

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETO
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO KATEDRA**

Virginijus Jakutis

Viešojo administravimo studijų programos
Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo specializacija

**Veiklos efektyvumo vertinimas
VUL Santariškių klinikų Širdies chirurgijos centre**

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovė- prof. D. Jankauskienė

Vilnius, 2011

SANTRUMPOS.....	3
ĮVADAS.....	4
1. Literatūros ir teisės aktų apžvalga.....	7
1.1. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo siekis LR teisės aktuose.....	7
1.2. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo siekis tarptautiniuose sveikatos politikos dokumentuose.....	14
1.3. Veiklos efektyvumas sveikatos politikos literatūroje. Poreikis matuoti veiklos efektyvumą sveikatos priežiūros sistemoje.....	17
2. Metodologinė dalis (Efektyvumo rodikliai ir efektyvumo vertinimo metodo pasirinkimas).....	23
2.1. Subalansuotų veiklos efektyvumo rodiklių sistema (SVERS).....	24
2.1.1. Istorija.....	26
2.1.2. Naudojimas.....	26
2.1.3. Originali metodika.....	27
2.1.4. Patobulinta metodika.....	27
2.1.5. Populiarumas.....	28
2.1.6. Keturi perspektivos.....	29
2.1.7. Pagrindiniai veiklos indikatoriai.....	31
2.1.8. Efektyvumo ir veiklos įvertinimo apjungimas su strategija.....	32
2.1.9. Strateginis žemėlapis.....	32
2.1.10. SVERS rodiklių lentelė.....	32
2.2. Taikymas sveikatos apsaugos sistemoje.....	32
2.3. Rodikliai.....	36
3. Ligoninių veiklos efektyvumas ir efektyvumo vertinimo modeliai VUL SK širdies chirurgijos centre.....	40
3.1. Esama situacija.....	40
3.2. Veiklos efektyvumo modelio adaptavimas (kūrimas) VUL SK ŠCHC.....	40
3.3. Veiklos efektyvumo matavimas, remiantis sukurtu modeliu.....	43
IŠVADOS IR PASIŪLYMAI.....	46
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	47
SANTRAUKA.....	52
SANTRAUKA ANGLŲ KALBA.....	52
PRIEDAI.....	53

Santrumpos

BVP- bendrasis vidaus produktas

ECHI- Health indicators for the European Community

ES- Europos sąjunga

LNSS- Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema

LR- Lietuvos respublika

LRV- Lietuvos respublikos vyriausybė

PSDF- privalomojo sveikatos draudimo fondas

PSO- pasaulio sveikatos organizacija

SAM- sveikatos apsaugos ministerija

SP- sveikatos priežiūra

SPS- sveikatos priežiūros sistema

SVERS- subalansuotų veiklos efektyvumo rodiklių sistema (metodas)

VLK- valstybinė ligonių kasa

VMAI- valstybinė medicininio audito inspekcija

VUL SK- VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos

VUL SK ŠCHC- VUL SK Širdies chirurgijos centras

Įvadas

Ekonomiškai pagrįstas efektyvumas – aukščiausios kokybės sveikatos priežiūros bei sveikatos paslaugų derinio, duodančio geriausius sveikatos rezultatus, užtikrinimas mažiausiomis sąnaudomis¹.

Per pastaruosius kelis dešimtmečius visame pasaulyje išlaidos sveikatos apsaugai išaugo labai ženkliai ir sudaro nemažą procentą nuo BVP². Manoma, kad nemaža dalimi prie to prisidėjo sveikatos priežiūros įstaigų neefektyvumas. Tai iššaukė du lygiagrečius procesus- politikai pradėjo domėtis išlaidomis sveikatos apsaugai. Taip pat pasirodė daugybė literatūros skirtos empiriniam efektyvumo vertinimui. Efektyvumo tyrimai buvo atliekami tiek ligoninėse, tiek kitose su sveikatos apsauga susijusiose įstaigose- slaugos namuose, sanatorijose ir pan. Visi tyrimai turėjo bendrą akcentą- augančius sveikatos apsaugos kaštus, šitų kaštų įtaka mokesčiams ir privačiam sektoriui. Iš kitos puses SP technologijos keičiasi labai greitai. Naujos technologijos diegiamos norint išgydyti kuo daugiau ir sudėtingesnių ligonių. Tačiau jos diegiamos nepamatavus kainos-efektyvumo santykio. Senėjanti visuomenė didina tiek naujų technologijų poreikį, tiek rūpestį didėjančiomis išlaidomis medicinai.

Dėmesys sveikatos sistemos efektyvumui buvo parodytas 2000m. PSO pasaulio sveikatos ataskaitoje³ (World health report). 191 šalis buvo vertinama pagal įvairius sveikatos sistemos rodiklius, tame tarpe ir veiklos efektyvumą.

Visame pasaulyje padidėjęs domėjimasis sveikatos apsaugai skiriamomis lėšomis, veikla ir rezultatais gali būti susijęs su padidėjusiu poreikiu politikams atsiskaityti visuomenei bei su tuo, kad informacinių sistemų tobulėjimas įgalina pamatuoti tam tikrus efektyvumo rodiklius⁴. Politikams efektyvumo sąvoka reiškia tai, kad jie gali žinoti ir palyginti, kokių rezultatų galima tikėtis ir kokių tikslų galima pasiekti išleidus vienokią ar kitokią pinigų sumą. Ši efektyvumo sąvoka prilygsta ekonomistų kainos-efektyvumo arba buhalterių kainos-kokybės santykio koncepcijoms. Sveikatos apsaugos efektyvumo rodikliai svarbūs vyriausybei, ekonomistams, sveikatos paslaugų tiekėjams, sveikatos paslaugų pirkėjams, mokesčių mokėtojams ir visai visuomenei. Vyriausybės turi aiškų interesą vertinant efektyvumą, nes viešasis finansavimas vienokiu ar kitokiu būdu yra pagrindinis sveikatos apsaugos

¹ Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005– 2010 m. programa, <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=242167&p_query=&p_tr2=> [žiūrėta 2010-02-20]

²Kenton B. Walker, „Improving hospital performance and productivity with the balanced scorecard“, *Academy of Health Care Management Journal* 2, 2006, p. 85.

finansavimas, taigi vyriausybė nori ir turi žinoti, kaip efektyviai naudojami pinigai, o visuomenė nori ir turi žinoti, kaip efektyviai leidžiami jų per mokesčius sumokėti pinigai.

Efektyvumo analizei ir matavimui neužtenka vieno rodiklio, tam reikia priemonių komplekso. Surasti toms priemonėms pasaulyje buvo kuriami įvairūs organizacijos efektyvumo analizės modeliai.

Lietuvoje praktiškai nuo pat nepriklausomybės atgavimo 1990m. buvo pradėtos sveikatos apsaugos sektoriaus reformos. Iš rusų gydytojo Semaško sukurtos sovietinės sveikatos apsaugos sistemos, kuri pasižymėjo kaip gana brangi, centralizuota, kontroliuojama valstybės, neefektyvi sistema, pereinama prie decentralizuotos, draudiminės medicinos kur didžiausią dalį sveikatos problemų sprendžia ambulatorinė medicinos grandis⁵.

Ekspertai ir mokslininkai diskutuoja kokia turėtų būti sveikatos apsaugos sistema. Ar ji turėtų būti biudžetinė ar mokama ar draudiminė. Koks santykis turėtų būti tarp valstybinės ir privačios medicinos, ambulatorinės ir stacionarios. Nors medicina įtakoja tik 10% mūsų sveikatos, o visoje medicinoje apie 80% sveikatos problemų turėtų būti sprendžiama ambulatorinėje grandyje, niekas nesiginčija, kad stacionarinė medicinos pagalba yra reikalinga ir būtina. Universitetinėse ligoninėse dirba aukščiausios kvalifikacijos specialistai, sukaupia sudėtingiausia ir moderniausia aparatūra diagnozuoti ir gydyti sudėtingiems, komplikuotiems susirgimams. Čia vyksta mokymo, mokslo bei atradimų procesai, kurie stipriai įtakoja sveikatos apsaugą. Todėl stacionarinė grandis nėra ir tikriausiai niekada nebus pigi, tačiau ji privalo būti efektyvi. Lietuvos sveikatos politikos dokumentuose (Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje⁶, Lietuvos sveikatos programoje⁷) bei pasaulio pagrindiniuose sveikatos politikos dokumentuose ir gairėse (Almatos deklaracijoje, Otavos, Liubljanos, Džakartos, Bankoko chartijose, Sveikata visiems XXIa., ES visuomenės sveikatos strategijoje) pagrindinis dėmesys skiriamas pirminei sveikatos apsaugai, ligų

³ *The world health report 2000 - Health systems: improving performance*, <<http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>> [žiūrėta 2011-02-02]

⁴ Smith P.C., *Measuring up: improving the performance of health systems in OECD countries*, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2002.

⁵ Černiauskas G., „Lietuvos sveikatos draudimo sistema tarptautinėje sveikatos valdymo koordinacijų sistemoje“, *Sveikatos draudimo plėtra Lietuvoje: problemos ir perspektyvos – konferencija, skirta sveikatos draudimo Lietuvoje 10-čiui paminėti*. Druskininkai, 2002.

⁶ Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija, Valstybės žinios, 1991, Nr. 33-893.

⁷ Lietuvos sveikatos programa, Valstybės žinios, 1998-07-17, Nr. 64-1842.

profilaktikai, visuomenės ugdymui, visuomenės sveikatos stiprinimui ir išsaugojimui, atsakomybės už sveikatą įgijimui ir pasidalinimui tarp visų sistemos dalių. Tretinio lygio stacionarus ir jų veiklą liečiančios informacijos, susijusios su efektyvumu, nėra arba yra labai nedaug.

Lietuvos sveikatos programoje apie tai rašoma⁷:

- Kauno medicinos universiteto ir Vilniaus universiteto klinikose plėtoti medicinos mokslą, mokymą ir praktiką, skirtą visų šalies gyventojų sunkioms ir komplikuotoms ligoms gydyti;

- gerinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ir jose teikiamų paslaugų kokybę bei efektyvumą. - didinti teikiamų paslaugų asortimentą (sukurti nacionalinius standartus), periodiškai akredituoti šias įstaigas;

- mokyti bei kelti sveikatos priežiūros darbuotojų kvalifikaciją;

- racionalizuoti išteklius ir optimizuoti išlaidas sveikatos priežiūrai siekiant efektyviau naudoti lėšas bei gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę;

- optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų bei jų teikiamų paslaugų kieki;

- vykdyti asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimą ir akreditavimą bei parengti jų veiklos standartus;

- sutrumpinti vidutinę gydymosi stacionaruose trukmę.

Taigi, pasaulyje jau kurį laiką kreipiant didėjančią dėmesį į sveikatos sistemos efektyvumą, Lietuvoje efektyvumas yra tik pavienių ligoninių vyr. gydytojų lokali iniciatyva. Lietuvos sveikatos politikos dokumentuose ir teisės aktuose efektyvumo siekis yra nedidelis, neesminis, nesisteminis. Lietuviškoje literatūroje galima rasti nedaug mokslinių straipsnių efektyvumo tema, o efektyvumo modelių ar metodų, kuriuos galėtų taikyti platesnis ratas LNSS dalyvių nėra. Todėl pritaikius tinkamą veiklos efektyvumo vertinimo modelį, jį galima būtų naudoti ir kitiems stacionaro skyriams, centrams bei kitoms gydymo įstaigoms.

Darbo tikslas: sukurti kardiochirurgijos paslaugų teikimo efektyvumo vertinimo modelį ir jį panaudoti VUL SK Širdies chirurgijos centro veiklos efektyvumui vertinti.

Uždaviniai:

1. Įvertinti VUL SK širdies chirurgijos centro veiklos rodiklius ir jų atitikimą nacionaliniams teisės aktams sveikatos apsaugos reformos kontekste, bei atitikimą tarptautiniams sveikatos politikos dokumentams.

2. Išnagrinėti veiklos efektyvumo vertinimo modelius ir parinkti bei pritaikyti vieną iš jų VUL SK širdies chirurgijos centrui.

3. Išbandyti sukurtą vertinimo modelį VUL SK širdies chirurgijos centre.

4. Pateikti pasiūlymus gerinti VUL SK širdies chirurgijos centro veiklą.

Darbo objektas :

VUL SK Širdies chirurgijos centro veiklos efektyvumo matavimas ir vertinimas.

Darbo dalykas:

VUL SK širdies chirurgijos centro veiklos efektyvumas.

