ – Žmogiškųjų išteklių skyrius;

⁸ – ES projektų koordinavimo ir paramos skyrius;

⁹ – VUOI Direktorius pavaduotojas mokslui ir mokymui.

Atlikto vertinimo rezultatai aptariami sekančiame skyriuje.

3.4. VUOI stacionariųjų paslaugų efektyvumo vertinimo rezultatų aptarimas

Finansiniai rodikliai buvo vertinti remiantis VUOI veiklos rezultatų ataskaita už 2011 metus. Pagrindinės veiklos pajamos sudarė 82.979.253 Lt, sąnaudos - 79.922.105 Lt. Kaip matyti, pagrindinės veiklos perviršis yra 3.057.148 Lt. Vadinasi, įstaigos veikla nėra nuostolinga, pinigai naudojami racionaliai. Oficialūs pacientų primokėjimai už stacionarias paslaugas sudaro labai mažą dalį visų piniginių įplaukų, numatyta siektina rodiklio reikšmė viršija esamą net 14 kartų. Šį rodiklį sudaro pacientų mokėjimai už padidinto patogumo palatas bei PSDF nedraustųjų Lietuvos bei užsienio šalių piliečių įmokos už stacionarines paslaugas. Vertinant finansinėje perspektyvoje matuotus rodiklius, pastebima, kad teigiamas pajamų/išlaidų balansas yra svarbus kitose perspektyvose vertintų rodiklių esamų reikšmių gerinimui.

Klientų perspektyvai apibūdinti parinkti rodikliai charakterizuoja paciento pasitenkinimą. Raščių skundų skaičius per metus bei planinės hospitalizacijos laukimo laikas yra objektyvūs

rodikliai, tuo tarpu pacientų apklausos, atliktos pačios VUOI Vidaus audito tarnybos, rezultatus galima vertinti kritiškai. Anot apklausos rezultatų, net 97 proc. apklaustųjų stacionarines paslaugas, teikiamas VUOI Klinikoje, vertina „gerai“ ir „labai gerai“. Tą iš dalies patvirtina ir skundų skaičius, kuris kone dvigubai mažesnis, nei siekiama rodiklio reikšmė. Vidutiniškai onkologiniai pacientai ar tie, kuriems yra šios diagnozės įtarimas, laukia apie 15 dienų, kol bus hospitalizuoti. Vertinant šį rodiklį pagal skyrius, pastebima, kad didžiausios eilės (apie 1,5 mėnesio) yra hospitalizacijai į Radioterapinį skyrių, Onkochirurginiai skyriai kompensuoja šio rodiklio reikšmę dėl pakankamai trumpų (3-6 dienos) laukimo eilių. Apibendrinant šios perspektyvos rezultatus, pastebimi gana geri veiklą atspindinčių rodiklių vertinimai.

Vidinių procesų perspektyvos rodikliai tiesiogiai charakterizuoja stacionarines paslaugas ir jų alternatyvų plėtoją. Šie rodikliai buvo vertinami remiantis Lovų fondo panaudojimo VUOI bei Onkochirurginių skyrių veiklos ataskaitomis už 2012 metus. DS pacientų dalis tarp visų stacionarinių pacientų siekia tik 19 proc., tuo tarpu numatyta siektina reikšmė sudaro 30 proc. Galbūt šio rodiklio reikšmę trukdo didinti ne tiek DS paslaugų spektras, kiek pacientų nusistatymas prieš DS ar galimybių naudotis DS paslaugomis stokos. Lovos funkcionavimo rodiklis bei letalumas beveik atitinka siekiamas reikšmes. Lovos funkcionavimo rodiklis priklauso nuo skyriaus darbo specifikos, o letalumas nuo pacientų bendrosios būklės, tad šių rodiklių vertinimas būtų tikslingesnis vertinant juos atskirai tarp skyrių. Pooperacinių komplikacijų bei pakartotinių operacijų skaičius Onkochirurginiuose skyriuose yra maži, nesiekiantys numatytų reikšmių. Tas rodo darbuotojų aukštą kvalifikaciją bei modernios aparatūros naudojimą, atliekant chirurgines intervencijas. Bendrai matomi gana geri veiklos rezultatai, kurie beveik atitinka (lovos funkcionavimo ir letalumo rodikliai) arba net nesiekia (pooperacinių komplikacijų bei pakartotinių operacijų skaičius) numatytų reikšmių.

2012 metais VUOI stacionare buvo užimti 450 etatai, tuo tarpu darbuotojų buvo mažiau (431 fizinis asmuo), tai reiškia, kad kai kurie darbuotojai dar papildomai užima 0,25 ar 0,5 etato. Šio rodiklio reikšmę galėtų paaiškinti gydytojų/slaugytojų santykis (134/296) stacionare, kuris nesiekia numatytų reikšmių. Jis parodo, kad stacionare trūksta slaugytojų, kas sąlygoja jau dirbančias slaugytojas imtis papildomų darbo krūvių. Kvalifikacijos kėlime 2012 metais dalyvavo daugiau darbuotojų, nei numatyta siektinose reikšmėse, tačiau šio rodiklio didesnė reikšmė turi tik teigiamos įtakos vidiniams procesams. Straipsnių skaičius, tenkantis vienam mokslininkui per metus, beveik atitiko, numatytą šio rodiklio reikšmę. Šis rodiklis parodo, kad šalia gydymosios veiklos stacionaro gydytojai gana aktyviai dalyvauja mokslinėje veikloje. Naujos diagnostinės bei gydymo įrangos įsigijimą didžiąja dalimi finansuoja ES paramos fondai, remiantis 2011 metų duomenimis VUOI įsisavino šių lėšų kiek mažiau, nei buvo numatyta siektinose reikšmėse. Vertinant šios perspektyvos

rodiklių rezultatus numatytas siektinas reikšmės viršija tik vienas rodiklis (dalyvusių kvalifikacijos kėlime darbuotojų skaičius), kitų rodiklių reikšmės yra artimos numatytoms reikšmėms.

Apibendrinant adaptuoto BSC modelio pagalba atlikto VUOI stacionarinių paslaugų efektyvumo vertinimą, galima pabrėžti, kad turimi ištekliai naudojami nevisai racionaliai. Tą rodo finansų ir darbuotojų/inovacijų perspektyvų rodiklių reikšmės, kurios, išskyrus teigiamą pajamų/išlaidų balansą bei dalyvavimą kvalifikacijos kėlime neatitinka numatytų siekiamų reikšmių.

