

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
VADYBOS KATEDRA

VIRGINIJA VALIUKEVIČIŪTĖ

SVEIKATOS APSAUGOS SEKTORIUI SKIRTŲ ES
STRUKTŪRINĖS PARAMOS PROJEKTŲ
ADMINISTRAVIMO TOBULINIMAS

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

Habil.dr. Borisas Melnikas

Vilnius, 2011

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
VADYBOS KATEDRA

SVEIKATOS APSAUGOS SEKTORIUI SKIRTŲ ES
STRUKTŪRINĖS PARAMOS PROJEKTŲ
ADMINISTRAVIMO TOBULINIMAS

Programų ir projektų valdymo magistro baigiamasis darbas
Studijų programa 62403S125

Vadovas

Habil.dr. Borisas Melnikas

2011-12-12

Recenzentas

Atliko

Virginija Valiukevičiūtė

2011-12

2011-12-12

Vilnius, 2011

TURINYS

SANTRUMPOS	7
ĮVADAS.....	8
1 SVEIKATOS APSAUGOS SEKTORIUI SKIRTŲ ES STRUKTŪRINĖS PARAMOS PROJEKTŲ ADMINISTRAVIMO TOBULINIMO POREIKIŲ IR GALIMYBIŲ TEORINĖ STUDIJA	11
1.1 Šiuolaikinis sveikatos apsaugos sektorius ir jam skirtų ES struktūrinės paramos projektų reikšmingumo samprata.....	11
1.1.1 Šiuolaikinis sveikatos apsaugos sektorius, jo vaidmuo ir raidos aktualijos	11
1.1.2 ES struktūrinė parama – esminė prielaida modernizuoti sveikatos apsaugos sektorių	15
1.2 Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo tobulinimo poreikiai	17
1.3 Šiuolaikiniai požiūriai į sveikatos apsaugos sektoriaus plėtrą ir jų pritaikymas tobulinant ES struktūrinės paramos projektų administravimą.....	19
1.4 Programų ir projektų vadybai skirti teoriniai požiūriai ir jų panaudojimo galimybės tobulinant ES struktūrinės paramos projektų administravimo tobulinimą sveikatos apsaugos sektoriui.....	22
1.4.1 Programų ir projektų sąvoka, tipai.....	22
1.4.2 Programų ir projektų valdymo ciklas ir procesai.....	25
1.4.3 Projekto pokyčių ir rizikos valdymas	28
1.4.4 Projektų valdymo metodai	30
2 SVEIKATOS APSAUGOS SEKTORIUI SKIRTŲ ES STRUKTŪRINĖS PARAMOS PROJEKTŲ ADMINISTRAVIMO TOBULINIMO TYRIMŲ METODOLOGIJA.....	32
2.1 Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo tobulinimo tyrimų bendra schema	32
2.2 Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo teisinės bazės analizės metodika.....	33
2.3 Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo sistemos ir jos procesų analizės ir vertinimo metodika	34
2.4 ES struktūrinės paramos projektų sveikatos apsaugos sektoriuje administravimo tobulinimui skirtų apklausų metodikos	35
2.5 Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo praktikos SSGG analizės metodika	38
3 SVEIKATOS APSAUGOS SEKTORIUI SKIRTŲ ES STRUKTŪRINĖS PARAMOS PROJEKTŲ ADMINISTRAVIMO TOBULINIMO IR PERSPEKTYVŲ TYRIMAI	40
3.1 Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimui skirtų politinių dokumentų ir teisės aktų analizė	40

3.1.1 ES politinių dokumentų ir teisės aktų analizė.....	40
3.1.2 LR politinių dokumentų ir teisės aktų analizė	41
3.1.3 Ekspertiniai vertinimai skirti ES struktūrinės paramos projektų administravimo procedūroms ir metodikoms	44
3.2 Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo sistemos ir šiai sistemai būdingų procesų analizė ir vertinimas.....	45
3.2.1 Programavimo, identifikavimo ir formulavimo etapas.....	45
3.2.2 Finansavimo etapas.....	54
3.2.3 Įgyvendinimo etapas	56
3.2.4 Vertinimo etapas	62
3.3 Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo tobulinimui skirtų apklausų ir jų rezultatų analizė	66
3.3.1 CPVA projektų vadovų apklausos rezultatai	66
3.3.2 Ekspertinio vertinimo rezultatai	72
3.3.3 Sveikatos priežiūros įstaigų apklausos rezultatai	76
3.4 Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo SSGG analizė.....	78
4 SVEIKATOS APSAUGOS SEKTORIUI SKIRTŲ ES STRUKTŪRINĖS PARAMOS PROJEKTŲ ADMINISTRAVIMO TOBULINIMO KONCEPCIJA	82
4.1 Sprendimai skirti ES struktūrinės paramos projektų administravimo teisei bazei tobulinti ...	82
4.2 ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugos sektoriui skirtų projektų administravimo procese dalyvaujančių specialistų kvalifikacijos tobulinimas	83
4.3 Informacinių technologijų panaudojimas tobulinant ES struktūrinės paramos projektų administravimą	84
LITERATŪRA.....	86
ANOTACIJA	90
ANOTATION	90
SANTRAUKA	91
SUMMARY	92
PRIEDAI	93
Priedas Nr. 1 ES struktūrinės paramos priemonių detalizavimas.....	94
Priedas Nr. 2 CPVA darbuotojų apklausos klausimynas	100
Priedas Nr. 3 Ekspertų interviu klausimynai	105
Priedas Nr. 4 Sveikatos priežiūros įstaigų apklausos klausimynas	106

LENTELĖS

1 lentelė. Įgyvendinimo priemonės ir jų ryšys su SAM patvirtintomis programomis	46
2 lentelė. Projekto finansavimo sąlygų aprašų patvirtinimo datos ir nuokrypis nuo priemonių įgyvendinimo plano.....	51
3 lentelė. Valstybės ir regionų projektų sąrašų sudarymas ir nuokrypis nuo plano	52
4 lentelė. Paraiškos vertinimo ir finansavimo skyrimo procesų atlikimo laikotarpiai bei palyginimas su numatytais laikotarpiais (kalendorinės dienos)	55
5 lentelė. Priemonių lėšų įsisavinimo, numatytos projektų trukmės, vidutinės projektų vertės tarpusavio palyginimas	60
6 lentelė. Projektų įsisavinimo spartos tarpusavio palyginimas.....	61
7 lentelė. Teiginių apie detalius valstybės sąrašus respondentų įvertinimas.....	67
8 lentelė. Įstaigose Projektų vadovo funkcijas atliekantys darbuotojai	69
9 lentelė. Dažniausiai pasitaikančios problemos, dėl kurių užtrunka projektų įgyvendinimas.....	71

PAVEIKSLAI

1 pav. Sveikatos apsaugos sektoriui skirtos ES paramos įsisavinimo faktinis nuokrypis nuo planuojamo siektino ir kritinio planų (tūkst. Lt)	18
2 pav. Viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų bendro kūrimo modelis	21
3 pav. Projektas sisteminiu požiūriu	23
4 pav. Projekto tikslo modelis	23
5 pav. Projektų tipai ir jų valdymo ypatumai	24
6 pav. Projekto valdymo procesai ir jų ryšys	25
7 pav. Projekto valdymo žinių sritys	26
8 pav. Projektų vadovo valdomi objektai	28
9 pav. Pokyčių įvairių tipų seka, ryšys ir jų valdymo modelis susiejant su rizikos valdymu	29
10 pav. ES struktūrinės paramos įgyvendinimo etapai	34
11 pav. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugos sektoriui administravimo schema	35
12 pav. Projektų skaičiaus (vnt.) ir paramos lėšų (proc.) pasiskirstymas tarp priemonių	49
13 pav. Projektų atranka valstybės planavimo būdu	49
14 pav. Projektų atranka regionų planavimo būdu	50
15 pav. Projektų atranka konkurso būdu	51
16 pav. Finansavimo etapo procesai	54
17 pav. Įgyvendinimo etapo procesai	56
18 pav. ES paramos lėšų įsisavinimas pagal priemones (tūkst. Lt)	58
19 pav. Įsisavintų lėšų dalies priklausomybė nuo priemonės įgyvendinimo laikotarpio	59
20 pav. Vertinimo etapo procesai	63
21 pav. Dažniausiai pasitaikančios paraiškų, atrinktų valstybinio planavimo (valstybinės), regioninio planavimo (regioninės) ir konkurso (konkursinės) būdais, vertinimo metu kylančios problemos	68
22 pav. Projektų vykdytojų dalis, kuri perka administravimo paslaugas siekiant užtikrinti sėkmingą projekto įgyvendinimą	70
24 pav. ES struktūrinės paramos projektų sveikatos apsaugos sektoriui administravimo sistemos SSGG analizė	81

SANTRUMPOS

CPVA – VŠĮ Centrinė projektų valdymo agentūra

EK – Europos komisija

ES – Europos Sąjunga

ĮI – Įgyvendinančioji institucija

LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema

PFSA – Projektų finansavimo sąlygų aprašas

RPT – Regiono plėtros taryba

SAM – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija

SVEIDRA – Viešosios sveikatos priežiūros paslaugų informacijos valdymo sistema

IVADAS

Temos naujumas ir aktualumas. Lietuvių liaudies išmintis byloja, kad „Sveikata ir už auksą brangesnė“, o šiuolaikinėje visuomenėje gyventojų sveikata pripažįstama kaip „didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė“ (Sveikatos sistemos įstatymas). Todėl viena iš pagrindinių valstybės funkcijų yra sudaryti tinkamas sąlygas gyventojų sveikatos gerinimui.

Lietuvai įstojus į Europos Sąjungą, sveikatos priežiūra tapo nebe vienos valstybės atsakomybė. Siekiama, kad visoje Europoje būtų gerinama visuomenės sveikata, užkertamas kelias žmonių negalavimams bei ligoms ir nustatomi pavojaus žmonių sveikatai šaltiniai, todėl ES ėmėsi koordinatorės funkcijų taip plėtodama ir skatindama bendradarbiavimą, geros praktikos dalijimąsi bei sanglaudą.

Beveik kiekvienam tenka susidurti su sveikatos problemomis, dėl kurių kreipiamasi į sveikatos priežiūros įstaigas. Ir tik pastaraisiais metais pastebime gerėjančią sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros būklę, vis daugiau naudojamą modernią gydymo ir diagnostikos įrangą. Ir vis dažniau pastebime ES struktūrinės paramos ženklą „Kuriame Lietuvos ateitį“, t.y. ženklą, kuris reiškia iš dalies ES struktūrinės paramos lėšomis finansuojamo projekto įgyvendinimą.

Lietuvos 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos panaudojimo strategijoje (patvirtinta Europos Komisijos 2007 m. balandžio 26 d.) nustatytas pagrindinis ES struktūrinės paramos panaudojimo tikslas – „sparčiai gerinti sąlygas investuoti, dirbti ir gyventi Lietuvoje, kad ūkio augimo teikiama nauda pasiektų visus Lietuvos gyventojus“. Vienas šio tikslo pasiekimo prioritetų – viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra.

2007-2013 m. ES struktūrinės paramos įsisavinimo etapas jau smarkiai įsibėgėjo ir jau galime pradėti kalbėti apie pirmuosius rezultatus: 37 proc. visų numatytų ES paramos lėšų įsisavinta, o jau 72 proc. lėšų „užkontraktuota“. EK Biudžeto generalinio direktorato duomenimis, Lietuva yra viena iš sparčiausiai įsisavinančių ES paramos lėšas valstybių. 2011 m. birželio 1 d. Tarp ES šalių pagal bendrų įvykdytų mokėjimų dalį, t.y. 27,6 proc. Lietuva užima trečiąją vietą po Airijos ir Estijos.

Vienas iš ES struktūrinės paramos panaudojimo efektyvumo veiksnių – programos ir projektų administravimo sistema. Pirmojo 2004-2006 metų paramos etapo Lietuva įgijo patirties ir gavo pamokų, tad rengiant šio 2007-2013 m. ES struktūrinės paramos įsisavinimo etapo taisykles vienas pagrindinių Lietuvai uždavinių buvo patobulinti paramos ir projektų administravimo sistemą taip, kad nebepasikartotų pirmojo etapo metu iškilusios problemos, užtikrintų efektyvų ir tikslinį ES struktūrinės paramos lėšų įsisavinimą bei būtų „draugiškesnė“ projektų vykdytojams.

Sveikatos apsaugos sektoriaus plėtrai 2007-2013 m. ES struktūrinės paramos įsisavinimo programavimo metu numatyta skirti 787.971.963,00 Lt ES paramos lėšų, o bendrai su Lietuvos įnašu

skiriama suma sudaro 927.025.840,00 Lt. Šių lėšų panaudojimo kryptys, tikslingumas bei efektyvumas turi tiesioginę įtaką asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir prieinamumui, visuomenės sveikatos bei jos išsaugojimo atitinkamų rodiklių pasiekimui. Todėl šiame sektoriuje yra itin svarbu užtikrinti tinkamą projektų administravimą. Pažymėtina tai, kad šio etapo metu 84 proc. sveikatos apsaugos sektoriaus įgyvendinamų projektų, finansuojamų ES struktūrinės paramos lėšomis, atrinkti valstybinio ar regioninio planavimo būdu ir tik 16 proc. konkurso būdu. Tai visiškai priešinga statistika nei pirmuoju 2004-2006 m. etapu. Kyla klausimas, ar pasirinktas tinkamas šiam sektoriui projektų atrankos būdas. Be to, nustatyti pakankamai griežti ir su rimtom nevykdymo pasekmėmis ES struktūrinės paramos įsisavinimo planai reikalauja paramos lėšų įsisavinimo spartos, kuri šiuo metu neužtikrinama. Nors sveikatos apsaugos sektoriui skirtos paramos lėšų sumos 94 proc. jau yra paskirstyti (pasirašytos projektų finansavimo ir administravimo sutartys), paramos lėšų įsisavinimas (išlaidos, deklaruotos Europos Komisijai) nuo kritinio plano atsilieka 15 proc. Tokia situacija, kai ES struktūrinės paramos įsisavinimo planas vykdomas su pakankamai reikšmingais nukrypimais, parodo, kad įsisavinimo procese ir projektų administravime yra silpnų vietų ir sukurta sistema neužtikrina tinkamo ES struktūrinės paramos įsisavinimo ir projektų įgyvendinimo.

Tyrimo objektas. Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo sistema.

Tyrimo tikslas. Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo praktikos analizė ir administravimo tobulinimui skirtos koncepcijos sukūrimas.

Uždaviniai:

1. Išnagrinėti šiuolaikines sveikatos apsaugos plėtros gaires bei taikymo galimybes Lietuvoje;
2. Remiantis mokslinė literatūra išanalizuoti šiuolaikinį požiūrį į investicijų projektų valdymą, jo ypatumus bei galimybes pritaikyti struktūrinės paramos projektų valdyme;
3. Išanalizuoti ES struktūrinės paramos projektų sveikatos apsaugos sektoriui administravimą, nustatyti administravimo sistemos trūkumus ir problemas;
4. Pateikti administravimo tobulinimo koncepciją

Tyrimo metodika. Siekiant išanalizuoti šiuolaikines sveikatos apsaugos politikos gaires bei projektų valdymo aspektus naudojama mokslinės literatūros šaltinių analizė, pasinaudojant lietuvių ir užsienio autorių darbais, vadovėliais, straipsniais iš mokslinių žurnalų. Projektų administravimo vertinimui naudojami teisės aktų, metodikų analizė, faktinių projektų administravimo duomenų ex-post-facto analizė, kokybiniai tyrimai bei projektų administravimo sistemos stiprybių, silpnybių, galimybių ir grėsmių analizė.

Darbo rezultatų taikymo sritys. Atliktas sveikatos apsaugos sektoriaus projektų administravimo vertinimas bei nustatytos tobulinimo galimybės gali būti naudingos Sveikatos apsaugos ministerijai planuojant 2014-2020 m. ES struktūrinės paramos etapo projektų administravimą bei patobulinant

dabartinio ES struktūrinės paramos įsisavinimo etapo projektų administravimo sistemą.

1 SVEIKATOS APSAUGOS SEKTORIUI SKIRTŲ ES STRUKTŪRINĖS PARAMOS PROJEKTŲ ADMINISTRAVIMO TOBULINIMO POREIKIŲ IR GALIMYBIŲ TEORINĖ STUDIJA

1.1 Šiuolaikinis sveikatos apsaugos sektorius ir jam skirtų ES struktūrinės paramos projektų reikšmingumo samprata

1.1.1 Šiuolaikinis sveikatos apsaugos sektorius, jo vaidmuo ir raidos aktualijos

Pasaulio sveikatos organizacijos konstitucijos preambulėje **sveikata** apibrėžiama kaip „visiškos fizinės, protinės ir socialinės gerovės būseną, o ne vien tik nesirgimas kokia nors liga ar negalios neturėjimas“. Taip pat Konstitucijoje įtvirtinama, kad sveikata yra viena pagrindinių kiekvieno žmogaus teisių, nesvarbu, kokia jo rasė, religija, politiniai įsitikinimai, ekonominė ir socialinė padėtis.

Europos socialinėje chartijoje pažymima, kad „kiekvienas žmogus turi teisę naudotis visomis priemonėmis, leidžiančiomis pasiekti aukščiausią kokį tik galima sveikatingumo lygį“ (I dalies 1 paragrafas ir 11 straipsnis).

Tačiau, remiantis Steven D. Jamar (1994) tarptautinių žmonių teisių į sveikatą analize, žmogaus teisės į sveikatą negalima suprasti tiesiogiai ir teigti, kad valstybė turi garantuoti ar duoti žmogui sveikatą, valstybė turi užtikrinti tik palankias sąlygas sveikatos užtikrinimui. Sveikata negali būti užtikrinama vien valstybės, kadangi egzistuoja daug sveikatai turinčių įtaką veiksnių, tokie kaip genetika, atskiri sveikatos sutrikimai ar sveikatai kenkiantis gyvenimo būdas. Todėl teisė į sveikatos priežiūrą turi būti suprantama kaip teisė į išteklius, prekes, paslaugas ir sąlygas, būtinas užtikrinti pačią geriausią sveikatą (General Comment No. 14, 2000).

Valstybė turi imtis visų įmanomų priemonių siekiant sudaryti tinkamas sąlygas piliečių sveikatingumui stiprinti: užtikrinti sveiką gyvenamąją aplinką, tinkamas darbo sąlygas, sveikatos mokymą, užkirsti kelią epidemijoms bei užtikrinti pakankamos kokybės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir pasiekiamumą visiems piliečiams (Sjef Gevers, 2004). Sveikatos priežiūros paslaugų svarbą įtvirtinta ir Konvencijos dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje 3 straipsnis „Šalys, atsižvelgdamos į sveikatingumo reikmes ir turimus išteklius, imasi atitinkamų priemonių, kad savo jurisdikcijoje sudarytų lygiateisiškas galimybes gauti atitinkamos kokybės sveikatos priežiūrą“.

Analizuojant tarptautinius teisės aktus darytina išvada, kad sveikata – kiekvieno asmens teisė, kuri kyla iš prigimtinio orumo ir, pasak Tomos Birmontienės (2007), teisė į sveikatos priežiūrą yra viena iš pagrindinių socialinių teisių, ir tam tikro (pagrindinio) sveikatos priežiūros lygio užtikrinimas taip pat galėtų būti įtrauktas prie minimalių socialinių konstitucinių teisių, tokių kaip teisė į minimalų pragyvenimo lygį, pagrindinį būstą (apgyvendinimą), į mokyklinį švietimą ir profesinį ugdymą.

Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnyje taip pat įtvirtinta, kad „Valstybė rūpinasi sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus.“ Šią konstitucinę prievolę valstybė turi įgyvendinti plėtodama sveikatos apsaugos sektorį.

LR sveikatos sistemos įstatymu įtvirtinta Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema (LNSS), kuria užtikrinamas visų sveikatinimo veiklos išteklių integravimas į bendrą sistemą, jų planavimas ir naudojimas atsižvelgiant į nacionalinius sveikatinimo veiklos prioritetus.

Sveikatinimo veikla apima asmens sveikatos priežiūrą, visuomenės sveikatos priežiūrą, farmacinę ir kitą sveikatinimo veiklą, kurios rūšis ir reikalavimus ją vykdančioms subjektams nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

Sveikatinimo veiklos tikslai:

1. mažinti atskirų visuomenės socialinių ir profesinių grupių atsilikimą nuo kitų visuomenės grupių pagal sveikatos būklės rodiklius, nepabloginant bendrojo gyventojų sveikatos lygio;
2. saugoti gyventojus nuo ligų, išvengiamos mirties ir neįgalumo;
3. ilginti gyvenimo be ligų ir traumų laiką bei gerinti gyvenimo kokybę;
4. didinti gyvenimo ekonominį ir socialinį našumą.

LNSS vykdomieji subjektai teikia asmens sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas bei farmacinę veiklą. Asmens sveikatos priežiūros paslaugos pagal jų teikimo sudėtingumą yra skirstomos į pirminio, antrinio ir tretinio lygio paslaugas. Pirminį lygį sudaro šeimos gydytojai, į kuriuos pirmiausiai kreipiasi asmenys ir kurie nustato kitų paslaugų poreikį. Antrinio lygio paslaugas sudaro ambulatorinės paslaugos: diagnostinės, reabilitacijos paslaugos. O jau tretinio lygio paslaugos yra stacionarios, kur dažniausiai reikalinga asmens hospitalizacija.

LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas reglamentuoja asmens sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjus klasifikavimą ir jų veiklą. LNSS sudaro daug įstaigų, kurios pagal įvairius kriterijus, tokius kaip teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų rūšys ar paslaugų teikimo laikas ir vieta, yra klasifikuojamos. Įstaigos gali būti stacionarios, ambulatorinės, mišrios, medicininės reabilitacijos, sanatorinio gydymo, slaugos ir palaikomojo gydymo ir pan. LNSS nomenklatūrą sudaro ilgas įstaigų skaičius: sveikatos priežiūros centrai, poliklinikos, ambulatorijos, greitosios medicinos pagalbos stotys ar skyriai, palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės, ligoninės, medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigos, sporto medicinos, priklausomybės ligų centrai ir kitos įstaigos. Įstatyme numatyta, kad LNSS priklauso ne tik valstybės ar savivaldybių įmonės, biudžetinės ar viešosios įstaigos, tačiau ir

kitos įmonės bei įstaigos, įstatymų nustatyta tvarka sudariusios sutartis su Valstybine ar teritorinėmis ligonių kasomis arba kitais LNSS veiklos užsakovais – šių sutarčių galiojimo laikotarpiu. Kitos įstaigos gali būti privačios asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įmonės, tačiau LNSS priklauso tik tos įstaigos, kurios yra sudariusios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis dėl paslaugų teikimo ir apmokėjimo.

Vis didesnis dėmesys skiriamas visuomenės sveikatos priežiūros grandžiai. Šios srities sistemos struktūrą ir valstybinį reguliavimą, sveikatos stiprinimo, ligų ir traumų profilaktikos, saugos ir kontrolės pagrindus nustato **LR visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas**. Iš tiesų visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų veikla ypatingai svarbi piliečių sveikatos gerinimui, kadangi vykdomos prevencinės priemonės: ligų profilaktika ir kontrolė, tikslinių programų, užtikrinančių gyventojų gyvenimo kokybę ir sveikatos gerovę, rengimas ir įgyvendinimas, potencialią grėsmę (pavojų) žmogaus sveikatai keliančių produktų sertifikavimas bei veiklos sričių licencijavimas, sveikos gyvensenos propaganda ir gyventojų sveikatos ugdymas bei visuomenės sveikatos stebėseną (monitoringą) ir ekspertizę. Pastarosios veiklos reglamentavimui yra patvirtintas **LR visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymas**, kurio paskirtis reguliuoti „santykius, atsirandančius renkant, kaupiant, apdorojant, saugant, analizuojant ir pateikiant duomenis, susijusius su visuomenės sveikata ir ją veikiančiais sveikatos rizikos veiksniais.

Piliečių sveikatos užtikrinimui svarbūs **LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymas**, kurio tikslas yra nustatyti asmenų, kurie naudojami psichikos sveikatos priežiūrai, teises, psichikos sveikatos priežiūros tvarką ir kontrolę, **LR darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas**, kuris nustato teisinės nuostatas ir reikalavimus siekiant apsaugoti darbuotojus nuo profesinės rizikos ar tokią riziką sumažinti, bei **LR farmacijos įstatymas**, kuris reglamentuoja farmacinę ir kitą veiklą, susijusią su vaistiniais, tiriamaisiais vaistiniais preparatais.

LNSS dalyvių veiklos organizavimas yra decentralizuotas, tačiau pagrindinis šių įstaigų veiklos ir paslaugų teikimo finansavimas yra gaunamas iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, kurių valdytoja yra Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. LNSS įstaigos taip pat yra finansuojamos valstybės ir savivaldybių biudžetų lėšomis, draudimo nuo nelaimingų atsitikimų darbe ir susirgimų profesinėmis ligomis lėšos, savanoriškojo sveikatos draudimo lėšomis, sveikatos fondų lėšomis ir lėšomis už mokamas paslaugas.

Vieną pagrindinių įstaigos lėšų šaltinių, t.y. sveikatos draudimą reglamentuoja **LR sveikatos draudimo įstatymas**, kuris nustato draudimo rūšis bei privalomojo sveikatos draudimo sistemą. Šis įstatymas numato, kokie asmenys ir kokias asmens sveikatos priežiūros paslaugas turi teisę gauti nemokamai, privalomojo sveikatos draudimo įmokas bei biudžeto sudarymą. Tai yra pagrindinis įstatymas, reglamentuojantis nemokamų paslaugų teikimą apdraustiesiems.

Be šių pagrindinių sveikatos apsaugos sektorių reglamentuojančių įstatymų taip pat yra daug poįstatyminių teisės aktų, SAM ministro įsakymų, higienos normų ir kitų reikalavimų, kurių privalo laikytis kiekviena asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikianti įstaiga.

Lietuvai įstojus į Europos Sąjungą, piliečių sveikatos apsauga turi būti užtikrinama ne tik remiantis Lietuvos teisės aktais, bet ir visos Europos Sąjungos politikos kryptimis ir prioritetais. Sutartyje dėl Europos Sąjungos veikimo įtvirtinta, kad Sąjunga, savo veikla papildydama valstybių narių politiką, siekia gerinti visuomenės sveikatą, užkirsti kelią žmonių negalavimams ir ligoms bei pašalinti pavojaus fizinei ir psichinei sveikatai šaltinius. Tokia veikla apima kovą su labiausiai sveikatą pakertančiomis ligomis skatinant jų priežasčių, plitimo ir profilaktikos tyrimus, taip pat skleidžiant informaciją ir plėtojant švietimą sveikatos klausimais, bei stebėseną, išankstinį įspėjimą dėl didelių peržengiančio sieną pobūdžio grėsmių sveikatai ir kovą su jomis. Sąjunga papildė valstybių narių veiklą mažinant su narkotikais siejamą žalą sveikatai, taip pat plėtojant informavimą ir prevenciją. (168 straipsnis).

2010 m. pabaigoje Lietuvoje veikė 147 ligoninės, 434 ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos, 649 medicinos punktai, 46 visuomenės sveikatos centrai. Privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų metų pabaigoje veikė 1657 įstaigos, kurių didžiąją dalį sudaro odontologinės įstaigos (1046) ir pirminės sveikatos priežiūros centrai (184). Privačių medicinos įstaigų skaičius gali būti netikslus, kadangi ne visos pateikia statistinius duomenis Higienos instituto sveikatos informacijos centrui (Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2011). Įstaigų tinklas pakankamai didelis, kuriame 2010 m. pabaigoje iš viso dirbo 13.203 gydytojai ir 23.843 slaugytojai. Lyginant gydytojų skaičių, tenkantį 10.000 gyventojų, Lietuvos gyventojams tenka 40,7 gydytojo, tuo tarpu Europos Regiono gyventojams vidutiniškai tenka 33,3 gydytojo, o slaugytojų skaičiaus tendencijos yra priešingos – Lietuvoje 10.000 gyventojų tenka 73,5 slaugytojo, o Europos Regione – 74,7 slaugytojo. Nors Lietuvos žmogiškasis išteklius sveikatos apsaugos sektoriuje yra gausesnis nei Europos vidurkis, tačiau bendrojo vidaus produkto dalis, tenkanti sveikatos apsaugos sektoriaus finansavimui, yra gerokai mažesnis nei Europos regiono vidurkis. Lietuvoje 2008 m. Sveikatos apsaugos sektoriui skirta 6,6 proc. BVP, tuo tarpu Europos regiono vidurkis buvo 8,5 proc. BVP.

Daugelis pripažįsta, kad visuomenės sveikata tiesiogiai lemia ekonomikos augimą. Sveikata ir žmogaus materialinė gerovė pradėta sieti nuo XX a. 6 dešimtmečio. Makroekonominiam lygmenyje gyventojų sveikata parodo visuomenės sveikatos lygį, kuris veikia kiekybines ir kokybines darbo jėgos charakteristikas, ekonominį ir socialinį gyventojų aktyvumo lygį darbo jėgos rinkoje. Mokslinėje literatūroje nurodoma, kad nuostoliai dėl ligos, laikino nedarbingumo, pirmą kartą nustatytos negalios (invalidumo) sudaro 15-19 % nuo BVP (J. Čiburienė, 2011). Todėl itin svarbu užtikrinti sveiką ir saugią gyvenamąją aplinką, sąlygas sveikatos stiprinimui bei kokybiškas, savalaikes ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas.

1.1.2 ES struktūrinė parama – esminė prielaida modernizuoti sveikatos apsaugos sektorių

Lietuvoje nuolat kalbama, kad ES struktūrinės paramos lėšos teikia didelę naudą, kad jos būtinos Lietuvos plėtrai. Tačiau ES paramos naudos vertinimas tarptautinėje arenoje yra kontraversiškas. Vieni mokslininkai teigia bei tyrimais įrodo ES paramos naudą, o kiti mokslininkai teigiamos naudos neranda, be to, nurodoma ES paramos žala šalių ekonomikoms.

Economist Corporation Network (2005), nagrinėdami ES struktūrinės paramos įsisavinimo patirtį ir keldami klausimą, ar fondai skatina vidaus regionų konvergenciją taip, kaip to tikimasi, daro išvadą, kad nepaisant teikiamos ES paramos, ekonominio išsivystymo atotrūkis tarp turtingesnių ir skurdesnių šalių regionų išaugo. Tai būdinga skurdesnėse šalyse kaip Ispanija, tiek turtingesnėse šalyse, tokiose kaip Vokietijoje.

Cappelen et al. (2003) atkreipia dėmesį, kad „ES paramos ekonominis poveikis yra daug stipresnis labiau išsivysčiusių šalių aplinkoje. Tai rodo, kad paramos poveikis priklauso nuo paramą priimančios aplinkos imlumo. Taigi, parama yra mažiau efektyvi ten kur jos labiausiai reikia ir tai meta tam tikrų abejonių dėl bendros makroekonominės pagalbos modelių pagrįstumą bei poveikį skurdesnėms valstybėms“ (p. 640).

Airijos ekonominę plėtrą analizavę ekonomistai pastebi, kad ES fondai turi ne svarbiausią įtaką šalių ekonominei plėtrai ir regioniniams skirtumams. Tai priklauso nuo šalies mokesčių ir fiskalinės politikos, sukurtų sąlygų verslui bei investicijoms, kitų vidaus ekonominės politikos veiksnių (Barry et al., 2001; Powell, 2003). ES paramos fondai gali padėti ir prisidėti prie šalies ekonominio augimo tik tuomet, kai jų panaudojimas tik papildoma protingą į augimą orientuotą ekonominę politiką.

Daug yra mokslininkų, kurie savo darbuose atskleidžia ES struktūrinės paramos panaudojimo neigiamas pasekmes. ES paramos panaudojimas iškraipo konkurencinę aplinką bei ekonomines motyvacijas, (Funck, Pizzati, 2003), išteklių pasiskirstymą, kadangi verslininkai skatinami išteklius nukreipti ten kur atsiranda lėšų pasiūla, o ne ten būtų efektyvu juos panaudoti (Powell, 2003), ES paramos lėšos sukuria priežastis korupcijos atsiradimui, neskaidriems mokėjimams, todėl finansuojami ne patys ekonomiškai efektyviausi projektai (Mohl, Hagen, 2010), taip pat turi neigiamą įtaką BVP augimui, kadangi didesnės galimybės gauti didesnę atlygį pritraukia talentingus žmogiškuosius išteklius į viešąjį sektorių iš kitų sričių, kur jų žinios būtų daug produktyvesnės (Ederveen et al. 2006), taip pat parodoma neigiama ES paramos lėšų panaudojimo įtaka tiesioginėms užsienio investicijoms (Katsaitis, Doulos, 2009).

Taigi ES struktūrinė parama yra vertinama gan prieštaringai ir paramos efektyvumas vis dėlto priklauso ne nuo paramos lėšų dydžio, o nuo jos efektyvaus panaudojimo bei aplinkos, kurioje bandoma įsisavinti.

Taip pat būtina pažymėti, kad daugelis mokslininkų sutinka, jog ES struktūrinė parama turi teigiamą įtaką, jeigu ji naudojama viešųjų paslaugų plėtrai ar jų kokybės gerinimui. Todėl neabejojama ES struktūrinės paramos teikiama nauda sveikatos apsaugos sektoriui.

Senstanti visuomenė, didelis mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų, traumų ir išorinių mirties priežasčių, traumos ir invalidumas bei ilgas nedarbingumo periodas, vis didėjantis psichikos sutrikimų ir ligų skaičius, savižudybės, visuomenės ydingas požiūris į savo sveikatą, modernios infrastruktūros trūkumas, gyventojų nepasitenkinimas asmens sveikatos priežiūros paslaugomis, neefektyvi ir neekonomiška sveikatos priežiūros sistema – galima būtų toliau ir toliau tęsti sąrašą problemų, su kuriomis susidūrė Lietuvos visuomenė. Nacionalinėje bendrojoje strategijoje numatyta, kad „mažėjant darbingo amžiaus žmonių skaičiui, labai svarbu gerinti dirbančių žmonių sveikatą, sumažinti dėl ligų prarandamų darbo dienų skaičių, pailginti darbingą amžių, mažinti ankstyvų mirčių ir invalidumo atvejų skaičių: senstančioje visuomenėje labai svarbi tampa sveikatos būklė, tiesiogiai veikianti darbo jėgos apimtį ir produktyvumą“.

Valstybės ilgalaikėje raidos strategijoje apibrėžta, kad Lietuva turi siekti „sukurti šiuolaikinę ir modernią sveikatos priežiūros sistemą, pagrįstą strateginiu planavimu, reformos proceso pokyčių analize ir valdymu, užtikrinančią sveikatos priežiūros prieinamumą, veiksmingumą, racionalų lėšų naudojimą, sveikos gyvensenos formavimą.“

Jau 1.1.1 poskyryje minėta, kad Lietuvoje sveikatos apsaugos sektoriui skiriama gerokai mažesnė išlaidų dalis nei kitose Europos Sąjungos šalyse. Nustatytos suteiktų paslaugų apmokėjimo sąlygos remiantis bazinėmis kainomis tik padengia paslaugų teikimo sąnaudas, todėl infrastruktūros plėtrai asmens sveikatos priežiūros įstaigos priverstos ieškoti kitų finansavimo šaltinių: steigėjų, valstybės investicijų programos lėšų ir kt., kas Lietuvoje nėra paprasta, nes nuolat kalbama apie lėšų stygių ir didėjantį biudžeto deficitą. Tad valstybės institucijų skiriamas finansavimas yra nepakankamas asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinkamai plėtrai bei šiuolaikinius reikalavimus atitinkančių gydymosi sąlygų užtikrinimui. Sanglaudos skatinimo veiksmų programoje pabrėžiama, kad Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų techninis aprūpinimas yra nepakankamas. Įstaigų pastatų būklė prasta, neatitinkanti šiuolaikinių higienos normų ir reikalavimų, naudojami įrengimai pasenę, naudojami pasenę gydymo metodai. Tuo įsitikina kiekvienas pilietis, dėl sveikatos problemų ar profilaktiniam patikrinimui, besikreipiantis į asmens sveikatos priežiūros įstaigą. Siekiant optimizuoti sveikatos apsaugos sektorių, būtina investuoti į naują įrangą, kuri leistų taikyti naujus diagnostikos bei gydymo metodus, gerinti paslaugų kokybę ir prieinamumą, kas sąlygotų trumpesnę sveikimo laiką bei darbingumo didėjimą. Dalis valstybės investicijų programos lėšų kasmet skiriama infrastruktūros

atnaujinimui, tačiau valstybės skiriamos lėšos nepadengia realaus investicijų poreikio. Todėl ES struktūrinės paramos lėšos yra būtinos sveikatos apsaugos sektoriaus modernizacijai. 2007-2013 m. Struktūrinės paramos programavimo periodu sveikatos apsaugos sektoriaus projektams iš Europos regioninės plėtros fondo numatytas finansavimas siekia 787.971.963,00 Lt, t.y. apie 100 mln. Litų kasmet, kas kelis kartus viršija valstybės investicijų programos skiriamas lėšas šiam sektoriui. Šios lėšos suteikia galimybę investuoti ir pertvarkyti valstybės valdomus sektorius ir taip mažinti dabartinį mokesčių mokėtojų lėšų poreikį Lietuvoje, tiek našta mokesčių mokėtojams ateityje (Lietuvos laisvosios rinkos institutas, 2011).

1.2 Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo tobulinimo poreikiai

Viešasis administravimas – įstatymų ir kitų teisės aktų reglamentuojama viešojo administravimo subjektų veikla, skirta įstatymams ir kitiems norminiams teisės aktams įgyvendinti priimant administracinius sprendimus, teikiant įstatymų nustatytas administracines paslaugas, administruojant viešųjų paslaugų teikimą ir atliekant viešojo administravimo subjekto vidaus administravimą (LR viešojo administravimo įstatymas).