1. Literatūros ir teisės aktų apžvalga

1.1. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo siekis LR teisės aktuose

Lietuvoje asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklą reglamentuoja įstatymai. Asmens sveikatos priežiūros kokybę nusako šie sveikatinimo įstatymai: Sveikatos sistemos įstatymas, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, kiti įstatymai ir poįstatyminiai teisės aktai. Pagal Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymą⁸, asmens sveikatos priežiūros būtinosios sąlygos yra prieinamumas, priimtinumai, teisingumas ir tinkamumas. Šias sąlygas turi garantuoti kiekvienas sveikatinimo veiklos subjektas. Sveikatos priežiūros tinkamumas - tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą.

Apie viešąsias paslaugas (tame tarpe ir sveikatos priežiūrą), jų kokybę bei efektyvumą kalbama LR vyriausybės numatytuose 2012m. prioritetuose: „valstybės lėšos bus naudojamos efektyviai, o sutaupytos lėšos skiriamos paslaugų kokybei gerinti. Bus užtikrinta asmenų, kurie kreipiasi į viešojo administravimo institucijas ir įstaigas, gera aptarnavimo kokybė – didinamas paslaugų prieinamumas, garantuojamas viešumas ir mažinama administracinė našta“.⁹ Tą įgyvendinti pasirinktos kryptys:

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

⁸Lietuvos sveikatos sistemos įstatymas,
<http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=69452> [žiūrėta 2010-02-20]

⁹LR Vnutarimas „Dėl LR vyriausybės 2012 metų veiklos prioritetų“,
<http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=408916&p_query=&p_tr2=> [žiūrėta 2011-11-09]

- gerinti administracinių ir viešųjų paslaugų teikimą: užtikrinti didesnę šių paslaugų prieinamumą perkeliant jas į elektroninę erdvę, susieti paslaugų kokybę su vartotojų pasitenkinimo rodikliais, veiksmingiau taikyti vieno langelio principą.

Numatytiems prioritetams ir tikslams pasiekti LR vyriausybė tuo pačiu nutarimu nustatė ir svarbiausius darbus. Žr. 1a ir 1b lentelės. (Žr. Prieduose).

Apie ekonomiškai pagrįstą efektyvumą kalbama sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programoje¹⁰ - ekonomiškai pagrįstą efektyvumą – aukščiausios kokybės sveikatos priežiūros bei sveikatos paslaugų derinio, duodančio geriausius sveikatos rezultatus, užtikrinimas mažiausiais kaštais. Tai yra viena iš kertinių kokybės dimensijų. Sveikatos priežiūros kokybę įtakoja ir lemia dauguma nacionaliniame, apskričių, savivaldybių bei sveikatos priežiūros įstaigų lygmenyse vykdomų intervencijų bei programų sveikatos priežiūros ir kituose sektoriuose, o taip pat kiti išorinės aplinkos faktoriai (tradicijos, susiformavusios praktikos ir kt.). Mokslinėje literatūroje, nagrinėjančioje sveikatos politiką taip pat daugiau kalbama apie kokybės politiką ir kokybės valdymą, nei apie efektyvumą, tačiau efektyvumas minimas, kaip viena iš sudėtinių kokybės dalių. O teigiami pokyčiai gerinant bet kurią iš SP komponentų teigiamai veikia ir kitus komponentus. Teigiami pokyčiai keliuose komponentuose sinergetiškai sumuojasi¹⁰

Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programoje cituojamas PSO dokumentas, kuriame kalbama apie efektyvumą: “PSO nustatė šiuos sveikatos priežiūros kokybės tikslus: aukštą profesionalumą, efektyvų išteklių panaudojimą, minimalią riziką pacientams, pacientų pasitenkinimą, galutinį poveikį sveikatai¹⁰“.

Vienas iš Valstybinės ligonių kasos deklaruojamų strateginių veiklos tikslų 2011-2013 metams yra efektyviai ir racionaliai naudoti PSDF biudžeto lėšas sveikatos priežiūrai¹¹. Taip pat optimizuoti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą, stiprinti pirminę sveikatos priežiūrą. Pastarajam strateginiam tikslui vertinti pasirinktas rodiklis yra stacionariųjų paslaugų kiekio, tenkančio 100-ai gyventojų, mažėjimas ir prioritetinių paslaugų kiekio, tenkančio 100-ai gyventojų, didėjimas. Kitas VLK strateginis tikslas yra suformuoti racionalesnę sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą,

¹⁰Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005– 2010 m. programa, <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_1?p_id=242167&p_query=&p_tr2=> [žiūrėta 2010-02-20]

¹¹*VLK strateginis veiklos planas*, <<http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=124>> [žiūrėta 2011-03-24]

kuri užtikrintų saugias ir kokybiškas paslaugas. Tam tikslui pasiekti naudojamos priemonės: ekonomiškai efektyvių paslaugų formų teikimo plėtojimas, bei sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo III etapo įgyvendinimas. VLK, kaip sveikatos politikos formuotoja, o kartu ir įgyvendintoja, efektyvumo siekį deklaruoja ir pagal LR sveikatos draudimo įstatymą, kuriame kalbama apie VLK teisę “atlikti finansinę bei ekonominę Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų naudojimo ir sveikatos priežiūros paslaugų struktūros, prieinamumo bei kokybės kitimo tendencijų analizę¹²“, taip pat „nustato privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimo rodiklius ir pagal juos vykdo šios sistemos stebėseną¹³”.

2003 metais, rengiant Vilniaus apskrities sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos planą, buvo patvirtinti ir uždaviniai, susiję su efektyvumu¹⁴:

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

Vienas iš šio restruktūrizacijos plano tikslų, buvo “užtikrinti geresnį gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikių patenkinimą, aukštesnę paslaugų kokybę, saugumą ir prieinamumą bei racionalesnį išteklių panaudojimą”. To siekiant buvo numatyta: “redukavimas stacionariųjų paslaugų apimtį bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse, mažinant nepagrįstai didelį hospitalizacijų skaičių ir vidutinę gulėjimo trukmę”, bei “užtikrinimas sąlygos, kad ambulatorinių, slaugos ir palaikomojo gydymo bei dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugų plėtra pilnai

¹²LR sveikatos draudimo įstatymo įgyvendinimo įstatymas,
<http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=34245> [Žiūrėta 2011-11-09]

¹³Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. sausio 23 d. įsakymo Nr. V-35 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo“ pakeitimo,
<http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=377816&p_query=&p_tr2>
=> [Žiūrėta 2011-11-09]

¹⁴LR SAM ministro įsakymas “Dėl Vilniaus ir Kauno apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų patvirtinimo”,
<http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=224940&p_query=&p_tr2>
=> [žiūrėta 2010-02-22]

kompensuotų stacionariųjų paslaugų redukavimą bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse”.

Plečiant ambulatorinę grandį, buvo planuojama stacionaro pacientų mažėjimas: “ligonių skaičius bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse sumažės nuo 196,3 tūkst. 2002 m. iki 174,7 tūkst. 2005 m., arba 11,0 procento, prognozuojant, kad pagal susiformavusias pacientų srautų tendencijas ir ateityje apie 3 proc. Vilniaus apskrities gyventojų gydysis kitų apskričių stacionarinėse įstaigose “, bei atitinkamai stacionariųjų lovų mažinimas: “sumažinant lovų skaičių bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse (be slaugos ir palaikomojo gydymo) nuo 7331 – 2002 m. iki 4510–4970 lovų 2005 m., t.y. 2821–2361 lovomis, arba 38,5-32,2 proc.”

Prognozuota, kad įgyvendinus planą, bus:

- racionaliau paskirstomi finansiniai, žmogiškieji ir materialiniai ištekliai, padidės jų naudojimo efektyvumas;

- restruktūrizavimo rezultate sutaupytos lėšos sudarys galimybę dengti kreditorinį išskolinimą, plėsti tyrimų ir medikamentų apimtį, gerinti pacientų aptarnavimą bei gydymo technologijas, didinti sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių darbuotojų darbo užmokestį ir gerinti jų darbo sąlygas, didinti paslaugų įkainius.

2007 metais antrajame Vilniaus apskrities sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etape¹⁵ numatyta optimizuoti stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą įgyvendinant diferencijuotus sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelius vertinant šiuos kriterijus: sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą, esamus finansinius, materialinius bei žmogiškuosius išteklius (pajamų ir išlaidų struktūra ir šaltiniai, finansinis rezultatas, etatų skaičius (šeimos gydytojų, gydytojų specialistų, slaugytojų, kito personalo), ilgalaikis ir trumpalaikis turtas, jo vertė (pradinė ir likutinė), prisirašiusiųjų gyventojų skaičius, suteiktų paslaugų skaičius).

Apie efektyvumo svarbą sveikatos apsaugos sistemoje byloja ir LR valstybės kontrolės 2010-2011m. atliktas Privalomojo sveikatos draudimo auditas, kurio tikslas buvo įvertinti ar privalomasis sveikatos draudimas valdomas efektyviai¹⁶.

¹⁵LR SAM ministro įsakymas “Dėl Vilniaus apskrities sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo plano patvirtinimo”, <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=303532> [žiūrėta 2010-02-21]

¹⁶ LR valstybės kontrolės Privalomojo sveikatos draudimo audito ataskaita, <<http://www.vkontrole.lt/failas.aspx?id=2309>> [žiūrėta 2011-03-23]

Lietuvos sveikatos sistemoje trūko ilgalaikės sveikatos politikos perspektyvos dokumento. Vykdam Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008–2012 metų programos įgyvendinimo priemones SAM įsakymu sudaryta darbo grupė parengė sveikatos sistemos plėtros 2011-2020 metais metmenų projektą¹⁷. Metmenų tikslas buvo Nustatyti nuoseklią ir kryptingą sveikatos sistemos plėtrą, siekiant sukurti efektyvesnę ir konkurencingesnę sveikatos sistemą, kuri:

- skatintų sveikatos ugdymą ir stiprinimą bei ligų prevenciją;
- skatintų sveikatos priežiūros paslaugų rinkos plėtrą sąžiningos konkurencijos sąlygomis;
- didintų sveikatos sistemos dalyvių paskatas veikti skaidriai;
- siektų užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, tinkamumą ir saugą;
- skatintų racionalų ir efektyvų išteklių naudojimą.

Metmenyse nurodoma, kad viena iš pagrindinių dabartinių sveikatos sistemos problemų yra nepakankamai efektyvi sveikatos priežiūros organizavimo sistema, kurią sąlygojo:

- nepakankamai efektyvus SP įstaigų valdymas;
- neužtikrintas tolygus biudžetinių ir viešųjų įstaigų finansavimas;
- nepakankamai veikiantys kontrolės ir stebėsenos mechanizmai;
- nepakankama konkurencija sveikatos sektoriuje ir tarp paslaugų teikėjų ir tarp paslaugų pirkėjų;
- nevienodos valstybinių ir privačių SP įstaigų veiklos sąlygos;
- dominuoja stacionarinės paslaugos, nepakankamai aktyviai plėtojamos alternatyvios paslaugų organizavimo formos;
- didelę sveikatos priežiūros specialistų darbo dalį užima veikla, tiesiogiai nesusijusi su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu.