Tik du iš septynių įvesties rodiklių atitinka ar viršija siekiamas rodiklių reikšmes, kiti nesiekia numatytų reikšmių, nors ir yra gana artimos joms. Prasčiausias šių perspektyvų rezultatas yra oficialių pacientų primokėjimų už stacionarines paslaugas rodiklis. Iš aštuonių išėigos rodiklių pusė atitinka siekiamas reikšmes, kita rodiklių dalis yra labai artima numatytiems rezultatams. Daugiausiai neatitinkantys siekiamų reikšmių rodikliai yra planinės hospitalizacijos laukimo ir DS pacientų dalis tarp visų stacionarinių pacientų atitinkamai (klientų perspektyva ir vidinių procesų perspektyva).

Atlikus VUOI stacionarinių paslaugų efektyvumo vertinimą ir apibendrinant vertinimo rezultatus, prieita išvados, kad šios paslaugos nėra efektyvios. Tą patvirtina, kad iš penkiolikos vertinimui atrinktų rodiklių tik šeši atitinka numatytas siekiamas reikšmes. Daugiausia siekiamų reikšmių neatitinka įvesties perspektyvų (finansai ir darbuotojai/inovacijos) rodikliai, kas pabrėžia neracionalų išteklių naudojimą.

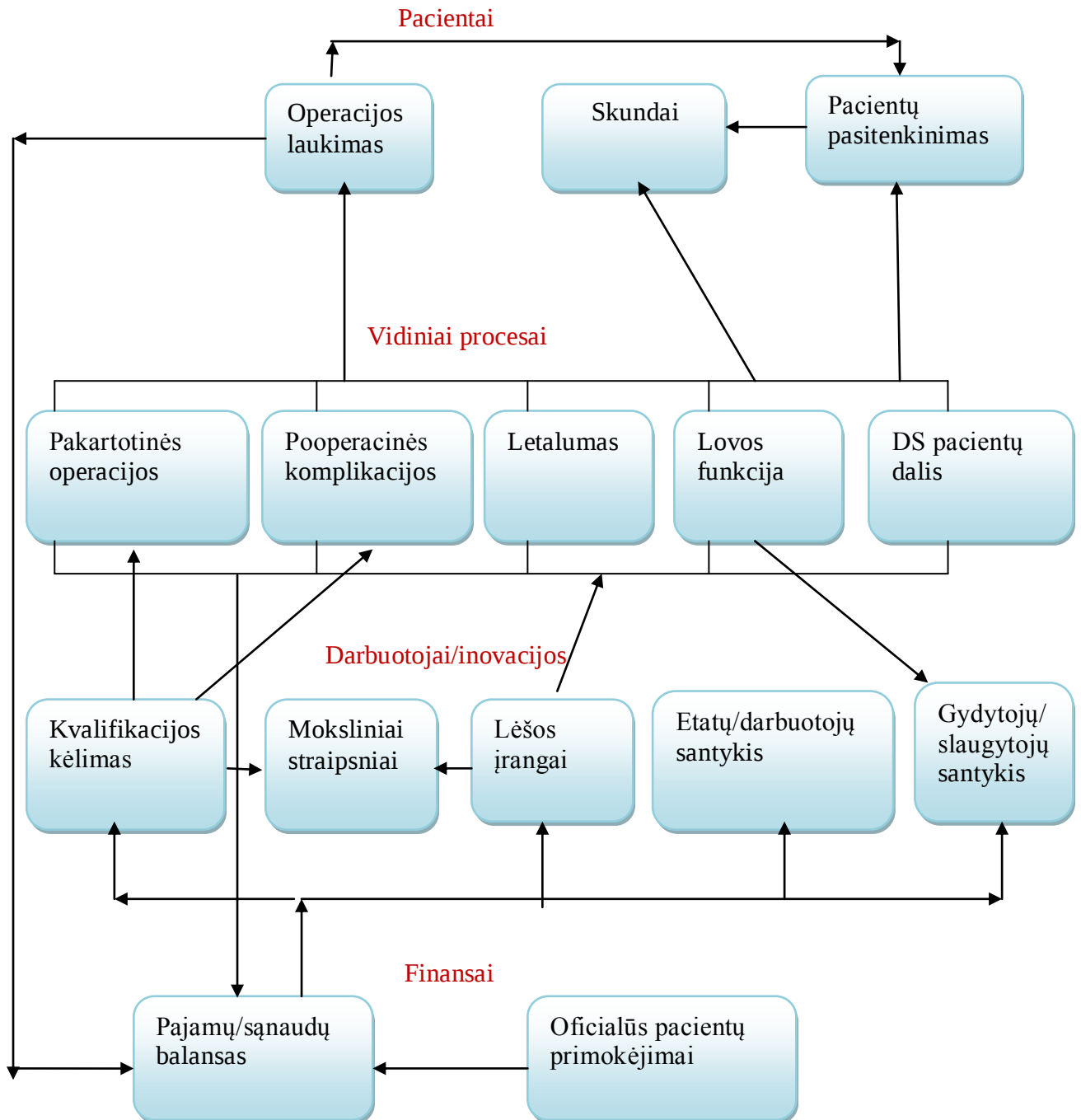
Remiantis šiuo modeliu efektyvumas gali būti nustatomas:

- a) lyginant esamus rodiklių reikšmes su siekiamomis reikšmėmis;
- b) lyginant esamas rodiklių reikšmes laiko atžvilgiu;
- c) lyginant esamas rodiklių reikšmes su panašias paslaugas teikiančiomis kitomis gydymo įstaigomis.

Be to įmanomas vėlesnis pasirinktų siekiamų reikšmių taisymas – atsižvelgiant į įstaigos veiklos aplinką, jas galima “griežtinti” arba “laisvinti”.

Sekančiame veiklos efektyvumo vertinimo etape, yra nustatomi priežasties – pasekmės ryšiai tarp siekių, sudaromas strateginis žemėlapis, apimantis BSC modelio perspektyvas. Sudarytas strateginis žemėlapis pateikiamas sekančiame darbo puslapyje.

Remiantis rodiklių sistema sudaromas starteginis žemėlapis, kur siekiai sujungti priežasties-pasekmės ryšiais:



6 pav. VUOI veiklos strateginis žemėlapis

Dėl laiko stokos šis strateginis žemėlapis yra supaprastintas, apima tik numatytus vertinimui penkiolika siekų. Jis gali būti gilinamas, detalizuojamas kiekvienam vykstančiam organizacijoje procesui.