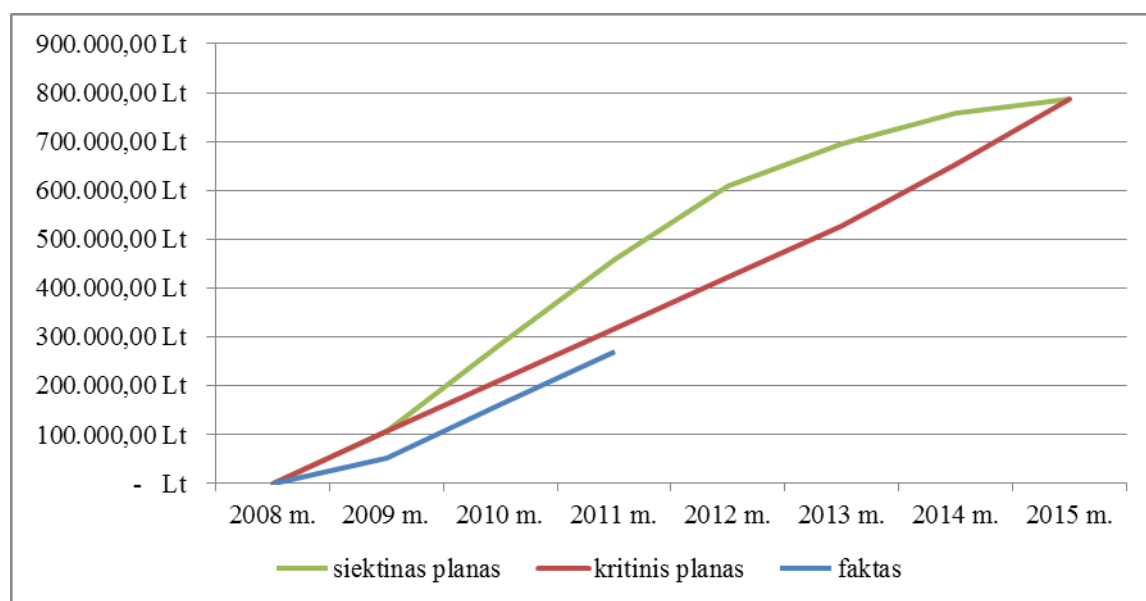
LR Vyriausybės 2007 m. gruodžio 19 d. Nutarimu Nr. 1443 patvirtintos „Projektų administravimo ir finansavimo taisyklės“, kurių 1 punkte nurodyta, kad šios taisyklės skirtos nustatyti „projektų, finansuojamų ES fondų lėšų, atrankos būdus, kvietimų teikti paraiškas, projektų vertinimo ir atrankos, projektų tinkamoms išlaidoms finansuoti skiriamų ES fondų ir (ar) Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto lėšų dydžio nustatymo, išlaidų apmokėjimo, projektų administravimo ir skundų nagrinėjimo tvarką, taip pat ministerijų ir (ar) kitų valstybės institucijų, įgyvendinančiųjų institucijų, pareiškėjų ir projektų vykdytojų veiksmus administruojant ir finansuojant projektus“. Remiantis šiuo nutarimu ir viešojo administravimo įstatyme patektu administravimo apibrėžimu galime teigti, kad **projektų administravimas** – tai ES struktūrinės paramos administravimo sistemos subjektų veikla, siekiant įgyvendinti ES struktūrinės paramos panaudojimo programas, priimant sprendimus bei vykdant tam reikalingas procedūras: valstybės projektų planavimą, projektų atranką, paraiškų teikimą, jų vertinimą ir atranką, mokėjimo prašymų tikrinimą ir tvirtinimą, kitų funkcijų atlikimą. Taigi projektų administravimo veikla vykdoma visuose projektų valdymo etapuose.

Nors Europos Sąjungos šalių kontekste Lietuva yra viena iš sparčiausiai įsisavinančių paramą šalių, tačiau remiantis šalies parengtais ES struktūrinės paramos įsisavinimo planais, lėšų įsisavinimas vėluoja nuo numatyto kritinio lėšų įsisavinimo plano. 2010 m. Ataskaitos Europos Komisijai duomenimis faktinis ES paramos įsisavinimas sudaro 81,7 proc. kritinio ES lėšų įsisavinimo plano. Dėl

struktūrinės paramos lėšų įsisavinimo vėlavimo kyla rizika neįgyvendinti n+2 taisyklės, kuri įtvirtinta Reglamento Nr. 1083/2006 93 straipsnyje, ir prarasti dalį Lietuvai skirtos ES struktūrinės paramos.

Siekiant įgyvendinti Sanglaudos skatinimo veiksmų programos 2 prioritetą „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ sveikatos apsaugos sektoriaus projektams iš Europos regioninės plėtros fondo numatytas finansavimas siekia 927.025.840,00 Lt, iš kurių 787.971.963,00 Lt sudaro ES lėšos. 2011 metų spalio 11 d. duomenimis, buvo pasirašytos 235 sutartys dėl projektų įgyvendinimo, kurių vertė sudaro 876.218.641,40 Lt, ES dalis – 740.022.398,87 Lt, o tai sudaro 93,91 proc. sveikatos apsaugos sektoriui skirtos ES lėšų sumos (ES paramos barometras). Nors ES paramos lėšų kontraktavimas yra labai aukštas, tačiau pripažintų tinkamomis finansuoti ir deklaruotų Europos Komisijai ES paramos lėšų dalis šiuo metu sudaro apie 34 proc., o tai yra 85 proc. Sveikatos apsaugos sektoriui sudaryto ES lėšų įsisavinimo kritinio plano (žr. 1 pav.).

1 pav. Sveikatos apsaugos sektoriui skirtos ES paramos įsisavinimo faktinis nuokrypis nuo planuojamo siektino ir kritinio planų (tūkst. Lt)



Šaltinis: sudaryta remiantis Sanglaudos skatinimo veiksmų programos priedais ir 2007-2013 m. struktūrinės paramos įsisavinimo spartos vertinimo ataskaita

Sveikatos sektoriuje įsisavinimo procentas nėra prastas, tačiau nuo planuojamo visgi atsiliekama 15 proc., kas gali turėti įtakos ES fondų lėšų praradimui.

Susidariusi situacija, kad šiuo metu planas nėra vykdomas, be to, pastebimi pakankamai reikšmingi nukrypimai, parodo, kad įsisavinimo plano vykdymo procese ir jo kontrolėje yra silpnų vietų, kurias būtina nustatyti (UAB „PricewaterhouseCoopers“, 2011).

2007-2013 m. ES struktūrinės paramos panaudojimo etapo metu, apie 78 proc. struktūrinės paramos skirstoma valstybinio ir regioninio planavimo būdu. Tačiau vertinant šių projektų atrankos

būdus pastebima, kad šiuo metu neišnaudojamos šių atrankos būdų galimybės ar pasirinktas netinkamas būdas tai įgyvendinti (Viešosios politikos ir vadybos institutas, 2010, UAB BGI Consulting, 2010).

Taip pat pažymima, kad pastaruoju metu daugiausiai kalbama apie ES struktūrinės paramos įsisavinimo spartą, jos svarbą, tačiau daug svarbesnis už įsisavinimą, yra ES struktūrinės paramos lėšų įsisavinimo efektyvumas ir rezultatyvumas, todėl svarbu nustatyti ar paramos lėšos įsisavinamos tinkamai bei ar duos laukiamą rezultatą.

Atsižvelgiant į ES struktūrinės paramos tarpinio vertinimo rezultatus galime daryti išvadą, kad dabartinis ES struktūrinės paramos administravimas nėra pakankamai efektyvus, o administravimo tobulinimui būtina pritaikyti pažangią patirtį.

1.3 Šiuolaikiniai požiūriai į sveikatos apsaugos sektoriaus plėtrą ir jų pritaikymas tobulinant ES struktūrinės paramos projektų administravimą

Globalėjanti visuomenė, neefektyvi viešojo sektoriaus veikla, didelis biurokratizmas, finansinės problemos bei didėjantis piliečių nepasitenkinimas viešosiomis paslaugomis lėmė valstybės valdymo reformas daugelyje Pasaulio šalių, remiantis naujosios viešosios vadybos principais: valdymo decentralizavimas, kontraktualizmas, orientacija į rezultatus, orientacija į klientų pasitenkinimą paslaugomis ir paslaugų kokybę, konkurencija, išteklių taupymas, bendradarbiavimas su privačiu ir nepelno sektoriais, organizuojant paslaugų teikimą (C. Hood, 1991).

Remiantis daugelio autorių darbais, išskiriami šie naujosios viešosios vadybos pagrindiniai elementai (J. Staponkienė, 2005, p.86):

1. Decentralizacija – viešųjų organizacijų skaidymas į atskiras, savarankiškas agentūras, valdymo funkcijų decentralizacija organizacijose, atsakomybės delegavimas, hierarchijos mažinimas, balansas tarp centrinių nurodymų bei vietos politikos;
2. Privatizacija - viešojo sektoriaus mažinimas, išlaidų viešajame sektoriuje optimizavimas, funkcijų perdavimas;
3. Rinkos sąlygų formavimas viešajame sektoriuje (angl. marketization) - konkurencijos tarp paslaugų tiekėjų skatinimas, efektyvumo siekimas per kontraktų valdymą, orientacija į klientų poreikių tenkinimą;
4. Dalyvavimas - gyventojų įtraukimas priimant sprendimus įvairiose šalies valdymo lygmenyse, personalo įtraukimas į viešųjų organizacijų valdymą;
5. Privataus sektoriaus valdymo metodai (angl. managerialism) - optimalus išteklių valdymas, privataus sektoriaus apskaitos sistemų plėtojimas, kokybės vadybos metodų diegimas, naujų vadovavimo stilių taikymas, viešojo sektoriaus veiklos rezultatų matavimo rodiklius įvedimas, „atlygio pagal rezultatus“ sistemos formavimo skatinimas, personalo ugdymas bei mobilumas.

Tačiau pastaraisiais metais, diegiant Naujosios viešosios vadybos principus šalių viešajame administravime, pastebėta, kad kiekybinių rezultatų siekimas ir orientavimasis išskirtinai į juos, paskatino dehumanizavimo tendencijas ir nesudaro sąlygų valdymo demokratizavimui. Naujosios viešosios vadybos orientacija į kliento poreikių tenkinimą suteikiant paslaugas taip pat kritikuotina, kadangi praktikoje kliento pasitenkinimas suteiktomis paslaugomis dažnai nėra svarbiausias kriterijus (Smalskys V., 2009). Taip pat pabrėžiama, kad ne visoms šalims yra tinkami naujosios viešosios vadybos principai dėl šalies kultūrinių, socialinių-ekonominių veiksnių ir istorinio konteksto. Pasak Alvydo Raipos (2009), naujose ES valstybėse narėse trūksta įstatymų nuostatų, reglamentuojančių naujosios viešosios vadybos praktiką, pradedamos reformos per mažai finansuojamos, tokiu būdu įnešama sumaištis į šalies ekonominę, politinę, socialinę erdvę, taip išprovokuodama konfliktines situacijas. Dėl šios priežasties vis dažniau imama kalbėti apie aktyvesnį piliečių dalyvavimą viešojo valdymo srityje bei imamas akcentuoti ne galutinis rezultatas, tačiau rezultato realizavimo procesas, siekimo metodas ir procedūros, siekiant užtikrinti kuo demokratiškesnę valdymo aplinką.

Tai vadinamasis naujasis viešasis valdymas (New Governance) –viešojo administravimo modelis su šiek tiek kitose vietose sudėliotais akcentais – su platesniu piliečių dalyvavimu valdyme, korupcijos nebuvimu, policentrinės demokratijos, skaidrumo, atsakomybės ir kitų moralinių-etinių savybių išskėlimu, geru tarpinstituciniu bendradarbiavimu bei aktyvia nevyriausybinių organizacijų veikla (A. Guogis, 2008).

J. Alford ir O. Hughes teigimu, naujasis viešasis valdymas suvokiamas ne kaip nauja normatyvinė paradigma, o kaip geriausias valdymo sprendimų būdas (Alford, J., Hughes, 2008).

Pasak Jolantos Buškevičiūtės ir Alvydo Raipos, „kiekviena demokratines vertybes puoselėjanti organizacija suvokia, kad visuomenės narių įtraukimas į politinius procesus yra demokratinės visuomenės varomoji jėga, kad pilietines pareigas suvokiantys, demokratines vertybes puoselėjantys piliečiai užtikrina šalies stabilumą ir demokratijos plėtrą“ (2011, p. 19).

Efektyvumas, racionalus lėšų panaudojimas, gerėjantys kokybiniai veiklos rodikliai, kokybiškų viešųjų paslaugų teikimas – vis dar pagrindiniai viešojo sektoriaus tikslai, kurie kyla iš visuomenės reikalavimų. Norint suprasti ir įvertinti visuomenės narių poreikius, būtina su jais bendradarbiauti bei skatinti narių dalyvavimą paslaugų kūrimo ir teikimo. Iš šio poreikio kilo bendro paslaugos kūrimo (angl. coproduction) idėja.

Pasak Plé et al., dalyvauti pažodžiui reiškia „dalyvauti kažkur kuriant rezultatą“ (angl. to take part in something, in its outcome), plačiąja prasme kliento dalyvavimas reiškia veiksmą ar veiksmų grupę, susijusius su prekių ar paslaugų gamyba (2008, p. 13).

Viešųjų paslaugų bendras kūrimas yra pagrindinis elementas užtikrinant valstybingumą (Giddens, 2003). Dunston et al. (2009) nurodo, kad viešųjų paslaugų bendras kūrimas – tai procesas, kuomet bendradarbiaujama valstybės ir jos piliečių socialiai pageidautinų rezultatų gamyboje (kūrime). Šios

sąvokos apibrėžimų yra daug, tačiau vienaip ar kitaip pabrėžiamas paslaugų vartotojų įtraukimas į viešųjų paslaugų kūrimo ar teikimo procesą.

Apibendrinant galime teigti, kad bendrasis paslaugų kūrimas, t.y. procesas, kurio metu paslaugų tiekėjai ir vartotojai ar jų grupės bendrauja, keičiasi informacija ir turi įtaką konkrečių sprendimų priėmimui.

Daugelis mokslininkų pripažįsta piliečių dalyvavimo svarbą ir įtaką viešųjų paslaugų kokybei. Tyrimais įrodyta, kad dėl vartotojo dalyvavimo sustiprėja jo įgūdžiai naudotis paslauga, didėja tikimybė, kad poreikiai bus patenkinti ir gauta nauda ir turi įtakos didėjančiam kliento pasitenkinimui (Chua, Sweeney, 2003).

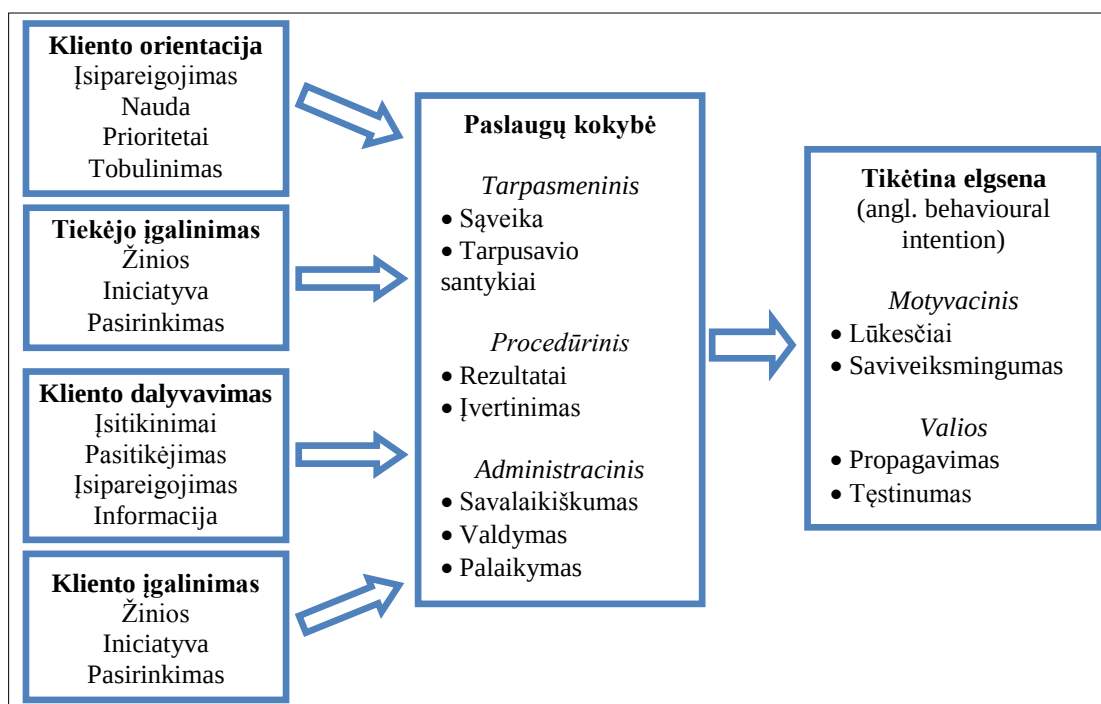
Sveikatos priežiūros paslaugos – viešosios paslaugos. Pasak Kotze, Plessi et al., sveikatos sektoriuje paslaugų vartotojas yra esminė paslaugos teikimo grandis, kuri leidžia padidinti arba sumažinti paslaugų rezultatyvumą. Todėl aukštas vartotojo dalyvavimas, kuomet prisideda prie bendro paslaugos kūrimo savo jėgomis, laiku ir kitais resursais, yra ypač svarbus šiame sektoriuje. (Kotze & Plessis, 2003, Yen et al., 2004).

Būtina pažymėti tai, kad vartotojų dalyvavimą būtina valdyti, kadangi dalyvavimo bendrai kuriant paslaugas kokybė ir efektyvumas turi didelę įtaką pačių paslaugų kokybei (Rundle-Thiele et al., 2010).

Mokslininkai išskiria tris veiksnius, kurie turi įtakos efektyviam vartotojų dalyvavimui bendrame paslaugų kūrime: tai klientų vaidmens aiškumas, sugebėjimai ir motyvacija (Kotzé et Plessis, 2003).

Gill L. et White L. pasiūlė konceptualinį viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kūrimo modelį, kuris yra pateikiamas 2 paveiksle.

2 pav. Viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų bendro kūrimo modelis



Šaltinis: sudaryta remiantis Liz Gill et Lesley White, 2008, p. 5

Šis modelis parodo klientą (paslaugos vartotoją) kaip bendradarbiaujantį partnerį, kaip išteklių visumą, tokių kaip kompetencijos, žinios ir įgūdžiai, kas gali turėti įtakos kitiems paslaugų teikimo proceso ištekliams kartu kuriant paslaugos vertę ir naudą klientui. Modelio racionalumas paremtas suvokimu, kad sveikatos priežiūros paslaugos reikalauja aukščiausio kliento įnašo ir įsitraukimo lygio, dažnai su ilgalaikiu elgesio pokyčiu. Modelis nurodo, kad suvokiamai viešosios sveikatos priežiūros paslaugos kokybei turi įtakos kliento supratimas apie paslaugą ir kliento įtraukimas į paslaugos kūrimą, kartu su įgalinimu paslaugų dalyvių bendradarbiaujant kurti paslaugą. Be to, tikėtina, kad suvokiamos paslaugų kokybės rezultatyvumas turės tiesioginę įtaką sveikatos elgesio, kurį propaguoja vartotojai, stiprinimą (Liz Gill, Lesley White, 2008).

Kaip matome, šiuo metu mokslininkai atkreipia dėmesį į primirštas vertybes, kaip pilietiškumas, solidarumas ir bendradarbiavimas. Lietuvoje stokojama pilietiškumo, todėl bendro kūrimo idėjų įgyvendinimas plėtojant asmens sveikatos priežiūrą turėtų būti prioritetinga Lietuvos sveikatos apsaugos sektoriaus politikos kryptis.

1.4 Programų ir projektų vadybai skirti teoriniai požiūriai ir jų panaudojimo galimybės tobulinant ES struktūrinės paramos projektų administravimo tobulinimą sveikatos apsaugos sektoriui

1.4.1 Programų ir projektų sąvoka, tipai

Remiantis Project Management Institute (PMI) (2008), „**projektas** – tai laikina veikla, skirta unikalaus produkto, paslaugos arba rezultato sukūrimui“. Projekto pagrindinė paskirtis yra pasiekti unikalų tikslą, o projekto esmė yra du procesai:

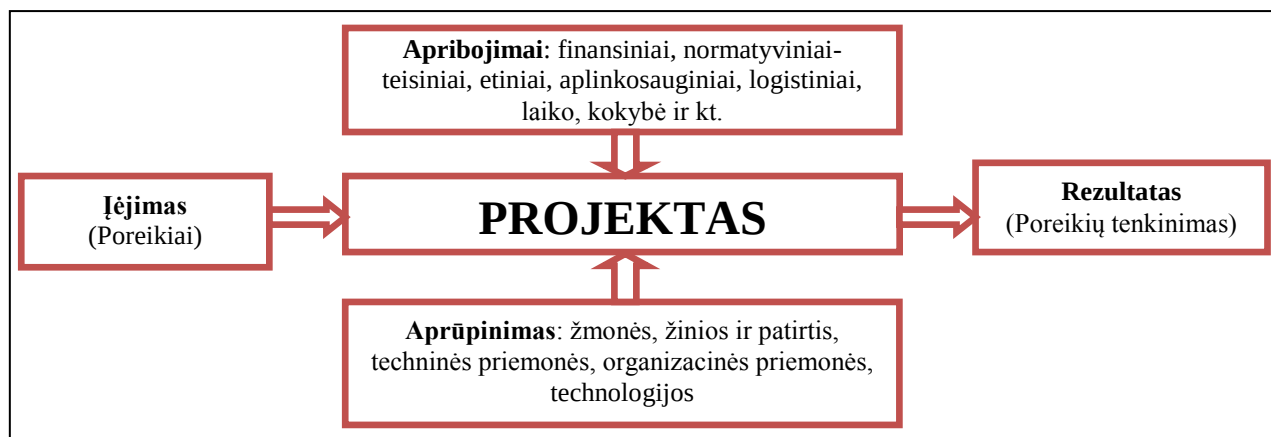
1. Produkto realizavimas;
2. Projekto vadyba.

Projekto vadybos procesas apima žinių, įgūdžių, įrankių ir metodų taikymą siekiant išpildyti projekto reikalavimus.

Dalis mokslininkų programų ir projektų valdymą laiko sinonimais, kita dalis – projektų valdymas yra dalis programų valdymo. PMI (2008) **programa** apibrėžiama kaip tarpusavyje susietų/priklausomų ir koordinuotai valdomų projektų grupė, siekiant bendros naudos. R. Tamošaičio (2004) pateikiamame apibrėžime dar nurodoma, kad programa sudaroma tuomet, kai norimos vertės neįmanoma įgyvendinti atskirais projektais. Tačiau programos ir projekto bruožai yra panašūs: laike apibrėžta veikla ar veiklų grupė, skirta produkto ar rezultato sukūrimui.

Taigi programa arba projektas šiandien dažniausiai suvokiama kaip investicinė akcija kuri apima tikslą, išteklius, aplinką ir rezultatą (B.Neverauskas ir kt., 2004). Tikslai kyla iš poreikių, kurių įgyvendinimui reikalingi ištekliai, turi įtakos aplinka ir jos apribojimai, bei gaunami rezultatai (3 pav.).

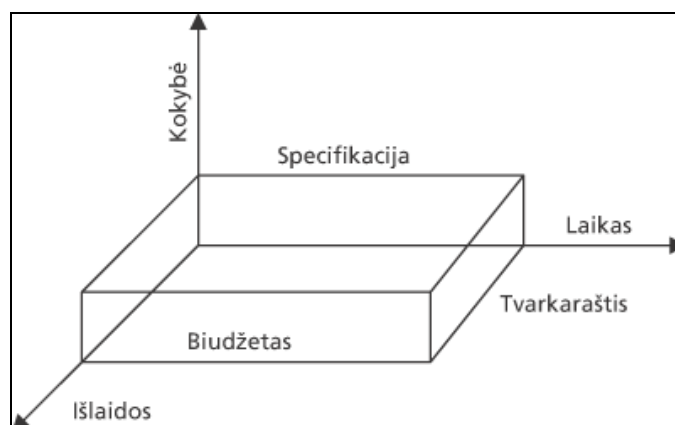
3 pav. Projektas sisteminiu požiūriu



Šaltinis: B. Neverauskas ir kt., 2004, p.8

Pageidaujamo kokybiško rezultato pasiekimas yra tik sudėtinė projekto tikslo dalis. Be kokybės į projekto tikslą įtraukiami dar du labai svarbūs aspektai: projekto rezultatas turi būti pasiektas laiku ir neviršijant numatyto biudžeto (4 pav.).

4 pav. Projekto tikslo modelis



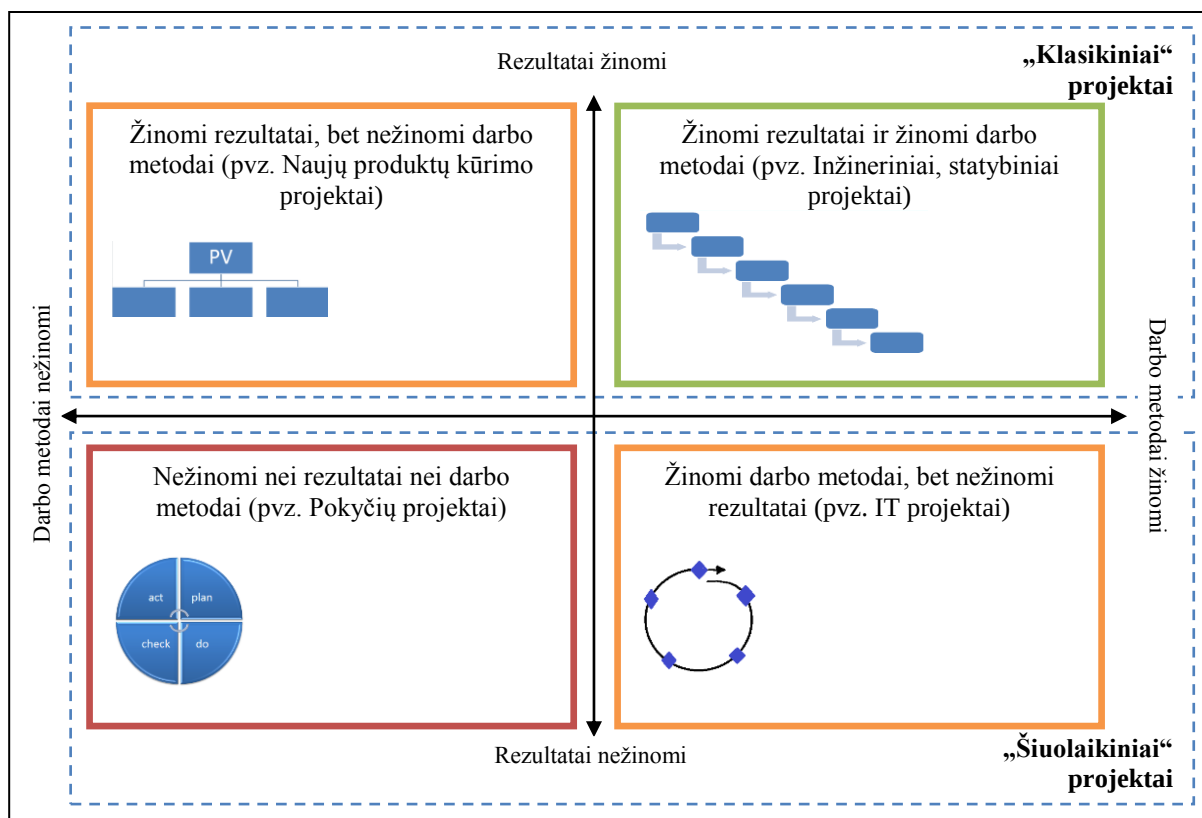
Šaltinis: J. P. Lewis, 1995, p. 97

Tačiau šiandieninėje aplinkoje, pasak Kerzner H.(2001), šalia trijų sėkmės rodiklių, būtina pridėti dar šiuos projekto įgyvendinimo sėkmingumo rodiklius:

- Projektas įgyvendintas su minimaliais arba abipusiai sutartais apimties pasikeitimais;
- Projektas įgyvendintas nepakenkiant pagrindiniams organizacijos darbo srautams;
- Projektas įgyvendintas nepakeičiant verslo kultūros.

Projektai gali būti labai įvairūs tiek savo paskirtimi, svarbumu, sudėtingumu, dalyviais ir kt., todėl šie klasifikuojami pagal įvairius kriterijus. Pagal nustatytų projekto tikslų ir metodų aiškumo lygį mokslinėje literatūroje išskiriami inžineriniai, produkto paslaugų kūrimo, sistemų kūrimo ir kt. projektai. Taip pat projektai skirstomi pagal pagrindinę veiklos sritį (socialiniai, ekonominiai), trukmę (trumpalaikiai, vidutinio ilgumo), sudėtingumą (paprasti, sudėtingi) ir daugelį kitų kriterijų. PMI siūlo skirstyti projektus į 4 tipus, kuriais remiantis atitinkamai numatomi skirtingi projektų valdymo būdai.

5 pav. Projektų tipai ir jų valdymo ypatumai



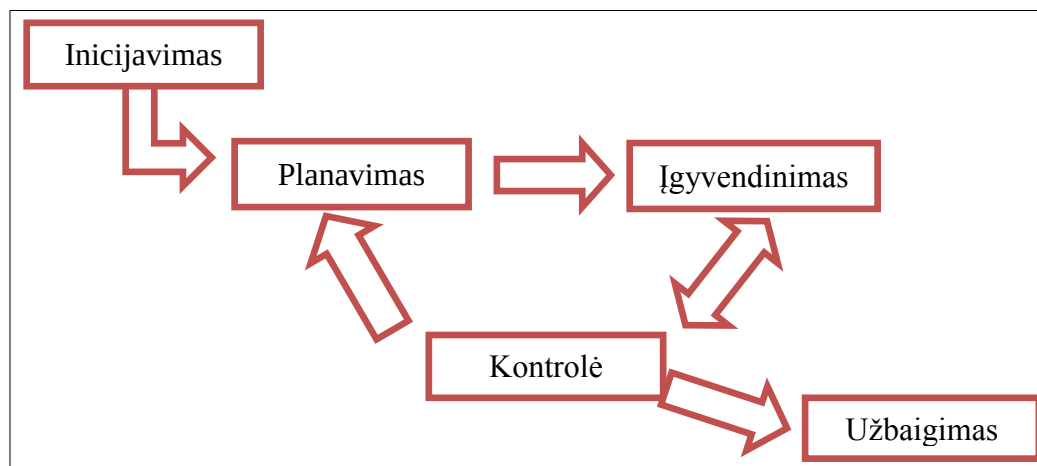
Šaltinis: sudaryta remiantis PMI ir O.Smertin, 2010

Apibendrinant galima teigti, kad investicijų projektas – tai į tam tikro rezultato siekimą nukreipta veikla, kuria per numatytą laikotarpį siekiama sukurti tam tikrą kokybę ir išlaidas atitinkantį produktą, paslaugą ar informaciją. Projekto tikslas turi apimti ne tik siekiamą rezultatą, jo kokybę, bet ir numatyti finansines išlaidas, apibrėžti projektą laike, įvertinti aplinką, kurioje įgyvendinamas bei išteklių prieinamumą. Projektų tipų išskiriama daug pagal įvairius kriterijus, todėl siekiant sėkmingo projekto įgyvendinimo, svarbu pagal projekto tipą bei charakteristikas užtikrinti tinkamo projekto valdymo būdo pasirinkimą.

1.4.2 Programų ir projektų valdymo ciklas ir procesai

Programa ar projektas yra apibrėžtas laike ir baigtinis, todėl jie turi savo gyvavimo ciklą, kurio atskirtų etapų metu vykdomi atitinkami procesai, kurie pateikiami 6 pav.

6 pav. Projekto valdymo procesai ir jų ryšys

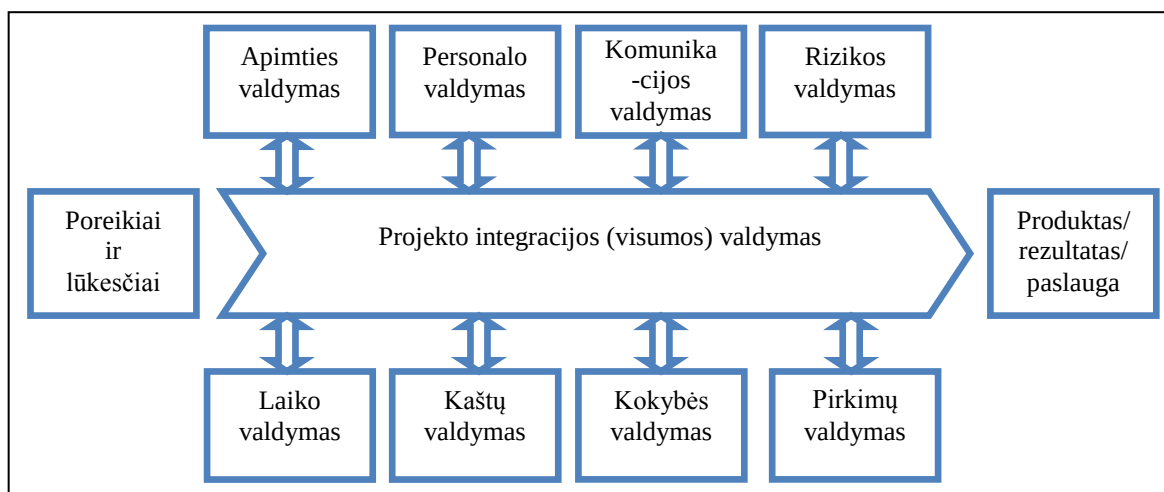


Šaltinis. Parengta pagal Gregory M. Horine, 2005

Remiantis 6 pav. pateikta informacija, projekto procesai vyksta tam tikru nuoseklumu. Pradžioje atliekami projekto inicijavimo procesai. Paprastai kartu su projekto inicijavimo procesu atsiranda detalesnės informacijos poreikis, todėl kartu su šiuo procesu prasideda planavimo procesas, o turint aiškų planą, projektas turi būti įgyvendintas. Kadangi šie procesai yra sudėtingi ir reikalauja daugelio žmonių darbo, natūralu, kad kartu su projekto planavimo ir įgyvendinimo procesais prasideda ir projekto kontrolės procesas. Kontrolės procesas kitų mokslininkų dar vadinamas paprastai valdymu (J. Philips, 2004). Kiekvienas projekto procesas turi būti vertinamas bei, atsižvelgiant į gautus rezultatus, daromos procesų korekcijos. Paskutinis yra projekto užbaigimo procesas. Projekto valdymo suskirstymas į procesus (kurie beveik tolygūs projekto gyvavimo ciklui) leidžia nustatyti kontrolinius taškus, kuriuose priimamas sprendimas arba tikrinamas, ar projekto etapas sėkmingai baigtas, ar projektas gali būti vykdomas toliau (PMI, 2008).

Šalia šių procesų išskiriamos ir projektų valdymo žinių sritys, kurių valdymas yra būtinas ir jų valdymas egzistuoja visuose projektų valdymo ciklo etapuose, tarsi apjungia projektų valdymo procesus ir yra labiau susiję su konkrečios organizacinės veiklos dalimi (7 pav.).

7 pav. Projekto valdymo žinių sritys



Šaltinis: sudaryta remiantis PMI, 2008

Kiekviena žinių sritis numato tam tikrų užduočių atlikimą, tad siekiant kokybiško projekto tikslų įgyvendinimo visos šios sritys turi būti tinkamai valdomos nuo pat projekto pradžios.

Projekto integracijos valdymo esmė yra projekto valdymo plano sudarymas, valdymas ir pokyčių kontrolė. Ši veikla pradedama jau projekto inicijavimo stadijoje tikslų ir uždavinių formulavimu ir tęsiama iki pat projekto užbaigimo. Šios veiklos metu nustatomas projekto valdymo planas (ištekliai, apribojimai, pirkimai, rezultatai ir t.t.), vadovavimo projekto vykdymui sistema ir taisyklės, projekto veiklų stebėjimas ir kontrolė, visuminės pokyčių kontrolės principai bei projekto užbaigimo procedūras.

Apimties valdymas užtikrina, kad projekto įgyvendinimo metu būtų vykdomi tik būtini projektui darbai bei kad vykdomi darbai neštų reikiamą rezultatą. Šios srities valdymas yra ypač svarbus, nes jis susijęs su kompleksinių veiklų skaidymu į atskiras veiklas, nustato jų atlikimo prioritetus, padeda išvengti veiklų dubliavimosi.

Personalo valdymas - projektą vykdančios ir valdančios komandos sukūrimas bei valdymas. Personalo valdymo metu atliekami pagrindiniai procesai: žmogiškųjų išteklių planavimas (poreikio nustatymas, personalo atsakomybių ir ryšių identifikavimas), projekto komandos sudarymas (reikiamų resursų gavimas ir jų priskyrimas), projekto komandos formavimas (komandos kompetencijų ir bendradarbiavimo tobulinimas), projekto komandos valdymas (narių stebėjimas, grįžtamojo ryšio suteikimas, konfliktų valdymas ir pakeitimų koordinavimas).

Komunikacijos valdymas skirtas užtikrinti tinkamos bei savalaikės projektinės informacijos sukūrimą, surinkimą, paskleidimą bei saugojimą. Tai ne tik informacijos sklaidos projekto komandos narių ribose taisyklės, tačiau svarbu nustatyti ir kitus suinteresuotus asmenis, kurie gali turėti įtakos projekto įgyvendinimui, todėl būtina užtikrinti jų tinkamą informavimą. Šios veiklos metu taip pat nustatomi komunikavimo kanalai (pasitarimai, telekonferencijos, intranetas ar kt.), atsiskaitymo apie

darbų eigą būdai.

Rizikos valdymas „yra projektų valdymo esmė“ (Rodney Turner). Ši veikla apima rizikų valdymo planavimą, rizikų nustatymą, kokybinę ir kiekybinę rizikų analizę, kontrapriemonių planavimą bei jų stebėjimą ir kontrolę. Šiai veiklai skiriamas ypatingas dėmesys, kadangi rizika gali turėti tiek neigiamų tiek teigiamų pasekmių, todėl būtina jas valdyti.

Laiko valdymas užtikrina darbų atlikimą nustatyto laiku bei optimalų resursų panaudojimą viso projekto eigoje. Šio proceso metu nustatomos veiklos ir jų trukmės, jų tarpusavio ryšiai, sudaromas tvarkaraštis numatant veiklų įgyvendinimui reikalingus resursus bei nukrypimų šalinimo priemonių numatymas.

Kaštų valdymas užtikrina, kad projektas būtų laiku užbaigtas projekto biudžeto rėmuose. Be to, ši veikla yra pagrindas projekto vykdymo kontrolei, projekto naudingumui ir kainai įvertinti, pinigų srautams valdyti, resursų paskirstymui ar finansavimui gauti. Kaštų valdymas apima kaštų įvertinimą, biudžeto nustatymą bei biudžeto kontrolę.

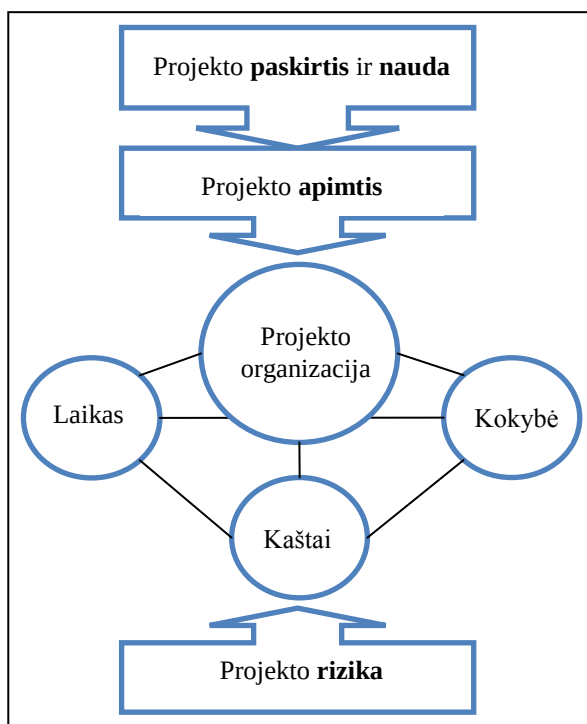
Kokybės valdymas. Kokybė yra sunkiai nusakoma, todėl dažniausiai kokybė apibrėžiama kaip produkto ar paslaugos atitiktį kliento specifikacijai arba lūkesčiams. Todėl kokybės valdymo procesas apima kokybės planavimą, t.y. projektui taikomų kokybės standartų identifikavimas bei būdų nustatymas, kaip bus užtikrinta. Taip pat šis procesas apima ir kokybės kontrolės veiklą.