¹⁷ LRS nutarimo "Dėl Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2011-2020 metais metmenų patvirtinimo" projektas ir metmenys,
<http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=400429&p_query=&p_tr2
=> [Žiūrėta 2011-06-30]

Vienas iš siūlomų problemų sprendimo būdų yra sveikatos priežiūros vadybos ir finansavimo tobulinimas, bei sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės ir saugos gerinimas. Tobulinant sveikatos priežiūros vadybą ir finansavimą siūloma:

- aiškiai atriboti sveikatos politiką formuojančių ir ją įgyvendinančių institucijų funkcijas;

- tobulinti privalomąjį sveikatos draudimą;

- diegti šalies mastu stacionarių paslaugų apmokėjimą, taikant giminingų diagnozių grupių (angl. *DRG – diagnosis-related groups*) metodą;

- siekti atsisakyti sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo per valstybės investicijų programą;

- apskaičiuoti realius sveikatos priežiūros paslaugų įkainius kaip pagrindinę prielaidą papildomajam (savanoriškajam) sveikatos draudimui įgyvendinti;

- sudaryti prielaidas papildomajam (savanoriškajam) sveikatos draudimui, laiduojančiam pacientams privalomojo sveikatos draudimo neapmokamų paslaugų kompensavimą ir papildomus finansinius išteklius sveikatos sistemai finansuoti bei kaip priemonę išvengti neoficialių mokėjimų;

- siekti, kad valstybės išlaidos sveikatos apsaugai sudarytų prielaidas pasiekti išsivysčiusių Europos Sąjungos valstybių narių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės rodiklius;

- užtikrinti viešą ir skaidrų sprendimų priėmimą;

- skatinti sveikatos priežiūros specialistų, pacientų organizacijas ir asociacijas jungtis į stambesnius vienetus;

- sudaryti lygias sąlygas ir vienodas galimybes teikti sveikatos priežiūros paslaugas valstybės ir privataus sektorių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams;

- tobulinti esamą asmens sveikatos priežiūros įstaigų nuosavybės valdymą;

- **patvirtinti ir įdiegti šalies mastu sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės bei efektyvumo vertinimo kriterijus ir rodiklių sistemą, atlikti reguliariai sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo lyginamąją analizę, sveikatos priežiūros įstaigų finansavimą labiau sieti su jų veiklos kokybe, efektyvumu ir rezultatyvumu;**

- parengti pirminės sveikatos priežiūros dalyvių skatinimo sistemą, įvertinant aptarnaujamos teritorijos gyventojų sergamumo, mirtingumo bei kitų sveikatos būklę atspindinčių rodiklių reikšmes;

- toliau prioriteto tvarka plėtoti šeimos gydytojo ir slaugytojo paslaugas, plečiant jų teikimo apimtį ir formas;

- skirti prioritetinę dėmesį vaikų sveikatai;

- tobulinti sveikatos priežiūros specialistų apmokėjimą už darbą, toliau diferencijuojant apmokėjimą už prisirašiusius gyventojus bei toliau palaipsniui didinant apmokėjimo už suteiktas paslaugas ir pasiektus veiklos rodiklius dalį;

- sukurti pirminės sveikatos priežiūros veiklos integracijos bandomąjį modelį, naudojant „atvejo vadybos“ principą;

- skatinti privačių pirminės sveikatos priežiūros įstaigų plėtrą;

- sudaryti vienodas konkurencines veiklos ir atsakomybės sąlygas visoms pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms, nepriklausomai nuo sveikatos priežiūros įstaigos nuosavybės formos;

- gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei gyventojų aptarnavimą, didinant slaugytojų / gydytojų santykį bei įvedant atskirą apmokėjimą už gydytojo ir slaugytojo paslaugas;

- siekti įteisinti galimybę privačioms pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms, dirbančioms pagal sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, naudotis valstybei ar savivaldybėms priklausančiu kilnojamuoju ir nekilnojamuoju turtu panaudos teise;

- diegti įvairias viešojo ir privataus sektorių bendradarbiavimo formas bei mažinti verslo plėtrą ribojančias sąlygas sveikatos priežiūros sektoriuje;

- plėtoti slaugos ir palaikomojo gydymo, paliatyviosios pagalbos, slaugos namuose bei skubios pagalbos paslaugas didinant jų apimtį;

- plėtoti specializuotas ambulatorines, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinės reabilitacijos ir psichikos sveikatos paslaugas;

- atlikti Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos įgyvendinimo rezultatų analizę, juos įvertinus tikslinti ligoninių suskirstymą pagal lygmenis, jose teikiamų paslaugų sąrašą, apimtį ir apmokėjimą;

- įdiegti be kaltės padarytos žalos atlyginimo modelį ir, nustačius šio modelio pagrįstumą, parengti tinkamą įstatymų bazę;

- vykdyti E. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programą;

- persvarstyti gydytojų funkcijas, siekiant sumažinti darbo, tiesiogiai nesusijusio su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, apimtį ir sveikatos priežiūros įstaigose skatinti šio darbo perdavimą kitų profesijų specialistams;

- persvarstyti slaugytojų funkcijas;
- sveikatos specialistų rengimo ir kvalifikacijos tobulinimą derinti su sveikatos sistemos prioritetais;
- išplėsti rezidentūros bazių skaičių, planuojant jas sveikatos priežiūros įstaigose, atitinkančiose nustatytus kriterijus;
- įdiegti nepageidaujamų įvykių stebėsenos sistemą.

Nors LR įstatymuose netiesiogiai ir tiesiogiai kalbama apie efektyvumą, tačiau dažniausiai veiklos efektyvumas nėra įvardijamas kaip atskiras, pirminis, svarbiausias objektas. Efektyvumas įtraukiamas į bendrą sveikatos sistemos veiklą apibūdinančių rodiklių sudėtį ir yra minimas sudėtyje rodiklių tokių kaip asmens sveikatos priežiūros kokybė, prieinamumas, priimtumas, teisumas, tinkamumas. Veiklos efektyvumas kaip atskiras tikslas minimas pavieniuose dokumentuose. Nors ir deklaruojama, kad viena iš pagrindinių dabartinių sveikatos sistemos problemų yra nepakankamai efektyvi sveikatos priežiūros organizavimo sistema, vis dar nėra sisteminės veiklos efektyvumo vertinimo metodikos įvairiuose SP įstaigų lygiuose. LR įstatymuose ir kituose dokumentuose nepateikiami jokie konkretni veiklos efektyvumo vertinimo būdai ar kriterijai. Efektyvumas suprantamas labia siaurai, apsiribojant stacionaro lovų mažinimu ir hospitalizacijų redukavimu.

1.2 Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo siekis tarptautiniuose sveikatos politikos dokumentuose

Augant valstybių išlaidoms sveikatos apsaugai, didėja politikų dėmesys šioms išlaidoms, auga poreikis išleisti šias lėšas kuo efektyviau ir prieš rinkėjus atrodyti kuo gražiau. Medicinos technologijoms sparčiai vystantis didėja poreikis įsigyti naują aparatūrą, tačiau ne visada pamatuojama ar nauja technologija ir aparatūra bus efektyvi t.y. ar išleisti pinigai negali būti panaudojami efektyviau. Senstanti populiacija aukščiau minėtus veiksnius padaro dar svarbesnius ir keliančius didesnę iššūkį. Galų gale informacinių technologijų revoliucija įgalina kaupti ir analizuoti įvairius duomenis. Apibendrinama tarptautinę nuomonę šiuo klausimu 2000m. PSO išleido ataskaitą¹⁸ (World Health Report), skirtą nagrinėti sveikatos sistemos

¹⁸ The world health report 2000 - Health systems: improving performance, <<http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>> [Žiūrėta 2011-02-02]

efektyvumą bei veiksnius, įtakojančius sveikatos sistemos efektyvumą. Ataskaita išprovokavo tarptautinius debatus ir begalę ginčų¹⁹. Kaip bebūtų, tai padeda ilgalaikėje perspektyvoje politikams objektyviau pažvelgti į sveikatos sistemą, pamatyti kaip efektyviai naudojami resursai ir kaip efektyvumas gali būti matuojamas. Vėliau įvykusi tarptautinė konferencija, kurią organizavo tarptautinė ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija²⁰, patvirtino bendrą politikų rūpesti matuoti sveikatos sistemos efektyvumą.

Pasaulio sveikatos organizacija 2006m. išleidusi dokumentą „Quality of care: a process for making strategic choices in health systems“²¹, efektyvumą priskiria vienai iš šešių pagrindinių dimensijų, kurios sąlygoja sveikatos paslaugų kokybę. Dokumente efektyvumas nusakomas kaip maksimalus esamų resursų panaudojimas ir nuostolių išvengimas.

PSO programoje „Sveikata visiems 21 amžiuje“²² kalbama, kad reikalingų išteklių planavimas turi būti pagrįstas sveikatos rezultatų, pacientų pasitenkinimo ir ekonominio efektyvumo pagrindais.

2000 Europos Komisija priėmė Naujos visuomenės sveikatos strategiją²³, kurioje pažymi, kad „pagrindinis akcentas turėtų būti gera sveikatos priežiūros praktika- sveikatos stiprinimas, ligų prevencija, diagnostika ir gydymas, SP saugumas, našumas, veiksmingumas ir ekonominis efektyvumas“.

Kaip matome, apie efektyvumą sveikatos priežiūros įstaigose užsimena tik pavieniai Europos ir Lietuvos teisės aktai. Nėra vieningos ir detalios sistemos ar požiūrio į ligoninių veiklos efektyvumą. Tai paliekama spręsti ligoninių ir jų struktūrinių padalinių vadovams. Trūksta šios srities terminologijos. Nors VMAI nuostatuose²⁴ 9.5. punkte rašoma, kad Valstybinė medicininio audito inspekcija

¹⁹ Williams A., „Science or marketing at WHO? A commentary on World Health Report 2000“, *Health Economics* 10, 2001, p. 93.

²⁰ *Report on Workshop organised by the OECD*, <www.oecd.org/dataoecd/61/9/37903961.pdf> [žiūrėta 2011-02-12]

²¹ *World Health Organisation Quality of care*, <http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf> [žiūrėta 2011-02-12]

²² *Sveikata 21. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione*, Vilnius. LR Sveikatos apsaugos ministerija, 1998.

²³ Europos Komisija. *Naujos visuomenės sveikatos strategija*, 2000, p. 48.

²⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. lapkričio 16 d. įsakymas Nr. V-941 „Valstybinės medicininio audito inspekcijos prie sveikatos apsaugos ministerijos nuostatai“.

„įvertina sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų ekonominį efektyvumą“, tačiau realiai ji šios funkcijos nevykdo, daugiausia laiko ir dėmesio skirdama išoriniams SP įstaigų auditams ir atitikties vertinimo procedūroms atlikti bei kokybės priežiūrai.

Ligoninės efektyvumo matavimo sistemas vysto ir diegia lėtai ir neretai formaliai²⁵. Pirminė problema yra ta, kad ligoninė turint omenyje jos kultūrinės, organizacines ir vadybines tradicijas yra nepelno siekianti įstaiga, dėl to neturinti jokios patirties ir sąlygų taikyti versle taikomų metodų įskaitant tiek efektyvumo matavimą, tiek pelno siekimą. Kitos priežastys, tokios kaip: personalas nekompetentingas tai atlikti (įskaitant gydytojus), medicininė veikla yra specifinė ir gali būti sunkiai išmatuojama, vertinama, interpretuojama ir sunkiai palyginama su kitomis sveikatos organizacijomis, ligoninėmis²⁶.

1.3. Veiklos efektyvumas sveikatos politikos literatūroje. Poreikis matuoti veiklos efektyvumą sveikatos priežiūros sistemoje

Efektyvumas- terminas, dažniausiai naudojamas ekonomikoje, reiškiantis geriausią resursų panaudojimą.

Dar 1957 mokslininkas Farrell, besidomintis statistika, ekonomika ir vadyba, sėkmingai kūrė sistemų ir organizacijų efektyvumo vertinimo modelius. Jis buvo vienas efektyvumo matavimo sveikatos priežiūros sistemoje pradininkų²⁷.

Nuo 1980 m. efektyvumo analizė buvo naudojama sveikatos sistemos produktyvumui vertinti. Studijų, nagrinėjančių efektyvumą SP srityje, per pastaruosius metus ženkliai padaugėjo.²⁸ Pav. 1. (Žr. Prieduose).

Dauguma studijų rėmėsi duomenų apgaubimo analizės technika (DEA- data envelopment analysis) ir stochastinių ribų analizės technika (SFA- stochastic frontier

²⁵Voelker K., Rakich J., French G., „The Balanced Scorecard in Healthcare Organizations: A Performance Measurement and Strategic Planning Method“, *Hospital Topics* 17, 2001, p. 1107.

²⁶Zelman W.N., Pink C.B., „Use of the Balanced Scorecard in Health Care“, *Journal of Health Care Finance* 29, 2003, p. 16.

²⁷Jacobs R., *Measuring efficiency in health care- analytic techniques and health policy*, Cambridge, 2006, p.26.

²⁸Street A., „How much confidence should we place in efficiency estimates?“, *Health Economics* 12(11), 2003, p.895.

analysis) ir buvo taikomi tiek bendrai²⁹³⁰ tiek sveikatos sistemoje³¹³². „Produkcija“ daugiausiai buvo skaičiuojama lovadieniais arba išrašymais iš ligoninės, nors kartais buvo skaičiuojama ir sveikatos būklės pasikeitimai, mirtingumas ar individuali paslaugų kokybė. Ištekliai daugiausia matuojami skaičiuojant personalo ir įrangos kaštus. Dauguma analizių tyrė techninį efektyvumą. Keletas tyrėjų naudojo kitus metodus. Pav. 2.

Pradedant Farrellu, ekonomistai išskiria dvi efektyvumo rūšis: techninis efektyvumas ir išteklių paskirstymo efektyvumas (alokacinis efektyvumas)³³. Techninis efektyvumas, tai produkcijos didinimas išlaikant tą patį išteklių lygį arba priešingai- išteklių mažinimas išlaikant tą patį produkcijos lygį. Šis neefektyvumas būna, esant prastam vadovavimui. Ieškant gamybos galimybių ribos, braižomi įvairūs išteklių naudojimo variantai produkcijai didinti. Ligoninė dirba techniškai efektyviai, kuomet ji dirba paslaugų galimybių ribinėmis sąlygomis. Alokacinis efektyvumas tai išteklių kainos mažinimas išlaikant tą patį produkcijos lygį arba atvirkščiai produkcijos didinimas išlaikant tą pačią savikainą. Atitinkamai ligoninė turi dirbti alokacinio efektyvumo sąlygomis- maksimalios paslaugos už esamą savikainą. Derinant techninį ir alokacinį efektyvumus gauname bendrą efektyvumą.