IŠVADOS

1. Šio tyrimo metu buvo išanalizuota teorinė sveikatos priežiūros efektyvumo samprata. Nustatyta, kad efektyvumas sveikatos priežiūroje dažniausiai priskiriamas prie sveikatos priežiūros kokybės charakteristikų. Nors PSO ir Lietuvos strateginiuose dokumentuose figuruoja efektyvumo sveikatos priežiūroje siekimas ir yra nemažai veiklos efektyvumo vertinimo modelių bei būdų, tačiau kol kas realiai Lietuvos gydymo įstaigose jais nesinaudojama.
2. Išnagrinėjus efektyvumo nustatymo metodologiją ir įvertinus BSC modelio privalumus bei trūkumus diegiant jį viešojo sektoriaus organizacijose, nustatyta, kad tradicinis BSC modelis yra tinkamas įstaigos strategijai valdyti bei efektyvumui vertinti. Taip pat šis modelis gali būti adaptuotas VUOI stacionarinių paslaugų efektyvumo įvertinimui.
3. Pritaikius adaptuotą BSC modelį VUOI stacionarinių paslaugų efektyvumui įvertinti, buvo atliktas vienmomentinis šių paslaugų efektyvumo matavimas, kuris parodė, kad VUOI neracionaliai naudoja turimus išteklius, tačiau veiklos rezultatai nežymiai atsilieka nuo numatytų siektinų reikšmių.
4. Prie kiekvieno siekio modelyje (žr. 6 lentelę), yra nurodytos darbo autorės siūlomos iniciatyvos, skatinančios numatytų rodiklių reikšmių gerėjimą. Taip pat remiantis atlikto tyrimo duomenimis buvo suformuotas strateginis žemėlapis, kuriame svarbiausi įstaigos siekiai yra susieti priežasties – pasekmės ryšiais, kas akivaizdžiai parodo, kokios taktikos reikėtų laikytis, siekiant iškelto strateginio tikslo.

REKOMENDACIJOS

Kadangi nustatyta, kad adaptuotas BSC modelis yra tinkamas efektyvumui vertinti, siūloma šį modelį naudoti reguliariai VUOI stacionarinių paslaugų efektyvumui vertinti. Taip pat rekomenduojama pačiai įstaigai pasirinkti analizuojamus rodiklius – šis modelis gali būti papildytas, pakeistos siekiamos rodiklių reikšmės, atsižvelgiant į įstaigos veiklos aplinką.

Siekiant iškelto strateginio tikslo – teikti kokybiškas ir efektyvias stacionarines paslaugas, be to atsižvelgus į VUOI stacionarinių paslaugų efektyvumo įvertinimo rezultatus, rekomenduojama susipažinti su autorės siūlomomis iniciatyvomis.

Pirmiausia, svarbu racionalizuoti išteklių naudojimą: didinti darbo organizavimo efektyvumą, skatinti pacientus naudotis mokamomis paslaugomis, didinti darbo užmokėstį, slaugytojų skaičių, ieškoti naujų finansavimo šaltinių naujai įrangai įsigyti, skatinti personalo, dirbančio VUOI Klinikoje, tobulėjimą (mokslinę veiklą bei dalyvavimą kvalifikacijos kėlime). Racionalizavus

išteklius galima tikėtis ir rezultatų gerėjimo. Jį skatins paslaugų kokybės, aptarnavimo, darbo kokybės gerėjimas, modernios diagnostikos ir gydymo įrangos naudojimas, didesnis slaugytojų bei kvalifikuotų darbuotojų skaičius. Darbo autorės siūlomos rekomendacijos yra bendro pobūdžio, remiasi teorine baze. Todėl prieš imantis konkrečių veiksmų didinant paslaugų efektyvumą siūloma:

- a) kreiptis į ekspertus dėl konsultacijos;
- b) detalizuoti strateginį žemėlapi;
- c) rinktis pagrįstas priemones veiklos efektyvumui didinti;
- d) priemonės ir veiksmų planas turi būti derinami su įstaigos administracija bei remtis realiomis veiklos ir aplinkos sąlygomis.

LITERATŪRA

1. Australijos patobulintos giminingų diagnozių grupės, 6.0 versija, Apibrėžimų vadovas, 1-oji knyga. Leidinio nr. 4345. ISBN 1-74186-699-5.
<http://vlk.atstovas.lt/resources/files/DRGVadovasNr1.pdf> [žiūrėta 2012 10 11].
2. Bagdonas A., Jucevičienė P. Bendrojo lavinimo mokyklos veiklos efektyvumo sampratos problema epistemologiniu ir vertinamuoju aspektais. // Socialiniai mokslai: internetinis žurnalas, 2000, Nr.4(25).
[http://info.smf.ktu.lt/Edukin/zurnalas/archive/pdf/2000%204%20\(25\)/11%20Bagdonas,Juceviciene.pdf](http://info.smf.ktu.lt/Edukin/zurnalas/archive/pdf/2000%204%20(25)/11%20Bagdonas,Juceviciene.pdf) [žiūrėta 2012 10 07].
3. Chan Y-C.L., Ho S.J.K. Performance Measurement and the Use of Balanced Scorecard in Canadian Hospitals. *Advances in Management Accounting* 19, 2000. – 145 p.
4. Chow C. W. et al. The balanced scorecard: A potent tool for energizing and focusing. *Journal of Healthcare Management*, 43(3), 1998. - 263 p.
5. Daukantas A. Ligoninių efektyvumo vertinimo užtikrinimas Lietuvoje. Tezių knyga. Studentų mokslinė draugija. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. 2012. <http://veek.lt/ligoniniu-efektyvumo-vertinimo-uztikrinimas-lietuvoje,t2084> [žiūrėta 2012 10 09].
6. Daunorienė A. ir kt. Subalansuotų veiklos įvertinimo rodiklių panaudojimas aukštojo mokslo institucijos strategijos valdymui. *Ekonomika ir vadyba*, 2007. – 12 p.
7. Denison D. R. Corporate culture and organizational effectiveness. New York: Wiley, 1990.
8. Dummond H. Another fin mess: time for quality in decision- making. *Journal of General Management* 18, 1992, p. 1-14.
9. Ekonomikos terminų žodynas. <http://e-terminai.lt/ekonomika/efektyvumas> [žiūrėta 2012 10 05].
10. Farrell M.J. The measurement of productive efficiency. *Journal of Royal Statistical Society* 120(3), 1957. - 253 p.
11. Fitzpatrick M.A. Let's bring balance to health care. *Nursing Management* 33, 2002. - 35 p.
12. Gurd B.W., Gao T. Lives in the balance: Managing with the scorecard in not-for-profit healthcare settings. *International Journal of Productivity and Performance Management* 57, 2008. – 6 p.
13. Griffiths J. Balanced Scorecard Use in New Zealand Government Departments and Crown Entities. *Australian Journal of Public Administration* 62(4), 2003, p.70-79.
14. Health Care Efficiency Measures – Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services, <http://www.ahrq.gov/qual/efficiency/hcemch1.htm> [žiūrėta 2012 11 17].
15. How can hospital performance be measured and monitored? WHO Europe. Ataskaita, 2003. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/74718/E82975.pdf [žiūrėta 2012 10 02].
16. Hollingsworth B. The measurement of efficiency and productivity of health care delivery, *Health Economics Volume* 17, Issue 10, 2008, p. 1107–1128.
17. Inamdar N., Kaplan R.S. Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organisations. *Journal of Healthcare Management* 47. 2002, p. 179-195.
18. Jacobs R. Measuring efficiency in health care – analytic techniques and health policy. Cambridge, 2006. – 26 p.