Pirkimų valdymas apima reikalingų produktų, paslaugų įsigijimo procesus, t.y. pirkimų ir įsigijimų planavimą, pirkimų vykdymą, sutarčių administravimą bei sutarčių užbaigimą. Šiame procese svarbu nustatyti balansą tarp prisiimamos užsakovo ir tiekėjų rizikos pasirašant sutartis.

Apibendrinant galime teigti, kad siekiant sėkmingo projektų įgyvendinimo, būtina valdyti visas išvardintas žinių sritis ir visų šių procesų vykdymas yra paskiriamas projekto valdymo komandai. Todėl projektų vadovui priskirtinos funkcijos reikalauja didelės kompetencijos.

Pasak J. Rodney Turner (2009) projektų valdyme didžiausias vaidmuo tenka projektų vadovui, kurio pagrindiniai valdomi objektai pateikti 8 paveiksle. Projekto vadovo pagrindinės sritys, padedančios valdyti projektą yra suprasti kodėl projektas yra vykdomas, kur link judama (projekto paskirtis ir nauda), taip pat ką reikia padaryti, kad tai pasiektumėm (projekto apimtis), kas padės ir kas reikalinga atlikti tai, kas reikalinga (organizacija, kaštai, laikas ir kokybė). Kiekvieno projekto įgyvendinimo metu siekiama „auksinio trikampio“, t.y. per kuo trumpesnį laiką, kuo mažesniais kaštais, gauti kuo geresnę kokybę. O visų šių sričių pagrindą ir esmę sudaro projekto rizikų valdymas.

8 pav. Projektų vadovo valdomi objektai



Šaltinis: sudaryta remiantis J.Rodney Turner (2009)

1.4.3 Projekto pokyčių ir rizikos valdymas

Greitai besikeičianti aplinka lemia, kad projektų įgyvendinimas tampa vis labiau dinaminis, besikeičiantis, daug įgyvendinamų projektų viršija planuotą laiką ir kaštus, ir pokyčiai yra viena svarbiausių ir esminių priežasčių nuokrypių atsiradimui (Harrison, Lock, 2004). Atlikto tyrimo apie didžiausias projektų valdymo problemas, net 64 proc. tyrime dalyvavusių projektų vadovų kaip vieną didžiausių problemų įvardijo pokyčius (Meredith, Mantel, 2006). Be to, pažymima, kad šios problemos yra labiausiai vengiama, kadangi ji turi didelę įtaką projekto planui taip sumažindama tikimybę bei galimybes patenkinti projekto užsakovo poreikius ir interesus. Dalis mokslininkų nurodo, kad pokyčių valdymas yra lemiamas faktorius projekto sėkmei (ypač informacinių technologijų plėtros projektuose), kiti nurodo, kad tai yra antra turinti didžiausią įtaką (po projekto planavimo) projektų valdymo technika.

Mokslininkai išskiria pakankami daug pokyčių tipų. Pokyčiai gali būti **tiesioginiai**, t.y. „nukrypimai nuo patvirtintos projekto apimties ar dizaino, atsirandantys po bet kurios sutarties, koncepcijos ar specifikacijos patvirtinimo veiksmų“ (Lock, 2003). Tiesioginiai pokyčiai gali atsirasti dėl **netiesioginių** pokyčių, tokių kaip rinkos pokyčiai, naujų technologijų atsiradimas. Pokyčiai gali būti skirstomi pagal sritį, kurioje jie vyksta, pvz. **apimties** pokyčiai apima projekto produkto reikalavimų, techninių sprendimų pasikeitimus, **organizacinius** pokyčiai apima projekto tvarkaraščio, užduočių ar terminų kaitą, kuriuos dažniausiai „iššaukia“ projekto apimties pasikeitimai. Todėl

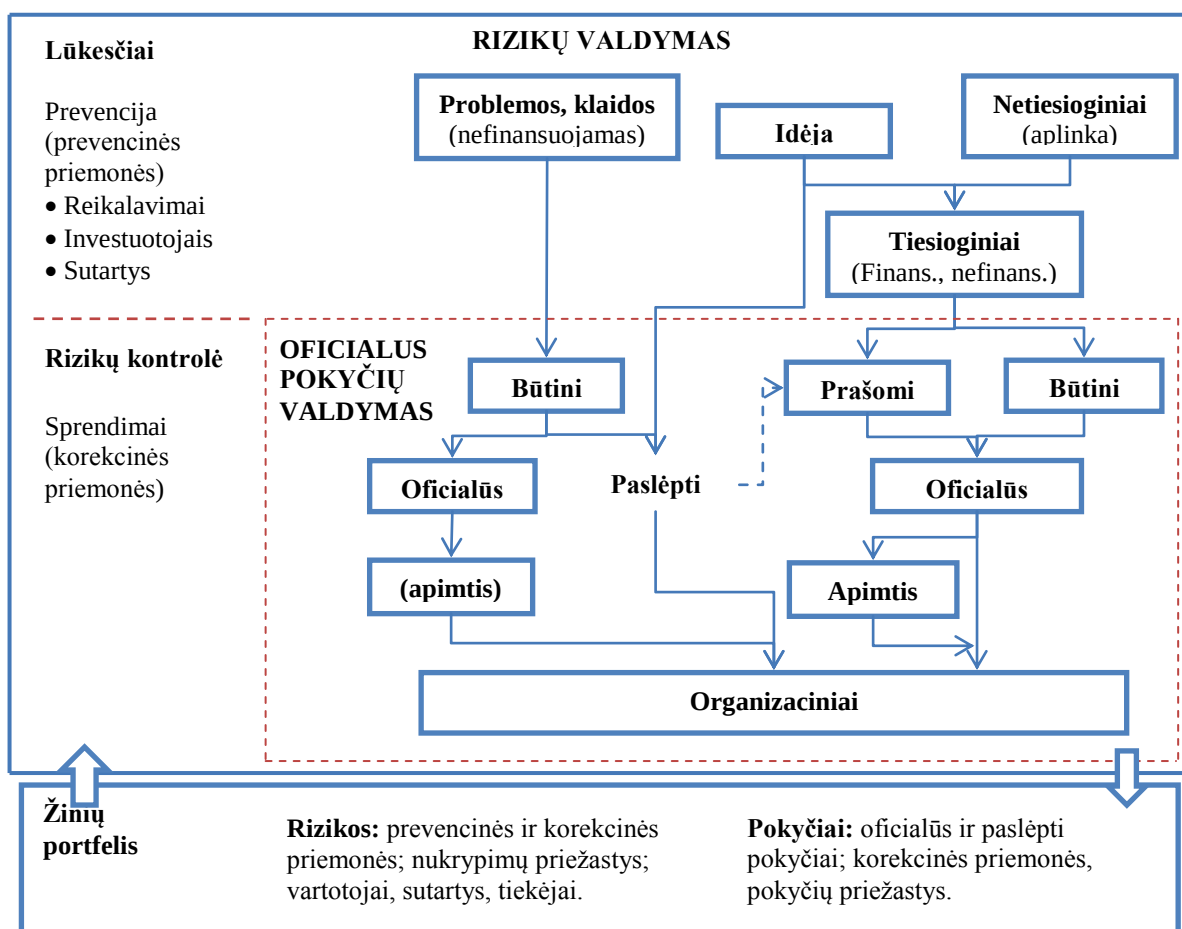
apimties pasikeitimai dažniausiai būna **nuolatiniai**, o organizaciniai - **trumpalaikiai**, kurie dažniausiai padeda užtikrinti savalaikį projekto veiklų vykdymą.

Pokyčiai taip pat skirstomi į oficialiuosius ir paslėptuosius. **Oficialūs** keitimai yra apsvarstomi ir patvirtinami procedūrų nustatyta tvarka. Tačiau egzistuoja ir paslėpti pasikeitimai, t.y. dalies projekto įgyvendinimo komandos narių ar suinteresuotų šalių grupė sprendžia dėl tam tikrų projekto įgyvendinimo pakeitimų ir apie tai neinformuojamos kitos suinteresuotos šalys. **Paslėpti** pokyčiai yra žalingi projektų įgyvendinimui, kadangi gali sukelti neigiamų pasekmių: sumažinti produktyvumą, pareikalausti didesnių laiko sąnaudų, bei neigiamai paveikti suinteresuotų šalių santykius bei bendradarbiavimo lygį (Howes, 2001, Milosevic, 2003).

Prašomi pakeitimai gali būti patvirtinti arba atmesti, skirtingai nuo **būtinų** pokyčių. Dažniausiai būtinai pokyčiai yra organizaciniai ir atsiranda dėl padarytų klaidų ar atsiradusių problemų dėl įrangos ar komandos narių nebuvimo, tiekėjų vėlavimų. Projektų valdymo komanda nesprendžia, ar būtinus pokyčius įgyvendinti, bet ieško geriausio būdo pokyčiams suvaldyti ir įgyvendinti (Hallgren, 2007).

Pokyčiai gali būti **finansuojami** arba **nefinansuojami**. Nefinansuojami pokyčiai dažniausiai yra kylantys iš projekto valdymo komandos klaidų ar problemų.

9 pav. Pokyčių įvairių tipų seka, ryšys ir jų valdymo modelis susiejant su rizikos valdymu



Šaltinis: sudaryta remiantis Stare A., 2011

Daug mokslininkų rizikas ir pokyčius apibūdina panašiai – projekto tikslų, apimčių pasikeitimai yra įvardijami kaip vienos didžiausių rizikų. Jeigu projekto įgyvendinimo pradžioje jau yra numatoma pokyčių tikimybė, šiems pokyčiams turi būti pasiruošta ir įtraukta į rizikų valdymo priemonės. Dalis autorių taip pat teigia, kad pokyčių valdymo procesai ir rizikų valdymo procesai yra susiję ir suderinti. Pokyčiai ir rizika galima sakyti „eina koja kojon“, kadangi atsiradusi rizika iššaukia pokyčius, o pokyčiai sukuria naujas rizikas (Kerzner, 2006). Remiantis pokyčių tipais ir jų ryšiais, bei pokyčių ir rizikos valdymo sanglauda, Stare A. (2011) sudarė projekto pokyčių ir rizikos valdymo modelį, kuris pateikiamas 9 paveiksle. Remiantis teoriniais tyrimais bei jų išvadomis, visi pokyčių tipai gali būti tikėtini. Todėl viena veiksmingiausių priemonių yra rizikos (pokyčių) prevencija. Jeigu projekto valdymo komanda negali imtis prevencinių priemonių pokyčių prevencijai, tuomet turi būti planuojamos priemonės sumažinti rizikos ar pokyčių pasireiškimo galimybes. Jeigu rizika pasireiškia, turi būti imamasi rizikos valdymo priemonių, t.y. korekcinių priemonių, kurios gali būti suplanuotos iš anksto. Šis procesas reikalauja daug žinių ir patirties bei laiko problemų identifikavimui, tačiau tai užtikrina sėkmingą projekto įgyvendinimą.

1.4.4 Projektų valdymo metodai

Programos ar projekto procesai yra susieti vienas su kitu, priklausantys vienas nuo kito, tačiau pakankamai skirtingi, kuriuos būtų galima nagrinėti atskirai. Be to, kiekvienam projekto proceso įgyvendinimui gali būti taikomi įvairūs metodai.

Projekto idėja dažniausiai atsiranda analizuojant susidariusią konfliktinę situaciją ar problemą. Projekto inicijavimo idėja gali kilti dėl įvairių priežasčių, o idėjų generavimui gali būti naudojami loginiai (pvz., tikslų medžio) arba intuityviniai (pvz., smegenų šturmas) metodai. Šie metodai taip toliau naudojami projekto planavimo procese taip pat įtraukiant ekspertinį projekto vertinimą, „žuvies kaulo“ modelius, matematinių skaičiavimų metodus ir tokiu būdu randant geriausią sprendimą projekto įgyvendinimui.

Projekto veiklų ir laiko procesų planavimui ir valdymui plačiai naudojami šie metodai:

- Tinklinės diagramos, kurios nurodo projekto veiklų priklausomybės ryšius ir veiklų vystymąsi nuo pradžios iki projekto užbaigimo.
- Pirmenybinis diagramos metodas, kitaip dar žinomas „viršūnė-darbas“ metodas. Veiklos išdėstomos mazguose ir sujungiamos rodyklėmis, kurios nurodo priklausomybės ryšius tarp veiklų.
- PERT metodas, kuris naudojamas veiklos trukmei nustatyti. Šis metodas paremtas veiklos aprašymu trimis skirtingomis trukmėmis: optimistiniu, pesimistiniu ir labiausiai tikėtiniu. Iš šių trukmių yra apskaičiuojama veiklos trukmė;

- GERT metodas yra pagrįstas tikimybiniais vertinimais. Veiklos priklauso nuo kitų veiklų rezultatų.

- Kritinio kelio metodas dažniausiai taikomas projekto pabaigos datai nustatyti. Šis metodas nustato kritines projekto veiklas, iš kurių sudaromas kritinis kelias ir šios veiklos negali vėluoti, nes kitaip visas projektas vėluos. Veiklos, esančios ne kritiniame kelyje, turi svyravimus laike. Šis metodas padeda nustatyti kontrolinius taškus.

- Ganto metodas, tačiau šis metodas dažniausiai naudojamas tik nedideliems projektams.

Kaip matome yra sukurta daugybė įvairių metodų bei priemonių, padedančių projektų valdyme ir įgyvendinime. Todėl atsiranda poreikis šių metodų susistemavimo bei įrankio, padedančio projektų vykdymui, sukūrimo. Projektų valdymo informacinė sistema skirta automatizuoti, organizuoti ir padėti valdyti projekto valdymo procesus (Philips J., 2004). Greitai tobulėjant informacinėms technologijoms projektų valdymo informacinę sistemą siekiama kuo labiau kompiuterizuoti, t.y. sukurti programinę įrangą, tačiau ši sistema gali būti tiesiog paremta tam tikra dokumentacija.

Projektų valdymo programinė įranga kol kas yra tik įrankis ir pagalba priimti sprendimus, bendrauti su kitais projektų dalyviais, automatizuoti projekto plano sudarymą. Tačiau kai kurių funkcijų kol kas programinė įranga negali atlikti: priimti sprendimus, surinkti informaciją ar surasti klaidas turi atlikti projektų vadovas.

Nepaisant programinės įrangos ribotumų, šiuo metu yra projekto valdymo programinių įrangų pasirinkimas pagal kainą ir teikiamas galimybes yra labai didelis:

- Nemokamos programos – GanttProject, Kplato, Planner ir kt., kurių veikimas dažniausiai yra Ganto diagramos metodu, leidžiančios planuoti projekto veiklas, apibrėžti resursus.

- Mokamos programos – LeadingProject, Microsoft Project, Primavera ir kt. programos, kurių galimybės platesnės nei nemokamų: galima priskirti resursus, stebėti vykdymo eigą, valdyti kaštus ir analizuoti darbo apkrovą

- Mokamos internetinės programos – Aceproject, AtTask, ProjectDox, Eproject. Šios programos suteikia galimybę komandos nariams pasiekti naujausius dokumentus ir sužinoti pakeitimus, aptarti probleminius klausimus, leidžia paskirstyti darbus ir valdyti darbų seką, aprobuoti biudžetą, pirkimus ir sąskaitas, rinkti projekto statistiką bei sudaryti ataskaitas.

Apibendrinant programų ir projektų vadybos teorijos apžvalgą pažymėtina, kad siekiant sėkmingo projektų valdymo būtina išskirti projekto rizikos valdymo reikšmingumą ir jai skirti ypatingą dėmesį po projekto planavimo. Mokslininkai taip pat išskiria ypatingą reikšmę projektų vadovo kompetencijai, kadangi jo valdomų sričių apimtys ir kiekis yra didelis. Sparčios informacinių technologijų plėtros dėka, siekiant palengvinti projektų įgyvendinimą ir administravimą galima naudotis pažangia programine įranga, kaip vienu pagrindinių pagalbinių įrankiu tinkamų sprendimų priėmimui.

2 SVEIKATOS APSAUGOS SEKTORIUI SKIRTŲ ES STRUKTŪRINĖS PARAMOS PROJEKTŲ ADMINISTRAVIMO TOBULINIMO TYRIMŲ METODOLOGIJA

2.1 Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo tobulinimo tyrimų bendra schema

Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimas – sudėtingas procesas, apimantis daug funkcijų, veiksmų, daug dalyvių bei egzistuoja daug veiksnių, turinčių įtakos projektų administravimo sistemai bei jos tinkamam veikimui. Siekiant pritaikyti šiuolaikinius projektų valdymo ir administravimo metodus projektų administravimo tobulinimui, būtina atlikti administravimo sistemos analizę, nustatyti taikomą praktiką bei kylančias problemas, tobulintinas sritis. Šio proceso analizei bei problemų identifikavimui nepakanka vieno tyrimo metodo, kadangi socialiniuose tyrimuose vienas metodas yra lyg savotiškas filtras, kuris vienus reiškinių požymius praleidžia (užfiksuoja), o kitų – ne, t.y. negali užfiksuoti daugiau to reiškinių savybių, todėl ne visada galime visai pasikliauti vieno metodo teikiama informacija (Kardelis, 2002). Todėl būtina sudaryti tyrimų modelį, susidedantį iš kelių metodų, kurio pagalba atliekama administravimo sistemos praktikos analizė.

Tyrimo tikslas – sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo praktikos analizė.

Tyrimo hipotezė – sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo sistema nepakankamai efektyvi.

Teisinėje valstybėje, dauguma veiksmų yra reglamentuojami ar apribojami teisės aktų. ES struktūrinės paramos lėšų panaudojimas – ne išimtis, be to, šis procesas papildomai yra reglamentuojamas ir ES teisės aktų nuostatomis. Siekiant tinkamos ir išsamios administravimo sistemos analizės visų pirma būtina atlikti ES struktūrinės paramos administravimo sistemą ir patį administravimą reglamentuojančių teisės aktų bei jų nuostatų analizę. Toliau yra aktualus sukurta administravimo sistemos praktinis veikimas, kurio metu dažniausiai pastebimi administravimo sistemos trūkumai ar sisteminės klaidos, kurias būtina ištaisyti. Todėl būtina išanalizuoti, kaip praktiškai įgyvendinamos teisės aktų nuostatos. Bet kokia sistema negali veikti be jos dalyvių, kurie realiai turi realizuoti veiksmus, todėl sistemos dalyviai geriausiai pastebi ir identifikuoja administravimo sistemos trūkumus ir kylančias problemas. Todėl tyrimas pasitelkiant dalyvius leistų

identifikuoti sistemos ydas, kurių nebuvo galima pastebėti praktikos analizėje. Šių visų tyrimų visuma ir trianguliacija padės įvertinti administravimo sistemos efektyvumą bei tobulintinas sritis.

Atsižvelgiant į aukščiau išdėstytus argumentus, tyrimo modelio sudedamosiomis dalimis pasirinkti šie tyrimų metodai:

1. ES struktūrinės paramos projektų administravimo teisinės bazės analizė ir ekspertinis vertinimas;
2. Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo sistemos ir jos procesų praktinė analizė;
3. ES struktūrinės paramos projektų sveikatos apsaugos sektoriuje administravimo sistemos dalyvių apklausa;
4. ES struktūrinės paramos projektų sveikatos apsaugos sektoriuje administravimo praktikos Stiprybių, silpnybių, galimybių ir grėsmių (SSGG) analizė.

2.2 Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo teisinės bazės analizės metodika

ES struktūrinės paramos projektų administravimo teisinės bazės analizės metu atliekama Europos Sąjungos teisės aktų, reglamentuojančių ES struktūrinės paramos panaudojimą nuostatų analizė, išskiriant ES struktūrinės paramos projektų administravimui ir įgyvendinimui reikšmingas nuostatas bei principus. Tuo pačiu būdu analizuojami Lietuvos Respublikos politiniai dokumentai ir teisės aktai, ieškomas ryšys tarp ES ir LR politinių ir teisės aktų. Teisinės bazės kokybinei analizei pasitelkiamas ekspertinio vertinimo metodas, kuris atliekamas interviu būdu. Šis būdas pasirinktas, kadangi interviu sudaro sąlygas respondentams pakankamai laisvai reikšti savo mintis, kas leidžia gauti išsamią kokybinę informaciją rūpimu klausimu.

Sudarant preliminarų klausimyną bei atliekant interviu buvo išsikelti reikalavimai: klausimai turi būti suformuluoti nešališkai, lengvai suprantami, nevartojamos dviprasmiškos sąvokos, taip pat klausimai negali būti tendencingi, kad respondentas nebūtų nuteikiamas atitinkamam atsakymui, pateikiami klausimai turi būti atviri, kad būtų užtikrinamas respondentų atsakymų individualumas. Interviu turi būti atliekamas respondento įprastinėje aplinkoje bei stengiamasi, kad pokalbis būtų kuo natūralesnis.

Teisinės bazės ekspertiniam vertinimui pasirinktas vienas ekspertas, CPVA teisės ir vidaus sistemų valdymo tarnybos teisininką, kuris daugiausiai dirba su sveikatos apsaugos sektoriaus projektais.

Interviu metu ekspertui užduoti klausimai:

1. Kaip vertiname ES ir LR teisės aktus, jų suderinamumą ir aiškumą?

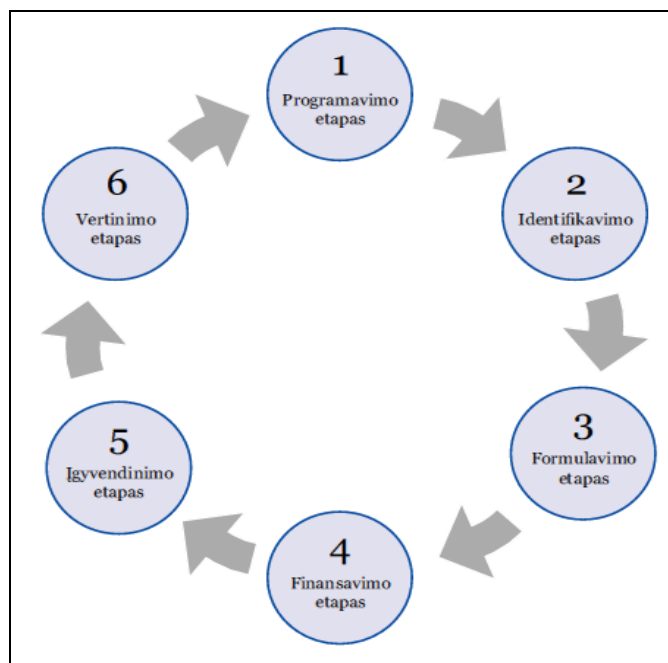
2. Gal galėtumėte įvardinti projektų įgyvendinimo metu kylančias problemas būtent dėl projektų administravimo reglamentavimo nuostatų?
3. Kokias projektų administravimo nuostatas projektų vykdytojams yra sunkiausia įgyvendinti?
4. Gal turėtumėte pasiūlymų ar pastebėjimų kokias projektų administravimo nuostatas ar reikalavimus reikėtų tobulinti ar keisti?

2.3 Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo sistemos ir jos procesų analizės ir vertinimo metodika

Programų ir projektų įgyvendinimo sėkmingumas priklauso nuo reikiamų atlikti veiksmų planavimo bei faktinio veiksmų atlikimo savalaikiškumo. Todėl ES struktūrinės paramos administravimo proceso funkcijoms atlikti nustatyti terminai, kurių turi laikytis administravimo sistemos dalyviai. Realūs tam tikrų veiksmų atlikimo terminai gali iš dalies atskleisti projektų administravimo sistemos efektyvumą bei padėti identifikuoti problemines sritis. Atsižvelgiant į tai pasirinktas ex-post-facto tyrimo metodas - ES struktūrinės paramos tinklalapyje www.esparama.lt pateikiamų faktinių duomenų apie projektų administravimą analizė juos lyginant su reglamentavimo ir planavimo metu pateiktu prognozavimu.

Lietuvos Respublikos finansų ministerijos paruoštame leidinyje projektų vykdytojams apie struktūrinę paramą, teigiama, kad ES struktūrinės paramos įgyvendinimas apima 6 etapus, kurie išdėstyti 10 pav. Šiuos etapus galima sulyginti su projekto įgyvendinimo etapais. Kiekviename iš šių etapų yra numatytos tam tikros procedūros ir funkcijos administravimo sistemos dalyviams. Todėl projektų ex-post-facto analizė bus atliekama remiantis šiais projektų įgyvendinimo etapais.

10 pav. ES struktūrinės paramos įgyvendinimo etapai



Šaltinis: LR Finansų ministerija, 2009 m.

Ex-post-facto metu siekiama duomenis išanalizuoti įvairiais pjūviais, kad būtų galima nustatyti ir problemų atsiradimo priežastis ir lemiančius veiksnius. Pažymima, kad nagrinėjami tik viešai pateikiami duomenys apie projektų administravimą ir įgyvendinimą.

2.4 ES struktūrinės paramos projektų sveikatos apsaugos sektoriuje administravimo tobulinimui skirtų apklausų metodikos

ES struktūrinės paramos administravimo sistemos funkcionavimą užtikrina jos dalyviai. Siekiant giliau išanalizuoti administravimo sistemą, pasirinktas kitas kokybinis tyrimas – administravimo sistemos dalyvių apklausos. Tačiau visų pirma reikia identifikuoti administravimo sistemos dalyvius bei atrinkti dalyvių grupes kokybiniam tyrimui.

Remiantis teisės aktų nustatyta ES struktūrinės paramos administravimo schema, pateikiama sveikatos apsaugos sektoriaus administravimo schemą ir jos dalyvius (žr. 11 pav.)

11 pav. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugos sektoriui administravimo schema

pažeidimų tyrimą, teikia informaciją apie paraiškų rengimo, teikimo, projektų įgyvendinimo reikalavimus;

- Tarpinės institucijos – pagal kompetenciją dalyvauja rengiant strategiją veiksmų programas, veiksmų programų priedus, planuoja priemonių įgyvendinimą, rengia ir tvirtina priemonių įgyvendinimo planus, sudaro ir tvirtina projektų sąrašus, priima sprendimus dėl projektų finansavimo;
- Regionų plėtros tarybos – planuoja regionų projektus vadovaudamosi atitinkamo regiono plėtros planu, sudaro ir tvirtina regionų projektų sąrašus;
- Projektų vykdytojai įgyvendina projektus.

Kaip matome, kiekvienas administravimo sistemos dalyvis turi savo funkcijas. Ši administravimo schema apima ne tik projektų, bet ir programų administravimą, tačiau atskirai projektų administravimo schema neišskiriama, kadangi projektai yra sudėtinė ir neatsiejama programos dalis. Tačiau remiantis institucijų atliekamomis funkcijomis, galime išskirti, kad projektų administravimo procesų dalyje, t.y. sveikatos apsaugos sektoriaus projektų administravime, daugiausiai funkcijų atlieka Projektų vykdytojai, įgyvendinančioji institucija CPVA, tarpinė institucija SAM ir Regionų plėtros tarybos (RPT).

Remiantis administravimo sistemos dalyvių atliekamomis funkcijomis tyrimo atlikimui pasirinktos 3 imtys: CPVA, SAM ir projektų vykdytojai. Regionų plėtros tarybos tyrimui nepasirinktos, kadangi sveikatos apsaugos sektoriaus projektų administravime jų vaidmuo yra fragmentiškas, nesuteikiantis daug žinių apie projektų administravimą.

Siekiant įvairiapusiškai ištirti sveikatos projektų administravimą, buvo pasirinkti šie metodai:

1. CPVA projektų vadovų apklausa;
2. Ekspertinis vertinimas (SAM ir CPVA);
3. Sveikatos priežiūros įstaigų apklausa.

CPVA projektų vadovų apklausa. Agentūroje sveikatos apsaugos sektoriaus projektus administruoja Sveikatos projektų skyrius, kuriame dirba 12 projektų vadovų ir skyriaus viršininkas. Visi ES struktūrinės paramos projektai, skirti sveikatos apsaugos sektoriui yra administruojami CPVA projektų vadovų, todėl jie turi tiesioginį ir pirminį ryšį su projektais jų įgyvendinimu bei administravimu. Atsižvelgiant į tai, pasirinkta projektų vadovų apklausa anketavimo būdu, kuri leistų nustatyti projektų administravimo ir įgyvendinimo metu kylančių problemų pobūdį ir tendencijas. Apklausa vykdoma elektroniniu paštu nusiunčiant klausimyną. Siekiant padidinti projektų vadovų motyvaciją užpildyti klausimyną, asmeniškai siųstame el. laiške pristatyta tyrimo problema bei tikslai, sudaryta galimybė susipažinti su tyrimo rezultatais. Klausimynas, kuris pateikiamas darbo prieduose sudarytas derinant uždarus klausimus su galimais atsakymų variantais paliekant teisę įrašyti savo variantą, Likert skalės klausimus, reitingavimo klausimus bei atvirus klausimus, siekiant palikti šiek

tiesk laisvės nuomonės pateikimui. Sudarant klausimyną buvo siekiama užtikrinti klausimų aiškumą, tikslumą, nedviprasmiškumą, tokiu būdu ir atsakymų tinkamumą.

Ekspertinis vertinimas. Projektų administravimo sistemos vertinimui pasirinktas ekspertinio vertinimo tyrimo būdas atliekant interviu su ekspertais. Šis būdas pasirinktas, kadangi interviu sudaro sąlygas respondentams pakankamai laisvai reikšti savo mintis, kas leidžia gauti išsamią kokybinę informaciją rūpimu klausimu. Sudarant preliminarų klausimyną bei atliekant interviu buvo išsikelti reikalavimai: klausimai turi būti suformuluoti nešališkai, lengvai suprantami, nevartojamos dviprasmiškos sąvokos, taip pat klausimai negali būti tendencingi, kad respondentas nebūtų nuteikiamas atitinkamam atsakymui, pateikiami klausimai turi būti atviri, kad būtų užtikrinamas respondentų atsakymų individualumas. Interviu atliekamas respondento įprastinėje aplinkoje bei stengiamasi, kad pokalbis būtų kuo natūralesnis. Klausimynas pateiktas darbo prieduose.

Ekspertų interviu atlikimui pasirinkti SAM ES struktūrinės paramos skyriaus atstovai ir CPVA sveikatos projektų skyriaus viršininkas. Realiai tik tiek yra ekspertų, turinčių realų sąlytį su visų ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugos sektoriaus projektų administravimu bei surenkantys visą informaciją apie tai. Didesnio skaičiaus ekspertų nebuvimą lemia ir darbo pasirinkta pakankamai siaura tema.

Sveikatos priežiūros įstaigų apklausa. Projektų administravimo sistema turi labai didelę įtaką projektų įgyvendinimui. Už tinkamą projektų įgyvendinimą yra atsakingos sveikatos priežiūros įstaigos, todėl pasirinkta šių įstaigų apklausa anketavimo būdu, siekiant nustatyti bendrą projektų vykdytojų požiūrį į projektų administravimo sistemą bei projektų įgyvendinimo metu kylančias problemas. Klausimynas, kuris pateikiamas darbo prieduose sudarytas derinant uždarus klausimus su galimais atsakymų variantais paliekant teisę įrašyti savo variantą, Likert skalės klausimus, reitingavimo klausimus bei atvirus klausimus, siekiant palikti šiek tiek laisvės nuomonės pateikimui. Sudarant klausimyną buvo siekiama užtikrinti klausimų aiškumą, tikslumą, nedviprasmiškumą, tokiu būdu ir atsakymų tinkamumą.

Šiuo metu sveikatos priežiūros įstaigų, įgyvendinančių ES struktūrinės paramos projektus yra 188 įstaigos. Klausimynas siunčiamas visoms projektus įgyvendinančioms įstaigoms el. paštu. Atsižvelgiant į tai, kad įstaigų motyvacija gali būti nedidelė pateikti atsakymus, klausimynas sudarytas trumpas ir asmeniškai siųstame el. laiške pristatoma tyrimo problema, tikslas bei pabrėžiama, kad klausimyno užpildymas užtruks tik keletą minučių.

2.5 Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo praktikos SSGG analizės metodika

SSGG analizė (angl. SWOT Analysis) – „analizė, apibendrinanti ir sujungianti išorinės aplinkos ir išteklių analizės rezultatus, suklasifikuojant organizacijos strategiją lemiančius veiksnius į keturias grupes: stiprybės, silpnybės, galimybės ir grėsmės“ (A. Vasiliauskas, 2005, p. 146).

Taigi, SSGG analizė – tai visų aukščiau išdėstytų tyrimų apibendrinimo, susisteminimo būdas. Silpnybėse ir stiprybėse turi būti nurodyti vidinės administravimo sistemos tyrimo rezultatai, todėl pildant SSGG matricos stiprybių ir silpnybių grafas bus vadovaujamas atliktų tyrimų rezultatais. Galimybių ir grėsmių grafose turi būti pateikiama informacija apie išorinę administravimo sistemos aplinką. Galimybių ir grėsmių nustatymui bus naudojamas teisės aktų ekspertinio vertinimo rezultatai bei kitomis ES struktūrinės paramos vertinimo ataskaitomis ir ES struktūrinės paramos plėtros perspektyvomis 2014-2020 m.

3 SVEIKATOS APSAUGOS SEKTORIUI SKIRTŲ ES STRUKTŪRINĖS PARAMOS PROJEKTŲ ADMINISTRAVIMO TOBULINIMO IR PERSPEKTYVŲ TYRIMAI

3.1 Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimui skirtų politinių dokumentų ir teisės aktų analizė

3.1.1 ES politinių dokumentų ir teisės aktų analizė

ES struktūrinės paramos panaudojimui Europos Sąjungos institucijos yra patvirtinusios nuostatas, kurių turi laikytis valstybės narės, norėdamos gauti finansinę paramą. Todėl analizuojant ES paramos lėšų įsisavinimo sistemą ir projektų administravimą, būtina apžvelgti ES tiesės aktus, reglamentuojančius struktūrinę paramą bei iš jų kylančias nuostatas ir įpareigojimus įsisavinant paramos lėšas.

Vienas pagrindinių teisės aktų, reglamentuojančių pagrindines ES struktūrinės paramos įsisavinimo nuostatas yra 2006 m. liepos 11d. Tarybos reglamentas (EB) Nr. 1083/2006 **nustatantis bendrąsias nuostatas dėl Europos regioninės plėtros fondo, Europos socialinio fondo ir Sanglaudos fondo** bei panaikinantį Reglamentą (EB) Nr. 1260/1999. Šiame reglamente yra nustatyti ES struktūrinės paramos tikslai ir instrumentai bei pagrindiniai paramos principai: papildomumas, suderinamumas ir koordinavimas, atitiktis (viešieji pirkimai ir konkurencijos politika), programavimas, partnerystė, proporcingumas, bendras valdymas, moterų ir vyrų lygybė ir nediskriminavimas, tvarus vystymasis. Šis reglamentas nustato valdymo ir kontrolės sistemą, institucijas ir jų pagrindines funkcijas, projektų atrankos principus bei išlaidų tinkamumo ir projektų tęstinumo reikalavimus, finansinio valdymo principus, finansines korekcijas ir kt.

2006 m. Gruodžio 8 d. Komisijos reglamentas Nr. 1828/2006, nustatantis Tarybos reglamento (EB) Nr. 1828/2006, **nustatantis Tarybos reglamento (EB) Nr. 1083/2006 nustatančio bendrąsias nuostatas dėl Europos regioninės plėtros fondo, Europos socialinio fondo ir Sanglaudos fondo ir Europos palamento ir Tarybos reglamento (EB) Nr. 1080/2006 dėl Europos regioninės plėtros fondo įgyvendinimo taisyklės**. Šis reglamentas papildo anksčiau minėtą reglamentą ir nustato reikalavimus dėl struktūrinės paramos viešinimo ir visuomenės informavimo apie tai, kontrolės mechanizmus ir sistemas.

Sveikatos apsaugos sektoriui svarbus 2006 m. liepos 5 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas (EB) Nr. 1080/2006 dėl **Europos regioninės plėtros fondo ir panaikinantį Reglamentą (EB) Nr. 1784/1999**, nustatantis šio fondo finansuojamas sritis, kurių tarpe patenka ir sveikatos apsaugos sektoriaus infrastruktūriniai projektai bei patikslina išlaidų tinkamumo reikalavimus.

Kiti reglamentai, nustatantys kitų fondų finansuotinas sritis ir išlaidų tinkamumą yra 2006 m. Liepos 5 d. Europos parlamento ir Tarybos reglamentas (EB) Nr. 1081/2006 dėl **Europos socialinio fondo ir panaikinantį Reglamentą (EB) Nr. 1784/1999** ir 2006 m. liepos 11 d. Tarybos reglamentas (EB) Nr. 1084/2006 **įsteigiantis Sanglaudos fondą ir panaikinantį Reglamentą (EB) Nr. 1164/94**.

Taigi matome, kad Europos Sąjunga yra nustačiusi gaires ir pagrindinius principus, kurių turi laikytis valstybės narės, siekdamos įsisavinti struktūrinės paramos lėšas. Remiantis šiomis gairėmis, valstybės narės pačios sukuria ES struktūrinės paramos administravimo ir įsisavinimo schemą.

3.1.2 LR politinių dokumentų ir teisės aktų analizė

Šiame skyriuje trumpai išanalizuosime Lietuvos Respublikos teisės aktus bei politinius dokumentus, reglamentuojančius ES struktūrinės paramos įsisavinimą.

ES struktūrinės paramos panaudojimas yra vykdomas vadovaujantis Europos Komisijos 2007 m. balandžio 26 d. patvirtinta **Lietuvos 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos panaudojimo strategija**, kurios tikslas – sparčiai gerinti sąlygas investuoti, dirbti ir gyventi Lietuvoje, kad ūkio augimo teikiama nauda pasiektų visus Lietuvos gyventojus. Strategijos tikslas įgyvendinamas per 4 veiksmų programas: Žmoniškųjų išteklių plėtros veiksmų programa, Ekonomikos augimo veiksmų programa, Sanglaudos skatinimo veiksmų programa bei Techninės paramos veiksmų programa. Taigi, vienas iš svarbiausių projektų finansavimo tinkamumo kriterijų yra atitikti šios strategijos tikslams, uždaviniams bei priemonėms.

Greta veiksmų programų yra patvirtinta keletas nacionalinių sektorinių programų, kuriomis vadovaujamosi įsisavinant ES struktūrinės paramos lėšas. Nagrinėjant sveikatos apsaugos sektoriui skirtus projektus tai yra svarbu, kadangi būtent šiame sektoriuje yra patvirtintos dvi programos, kurių pagrindu yra atrenkami projektai ir įsisavinamos lėšos. Tai **Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 metų programa** bei **Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programa**. Realiai šiose programose yra numatyti plėtros prioritetai bei nustatyti strateginiai objektai, kuriems tikslinga ES struktūrinė parama, šios dvi programos yra pagrindas projektų atrankai bei finansavimui.

Atsakomybės ir funkcijų paskirstymo tarp institucijų, įgyvendinant Lietuvos 2007–2013 metų Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo strategiją ir veiksmų programas,

taisyklės. Pats teisės akto pavadinimas jau nurodo, kad jame paskirstomos funkcijos tarp institucijų, kas turi atlikti EB reglamente Nr. 1083/2006 nurodytų privalomų institucijų, t.y. vadovaujančiosios, tvirtinančiosios, audito institucijų funkcijas ir funkcijų atskyrimą bei galimą funkcijų delegavimą tarpinėms institucijoms. Visa ES struktūrinės paramos įsisavinimo administravimo sistema nustatyta būtent šiose taisyklėse.