Norint išmatuoti efektyvumą, reikia žinoti produkcijos (paslaugų) kiekį ir savikainą. Praktikoje tos ligoninės kurios analizuoja efektyvumą, žino savo paslaugų savikainą ir teikia reikiamą kiekį paslaugų esant mažiausiems ištekliams ir išteklių kainai arba teikia maksimalią paslaugų apimtį esant pastoviems ištekliams (išteklių kainai). Kaip bebūtų, ligoninės neefektyvumo lygis nesiremia tik šiais ribiniais rodikliais. Jais galima pamatuoti tam tikro periodo techninį ar alokacinį efektyvumą.

²⁹ Coelli T.J., *An Introduction to Efficiency and Productivity Analysis*, Springer, New York, 2005.

³⁰ Cooper W., *Introduction to Data Envelopment Analysis and Its Uses: With DEA-Solver Software and References*, Springer, 2005.

³¹ Hollingsworth B., „The measurement of efficiency and productivity of health care delivery“, *Health Economics*, 2008. p. 28.

³² Jacobs R., *Measuring efficiency in health care– analytic techniques and health policy*, Cambridge, 2006, p.26.

Farrell M.J., „The measurement of productive efficiency“, *Journal of Royal Statistical Society* 120(3), 1957, p. 253.

Daugelis literatūros šaltinių neišskiria kainos (finansinio) efektyvumo ir sistemos efektyvumo, bet nagrinėja bendrą (suminį) efektyvumą, tai yra nagrinėja ryšį tarp išlaidų ir sveikatos rodiklių (išeičių)³⁴. Pav. 3.

Žemiau pateiksiu kelių mokslininkų mintis apie efektyvumą organizacijose.

H. Mescon, M. Albert ir F. Khedouri veiklos ir valdymo efektyvumą, organizacijos sėkmę vertina tokiais kriterijais³⁵:

- išgyvenamumo;
- rezultatyvumo;
- darbo našumo;
- sprendimų realizacijos;
- procesų apibendrinimo;
- situacinio požiūrio;
- integruoto požiūrio.

Besimokančiųjų organizacijų sėkmę ir efektyvumą pagal Senge pasiekti padeda³⁶:

- sisteminis mąstymas;
- asmeninis profesionalumas;
- pagrįstas argumentais mąstymas;
- bendra vizija;
- grupinis mokymasis.

Ch. Handy išskiria tris efektyviai veikiančiai organizacijai būdingas savybes³⁷:

- protas;
- informacija;
- idėjos.

Autorius pažymi, kad protingai sumažinus organizacijoje etatus ir padidinus darbo užmokestį, produktyvumas išauga labai stipriai. Ypač jeigu organizacijoje dirba stiprus profesionalų branduolys.

Pagal D.R. Denison organizacijos veiklos efektyvumą galima vertinti remiantis kai kurių organizacijos veiklų funkcijomis³⁸:

³⁴Verhoeven M., Lugaresi S., *The Health Sector in the Slovak Republic: Efficiency and Reform.*, IMF Working Paper 2007m.

³⁵Mescon H., Albert M., Khedouri F., „*Management: Individual and Organizational Effectiveness*“, Harpercollins College Div, 1985.

³⁶Senge P., *The fifth discipline*. New York: Doubleday currency, 1990m.

³⁷Handy Ch., *The age of unreason*, London: Business books. 1989.

- vertybių ir įsitikinimų;
- politikos ir bendrosios veiklos;
- vertybių ir veiklos atitikimo ryšio;
- vertybių, veiklos ir aplinkos ryšio.

Autorius organizacijos veiklos efektyvumą sieja su organizacijos kultūra. Gana dažnai organizacijos veiklos efektyvumas vertinamas pasitelkus valdymo apskaitą. Tai gali paisyti su finansų valdymo apskaita. Skirtumai pateikti 2 lentelėje. (Žr. Priedus) Nors ir skiriasi, tačiau šie du apskaitos tipai yra susiję ir vienas kitą papildantys. Pagrindinis valdymo apskaitos principas- apie liginės, liginės vadovų, struktūrinių padalinių ir jų vadovų darbo efektyvumą sprendžiame pagal išteklių esančių jų žinioje naudojimą. Dummond pateikia tokias organizacijos valdymo efektyvumo rodiklių grupes³⁹:

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

Veiklos ir valdymo efektyvumas organizacijoje, taip pat ir liginėje, priklauso nuo sprendimų kokybės⁴⁰. Liginės veiklos ir valdymo efektyvumą galima vertinti pagal tokias rodiklių grupes:

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

Arba pagal tokias grupes:

- rezultatų (paslaugų) kainodara;
- rezultatų kiekybė;
- rezultatų kokybė.

V. Janušonis siūlo šiuos veiklos ir valdymo efektyvumo kriterijus⁴¹:

³⁸Denison D. R., *Corporate culture and organizational effectiveness*, New York: Wiley, 1990.

³⁹Dummond H., „Another fin mess: time for quality in decision- making“ *Journal of General Management* 18, 1992, p. 1-14.

⁴⁰Sheldon T., „Discounting in Health Care Decision Making: Time for a Change?“, *Journal of Public Health Medicine* 14, 1992, p. 250.

⁴¹Janušonis V., *Medicinos pagalbos kokybė ir valdymas*, Vilnius: Mokslas, 1990.

- organizacijos darbo rezultatai, priklausantys nuo jos tikslų ir uždavinių;
- organizacijos funkcionavimo ir dinamikos rodikliai;
- valdymo subjekto specifiniai darbo rezultatai ir pirmojo vadovo darbo organizacijos lygis;
- valdymo subjekto darbo rezultato.

Autorius taip pat nurodo, jog kiekviena valdymo sistema, tame tarpe ir ligoninė, pagal bendrus sistemų atsiradimo, egzistavimo ir išnykimo principus, sugeba sukurti daugiau problemų, tikslų ir uždavinių, negu esantis jos valdymo subjektas gali išspręsti ir įgyvendinti. Todėl reikia nusistatyti optimalų valdymo personalo skaičių ir, esant reikalui, atsisakyti ligoninei nebūdingų ir nereikšmingų problemų sprendimo, bet nedidinti valdymo personalo.

Lietuvoje daugumai ligoninių tapus viešosiomis įstaigomis iš kurių paslaugas perka ligonių kasos, vienu efektyvumo kriterijų tapo ligoninės konkurencingumas rinkoje. Ligoninės konkurencingumą lemia:

- jos gebėjimas prisitaikyti prie aplinkos ir keisti sveikatos priežiūros paslaugų apimtį bei asortimentą pagal pacientų poreikius;
- sveikatos priežiūros paslaugų kaina ir jos struktūra bei papildomos pacientų išlaidos sveikatos priežiūros paslaugoms;
- sveikatos priežiūros paslaugų kokybė.

Aukštas konkurencingumas rinkoje- sudėtingas uždavinys kiekvienai ligoninei, kadangi ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir jų apimtis reikalauja papildomų materialinių išlaidų, o tai didina paslaugos kainą.

Ekonominio nuosmukio metu ypač svarbu išlaikyti ligoninės veiklos ir valdymo efektyvumą bei konkurencingumą rinkoje. Ekonominio nuosmukio metu keičiasi ligoninės veiklos ir valdymo vertinimo kriterijų prioritetai. Tuomet ligoninei svarbu stabilizuoti padėti arba pasiekti, kad ligoninės veiklos efektyvumas mažėtų lėčiau už šalies ekonomikos nuosmukį. Svarbiausias dėmesys tokiu laiku turi būti nukreiptas į ligoninės funkcijų palaikymą ir stabilizavimą bei konkurencingumo išlaikymą⁴². Kartu nereikia pamiršti, kad ekonomikos krizė paliečia visas ligonines ir tuo, net tokiomis sąlygomis reikia pasinaudoti.

Norint suderinti sveikatos paslaugų kiekio augimą, mažėjant visuomeniniam finansavimui, G. Černiauskas, kaip vieną iš būdų siūlo efektyviau naudoti turimus

⁴²Arogyaswamy K., Barker V. L., Yasai- Ardekani M., „Firm turnaround: An integrative two stage model“, *Journal of Management Studies* 32, 1995, p. 493.

išteklius, teikiant asmens sveikatos paslaugas, nes tikėtina, kad gerinant sistemos funkcionavimo efektyvumą, pasisektų sveikatos sektoriuje sutaupyti 10 proc. lėšų, t.y. apie 300-400 milijonų litų⁴³.

Taigi veiklos vertinimo kriterijų yra daug ir efektyvumo vertinimas gali būti labai įvairiapusis. Kriterijus, nesant vieningos valstybinės ligoninių efektyvumo vertinimo sistemos, turi pasirinkti pats ligoninės ar struktūrinio padalinio vadovas. Svarbu, kad kriterijai leistų objektyviai vertinti veiklos efektyvumą ir jo kitimą.

⁴³Černiauskas G., Buivydas R., „Sveikatos apsaugos sistemos finansų ir ekonomikos perspektyvos“, *Sveikatos politika ir valdymas* I, 2009.

2. Metodologinė dalis. (Efektyvumo rodikliai ir efektyvumo vertinimo metodo pasirinkimas)

Naudojama metodologija: aprašomasis metodas, tiriamasis metodas, literatūros analizė, modeliavimas, mini-konsensuso konferencija, stebėjimo dalyvaujant.

Norint vertinti efektyvumą, reikia pasirinkti vertinimo rodiklius. Vienas populiariausių rodiklių vertinant sveikatos apsaugą yra stacionaro lovų skaičius ir gydytojų skaičius 1000 gyventojų. Kai kurie tyrinėtojai įtraukia išlaidas vaistams, kitoms specifinėms procedūroms. Išlaidos darbuotojų atlyginimams yra taip pat gana svarbus rodiklis, nes Lietuvos medicinos sistemoje išlaidos darbo užmokesčiui yra apie 60%. Tai kas liečia išlaidas. Kas liečia "output"- nėra vieningos nuomonės, kaip matuoti "output". Puig ir Ortun mano, kad labiausiai reprezentuojantis faktorius yra visuomenės sveikatos pagerėjimas⁴⁴, o Verhoeven ir Lugaresi mano, kad reikia naudoti gyvenimo trukmės, mirtingumo ir tuberkuliozės sergamumo rodiklius⁴⁵. Žinoma, stacionaro skyriaus veiklos efektyvumą mirtingumas, mirštamumas, komplikacijų dažnis, reoperacijų skaičius, loviadienių skaičius ir pan. atspindės geriau nei visuomenės sveikatos kitimas, todėl rodiklius reikia pasirinkti atitinkamus.

Neringa Jasaitytė, vertindama Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos neefektyvumą, nagrinėjant išlaidas naudoja fiksuotų efektų panelinę regresiją (fixed effects panel regression), o nagrinėjant sistemos efektyvumą- duomenų apgaubimo analizės techniką (data envelopment analysis technique)⁴⁶. Autorė savo darbe teigia, kad pagrindinės problemos, susijusios su sveikatos sektoriaus neefektyvumu, yra netinkamas lėšų paskirstymas ir neefektyvus turimų išteklių panaudojimas, nulemiantys sistemos žemesnę kokybę. Atliekamo tyrimo tikslas buvo nustatyti kas sieja sveikatos sistemos išlaidas su kitais sistemos elementais, tokiais kaip išlaidos vaistams, lovų skaičius ligoninėse, ir nustatyti, kurie iš turimų išteklių naudojami neefektyviausiai. Autorės gauti rezultatai parodė, kad mažėjant ligoninės lovų skaičiui,

⁴⁴Puig J., Ortun V., „Cost Efficiency in Primary Care Contracting: A Stochastic Frontier Cost Function Approach“, *Health Economics* 13, 2004, p. 1149.

⁴⁵Verhoeven M., Lugaresi S., „The Health Sector in the Slovak Republic: Efficiency and Reform“, *IMF Working Paper*, 2007.

⁴⁶Jasaitytė N., *Master's thesis Financing of health care system in lithuania and its efficiency*, ISM university of management and economics, 2010.

ar mažėjant ligonių vizitų į ligonines skaičiui, išlaidos sveikatos sistemai nemažėja. Priešingai, tai sudaro prielaidas išlaidoms didėti. Duomenų apgaubimo analizė patvirtino tai, jog ypač didelę reikšmę sveikatos apsaugos neefektyvumui turi per didelis sveikatos apsaugos darbuotojų skaičius. Taip pat autorė pastebi, kad geras sveikatos sistemos finansavimas nebūtinai reiškia gerą žmonių sveikatos būklę ar aukštus šalies rezultatus sveikatos apsaugos sistemų reitinguose. Autorė pažymi, kad yra būtina didinti sveikatos apsaugos efektyvumą mažinant kai kurių išteklių skaičių ir perskirstant sutaupytus pinigus kitoms sritims, kaip kad prevencinės programos ar dienos sveikatos priežiūros centrai. Taip pat pastebima, kad vertinti sveikatos sistemą ir jos efektyvumą trukdo informacijos neprieinamumas, rodiklių skaičiavimo skirtumai tarp šalių ir kiti faktoriai, trukdantys vertinti gaunamus rezultatus ir ribojantys praktinius pasiūlymus.