19. Jakutis V. Veiklos efektyvumo vertinimas VUL Santariškių klinikose Širdies chirurgijos centre. (Rankraštis): magistro baigiamasis darbas. Vilnius. Mykolo Romerio universitetas, 2011.
20. Jankauskienė D., Pečiūra R. Sveikatos politika ir valdymas: vadovėlis. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007, p.14-15, 56, 58-77, 90-100, 119, 153, 236, 244. – ISBN 978-9955-19-073-8.
21. Jankauskienė D. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir jos rodikliai. Paskaitų medžiaga. Strateginio valdymo ir politikos katedra, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007. - 4 p.
22. Janušonis, V. Medicinos pagalbos kokybė ir valdymas. Vilnius: Mokslas, 1991. – 5 p.
23. Janušonis V., Popovienė J. Kokybės sistemos: vadovėlis. Klaipėda: Klaipėdos universitetas, 2004, p. 10, 35, 70. – ISBN 9986-31-100-4.
24. Jasaitytė N. Sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir efektyvumas Lietuvoje. (Rankraštis): magistro baigiamasis darbas. Vilnius, ISM Vadybos ir ekonomikos universitetas, 2010.
http://jga.lt/uploads/studijos/Master%20Thesis_Neringa%20Jasaityte%202010.pdf [žiūrėta 2012 10 12].
25. Kalibatas V. Lietuvos bendrojo pobūdžio stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo įvertinimas (rankraštis): daktaro disertacija: biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (10B). – Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2005.
26. Kaplan R.S., Norton D.P. The balanced scorecard – measures that drive performance. Harvard Business Review, 1992, p.71-90.
27. Kaplan R.S., Norton D.P. The Strategy-Focused organization – How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment. Boston: Harvard Business School Press. 2001.
28. Kaplan R.S., Norton D.P. Using the balanced scorecard as a strategic management system. Harvard Business Review. Vol.74 No.1, 1996, p.75-85.
29. Knowles J.C. et al. Measuring results of health sector reform for system performance: a handbook of indicators. Partnerships of health reform. Ataskaita, 1997.
<http://www.phrplus.org/Pubs/Sir1.pdf> [žiūrėta 2012 10 01].
30. Konkurencingumas. Bankininkystės ir investicijų katedra, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007.
http://www.mruni.eu/mru_lt dokumentai/katedros/bankininkystes_ir_investiciju_katedra/2007_m/paskaitos/6P.Konkurencingumas.doc [žiūrėta 2012 10 13].
31. Kramers P. The ECHI project. Health indicators for the European Community. European Journal of Public Health 13, 2003.
32. Kurtzman J. Is your company off course? Now you can find out why. Fortune 17, 1997. – 128 p.
33. Labutis G., Oškeliūnas V. Subalansuotu rodikliu sistema - gydymo įstaigos veiklos tobulinimo įrankis. 2010.
34. Lane J.E. Viešasis sektorius: sąvokos, modeliai ir požūriai: vadovėlis. Vilnius: Margi raštai, 2001. – 348 p.
35. Leichteris E. Kaip padidinti įmonės veiklos efektyvumą. // Verslo burės: internetinis žurnalas, 2007. http://www.swedbank.lt/lt/previews/get/30/1219666816_vbures2007-2.pdf [žiūrėta 2012 10 05].

36. Lietuvos ligoninės bus reitinguojamos. Straipsnis iš SAM puslapio. 2012. http://www.sam.lt/go.php/lit/Lietuvos_ligonines_bus_reitinguojamos/3225/2 [žiūrėta 2012 10 18].
37. Lietuvos sveikatos programa. http://www.sam.lt/go.php/lit/Lietuvos_sveikatos_programa_/577 [žiūrėta 2012 11 20].
38. LR Aukščiausiosios Tarybos nutarimas dėl Lietuvos Nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo. Nr.I-1939, Vilnius, 1991. http://jga.lt/uploads/studijos/1991_10_30_LR_AT_Nutarimas_I_1939_Nacionaline_.pdf [žiūrėta 2012 09 20].
39. LR SAM administruojamų Sanglaudos skatinimo veiksmų programos priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimas. Galutinė ataskaita, 2011. http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas_ESSP_Neringos/Ataskaitos_2010MVP/SAM_rodikliai_ataskaita.pdf [žiūrėta 2012 12 29].
40. LR SAM ministro įsakymas dėl aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąnaudų, apmokamų privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, priskyrimo sąnaudų grupėms pagal giminingų diagnozių grupių metodą tvarkos aprašo patvirtinimo. Nr. V-786, 2011. http://www.vlk.lt/vlk/files/2011/icd10/201108_AGS_V786.pdf [žiūrėta 2012 10 10].
41. LR SAM ministro įsakymas dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. sausio 23 d. įsakymo Nr. V-35 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo“ pakeitimo. http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=377816&p_query=&p_tr2= [žiūrėta 2012 11 23].
42. LR SAM ministro įsakymas dėl Vilniaus apskrities sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo plano patvirtinimo. http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=303532 [žiūrėta 2011 11 18].
43. LR SAM ministro įsakymas dėl Vilniaus ir Kauno apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų patvirtinimo. http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=224940&p_query=&p_tr2= [žiūrėta 2011 11 18].
44. LR Seimo nutarimas dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo. Nr. VIII-833, Vilnius, 1998. http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=60036&p_query=&p_tr2= [žiūrėta 2012 09 21].
45. LR Seimo nutarimas dėl Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2011-2020 metais metmenų patvirtinimo. http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=400429&p_query=&p_tr2= [žiūrėta 2011 11 20].
46. LR Sveikatos draudimo įstatymas. Nr. I-1343, Vilnius, 1996. http://www.istatymas.lt/istatymai/sveikatos_draudimo_istatymas.htm [žiūrėta 2012 09 23].
47. LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. Nr. I-1367, Vilnius, 1996. http://www.istatymas.lt/istatymai/sveikatos_prieziuros_istaigu_istatymas.htm [žiūrėta 2012 09 21].