Veiksmų programų administravimo ir finansavimo taisyklės. Šios taisyklės nustato gaires dėl ES struktūrinės paramos valdymo ir kontrolės sistemos aprašymo, veiksmų programų ir jų priedų rengimo ir keitimo tvarkos, programų finansinio valdymo, programos vertinimo bei įgyvendinimo stebėsenos, visuomenės informavimo ir viešinimo apie ES struktūrinę paramą. Šios taisyklės taip pat svarbios tuo, kad jose nustatyta pažeidimų tyrimo ir nustatymo tvarka bei dokumentų ir duomenų registravimas, kaupimas ir apdorojimas ES struktūrinės paramos kompiuterinėje informacinėje valdymo ir priežiūros sistemoje (SFMIS).

Europos Sąjungos struktūrinės paramos kompiuterinės informacinės valdymo ir priežiūros sistemos naudojimo taisyklės, nustatančios dokumentų ir duomenų registravimo, tvarkymo, apdorojimo reikalavimus, taisykles bei terminus.

Šalia šių pagrindinių teisės aktų yra priimami pagalbiniai teisės aktai: priemonių įgyvendinimo planai, sudaromos įvairios darbo grupės, informavimo ir viešinimo bei ES struktūrinės paramos vertinimo planai ir kt. dokumentai, padedantys administruoti ir įsisavinti ES struktūrinę paramą.

Aukščiau išvardinti dokumentai reglamentuoja pačią ES struktūrinės paramos administravimo sistemą ir jos principus, administravimą bei planavimą programų lygmeniu, tolesni teisės aktai jau yra labiau susiję su projektų įgyvendinimo planavimu, projektams keliamais reikalavimais ir procedūromis.

Projektų administravimo ir finansavimo taisyklės – tai pagrindinis įgyvendinančiosios ir pareiškėjų ir projektų vykdytojų dokumentas, kuriame nustatyti projektų atrankos būdai ir principai, valstybės ir regionų projektų sąrašų sudarymas, paraiškų vertinimas ir vertinimo procedūros, projektų administravimo ir finansavimo sutarčių įgyvendinimo principai bei sąlygos, įsipareigojimai, mokėjimo prašymų teikimas ir tvirtinimas. Šių taisyklių neatsiejama dalis yra LR Finansų ministerijos (FM) įsakymas dėl **projektų administravimo ir finansavimo taisyklių įgyvendinimo**, kuriame patvirtintos dokumentų formos, reikalingos taisyklių nuostatų įgyvendinimui. Šie du dokumentai yra projektų administravimo ir įgyvendinimo pagrindas.

Vykdomų pagal Lietuvos 2007-2013 metų Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo strategiją ir ją įgyvendinančias veiksmų programas projektų išlaidų ir finansavimo reikalavimų atitikties taisyklės. Taip pat svarbus dokumentas projektų įgyvendinimui, kadangi juo vadovaujantis turi būti sudaromas projekto biudžetas. Šis dokumentas apibrėžia kokios išlaidos gali būti tinkamomis apmokėti ES struktūrinės paramos lėšomis. Pagrindiniai bendrieji reikalavimai:

patirtos išlaidos yra būtinos projekto įgyvendinimui, apmokėtos iki 2015 m. gruodžio 31 d., išlaidos patirtos tiesiogiai projektų vykdytojų ir išlaidos yra tinkamai dokumentuotos. Analizuojant sveikatos apsaugos sektoriaus projektus, pažymėtina tai, kad sudarant biudžetą labiau reikia atkreipti dėmesį į SAM patvirtintus projektų finansavimo sąlygų aprašus, kadangi juose labiau detalizuojama, kas yra tinkamos finansuoti išlaidos. Šios taisyklės labiau apibrėžia bendras charakteristikas bei principus.

Šalia taisyklių, siekiant palengvinti pareiškėjų, projektų vykdytojų bei įgyvendinančiųjų institucijų darbą bei vienodinant taikomą praktiką yra patvirtinta eilė rekomendacijų ir metodikų: Bendrai finansuojamų iš Europos Sąjungos fondų lėšų projektų pajamų skaičiavimo ir priežiūros metodika, Veiksmų programų įgyvendinimo stebėsenos rodiklių skaičiavimo rekomendacijos, Rekomendacijos dėl projektų išlaidų atitikties Europos regioninės plėtros fondo ir Sanglaudos fondo finansavimo reikalavimams, Projektų tinkamumo finansuoti EIB paskolos lėšomis vertinimo ir priežiūros atlikimo gairės, taip pat išleista rekomendacinio ir metodinio pobūdžio leidinių: ES lėšomis finansuojamų projektų viešinimo gairės, Svarbiausi dalykai apie ES paramą pareiškėjams ir projektų vykdytojams, Europos regioninės plėtros fondo ir Sanglaudos fondo finansuojamų projektų išlaidų tinkamumas, Neperkančiųjų organizacijų pirkimai, Horizontalieji prioritetai: praktinis vadovas pareiškėjams ir projektų vykdytojams, Projekto įgyvendinimo atmintinė, Investicijų projektų, kuriems siekiama kuriems siekiama gauti finansavimą iš ES struktūrinių fondų ir valstybės biudžeto lėšų, rengimo metodika ir kt.

Projektų atrankai bei įgyvendinimui taip pat svarbūs dokumentai yra valstybės projektų sąrašai, tvirtinami atitinkamų tarpinių institucijų, regionų projektų sąrašai, tvirtinami regionų plėtros tarybų bei projektų finansavimo sąlygų aprašai, kuriuose nustatyti esminiai ir pagrindiniai reikalavimai projektams ir projektų vykdytojams, sprendimai skirti paramą.

Apibendrinant Lietuvos Respublikos teisės aktus, reglamentuojančius ES struktūrinės paramos įsisavinimą, matome, kad LR teisės aktai yra detalizuojantys ES teisės aktų reikalavimus, papildantys ir aiškinantys. Galime teigti, kad priimtų teisės aktų visuma yra pakankamai aiški, struktūruota, neperteklinė.

Analizuojant sveikatos apsaugos sektorių reikia nepamiršti, kad šalia ES struktūrinės paramos įsisavinimą reglamentuojančių teisės aktų įgyvendinant projektus svarbu laikytis ir kitų LR teisės aktų. Sveikatos priežiūros įstaigos privalo laikytis sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos ir licencijavimo, medicinos normų ir higienos normas reikalavimų, pirkimus vykdyti vadovaujantis viešųjų pirkimų įstatymu bei statybos darbų vykdymo metu užtikrinti darbų atitiktį statybos įstatymui ir statybos techninių reglamentų reikalavimams.

3.1.3 Ekspertiniai vertinimai skirti ES struktūrinės paramos projektų administravimo procedūroms ir metodikoms

Siekiant kokybiškai įvertinti ES struktūrinės paramos administravimo ir įsisavinimo proceso reglamentavimą buvo pasitelkiamas eksperto interviu. Eksperto vertinimu, ES ir LR teisės aktai, reglamentuojantys ES struktūrinės paramos įsisavinimo reglamentavimą iš esmės neprieštarauja vieni kitiems bei vieni kitus papildantys. Ekspertas nurodo, kad ES ir LR teisės aktų struktūra paprasta ir aiški, nuostatos nesikartojančios ir nepainios. Peržvelgus visus teisės aktus „viskas gražiai susidėlioja į stalčiukus ir susidaro bendras vaizdas“. Vertinant kokybiškai, Lietuva yra pakankamai gerai reglamentavusi ES struktūrinės paramos įsisavinimą bei administravimo sistemą. O administravimo sistemos funkcionalumas daug priklauso nuo tarpinių institucijų sprendimų.

Paprašytas įvardinti problemas, kylančias iš ES struktūrinės paramos reglamentavimo, ekspertas nurodė, kad problemos daugiau kyla ne iš pačio administravimo reglamentavimo, o dėl ES struktūrinės paramos teisės aktų suderinamumo su kitais Lietuvos teisės aktais, kurie dažnai trukdo administravimo sistemą padaryti efektyvesne ar lengvesne. Ekspertas įvardijo vieną iš problemų tai, kad ES struktūrinės paramos sukurta SFMIS sistema leidžia plėsti jos galimybes ir įgalintų daug dokumentų pateikti elektroniniu būdu, be to, vis daugiau viešųjų pirkimų vykdoma per CVP IS sistemą (centrinė viešųjų pirkimų informacinė sistema). Tačiau Lietuvos teisės aktai, reglamentuojantys dokumentų saugojimą (Bendrųjų dokumentų saugojimo terminų rodyklė) reikalauja dokumentus saugoti popierine versija. Dėl šios priežasties vis dar šalia el. versijos reikalaujama pateikti dokumentus oficialiai, popierine versija.

Vienas iš sveikatos apsaugos sektoriaus išskirtinumas iš kitų sektorių yra tai, kad SAM, tvirtindama projektų finansavimo sąlygų aprašus, nurodo ne tai, kas yra netinkamos finansuoti išlaidos, o tai, kas yra tinkamos finansuoti išlaidos. Ši nuostata labai apriboja įstaigų galimybes ir projektų apimtį. SAM taip pat nevengia patvirtinti sąrašus, kuriuose nurodoma kokia įranga gali būti įsigyjama projekto įgyvendinimo metu, o tai realiai užkirto kelią įstaigoms įsigyti modernesnę bei pranašesnę įrangą nei nurodyta sąrašė.

Įvardijant nuostatas, kurių įgyvendinimas yra probleminis vykdant projektus, ekspertas nurodė, kad daugiausiai keblumų kyla bei agentūra daugiausiai pažeidimų nustato dėl viešųjų pirkimų vykdymo. Sveikatos apsaugos sektoriaus dauguma projektų vykdytojų yra viešosios įstaigos, kurių kasdienybė yra viešųjų pirkimų vykdymas pagal viešųjų pirkimų įstatymą. Kad ir kaip bebūtų keista, čia įstaigoms yra sunkiausia atlikti pirkimo procedūras pagal „įstatymo raidę“. Daugiausiai problemų kyla dėl statybos darbų pirkimo ir sutarties vykdymo: netinkamai parengti pirkimo dokumentai, naudotini prekiniai ženklai, dažnai nenumatomos sutarties vykdymo nuostatos, kurios palengvintų sutarties vykdymą, o sutarties vykdymo metu atsiranda papildomų darbų, kurie perkami ne pagal

viešųjų pirkimų nuostatas, arba daromos darbų korekcijos, pakeitimai, kurių įstatymas neleidžia be viešųjų pirkimų tarnybos sutikimo. Šiems pirkimams agentūra teikia ypatingą dėmesį, dokumentai derinami iš anksto, teikiamos projektų vykdytojams rekomendacijos, tačiau dažnai rekomendacijos lieka neišgirstos ir projektų vykdytojai padaro savaip. Taip pat su sveikatos priežiūros įstaigomis dažnai diskutuojama apie įsigyjamą medicininę įrangą, kadangi dažnai įstaiga nori įsigyti konkretaus gamintojo konkretų modelį, nes „darbuotojai prie šio gamintojo pripratę“, o tai prieštarauja viešųjų pirkimų įstatymui bei ES struktūrinės paramos panaudojimo principams. Taip pat daugumos sveikatos apsaugos sektoriaus projektų įgyvendinimo terminas yra pratęsinėjamas, kadangi nespėjama įgyvendinti projekto veiklą. Tad finansavimo ir administravimo sutartyse numatyti terminai dažnu atveju yra neįgyvendinti.

Paklaustas apie pasiūlymus dėl teisės aktų nuostatų, ekspertas visų pirma nurodė, kad koreguotų ES paramos viešinimo reikalavimus, uždraudžiant viešųjų pirkimų vykdymo metu nurodyti, kad pirkimas vykdomas įgyvendinant projektą. Eksperto nuomone, nurodymas, kad perkama įranga ar darbai panaudojant ES paramos lėšas iškart lemia didesnes teikėjų siūlomas kainas, kadangi siekiama pasipelnyti iš to. Praktikoje susiduriama su tokia nuostata, kad ES paramos lėšos yra ne įstaigos lėšos, todėl įstaigos nesistengia efektyviai jas panaudoti, dažnai nesiderama dėl mažesnių kainų.

Ekspertas taip pat nurodė, kad reikėtų įtvirtinti reikalavimą privalomai atsižvelgti į agentūros teikiamas pastabas ir rekomendacijas, kadangi agentūroje yra sukaupta didelė projektų įgyvendinimo patirtis, kuri šiuo metu nėra pilnai išnaudojama. Todėl siūlytų vykdant viešuosius pirkimus arba naudotis agentūros paruoštais pirkimo dokumentais, arba bent jau pakoreguoti juos pagal agentūros teikiamas pastabas. Tokiu būdu būtų išvengiama pažeidimų, kurių metu taikoma finansinė korekcija vis tiek „gula ant mokesčių mokėtojų pečių“.

3.2 Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo sistemos ir šiai sistemai būdingų procesų analizė ir vertinimas

3.2.1 Programavimo, identifikavimo ir formulavimo etapas

Vertinant sveikatos apsaugos sektoriaus projektų administravimą, programavimo, identifikavimo ir formulavimo etapus tikslinga sujungti į vieną etapą. Kaip matysime vėliau, dauguma projektų, skirtų sveikatos sektoriui, yra atrenkami valstybinio ir regioninio planavimo būdu, dėl ko pakankamai sunku nubrėžti atskyrimo linijas tarp šių etapų.

Šiame etape yra parengiami strateginiai dokumentai, analizuojama esama situacija ir identifikuojamos problemos, kurioms spręsti turi būti rengiami projektai. Šis etapas administravimo efektyvumui yra svarbus tuo, kad strateginių dokumentų kokybė, tinkamų problemų ir jų sprendimų

būdų suplanavimas daro tiesioginę įtaką sėkmingam projektų įgyvendinimui ir norimų rezultatų pasiekimui.

Taip pat šis etapas yra svarbus tuo, kad programavimo metu yra sukuriamos gairės, tiksliau taisyklės projektų įgyvendinimui: norint įgyvendinti projektą turi būti siekiama programoje nustatytų tikslų, uždavinių ir prisidėti prie rezultatų pasiekimo.

Sveikatos apsaugos sektoriaus projektai yra planuojami ir įgyvendinami remiantis dviem patvirtintomis programomis:

1. Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 metų programa, patvirtinta SAM ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymu Nr. V-799;

2. Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programa, patvirtinta SAM ministro 2008 m. vasario 29 d. įsakymu Nr. V-160.

Pažymėtina, kad šios dvi programos skirtos išimtinai 2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programos, 2 prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ 1 uždavinį „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ įgyvendinimui ir užtikrinimui, kad būtų efektyviai panaudotos Lietuvos sveikatos apsaugos sektoriui skiriamos 2007–2013 metų ES struktūrinės paramos lėšos. Viešosios politikos institutas (2010) pažymėjo kaip vieną iš problemų: nors Lietuvoje seniai įtvirtintas strateginis planavimas ir programinis biudžetas, ES struktūrinės paramos įsisavinimo ir programavimo procesai nėra integruoti į bendrą strateginį planavimą ir vyksta paraleliniai ES struktūrinės paramos lėšomis finansuojamų projektų ir kitų valstybės biudžeto lėšų projektų ir priemonių planavimo procesai. Sveikatos apsaugos sektorius nėra išimtis. Šalia pakankamai gausaus sveikatos apsaugą reglamentuojančių teisės aktų, strategijų ir programų skaičiaus, SAM priėmė papildomas struktūrinės paramos įsisavinimui skirtas programas.

Siekiant įgyvendinti Sanglaudos skatinimo veiksmų programos uždavinį „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ bei pasiekti Sergamumo ir mirtingumo mažinimo ir sveikatos sistemos reformos ir optimizavimo programose numatytus tikslus, šiuo metu įgyvendinami projektai pagal 13 priemonių (žr. 1 lentelę).

1 lentelė. Įgyvendinimo priemonės ir jų ryšys su SAM patvirtintomis programomis

Sveikatos sistemos reformos ir optimizavimo programos įgyvendinimo kryptys	Įgyvendinimo priemonės
Visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo, apimant sveikatos politikos formavimą ir įgyvendinimą, kryptis	VP1-1.1-SADM-10-V Sveikatos specialistų, prisidedančių prie sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo, kvalifikacijos kėlimas
Ambulatorinių paslaugų plėtros kryptis	VP3-2.1-SAM-10-V Ambulatorinių, palaikomojo

Stacionarinių paslaugų optimizavimo kryptis	gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarinių paslaugų optimizavimas.
Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtos kryptis	VP3-2.1-SAM-12-K Investicijos į privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų viešųjų ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų infrastruktūrą*
Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros savivaldybėse plėtos kryptis	VP3-2.1-SAM-11-R Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros savivaldybėse plėtra
Sergamumo ir mirtingumo mažinimo programos įgyvendinimo kryptys	Įgyvendinimo priemonės
Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo kryptis	VP3-2.1-SAM-01-V Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas
Mirtingumo ir neįgalumo nuo traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių mažinimo kryptis	VP3-2.1-SAM-02-V Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitų, dėl išorinių priežasčių sąlygotų būklių atvejais, infrastruktūros atnaujinimas
	VP3-2.1-SAM-03-V Greitosios medicinos pagalbos ir skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos infrastruktūros atnaujinimas
Ankstyvosios onkologinių susirgimų diagnostikos ir visaverčio gydymo kryptis	VP3-2.1-SAM-04-V Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas
Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimo kryptis	VP3-2.1-SAM-05-V Diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įkūrimas
	VP3-2.1-SAM-06-V Psichiatrijos stacionaro modernizavimas
	VP3-2.1-SAM-07-V Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos užtikrinimo infrastruktūros modernizavimas
	VP3-2.1-SAM-08-R Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas
	VP3-2.1-SAM-09-R Krizių intervencijos centrų įkūrimas

*Tvirtinant Sveikatos sistemos reformos ir optimizavimo programą, ši priemonė nebuvo numatyta. Ji inicijuota ir įtraukta tik 2009 m.

Šaltinis: Sudaryta remiantis teisės aktais

Dauguma patvirtintų priemonių yra skirta sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros modernizavimui ar sukūrimui, o žmoniškųjų išteklių kvalifikacijos kėlimui numatyta viena priemonė, pagal kurią įgyvendinami 7 projektai. Kadangi kvalifikacijos kėlimui skirtų projektų veiklų pobūdis visiškai skiriasi nuo kitų sveikatos apsaugos sektoriaus projektų, be to, projektų administravimas yra

paskirtas kitai ministerijai, į analizuojamų projektų administravimo vertinimą šios priemonės projektai nepatenka.

Lyginant sveikatos sistemos reformos ir optimizavimo ir Sergamumo ir mirtingumo mažinimo programų įgyvendinimo kryptis su patvirtintomis įgyvendinimo priemonėmis, matomi keli krypčių ir priemonių ryšiai:

1. Vienos krypties įgyvendinimui skiriama viena įgyvendinimo priemonė (pvz. Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo kryptis, Ankstyvosios onkologinių susirgimų diagnostikos ir visaverčio gydymo kryptis);

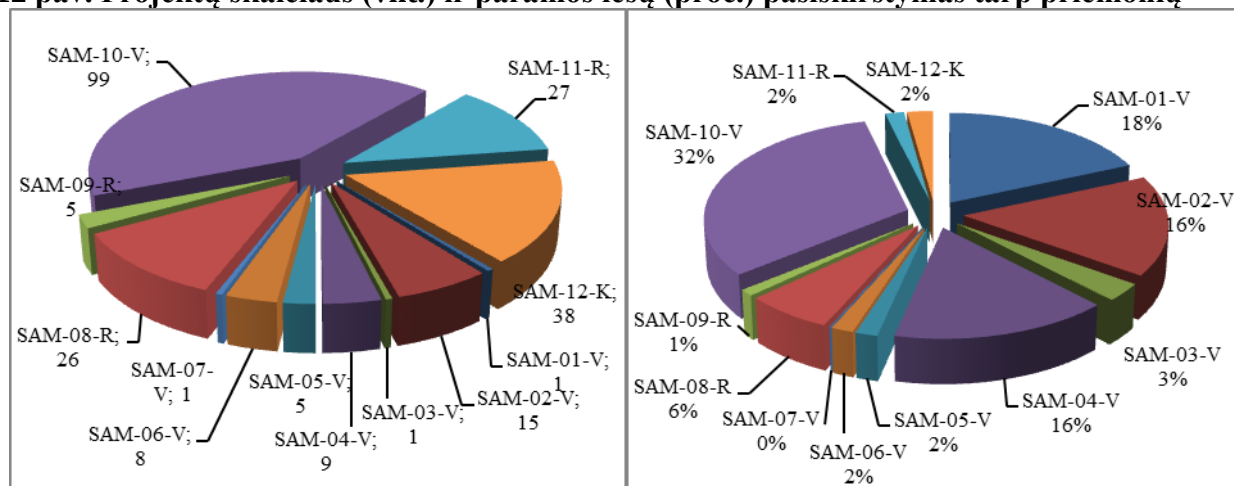
2. Vienos krypties įgyvendinimui skiriamos kelios įgyvendinimo priemonės (pvz. Mirtingumo ir neįgalumo nuo traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių mažinimo kryptis, Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimo kryptis);

3. Kelioms kryptims įgyvendinti skiriama viena priemonė. Šis būdas taikomas ambulatorinių paslaugų plėtros, stacionarinių paslaugų optimizavimo ir palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtros krypčių įgyvendinimui. Vėliau patvirtinus VP3-2.1-SAM-12-K priemonę, ambulatorinių paslaugų plėtros, stacionarinių paslaugų optimizavimo krypčių įgyvendinimas padalintas per 2 priemones.

Analizuojant Sergamumo ir mirtingumo mažinimo programos krypčių aprašus ir juose iškeltus tikslus, matome, kad įgyvendinimo priemonės tiesiogiai susietos su krypčių tikslais, t.y. kiek krypčių apraše iškelta tikslų, tiek skiriama įgyvendinimo priemonių. Tai logiškai paaiškina krypčių ir įgyvendinimo priemonių skaičiaus skirtumus. Tačiau ši taisyklė negalioja Sveikatos sistemos reformos ir optimizavimo programos ambulatorinių paslaugų plėtros, stacionarinių paslaugų optimizavimo ir palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtros kryptims, kadangi neatsižvelgiant į išsikeltų tikslų skaičių, trims kryptims įgyvendinti skiriama viena priemonė. Šio sujungimo priežastis - projektų vykdytojų gausa, be to, numatoma, kad ta pati įstaiga yra keliose kryptyse, todėl siekiant sumažinti administracinę naštą, krypčių įgyvendinimas apjungiamas ir projekto vykdytojo teikiamas vienas projektas kelių krypčių įgyvendinimui.

Skirtingoms priemonėms suplanuotas skirtingas projektų skaičius (žr. 12 pav.): trijose priemonėse, t.y. SAM-01-V, SAM-03-V ir SAM-07-V įgyvendinama po vieną projektą, o gausiausiai projektų įgyvendinama SAM-10-V priemonėje. Pastarajai priemonei taip pat skirta didžiausia paramos lėšų suma, 32 proc., tačiau lyginant kitų priemonių projektų skaičių ir skiriamą paramos lėšų sumą, nėra tendencijos, jog gausesniam projektų skaičiui skiriama daugiau lėšų, t.y. nuo projektų skaičiaus visiškai nepriklauso paramų lėšų suma, arba atvirkščiai.

12 pav. Projektų skaičiaus (vnt.) ir paramos lėšų (proc.) pasiskirstymas tarp priemonių

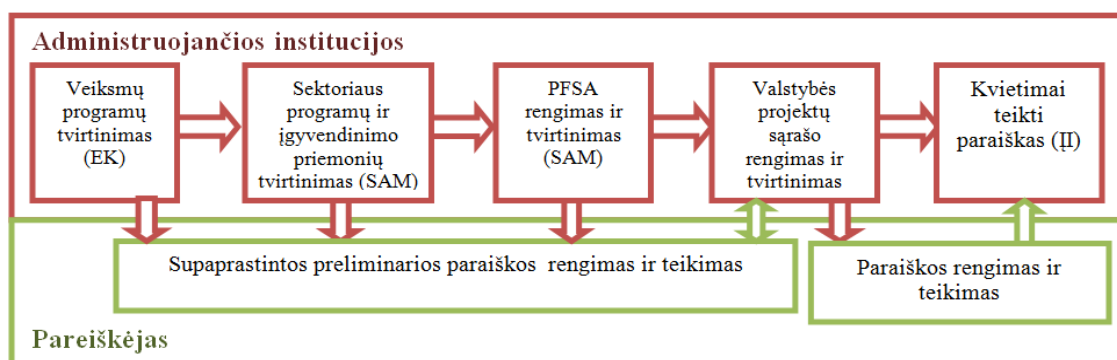


Šaltinis: sudaryta remiantis esparama.lt 2011 10 11 duomenimis

Remiantis projektų skaičiumi ir skiriama lėšų suma, galime teigti, kad šio programavimo viena pagrindinių sveikatos sektoriaus prioritetinių kryptių yra ambulatorinės ir dienos chirurgijos grandies stiprinimas, kadangi jai skiriama didžiausia suma bei didžiausias paramą gavusių sveikatos priežiūros įstaigų skaičius. Taip pat didelės investicijos yra numatytos SAM-01-V, SAM-02-V ir SAM-04-V priemonėms (16-18 proc.). gausiai projektų įgyvendinama pagal SAM-08-R, kuri yra skirta dienos psichikos paslaugų plėtrai, SAM-12-K (antrinio lygio ir dienos chirurgijos paslaugų plėtra) bei SAM-11-R, skirta visuomenės sveikatos biurų infrastruktūros modernizavimui.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir prieinamumui gerinti dauguma projektų atrenkami valstybinio planavimo būdu, kurio schema pateikiama 13 pav.

13 pav. Projektų atranka valstybės planavimo būdu

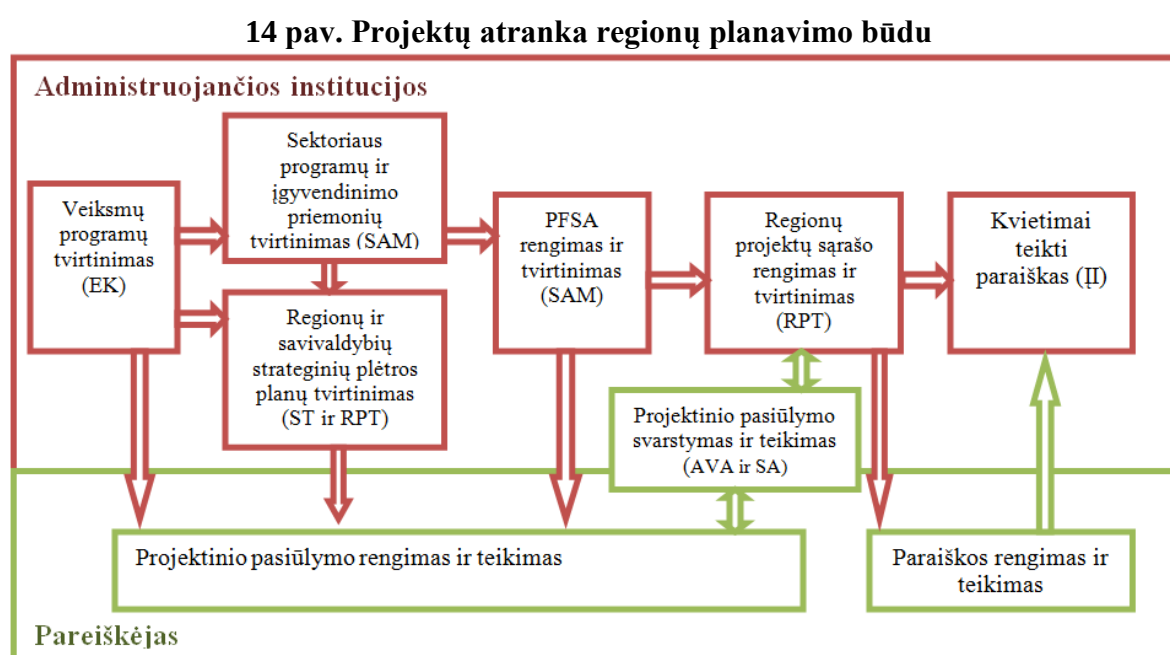


Šaltinis: sudaryta remiantis teisės aktais

Valstybinio planavimo būdo schema pakankami paprasta ir aiški: remiantis patvirtintomis veiksmų programomis, tvirtinamos įgyvendinimo priemonės, joms įgyvendinti detalūs projektų finansavimo sąlygų aprašai, kuriuose numatyti reikalavimai projektams, bei, remiantis pareiškėjų pateiktomis supaprastintomis preliminaromis paraiškomis, tvirtinamas valstybės projektų sąrašas, kuriame numatyta preliminarinė projekto vertė, tikslai, uždaviniai ir siektini rezultatai. Taip pat jau

tvirtinant valstybės projektų sąrašus yra numatomas paraiškos dėl projekto finansavimo pateikimo terminas. Tad pareiškėjui, siekiančiam gauti finansinę paramą, projekto koncepciją turi pradėti kurti anksčiau nei teikiant pačią paraišką.

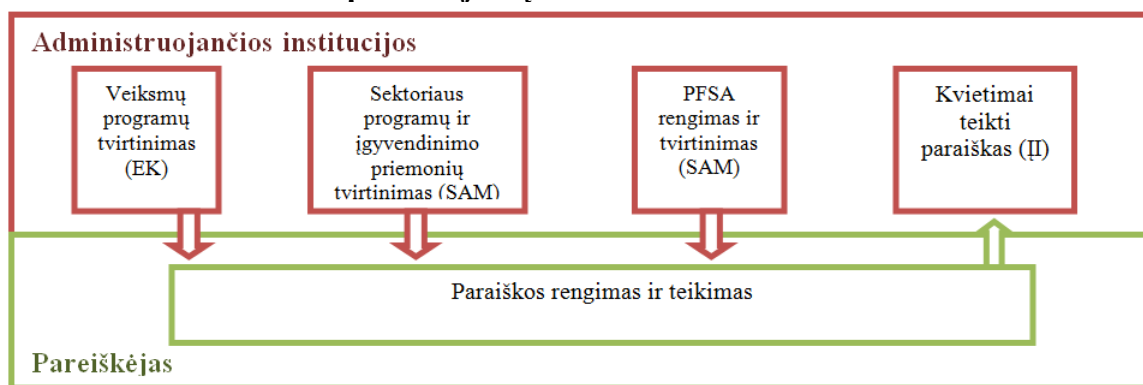
Projektų atranka regionų planavimo būdu yra labai panaši į valstybinio planavimo būdą, tik atsiranda daugiau dalyvių. T.y. pareiškėjas, norintis gauti finansinę paramą, projektinį pasiūlymą (tolygu supaprastintai preliminariai paraiškai valstybinio planavimo būdu), rengia remiantis ne tik patvirtintomis veiksmų programomis, sektoriaus programomis ir įgyvendinimo priemonėmis, bet ir savo regiono ir savivaldybės strateginiais plėtros planais. Taip pat projektinio pasiūlymo teikimas yra vykdomas per savivaldybės arba apskrities viršininko administraciją ir regionų sąrašus sudaro ne SAM, o Regionų plėtros tarybos (žr. 14 pav.)



Šaltinis: sudaryta remiantis teisės aktais

Regionų planavimo atrankos būdu numatyta įgyvendinti 3 priemonės. Šis atrankos būdas pasirinktas daliai psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimo ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros savivaldybėse plėtros kryptių įgyvendinimui, kadangi manoma, kad vietos valdžia geriau žino situaciją, kuriose regiono vietose šios paslaugos yra labiausiai reikalingos ir aktualios (Sergamumo ir mirtingumo mažinimo programa). Siekdama užtikrinti tolygų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų išsidėstymą, Sergamumo ir mirtingumo mažinimo programoje SAM nustatė gaires, kiek ir kokiame regione turi būti atitinkamų paslaugų teikimo centrų.

15 pav. Projektų atranka konkurso būdu



Šaltinis: sudaryta remiantis teisės aktais

Schemiškai paprasčiausias projektų planavimas yra konkurso būdu (15 pav.). Patvirtinami strateginiai ir įgyvendinimo dokumentai, kuriais remiantis yra rengiama viena paraiška. Vienintelė įgyvendinimo priemonė, kuriai pasirinkta projektų atranka konkurso būdu yra „Investicijos į privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų viešųjų ambulatorinių ir stacionarių paslaugų infrastruktūrą“. Būtina pažymėti tai, kad tvirtinant ES paramos įsisavinimui skirtas programas ši priemonė nebuvo numatyta. Tik 2009 metais pradėti keisti teisės aktai siekiant įtraukti naują priemonę. Šios priemonės atsiradimo priežastys motyvuojamos tuo, kad pacientui svarbiausia gauti laiku ir kokybišką paslaugą ir privačioje, ir valdiškoje gydymo įstaigoje, todėl iki šiol buvusi situacija, kad ES struktūrinių fondų paramą gaudavo tik valstybinės gydymo įstaigos buvo nenormali, sudarė nelygias konkurencijos sąlygas (Sveikatos apsaugos ministras A. Čaplikas).

Projektų programavimo, identifikavimo ir formulavimo etapuose svarbiausias vaidmuo tenka SAM, RPT ir potencialiems paraiškų dėl projekto finansavimo rengėjams. Projektų formulavimo etape konsultavimo dėl paraiškų rengimo atlieka įgyvendinančioji institucija.

Vertinant projektų administravimą, būtina atkreipti dėmesį į nustatytus ir planuotus terminus tam tikrų veiksmų įvykdymui, kadangi jų pagalba galima sureguliuoti tinkamą ir savalaikį ES paramos lėšų įsisavinimą.

SAM ministro 2008-02-28 įsakymu V-144 patvirtintas priemonių įgyvendinimo planas, kuriuo remiantis visų priemonių projektų finansavimo sąlygų aprašai (PFSA) turėjo būti patvirtinti iki 2008 m. II ketv. Tačiau šis planas buvo pakoreguotas jau 2008 m. kovo 5 d. įsakymu, kuriame finansavimo sąlygų aprašų patvirtinimo terminas nukeltas iki 2008 m. III ketv., tačiau net ir iki pakoreguoto termino, faktiškai buvo patvirtinti tik 4 priemonių PFSA (žr. 2 lentelę).

2 lentelė. Projekto finansavimo sąlygų aprašų patvirtinimo datos ir nuokrypis nuo priemonių įgyvendinimo plano

Metai ketv.	2008 m.				2009 m.			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Priemonės								

SAM-01-V			PFSA (2008.09.24)				
SAM-02-V					PFSA (2009.02.06)		
SAM-03-V		PFSA (2008.04.29)					
SAM-04-V				PFSA (2008.10.27)			
SAM-05-V				PFSA (2008.11.06)			
SAM-06-V			PFSA (2008.09.24)				
SAM-07-V			PFSA (2008.09.24)				
SAM-08-R					PFSA (2009.02.23)		
SAM-09-R					PFSA (2009.02.23)		
SAM-10-V				PFSA (2008.11.19)			
SAM-11-R						PFSA (2009.05.14)	
SAM-12-K							PFSA

Šaltinis: sudaryta remiantis SAM ministro įsakymais

Savalaikis projektų finansavimo sąlygų aprašo patvirtinimas yra ypač svarbus projektų įgyvendinimui bei lėšų įsisavinimui, kadangi šio teisės akto patvirtinimas yra priemonės įgyvendinimo pradžia. Tik patvirtinus priemonės aprašą gali būti pradedamos rengti paraiškos finansavimui gauti, be to, remiantis šio aprašo reikalavimais vertinami bei įgyvendinami projektai. Taip pat aprašuose yra nustatomi kiti terminai, t.y. valstybės ir regioninių sąrašų patvirtinimo terminai, kvietimų teikti paraiškas ir paraiškų pateikimo terminai ar laikotarpiai.

Kitas, taip pat labai svarbus dokumentas – valstybės ar regionų projektų sąrašų parengimas ir patvirtinimas. Jau anksčiau išskyriau pagrindinius šių sąrašų sudarymo bruožus. Taigi, tvirtinant PFSA nurodoma, iki kada arba per kokį laikotarpį nuo PFSA paskelbimo turi būti sudaryti projektų sąrašai. Regionų projektų sąrašų sudarymui ir tvirtinimui suteiktas 5 mėn. Laikotarpis nuo PFSA patvirtinimo. Valstybės projektų sąrašo sudarymui kiekviename PFSA numatyta skirtinga data. 3 lentelėje pateikiama PFSA įtvirtinta sąrašų sudarymo data ir faktiškai sudarytų sąrašų data.

3 lentelė. Valstybės ir regionų projektų sąrašų sudarymas ir nuokrypis nuo plano

Priemonės	PFSA nurodyta data	Faktinė sąrašo patvirtinimo data	Pastabos
SAM-01-V	2008-12-31	2009-07-24	~ 7 mėn. vėlavimas
SAM-02-V	2009-03-31	2009.04.23	~ 1 mėn. vėlavimas
SAM-03-V	2008-06-01	2008.06.13	~ 0,5 mėn. vėlavimas
SAM-04-V	2008-12-31	2008.11.04-2010.10.24	Nepilnas projektų sąrašas patvirtintas anksčiau nei planuota
SAM-05-V	2008-12-31	2009.03.13-2009.07.20	~ 3 mėn. vėlavimas
SAM-06-V	2008-09-30	2008.10.07-2009.03.05	7 d. vėlavimas
SAM-07-V	2008-09-30	2008.10.07	7 d. vėlavimas
SAM-08-R	Per 5 mėn. nuo PFSA, t.y. iki	2009.06.05 (Vilniaus RPT)	~ 0,5 mėn. vėlavo Šiaulių ir Panevėžio RPT

	2009-07-23	2009.05.29 (Alytaus RPT) 2009.06.16 (Kauno RPT) 2009.07.31 (Klaipėdos RPT) 2009.07.08 (Marijampolės RPT) 2009-08-07 (Panevėžio RPT) 2009.08.05 (Šiaulių RPT) 2009.06.16 (Tauragės RPT) 2009.05.14 (Telšių RPT) 2009.06.15 (Utenos RPT)	
SAM-09-R	Per 5 mėn. nuo PFSA, t.y. iki 2009-07-23	2009-06-05 (Vilniaus RPT) 2009-06-22 (Kauno RPT) 2009-07-31 (Klaipėdos RPT) 2009-06-19 (Panevėžio RPT) 2009-05-26 (Šiaulių RPT)	nevėluota
SAM-10-V	2008-12-31	2008.12.09-....	Nepilnas projektų sąrašas patvirtintas anksčiau nei numatyta. Papildomas naujais projektais iki šiol.
SAM-11-R	Per 5 mėn. nuo PFSA, t.y. iki 2009-10-15	2009 09 16 (Vilniaus RPT) 2009 07 21 (Alytaus RPT) 2009 10 08 (Kauno RPT) 2009 10 20 (Klaipėdos RPT) 2009-09-08 (Marijampolės RPT) 2010.01.18 (Panevėžio RPT) 2009-07-31 (Šiaulių RPT) 2009.10.26 (Tauragės RPT) 2009.10.16 (Telšių RPT) 2009.09.08 (Utenos RPT)	~ 3 mėn. vėlavo Panevėžio RPT

Šaltinis: sudaryta remiantis SAM ministro įsakymais ir RPT sprendimais

Kaip matome iš 3 lentelėje pateikiamų duomenų, beveik dauguma regionų sąrašų buvo sudaryti laiku, pagal PFSA numatytus terminus. Didžiausias vėlavimas užfiksuotas SAM-01-V priemonėje: valstybės sąrašo sudarymas vėlavo 7 mėn. nuo planuoto termino. Taip pat žymesnis 3 mėnesių projektų sąrašo sudarymo vėlavimas matomas SAM-05-V priemonėje. Visi kiti sąrašai sudaryti ir patvirtinti daugmaž laiku.