2.1. Subalansuotų veiklos efektyvumo rodiklių sistema (SVERS)

SVERS yra veiklos efektyvumo matavimo sistema ir strategijos planas, sukurtas Robert Kaplan ir David Norton ir publikuotas žurnale „Harvard Business Review“ 1990m. SVERS nuo to laiko išpopuliarėjo, buvo toliau tobulinama, atrandama įvairių jos taikymo sričių. Iš pradžių ją taikė privačios įmonės, vėliau sistema buvo pritaikyta viešajam sektoriui.

SVERS kartu yra ir valdymo priemonė, kuri atskleidžia tiek akcininkams tiek vadovams tiek darbuotojams pilną informaciją, kaip įmonė vystosi ir siekia strateginių tikslų.

SVERS yra:

- visos organizacijos strateginis valdymo įrankis;
- komunikacijos priemonė, padedanti kiekvienam suprasti organizacijos strategiją;
- būdas subalansuoti finansinius ir ne finansinius veiklos rodiklius;
- sistema padidinanti atsakomybės lygį;
- įsipareigojimas keistis;
- būdas apjungti organizacijos viziją su žmonėmis ir turimais resursais kartu su kasdien vykstančiomis operacijomis organizacijoje.

SVERS nėra:

- vertinimo sistema skirta kontroliuoti individualų produktyvumą;
- mėnesinė veiklos vertinimo sistema;
- egzistuojančių rodiklių suskirstymas į 4 perspektyvas;
- projektas;
- visuotinės kokybės valdymo iniciatyva.

SVERS yra apibendrintas modelis, pažymintis ne tiek kokybę ar procesus, kiek bendrą veiklos vertinimą. Modelį sugalvojo 1990 m. Jungtinėse Amerikos Valstijose. Pagrindiniai autoriai – profesorai Robertas S. Kaplanas ir Davidas P.Nortonas. Sistema sudaryta iš 4 dalių:

Finansinė perspektyva

Suinteresuotųjų grupių perspektyva

Verslo procesų perspektyva

Mokymosi ir augimo perspektyva

Visos keturios grupės yra vienaip ar kitaip išmatuojamos ir jas galima pagerinti, pagal gautus vertinimų rezultatus. Visų keturių perspektyvų kompleksinis tobulinimas leidžia vystyti organizaciją minimaliais kaštais. Organizacijos numatyta strategija yra susijusi su visomis keturiomis perspektyvomis.

Visumoje SVERS yra pakankamai efektyvi sistema. Kiekvieną iš perspektyvų galima gana giliai detalizuoti. Kiekvienas rodiklis yra matuojamas, todėl SVERS yra veiksmingas metodas. Šis modelis turi pranašumą- jis netrukdo diegti jokias kitas sistemas ar metodus. Priešingai- puikiai dera su kitomis sistemomis, todėl naudoti jį patogiu. Nežiūrint pliusų, SVERS yra abstrakti, kas neleidžia pernelyg giliai optimizuoti organizacijų darbą. Tačiau modelis tinkamas organizacijų veiklos gerinimui pradiniam etape, strategijų formavimui ir įgyvendinimui.

SVERS sukurta kaip verslo valdymo įrankis, kuriuo buvo matuojama ar įmonės atliekamos smulkios operacijos yra susietos su bendraisiais tikslais, vizija ir strategija. SVERS pateikia išsamesnį verslo vaizdą, nes atspindi ne tik finansinius rezultatus, bet ir vidinius, marketingo, plėtros, kas padeda įmonėms remtis ilgalaikiais interesais. Įmonės mokomos matuojant finansinius rezultatus, matuoti ir tuos faktorius, kurie įtakoja finansinius. Svarbiausias šios sistemos momentas yra tas, kad įmonės negali tiesiogiai įtakoti finansinių rezultatų, nes tai yra „vėluojantys“ rodikliai, o norint užtikrinti įmonės strategiją, vien finansinių rodiklių kontrolės neužtenka. Vietoje to įmonės turėtų matuoti tas sritis, kurias galima valdyti ir paveikti tiesiogiai. Taip

pirmosios SVERS versijos padėjo įmonėms pasiekti tam tikrą „balanso“ lygį pasirenkant veiklos rodiklių matavimus. Praktikoje ankstyvosios SVERS versijos siekė šio balanso, skatindamos vadovus pasirinkti trijų papildomų (be finansinės) perspektyvų matavimus: „Kliento“, „Vidinių verslo procesų“ ir „Mokymosi bei augimo“.

2.1.1. Istorija

1992 m. Robertas S. Kaplanas ir Davidas P. Nortonas mokslinėje periodikoje paskelbė straipsnius SVERS tema. 1996 m. išėjo knyga *The Balanced Scorecard*. Nuo tada, kai buvo pristatyta originali koncepcija, SVERS tapo „derlinga“ teorijos, tyrimų ir konsultavimo praktikos erdvė. SVERS išsiplėtojo gerokai plačiau nei pradinė paprasta matų parinkimo sistema. Nors pagrindiniai modelio principai buvo pagrįsti, tačiau daugelis originalaus metodo aspektų nebuvo pritaikomi praktiškai. Tiek įmonėse, susijusiose su Kaplanu ir Nortonu (Renaissance Solutions Inc. ir SVERSOL), tiek kitur (Cepro, Švedija, ir 2GC Active Management, JK), SVERS ženkliai pakito. Kaplanas ir Nortonas iš naujo išstudijavo savo metodologiją, atsižvelgdami į pastarojo dešimtmečio patirtį.

2.1.2. Naudojimas

SVERS įgyvendinimas paprastai apima 4 procesus:

- 1) vizijos pavertimą išmatuojamais tikslais;
- 2) vizijos komunikavimą ir jos susiejimą su individualia veikla;
- 3) verslo planavimą; indekso nustatymą;
- 4) grįžtamąjį ryšį ir mokymąsi ir atitinkamai strategijos pritaikymą.

SVERS yra modelis, arba tiksliau gali būti apibūdinamas kaip „strateginio valdymo sistema“, kuria siekiama įtraukti visus kiekybinius ir abstrakčius matavimus, turinčius realios svarbos įmonei. Pasak Kaplano ir Nortono, „SVERS suteikia vadovams instrumentą, padedantį siekti konkurencinės sėkmės“. Daugelyje knygų ir straipsnių SVERS tematika painiojami dizaino proceso elementai ir pati SVERS metodologija. Dažnai „strateginių sąsajų modelis“ ar „strateginis žemėlapis“ laikomas pačia SVERS metodologija.

Nors tai padeda atkreipti vadovų dėmesį į strateginius klausimus ir strategijos įgyvendinimo valdymą, svarbu prisiminti, jog SVERS pati savaime neatlieka strategijos formavimo vaidmens. SVERS gali patogiausiai egzistuoti kartu su strateginio planavimo sistema ir kitomis priemonėmis.

2.1.3. Originali metodika

Ankstyviausioji SVERS versija buvo sudaryta iš paprastų lentelių, suskirstytų į 4 dalis. Paprastai šios „perspektyvos“ buvo vadinamos „Finansinė“, „Klientų“, „Vidinių verslo procesų“ ir „Mokymosi ir augimo“. SVERS kūrimas reikalavo pasirinkti 5 arba 6 gerus kiekvienos perspektyvos matavimus. Daugelis autorių pasiūlė alternatyvius šių perspektyvų pavadinimus. Taip pat arba papildomų perspektyvų, arba mažiau jų. Šie pasiūlymai daugiausia buvo paskatinti požiūriu, kad skirtingi, bet ekvivalentiški, pavadinimai sukels alternatyvių matavimų rinkinių poreikį. Didžiausias dizaino iššūkis dėl šios SVERS buvo pagrįsti matavimų pasirinkimo sprendimą: „Iš visų matavimų, iš kurių kuriuos galėjote rinktis, kodėl pasirinkote būtent šiuos?“ Į šį klausimą sunku atsakyti. Jei naudotojas nėra tikras, kad rodikliai parinkti teisingai, jis nepasitikės ir matavimų teikiama informacija. Nors ir nedažnai pasitaiko, bet šie ankstyvojo stiliaus SVERS vis dar kuriami ir naudojami. Trumpai tariant, ankstesnių SVERS versijų taikymas yra sudėtingas dėl to, kad sudėtinga užtikrinti pasitikėjimą, kad jos gerai sukurtos. Dėl šios priežasties daugelį iš jų nustojama taikyti greitai po sukūrimo.

2.1.4. Patobulinta metodika

XX a. dešimtojo dešimtmečio viduryje buvo pateikta patobulinta metodologija. Naujojoje versijoje rodikliai yra parenkami grindžiant „strateginių tikslų“, išdėstytų „strateginių sąsajų modelyje“ arba „strateginiame žemėlapyje“, rinkiniu. Šioje modifikuotoje versijoje strateginiai tikslai paprastai paskirstomi tarp panašių „perspektyvų“ kaip ir ankstesnėse versijose, bet dizaino problema jau yra mažiau abstrakti. Vadovai turi nustatyti 5 arba 6 tikslus kiekvienoje perspektyvoje ir parodyti tarpusavio ryšius tarp šių tikslų, nurodydami priežastinius ryšius diagramoje. Pasiekus konsensą dėl tikslų ir to, kaip jie tarpusavyje susiję, SVERS kuriama pasirenkant tinkamus matavimus kiekvienam iš tikslų. Šis metodo tipas kontekstualiau pagrindžia pasirinktus matavimus ir yra paprastesnis bendraja prasme. Šis SVERS stilius

priimtinau naudojamas maždaug nuo 1996 m. Keletas dizaino problemų vis dar išlieka ir šioje SVERS versijoje, bet ji gerokai sėkmingesnė už buvusiąją.

XX a. dešimtojo dešimtmečio pabaigoje ir vėl pasirodė diskusijos dėl dizaino. Problema, susijusi su „antros kartos“ dizainu (kuris jau aprašytas), buvo ta, jog nustatyti priežastinius ryšius tarp 20 ar panašiai vidutinės trukmės strateginių tikslų vis tiek buvo sąlyginai abstrakti veikla. Praktikoje buvo ignoruojama tai, kad galimybės paveikti strateginius tikslus yra ir turi būti valdomos „dabar“, dabartinėje ir realioje valdymo veikloje. Antra, poreikis „vystyti toliau“ ir patikrinti šių tikslų įtaką lėmė tai, kad reikia kurti papildomą dizaino priemonę – vizijos arba galutinio tikslo patvirtinimą. Ši priemonė turėtų duoti atsakymą, kokia „strateginė sėkmė“ arba „strateginė galutinė būseną“. Greitai buvo suvokta, jog jeigu galutinio tikslo patvirtinimas būtų sukurtas dizaino proceso pradžioje, tuomet daug lengviau būtų pasirinkti jį atitinkančius strateginius veiklų ir rezultatų tikslus. Rodikliai ir užduotys gali būti parinkti tokie, kad leistų stebėti šių tikslų įgyvendinimo pasiekimus.

2.1.5. Populiarumas

Robertas S. Kaplanas ir Davidas P.Nortonas nustatė, kad įmonės SVERS naudoja šioms tikslams pasiekti:

- strategijai vykdyti;
- strategijai aiškintis ir paversti ją praktiškai įgyvendinama;
- strateginėms iniciatyvoms nustatyti ir išdėstyti;
- biudžetui su strategija susieti;
- organizacijai su strategija sujungti;
- periodinei strateginės veiklos peržiūrai atlikti, siekiant daugiau sužinoti apie strategiją ir ją patobulinti.

1997 m. Kurtzmanas⁴⁷ nustatė, kad 64 proc. apklaustų įmonių veiklą vertina daugeliu perspektyvų, panašiai kaip ir SVERS.SVERS buvo įgyvendintos valstybinių

⁴⁷ Kurtzman J., „Is your company off course? Now you can find out why“, *Fortune* 17, p. 128.

agentūrų, karinių padalinių, verslo vienetų ir korporacijų, ne pelno organizacijų ir mokyklų.