48. LR Sveikatos sistemos įstatymas. Nr. I-552, Vilnius, 1994.
http://www.istatymas.lt/istatymai/sveikatos_sistemos_istatymas.htm [žiūrėta 2012 10 02].
49. LR Vyriausybės nutarimas Dėl LR vyriausybės 2012 metų veiklos prioritetų.
http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=408916&p_query=&p_tr2 [žiūrėta 2011 11 22].
50. Lukaševičius K. ir kt. Verslo Ekonomika. Kaunas: Technologija, 2005, p. 7, 18.
51. Marko R. Limitations of Balanced scorecard. Proceedings of the 2nd International Conference on Business Administration. University of Tartu, 2004, p.155-161.
52. Martinkus B., Žilinskas V. Ekonomikos pagrindai: vadovėlis. Kaunas: Technologija, 2001. – 11 p.
53. Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions. WHO Europe. Seminario ataskaita. Ispanija, 2003. http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_krankenhaus/wido_kra_who_1204.pdf [žiūrėta 2012 10 01].
54. MeSH (Medical Subject Headings). National Center for Biotechnology Information: žodynas.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=mesh&dopt=Full&list_uids=68017598 [žiūrėta 2012 10 01].
55. Naujos visuomenės sveikatos strategija. Europos Komisija, 2000. - 48 p.
56. Neely A. Why measurement initiatives fail. Measuring Business Excellence 4, 2000. - 3 p.
57. Oliveira J. The Balanced Scorecard: An Integrative Approach to Performance Evaluation. Healthcare Financial Management 55, 2001. - 42 p.
58. Olve N.G. et al. Performance Drivers. Willey, 1999, p.71-79.
59. Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas. Higienos Institutas, Sveikatos informacijos centras, 2010, p.30-34.
60. Peacock S. et al. Techniques for measuring efficiency in health services. Staff working paper. Dokumentas: Australija, 2001.
http://www.pc.gov.au/data/assets/pdf_file/0018/60471/tmeihs.pdf [žiūrėta 2012 10 09].
61. Performance assessment tool for quality improvement in hospitals. WHO Europe. Brošiūra, 2007. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/103728/E89742.pdf [žiūrėta 2012 10 04].
62. Pink G.H. et al. Creating a Balanced Scorecard for a Hospital System. Journal of Health Care, 2000.
63. Povilaitytė J. UAB „Pravista“ ekonominio efektyvumo dinamikos įvertinimas (rankraštis): magistro baigiamasis darbas: socialiniai mokslai, ekonomika (04S). – Šiauliai: Šiaulių universitetas, 2011.
64. Prasada Rao D.S. Efficiency and productivity measurement: Stochastic Frontier Analysis, School of economics the university of Queensland, Australija,
http://www.euklems.net/data/workshop/slides/Lecture%20Day_3_Stochastic%20Frontier%20Analysis.ppt [žiūrėta 2012 10 12].
65. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. World Health Organisation Quality of care,
http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf [žiūrėta 2012 11 15].

66. Report on Workshop organised by the OECD, www.oecd.org/dataoecd/61/9/37903961.pdf [žiūrėta 2012 11 16].
67. Rohm H. A Balancing Act: Developing and Using Balanced Scorecard Performance System. Perform Magazine. Vol. 2. Issue 2, 2002.
68. Saltman R.B. et al. Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Open University Press, 1999. ISBN 0-335-19970-4.
69. Selection of indicator of hospital measurement performance. WHO Europe. 3 ir 4 seminarų ataskaita, 2003. <http://www.slideshare.net/srijadi/selection-of-indicators-for-hospital-performance-mesurement> [žiūrėta 2012 10 10].
70. Sheldon T. Discounting in Health Care Decision Making: Time for a Change? Journal of Public Health Medicine 14, 1992. - 250 p.
71. Stewart L.J., Bestor W.E. Applying a Balanced Scorecard to health care Organizations. Journal of Corporate Accounting & Finance 3, 2000. - 75 p.
72. Storey A. Performance Management in Schools: could the Balanced Scorecard help? School leadership and Management, Vol. 22, No 3, 2002, p. 321 – 338.
73. Street A. How much confidence should we place in efficiency estimates? Health Economics 12(11), 2003. – 895 p.
74. Sudnickas T. Subalansuotų rodiklių sistemos taikymo aspektai Lietuvos viešajame sektoriuje. Viešojo politika ir administravimas, Nr. 12, 2005.
75. Sudnickas T. Šiuolaikinės veiklos matavimo sistemos. Integravimo su kokybės valdymo ir procesų tobulinimo sistemomis galimybės. // Viešojo politika ir administravimas: Nr.26, 2008. https://www.mruni.eu/lt/mokslo_darbai/vpa/archyvas/ [žiūrėta 2012 10 04].
76. Svaravičius A. Kaip sukurti Subalansuotų rodiklių sistemą. http://www.verslobanga.lt/lt/zb.download/45dc46556860a/BSC_diegimas_imoneje.doc [žiūrėta 2013 01 08].
77. Sveikata 21. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione, Vilnius. LR Sveikatos apsaugos ministerija, 1998.
78. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programa. http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=242167&p_query=&p_tr2= [žiūrėta 2011 11 20].
79. Vaitkevičiūtė V. Tarptautinių žodžių žodynas. Vilnius: žodynas, 2007.
80. Valstybinės ligonių kasos strateginis veiklos planas. <http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=124> [žiūrėta 2011 11 24].
81. Veberienė I. Strateginis gimnazijos valdymas pagal Subalansuotų rodiklių sistemą. (Rankraštis): magistro baigiamasis darbas. Šiauliai, Šiaulių universitetas, 2010.
82. Verhoeven M., Lugaresi S. The Health Sector in the Slovak Republic: Efficiency and Reform. IMF Working Paper, 2007.
83. Vikipedija. Laisvoji enciklopedija. Straipsnis iš enciklopedijos. Data envelopment analysis. http://en.wikipedia.org/wiki/Data_envelopment_analysis [žiūrėta 2012 10 12].
84. Vilniaus universiteto Onkologijos instituto 2011-2013 ir 2012-2014 metų strateginiai veiklos planai. <http://www.vuoi.lt/index.php?-1340842884> [žiūrėta 2013 01 18].
85. Vilniaus universiteto Onkologijos instituto direktoriaus įsakymas Nr.R8-595. 2013-2015-ųjų metų strateginis veiklos planas, 2012.
86. Vinciūnienė V., Rauluškevičienė J. Lietuvos respondentinių ūkininkų ūkių techninio ir masto efektyvumo neparimetrinis vertinimas. // Socialiniai mokslai, LŽŪU darbai: internetinis žurnalas Nr.85(38), 2009. <http://www.asu.lt/file.doc?id=30138> [žiūrėta 2012 10 11].
87. Voelker K. et al. The Balanced Scorecard in Healthcare Organizations: A Performance Measurement and Strategic Planning Method. Hospital Topics 17, 2001. – 1107 p.

88. WHO glossary. Žodynas. , <http://www.who.int/health-systems-performance/docs/glossary.htm#efficiency> [žiūrėta 2012 10 01].
89. World Health Report - The world health report 2000 - Health systems: improving performance, <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html> [žiūrėta 2012 11 15].
90. Zelman W.N., Pink C.B. Use of the Balanced Scorecard in Health Care. Journal of Health Care Finance 29, 2003. - 16 p.