Projektų administravimo ir finansavimo taisyklėse nustatyta, kad kvietimas teikti paraiškas turi būti išsiųstas ne vėliau nei likus 2 mėnesiams iki valstybės ir regionų sąraše nustatytos paraiškos pateikimo datos. Taigi, projektų įgyvendinimo cikle pridedami 2 mėnesiai dokumentų parengimui.

Apibendrinant programavimo, identifikavimo ir formulavimo etapą, nustatėme, kad sveikatos apsaugos sektoriuje projektai atrinkami trim būdais: valstybinio planavimo, regioninio planavimo ir konkurso būdu. Šie atrankos būdai skiriasi procesais ir dalyvių skaičiumi. Paprasčiausias yra konkursas, o sudėtingiausias yra regioninis planavimas, kadangi be įprastų konkursui ir valstybiniam planavimui dalyvių, įsitraukia regionų plėtros tarybos ir savivaldybių administracijos. Laiko atžvilgiu, formaliai valstybinio planavimo būdu projektų atrinkimas ir pateikimas vertinimui turėtų užtrukti ne ilgiau nei 4 mėn. nuo PFSA paskelbimo (iki 2 mėn. yra skiriama valstybės projektų sąrašo patvirtinimui bei 2 mėn. paraiškos parengimui ir pateikimui įgyvendinančiajai institucijai), kadangi projektai identifikuojami jau programavimo metu. Regioninio planavimo būdu projektų atranka formaliai turi užtrukti 7 mėn. (5 mėn. sąrašų sudarymui ir 2 mėn. paraiškos parengimui ir pateikimui), o konkurso būdu formaliai gali būti nustatyta įvairiai, tačiau SAM atveju truko apie 2 mėn. nuo PFSA paskelbimo.

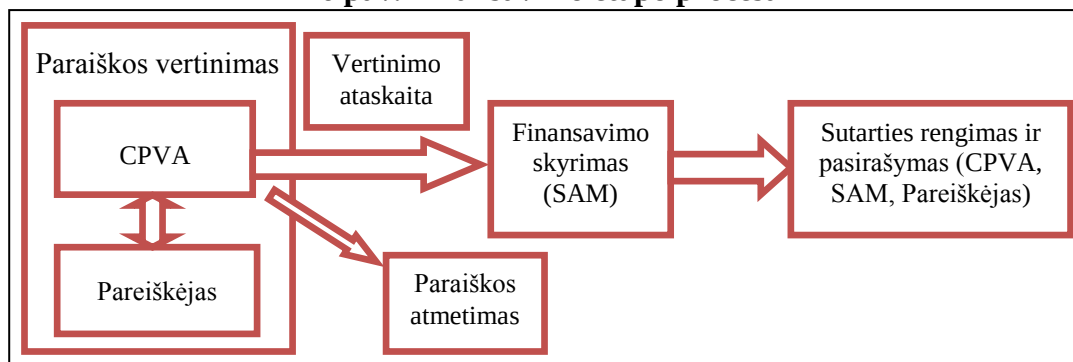
Analizuojant faktinius duomenis matome, kad jau šio etapo metu pastebimi vėlavimai nuo patvirtinto plano, t.y. daugumos PFSA patvirtinimas vėlavo, kas lėmė vėlesnį projektų formulavimą ir rengimą. Taip pat pastebimi valstybinio planavimo būdu atrinktų projektų valstybės sąrašų patvirtinimų vėlavimai, kas dar nukelia realų projektų įgyvendinimą vėlesniam laikui.

3.2.2 Finansavimo etapas

Šio etapo metu vertinamos pareiškėjų pateiktos paraiškos dėl finansavimo, tinkamoms finansuoti paraiškoms skiriamas finansavimas bei vykdomos administravimo ir finansavimo sutarčių pasirašymo procedūros.

Šiame etape išskiriamas ypatingas vaidmuo įgyvendinančiosios institucijos, sveikatos apsaugos sektoriaus projektų atveju, VšĮ Centrinės projektų valdymo agentūros, kadangi paraiškų dėl finansavimo vertinimą atlieka ši įstaiga ir remiantis šios įstaigos vertinimo ataskaita SAM skiria arba ne finansavimą (16 pav.)

16 pav. Finansavimo etapo procesai



Šaltinis: sudaryta remiantis projektų administravimo ir finansavimo taisyklėmis

Projektų administravimo ir finansavimo taisyklėse numatyti terminai finansavimo etapo procesams atlikti:

- Paraiškos vertinimas (administracinės atitikties ir projekto tinkamumo finansuoti) – 2 mėn. nuo paraiškos gavimo, jeigu taikomas naudos ir kokybės vertinimas – 3 mėn.;
- Finansavimo skyrimas – 1 mėn.

4 lentelė. Paraiškos vertinimo ir finansavimo skyrimo procesų atlikimo laikotarpiai bei palyginimas su numatytais laikotarpiais (kalendorinės dienos)

Priemonės	Faktinio paraiškos vertinimo laikotarpio vidurkis	Faktinio paraiškos vertinimo laikotarpio skirtumas nuo nustatyto laikotarpio	Faktinio finansavimo skyrimo laikotarpio vidurkis	Faktinio finansavimo skyrimo laikotarpio skirtumas nuo nustatyto laikotarpio
SAM-01-V	107	-47	169	-139
SAM-02-V	75	-15	94	-64
SAM-03-V	67	-7	6	24
SAM-04-V	68	-8	26	4
SAM-05-V	75	-15	23	7
SAM-06-V	94	-34	38	-8
SAM-07-V	40	20	43	-13
SAM-08-R	147	-87	59	-29
SAM-09-R	117	-57	78	-48
SAM-10-V	84	-24	34	-4
SAM-11-R	73	-13	34	-4
SAM-12-K	138	-48*	24	6
Priemonių vidurkis	90	-28	52	-22

* nustatytas vertinimo laikotarpis 3 mėn., t.y. 90 kalendorinių dienų

Šaltinis: sudaryta remiantis esparama.lt duomenimis, 2011-10-11

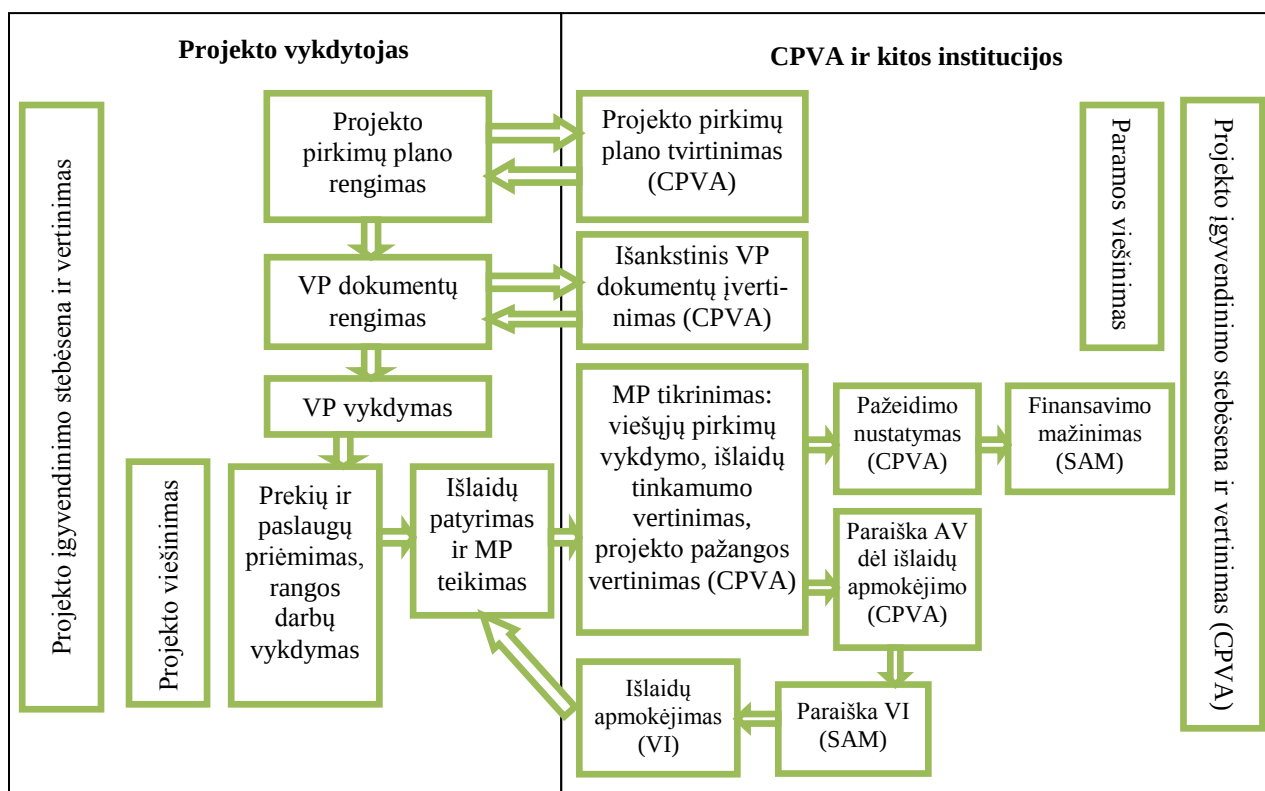
4 lentelėje pateikiami faktiniai finansavimo etapo procesų įgyvendinimo laikotarpiai. Kaip matome iš duomenų, paraiškų vertinimas ir finansavimo skyrimas užtrunka ilgiau nei numatyta projektų finansavimo ir administravimo taisyklėse: iš 12 priemonių tik vienos priemonės, t.y. SAM-07-V, projektas įvertintas greičiau nei per 60 dienų, 4 priemonių projektų vertinimas užtruko 50 proc. ilgiau nei nustatyta, 3 priemonių – vėlavo apie 30 proc. vertinimui skirtą laiką. Finansavimo skyrimo proceso vykdymo laikotarpiai yra su mažesniais nuokrypiais: faktinis 4 priemonių finansavimo skyrimo projektams laikotarpis ilgesnis daugiau nei 100 proc. finansavimo skyrimui skirtą laiką, tačiau 4 priemonių projektams finansavimas skirtas greičiau nei nustatyta. Didžiausi vertinimo nuokrypiai pastebimi SAM-08-R ir SAM-09-R priemonėse, vertinimo ir finansavimo skyrimo vėlavimai nustatyti SAM-01-V priemonėje.

Apibendrinant vertinimo etapo analizę galime teigti, jog vietoje nustatytų 3 mėn. valstybinio ir regioninio planavimo būdu ir 4 mėn. konkurso būdu atrinktiems projektams į projektų ciklą turi būti įtraukiama beveik 5 ar 6 (konkurso atveju) mėnesiai projektų tinkamumo finansuoti įvertinimui bei finansavimo skyrimui.

3.2.3 Įgyvendinimo etapas

Projektų veiklų vykdymas, rezultatų siekimas, paramos lėšų panaudojimas, projektų įgyvendinimo priežiūra. Tai etapas, kuomet realiai vykdomos veiklos rezultatams pasiekti, patiriamos ir deklaruojamos išlaidos (žr. 17 pav.).

17 pav. Įgyvendinimo etapo procesai



Šaltinis: sudaryta remiantis teisės aktais

Analizuojant institucijų ir Projektų vykdytojų vykdomas veiklas, galime daryti išvadą, jog CPVA ir kitos institucijos atlieka išlaidų apmokėjimo (jeigu išlaidos pripažįstamos tinkamomis finansuoti!), kontrolės, priežiūros funkcijas. Už projekto įgyvendinimą yra atsakingas Projekto vykdytojas.

Šiame etape nustatyti įpareigojimai ir terminai:

- Projektų pirkimų plano rengimas ir pateikimas (Projektų vykdytojai) - per 10 darbo dienų nuo projekto finansavimo ir administravimo sutarties pasirašymo;
- Projektų pirkimų plano tvirtinimas (CPVA) – per 10 darbo dienų nuo plano gavimo dienos;

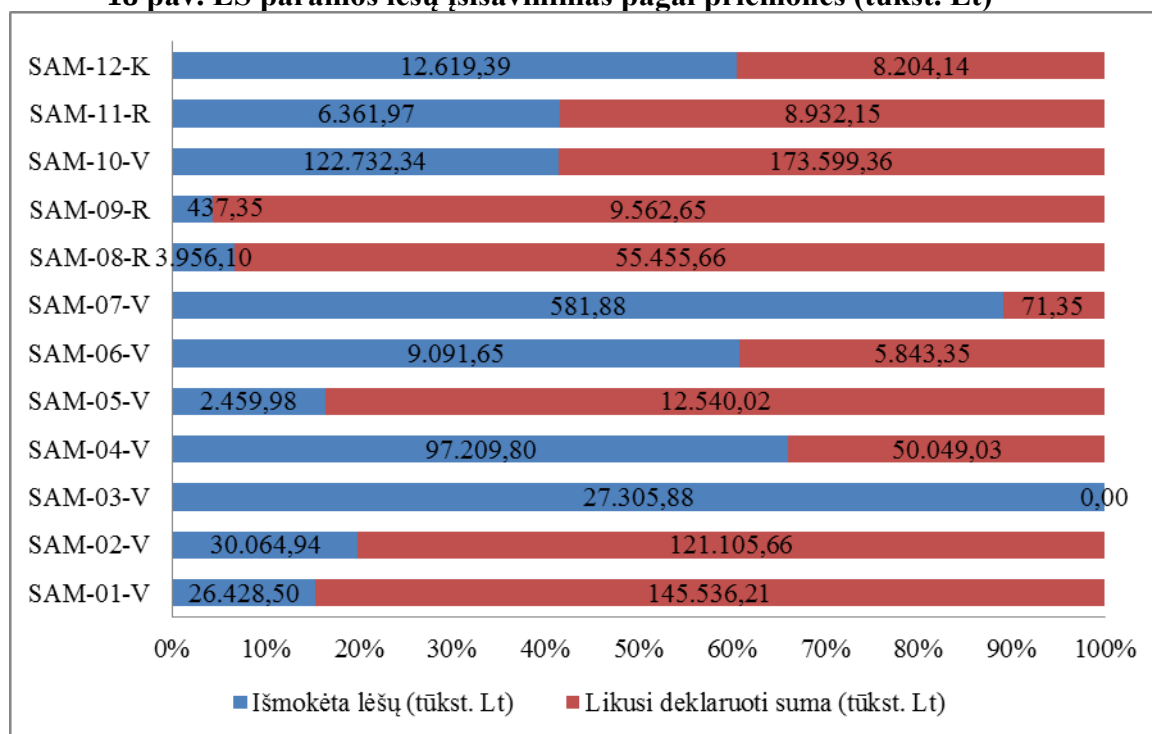
- Išankstinis viešųjų pirkimų dokumentų įvertinimas (CPVA) – per 15 darbo dienų nuo pirkimo dokumentų gavimo dienos;
- Mokėjimo prašymų teikimas (Projektų vykdytojai) – ne rečiau nei kas 3 mėnesius;
- Mokėjimo prašymų vertinimas ir paraiškos asignavimų valdytojui pateikimas (CPVA) – per 30 dienų nuo mokėjimo prašymo gavimo dienos;
- Pažeidimo nustatytas ir tyrimo išvados teikimas (CPVA) – 20 darbo dienų nuo įtarimo apie pažeidimą užfiksavimo dienos;
- Finansavimo mažinimas dėl nustatyto pažeidimo (SAM) – 15 darbo dienų nuo pažeidimo tyrimo išvados gavimo;
- Projekto įgyvendinimas pagal finansavimo ir administravimo sutarties nuostatas ir iki numatyto veiklų įgyvendinimo termino (esant pagrįstoms aplinkybėms, sutarties sąlygos gali būti keičiamos, jei tai nepažeidžia ES struktūrinės paramos principų).

Įgyvendinimo etapo išsamaus vertinimo terminų aspektu atlikti negalime, kadangi viešai prieinamų duomenų apie pirkimų planų ar mokėjimo prašymų pateikimo ir nagrinėjimo laikotarpius nepateikiama. Darant prielaidą, jog šie procesai vyksta laiku ir numatytais terminais, projekto planavime būtina įtraukti šių procesų laikotarpius, t.y. pasirašius projekto finansavimo ir administravimo sutartį būtina numatyti projekto pirkimų plano, be kurio realiai neturėtų pradėti pirkimai ir veiklų vykdymas, derinimui apie 1,5 mėn. (į šį laikotarpį įskaitant dokumentų siuntimo ir gavimo laiko sąnaudas), viešųjų pirkimų dokumentų rengimo laikotarpyje numatyti šių dokumentų derinimo laiką, t.y. apie 1 mėn. (įskaitant dokumentų siuntimo ir gavimo laiko sąnaudas) bei planuojant finansinius srautus įvertinti tai, kad po sąskaitos-faktūros gavimo išlaidos galės būti apmokėtos tik po 2 mėn. (į šį laikotarpį įskaičiuojant mokėjimo prašymo rengimo laikotarpį, nagrinėjimo bei apmokėjimo laikotarpius).

Siekiant įvertinti įgyvendinimo etapą, paanalizuosime lėšų įsisavinimo spartą, nes tai vienas iš pagrindinių rodiklių, kurį galime įvertinti ir kuris bent iš dalies parodo projektų įgyvendinimo eigą.

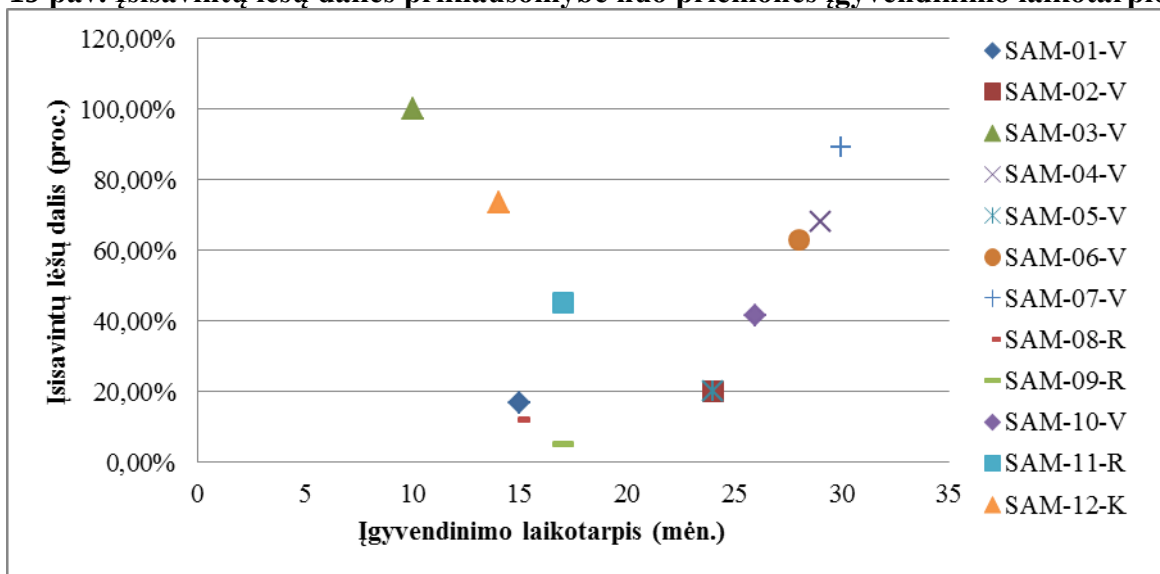
ES paramos tinklalapio duomenimis šiuo metu yra jau įgyvendinti ir įgyvendinami 235 projektai, kurioje Sveikatos apsaugos ministerijos, kurių lėšų įsisavinimas siekia 34 proc. Sveikatos apsaugos sektoriui skirtos sumos. Neatsižvelgiant į priemonės įgyvendinimo laikotarpį, šiuo metu didesnis nei 50 proc. skirtos priemonei paramos sumos įsisavinimas yra penkiose priemonėse: SAM-03-V, SAM-04-V, SAM-06-V, SAM-07-V ir SAM-12-K iš jų dvi priemonės jau yra baigtos, t.y. SAM-03-V ir SAM-07-V (pastarosios priemonės įsisavinimo procentas nėra 100 proc., kadangi pagal šią priemonę buvo įgyvendintas vienas projektas, kuris yra baigtas su sutaupymais, kurie kol kas neperskirstyti) (žr. 18 pav.).

18 pav. ES paramos lėšų įsisavinimas pagal priemones (tūkst. Lt)



Šaltinis: Sudaryta esparama.lt 2011 10 11 duomenimis

Taip pat galime pastebėti tai, kad šiuo metu mažiausias lėšų įsisavinimas yra regioninėse SAM-08-R ir SAM-09-R priemonėse ir valstybinėse SAM-01-V ir SAM-05-V. Tačiau siekiant išanalizuoti realią kiekvienos priemonės įgyvendinimo pažangą, būtina atsižvelgti į priemonės įgyvendinimo laikotarpį. Priemonės įgyvendinimo laikotarpis šiai analizei skaičiuojamas nuo pirmos atitinkamoje priemonėje pasirašytos finansavimo ir administravimo sutarties datos iki 2011 m. spalio mėn. pabaigos. (projektų ir priemonės įgyvendinimo laikotarpis skaičiuojamas mėnesiais, neatsižvelgiant kurią mėnesio dieną buvo pasirašyta sutartis ir kurią mėnesio dieną projektas baigtas, pvz. sutartis pasirašyta 2010 m. lapkričio 30 d., o baigta įgyvendinti 2011 m. lapkričio 15 d., projekto įgyvendinimo laikotarpis yra 13 mėn.).

19 pav. Įsisavintų lėšų dalies priklausomybė nuo priemonės įgyvendinimo laikotarpio

Šaltinis: sudaryta remiantis esparama.lt duomenimis

Analizuojant sąsajas tarp faktinio lėšų įsisavinimo ir priemonės įgyvendinimo laikotarpio, nuo 20 mėn. galime pastebėti tendencijas, kad kuo ilgesnis priemonės įgyvendinimo laikotarpis, tuo didesnis įsisavinimo procentas. Tačiau kelios priemonės išsiskiria dideliu įsisavinimo procentu per daug trumpesnį laikotarpį: SAM-03-V įgyvendinta 100 proc. per 10 mėn., taip pat SAM-12-K per sąlyginai trumpą laikotarpį įsisavino daugiau nei 70 proc. priemonei skirtų lėšų (žr. 19 pav.). Tad galime daryti išvadą, kad įgyvendinimo laikotarpis nėra vienintelis faktorius lėšų įsisavinimui.

Nagrinėjant lėšų įsisavinimo tempus taip pat būtina pažymėti tai, kad tarp priemonių lėšų įsisavinimo sparta gali skirtis, kadangi gali būti skirtinga priemonėse nustatyta projektų įgyvendinimo trukmė, veiklų pobūdis, projektų apimtys bei sudėtingumas.

Remiantis projektų finansavimo sąlygų aprašuose nustatytų remiamų veiklų aprašymu (kurio santrauka pateikiama prieduose), remiamų veiklų pobūdis visose priemonėse labai panašus: patalpų rekonstrukcija/remontas, medicininės įrangos, kitos įrangos ir baldų įsigijimas, keliose priemonėse numatytas ir transporto priemonių įsigijimas. Todėl veiklų pobūdis tarp priemonių panašus, o didesnius skirtumus gali lemti medicininės įrangos sudėtingumas, taip pat ir rekonstrukcijos ar remonto darbų sudėtingumas.

Projektų finansavimo sąlygų aprašuose numatyta projektų įgyvendinimo trukmė, kuri tik dėl pagrįstų priežasčių gali būti ilgesnė nei nustatytoji. Daugumos priemonių projektų trukmė numatoma 24 mėn. (6 priemonių), dviejų priemonių, kurios, beje, anksčiausiai pradėtos įgyvendinti ir jau baigtos įgyvendinti, įgyvendinimo trukmė numatyta 12 mėn., o 4 priemonių projektams įgyvendinti numatytas 36 mėn. laikotarpis (žr. 5 lentelės 5 stulpelį). Tačiau tarpusavyje lyginant projektų įgyvendinimo laikotarpį, priemonės įgyvendinimo pradžią bei įsisavinimo procentą, nepastebime tendencijos, jog įsisavinimo procentas priklausytų nuo planuojamos projektų trukmės (SAM-04-V ir SAM-06-V

pradėtos įgyvendinti panašiu metu, nors SAM-04-V priemonės projektų trukmė numatyta ilgesnė tačiau lėšų įsisavinimo procentas, nors ir nežymiai, yra geresnis nei SAM-06-V).

Remiantis 6 lentelės 6 stulpelyje pateiktais duomenimis apie vidutinę projektų vertę, matome, kad projektų vertės ribos yra didelės: nuo 156 mln. Lt iki 520 tūkst. Lt. Projektų vertes lyginant su lėšų įsisavinimo procentu matome, kad SAM-11-R ir SAM-12-K priemonių, kurių projektų vidutinė vertė yra 500-600 tūkst. Lt, lėšų įsisavinimo procentas yra geresnis nei kitų priemonių, kurių vidutinė projektų vertė didesnė. Tačiau lyginant kitas priemones, pvz. SAM-05-V ir SAM-02-V, nei vidutinė projektų vertė, nei numatytas projekto įgyvendinimo terminas, neturi įtakos lėšų įsisavinimo procentui.

5 lentelė. Priemonių lėšų įsisavinimo, numatytos projektų trukmės, vidutinės projektų vertės tarpusavio palyginimas

Priemonė	Įgyvendini- mo pradžia	Lėšų įsisavinimas (proc.)	Projektų skaičius (vnt.)	Numatyta projektų trukmė (mėn.)	Projektų vertės vidurkis (Lt)	Mažiausia projekto vertė (Lt)	Didžiausia projekto vertė (Lt)
1	2	3	4	5	6	7	8
SAM-03-V	2008.10.29	100,00%	1	12	27.305.882,00	-	-
SAM-07-V	2009.03.31	89,08%	1	12	653.230,96	-	-
SAM-04-V	2009.05.15	68,19%	9	36	15.875.162,90	3.524.000,00	34.130.000,00
SAM-06-V	2009.06.19	62,98%	8	24	1.814.883,44	850.000,00	2.220.000,00
SAM-10-V	2009.08.21	41,51%	99	24	2.989.764,37	287.000,00	31.277.340,00
SAM-05-V	2009.10.07	20,33%	5	24	2.419.758,83	777.958,14	3.710.223,00
SAM-02-V	2009.10.29	20,31%	15	36	9.887.283,30	2.807.400,04	37.000.000,00
SAM-11-R	2010.05.04	45,32%	27	24	520.339,72	117.717,59	1.095.981,93
SAM-09-R	2010.05.25	5,27%	5	36	1.658.561,33	1.234.487,00	1.999.997,16
SAM-08-R	2010.07.20	12,33%	26	24	1.301.109,73	252.837,00	2.632.498,49
SAM-01-V	2010.07.30	16,89%	1	60	156.475.573,82	600.000,00*	20.000.000,00*
SAM-12-K	2010.08.24	73,66%	38	24	604.973,46	130.046,56	2.752.709,00

* partneriams skirtų paramos lėšų mažiausia ir didžiausia vertės

Šiuo metu yra įgyvendinami 235 projektai, tačiau Projektų vykdytojų skaičius nėra tolygus projektų skaičiui, t.y. projektus įgyvendina 188 įstaigos. Iš šių įstaigų 38 įstaigos yra privačios asmens sveikatos priežiūros įstaigos, bei 27 visuomenės sveikatos centrai. Likusios 123 įstaigos įgyvendina 170 projektų. Šie skaičiai rodo, jog yra įstaigų, kurios įgyvendina ne po vieną projektą:

- Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės VšĮ Kauno klinikos įgyvendina 5 projektus
- VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė - 5 projektus;
- VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė - 6 projektus;
- VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė - 7 projektus;
- VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos - 4 projektus;
- VšĮ Vilniaus universiteto vaikų ligoninė - 4 projektus.

Kaip matome respublikinės ir universitetinės gydymo įstaigos vidutiniškai įgyvendina po 5 projektus vien pagal sveikatos apsaugos sektoriui skirtas priemonės, tačiau šiuos skaičius padidina kitos ES paramos kryptių priemonės, pagal kurias sveikatos priežiūros įstaigos taip pat gali įgyvendinti projektus - tai Ūkio ministerijos kuruojamos priemonės: „VP3-3.4-ŪM-03-V Viešosios paskirties pastatų renovavimas nacionaliniu lygiu“ ir „VP3-3.4-ŪM-04-R Viešosios paskirties pastatų renovavimas regioniniu lygiu“. Sumuojant Sveikatos ir Ūkio ministerijų kuruojamas priemonės ir vykdomus sveikatos priežiūros įstaigų projektus, respublikinės ir universitetinės ligoninės vidutiniškai įgyvendina po 9 projektus.

Priemonės, pagal kurias respublikinės ir universitetinės ligoninės įgyvendina projektus, tai SAM-01-V (kaip partnerės), SAM-02-V, SAM-04-V, SAM-05-V, SAM-06-V, SAM-09-R ir SAM-10-V. Ar vienu metu įgyvendinami keli projektai turi įtakos jų įgyvendinimo kokybei ir spartai? Atsakymui į šį klausimą buvo atrinkta 3 poros projektų, kurių vienoje poroje atrinkti projektai panašūs projekto verte, veiklą aprašymu bei įgyvendinimo laikotarpiu, tik vieno projekto vykdytojas įgyvendina mažiau nei 4 projektus, o kitas projekto vykdytojas daugiau nei 5 projektus. Projektų poros pateiktos 6 lentelėje ir pažymėtos skirtingomis spalvomis.

6 lentelė. Projektų įsisavinimo spartos tarpusavio palyginimas

Projekto kodas	Projekto vykdytojo pavadinimas	Sutarties pasirašymo data	Projekto vertė	Įgyvendinimo laikotarpis	Lėšų įsisavinimo procentas	Vykdomų projektų skaičius
VP3-2.1-SAM-06-V-01-004	Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė viešoji įstaiga Kauno klinikos	2009.06.30	2.000.000,00 Lt	28 mėn.	7,13 proc.	5 proj.
VP3-2.1-SAM-06-V-01-007	Viešoji įstaiga Kauno ligoninė	2009.06.30	1.998.547,79 Lt	28 mėn.	56,31 proc.	3 proj.
VP3-2.1-SAM-02-V-01-009	Viešoji įstaiga Respublikinė Klaipėdos ligoninė	2009.11.26	4.300.000,00 Lt	23 mėn.	21,17 proc.	5 proj.
VP3-2.1-SAM-02-V-01-003	Viešoji įstaiga Marijampolės ligoninė	2009.12.18	4.499.324,00 Lt	22 mėn.	81,29 proc.	2 proj.
VP3-2.1-SAM-02-V-01-007	Viešoji įstaiga Respublikinė Šiaulių ligoninė	2010.02.25	3.006.951,00 Lt	20 mėn.	1,3 proc.	7 proj.
VP3-2.1-SAM-02-V-01-008	Viešoji įstaiga KLAIPĖDOS VAIKŲ LIGONINĖ	2010.02.26	3.050.000,00 Lt	20 mėn.	58,96 proc.	2 proj.

Šaltinis: sudaryta remiantis esparama.lt duomenimis 2011-10-11

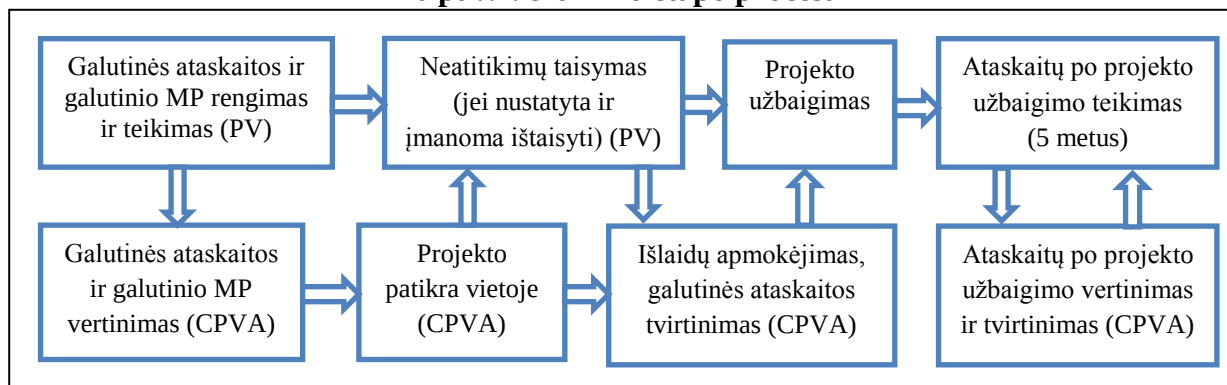
Analizuojant pirmąją porą, kurių projektai įgyvendinami pagal SAM-02-V priemonę, kurios įsisavinimas yra vienas mažiausių tarp priemonių, atrinkti projektai pradėti įgyvendinti tuo pačiu metu,

projektų vertė yra apie 2 mln. Lt ir vertinant lėšų įsisavinimo procentą matome, jog Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės VšĮ Kauno klinikų, kurios šiuo metu įgyvendina 5 projektus, projekto įsisavinimo procentas yra 7,13 proc., tuo tarpu VšĮ Kauno ligoninės, kuri įgyvendina 3 projektus, lėšų įsisavinimo procentas siekia 56,31 proc. Panašias tendencijas, jog mažesnis įgyvendinamų projektų skaičius lemia spartesnį projekto įgyvendinimą, pastebime ir kitose projektų porose. Kelių projektų įgyvendinimas vienu metu vienoje įstaigoje yra sudėtingesnis ir dėl to, kad tai yra sveikatos priežiūros įstaigos, kurios negali nutraukti veiklos, kol bus atnaujinta infrastruktūra, todėl projekto darbai turi būti atliekami palaipsniui, kad būtų užtikrintas nepertraukiamas įstaigos darbas minimaliai higienos normas atitinkančiose patalpose.

Apibendrinant projektų įgyvendinimo etapo analizę, matome, jog nors ir projektų, įgyvendinamų pagal sveikatos apsaugos sektoriaus priemones, veiklos ir jų pobūdis labai panašus, ryškių tendencijų ar veiksnių, nuo ko priklauso projektų įgyvendinimo sparta, nenustatyta, išskyrus tai, jog projektų įgyvendinimas sulėtėja tuomet, kai viena įstaiga įgyvendina kelis projektus, skirtus infrastruktūrai atnaujinti. Tad galime daryti išvadą, kad veiksnių, turinčių įtakos projektų įgyvendinimo spartai, yra labai daug, kurie sąveikauja vieni su kitais, be to, tai labai priklauso nuo pačių projektų vykdytojų ir jų pastangų ar turimų galimybių įgyvendinti projektą.

3.2.4 Vertinimo etapas

Šis etapas skirtas projektų ir programų užbaigimui bei tikslų pasiekimo vertinimui. Per 30 dienų nuo projekto veiklų pabaigos projektų vykdytojai parengia ir teikia CPVA galutinį mokėjimo prašymą kartu su galutine projekto įgyvendinimo ataskaita, kurioje pateikiama glausta informacija apie įvykdytas veiklas bei pasiektus rezultatus. Iki šiol CPVA tvirtindama mokėjimo prašymus vertindavo tik dokumentinę projekto pusę, tačiau gavus galutinį mokėjimo prašymą bei ataskaitą, CPVA, privalo atlikti projekto patikrą vietoje, t.y. patikrinti ar faktiškai įvykdytos veiklos pagal nustatytus reikalavimus ir sutartinius įsipareigojimus. Jeigu patikros vietoje nustatoma neatitikimų, projekto vykdytojui leidžiama juos ištaisyti (jeigu įmanoma), o jeigu neatitikimų nenustatoma, tuomet CPVA patvirtinta galutinį MP (per 30 dienų nuo mokėjimo prašymo gavimo dienos), kuris apmokamas ta pačia tvarka kaip ir teikiami MP projekto įgyvendinimo metu, bei patvirtina galutinę ataskaitą, t.y. projektas užbaigiamas. Tačiau projekto vykdytojai įsipareigojimai nesibaigia: 5 metus po projekto įgyvendinimo, kasmet iki sausio 31 d. projekto vykdytojas turi teikti ataskaitą po projekto užbaigimo apie stebėsenos rezultatų siekimą bei kitų įsipareigojimų įgyvendinimą (žr. 20 pav.)

20 pav. Vertinimo etapo procesai

Igyvendinus projektą, vienas iš svarbiausių vertinimo aspektų – ar pasiekti projekto tikslai ir uždaviniai bei gauti laukiami rezultatai. Vieni iš rezultatų – projektų stebėsenos rodikliai, kurie prisideda prie veiksmų programos įgyvendinimo stebėsenos rodiklių:

Produkto:

- paramą gavusių sveikatos priežiūros įstaigų skaičius;
- projektų skaičius;

Rezultato:

- pacientų, kuriems pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas, skaičius.

Tinkamų stebėsenos rodiklių nustatymas projektų valdyje yra labai svarbus, nes tai įrankis įvertinti investicijų naudą bei įvertinti padarytą pažangą. Kiekvienas įgyvendinamas projektas „įneša“ savo dalelę prie rodiklių pasiekiamumo, todėl turi būti lengvai išmatuojami, realūs bei naudingi analizuojant sveikatos apsaugos sektoriaus pažangą.

Sveikatos apsaugos ministerijos užsakymu, VšĮ Europos socialiniai, teisiniai ir ekonominiai projektai (toliau – ESTEP) atliko sveikatos apsaugos sektoriui skirtų priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimą. Stebėsenos rodiklių vertinimas buvo atliktas remiantis šiais kriterijais:

- Tinkamumas – rodiklių specifiškumas, aktualumas, naudingumas, patikimumas, išmatuojamumas bei rodiklių sistemos subalansuotumas;
- Suderinamumas – stebėsenos rodiklių atitikimas nacionalinių programų vertinimo kriterijams ir šių rodiklių naudingumas analizuojant nacionalinių programų įgyvendinimo pažangą;
- Efektyvumas – rodikliams apskaičiuoti naudojamų informacijos šaltinių patikimumas, duomenų kokybė bei rodiklių tarpusavio ryšiai ir pakankamumas, siekiant stebėti sveikatos apsaugos sektoriaus priemonių įgyvendinimo pažangą ir kokybiškai įvertinti priemonių įgyvendinimo rezultatus ir poveikį.