Daugelis SVERS pavyzdžių gali būti rasti internete. Tačiau teoretikai nepataria vienos organizacijos SVERS pritaikyti kitai organizacijai, nes manoma, jog didelę dalį SVERS taikymo naudos teikia įgyvendinimo metodas. Iš tiesų gali būti ginčijamasi, jog didelė dalis ankstyvosios SVERS versijos nesėkmių gali būti priskirta šiai problemai, kadangi ankstyvoji SVERS dažnai buvo kuriama konsultantų per atstumą. Vadovai nepasitikėjo, todėl nebuvo linkę naudoti matų rinkinių, kurie buvo sukurti asmenų, neturinčių pakankamai žinių apie įmonę ir valdymo atsakomybę.

2.1.6. Keturios perspektyvos

Veiklos matų grupavimas į bendras kategorijas (perspektyvas) suprantamas kaip pagalba surenkant ir parenkant tinkamus įmonei veiklos matus. SVERS sistemoje siūlomos keturios bendros perspektyvos:

- finansinė perspektyva;
- kliento perspektyva;
- vidinių procesų perspektyva;
- inovacijų ir mokymosi perspektyva.

Finansinėje perspektyvoje nagrinėjama, ar įmonės strategijos įgyvendinimas ir vykdymas teikia indėlį įmonės galutiniam tobulėjimui. Jis atspindi ilgalaikius įmonės ilgalaikius strateginius tikslus ir apima apčiuopiamus strategijos rezultatus, vertinamus tradiciniais finansiniais rodikliais. Kaplanas ir Nortonas (1996) išskiria tris galimus etapus: greitą augimą, išlaikymą ir derliaus nuėmimą. Finansiniai augimo fazės tikslai ir rodikliai atsiranda organizacijai vystantis ir augant. Tai natūraliai lemia didesnes pardavimo apimtis, naujų klientų pritraukimą, pelno didėjimą ir t. t. Palaikymo fazė gali būti apibūdinama rodikliais, įvertinančiais organizacijos efektyvumą operacijų ir kaštų valdymo kontekste. Šiuo atveju skaičiuojama investicinė grąža ir pan. rodikliai. Derliaus nuėmimo fazė grindžiama grynų įplaukų analize, naudojant tokius rodiklius, kaip apyvartumo periodai ir pajamų dydis. Dažniausiai

naudojami finansiniai rodikliai, įtraukti į finansinę perspektyvą, yra pajamų augimas, sąnaudos, pelno marža, grynujų pinigų srautai, neto apyvartinės pajamos ir kt.

Kliento perspektyvoje apibrėžiamas vertės pasiūlymas, kuri organizacija teikia, kad patenkintų klientų poreikius ir generuotų didesnius pardavimus labiausiai trokštamoms (pelningiausioms) klientų grupėms. Rodikliai, parinkti klientų perspektyvai, turėtų matuoti ir vertę, suteikiamą klientams (vertės pasiūlymas), kuri galėtų apimti laiką, kokybę, veiklą ir aptarnavimą, kainą ir rezultatus, kurie atsiranda kaip vertės pasiūlymo rezultatas (pvz., klientų pasitenkinimas, rinkos dalis). Vertės pasiūlymas gali koncentruotis į vieną iš trijų aspektų: operacinį tobulumą, artumą su klientais arba produkto lyderystę. Tačiau būtina palaikant ribinį lygį ir kitais dviem aspektais .

Vidinių procesų perspektyva susijusi su procesais, kurių metu kuriamas ir teikiamas klientui vertės pasiūlymas. Ji koncentruojama į visas veiklas ir esminius procesus, kurie reikalingi, kad įmonė, teikdama vertę, kurios tikisi klientai, pranoktų kitus ir produktyvumo, ir veiksmingumo aspektais. Procesai gali apimti tiek trumpalaikius, tiek ilgalaikius tikslus. Be to, jie gali įtraukti inovatyvų proceso tobulinimą, siekiant jį pagerinti. Rodikliams, kurie atitinka vidinių procesų perspektyvą, nustatyti Kaplanas ir Nortonas siūlo naudoti konkrečius klasterius, kurie leidžia sugrupuoti panašią vertę kuriančius procesus organizacijoje. Vidinių procesų perspektyvos klasteriai yra operacijų valdymas (tobulinant aktyvų (turto) naudojimą, taikant tiekimo grandinės valdymą ir kt.), klientų valdymas (plečiant ir gilinant santykius), inovacijos (kuriant naujus produktus ir paslaugas) ir reguliavimas bei socialinis valdymas (kuriant gerus santykius su išorinėmis suinteresuotosiomis grupėmis).

Mokymosi ir augimo perspektyva yra bet kokios strategijos pagrindas. Ji koncentruojama į neapčiuopiamą organizacijos turtą, daugiausiai į vidinius įgūdžius ir gebėjimus, kurie reikalingi vertės kūrimo vidiniams procesams užtikrinti ir palaikyti. Ši perspektyva susijusi su įmonės darbo vietomis (žmogiškuoju kapitalu), sistemomis (informaciniu kapitalu) ir įmonės klimatu (organizaciniu kapitalu). Šie trys veiksniai siejasi su tuo, kas, anot Kaplano ir Nortono, yra infrastruktūra, reikalinga tam, kad būtų pasiekti ambicingi kitų trijų perspektyvų tikslai. Tai, žinoma, bus ateityje, kadangi tobulėjant mokymosi ir augimo perspektyvoje reikalingos konkrečios išlaidos,

kurios gali sumažinti trumpalaikius finansinius rezultatus, tačiau kartu suteikti didelį indėlį ilgalaikės sėkmės požiūriu.

2.1.7. Pagrindiniai veiklos indikatoriai

Remiantis kiekviena SVERS perspektyva, gali būti naudojama aibė pagrindinių veiklos indikatorių:

Finansiniai

- grynujų pinigų srautai;
- investicijų grąža;
- finansinis rezultatas;
- kapitalo grąža;
- vertės grąža.

Jie apibrėžia vertės pasiūlymą, kurį organizacija teikia, kad patenkintų savo klientų poreikius, ir taip skatina didesnius pardavimus trokštamiausiems klientams.

Vidiniai verslo procesai

- veiklų skaičius;
- galimybių sėkmės reitingas;
- nelaimingų atsitikimų santykis ir aplinkos suderinamumas;
- bendras įrangos efektyvumas.

Mokymasis ir augimas

- investicijų lygis;
- ligų procentas;
- vidiniai paskatinimai (skyrimas į aukštesnes pareigas) proc.;
- darbuotojų kaita;
- lyties santykis.

2.1.8. Efektyvumo ir veiklos įvertinimo apjungimas su strategija

Efektyvumo ir veiklos įvertinimo apjungimas su strategija pavaizduota Pav. 4.

2.1.9. Strateginis žemėlapis

Strateginis žemėlapis pateiktas Pav. 5.

2.1.10. SVERS rodiklių lentelė

SVERS rodikliai sudėlioti į 3lentelę. (Žr. 3 lentelę).

2.2. Taikymas sveikatos apsaugos sistemoje

Kaip teikia Aidemark⁴⁸ SVERS pritaikymas ir panaudojimas sveikatos sistemoje yra didėjantis. Didėja ir konsultantų šia tema skaičius. Sveikatos sistemos organizacijos, pritaikydamos SVERS sveikatos sistemai, susidūrė su specifiniais iššūkiais. Nuo 1994m., kada buvo publikuotas pirmasis pranešimas apie SVERS sveikatos sistemoje, sveikatos politikos ir vadybos literatūroje pasirodė gausus straipsnių apie SVERS kiekis, kas liudijo apie SVERS metodo populiarumą sveikatos sistemoje⁴⁹. Pasak Zelmano ir Pink, SVERS buvo pritaikyta ir plačiai naudojama ligoninėse, psichikos centruose, nacionalinėse sveikatos organizacijose. Nepaisant SVERS sėkmingo naudojimo, yra pranešimų ir apie nesėkmes. Neely ir Bourne⁵⁰ nurodo nesėkmių dažnį net 70%. Todėl labai svarbu nagrinėti ir surasti sėkmingo ir nesėkmingo SVERS naudojimo priežastis. Yra daug literatūros, kaip sėkmingai taikyti SVERS sveikatos sistemoje⁵¹⁵²⁵³⁵⁴⁵⁵⁵⁶⁵⁷⁵⁸

⁴⁸ Aidemark L.G., „The Meaning of Balanced Scorecards in the Health Care Organizations“, *Financing Accountability and Management* 17 (1), 2001, p.23.

⁴⁹ Zelman W.N., Pink C.B., „Use of the Balanced Scorecard in Health Care“, *Journal of Health Care Finance* 29, 2003, p. 16.

⁵⁰ Neely A., Bourne, „Why measurement initiatives fail“, *Measuring Business Excellence* 4, 2000, p. 3.

⁵¹ Chow C. W., Ganulin D., Teknika O., Haddad K., „The balanced scorecard: A potent tool for energizing and focusing“, *Journal of Healthcare Management*, 43(3), 1998, p. 263.

⁵² Stewart L.J., Bestor W.E., „Applying a Balanced Scorecard to health care Organizations“, *Journal of Corporate Accounting & Finance* 3, 2000, p. 75.

⁵¹ Pink G.H., McKillop I., Schraa E.G., Preyra C., Montgomery C., Baker G.R., „Creating a Balanced Scorecard for a Hospital System“, *Journal of Health Care Finance* 27, 2001, p. 10.

⁵⁴ Oliveira J., „The Balanced Scorecard: An Integrative Approach to Performance Evaluation“, *Healthcare Financial Management* 55, 2001, p. 42.

⁵⁵ Fitzpatrick M.A., „Let's bring balance to health care.“, *Nursing Management* 33, 2002, p. 35.

⁵⁶ Shutt J. A., „Balancing the Health Care Scorecard“, *Managed Care* 15, 2003, p. 34.

⁵⁷ Tarantino D.P., „Using the Balanced Scorecard as a Performance Management Tool“, *Physician Executive* 29, 2003, p. 69.

Daug mažiau yra tyrimų, kaip taikyti SVERS sveikatos sistemoje. 2000m. Chan ir Ho vadovavo tyrimui apie SVERS taikymą Kanados ligoninėse⁵⁹, o 2002m. Inamdar ir SVERS vienas iš kūrėjų Kaplan, atliko tyrimą apie SVERS taikymą JAV ligoninėse⁶⁰. Mayo klinika JAV, Duke Children's ligoninė JAV, Royal Ottawa ligoninė Kanadoje, Silver Cross ligoninė JAV, Hudson River psichiatrijos centras JAV ir kitos įstaigos sėkmingai taiko SVERS⁶¹.

SVERS pritaikymą sveikatos sistemoje nagrinėja Labutis ir Oškeliūnas⁶². Pritaikant SVERS gydymo įstaigoms buvo pakeisti pagrindinių grupių apibūdinimai:

Veiksmingumas- klientų sritis

Išteklių valdymas-finansinė sritis

Darbo produktyvumas ir inovacijos- personalo sritis

Procesai ir struktūros- organizacijos sritis

Išskaidžius strategiją į pagrindines sritis, kiekvienai šių sričių pritaikomi atitinkami rodikliai. Pagrindiniai rodikliai- pacientų pasitenkinimo lygis, medicinos paslaugų kokybė, paslaugų laukimo laikas, darbuotojų kvalifikacijos kėlimas. Šalia pagrindinių bendrųjų rodiklių, gali būti pritaikomi ir specifiniai rodikliai- perioperacinių komplikacijų skaičius, insultų kiekis, mirštamumas ir pan. Rodikliai įtraukiami į strategijos žemėlapi, kuris padeda tiksliau įvertinti situaciją, ryšius tarp rodiklių ir jų poveikį strategijos įgyvendinimui.

Medicinos personalui, susipažinus su strategijos žemėlapiu ir monitoruojamais rodikliais, pasiekiamas geresnis darbo efektyvumo lygis, nes visi supranta siekiamus tikslus. Kiekviena gydymo įstaiga pasirenka sau svarbius rodiklius, nors keletas pagrindinių rodiklių naudojami visose gydymo įstaigose. Atliekant praktinius

⁵⁸ Radnor Z., Lovell B., „Success factors for implementation of the balanced scorecard in a NHS multi-agency setting“, *International Journal of Health Care Quality Assurance* 16(2), 2003, p. 99.

⁵⁹ Chan Y-C.L., Ho S.J.K., „Performance Measurement and the Use of Balanced Scorecard in Canadian Hospitals“, *Advances in Management Accounting* 19, 2000, p. 145.

⁶⁰ Inamdar N., Kaplan R.S., „Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organisations“, *Journal of Healthcare Management* 47, 2002, p. 179-195.

⁶¹ Gurd B.W., Gao T., „Lives in the balance: Managing with the scorecard in not-for-profit healthcare settings“, *International Journal of Productivity and Performance Management* 57, 2008, p. 6.