Kalašnikova - Volček M. Stacionarinių paslaugų efektyvumo vertinimas Vilniaus universiteto Onkologijos institute / Sveikatos priežiūros įstaigų administravimo magistro baigiamasis darbas. Vadovas doc. dr. D. Gudelis. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2013. – p.67.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe išanalizuotas ir įvertintas stacionarinių sveikatos paslaugų, teikiamų Vilniaus universiteto Onkologijos institute, efektyvumas, iškeltos šių paslaugų neefektyvumo priežastys bei pateiktos rekomendacijos šioms priežastims pašalinti. Pirmoje darbo dalyje teoriniu aspektu nagrinėjama efektyvumo samprata, analizuojami tarptautiniai ir Lietuvos dokumentai, reglamentuojantys sveikatos apsaugos efektyvumo siekimą, studijuojami veiklos efektyvumo vertinimo modeliai ir būdai, detalai nagrinėjamas BSC modelis, taikomas įstaigų veiklos efektyvumui vertinti bei strategijai valdyti, nagrinėjami veiklos efektyvumo vertinimo ypatumai onkologijoje. Antroje dalyje parenkamas veiklos efektyvumo vertinimo modelis ir adaptuojamas VUOI stacionarinių paslaugų efektyvumui įvertinti. Trečioje dalyje atliekamas stacionarinių paslaugų efektyvumo įvertinimas Vilniaus universiteto Onkologijos institute, naudojantis adaptuotu modeliu.

Pagrindiniai žodžiai: efektyvumas, sveikatos priežiūros veiklos efektyvumas, veiklos efektyvumo vertinimo modeliai, Subalansuotų rodiklių sistema, stacionarinės paslaugos.

Kalashnikova-Volchek M. The assessment of inpatient service efficiency at Vilnius University Oncology Institute / Master's Work in Management of Health Care Institutions. Supervisor doc. dr. D. Gudelis. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics & Management, 2013. – p.67.

ANOTATION

The efficiency of inpatient service efficiency extended at Vilnius University Oncology Institute is being analysed and evaluated, these inefficiency reasons and their solutions are presented in master's work. The first part deals with efficiency conception, international and Lithuanian documents, which regulate the aim of health care effectiveness, are analysed, the assessment models of effectiveness work are studied, the BSC model, which is applicable in the assessment of institutional work effectiveness and in strategy management, is analysed in details and peculiarities

of the assessment of work effectiveness in oncology are analysed. The model of the assessment of work effectiveness is selected and adapted to evaluate VUOI inpatient service efficiency in the second part. The assessment of inpatient service efficiency at Vilnius University Oncology Institution, using adapted model is performed in the third part.

Key words: efficiency, health care efficiency, performance evaluation models, the balanced scorecard, inpatient services.

Kalašnikova - Volček M. Stacionarinių paslaugų efektyvumo vertinimas Vilniaus universiteto Onkologijos institute / Sveikatos priežiūros įstaigų administravimo magistro baigiamasis darbas. Vadovas doc. dr. D. Gudelis. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2013. – p.69.

SANTRAUKA

Pastaraisiais metais pradėtas kreipti vis didėjantis dėmesys stacionarinių paslaugų efektyvumo vertinimui ir didinimui. Tą sąlygoja tai, kad net 45-75 proc. sveikatos priežiūrai skirtų lėšų išleidžiama stacionarinei sveikatos priežiūrai. Taip ji tampa pačia brangiausia sveikatos priežiūros dalimi, todėl labai svarbu, kad ji būtų efektyvi, kad turimi ištekliai būtų naudojami racionaliai. Nepaisant tarptautiniuose ir Lietuvos dokumentuose keliamų tikslų vertinti sveikatos priežiūros efektyvumą, vertinimas dažniausiai vykdomas tik formaliai. Veiklos efektyvumo vertinimui yra žinoma nemažai modelių ir būdų, tačiau Lietuvos gydymo įstaigose stacionarinių paslaugų efektyvumo vertinimas neatliekamas.

Šis darbas yra aktualus dėl to, kad, išanalizavus mokslinę literatūrą tiriamąja tema, parenkamas ir adaptuojamas veiklos efektyvumo vertinimo modelis VUOI stacionarinių paslaugų efektyvumo įvertinimui. Adaptavus tradicinį BSC modelį, atliekamas šių paslaugų efektyvumo įvertinimas.

Tyrimo darbo objektu pasirinktas VUOI stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo nustatymas ir įvertinimas, o **tyrimo tikslas** – sukurti stacionarinių paslaugų efektyvumo vertinimo modelį ir jį pritaikyti VUOI stacionarinių paslaugų efektyvumo nustatymui. Tikslui pasiekti iškelti sekantys **tyrimo uždaviniai**:

- 1) Išanalizuoti teorinę sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo sampratą.
- 2) Išnagrinėti efektyvumo tyrimo metodologiją, parinkti ir adaptuoti tinkamą modelį stacionarinių sveikatos paslaugų efektyvumui įvertinti.
- 3) Pritaikyti sukurtą efektyvumo vertinimo modelį VUOI Klinikoje.
- 4) Pateikti rekomendacijas VUOI Klinikos paslaugų efektyvumui didinti.

Darbo metu iškelta **tyrimo hipotezė** – VUOI stacionarinių paslaugų efektyvumas priklauso nuo racionalaus išteklių naudojimo.

Tyrimo eigoje pasirinkta laikytis tokios **darbo metodikos** - literatūros šaltinių analizė, tinkamo modelio pasirinkimas, konsultacijos su specialistais, modeliavimas, palyginimas.

Tyrimo metu buvo patvirtinta darbo hipotezė, bei padarytos šios išvados: a) adaptuotas tradicinis BSC modelis yra tinkamas VUOI stacionariųjų paslaugų efektyvumui vertinti; b) VUOI teikiamos stacionarijos paslaugos nėra efektyvios dėl neracionalaus išteklių naudojimo.

Kalashnikova-Volchek M. The assessment of inpatient service efficiency at Vilnius University Oncology Institute / Master's Work in Management of Health Care Institutions. Supervisor doc. dr. D. Gudelis. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics & Management, 2013. – p.71.

SUMMARY

In these latter years more attention is paid to the assessment and increase of the effectiveness to inpatient services. It is determined by 45-75 per cent (of whole given finance to health care) of spent finance to the inpatient services health care. That is how it comes the most expensive part of health care and that is why it is important to make it effective and available resources should be rationally used. Despite the aims to assess health care effectiveness in the international and Lithuanian documents, generally, the assessment is formally carried out. It is known a lot models and ways to evaluate the effectiveness of activity but the assessment of effectiveness of inpatient services is not carried out in Lithuanian health care institutions.