ESTEP vertinimo metu išskyrė pagrindines rodiklių problemas:

1. Specifiškumo – rodikliai nepakankamai specifiški, kadangi neatspindi priemonių intervencijos tikslų, nesuteikia informacijos apie veiksmų programos uždavinio įgyvendinimo pažangą;

2. Aktualumo - rodikliai nėra pakankamai aktualūs visuomenei ar politikos formuotojams, kadangi jie nesuteikia informacijos apie sveikatos priežiūros paslaugų struktūros, kokybės ir prieinamumo pokyčius, sveikatos priežiūros proceso pagerėjimą, pažangą sprendžiant pagrindines Lietuvos gyventojų sveikatos problemas;

3. Naudingumo – rodiklių naudingumas yra ribotas, kadangi trūksta rodiklių, kurie suteiktų pagrindiniams stebėsenos informacijos naudotojams – SAM, FM, CPVA, EK – aktualios informacijos apie projektų ir priemonių įgyvendinimo pažangą ir rezultatus. Be to, rezultato rodiklio apskaičiavimo metodika nesudaro prielaidų rodiklio pokyčiams stebėti (skaičiuojamas metinis pacientų skaičius, nesiekama jo padidinti, sumažinti);

4. Jautrumo - rodikliai (ypač rezultato rodiklis) nėra pakankamai jautrūs intervencijos požiūriu, t.y. projektų įtaka pacientų skaičiaus pokyčiams yra minimali;

5. Patikimumo - rezultato rodiklis nėra aiškiai apibrėžtas – skaičiuojami pacientai, pasinaudoję atnaujinta sveikatos priežiūros įstaigos infrastruktūra, o ne pacientai, kuriems pagerėjo paslaugų kokybė ir prieinamumas; skaičiuojant pacientus neatsižvelgiama į pacientui suteiktos paslaugos savybes, nes nėra apibrėžta, kokios paslaugos laikomos kokybiškomis ir prieinamomis;

6. Išmatuojamumo - nėra vieno patikimo duomenų šaltinio rezultato rodikliui apskaičiuoti, kadangi SVEIDROJE kaupiami duomenys apie paslaugas, o ne apie pacientus, be to, šioje programoje apskaitomos ne visos mokamos paslaugos, todėl duomenys neatspindi realaus paslaugų skaičiaus bei įrangos naudojimo intensyvumo. Ribotos paramą administruojančių institucijų galimybės patikrinti rezultato rodiklio teisingumą.

7. Rodiklių pakankamumo – trūksta specifiškesnių priemonių stebėsenos rodiklių (tokie rodikliai reikalingi norint užtikrinti efektyvesnę SAM administruojamų SSVP priemonių įgyvendinimo stebėseną ir atsiskaitant už nacionalinių programų įgyvendinimą).

8. Rodiklių subalansuotumo - trūksta kokybinių rodiklių, kurie atspindėtų pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis, o tai svarbu, kadangi kokybiniai rodikliai yra neatskiriama sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo dalis; Organizacinių ir klinikinių rodiklių santykis: nėra rodiklių, kurie atspindėtų pokyčius sveikatos priežiūros įstaigos lygiu;

9. Rodiklių suderinamumo - nors SAM administruojamų SSVP priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodikliai atitinka nacionalinių programų vertinimo kriterijus, tačiau nacionalinėse programose numatyta daugiau ir įvairesnių vertinimo kriterijų, todėl SAM administruojamų SSVP priemonių įgyvendinimo stebėsenos sistema nesudaro galimybių analizuoti nacionalinių programų įgyvendinimo pažangą;

10. Efektyvumo - rodiklių stebėsenos efektyvumą riboja nepakankamai aiški rodiklių apskaičiavimo metodika ir patikimų, palyginamų duomenų rodikliams apskaičiuoti trūkumas (pavyzdžiui, skaičiuojant pacientus aktualu nurodyti, kokias paslaugas (pagal paslaugų kodus) gavę pacientai yra suskaičiuoti). Nėra tiesioginio priežastinio ryšio tarp produkto, rezultato ir strateginio konteksto rodiklių (per daug supaprastinta priemonių intervencijos logika).

Remiantis ESTEP vertinimo išvadomis, numatyti priemonių ir projektų įgyvendinimo stebėsenos rezultatai nėra pakankamai informatyvūs ir galime teigti, jog ne visai tinkamai nustatyti. Kalbant apie rezultato rodiklį, t.y. pacientų skaičius, kuriems pagerėjo paslaugų kokybė ir prieinamumas, projekto lygmeniu šio rodiklio reikšmei nurodyti skaičiuojami unikalūs pacientai, kurie pasinaudojo pagerintomis paslaugomis, neatsižvelgiant į pasinaudotų paslaugų skaičių įstaigoje. Tačiau esant dabartinei sveikatos priežiūros sistemai, tas pats unikalus pacientas gali pasinaudoti paslaugomis ne tik vienoje įstaigoje, bet ir kitoje, taip pat modernizuotoje ES paramos lėšomis. Tuomet šis „unikalus“ pacientas yra suskaičiuojamas 2 kartus (galbūt ir daugiau) ir tokiu būdu, šio rodiklio reikšmė priemonės ir programos mastu yra iškreiptas bei neatspindi realios situacijos bei realios įtakos sveikatos apsaugos sektoriaus pažangai.

Projektų vykdytojams taip pat kyla sunkumų skaičiuojant šį rezultato rodiklį, kadangi teritorinėms ligonių kasoms dėl paslaugų apmokėjimo teikiamose ataskaitose yra pateikiama informacija ne apie aptarnautus pacientus, o apie suteiktas paslaugas ir dažnai įstaigos net nežino kaip išskaičiuoti unikalius pacientus. Be to, ESTEP viena iš problemų buvo įvardinta, kad projektų įtaka rezultato rodiklio reikšmei yra pakankamai nedidelė. Šios problemos viena iš priežasčių yra tai, kad įstaigų galimybės padidinti aptarnaujamų pacientų skaičius bei suteikiamų paslaugų apimtį riboja apmokėjimo už paslaugų teikimą tvarka (paslaugų apimtys priklauso nuo sutarties su teritorinėmis ligonių kasomis ir nustatytų paslaugų kvotų).

Taigi, kylančios problemos dėl stebėsenos rodiklių kliudo tinkamai įvertinti projekto teikiamą naudą bei realų poveikį piliečių sveikatos gerinimui ir stiprinimui.

Apibendrinant projektų administravimo sistemos praktikos analizės rezultatus, galime išskirti pagrindines problemas:

- Projektai, finansuojami ES struktūrinės paramos lėšomis yra planuojami remiantis dviem patvirtintomis programomis: Sergamumo ir mirtingumo mažinimo bei Sveikatos sistemos reformos ir optimizavimo programomis. Sveikatos apsaugos sektoriuje ES struktūrinės paramos įsisavinimo bei programavimo procesai atskirti nuo šalies bendro sektoriaus strateginio planavimo.
- Apibendrinant programavimo, identifikavimo ir formulavimo etapą, matome, kad jau šio etapo metu pastebimi vėlavimai nuo patvirtinto plano, t.y. daugumos PFSA patvirtinimas vėlavo, kas

lėmė vėlesnį projektų formulavimą ir rengimą. Taip pat pastebimi valstybinio planavimo būdu atrinktų projektų valstybės sąrašų patvirtinimų vėlavimai, kas dar nukelia realų projektų įgyvendinimą vėlesniam laikui.

- Analizuojant projektų finansavimo etapą, matome, jog projektų vertinimas faktiškai atliekamas ilgiau nei numatyta projektų finansavimo ir administravimo taisyklėse, todėl projektų įgyvendinimas nusitęsia dar apie 5 mėnesius.

- Projekto įgyvendinimo etapo analizės metu buvo siekiama surasti faktorius, turinčius įtakos projektų įgyvendinimui spartai, t.y. įsisavinimo procentui. Nors ir projektų, įgyvendinamų pagal sveikatos apsaugos sektoriaus priemones, veiklos ir jų pobūdis labai panašūs, ryškių tendencijų ar veiksnių, nuo ko priklausytų projektų įgyvendinimo sparta, nenustatyta, išskyrus tai, jog projektų įgyvendinimas sulėtėja tuomet, kai viena įstaiga įgyvendina kelis projektus, skirtus infrastruktūrai atnaujinti. Tad galime daryti išvadą, kad veiksnių, turinčių įtakos projektų įgyvendinimo spartai, yra labai daug, kurie sąveikauja vieni su kitais, be to, tai labai priklauso nuo pačių projektų vykdytojų ir jų pastangų ar turimų galimybių įgyvendinti projektą.

- Projektų vertinimo etapo analizės metu nustatyti stebėsenos rodiklių trūkumai ir problemos, trukdančios tinkamai įvertinti įgyvendinto projekto naudą bei teikiamą naudą programos rezultatų pasiekimui.

3.3 Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo tobulinimui skirtų apklausų ir jų rezultatų analizė

3.3.1 CPVA projektų vadovų apklausos rezultatai

Siekiant įvertinti administravimo sistemą ir jos poveikį projektų įgyvendinimui bei programoje numatytų rezultatų pasiekimui buvo pasirinkta apklausa. Iš 13 CPVA Sveikatos projektų skyriuje dirbančių darbuotojų atsakymus pateikė 10, todėl galime teigti, kad gauti rezultatai yra patikimi ir reprezentatyvūs.

Projektų vadovų pirmiausia buvo prašoma pateikti nuomonę apie naujus 2007-2013 m. struktūrinės paramos periodu pasirinktus projektų atrankos būdus: valstybinį ir regioninį planavimą, ar šie būdai yra tinkami sveikatos apsaugos sektoriui. Respondentai atrankos būdus turėjo įvertinti 5 balų skalėje (1 – netinkamas, 5 – tinkamas) bei pateikti savo įvertinimo pagrindimą. Apibendrinus gautus rezultatus, valstybinis planavimas yra vertinamas kaip labiau tinkamas sveikatos apsaugos sektoriui nei regioninis: valstybinis planavimas vertinamas 4,2 balais, o regioninis 3,2 balais. Vertindami **valstybinio planavimo tinkamumą** 5-4 balais respondentai nurodė, jog tai tinkamas būdas, kadangi „atrenkant projektus šiuo būdu, yra galimybė palyginti bei įvertinti skirtingų regionų, ligoninių ar

pacientų problemas visos šalies mastu, atrinkti tinkamiausius ir labiausiai sveikatos apsaugos strategiją atitinkančius projektus, todėl pasirinkus šį būdą eliminuojama rizika, esanti konkurso būdo pasirinkime, jog paramą gaus ne didžiausias problemas turinčios įstaigos, o geresnius administravimo gebėjimus turinčios įstaigos ir kokybiškiau parengusios dokumentaciją“. Tačiau įvardijamos ir pagrindinės valstybinio planavimo būdo problemos: visiškai neaiškūs projektų atrankos būdai, sveikatos priežiūros įstaigų paviršutiniškas požiūris į investicijų projektų rengimą bei projektų įgyvendinimą žinant, kad bet koku atveju gaus finansavimą, be to, šis planavimas netinkamas, kadangi įstaigoms parama skiriama fragmentiškai, t.y. pagal atskiras priemones, atskiri projektai, todėl neišsprendžiamos įstaigos problemos.

Vertinant projektų atrankos **regioninio planavimo būdu** tinkamumą, respondentai nurodė, jog, nors regione dažniausiai problemos matomos „iš arčiau“, šis būdas yra tinkamas tik mažiau specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų planavimui, arba vertinamas kaip visai netinkamas, kadangi kol kas regionų plėtros tarybos neįgalios priimti ilgalaikius planavimo sprendimus (tai rodo nuolatinis jų siekis „peržiūrėti“ ne tik jau patvirtintus sąrašus, bet ir pačias vystymosi sričių koncepcijas ir prioritetus), taip pat visiškai neaiškūs projektų atrankos būdai, regioninių sąrašų sudarymas gali būti įtakojamas konkretaus regiono vykdomos politikos, be to, regionų plėtros tarybos sudarytos iš savivaldybių atstovų, kurie turi po nevienodą balsų skaičių, todėl kyla didelė rizika, jog paramos lėšos bus skiriamos ne ten kur reikia, o ten, kur savivaldybė turi daugiau balsų.

Įvertinant projektų atrankos būdų privalumus ir trūkumus vis dėlto dauguma respondentų kaip tinkamiausią sveikatos apsaugos sektoriaus projektų atrankos būdą – valstybinį planavimą (6 iš dešimties respondentų).

Jau vertinant administravimo procesus pastebėta, kad sveikatos apsaugos sektoriuje sudaromi valstybės projektų sąrašai išsiskiria labai detaliu projektų aprašymu įvardijant įsigyjamos įrangos sąrašą bei remontuojamų/rekonstruojamų patalpų plotus. Buvo klausta respondentų kaip tai jie vertina ir kokią tai įtaką turi paraiškų vertinimo procesui (žr. 7 lentelę).

7 lentelė. Teiginių apie detalius valstybės sąrašus respondentų įvertinimas

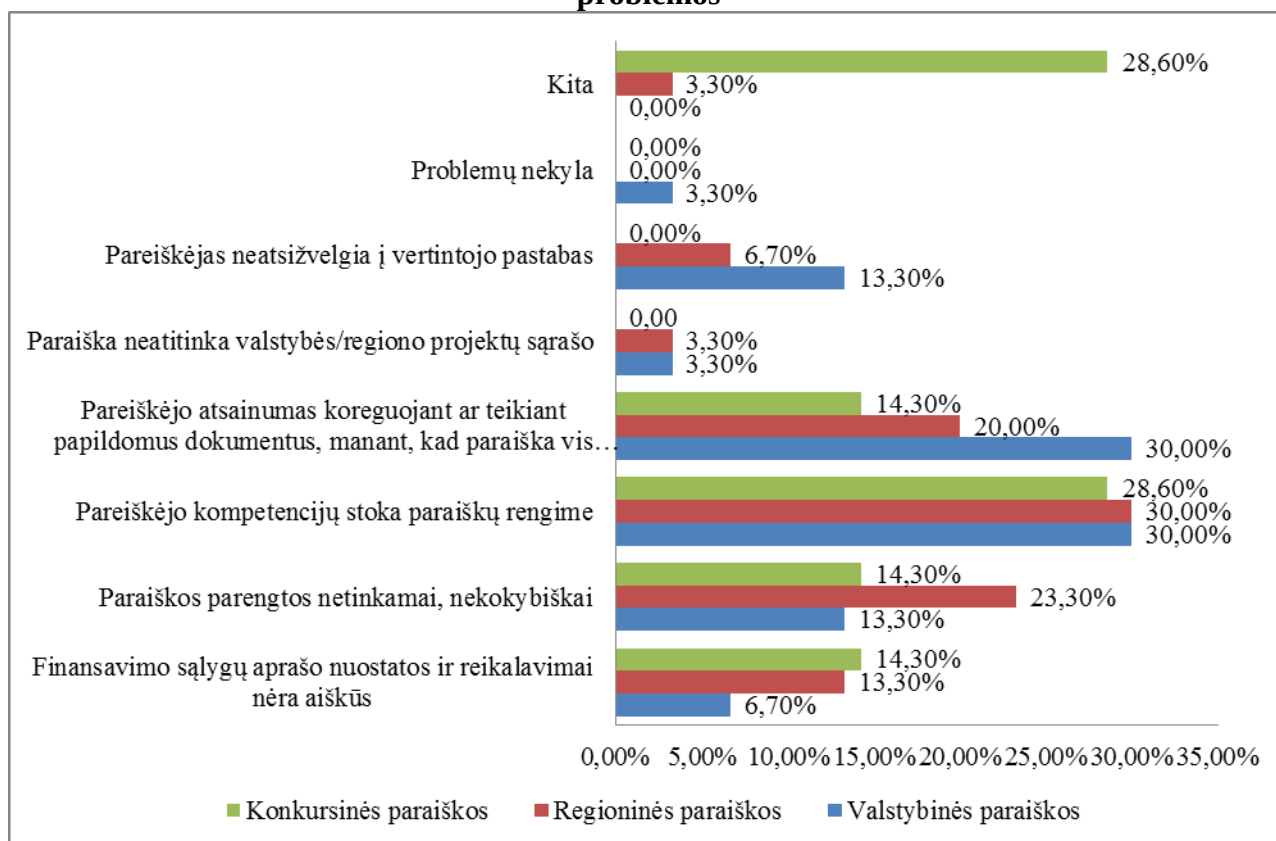
Teiginiai	Įvertinimas
Palengvina paraiškų vertinimo procesą, kadangi jau aišku kas kiek ir ko turi būti padaroma	90 proc. – taip; 10 proc. – labiau taip nei ne
Neleidžia nukrypti nuo pradinės projekto idėjos	30 proc. – taip; 50 proc. – labiau taip nei ne; 20 proc. – labiau ne nei taip.
Trukdo paraiškų vertinimo procesui, kadangi pasikeitus įstaigos poreikiams, būtina inicijuoti sąrašo keitimą, kas reikalauja papildomo laiko	20 proc. – taip; 30 proc. – labiau taip nei ne; 40 proc. – labiau ne nei taip; 10 proc. – ne.
Trukdo paraiškų vertinimo procesui, kadangi detalius sąrašas neleidžia tinkamai atlikti projekto įgyvendinimo alternatyvų analizės	10 proc. – taip; 20 proc. – labiau taip nei ne; 30 proc. – labiau ne nei taip;

	40 proc. – ne.
tai būtinas įrankis SAM sveikatos priežiūros paslaugų planavimui ir tolygiam paskirstymui	40 proc. – taip; 50 proc. – labiau taip nei ne; 10 proc. – labiau ne nei taip.

Apibendrinant respondentų atsakymus galime teigti, kad valstybės projektų sąrašo detalumas palengvina paraiškų vertinimo procesą, yra būtinas įrankis ministerijai sveikatos priežiūros paslaugų planavimui ir tolygiam pasiskirstymui, tačiau tam tikrais atvejais ir trukdo paraiškų vertinimo procesui, kadangi pasikeitus įstaigos poreikiams ar situacijai, „atsimušama“ į ribojimus ir būtina inicijuoti valstybės sąrašo keitimą, kas reikalauja papildomo laiko.

Paraiškų vertinimo proceso įvertinimui respondentų prašyta pažymėti skirtingais būdais atrinktų paraiškų vertinimo metu kylančias problemas (21 pav.).

21 pav. Dažniausiai pasitaikančios paraiškų, atrinktų valstybinio planavimo (valstybinės), regioninio planavimo (regioninės) ir konkurso (konkursinės) būdais, vertinimo metu kylančios problemos



Respondentų teigimu, tiek valstybinio, regioninio ir tiek konkurso būdais atrinktų paraiškų dėl projektų finansavimo vertinimo metu susiduriama su problema, kad pareiškėjas neturi pakankamai kompetencijos paraiškų rengime. Valstybinio planavimo būdu atrinktų paraiškų vertinimo metu dažnai pasitaiko dvi problemos, kurios ne tokios būdingos kitais būdais atrinktoms paraiškom: tai pareiškėjų atsainumas koreguojant bei teikiant papildomus dokumentus manant, kad vis tiek paraiška nebus

atmesta ir neatsižvelgimas į vertintojo pastabas. Regioninio planavimo būdu paraiškos išsiskiria netinkamu ir nekokybišku parengimu. Konkurso būdu atrinktų paraiškų vertinimo metu kyla projektų finansavimo sąlygų aprašo reikalavimų neaiškumo problema, kuri tai pat pasitaiko ir regioninio planavimo būdu paraiškų vertinimo procese. Vertinant konkursines paraiškas kyla kitų problemų: vienu metu gaunama daug paraiškų, dėl to sunkesnis jų įvertinimas per nustatytus terminus.

Atkreipiant dėmesį į žmogiškųjų išteklių kompetencijos svarbą sėkmingam projektų įgyvendinimui, apklausoje buvo siekiama išsiaiškinti kas įstaigoje, kuri įgyvendina projektus, dažniausiai atlieka projektų vadovo funkcijas ir kas, pasak respondentų turėtų atlikti šias funkcijas.

8 lentelė. Įstaigose Projektų vadovo funkcijas atliekantys darbuotojai

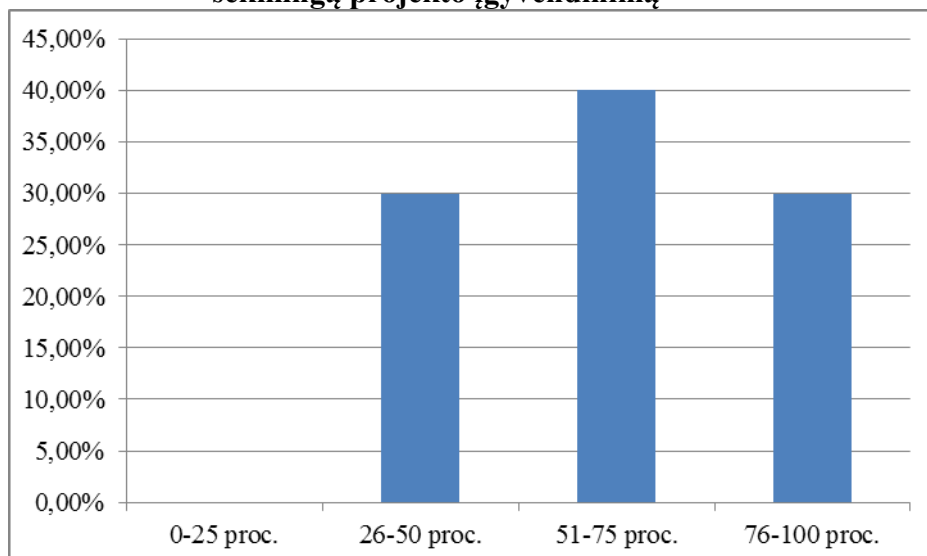
	Kas dažniausiai įstaigoje paskiriamas atsakingu asmeniu už projekto įgyvendinimą, t.y. projekto vadovu*	Kas turėtų atlikti Projekto vadovo funkcijas?
Įstaigos darbuotojas, kurio pagrindinė funkcija įstaigoje nėra projektų įgyvendinimas (pvz. direktoriaus pavaduotojas)	1	
Įstaigos direktorius	2	10 proc.
Įstaigoje dirbantis projektų vadovas, kurio pagrindinė funkcija - įstaigos projektų valdymas	3	90 proc.
Išorės ekspertas	4	

*(1 – dažniausiai, 4 - rečiausiai)

Iš respondentų atsakymų matome, kad jų kuruojamų projektų dažniausiai projektų vadovo funkcijas atlieka kitas funkcijas atliekantis darbuotojas arba įstaigos direktorius, t.y. asmenys, kurių pagrindinės funkcijos yra ne projektų valdymas. Tačiau respondentų nuomone nėra gerai, nes 90 proc. jų atsakė, kad būtent įstaigos darbuotojas, kurio pagrindinės funkcijos įstaigoje būtų projektų valdymas, turėtų atlikti projektų vadovo funkcijas.

Taip pat, vertinant projektų valdymo komandą svarbus aspektas, kiek įstaigų naudojasi projektų administravimo paslaugomis. Remiantis administravimo paslaugas teikiančių įmonių pateikiama informacija, projektų administravimo paslaugos apima labai daug funkcijų: projektų valdymo komandos sudarymas, viešųjų pirkimų dokumentų rengimas, pirkimų vykdymas ir sutarčių įgyvendinimo priežiūra, ataskaitų ir mokėjimo prašymų rengimas, finansų apskaitos konsultacijos, statybos ir montavimo darbų kontrolė, projekto veiklų įgyvendinimo priežiūra ir kontrolė ir kt. (EPVA, NPR, RVS finansinės konsultacijos). Taigi, šios paslaugos turėtų palengvinti sveikatos priežiūros įstaigoms projektų įgyvendinimo eigą bei užtikrinti sėkmingą projektų įgyvendinimą, kadangi pasitelkiama ekspertinė pagalba. Respondentų teigimu, administravimo paslaugas perkasi daugiau nei 50 proc. jų kuruojamų projektų vykdytojų (22 pav.).

22 pav. Projektų vykdytojų dalis, kuri perka administravimo paslaugas siekiant užtikrinti sėkmingą projekto įgyvendinimą



Vertindami administravimo paslaugų kokybę ir įtaką projektų įgyvendinimui, respondentai pažymi, kad vienareikšmiškai negalima atsakyti, kadangi yra daug įmonių ir jų kompetencija yra skirtinga. Vienas respondentas nurodo, kad „projektų vykdytojams, kurie neturi patirties įgyvendinant struktūrinių fondų lėšomis finansuojamus projektus, administravimo paslaugos reikalingos ir teikia akivaizdžią naudą. Tačiau pasitaiko atvejų, kuomet administravimo paslaugas teikiančios įmonės aplaidžiai atlieka savo darbą“, taip pat respondentų nuomone, administravimo paslaugos neužtikrina sėkmingo projektų įgyvendinimo, be to, kokybiškai atliekančių administravimo paslaugas yra tik kelios įmonės. „Administratoriai (administravimo paslaugas teikiančios įmonės aut. koment.) atsainiai prižiūri projektus, nes visa atsakomybė už projekto įgyvendinimą tenka projekto vykdytojui. Administratoriai ne viską pasako projekto vykdytojui. Pasirašomos administravimo sutartys neturi finansinių sankcijų“, be to, pabrėžiama, kad „paslaugų kokybė priklauso nuo to, kiek pats projekto vykdytojas sugeba ją išsireikalauti iš administravimo paslaugas teikiančių įmonių. Projektų įgyvendinimo sėkmei administravimo paslaugos įtakos beveik neturi - jeigu pats projekto vykdytojas nesieks sėkmingo projekto įgyvendinimo, tai maža tikimybė, kad projekto sėkme bus suinteresuota projektą administruojanti įmonė“.

Vienas iš sėkmingo projekto įgyvendinimo rodiklių – projekto baigimas laiku. Todėl respondentų buvo paprašyta įvertinti, kokia dalis kuriojamų projektų yra baigiami laiku, t.y. iki finansavimo ir administravimo sutartyje numatyto termino. Daugiausiai respondentų nurodė, jog tik apie 26-50 proc. jų kuriojamų projektų yra baigiami įgyvendinti laiku.

Taip pat apklausos metu respondentai turėjo identifikuoti dažniausias ir rečiausias problemas dėl kurių užsitęsia projektų įgyvendinimas. (žr. 9 lentelė).

9 lentelė. Dažniausiai pasitaikančios problemos, dėl kurių užtrunka projektų įgyvendinimas

Eiliškumas	Problemos
1	Užtruko viešieji pirkimai (pvz. dėl pasyvaus tiekėjų dalyvavimo, tinkamų pasiūlymų nepateikimo ar pan.)
2	Netinkamas veiklų planavimas (pvz. neatsižvelgta į aplinkos sąlygas, sezoniskumą ir kitas išorines aplinkybes, kurias būtų galima iš anksto numatyti)
3	Projekto vykdytojo veiklų nevykdymas laiku
4	Tiekėjų/rangovų vėlavimai
5	Užtruko pirkimo dokumentų, sutarties keitimo ir kt. dokumentų derinimas
6	Teisminiai procesai dėl viešųjų pirkimų vykdymo

Remiantis respondentų atsakymais, didžiausia problema, dėl kurios dauguma projektų užtrunka ilgiau nei numatyta yra dėl viešųjų pirkimų vykdymo metu kylančių problemų: pasyvus tiekėjų dalyvavimas, tinkamų pasiūlymų nepateikimas ir panašios problemos. Antroje vietoje pagal dažnumą, yra netinkamų veiklų planavimo problema. Rengdami paraišką bei planuodami projektų įgyvendinimą, projektų vykdytojai dažnai neatsižvelgia į aplinkos sąlygas ir kitas išorines aplinkybes dėl kurių gali užtrukti projekto įgyvendinimas. Papildomai, respondentai nurodė vieną iš vėlavimo priežasčių, jog projektų vykdytojai neįvertina statybos darbų techninių projektų rengimo sudėtingumo, be to, dažnai projekto vykdytojai nesuinteresuoti galutiniu rezultatu, nesudaroma tinkama projekto valdymo komanda, stinga administravimo įgūdžių.

Paprašyti įvardinti pagrindinius veiksnius, lemiančius sėkmingą projektų įgyvendinimą, daugiausiai respondentai įvardijo tinkamos ir turinčios patirtį bei kompetenciją projekto valdymo komandos sudarymą, tinkamą planavimą ir rizikų valdymą. Taip pat vienas iš respondentų įvardijo, jog svarbus veiksnys tinkamam projektų įgyvendinimui yra projektų valdymo grupės ir įstaigos vadovų veiksmų derinimas, tinkama vizija ką norima pasiekti projektu, kadangi iš anksto nežinant šios vizijos, projekto įgyvendinimo metu kyla pokyčių ir sutarties keitimų.

Respondentų vertinimu, dabartinė projektų administravimo sistema nėra pakankamai efektyvi, kadangi daug problemų kyla su viešųjų pirkimų vykdymu bei jų priežiūra, administravimo sistema apkrauna tiek projektų vykdytojus tiek įgyvendinimą prižiūrinčias institucijas, t.y. reikėtų supaprastinti finansavimo ir administravimo sutarčių keitimo procedūras, atsisakyti trišalio sutarčių pasirašymo, mažinti vidinių ataskaitų kiekį, be to, viešųjų pirkimų priežiūrą perduoti Viešųjų pirkimų tarnybai, arba parengti kiek įmanoma daugiau pavyzdinių pirkimo dokumentų, kurie palengvintų projektų įgyvendinimą. Taip pat pažymima, kad šiuo metu yra per mažai atsakomybės perduota Projekto vykdytojui dėl netinkamo projekto įgyvendinimo ir ES paramos lėšų panaudojimo, turėtų būti nustatytos atsakomybės už teisės aktų nesilaikymą, tokiu būdu, projektai būtų įgyvendinami atsakingiau.

Apibendrinant CPVA sveikatos projektų skyriaus projektų vadovų apklausos rezultatus, norėčiau įvardinti pagrindines administravimo sistemos problemas ir tendencijas:

- Atranka valstybinio planavimo būdu turi įtaką projektų vykdytojų manymui, jog projekto įtraukimas į valstybės projektų sąrašus garantuoja projekto finansavimą, todėl paraiškos vertinimo bei projekto įgyvendinimo metu kyla problemų dėl projekto vykdytojo atsainumo ir tinkamo veiklų nevykdymo.

- Regioninis planavimas CPVA darbuotojų nuomone neviseškai pasiteisino, be to, paraiškos išsiskiria netinkamu ir nekokybišku parengimu.

- Pripažįstama, kad pareiškėjai ir projektų vykdytojai turi nepakankamai žinių ir kompetencijų paraiškų rengime, be to, dažnai projekto vadovo funkcijos atliekamos šalia pagrindinių įstaigoje funkcijų, kas turi įtakos projekto įgyvendinimo sėkmingumui.

- Perkamos administravimo paslaugos nėra pakankamai kokybiškos, kad pagelbėtų projektų vykdytojams tinkamai įgyvendinti projektą, o jų pirkimas lemia papildomas įstaigos pastangas administravimo paslaugas teikiančios įstaigos kontrolei ir nuolatinei priežiūrai, kad užsitikrintų kokybiškų paslaugų gavimą. Taip pat pažymima, kad jeigu projekto vykdytojas nėra suinteresuotas projekto įgyvendinimu, administravimo paslaugas teikianti įmonė tikrai nepagelbės tai padaryti.

- Daugiau nei 50 proc. projektų nėra baigiami laiku, t.y. finansavimo ir administravimo sutartyje nustatyto termino. Pagrindinės priežastys: viešųjų pirkimų procedūrų užtrukimas, netinkamas veiklų planavimas bei projektų vykdytojų veiklų nevykdymas laiku.

- Respondentų nuomone, sėkmingą projektų įgyvendinimą lemia kompetentinga projekto valdymo komanda, tinkamas planavimas ir rizikų valdymas.

- Dabartinė projektų administravimo sistema nėra pakankamai efektyvi, kadangi pernelyg užkraunami papildomu darbu ir projektų vykdytojai ir įgyvendinimą prižiūrinčios įstaigos.

3.3.2 Ekspertinio vertinimo rezultatai

Siekiant kompleksiškai identifikuoti projektų administravimo metu kylančias problemas bei įvertinti dabartinį projektų administravimą buvo interviuoti CPVA sveikatos projektų skyriaus viršininkas (CPVA ekspertas) ir SAM ES paramos skyriaus atstovas (SAM ekspertas). Šie asmenys pasirinkti, kadangi jie kompleksiškai analizuoja ir koordinuoja projektų administravimą ir įgyvendinimą, per juos „praeina“ visa su projektais ir jų įgyvendinimu susijusi informacija, daugiausiai dirba prie sveikatos apsaugos sektoriaus projektų.

Ekspertai, užklausti apie 2007-2013 m. naudojamą projektų atranką valstybinio ir regioninio planavimo būdais, praktiškai vienbalsiai sutarė, kad valstybinis planavimas šimtu procentų pasiteisino sveikatos sektoriuje, kadangi „lėšos nukreipiamos ten, kur jos reikalingos, o ne tam, kas dalyvauja konkurse. Be to valstybinio planavimo būdu kur kas lengviau užtikrinti projektų atitiktį patvirtintoms programoms“. SAM ekspertas nurodė, kad sveikatos sektoriuje negali būti taip, „kad kas ką nori, tas tą

dar, nes tai tiesiogiai susiję su mokesčių mokėtojų pinigais“. Ekspertas pažymėjo, kad sveikatos priežiūros įstaigų norai ir užmojai dideli, kiekviena ligoninė norėtų tapti universitetine ligonine, nors ir trūksta kompetencijos, ir teikti kuo sudėtingesnes paslaugas ir tokiu būdu gauti kuo didesnę apmokėjamą už paslaugas (kuo sudėtingesnė paslauga, tuo geriau ji apmokama), nes tai yra jų pajamų šaltinis, o „kad tai yra mokesčių mokėtojų pinigai, įstaigoms visiškai nerūpi“, jos negalvoja apie šių paslaugų užtikrinimą ir efektyvų išdėstymą valstybės mastu. „Todėl valstybinis planavimas, bent jau sveikatos sektoriui, tai yra vienas tinkamiausių būdų. Net regioninis planavimas nėra toks tinkamas, kadangi tokių regioninių paslaugų praktiškai nėra. Sveikatos sektoriuje, universitetinės, respublikinės ligoninės aptarnauja visos Respublikos gyventojus, net ir savivaldybių ligoninės neaptarnauja tik savivaldybės pacientų, kadangi vienokių ar kitokių paslaugų visų savivaldybių ligoninės neturi, todėl į vienos savivaldybės ligoninę suplaukia iš kelių savivaldybių pacientai, tad regioninis kontekstas praktiškai išnyksta. Regioninis planavimas apsiriboja tik pirmine priežiūra, į kurią papuola slauga ir šeimos gydytojai“. SAM teigimu, buvo liepta 10 proc. sektoriui skirtų asignavimų skirti regionams, todėl privalėjo surasti priemonių, kurios galėtų „įsipaišyti“ į tai. Tokiu būdu buvo numatytos 3 priemonės. Viena iš jų – visuomenės sveikata, kuri, atrodo, pasiteisins, nes tai savivaldybėms priskirta funkcija, tačiau dėl to, kad ne savivaldybė pilnai finansuoja visuomenės sveikatos biurų veiklą (skiriami asignavimai iš biudžeto), negalvojant apie biurų išlaikymą ir užimtumą, buvo pristeigta biurų ir struktūrinės lėšos dalintos visiems po lygiai, neatsižvelgiant į realų poreikį. O kitos 2 priemonės (psichikos sveikatos priežiūros gerinimas) visiškai iškrenta iš regionų konteksto, kadangi šios yra antrinio lygio, jos nepriskiriamos prie savivaldybės kaip pirminio lygio, pacientas pats gali pasirinkti kur ir pas kurį specialistą eiti. Su šiomis priemonėmis buvo ta pati problema, kad regionai prisisteigtų milijoną tų centrų visai negalvodami apie centrų užkrovimą, tęstinumą, nes, jeigu valstybė įsteigs, turės ir išlaikyti. Todėl ir vertinant paraiškas kilo problemų dėl per didelių užmojų.“

Dėl regioninio planavimo SAM eksperto nuomonę palaiko ir CPVA ekspertas, kuris nurodo, „kadangi regionų plėtros tarybos nepažvelgė rimtai ir atsakingai į sveikatos priemones, todėl atrinkti projektai nebūtinai yra tie kurie turėtų būti įgyvendinami“.

Valstybės ir regionų sąrašai sudaromi preliminarinių paraiškų pagalba, CPVA eksperto nuomone, „preliminarios paraiškos yra būtinos siekiant nustatyti lėšų poreikį ir finansuotinas sritis. Be to, sveikatos apsaugos sektorius išsiskiria iš kitų sektorių įsigyjamos įrangos sudėtingumu ir brangumu, todėl būtina tinkamai nustatyti paslaugų poreikį bei užtikrinti tinkamumą. Vertindama preliminarias paraiškas SAM įvertina, ar tam tikroje teritorijoje nebus per daug ar per mažai tam tikro tipo paslaugų, pvz. Pakruojy norima įsigyti du echoskopus, nors paslaugų poreikiui tenkinti užtektų ir vieno. SAM šių paraiškų pagalba sureguliuoja paslaugų prieinamumą ir efektyvų išdėstymą.“ SAM ekspertas nurodė, kad preliminarios paraiškos būtinos ir tam, kad „pati įstaiga identifikuotų poreikius, o SAM, atsižvelgdama į planavimą valstybės mastu, „nuleistų ant žemės“ paraišką“. SAM išskyrė vieną iš

didžiausių problemų vertinant preliminarias paraiškas, kad „įstaigų buvo nepagrįsti norai ir sumos. Deja, sveikatos apsaugos sektoriuje nusistovėjo tokia nuomonė, kad „prašyk dvigubai daugiau, gausi – pusė“. Todėl preliminarų paraiškų sumos buvo išpūstos, realiai neįvertintos, nors ir buvo parengtos aiškos metodologijos biudžetų rengimui, tačiau nelabai kas rėmėsi jomis. Pavyzdžiui, traumos priemonei numatyta 151 milijonas litų, tai surinkus preliminarias paraiškas iš 14 įstaigų, kurios buvo numatytos paremti, buvo gautas 270 mln. Lt poreikis. Tad buvo didelis darbas su įstaigomis suspausti tuos projektus iki turimos pinigų sumos. O antra problema – tai visiškas dokumentų neskaitymas. Jeigu yra PFSA, kuriame nurodyta kas yra tinkama finansuoti, kokios remiamos veiklos, tai tik mažoji dalis (trečdalis) paskaitė ir stengėsi įrašyti į preliminarias paraiškas tik tai kas tinkama, o visi kiti supylė viską, ko jiems tik reikia neatsižvelgiant į tai kas galima kas ne, todėl buvo didelis darbas susitarti ir išbraukti iš paraiškų tai, kas netinkama finansuoti“. Dėl šių priežasčių valstybės projektų sąrašų sudarymas užtruko ilgiau nei planuota.

CPVA eksperto paprašius įvertinti valstybės sąrašų detalumo naudą/nenaudą, jis nurodė, kad detalus sąrašas šiame sektoriuje yra būtinas, kadangi programos nėra tiek detalios, kad CPVA paraiškos vertinimo metu galėtų realiai įvertinti įrangos poreikį tam tikroje teritorijoje, todėl per preliminarias paraiškas SAM sudaro detalius projektų sąrašus, kuriais remiantis yra lengvesnis projektų vertinimas. Aišku, valstybės sąrašų detalumas sudaro papildomas kliūtis pasikeitus įstaigos poreikiams, tačiau tai vėlgi SAM instrumentas sužiūrėti, ar įstaiga neketina įsigyti įrangos tam, kas, remiantis sveikatos reforma, gali būti panaikinta toje įstaigoje.