⁶² Labutis G., Oškeliūnas V., *Subalansuotu rodikliu sistema- gydymo įstaigos veiklos tobulinimo įrankis*, 2010m.

tyrimus, buvo nustatyta, kad gydymo įstaigoje pakanka matuoti nuo 7 iki 15 rodiklių. Nustačius norimus matuoti rodiklius, nustatomi esamas ir norimas pasiekti lygiai.

Apžvelgus literatūrą, galima daryti išvadą, kad SVERS yra plačiai naudojamas metodas, tinkamas ligoninės strategijai, bei efektyvumui vertinti.

Šio metodo privalumai aprašomi Indamar ir Kaplan tyrime, kur autoriai apklausė devynių sveikatos organizacijų vadovaujančius asmenis, įdiegusius SVERS savo valdomose sveikatos organizacijose.⁶⁰:

- palengvina, leidžia monitoruoti ir įvertinti strategijos vykdymą;
- nukreipia ligoninę į rinką orientuota, pacientą sufokusuota linkme;
- tai yra tiek bendradarbiavimo, tiek komunikacijos mechanizmas;
- leidžia įvertinti veiklą skirtinguose organizacijos lygiuose;
- įgalina gauti nuolatinį strategijos grįžtamąjį ryšį ir skatina tobulinti taisykles ir teisės aktus.

Taip pat remiantis Indamar ir Kaplan tyrimu, galima teigti, kad SVERS metodas leidžia pagerinti tiek ligoninės finansinius rodiklius, tiek paciento pasitenkinimą. Šis tyrimas pateikia SVERS privalumus lyginant su kitais metodais:

- dauguma efektyvumo matavimo ir strategiją kuriančių sistemų nėra pakankamai valdomos ir reguliuojamos. Taip pat jos negali padėti įvykdyti organizacijos strategijos;
- kitos veiklos matavimo sistemos nėra tokios savalaikės ir planuojamos į ateitį norimam laiko tarpui;
- SVERS susieja priežasties- pasekmės ryšį su organizacijos strategija;
- susieja viziją, turimus resursus su darbuotojais ir kasdieniais įmonės procesais;
- kiti efektyvumo matavimo metodai gali papildyti SVERS;
- padeda visiems suprasti strategiją;
- subalansuoja tiek finansinius, tiek nefinansinius veiklos parametrus;
- padidina visų grandžių atsakomybės lygį.

Inamdar ir Kaplan sako, kad jų tyrimo dalyviai pažymėjo, jog ligoninės neturi tikėtis SVERS įdiegti greitai. Tai nelengvas ir užtrunkantis procesas, reikalaujantis daug mokymų, diskusijų, sutarimų. Dalyviai taip pat pažymėjo kitas problemas diegiant SVERS ligoninėse:

- gydytojų nenoras „švaistyti“ laiko ne gydymui;
- direktorių nenoras skirti laiko ir įsipareigoti;

- skirtingos rodiklių siekiamos reikšmės iš direktoriaus, gydytojo, steigėjo ir paciento pozicijos.

Po savo tyrimo Inamdar ir Kaplan pasiūlė nuorodas, padedančias sėkmingiau diegti SVERS:

1. Įvertinti organizacijos pasiruošimą ir galimybę priimti šį metodą:

- administracija ir direktoriai turi būti įtraukti į SVERS diegimą ir pakankamai giliai suprasti šį metodą;
- prioritetas- vartotojui/pacientui;
- skirti pakankamai laiko, būti profesionaliems, turėti gerą informacinių sistemų bazę.

2. Valdyti SVERS kūrimą ir diegimą. Kūrimo ir diegimo etapai parodyti **6 pav.**

3. Mokytis reikia iki per ir po SVERS įdiegimo.

4. Tikėtis ir palaikyti darbuotojų vaidmenų ir darbo pobūdžio pasikeitimų. Pasikeitimus daryti stengiantis paisyti paciento gerovės.

5. Sisteminis požiūris

2.3. Rodikliai

Pagal The ECHI project Health indicators for the European Community

ES sveikatos monitoringo programa⁶³ pateikia apie 40 esminių sveikatos rodiklių sveikatos sistemai, sveikatos būklei, sveikatos priežiūrai, vertinti. Tai leidžia stebėti ir lyginti ES šalių duomenis, bei leidžia remtis tai duomenimis formuojant sveikatos politiką.

ES sveikatos monitoringo programa pateikia keturias grupes sveikatos indikatorių.

1. Demografiniai ir socio-ekonominiai rodikliai

1.1. Populiacija:

- lytis;
- gimstamumas;
- mirtingumas;
- migracija;
- regioninis pasiskirstymas;
- projekcija.

1.2. Socio-ekonominiai faktoriai:

- išsilavinimas;
- užimtumas;
- bedarbystė;
- profesija;
- etninė grupė;
- šeimyninė situacija;
- pajamas.

2. Sveikatos rodikliai

2.1. Mirtingumas

2.1.1. Gyvenimo trukmė ir susiję indikatoriai

2.1.2. Bendras mirtingumas:

- bendras mirtingumas;
- standartizuotas mirtingumo dažnis perinatalinis mirtingumas.

⁶³ Kramers P., „The ECHI project. Health indicators for the European Community“, *European Journal of Public Health*13, 2003.

2.1.3. Specifinis, su priežastimis susijęs mirtingumas

2.2. Mirštamumas

2.3. Bendra sveikatos būklė:

- chroninės ligos;
- negalia;
- tikėtina gyvenimo trukmė be neįgalumo;
- psichinė sveikata.

3. Sveikatą įtakojantys veiksniai. Išoriniai, nepriklausantys sveikatos sistemai veiksniai, įtakojantys sveikatą.

3.1. Asmeniniai ir biologiniai

3.1.1. Biologiniai:

- kūno masės indeksas;
- gimimo svoris;
- arterinis kraujo spaudimas;
- serumo cholesterolis;
- mitybos būklė.

3.1.2. Asmeniniai:

- asmenybės bruožai;
- psichinė būseną.

3.2. Sveika gyvensena:

- žalingi įpročiai (tabakas, alkoholis, narkotikai);
- mityba;
- kitas su sveikata susijęs elgesys (seksualinis, nėštumo nutraukimai,

psichinis aktyvumas, kelionių ligos.

3.3. Darbo ir gyvenimo sąlygos:

- aplinka;
- išorės ir vidaus oras;
- geriamas vanduo;
- nuotėkos;
- jonizuojanti radiacija;
- triukšmas;
- darbo sąlygos;
- socialinė- kultūrinė aplinka.

4. Sveikatos sistemos rodikliai

4.1. Prevencija, sveikatos apsauga ir sveikatos propagavimas

4.1.1. Ligų prevencija:

- vakcinacija;
- vėžio skriningas;
- kt. ligų prevencija/skriningas.

4.1.2. Sveikatos propagavimas:

- sveikos gyvensenos judėjimai;
- psichinės sveikatos puoselėjimas.

4.1.3. Sveikatos apsauga:

- rūkymo;
- tabako ir alkoholio kontrolė;
- kelių eismo kontrolė;
- maisto ir vaistų kontrolė;

4.2. Sveikatos apsaugos ištekliai

4.2.1. Infrastruktūra:

- ligoninių/lovų skaičius.

4.2.2. Žmogiškieji ištekliai:

- personalo skaičius/santykis.

4.2.3. Išsilavinimas

4.2.4. Technologijos

4.3. Sveikatos apsaugos paslaugos

4.3.1. Stacionarinės paslaugos:

- lovadieniai;
- lovos užimtumo rodiklis;
- vidutinė gulėjimo trukmė;
- išrašymai pagal ligų grupę.

4.3.2. Ambulatorinės paslaugos

4.3.3. Operacinis aktyvumas

4.3.4. Vaistai, medicininės priemonės:

- vaisai bendrai;
- vaistai 10-čiai labiausiai paplitusių ligų.

4.4. Finansai/išlaidos

4.4.1. Sveikatos apsaugos sistema:

- pagrindiniai nacionalinės sveikatos sistemos struktūros ir finansiniai rodikliai;

- draudimas;
- namų ūkio išlaidos medicinai.

4.4.2. Nacionalinės išlaidos sveikatos apsaugai:

- pagal finansavimo šaltinius;
- amžiaus grupes;
- stacionarius/ambulatorinius pacientus;
- pagal BVP.

4.5. Sveikatos paslaugų kokybė

4.5.1. Subjektyvus vertinimas, anketos, skundai

4.5.2. Sveikatos apsaugos procesų indikatoriai:

- autopsijų dažnis;
- ligonių eilės;
- laukimo laikas;
- operacijų/intervencijų komplikacijų dažnis;
- kraujo produktų transfuzijų komplikacijos.

4.5.3. Išeitys:

- išvengiamos mirtys;
- jatrogeninės mirtys/invalidumas;
- 30 dienų hospitalinis mirtingumas;
- 28 dienų pakartotinis stacionarizavimas;
- chirurginių žaizdų infekcija;
- inkstų nepakankamumas;
- rezistentiškumas antibiotikams;
- onkologinių ligų išgyvenamumas.

Rodikliai pagal The Institute of Medicine⁶⁴

1. Sveikatos apsaugos išlaidos- per capita/vienam žmogui;
2. Sveikatos draudimas- žmonių be sveikatos draudimo procentinė dalis;
3. Nepatenkintas medicinos paslaugų, vaistų, odontologijos paslaugų poreikis- žmonių procentinė dalis, kurie negavo reikiamų medicinos paslaugų, vaistų, odontologijos paslaugų;

⁶⁴ Isham J. G., Institute Of Medicine - Board On Population Health And Public Health Practice - Committee On The State Of The USA.

4. Profilaktinė medicina- žmonių kiekis, kuris dalyvauja skriningo ir vakcinacijos pagal amžiaus grupes programose;

5. Prevencinė hospitalizacija- ambulatorinės tam tikrų ribinių būklių paslaugos;

6. Vaikų imunizacija- 19-35 mėn. vaikų, kurie imunizuoti, procentas;

Taikomi reikalavimai rodikliams:

1. Palyginamieji. Tam, kad būtų galimybė lyginti skirtingus skyrius, ligonines, šalis;

2. Turi būti galimybė naudoti ir seniau registruotus duomenis;

3. Tinkami įvesti į duomenų bazines.

3. Ligoninių veiklos efektyvumas ir efektyvumo vertinimo modelio kūrimas VUL SK Širdies chirurgijos centre

3.1. Esama situacija

Kasmet VUL SK gydymo tarybai bei centrų ir skyrių vadovams pristatoma praėjusių metų finansinė ir veiklos ataskaitos. Jose dominuoja praėjusių metų finansiniai rodikliai, bei nedidelis kiekis gydomosios veiklos rodiklių (vidutinė gulėjimo trukmė, lovų skaičius, loviadienių skaičius, pacientų skaičius). Skyrių vedėjai kasmet pristato administracijai ir darbuotojams skyrių ataskaitas, kuriose pateikia savo nuožiūra pasirinktus ir apskaičiuotus rodiklius (darbuotojų skaičius, įrangos kiekis, darbuotojų kvalifikacijos kėlimo statistika, ligonių gydymo rodikliai, komplikacijų kiekis, įvardija per metus susikaupusias problemas).

Nuolatinė efektyvumo, veiklos kontrolė nėra vykdoma. Nuolatinės kokybės vadybos sistema taip pat nėra įdiegta.

3.2. Veiklos efektyvumo modelio adaptavimas (kūrimas) VUL SK ŠCHC

Pasitelkus užsienio medicinos įstaigose taikomą adaptuotą SVERS sistemą, konsultuojantis su VUL SK širdies chirurgijos centro darbuotojais, pasitelkus mini-konsensuso konferencija su VUL SK ŠCHC vadovu, M. Romerio universiteto prof. D. Jankauskiene ir remiantis literatūroje⁶³⁶⁴ siūlomais ligoninės veiklos rodikliais bei stebėjimo dalyvaujant metodu, buvo atrinkti efektyvumo vertinimo rodikliai ir suskirstyti pagal SVERS modelio grupes:

I. finansiniai:

- a) pelno/nuostolio ataskaita;
- b) pacientų oficialūs primokėjimai.

II. pacientų:

- a) paciento pasitenkinimas;
- b) skundai;
- c) pacientai ne iš Vilniaus m.;
- d) planinės hospitalizacijos laukimas.

III. vidinės būklės:

- a) vidutinė gulėjimo trukmė;
- b) pakartotinių operacijų skaičius;
- c) mirštamumas;
- d) pūlingų komplikacijų skaičius;
- e) autopsijų dažnis.

IV. personalo, inovacijų ir augimo:

- a) etatų/žmonių santykis;
- b) gydytojų/slaugytojų santykis;
- c) pinigų kiekis naujai įrangai ir programoms;
- d) straipsnių kiekis recenzuojamuose žurnaluose;
- e) kvalifikacijos kėlimo kursai.