This work is topical due to the chosen and adapted model VUOI inpatient services of the assessment of activity effectiveness while analysing scientific literature by examined theme. The assessment of effectiveness of these services is carried out by adapted traditional BSC model.

Determination and assessment of the effectiveness of VUOI inpatient services are chosen as the **subjects** of the research and the **aim** of the research is to create a model of the assessment of the effectiveness of inpatient services and to apply it in the determination of the effectiveness of VUOI inpatient services. The research has these **goals**:

- 1) To analyse theoretic conception of the effectiveness of health care services.
- 2) To examine the research methodology of effectiveness as well as to choose and adapt a suitable model of the assessment of effectiveness of inpatient health care services.
- 3) To apply created model of the assessment of effectiveness in VUOI clinic.
- 4) To give recommendations for increasing of the effectiveness of VUOI clinic services.

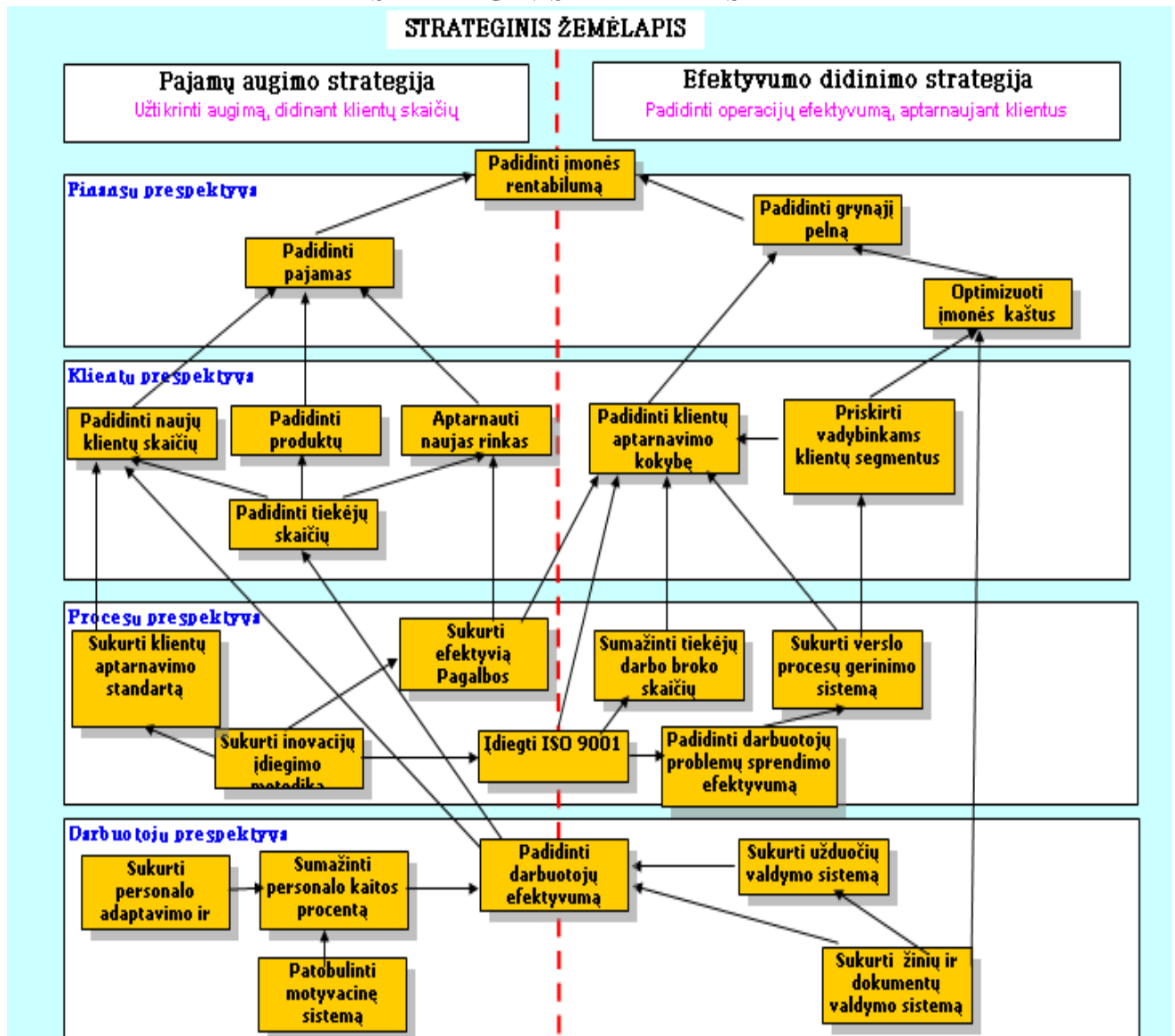
The **hypothesis** of the research is as follows: the effectiveness of VUOI inpatient services depends on reasonable use of resource.

During the research it is decided to follow such **work methodic** – the analysis of literature, the choice of suitable model, the consultation with specialists, modeling and comparison. During the research the hypothesis approved these conclusions have been made: a) adapted traditional BSC

model is suitable for the assessment of effectiveness of VUOI inpatient health care resources; b) VUOI given inpatient resources are not effective due to unreasonable use of resources.