Kaip jau anksčiau minėta, SAM-01-V priemonė išsiskiria tuo, kad pagal priemonę įgyvendinamas vienas projektas vieno projekto vykdytojo su 33 partneriais. SAM eksperto teigimu, ši idėja įgyvendinti priemonę vienu projektu su daug partnerių yra BPD laikotarpio tąsa. BPD laikotarpiu konkurso būdu buvo atrinktas ir įgyvendintas Santariškių klinikų projektas su 40 partnerių, kuris apėmė Pietų ir Rytų Lietuvos regionų aprūpinimą kardiologine įranga ir šis būdas pasiteisino, todėl šiuo programavimo periodu nuspręsta tokiu pačiu principu įgyvendinti projektą aprūpinant kardiologine įranga Vakarų Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigas. Tačiau jau SAM-01-V priemonės planavimo pastebėta, jog įstaigų bendradarbiavimas nėra toks glaudus ir sėkmingas kaip ankstesniame programavimo periode. Tai lėmė tai, kad BPD laikotarpiu buvo lyderio idėja, prie kurios jungėsi mažesnės sveikatos priežiūros įstaigos ir džiaugėsi priimamos į projekto įgyvendinimą, o šio periodo metu, pradėjus valstybinį planavimą, mažesnieji centriukai pradėjo ignoruoti dabartinį projekto lyderį ir kelti savo reikalavimus, kurie nebūtinai atitinka projekto idėją. Planavimo metu buvo labai daug pykčių, kompromisų ieškojimų, todėl labai ilgai užtruko planavimo procesas. CPVA eksperto užklausus apie šio projekto administravimą lyginant su kitais projektais, pažymėjo, kad „šio projekto administravimas yra daug sudėtingesnis nei kitų projektų, ne tiek CPVA, kiek Projekto vykdytojui. Projekto vykdytojas su kiekvienu partneriu yra sudaręs bendradarbiavimo sutartį, kuriose numatyta,

kad įranga bus perkama centralizuotai Projekto vykdytojo, tačiau kiti pirkimai, reikalingi projektų įgyvendinimui (projektavimo, rangos darbų, administravimo ir kt.) yra vykdomi pačių partnerių. Tačiau partneriai visų pirkimų dokumentus turi suderinti iš anksto su Projekto vykdytoju, o jeigu koks pirkimas yra atrinktas CPVA išankstinei priežiūrai, tuomet pirkimo dokumentai pirma suderinami su projektų vykdytoju ir tik tuomet derinami su CPVA, jeigu yra pastabų – ratas kartojasi. Tai labai imlu laikui, todėl administraciniai veiksmai užima didžiąją projekto įgyvendinimo laikotarpio dalį“. Taip pat nurodė, kad CPVA projektų vadovas kiekybiškai prižiūri vieną projektą ir teoriškai bendravimas turėtų vykti per pagrindinį projekto vykdytoją, tačiau partneriai irgi užgriūva savais klausimais ir problemomis, tad Projektų vadovas praktiškai turi 34 projektus. Tai labai apsunkina jo darbą.

SAM eksperto buvo paprašyta išskirti vieną ar kelias priemones, kurios išsiskiria problemomis, liaudiškai vadinant „galvos skausmu“. Tačiau ekspertas to negalėjo padaryti, nes kiekviena priemonė turi savas problemas, netgi „galias“ problemas, kurias ne taip paprasta išspręsti. Kiekviena priemonė yra pakankamai unikali ir savita.

SAM eksperto nuomone, šio periodo problema yra tai, kad Projektų vykdytojai nepakankamai atsakingai žiūri į pačių projektų rengimą ir įgyvendinimą. Dažnai buvo susiduriama su požiūriu, kad investicijų projektų rengimo reikalavimai yra per dideli, jog „CVPA darbuotojai – vaikiškieji“ paragrafai“, kurie reikalauja „beletristikos“ ir visokių prielaidų. Eksperto nuomone, taip yra, kadangi sveikatos priežiūros įstaigos yra pripratusios prie valstybės investicijų programai rašomų projektų, kurių parengiama tikrai labai daug, bet investicijų projektą sudaro 2 lapai „man reikia to ir to, nes kitaip aš neužtikrinsiu to ir to“. Jokių skaičiavimų, aplinkos analizės ir normalaus poreikio pagrindimo. Tad sveikatos priežiūros įstaigoms buvo naujiena investicijų projektų, kurių reikalauja Europos Sąjunga, rengimas.

CPVA ekspertas nurodė, kad šiuo metu susiduriama su vis dažnėjančiais pažeidimais įsisavinant ES paramos lėšas. Pažeidimai užfiksuojami dėl viešųjų pirkimų įstatymo nesilaikymo (medicininės įrangos specifikacija pritaikyta vienam gamintojui, techninėje specifikacijoje naudojami prekiniai ženklai, kas riboja konkurenciją, neteisingai pasirinktas laimėtojas) taip pat vis dažniau patikros vietoje metu pastebima, kad darbai atlikti ne pagal techninį projektą, deklaruotos ir apmokėtos lėšos už neatliktą darbą. Kartais šios klaidos būna atsitiktinės dėl žmogiškojo faktoriaus ar kompetencijų stokos, tačiau dažniau – tai sukčiavimo atvejai. Taip pat susiduriama su daug problemų vykdant statybos rangos, randama daug projektuotojų klaidų, todėl būtina vykdyti papildomų darbų pirkimus, kas apsunkina ir palėtina statybos darbų vykdymą bei didina kaštus. Taip pat vieną iš problemų CPVA ekspertas nurodė, kad vienu metu viena įstaiga įgyvendina kelis projektus, o tai reikalauja iš projektų vykdytojų didelių žmogiškųjų išteklių bei stipraus planavimo. „Pasitaiko tokių atvejų situacijų, kad vienas projektas negali būti vykdomas dėl kito projekto veiklų ir pan.“ CPVA eksperto nuomone, vienos įstaigos projektai turėtų būti apjungiami, dėl kelių projektų pasirašoma viena sutartis, tokiu

būdu išvengiama administracinės naštos: vietoj 3 mokėjimo prašymų trimis projektams, teikiamas 1 mokėjimo prašymas, be to ir valdymas būtų daug paprastesnis, sumažintų dvigubo finansavimo riziką. Tad CPVA eksperto vienas iš siūlymų tobulinant projektų administravimą yra kompleksinis požiūris į planuojamus vykdomus projektus ir įstaigos problemas, projektų pagal kelias priemones sujungimas pagal objektus ir projektų vykdytojus, netgi ne tik sveikatos apsaugos sektoriaus apimtimi, bet tai būtų galima įvykdyti tarpsektorinėse priemonėse.

SAM ekspertas dėl projektų administravimo tobulinimo nieko nenurodė, kadangi šiuo metu apie tai net nesusimąstyta. Kol kas galvojama prie politikos formavimą ir bandoma rasti finansuotinas kryptis 2014-2020 metų programavimo etapui.

3.3.3 Sveikatos priežiūros įstaigų apklausos rezultatai

Siekiant nustatyti sveikatos priežiūros įstaigų, t.y. tiesioginių projektų vykdytojų, nuomonę apie projektų administravimą, nustatyti kylančias problemas, klausimynas buvo išsiųstas 188 sveikatos priežiūros įstaigoms, iš kurių 83 įstaigos atsakė į klausimus. Atsakiusios įstaigos sudaro 44 proc., todėl gauti rezultatai yra pakankamai reprezentatyvūs ir patikimi.

Remiantis respondentų atsakymais, daugiausiai įgyvendinama valstybinio planavimo būdu atrinktų projektų – 43 projektai, regioninio planavimo būdu – 28, o konkurso būdu – 24 projektai. valstybinio ir regioninio planavimo būdu įgyvendinamų projektų vykdytojai gali persidengti, kadangi daug yra įstaigų, kurios įgyvendina kelis projektus. Konkurso būdu atrinktus projektus įgyvendina privačios sveikatos priežiūros įstaigos, kurios negali įgyvendinti valstybinio ar regioninio planavimo būdu atrinktų projektų.

Respondentų buvo paprašyta nurodyti teiginių tinkamumą apie projektų administravimo sistemą. Su teiginiu, jog administravimo sistema yra „paprasta ir padedanti projektų įgyvendinimui“ daugiausiai respondentų daugiau nesutiko nei sutiko (43 proc.), tačiau kita didžioji dalis labiau sutiko nei nesutiko (35 proc. respondentų). 60 proc. respondentų nurodė, kad administravimo sistema vis dėl to nėra dar vienas biurokratinis mechanizmas ir 46 proc. nesutiko su teiginiu, kad sistema nėra lanksti bei sunkinanti projektų įgyvendinimą.

Siekiant nustatyti projektų vykdytojams kylančias problemas, buvo paprašyta nurodyti paraiškos rengimo ir vertinimo metu kilusius sunkumus. Daugiausiai projektų vykdytojai nurodė, jog paraiškos rengimo metu susidurta su pertekliniais paraiškas vertinusios įstaigos reikalavimais (21 proc.), be to, paraiškos buvo vertinamos ilgą laiką (25 proc.) ir rengiant investicinį projektą kilo sunkumų prognozuojant pinigų srautus finansiniams ir ekonominiams skaičiavimams (21 proc.). respondentai, įgyvendinantys projektus atrinktus valstybinio ar regioninio planavimo būdu nurodė, kad buvo sunku apibrėžti projekto apimtį, kadangi SAM ar regionų plėtros tarybų nustatyta didžiausia leistina projekto

vertė buvo per maža įstaigos poreikiams ir problemoms išspręsti (15 proc.). Tik 5 respondentai nurodė, kad paraiškos rengimo ir vertinimo metu nekilo sunkumų ar problemų (2 proc.)

Beveik 70 proc. dalyvavusių apklausoje įstaigų įgyvendindamos projektus naudoja projekto administravimo paslaugomis. Toks sprendimas buvo priimtas, kadangi įstaigos neturi patirties projektų įgyvendinime ir administravime (53 proc.), be to, manoma, kad projektų administravimą turi atlikti tai išmanantys specialistai (30 proc.). Likusi dalis motyvavo tuo, kad įstaiga neturi nei žmogiškųjų nei laiko išteklių skirti projekto administravimui ir įgyvendinimui (17 proc.)

Nors ir dauguma respondentų naudoja administravimo paslaugomis, tačiau problemų projektų įgyvendinimo metu neišvengta. Tik 7 proc. respondentų nurodė, kad problemų projekto įgyvendinimo metu visai nekilo ir pažymėtina, kad iš šių respondentų didžioji dauguma įgyvendinantys konkurso būdu atrinktus projektus (86 proc.). Likusieji respondentai dažniausiai susiduria su ilgesnėmis nei įprastai viešųjų pirkimų/pirkimų procedūromis (28 proc.), taip pat dažna problema, kad susiduriama su nenumatytomis aplinkybėmis, kas pareikalauja papildomų investicijų (22 proc.). Deja, projektų vykdytojams kyla problemų ir dėl kitų institucijų darbo, t.y. ilgai užtrunka dokumentų derinimas į Įgyvendinančiąją instituciją ir SAM, ilgai užtrunka mokėjimo prašymų nagrinėjimas, dėl ko vėluojama atsiskaityti su tiekėjais. 12 proc. visų atsakymų sudaro prasta tiekėjų paslaugų/darbų kokybė. Taip pat 5 respondentai pasirinko „Kita“ ir nurodė, jog kilusi problema buvo pažeidimas.

Respondentų taip pat buvo paprašyta nurodyti, kokiomis priemonėmis ir metodais vykdomas projektų valdymas. Daugiausiai respondentų nurodė, jog organizuoja projektų valdymo grupės susirinkimus, kuriuose aptariama projekto eiga ir kiti klausimai (48 proc.), kita dalis nurodė, kad už visus projekto valdymo procesus yra atsakingas projektų vadovas, kuris viską ir prižiūri (30 proc.), o 22 proc. nurodė, kad už tai atsakinga administravimo paslaugas teikianti įmonė. Projektų valdymo programomis apklaustieji nesinaudoja.

Įgyvendinant projektą respondentams yra svarbiausia laikytis projekto administravimo reikalavimų. Būtent šį teiginį dauguma respondentų nurodė pirmoje vietoje. Antroje vietoje pagal svarbumą liko „įgyvendinti projektą neviršijant projekto biudžeto sumos“, trečioje – „kokybiškai pasiekti projekto tikslą ir uždavinius“, o ketvirtoje – „projektą įgyvendinti iki nustatyto termino“. Taigi iš šių atsakymų matome respondentų teikiamą pirmenybę, kuri pakankamai daug skiriasi nuo projektų valdymo teoretikų. Tokioms nuostatoms gali turėti įtakos tai, kad projektai yra finansuojami 100 proc. ir įstaigos labiau orientuojasi į pinigų gavimą, o ne į kokybinius projektų valdymo aspektus.

Siekiant nustatyti respondentų požiūrį į projektų valdymą, buvo paprašyta nurodyti, kokių projekto valdymo sričių valdymas turintis didžiausią įtaką sėkmingam projekto įgyvendinimui. Respondentai, galėdami pasirinkti kelis atsakymų variantus, nurodė, jog kaštų (24 proc.), laiko (21 proc.) ir pirkimų (19 proc.) valdymas yra svarbiausios sritys. Maždaug apie 10 proc. atsakymų surinko

apimties, kokybės ir projekto visumos valdymas, rizikos valdymas, kuris dalies mokslininkų nurodoma kaip vienas svarbiausių ir esminių projekto valdymo sričių, pasirinktas tik 4 proc. respondentų.

Apibendrinant apklausos rezultatus, matome, kad projektų administravimo sistema nėra labai gerai vertinama ir projektų vykdytojai susiduria su problemomis ir sunkumais, kurių priežastis dažnai yra administravimo sistemos trūkumai. Tačiau pažymėtina ir tai, kad projektų vykdytojų požiūris į projektą, jo tikslus bei įgyvendinimą skiriasi nuo teoretikų pateikiamos projektų valdymo koncepcijos. Tokia situacija galėjo susidaryti ir dėl nepakankamos projektų vykdytojų patirties projektų valdyme.

3.4 Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo SSGG analizė

Siekdama nustatyti administravimo metu kylančias problemas bei jų priežastis, aukščiau aprašytus tyrimo metodus bei gautus rezultatus būtina susieti ir apibendrinti. Kadangi kiekvienas etapas yra savitas savo funkcijomis bei procesais, apibendrinimą išdėstysiu tų pačių etapų principu.

Programavimo, identifikavimo ir formulavimo etapo analizės metu nustatyta, jog Sveikatos apsaugos sektoriuje ES struktūrinės paramos įsisavinimo bei programavimo procesai atskirti nuo bendro šalies sektoriaus strateginio planavimo, kadangi projektų, finansuojamų ES paramos lėšomis, atrankai yra patvirtintos dvi programos: Sergamumo ir mirtingumo mažinimo bei Sveikatos sistemos reformos ir optimizavimo programos. Visa tai apsunkina patį strateginį planavimą, kadangi prioritetai bei projektai planuojami atsižvelgiant į finansavimo šaltinį, o ne į problemų sprendimą, todėl kompleksiskai nesprenžia sektoriaus problemų, be to, iškyla dvigubo finansavimo rizika, kuri šiuo metu užtikrinama SAM darbuotojų analizuojant valstybės investicijų programos ar kitų finansavimo šaltinių finansuotų projektų registrus.

Dauguma sveikatos apsaugos sektoriaus projektų yra atrankami valstybinio planavimo būdu (8 priemonių įgyvendinimui), tik trijų priemonių įgyvendinimui projektai atrankami regioninio planavimo būdu ir viena priemonė yra konkursinė. Remiantis šių atrankinių būdų tvarka bei dalyvaujančių dalyvių skaičiumi, sudėtingiausias ir daugiausiai laiko užtrunkantis yra regioninio planavimo projektų atrankos būdas.

Ekspertų nuomone labiausiai tinkantis projektų atrankos būdas sveikatos apsaugos sektoriui yra valstybinis planavimas, kadangi lėšos skiriamos tikslingai atsižvelgiant į poreikius, ten kur jų labiausiai reikia, o ne tam, kas dalyvaus konkurse. Tačiau taip pat įvardintos pagrindinės problemos planuojant projektus šiuo būdu: dalis projektų vykdytojų mano, jog projekto įtraukimas į valstybės projektų sąrašus garantuoja projekto finansavimą, todėl paraiškos vertinimo bei projekto įgyvendinimo metu kyla problemų dėl projekto vykdytojo atsainumo ir tinkamo veiklų nevykdymo; visiškai neaiškūs projektų atrankos būdai; sveikatos priežiūros įstaigoms parama skiriama fragmentiškai, t.y.

pagal atskiras priemones, atskiri projektai, todėl neišsprendžiamos įstaigos problemos; dideli sveikatos priežiūros įstaigų norai bei reikalavimai, nebūtinai atitinkantys struktūrinės paramos principus bei reikalavimus; dokumentų neskaitymas. Valstybės projektų sąrašui atrinkti sveikatos priežiūros įstaigų teikiamos supaprastintos paraiškos parengtos neatsižvelgiant į PFSA reikalavimus ir išlaidų tinkamumo rekomendacijas.

Regioninis planavimas ekspertų nuomone nepasiteisino tiek kiek tikėtasi, kadangi sveikatos priežiūros paslaugų, kurių planavimas ir finansavimas būtų priskirtas regionams ar savivaldybėms, praktiškai nėra. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo funkcija priskirta savivaldybėms, tačiau veikla finansuojama daugiausiai asignavimų būdu, o ne pačių savivaldybių. Todėl regionų plėtros tarybos bei savivaldybės projektų atranką ir planavimą vykdė neatsakingai, nepagalvodami apie pasekmes, t.y. kaip reikės išlaikyti ES paramos lėšomis sukurtą infrastruktūrą. SAM eksperto nuomone, regioninio planavimo būdu gal net ir nebūtų atrenkami projektai, jeigu ne nurodymas 10 proc. skiriamo finansavimo paskirti regionams.

Priemonė, skirta privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms, nebuvo numatyta strateginiuose dokumentuose. Ji buvo inicijuota ir imtasi veiksmų siekiant įtraukti į programavimą 2009 m.

Šio etapo analizės metu nustatyta, kad patvirtintas ES struktūrinės paramos lėšų įsisavinimo planas jau šio etapo metu tik iš dalies įgyvendintas laiku, kadangi 5 iš 11 PFSA patvirtinti vėliau nei buvo numatyta, taip pat pastebėti nežymūs vėlavimai (išskyrus SAM-01-V priemonę) tvirtinant valstybės projektų sąrašus. Visa tai lėmė vėlesnį projektų rengimą bei įgyvendinimą.

Finansavimo etapas. Lengviausiai laike apibrėžiamas etapas, kadangi numatyti konkretūs terminai procesų vykdymui ir tik nenumatytomis aplinkybėmis terminai gali būti pratęsimi. Taigi šio etapo metu pastebima, jog vidutiniškai projektų vertinimo ir finansavimo skyrimo procesas vietoje 3 ar 4 mėn. faktiškai užtrunka apie 5 mėn. Didžiausi vertinimo ir finansavimo skyrimo nuokrypiai nuo terminų pastebimi SAM-08-R, SAM-09-R ir SAM-01-V priemonėse.

Beveik visų priemonių paraiškų vertinimas užtruko ilgiau nei nustatyta. Tai sąlygoja problemas, su kuriomis susiduriama vertinant paraiškas: pareiškėjai neturi pakankamai kompetencijos paraiškų rengime, valstybinio planavimo būdu atrinktų projektų vertinime itin dažnai pasireiškianti problema yra pareiškėjų atsainumas koreguojant paraišką ar teikiant papildomus dokumentus, manant, kad vis tiek paraiška nebus atmesta ir neatsižvelgimas į vertintojo pastabas. Dviejų regioninio planavimo priemonių iš trijų vertinimo procesas labiausiai vėlavo, kadangi vertinimo metu susidurta su itin nekokybiškai parengtomis paraiškomis, PFSA reikalavimų neaiškumas. SAM ekspertas pažymėjo, kad dažnai susiduriama su požiūriu, kad dokumentų parengimo reikalavimai siekiant gauti paramos lėšas yra per dideli, beprasmiški. Tokia nuomonė susidarė, kadangi projektų parengimo reikalavimai, siekiant gauti valstybės investicijų programos lėšas, yra daug mažesni ir paprastesni.

Igyvendinimo etapas. Tai etapas, kurio metu realiai pradedamos vykdyti veiklos ir patiriamos išlaidos. Projekto įgyvendinimo etapo analizės metu buvo siekiama surasti veiksnius, turinčius įtakos projektų įgyvendinimo spartai, t.y. įsisavinimo procentui. Nors ir projektų, įgyvendinamų pagal sveikatos apsaugos sektoriaus priemones, veiklos ir jų pobūdis labai panašus, ryškių tendencijų ar veiksnų, nuo ko priklauso projektų įgyvendinimo sparta, nenustatyta, išskyrus tai, jog projektų įgyvendinimas sulėtėja tuomet, kai viena įstaiga įgyvendina kelis projektus, skirtus infrastruktūrai atnaujinti. Tad galime daryti išvadą, kad veiksnų, turinčių įtakos projektų įgyvendinimo spartai, yra labai daug, kurie sąveikauja vieni su kitais, be to, tai labai priklauso nuo pačių projektų vykdytojų ir jų pastangų ir turimų galimybių įgyvendinti projektus.

Nustatyta, kad projektų vykdytojų projektų valdymo komanda dažniausiai yra sudaroma iš projektų vadovo, kurio funkcijas atlieka kitas funkcijas atliekantis darbuotojas arba įstaigos direktorius, t.y. asmenys, kurių pagrindinės funkcijos yra ne projektų valdymas, be to, daugiau nei 50 proc. projektų vykdytojų perka projektų administravimo paslaugas, tačiau šios ekspertų vertinamos prieštaringai, t.y. administravimo paslaugos ne visada tinkamai prisideda prie sėkmingo projektų įgyvendinimo, kartais šių paslaugų įsigijimas reikalauja papildomo darbo iš projektų vykdytojų. Tad galime teigti, kad projektų valdymo komanda dažnu atveju nėra kompetentinga tinkamam projektų valdymui ir įgyvendinimui.

Analizės metu nustatyta, kad jog tik apie 26-50 proc. projektų yra baigiami įgyvendinti laiku. Dažniausiai projektų užsitęsimumui turi įtakos viešųjų pirkimų vykdymo metu kylančios problemos: pasyvus tiekėjų dalyvavimas, tinkamų pasiūlymų nepateikimas ir panašios problemos. Taip pat gan dažna problema yra netinkamas veiklų planavimas. Rengdami paraišką bei planuodami projektų įgyvendinimą, projektų vykdytojai dažnai neatsižvelgia į aplinkos sąlygas ir kitas išorines aplinkybes dėl kurių gali užtrukti projekto įgyvendinimas. Papildomai, respondentai nurodė vieną iš vėlavimo priežasčių, jog projektų vykdytojai neįvertina statybos darbų techninių projektų rengimo sudėtingumo, be to, dažnai projekto vykdytojai nesuinteresuoti galutiniu rezultatu, nesudaroma tinkama projekto valdymo komanda, stinga administravimo įgūdžių.

Ekspertų teigimu, šiuo metu vis didėja fiksuojamų pažeidimų įsisavinant ES paramos lėšas skaičius. Pažeidimai užfiksuojami dėl viešųjų pirkimų įstatymo nesilaikymo (medicininės įrangos specifikacija pritaikyta vienam gamintojui, techninėje specifikacijoje naudojami prekiniai ženklai, kas riboja konkurenciją, neteisingai pasirinktas laimėtojas) taip pat vis dažniau patikros vietoje metu pastebima, kad darbai atlikti ne pagal techninį projektą, deklaruotos ir apmokėtos lėšos už neatliktą darbą. Susiduriama su daug problemų vykdant pačius statybos darbus, randama daug projektuotojų klaidų, todėl būtina vykdyti papildomų darbų pirkimus, kas apsunkina statybos darbų vykdymą, nes papildomi darbai turi būti perkami atskiru pirkimu, bei didina kaštus. Taip pat viena iš problemų įvardinta, kurią parodė ir faktinių duomenų analizė, tai, kad vienu metu viena įstaiga įgyvendina kelis

projektus, o tai reikalauja iš projektų vykdytojų didelių žmogiškųjų išteklių bei labai stipraus planavimo.

Vertinimo etapas. Šio etapo analizės metu nustatyta, kad patvirtinti stebėsenos rodikliai nėra pakankamai tinkami, efektyvūs, suderinti ir informatyvūs, kad galėtume tinkamai įvertinti įgyvendinto projekto naudą bei teikiamą naudą programos rezultatų pasiekimui. Todėl būtina tobulinti šių rodiklių skaičiavimo metodiką.

Taigi apibendrinant aukščiau pateiktus tyrimų rezultatus, 23 pav. Pateikiama ES struktūrinės paramos projektų, skirtų apsaugos sektoriui, administravimo sistemos stiprybių, silpnybių, galimybių ir grėsmių analizę.

23 pav. ES struktūrinės paramos projektų sveikatos apsaugos sektoriui administravimo sistemos SSGG analizė

Stiprybės	Silpnybės
• Aiškus administravimo sistemos reglamentavimas, funkcijų atskyrimas; • Projektų valstybinio planavimo atrankos būdas užtikrina kryptingą lėšų skyrimą bei būtiniausių sričių finansavimą; • Informacinių technologijų taikymas siekiant palengvinti projektų administravimo procesą;	• ES struktūrinės paramos įsisavinimo procesas sveikatos apsaugos sektoriuje atskirtas nuo bendro sektoriaus strateginio planavimo; • Projektų vykdytojų ir kitų administravimo sistemos dalyvių kompetencijos strateginiame planavime, projektų valdyme ir administravime stoka; • Nustatytų terminų nesilaikymas; • Kompleksinio požiūrio į sveikatos apsaugos sektoriaus įstaigų problemas stoka; • Projektų išskaidymas pagal sveikatos apsaugos sektoriaus veiklų kryptis.
Galimybės	Grėsmės
• Informacinių technologijų plėtra bei jų pritaikymas projektų administravimo procesuose • Integruotas ir vieningas sveikatos apsaugos sektoriaus politikos formavimas bei strateginis planavimas • Pažangių programų ir projektų valdymo bei administravimo metodikų diegimas ES struktūrinės paramos administravimo sistemoje	• LR teisės aktų apribojimai; • Kvalifikuotų žmogiškųjų išteklių stoka; • Pakankamų valstybinių lėšų dalies neturėjimas; • Dideli ES reikalavimai panaudojant paramos lėšas

4 SVEIKATOS APSAUGOS SEKTORIUI SKIRTŲ ES STRUKTŪRINĖS PARAMOS PROJEKTŲ ADMINISTRAVIMO TOBULINIMO KONCEPCIJA

4.1 Sprendimai skirti ES struktūrinės paramos projektų administravimo teisinei bazei tobulinti

Situacijos analizė parodė, kad ES struktūrinės paramos projektų administravimo taisyklės yra pakankamai aiškos ir tinkamos projektų įgyvendinimui ir administravimui. Vertinant sveikatos apsaugos sektorių vienas didžiausių trūkumų, kurį būtina eliminuoti kitu programavimo periodu yra tai, kad ES struktūrinės paramos panaudojimo programavimas ir planavimas yra atskirtas nuo bendro šalies sveikatos apsaugos sektoriaus programavimo ir planavimo. Dėl šios priežasties sveikatos apsaugos sektoriaus problemos nėra sprendžiamos kompleksiskai, o pakankamai fragmentiškai, nors ir atskiri strateginiai dokumentai neprieštaruoja vieni kitiems. Siekiant ne tik panaudoti ES struktūrinės paramos lėšas, tačiau lėšų pagalba pasiekti geresnius visuomenės sveikatos rodiklius, sukurti tinkamas sąlygas žmogaus sveikatinimui ir sveikatos išsaugojimui, būtina ES struktūrinės paramos panaudojimo planavimą integruoti į bendrą šalies sveikatos apsaugos sektoriaus planavimą. Be to, remiantis moksline literatūra, rengiant sveikatos apsaugos sektoriaus strateginius planus siūlytina įtraukti į šį procesą ir galutinius sektoriaus teikiamų paslaugų gavėjus, t.y. sukurti sąlygas bendro paslaugos kūrimo idėjoms. Tik užtikrinus sektoriaus strateginį planavimą nustatant bendrus tikslus bendro kūrimo būdu, uždavinius bei priemones tikslams pasiekti ir tik po to paskirstant kokia priemonė kokiais finansavimo šaltiniais gali būti įgyvendinama, bus pasiektas užsibrėžtas tikslas.

Analizuojant sveikatos apsaugos sektoriaus projektus, nustatyta, kad didžiosios sveikatos priežiūros įstaigos, turinčios respublikinę ar regioninę svarbą Lietuvoje, vienu metu įgyvendina kelis projektus pagal skirtingas priemones, finansuojamas ES struktūrinės paramos lėšomis. Ši situacija susidarė dėl to, kad yra patvirtintos priemonės atsižvelgiant į finansuojamą sveikatos priežiūros paslaugų tipą ar kryptį. O respublikinės ir regioninės sveikatos priežiūros įstaigos teikia platų paslaugų spektrą, yra daugiaprofilinės gydymo įstaigos. Atsižvelgiant į tai, kad dauguma šių projektų yra atrinkti valstybinio planavimo būdu, t.y. jau buvo numatyti kaip finansuoti taškai programose, tad projektų dirbtinis išskaidymas pagal priemones ir jų įgyvendinimas vienoje įstaigoje yra neefektyvus, reikalaujantis didesnių žmogiškųjų išteklių, laiko sąnaudų bei padidinantis dvigubo finansavimo riziką. Be to, įstaigos problemos yra sprendžiamos tik fragmentiškai, tiek, kiek apima viena ar kita priemonė, atsiranda rizika, kad projektai tarpusavyje nesuderinti. Šių problemų sprendimui siūloma pakeisti

požiūrį ir pažvelgti į įstaigą ir jos problemas kompleksiskai remiantis strateginėmis kryptimis, t.y. projektus, suplanuotus pagal skirtingas priemones, tačiau toje pačioje įstaigoje, reiktų sujungti į vieną projektą ir jo įgyvendinimą suskirstyti etapais taip užtikrinant įstaigos nepertraukiamą darbą. Tai leistų vietoje kelių projektų įgyvendinti vieną stambesnę projektą, kas efektyviau leistų panaudoti tiek Projekto vykdytojo žmogiškuosius išteklius, tiek CPVA ir SAM išteklius bei reikalautų mažiau laiko sąnaudų, kadangi vietoje kelių paraiškų, būtų teikiama ir vertinama viena paraiška, būtų stebimas vieno projekto finansavimo ir administravimo sutarties sąlygų vykdymas, būtų teikiama mažiau mokėjimo prašymų. Tad toks projektų įgyvendinimas stipriai sumažintų administracinio darbo apimtį. Taip pat vienos dokumentacijos rengimas leistų pačiai įstaigai efektyviau suplanuoti projekto apimtį ir techninius bei funkcinius sprendinius.

Analizės metu pastebėta tendencija, kad viešųjų pirkimų vykdymas užtrunka ilgiau nei įprastai, tiekėjų siūlomos kainos pirkimuose, kurie vykdomi įgyvendinant projektus, yra didesnės nei įprastai, todėl siūloma inicijuoti ES struktūrinės paramos informavimo ir viešinimo taisyklių korekcijas, kad viešųjų pirkimų metu būtų nenurodomas projektas ir kokiomis lėšomis bus finansuojamas įsigijimas. Manoma, kad tokiu būdu būtų galima bent iš dalies užkirsti kelią rinkos iškraipymui bei leistų efektyviau panaudoti ES struktūrinės paramos lėšas.

Kita korekcija taip pat yra susijusi su viešųjų pirkimų vykdymu. ES struktūrinės paramos projektų administravimo praktikos analizė parodė, kad projektų vykdytojams kyla daug sunkumų vykdant pirkimus bei vykdant pirkimo sutarčių įsipareigojimus. Todėl siūloma pasinaudoti CPVA sukaupta patirtimi ir nustatyti reikalavimus projektų vykdytojams naudotis paruoštais pavyzdiniais pirkimų dokumentais, kurie yra parengti taip, kad būtų lengviau įgyvendinti sutarties nuostatas nepažeidžiant viešųjų pirkimų įstatymo, arba nustatyti privalomumą atsižvelgti į CPVA teikiamas pastabas dėl pirkimo dokumentų tobulinimo.

Įgyvendinus šias tobulinimo priemones, manoma, kad projektų įgyvendinimas ir administravimas būtų paprastesnis ir efektyvesnis, leidžiantis efektyviau panaudoti ES struktūrinės paramos lėšas bei pasiekti užsibrėžtus rezultatus.

4.2 ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugos sektoriui skirtų projektų administravimo procese dalyvaujančių specialistų kvalifikacijos tobulinimas

Atsižvelgiant į tai, kad projekto rezultatas priklauso nuo projekto dalyvių pastangų bei kompetencijos ir į tai, kad praktikos analizė atskleidė ES struktūrinės paramos projektų sveikatos apsaugos sektoriui administravimo proceso dalyvių kompetencijos stoką, būtina tobulinti specialistų kvalifikaciją projektų valdymo srityje.

Sveikatos priežiūros įstaigų ir CPVA darbuotojų apklausa parodė, kad Projektų vykdytojai neturi pakankamai patirties ir įgūdžių projektų valdyme ir įgyvendinime, požiūris į projektų rengimą, planavimą bei valdymą yra ribotas dėl žinių stokos, todėl visas projektų administravimo procesas stringa, kyla daug problemų. Kadangi projektų vadovo kompetencija tiesiogiai lemia projekto įgyvendinimo sėkmę, siūloma parengti projektų vadovo rengimo ir atestavimo procedūrą. Asmenys, siekiantys dirbti projektų vadovais turi išmokti projektų valdymo kursą, išlaikyti egzaminą ir tokiu būdu gauti atestatą, leidžiantį vykdyti projektų vadovo pareigas. Tinkamų žinių įgijimas tikėtina padėtų efektyvesniam projektų planavimui bei įgyvendinimui. Taip pat turėtų būti palikta sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų atestavimui alternatyva įstaigoms, kuriose nenorima puoselėti projekto vadovo funkcijos (galbūt jiems tai neapsimokėtų dėl nedidelio projektų kiekio ar dėl kitų priežasčių). Tokia alternatyva būtų CPVA darbuotojų įtraukimas į projekto valdymą, t.y. CPVA darbuotojas turėtų perimti įstaigos projekto vadovo pareigas ir būtų atsakingas už sėkmingą projekto įgyvendinimą. CPVA darbuotojas turėtų dalyvauti projekto procese nuo pat idėjos generavimo, tikslų ir uždavinių formulavimo, apimties nustatymo, planavimo, būtų atsakingas už projekto procesų valdymą iki pat projekto užbaigimo. Pažymėtina tai, kad ir CPVA darbuotojai taip pat turėtų būti atestuoti projektų vadovai.

Tinkamos projektų vadovų kompetencijos užtikrinimas turės įtaką geresniam projektų valdymui ir administravimui. Be to, būtų didesnis dėmesys projekto pokyčių ir rizikos valdymui, kuris šiuo metu yra beveik nevykdomas ir dėl to projekto vertė dažnai išauga ir netelpama į numatytus terminus.

4.3 Informacinių technologijų panaudojimas tobulinant ES struktūrinės paramos projektų administravimą

Informacinės technologijos nuolat ir greitai tobulėja ir vis plačiau jos yra naudojamos. ES struktūrinės paramos administravimui naudojama SFMIS2007 programa, kuri Europos Sąjungos vertinama kaip viena pažangiausių ES struktūrinės paramos administravimo programų. Tačiau kol kas visos jos galimybės nėra išnaudotos. Taip pat sistema yra labiau orientuota į programų vykdymo stebėseną, duomenų kaupimą ir apdorojimą, o pačių projektų administravimui ir įgyvendinimui ši programa kol kas nelabai kuo pagelbsti. Sveikatos priežiūros įstaigos nurodė, kad projekto valdymo programomis taip pat nesinaudoja. Todėl siekiant palengvinti projektų administravimą ir valdymą siūloma tobulinti SFMIS2007 programą įtraukiant projektų valdymo procesus, tokius kaip veiklų sudarymą, jų priklausomybės ryšių nustatymą, detalaus projekto tvarkaraščio sudarymas priskiriant išteklius, paskirstant darbus ir pan. Toks sprendimas realiai galėtų būti pritaikomas naujam ES struktūrinės paramos programavimo etapui.

Kaip alternatyva pirmajam siūlymui, galėtų būti atskiros programos naudojimas projektų valdymui ir administravimui. Analizuojant šiuolaikinius programų ir projektų valdymo požiūrius, nustatyta, kad jau šiuo metu yra pakankamai didelis pasirinkimas projektų valdymui skirtų programų, kurių naudojimas stipriai palengvintų projektų įgyvendinimą. Tačiau atkreiptinas dėmesys, kad diegiant programą būtina užtikrinti programa besinaudosiančių administravimo dalyvių apmokymus darbui su programa, nes kitu atveju programa gali būti ne tiek naudinga o žalinga ir trukdanti projektų įgyvendinimui.

LITERATŪRA

1. **Alford J., Hughes O.** Public Value Pragmatism as the New Phase of Public Management // American Review of Public Administration, 2008, Vol. 38, No. 2, p. 130–148
2. **Barry, F., et al.** The Single Market, the Structural Funds and Irelands Recent Economic Growth // Jorunal of Common Market Studies, Vol. 39, no. 3, 2001, p.537-552 http://www.fh-brandenburg.de/~brasche/EU/k6/k63/k633/EU_Ireland_Funds.pdf
3. **Birmontienė T.** The influence of the rulings of the Constitutional Court on the development of Health law in Lithuania // European Journal of Health Law. - 2007, no. 14, p. 321-333
4. **Buškeviciūtė J., Raipa A.** Sprendimai šiuolaikinio viešojo valdymo evoliucijoje // Viešoji politika ir administravimas, T. 10, Nr. 1, 2011, p. 17–26. ISSN 2029-2872
5. **Cappelen A. et al.** The Impact of EU Regional Support on Growth and Convergence in the European Union. Journal of Common Market Studies, 2003, Vol. 41 Issue 4, p. 621-644 <http://people.pwf.cam.ac.uk/mb65/library/cappelen.a.o.2003.pdf>
6. **Chua C., Sweeney J. C.** Customer Participation in Service Production // Development of a Multidimensional ScaleAnzmac Conference, Adelaide, Australia, 2003, p. 2152-2159
7. **Commission on Human Rights resolution 2002/31** The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health <http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/5f07e25ce34edd01c1256ba60056deff?Opendocument> [žiūrėta 2011 07 17]
8. **Čaplikas A.** Antrinio lygio privačios medicinos įstaigos galės pasinaudoti ES parama <http://www.ltkatalogas.lt/medicinos-istaigos/antrinio-lygio-privacios-medicinos-istaigos-gales-pasinaudoti-es-parama> [žiūrėta 2011 03 11]
9. **Čiburienė J.** Integracinis ekonomikos augimas: sveikatos apsaugos sektoriaus aspektas //Ekonomika ir vadyba, 2011, Nr. 16, p. 152-158. – ISSN 1822-6515
10. **Ederveen et al.** Fertile Soil for Structural Funds? // A Panel Data Analysis of the Conditional Effectiveness of European Cohesion Policy, Kyklos, no. 59, 2006, p. 17–42.
11. **Funck, B., Pizzati, L.** European Integration, Regional Policy, and Growth, Washington, D. C.: World Bank, 2003, p. 1-17.
12. **Gregory M. H.** Absolute Beginner's guide to Project Management, 2005, p. 289. ISBN 0-7897-3197-5
13. **Hällgren, M.,** Beyond the point of no return: on the management of deviations // International Journal of Project Management, vol. 25 (8), 2007, p. 773-780

14. **Harrison F., Lock D.** Advanced project management: a structured approach, fourth ed. Gower, Aldershot, 2004
15. **Economist Corporate Network.** Accessing EU funds in the new member states: best practice from around Europe // The Economist, March, 2005. <http://www.portal-vz.cz/Dokumenty/PPP/Accessing-l> [žiūrėta 2011 10 11]
16. **Gevers S.** The right to Health Care // European Journal of Health Law, 2004, no. 11, p. 29-34
17. **Gill L., White L.,** The Co-Creation of Public Healthcare Service Quality: A Triadic Model // Australia New Zealand Marketing Academy Conference (ANZMAC), 2008 http://www.anzmac-2008.org/Proceedings/PDF/S16/Gill%20&%20White_S3%20S3%20P3.pdf [žiūrėta 2011 03 11]
18. **Guogis A.,** Apie Naujosios viešosios vadybos plusus ir minusus. <http://www.balsas.lt/naujiena/216625/arvydas-guogis-apie-naujosios-viesosios-vadybos-pliusus-ir-minusus/2> [žiūrėta 2011-05-27]
19. **Hood C.,** Public Management for all Seasons? // Public Administration, vol. 69, 1991, ISSN 0033-3298 <http://newdoc.nccu.edu.tw/teasylabus/110041265941/Hood%20NPM%201991.pdf> [žiūrėta 2011 05 27]
20. Neverauskas B., Stankevičius V. ir kt. Projektų valdymas: mokomoji knyga. Kaunas: Technologija, 2007. – 143 p.
21. **Joshi A., Moore M.** Institutionalised Co-production: Unorthodox Public Service Delivery in Challenging Environments // The Journal of Development Studies, 2004, Vol.40, no.4, p.31 – 49. – ISSN 0022-0388. <http://www2.ids.ac.uk/gdr/cfs/pdfs/jds40-4.pdf> [žiūrėta 2011 05 01]
22. **Katsaitis et al.** The Impact of EU Structural Funds on FDI. Kyklos, Nov2009, Vol. 62 Issue 4, 2009, p. 563-578.
23. **Kerzner H.** Project Management – A Systems Approach to Planning, Scheduling, and Controlling – John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey, 2001. – 1406 p. – ISBN-978-0-470-27870-3
24. **Kerzner, H.,** Project management best practices: achieving global excellence. John Wiley & Sons, Hoboken, 2006.
25. **Kotzé T. G., Plessis P. J.** Students as “Co-producers” of Education: a Proposed Model of Student Socialisation and Participation at Tertiary Institutions // Quality Assurance in Education, 2003, Vol. 11, No. 4, p. 186-201
26. **Lee, S., Thomas, S.R., Tucker, R.L.** The relative impacts of selected practices on project cost and schedule. Construction Management and Economics. 23 (4), 2005, p. 545-553.
27. **Lewis J. P.** Fundamentals of Project management. 1995. 97 p.

28. **Lietuvos laisvosios rinkos institutas** ES struktūrinių fondų lėšų panaudojimas Lietuvoje, 2011, p. 22, <http://files.lrinka.lt/analitiniai%20darbai/ES%20lesos.pdf> [žiūrėta 2011 10 01]
29. **Lietuvos sveikatos statistika 2010** – Vilnius: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2011. – 68 p. – ISSN 1648-0899
30. **Lock, D.**, Project management, eighth ed. Gower, Aldershot, 2003.
31. **Meredith, J.R., Mantel, S.J.** Project management: a managerial approach, sixth ed. John Wiley & Sons, New York. 2006.
32. **Mohl P., Hagen, T.** (2010) Do EU structural funds promote regional growth? New evidence from various panel data approaches // Regional Science & Urban Economics, Vol. 40 Issue 5, 2010, p. 353-365 <http://www.ub.edu/sea2009.com/Papers/117.pdf> [žiūrėta 2011 09 15]
33. **Nacionalinė bendroji strategija.** <http://www.euro.lt/documents/NSRF-LT2.pdf> [žiūrėta 2011 07 28]
34. **Philips J.** PMP Project Management Professional Study Guide. McGraw-Hill, 2004
35. **Plé L., Lecocq X., Angot J.** Customer-Integrated Business Models: A Theoretical Framework // IÉSEG School of Management, 2008-24, p. 50, UMR 8179
36. **Powell B.**, Economic Freedom and Growth: The Case of the Celtic Tiger // Cato Journal, Vol. 22, No. 3, 2003, <http://www.cato.org/pubs/journal/cj22n3/cj22n3.html> [žiūrėta 2011 04 14]
37. **Project Management Institute** A guide to the Project Management Body of Knowledge, 2008, ISBN 9781933890517
38. **Raipa A.** Šiuolaikinio viešojo valdymo pokyčių kryptys ir tendencijos // Viešoji politika ir administravimas. 2009, Nr. 30
39. **Raipa A., Petukienė E.** Klientų dalyvavimas viešosiose paslaugose: bendrasis paslaugų kūrimas // Viešoji politika ir administravimas, 2009, Nr. 27, p. 54-62. – ISSN 1648-2603 http://internet.ktu.lt/en/science/journals/vpa/z27/VPA_Nr.27_A.Raipa_E.Petukiene_p.54-62.pdf [žiūrėta 2011 07 21]
40. **Rundle-Thiele, Sharyn & Russell-Bennett, Rebekah** Patient influences on satisfaction and loyalty for GP services // Health Marketing Quarterly, 2010, no. 27(2), p. 195-214
41. **Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 metų programa** http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=306095&p_query=&p_tr2= [žiūrėta 2011 10 03]
42. **Smalskys V.** Viešojo valdymo modernizavimas. Kn.: Įvadas į viešąjį valdymą. Ats. red. A. Raipa. Kaunas: Technologija, 2009
43. **Staponkienė J.** Naujosios viešosios vadybos elementų identifikavimas // Viešoji politika ir administravimas, 2005. Nr. 13, p. 86. – ISSN 1648-2603

44. **Stare A.** Reducing negative impact of project changes with risk and change management // MIBES Transactions, Vol 5, Issue 1, 2011, p. 151-165
45. **Steven D. Jamar.** The international human right to health // Southern University Law Review, 1994, no. 22, p. 1-68. http://papers.ssrn.com/-sol3/papers.cfm?abstract_id=1093085 [žiūrėta 2011 10 16]
46. **Sveikatos sistemos įstatymas.**
http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=404334 [žiūrėta 2011 07 28]
47. **Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programa.**
http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=315433&p_query=&p_tr2= [žiūrėta 2011 10 11]
48. **Tamošaitis R.** Projektų vadybos metodiniai nurodymai. Metodinė knyga. Vilniaus Gedimino technikos universitetas, Vilnius, 2004
49. **Turner J. R.** Handbook of Project Based Management: Leading Strategic Change in Organizations, 2009 - ISBN 978-0-07-154974-5
50. **UAB BGI Consulting.** Regionų projektų planavimo ir įgyvendinimo sistemos efektyvumo vertinimas: galutinė ataskaita / Užsakovas: Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerija, 2010
http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/Ataskaitos/VRM_regionu_projektai_ataskaita.pdf [žiūrėta 2011 09 30]
51. **UAB „PricewaterhouseCoopers“** 2007-2013 m. ES struktūrinės paramos įsisavinimo spartos vertinimas: vertinimo ataskaita / Užsakovas Lietuvos Respublikos finansų ministerija, 2011
http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas_ESSP_Neringos/Ataskaitos_2010MVP/Isisavinimo_sparta_vertinimo_ataskaita.pdf [žiūrėta 2011 10 03]
52. **United nations Economic and social council.** Substantive issues arising in the implementation of the international Covenant on Economic, social and cultural rights: The right to the highest standart of health. // General comment No. 14, 2000, 23 p.
<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm> [žiūrėta 2011 10 16]
53. **Viešosios politikos ir vadybos institutas.** Valstybės projektų planavimo, taikomo įgyvendinant 2007-2013 m. Veiksmų programas ir planuojant ES lėšas, tinkamumo ir efektyvumo vertinimas: galutinė ataskaita / Užsakovas: Lietuvos Respublikos finansų ministerija, 2010.
http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas_ESSP_Neringos/Ataskaitos_2009MVP/Valstybes_projektu_ataskaita.pdf [žiūrėta 2011-10-01]
54. **World health statistics 2010.** World health organisation, 2011.
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.pdf [žiūrėta 2011 10 01]

ANOTACIJA

Valiukevičiūtė V. (2011) Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo tobulinimas / Programų ir projektų valdymo magistro baigiamasis darbas. Vadovas habil. Dr. B. Melnikas. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas.

Magistro baigiamajame darbe išanalizuota ES struktūrinės paramos projektų, skirtų sveikatos apsaugos sektoriui, administravimo sistema ir jos efektyvumas, nustatytos administravimo metu kylančios problemos bei pateikti siūlymai projektų administravimo tobulinimui. Pirmoje darbo dalyje teoriniu aspektu nagrinėjami ES struktūrinės paramos projektų administravimo tobulinimo poreikiai ir galimybės, pateikiama administravimo samprata, analizuojamas sveikatos apsaugos sektoriaus vaidmuo visuomenėje, programų ir projektų valdymo samprata bei metodikos. Antroje dalyje pateikiama sveikatos apsaugos sektoriaus ES struktūrinės paramos projektų administravimo tobulinimo tyrimų metodologija, paskirtis, tyrimų vykdymo eigos aprašymas. Trečioje dalyje analizuojami tyrimų metu gauti duomenys, identifikuojamos pagrindinės ES struktūrinės paramos projektų administravimo problemos bei tobulinimo kryptys. Ketvirtoje dalyje siūloma sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo tobulinimo koncepcija, pasiūlomi tobulinimo būdai bei priemonės.

Pagrindiniai žodžiai: sveikatos apsaugos sektorius, ES struktūrinė parama, projektų administravimas, asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas, programų ir projektų vadyba.

ANOTATION

Valiukevičiūtė V. (2011) The health care sector of the EU structural assistance in the improvement of project management / Programme and Project Management Master's thesis. Head of PhD. Dr. B. Melnikas. - Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Policy and Management.

Master's thesis analyzed the EU structural support for the health sector, management system and its efficiency, during the administration of the emerging issues and provide suggestions for improving project management. The first part dealt with the theoretical aspect of the EU structural assistance in project management improvement needs and opportunities for the administration of the concept, analysis of the health sector's role in society, program and project management concept and

methodology. In the second part of the health care sector of the EU structural assistance projects to improve management research methodology, purpose, description of research in progress. The third part analyzes the study data, identification of key EU structural assistance in project management problems and development trends. The fourth paragraph is proposed in the health sector for the EU Structural Funds to improve project management concept, put forward for the improvement of methods and tools.

Key words: health care sector, the EU's structural support, project management, personal health care quality and accessibility of programs and projects.

SANTRAUKA

Darbo tema: Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo tobulinimas. Sveikata – didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė, todėl valstybė turi sudaryti ir užtikrinti tinkamas sąlygas visuomenės sveikatos gerinimui bei jos išsaugojimui. Sveikatos apsaugos sektoriui yra skirta beveik 800 mln. Lt ES struktūrinės paramos lėšų, kurių tinkamas panaudojimas turi tiesioginę įtaką sveikatos apsaugos sektoriaus veiklai užtikrinant sveiką visuomenę bei jos išsaugojimą. Todėl sukurta projektų administravimo sistema turi užtikrinti efektyvų bei tinkamą lėšų panaudojimą. Įpusėjus ES struktūrinės paramos įsisavinimui pastebima, jog praktiškai administravimo sistema nepakankamai užtikrina lėšų įsisavinimo spartą, o tai parodo, kad sistemoje susiduriama su problemomis. Šio darbo tikslas - sveikatos apsaugos sektoriui skirtų ES struktūrinės paramos projektų administravimo praktikos analizė ir administravimo tobulinimo koncepcijos sukūrimas. Uždaviniai: išnagrinėti šiuolaikines sveikatos apsaugos plėtros ir politikos gaires bei taikymo galimybes Lietuvoje; remiantis mokslinė literatūra išanalizuoti šiuolaikinį požiūrį į programų ir projektų valdymą, jo ypatumus bei galimybes pritaikyti ES struktūrinės paramos projektų valdyme; išanalizuoti ES struktūrinės paramos projektų sveikatos apsaugos sektoriui administravimą, nustatyti administravimo sistemos trūkumus ir problemas; pateikti administravimo tobulinimo koncepciją. Remiantis mokslinės literatūros, lietuvių ir užsienio autorių darbais bei straipsniais, nustatomos sveikatos apsaugos sektoriaus tobulinimo galimybės, analizuojami šiuolaikiniai požiūriai į programų ir projektų valdymą bei taikomas metodikas. ES struktūrinės paramos projektų administravimo praktikos analizė atliekama naudojant teisės aktų, reglamentuojančių projektų administravimą analizės ir ekspertinio vertinimo, sveikatos apsaugos sektoriaus projektų administravimo duomenų Ex-post-facto tyrimo, projektų administravimo sistemos dalyvių apklausos metodus. Tyrimai parodė, kad administruojant ES struktūrinės paramos projektus daugiausiai problemų kyla dėl nepakankamos sistemos dalyvių kompetencijos. Be to nustatyta, kad sveikatos

apsaugos projektų administravimas nepakankamai užtikrina sektoriaus problemų sprendimą, kadangi ES struktūrinės paramos planavimas yra atskirtas nuo bendro sveikatos apsaugos sektoriaus strateginio planavimo. Atliktas sveikatos apsaugos sektoriaus projektų administravimo vertinimas gali būti naudingas Sveikatos apsaugos ministerijai planuojant 2014-2020 m. ES struktūrinės paramos etapo projektus bei patobulinant dabartinio ES struktūrinės paramos įsisavinimo etapo projektų administravimą.

SUMMARY

Thesis: Improvement of project management for the EU structural assistance of the health sector. Health - the largest social and economic value, therefore the state must establish and ensure the right conditions for improvement of public health and its preservation. Health sector is allocated almost 800 million of the EU structural funds, which appropriate use has a direct impact on health sector activities to ensure a healthy society and its preservation. Therefore, established project administration system has to ensure efficient and proper use of funds. Halfway through the EU Structural Funds absorption, it is observed that in practice administration system does not ensure the absorption rate, which shows that the system has problems. The aim of this thesis - the analysis of the EU Structural Funds project management practices in the health sector and the creation of the administration concept development. **Objectives:** to examine the development of modern health care and policy guidelines and application opportunities in Lithuania; based on the scientific literature to analyze the contemporary approach to the management of programs and projects and applied methodology; perform EU structural assistance, its features and capabilities analysis in project management analysis of the EU structural assistance projects in the health sector administration, an administration weaknesses and problems, the concept of development administration. Based on scientific literature, Lithuanian and foreign authors, works, and shall be determined by the health care sector to improve access, analyze contemporary approaches to program and project management, and applied methodologies. EU structural assistance in project management practice analysis is performed using the law governing the administration of the project analysis and expert evaluation of health sector projects, administration, data ex-post facto research, project participants in the survey administration methods. Studies have shown that the most problems arise in administration of EU structural assistance projects due to lack of competence of participants in the system. In addition, it was found that health projects under the administration of the sector ensures problem-solving, whereas the EU structural assistance planning is separated from the general health sector strategic planning. The medical care sector, project management assessment may be useful in planning the 2014-2020 Phase of the EU structural assistance projects by the Ministry of Health and to improve the current EU structural assistance in the development phase of the project administration.

PRIEDAI

Priedas Nr. 1 ES struktūrinės paramos priemonių detalizavimas

Priemonės	Įgyvendini- mo pradžia	Įgyven- dinimo laikotar- pis (mėn.)	Projektų skaičius (vnt.)	Numatytas finansavimas (tūkst. Lt)	Skirtas finansavimas (sudarytų sutarčių vertė, tūkst. Lt)	Sudarytų sutarčių vertės dalis nuo numatyto finansavimo	Įsisavintų lėšų dalis nuo skirto finansavimo	Remiamos veiklos
SAM-01-V	2010.07.30	15	1 (34 partneriai)	171.964,71 Lt	156.475,57 Lt	90,99%	16,89%	• šeimos gydytojų aprūpinimas papildoma medicinos įranga (elektrokardiografais su kompiuterinio ryšio galimybe) efektyvesnei širdies ir kraujagyslių ligų diagnostikai; • sveikatos priežiūros įstaigų kabinetų, kuriuose teikiamos ambulatorinės kardiologinės ir neurologinės paslaugos, aprūpinimas diagnostine įranga; • įstaigų, teikiančių stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas širdies ir kraujagyslių ligų srityje, aprūpinimas diagnostine ir gydymo įranga; • universiteto ligoninių aprūpinimas pažangiomis širdies ir kraujagyslių ligų diagnostikos ir gydymo technologijomis; • naujų širdies ir kraujagyslių ligų diagnostikos ir gydymo metodų įdiegimas; • patalpų, susijusių su širdies ir kraujagyslių ligų diagnostika ir gydymu, atnaujinimas.
SAM-02-V	2009.10.29	24	15	151.170,60 Lt	148.046,89 Lt	97,93%	20,31%	sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių institucinę (nestacionarią ar stacionarią) skubią medicinos pagalbą traumų ir kitais išorinių priežasčių sąlygotų būklių atvejais, infrastruktūros modernizavimas: statinių ir / ar patalpų (priėmimo ir skubiosios pagalbos skyrių, operacinių,

								reanimacijos ir intensyviosios terapijos, kitų skyrių), tiesiogiai susijusių su skubios medicinos pagalbos teikimu, statyba, rekonstravimas ir remontas; reikiamos įrangos ir baldų įsigijimas.
SAM-03-V	2008.10.29	10	1	27.305,88 Lt	27.305,88 Lt	100,00%	100,00%	Greitąją medicinos pagalbą ir skubią konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą teikiančių įstaigų aprūpinimas automobiliais su šiuolaikine specialia medicinos įranga, moderniomis ryšio priemonėmis ir automobilių buvimo vietos nustatymo įranga.
SAM-04-V	2009.05.15	29	9	147.258,82 Lt	142.549,00 Lt	96,80%	68,19%	• investicijos į onkologinių susirgimų diagnostikos įrangą; • investicijos į onkologinių susirgimų gydymo įrangą; • investicijos į gydymo įstaigų, teikiančių onkologijos paslaugas, patalpų remontą (rekonstravimą). • investicijos į veikiančiuose kaulų čiulpu transplantacijos centruose visiškai izoliuotų vienviečių palatų su laminarine oro tėkmės ventiliacija ir oro kondicionieriais remontą, rekonstrukciją arba naujų palatų įrengimą; palatų aprūpinimą reikiama medicinos ir laboratorine įranga
SAM-05-V	2009.10.07	24	5	15.000,00 Lt	12.098,79 Lt	80,66%	20,33%	regioninių diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įsteigimas (iki 5) – investuojant į patalpų remontą (rekonstravimą) ir įrengimą, kad būtų sukurta saugi ir patogi pacientams ir personalui aplinka, kiemelių įrengimą, reikiamą įrangą ir transportą, skirtą mobiliosioms paslaugoms teikti.
SAM-06-V	2009.06.19	28	8	14.935,00 Lt	14.436,75 Lt	96,66%	62,98%	• stacionariosios psichiatrijos

								infrastruktūros modernizavimas – investavimas į 5 įstaigų, kuriose teikiama stacionari pagalba ūmių psichikos sutrikimų atvejais ir užtikrinami būtini žmogiškieji ištekliai, patalpų remontą (rekonstravimą) ir įrengimą, kad būtų sukurta saugi ir patogė pacientams ir personalui aplinka, aprūpinimą šiuolaikinėmis specialios priežiūros priemonėmis, reikiama medicinos įranga, kiemelių įrengimą; • teismo psichiatrijos paslaugų ir teismo psichiatrijos padalinių infrastruktūros tobulinimas – investavimas į teismo ekspertizės stacionaro modernizavimą, patalpų remontą ir gydymo sąlygų gerinimą.
SAM-07-V	2009.03.31	30	1	653,24 Lt	653,23 Lt	100,00%	89,08%	Įstaigos, vykdančios psichikos sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo ir stebėsenos veiklą, infrastruktūros atnaujinimas – investavimas į patalpų rekonstravimą (remontą), reikiamą (biuro, kompiuterinę, programinę ir kitą) įrangą, transporto, kuris užtikrintų galimybę vyksti į įstaigas, teikiančias psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, atlikti vertinimo ir stebėsenos, įsigijimas
SAM-08-R	2010.07.20	15	26	59.411,77 Lt	32.088,23 Lt	54,01%	12,33%	• sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros modernizavimas: statinių ir / ar patalpų, susijusių su psichiatrijos dienos stacionaro paslaugų teikimu, statyba, rekonstravimas, remontas ir įrengimas; • reikiamos įrangos ir baldų įsigijimas
SAM-09-R	2010.05.25	17	5	10.000,00 Lt	8.292,81 Lt	82,93%	5,27%	• patalpų (kambarių, skirtų pacientams stebėti ir gydyti iki 10 parų, kabinetų, skirtų bendroms pacientų, personalo

								reikmėms ir psichoterapijos užsiėmimams) remontas / rekonstravimas ir ėrengimas; • kitų patalpų, susijusių su psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, esant krizinėms situacijoms, remontas / rekonstravimas ir ėrengimas; • reikalingos įrangos ir baldų ėsigijimas; • automobilių, skirtų mobiliosioms paslaugoms teikti, ėsigijimas
SAM-10-V	2009.08.21	26	99	296.331,71 Lt	295.646,49 Lt	99,77%	41,51%	• ėstaigų aprūpinimas diagnostine medicinos įranga antrinio lygio ambulatorinėms paslaugoms teikti ir patalpų, susijusių su antrinio lygio ambulatorinių paslaugų teikimu, remontas / rekonstrukcija; • ėstaigų aprūpinimas medicinos įranga medicininės ambulatorinės reabilitacijos paslaugoms teikti ir patalpų, susijusių su medicininės ambulatorinės reabilitacijos paslaugų teikimu, remontas / rekonstrukcija; • viešųjų asmens sveikatos priežiūros ėstaigų, teikiančių slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas, infrastruktūros atnaujinimas ir plėtra – aprūpinimas būtina medicinos ir slaugos įranga, patalpų remontas / rekonstrukcija, naujų palaikomojo gydymo ir slaugos lovų ėsteigimas; • paliatyviosios pagalbos stacionarinių lovų, aprūpintų reikiama medicinos įranga, ėsteigimas viešosiose asmens sveikatos priežiūros ėstaigose bei šių ėstaigų patalpų, susijusių su paliatyviosios pagalbos teikimu, remontas / rekonstrukcija;

								• įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių atnaujinimas – statinių ir (ar) patalpų statyba, rekonstravimas ir remontas, pasenusios diagnostikos ir gydymo įrangos keitimas arba šių įstaigų aprūpinimas nauja diagnostikos ir gydymo įranga, mediciniais ir biuro baldais, ligoniams pervežti skirtais (A tipo) greitosios medicinos pagalbos automobiliais su būtina medicinos įranga; • įstaigų, teikiančių dienos chirurgijos paslaugas, aprūpinimas medicinos įranga dienos chirurgijos paslaugoms teikti ir patalpų, susijusių su dienos chirurgijos paslaugų teikimu, remontas / rekonstrukcija
SAM-11-R	2010.05.04	17	27	15.294,12 Lt	14.039,19 Lt	91,79%	45,32%	savivaldybių visuomenės sveikatos biurų modernizavimas (materialinės bazės kūrimas), investuojant į patalpų remontą / rekonstrukciją, darbo vietų įrengimą (kompiuterių bei programinės įrangos, biuro baldų ir kitos įrangos įsigijimą) bei transporto, ryšių priemonių įsigijimą.
SAM-12-K	2010.08.24	14	37	20.823,53 Lt	17.132,15 Lt	82,27%	73,66%	• privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių antrinio lygio ambulatorines paslaugas, aprūpinimas diagnostine medicinos įranga antrinio lygio ambulatorinėms paslaugoms teikti ir patalpų, susijusių su antrinio lygio ambulatorinių paslaugų teikimu, remontas / rekonstrukcija; • privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių dienos chirurgijos paslaugas, aprūpinimas medicinos įranga

								dienos chirurgijos paslaugoms teikti ir patalpų, susijusių su dienos chirurgijos paslaugų teikimu, remontas / rekonstrukcija
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šaltinis: sudaryta remiantis esparama.lt duomenimis

Priedas Nr. 2 CPVA darbuotojų apklausos klausimynas

1. Kaip vertinate projektų valstybės planavimo būdo tinkamumą Sveikatos apsaugos sektoriaus projektams atrinkti?

1 2 3 4 5
netinkamas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ tinkamas

2. Aprašykite savo vertinimą

3. Kaip vertinate projektų regioninio planavimo būdo tinkamumą Sveikatos apsaugos sektoriaus projektams atrinkti?

1 2 3 4 5
netinkamas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ tinkamas

4. Aprašykite savo vertinimą

5. Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtinti valstybės projektų sąrašai pasižymi detaliu projektų aprašymu, išskiriant planuojamas vykdyti veiklas bei nurodant tikslius patalpų plotus ir planuojamos įsigyti įrangos sąrašus. Kaip tai vertinate?

	taip	labiau taip nei ne	Labiau ne nei taip	ne
Palengvina paraiškų vertinimo procesą, kadangi jau aišku kas kiek ir ko turi būti padaroma	☐	☐	☐	☐
Neleidžia nukrypti nuo pradinės projekto idėjos	☐	☐	☐	☐
Trukdo paraiškų vertinimo procesui, kadangi pasikeitus įstaigos	☐	☐	☐	☐

poreikiams, būtina inicijuoti sąrašo keitimą, kas reikalauja papildomo laiko

Trukdo paraiškų vertinimo procesui, kadangi detalus sąrašas neleidžia tinkamai atlikti projekto įgyvendinimo alternatyvų analizės

☐ ☐ ☐ ☐

Tai būtinas įrankis SAM sveikatos priežiūros paslaugų planavimui ir tolygiam paskirstymui

☐ ☐ ☐ ☐

6. Gal turite kitų pastebėjimų dėl valstybės projektų sąrašų detalumo?



7. Paraiškų dėl projekto finansavimo, atrinktų valstybinio planavimo būdu, vertinimo metu kylančios problemos: (daug galimų atsakymų)

- ☐ Finansavimo sąlygų aprašo nuostatos ir reikalavimai nėra aiškūs
- ☐ Paraiškos parengtos netinkamai, nekokybiškai
- ☐ Pareiškėjo kompetencijų stoka paraiškų rengime
- ☐ Pareiškėjo atsainumas koreguojant ar teikiant papildomus dokumentus, manant, kad paraiška vis tiek nebus atmesta
- ☐ Paraiška neatitinka valstybės projektų sąrašo
- ☐ Pareiškėjas neatsižvelgia į vertintojo pastabas
- ☐ Problemų nekyla
- ☐ Kita

8. Paraiškų dėl projekto finansavimo, atrinktų regioninio planavimo būdu, vertinimo metu kylančios problemos: (daug galimų atsakymų)

- ☐ Finansavimo sąlygų aprašo nuostatos ir reikalavimai nėra aiškūs
- ☐ Paraiškos parengtos netinkamai, nekokybiškai
- ☐ Pareiškėjo kompetencijų stoka paraiškų rengime

- ☐ Pareiškėjo atsainumas koreguojant ar teikiant papildomus dokumentus, manant, kad paraiška vis tiek nebus atmesta
- ☐ Paraiška neatitinka regiono projektų sąrašo
- ☐ Pareiškėjas neatsižvelgia į vertintojo pastabas
- ☐ Problemų nekyla
- ☐ Kita

9. Paraiškų dėl projekto finansavimo, pateiktų konkurso būdu, vertinimo metu kylančios problemos: (daug galimų atsakymų)

- ☐ Finansavimo sąlygų aprašo nuostatos ir reikalavimai nėra aiškūs
- ☐ Paraiškos parengtos netinkamai, nekokybiškai
- ☐ Pareiškėjo kompetencijų stoka paraiškų rengime
- ☐ Pareiškėjo atsainumas koreguojant ar teikiant papildomus dokumentus, manant, kad paraiška vis tiek nebus atmesta
- ☐ Pareiškėjas neatsižvelgia į vertintojo pastabas
- ☐ Problemų nekyla
- ☐ Kita

10. Jūsų nuomone, kuris atrankos būdas yra tinkamiausias sveikatos apsaugos sektoriaus projektams atrinkti? Kodėl?

11. Kas dažniausiai įstaigoje paskiriamas atsakingu asmeniu už projekto įgyvendinimą, t.y. projekto vadovu? (1 - dažniausiai, 4 - rečiausiai)

Įstaigos direktorius

Įstaigos darbuotojas, kurio pagrindinė funkcija įstaigoje nėra projektų įgyvendinimas (pvz. direktoriaus pavaduotojas))

Įstaigoje dirbantis projektų vadovas, kurio pagrindinė funkcija - įstaigos projektų valdymas

Išorės ekspertas

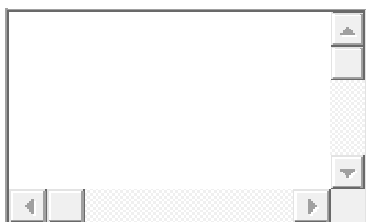
12. Jūsų nuomone, kas turėtų atlikti Projekto vadovo funkcijas?

- ☐ Įstaigos direktorius
- ☐ Įstaigos darbuotojas, kurio pagrindinė funkcija įstaigoje nėra projektų įgyvendinimas (pvz. direktoriaus pavaduotojas)
- ☐ Įstaigoje dirbantis projektų vadovas, kurio pagrindinė funkcija - įstaigos projektų valdymas
- ☐ Išorės ekspertas
- ☐ Kita

13. Kokia dalis Jūsų prižiūrimų projektų vykdytojų perka administravimo paslaugas siekiant užtikrinti sėkmingą projekto įgyvendinimą?

- ☐ 0-25 proc.
- ☐ 26-50 proc.
- ☐ 51-75 proc.
- ☐ 76-100 proc.

14. Kaip vertinate teikiamų projektų administravimo paslaugų kokybę ir poveikį projektų įgyvendinimo sėkmingumui?



15. Kokia dalis Jūsų prižiūrimų projektų baigtas/baigiasi/ar planuoja baigti įgyvendinimą laiku, t.y. iki sutartyje nustatyto termino?

- ☐ 0-25 proc.
- ☐ 26-50 proc.
- ☐ 51-75 proc.
- ☐ 76-100 proc.

16. Dėl kokių priežasčių, projektų įgyvendinimas nebaigiamas laiku (išdėstykite nuo dažniausiai pasitaikančios priežasties - 1, iki rečiausiai pasitaikančios priežasties - 6)

Teisminiai procesai dėl viešųjų pirkimų vykdymo

Užtruko viešieji pirkimai (pvz. dėl pasyvaus tiekėjų dalyvavimo, tinkamų pasiūlymų nepateikimo ar pan.))

Projekto vykdytojo veiklų nevykdymas laiku

Tiekėjų/rangovų vėlavimai

Netinkamas veiklų planavimas (pvz. neatsižvelgta į aplinkos sąlygas, sezoniškumą ir kitas išorines aplinkybes, kurias būtų galima iš anksto numatyti)

Užtruko pirkimo dokumentų, sutarties keitimo ir kt. dokumentų derinimas

17. Jeigu 16 klausime išvardintos ne visos priežastys, dėl kurių projektai neįgyvendinami laiku, prašome papildyti.

18. Jūsų nuomone, kas labiausiai lemia sėkmingą projektų įgyvendinimą? (pvz. tinkamos projektų valdymo grupės sudarymas, tinkamas planavimas, rizikų valdymas ir pan.)

19. Jūsų nuomone, ar šiuo metu galiojanti projektų administravimo sistema yra efektyvi ir užtikrina sėkmingą projektų įgyvendinimą? Jeigu ne, ką reikėtų tobulinti?

Ačiū už dalyvavimą apklausoje.

Priedas Nr. 3 Ekspertų interviu klausimynai

CPVA ekspertui užduoti klausimai:

1. Kaip vertinate 2007-2013 m. etape naudojamus projektų atrankos būdus: valstybinį planavimą ir regioninį planavimą? Ar jie pranašesni už konkurso būdu atranką sveikatos apsaugos sektoriaus atveju?
2. Kokias pagrindines problemas įvardintumėte, su kuriomis susiduriama vertinant paraiškas ir įgyvendinant projektus, kurie atrinkti valstybinio planavimo būdu? O regioninio planavimo?
3. Kaip vertintumėt preliminarinių paraiškų sudarinėjimą ir jų vertinimą?
4. Kaip vertinate SAM sudaromų valstybės sąrašų detalumą?
5. VP3-2.1-SAM-01-V Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas. Ši priemonė įgyvendinama vieno projekto vykdytojo su daug partnerių. Ar šio projekto administravimas yra sudėtingesnis nei kitų projektų, kurie įgyvendinami su vienu ar visai be partnerių?
6. Jūsų nuomone, ar yra geriau ir lengviau įgyvendinti daug smulkių projektų ar esant galimybei tuos projektus apjungti į vieną ir įgyvendinti vieną stambų projektą?
7. Ką keistumėte šioje projektų administravimo sistemoje?

SAM ekspertui užduoti klausimai:

1. Jau įpusėjo paramos įsisavinimas, gal jau galite pakomentuoti, ar pasiteisino šiuo periodu nauji projektų atrankos būdai: valstybinis ir regioninis planavimas?
2. Kaip vertinate regionų atrinktus projektus? Be to 8 priemonės vertinimo metu daug paraiškų buvo grąžinta pervertinimui, dėl kokių priežasčių?
3. Valstybės sąrašai sudaromi remiantis supaprastintomis paraiškomis, gal galėtumėte pakomentuoti su kokiomis problemomis teko susidurti nagrinėjant supaprastintas paraiškas ir sudarinėjant valstybės sąrašus?
4. Viena iš priemonių išsiskiria tuo, kad pagal priemonę įgyvendinamas vienas projektas vieno projekto vykdytojo su 34 partneriais. gal galite pakomentuoti kodėl supręsta būtent taip įgyvendinti šią priemonę. kaip vertinate ar toks priemonės įgyvendinimas pasiteisina, nes jau teko susidurti su supaprastintos paraiškos vertinimu bei paraiškos vertinimu, kuris užtruko ilgiau nei planuota?
5. Kokią priemonę išskirtumėte kaip problemiškesnę?
6. Kaip vertinate pačių medicinos įstaigų projektų įgyvendinimą ir prisidėjimą prie programų rodiklių pasiekimo?
7. Kaip vertinate projektų įgyvendinimo spartą?
8. Ką keistumėte šioje projektų administravimo sistemoje?

Priedas Nr. 4 Sveikatos priežiūros įstaigų apklausos klausimynas

1. Jūsų įstaiga įgyvendina ar įgyvendino projektus, kurie atrinkti šiais būdais: (daug galimų atsakymų)

- ☐ valstybinio planavimo būdu
- ☐ regioninio planavimo būdu
- ☐ konkurso būdu

2. Prašome įvertinti ES struktūrinės paramos projektų administravimo sistemą.

Taip Labiau taip nei ne Labiau ne nei taip Ne

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Paprasta ir padedanti projektų įgyvendinimui | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Dar vienas biurokratinis mechanizmas | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Nelanksti ir sunkinanti projektų įgyvendinimą | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

3. Paraiškų dėl projekto finansavimo rengimo, teikimo ir vertinimo metu kilusios problemos ar sunkumai (daug galimų atsakymų)

- ☐ Problemų ar sunkumų nekilo
- ☐ Labai dideli dokumentų rengimo reikalavimai, kuriuos buvo sunku išpildyti
- ☐ SAM / RPT patvirtinta didžiausia leistina projekto vertė buvo per maža įstaigos poreikiams tenkinti, todėl buvo sunku apibrėžti projekto apimtį
- ☐ Sunku suplanuoti veiklas ir jų įgyvendinimo trukmę
- ☐ Atliekant investicinio projekto finansinius ir ekonominius skaičiavimus sunku prognozuoti pinigų srautus
- ☐ Vertinusios įstaigos pertekliniai reikalavimai
- ☐ Ilgas paraiškos vertinimas
- ☐ Kita

4. Ar naudojotės projektų administravimo paslaugomis?

- ☐ taip

☐ ne

5. Dėl kokių priežasčių buvo nuspręsta pirkti projektų administravimo paslaugas? (daug galimų atsakymų)

- ☐ Neturime patirties projektų įgyvendinime ir administravime
- ☐ Neturime nei žmogiškųjų išteklių nei laiko
- ☐ Manome, kad "tegu dirba tai išmanantys specialistai"
- ☐ Įkalbėjo projektų administravimo paslaugas teikianti įmonė
- ☐ Kita

6. Projekto įgyvendinimo metu kylančios problemos: (daug galimų atsakymų)

- ☐ Viešųjų pirkimų procedūros užtrunka ilgiau nei įprastai
- ☐ Prasta tiekėjų paslaugų ir/ar darbų kokybė
- ☐ Ilgas dokumentų derinimas su Įgyvendinančiąja institucija ir SAM
- ☐ Atsiradusios nenumatytos aplinkybės, pareikalavusios papildomų lėšų
- ☐ Ilgas mokėjimo prašymų vertinimas, todėl vėluojama atsiskaityti su tiekėjais
- ☐ Problemų nekilo
- ☐ Kita

7. Kokiais projektų valdymo metodais naudojotės įgyvendindami projektą?

- ☐ Naudojame projektų valdymo informacinę sistemą (projektų valdymo programą)
- ☐ Organizuojame projektų valdymo grupės susirinkimus
- ☐ Už visus projekto valdymo procesus atsakingas projektų vadovas, kuris viską prižiūri ir kitokių priemonių ar metodų nesiimame
- ☐ Šiam darbui nupirkto projekto administravimo paslaugos ir jie už tai atsakingi
- ☐ Kita

8. Jūsų nuomone, kas yra svarbiausia įgyvendinant projektą? Išdėstykite atsakymus nuo svarbiausio - 1 iki mažiau svarbaus - 4.

Laikytis projekto administravimo reikalavimų

Igyvendinti projektą neviršijant projekto biudžeto sumos

Kokybiškai pasiekti projekto tikslą ir uždavinius

Projektą įgyvendinti iki nustatyto termino

9. Jūsų nuomone, kokių sričių valdymas turintis didžiausią įtaką sėkmingam projekto įgyvendinimui? (daug galimų atsakymų)

- ☐ Apimties valdymas
- ☐ Laiko valdymas
- ☐ Kaštų valdymas
- ☐ Kokybės valdymas
- ☐ Komunikacijos valdymas
- ☐ Rizikos valdymas
- ☐ Pirkimų valdymas
- ☐ Personalo valdymas
- ☐ Projekto visumos valdymas

10. Jūsų pastabos ir komentarai apie ES struktūrinės paramos administravimą