PRIEDAI

STRATEGINIS ŽEMĖLAPIS

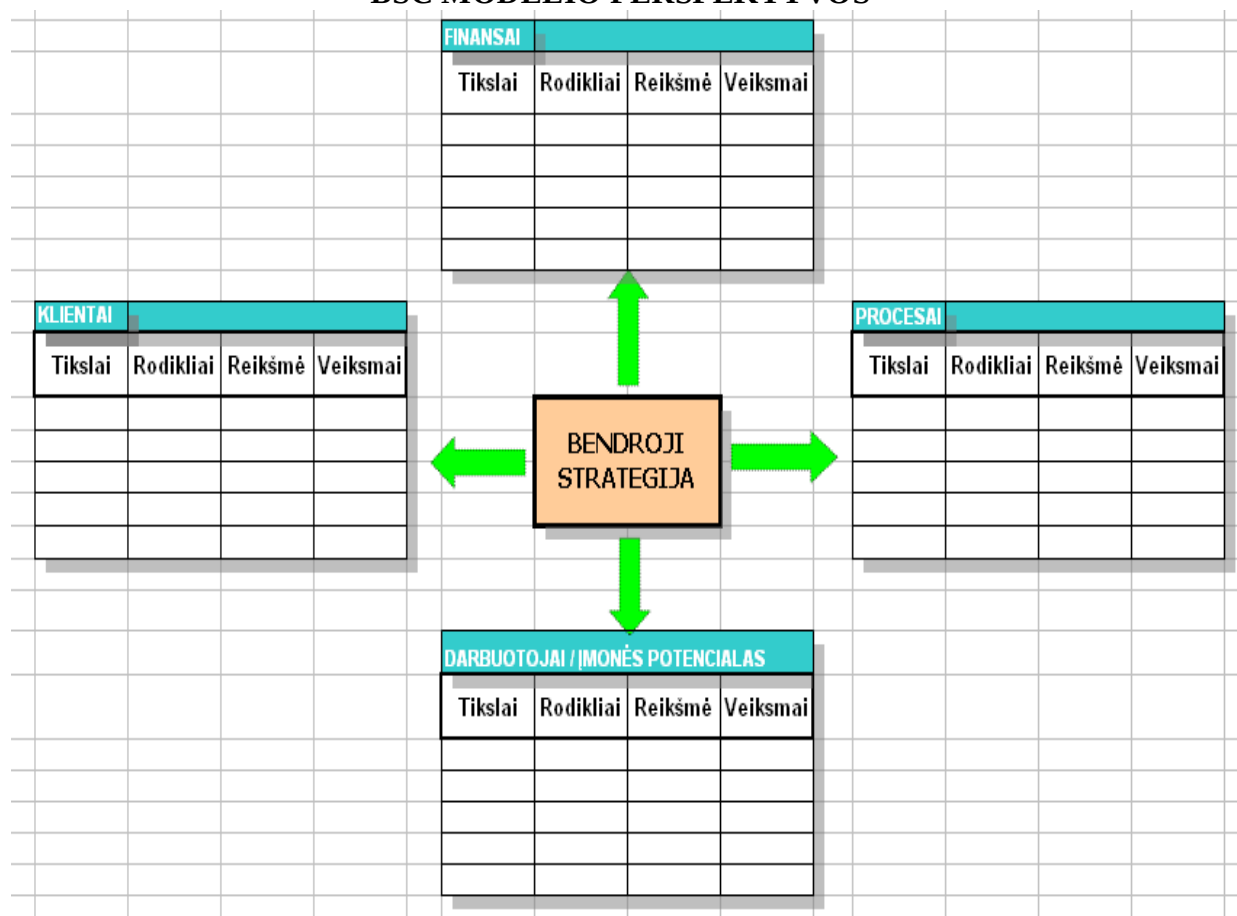


Šaltinis: Svaravičius A. Kaip sukurti Subalansuotų rodiklių sistemą.

http://www.verslobanga.lt/lt/zb.download/45dc46556860a/BSC_diegimas_imoneje.doc

2 PRIEDAS

BSC MODELIO PERSPEKTYVOS



Šaltinis: Svaravičius A. Kaip sukurti Subalansuotų rodiklių sistemą.

http://www.verslobanga.lt/lt/zb.download/45dc46556860a/BSC_diegimas_imoneje.doc

3 PRIEDAS

RODIKLIAI, SUGRUPUOTI PAGAL BSC MODELIO PERSPEKTYVAS

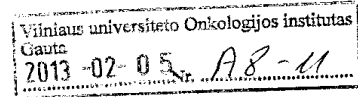
Misija -

vykdyti tarptautinio lygio onkologijos šakos mokslinius tyrimus, kurių rezultatai pagerintų onkologinių ligonių gydymo efektyvumą bei sumažintų mirtingumą nuo vėžio, rengti mokslininkus ir aukštos kvalifikacijos specialistus.

Finansai	Pacientai
Pajamų/išlaidų balansas; oficialūs pacientų primokėjimai už stacionarines paslaugas.	Skundų skaičius; pacientų pasitenkinimas; planinės hospitalizacijos laukimo laikas.
Vidiniai procesai	Darbuotojai/inovacijos
DS ligonių dalis tarp visų pacientų lovos funkcionavimo rodiklis; letalumas pooperacinių komplikacijų skaičius; pakartotinių operacijų skaičius.	Etatų/darbuotojų santykis; gydytojų/slaugytojų santykis; lėšos naujai įrangai; straipsniai moksliniuose leidiniuose; kvalifikacijos kėlimo kursai.

4 PRIEDAS

VUOI DIREKTORIAUS LEIDIMAS NAUDOTIS ĮSTAIGOS DUOMENIMIS



**II KURSO MAGISTRANTŪROS
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ ADMINISTRAVIMO
SPECIALYBĖS STUDENTĖ
MARINA KALAŠNIKOVA – VOLČEK**

Vilniaus universiteto
Onkologijos instituto
Direktoriui

Teulm
2012. 2013
OK

**PRAŠYMAS
DĖL LEIDIMO NAUDOTIS ĮSTAIGOS DUOMENIMIS MAGISTRINIAM
DARBUI ATLIKTI**

2012-02-05

Vilnius

Prašau leisti naudotis įstaigos duomenimis magistriniam darbui atlikti. Magistrinio darbo tema „Stacionariųjų paslaugų efektyvumo įvertinimas Vilniaus universiteto Onkologijos institute“.

2012-11-06 d. prašymu, buvo gautas Jūsų leidimas naudotis lovų fondo panaudojimo ataskaitomis bei gydytojų ir slaugytojų, dirbančių klinikos skyriuose, skaičiumi už 2007-2011 metus, tačiau pasikeitus tiriamojo darbo kryptčiai, reikalingi papildomi duomenis.

Prašau leisti gauti šią informaciją:

1. VUOI pajamų ir sąnaudų balansą už 2012 m.
 2. Sąnaudų dalį stacionarinėms paslaugoms ir naujai įrangai.
 3. Lovų fondo panaudojimo ataskaitą už 2012 m.
 4. Oficialių mokėjimų už stacionarines paslaugas skaičių už 2012 m.
-

5. Pacientų skundų (dėl stacionarių paslaugų) skaičių už 2012 m.
6. Pacientų apklausos rezultatus už 2012 m.
7. Planinės hospitalizacijos laukimo laiką.
8. DS ligonių dalį tarp visų pacientų.
9. Pooperacinių komplikacijų/reoperacijų skaičių.
10. Etatų/darbuotojų santykį ir gydytojų/slaugytojų santykį.
11. Straipsnių skaičių moksliniuose leidiniuose už 2012 m.
12. Kvalifikacijos kėlimo kursai (žmonių skaičius) per 2012 m.

Šie duomenys reikalingi adaptuojant tradicinį Balanced scorecard (Subalansuotų rodiklių lentelė) modelį ir pritaikant jį VUOI teikiamų stacionarių paslaugų efektyvumui įvertinti. Gauti duomenys bus panaudojami tik moksliniam darbui atlikti.

Marina Kalašnikova – Volček



*Marina Kalašnikova siūlo konsultacijas
prie šios bendrosios praktinės slaugos pareigos.*

VU Onkologijos instituto
Direktoriaus pavaduotoja slaugai
Aldona Grėbliūnienė
2013-02-06



Darbas baigtas

Darbą atliko Marina Kalašnikova – Volček

El.pašto adresas: kmarinako@gmail.com