Atrinkti rodikliai sugrupuoti pagal SVERS modelio grupes matomi 7 Pav.

Atrinkus rodiklius, buvo numatytos rodiklių siektinos reikšmės, bei numatyti veiksmai tiems tikslams pasiekti. Žr. lentelę žemiau:

SVERS. Siektinos rodiklių reikšmės. Veiksmai tikslams pasiekti.

Finansai

Tikslai	Rodikliai	Rodiklių dydis	Veiksmai
Teigiamas P/N balansas	P/N suma	Teigiama P/N suma	Darbo organizavimo efektyvumo didinimas
Pacientų oficialūs primokėjimai	% nuo viso biudžeto	>10	Įdiegti naujas ir skatinti pirkti esamas mokamas paslaugas bei priemones

Pacientai

Tikslai	Rodikliai	Rodiklių dydis	Veiksmai
Paciento pasitenkinimas	Pacientų apklausos rezultatai % išraiška	>90% patenkintų paslaugomis pacientų	Pacientų aptarnavimo vadyba
Skundai	Skundų sk.	<5 skundų/metus	Paslaugos kokybės gerinimas
Pacientai ne iš Vilniaus m.	%	>70	Kokybiškas paslaugos teikimas, reklama
Planinės hospitalizacijos laukimas	Savaitės	<2 sav.	Darbo organizavimo efektyvumo didinimas

Vidinė būklė

Tikslai	Rodikliai	Rodiklių dydis	Veiksmai
Vid. gulėjimo trukmė	Lovadieniai	<12	Darbo efektyvumo didinimas
Pakartotinių operacijų sk.	% nuo visų op.	<5%	Darbo kokybės gerinimas
Mirštamumas	% nuo visų gydytų	<5%	Darbo kokybės gerinimas
Pūlingų komplikacijų sk.	% nuo visų gydytų	<5%	Darbo kokybės gerinimas
Autopsijų dažnis	% nuo visų mirusių	>10%	Personalo ir artimųjų motyvacija

Personalas, inovacijos ir augimas

Tikslai	Rodikliai	Rodiklių dydis	Veiksmai
Etatų/žmonių santykis	Santykis	1	Atlyginimų kėlimas
Gydytojų/slaugytojų santykis	Santykis	1/3	Slaugytojų etatų didinimas
Pinigų kiekis naujai įrangai ir programoms	Litais	>50000lt	Lėšų kiekio didinimas
Straipsnių sk. recenzuojamuose žurnaluose	Sk.	>20	Mokslinio aktyvumo didinimas
Stažuotės/kvalifikacijos kėlimo kursai	Sk. darbuotojų/metus	>10	Kvalifikacijos kėlimas

3.3. Veiklos efektyvumo matavimas, remiantis sukurtu modeliu

Visų pirma, remiantis adaptuotu veiklos efektyvumo modeliu peržiūrėta ŠCHC vizija, identifikuota strateginė kryptis.

Misija: aukščiausio lygio kardiochirurgijos paslaugos

Vizija: profesionalumu, modernia įranga, patirtimi ir naujausiais moksliniais tyrimais paremta širdies ligų gydymo, mokymo bei tyrimų bazė

Pasitelkiant VUL SK buhalterijos, vidaus audito skyriaus, Širdies chirurgijos centro 2010m. ataskaitos, personalo skyriaus, valstybinio patologijos centro, VUL SK elektroninės ligos istorijos duomenimis, adaptuotas SVERS modelis buvo papildytas esamais VUL SK ŠCHC duomenimis, taip suformuojant galutinę lentelę su esamais efektyvumo rodikliais, siekiamomis jų reikšmėmis ir rekomenduojamais veiksmais tam pasiekti.

Adaptuota SVERS VUL SK ŠCHC efektyvumui vertinti

Siektinos rodiklių reikšmės. Skliausteliuose- 2010m. rodiklių skaitinės reikšmės.

Finansai

Tikslai	Rodikliai	Siektinas rodiklių dydis	Veiksmai
Pacientų oficialūs primokėjimai	% nuo viso biudžeto	>10 (0,5%) ^a	Įdiegti naujas ir skatinti pirkti esamas mokamas paslaugas bei priemones
Teigiamas P/N balansas	P/N suma	Teigiama P/N suma (-872.348) ^a	Darbo organizavimo efektyvumo didinimas

Pacientai

Tikslai	Rodikliai	Siektinas rodiklių dydis	Veiksmai
Paciento pasitenkinimas	Pacientų apklausos rezultatai % išraiška	>90% patenkintų paslaugomis pacientų (88%) ^b	Pacientų aptarnavimo vadyba
Skundai	Skundų sk.	<5 skundų/metus (2)	Paslaugos kokybės gerinimas
Pacientai ne iš Vilniaus m.	%	>70 (59%) ^b	Kokybiškas paslaugos teikimas, reklama
Planinės hospitalizacijos laukimas	Savaitės	<2 sav. (105 pacientai, ~ 6 sav.)	Darbo organizavimo efektyvumo didinimas

Vidinė būklė

Tikslai	Rodikliai	Siektinas rodiklių dydis	Veiksmai
Vid. gulėjimo trukmė	Lovadieniai	<12 (24)	Darbo efektyvumo didinimas
Pakartotinių operacijų sk.	% nuo visų op.	<5% (14,8%) ^c	Darbo kokybės gerinimas
Mirštamumas	% nuo visų gydytų	<5% (5,8%) ^c	Darbo kokybės gerinimas
Pūlingų komplikacijų sk.	% nuo visų gydytų	<5% (6,4%) ^c	Darbo kokybės gerinimas
Autopsijų dažnis	% nuo visų mirusių	>10% (5,8%) ^d	Personalo ir artimųjų motyvacija

Personas, inovacijos ir augimas			
Tikslai	Rodikliai	Siektinas rodiklių dydis	Veiksmai
Etatų/žmonių santykis	Santykis	1 (172/180) ^e	Atlyginimų kėlimas
Gydytojų/slaugytojų santykis	Santykis	1/3 (1/2,2) ^{e*}	Slaugytojų etatų didinimas
P pinigų kiekis naujai įrangai ir programoms	Litais	>50000lt (26460,43lt) ^a	Lėšų kiekio didinimas
Straipsnių sk. recenzuojamuose žurnaluose	Sk.	>20 (17, iš jų 5 ISI)	Mokslinio aktyvumo didinimas
Stażuotės/kvalifikacijos kėlimo kursai	Sk. darbuotojų/metus	>10 (7)	Kvalifikacijos kėlimas

Duomenys paimta iš:

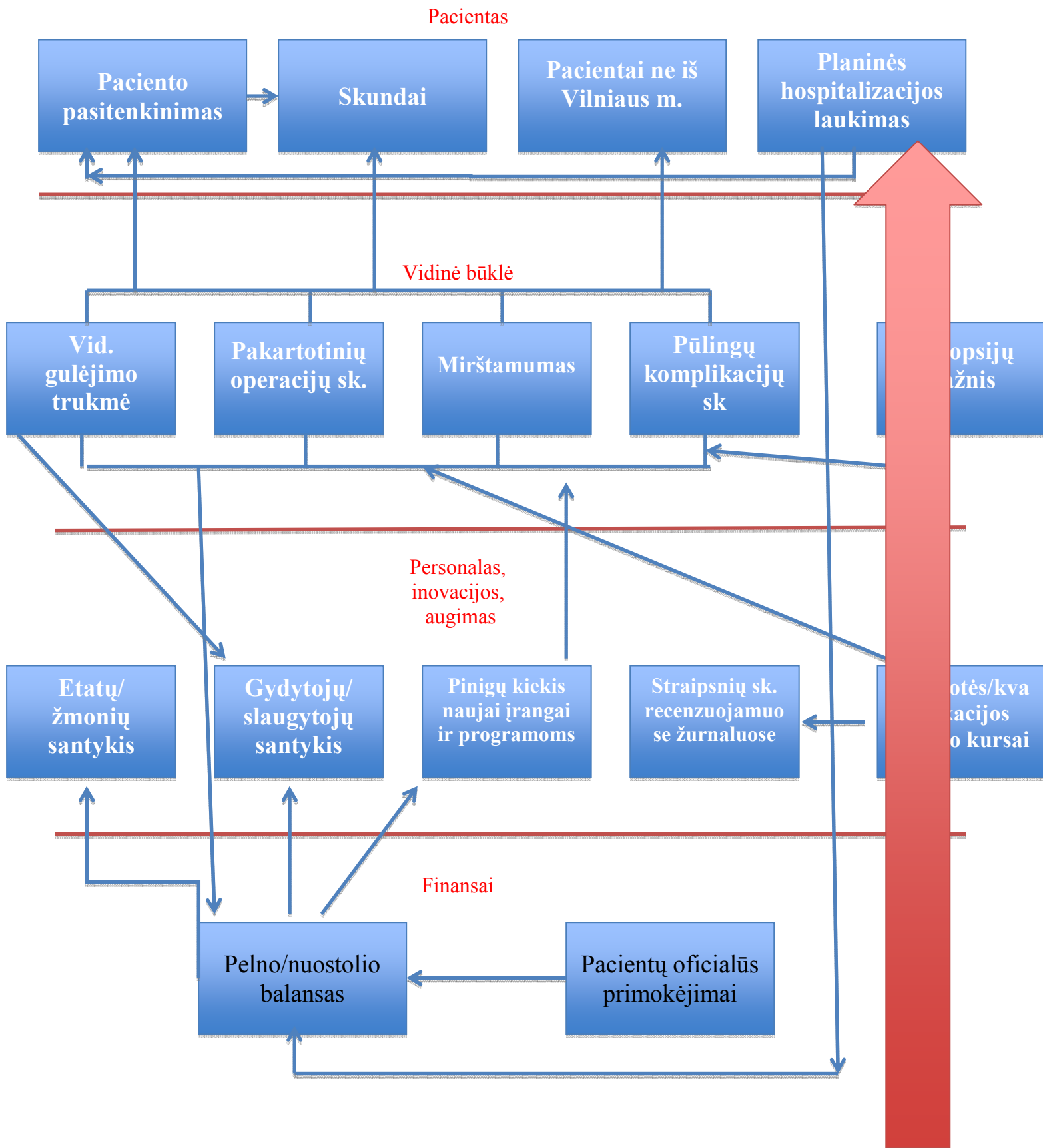
- a- VUL SK Buhalterijos duomenys
 - b- VUL SK Vidaus audito skyriaus duomenys
 - c- VUL SK Širdies chirurgijos centro 2010 m. ataskaita
 - d- Valstybinio patologijos centro duomenys
 - e- VUL SK Personalo skyriaus duomenys
- *- be operacinio bloko slaugytojų etatų

Duomenys taip pat imti bei tikrinti iš ELI- VUL SK Elektroninės ligos istorijos.

Efektyvumą galima matuoti tiek lyginant esamas rodiklių reikšmes su siekiamomis, tiek esamas rodiklių reikšmes lyginant dinamikoje su kitų metų reikšmėmis. Taip pat vėliau galima nustatyti naujas siekiamų rodiklių reikšmes, t.y. jas "sugriežtinti".

Nustatyti ryšiai tarp skirtingų faktorių. Suformuotas strategijos žemėlapis apimantis visus keturis strateginius sektorius- finansus, klientus, vidinius procesus ir darbuotojus.

Rodiklių sistema transformuojama iki žemiausio įmonės valdymo lygmens:



Išvados

1. VUL SK Širdies chirurgijos centro efektyvumo vertinimas vyksta labai nedidele apimtimi, pasitelkiant daugiausiai tik medicininius ir finansinius rodiklius, todėl yra sunku palyginti efektyvumą ir veiklos atitikimą nacionaliniams ir tarptautiniams sveikatos politikos dokumentams.

2. Veiklos efektyvumo vertinimui pasirinktas tinkamiausias SVERS metodas, sugrupuojant pasirinktus rodiklius į keturias grupes ir nustatčius rodiklių norimas reikšmes.

3. Efektyvumo vertinimo modelis yra tinkamas vertinti VUL SK ŠCHC efektyvumui.

Rekomendacijos

Siūlymas taikyti adaptuotą SVERS modelį VUL SK ŠCHC efektyvumui vertinti, bei didinti veiklos efektyvumą siekiant nustatytų tikslų ir naudojant numatytas priemones.

Literatūra

Teisės aktai

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. sausio 23 d. įsakymo Nr. V-35 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo“

pakeitimo, <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=377816&p_query=&p_tr2=> [Žiūrėta 2011-11-09]

Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija. Valstybės žinios. 1991, Nr. 33-893.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. lapkričio 16 d. įsakymas Nr. V-941 „Valstybinės medicininio audito inspekcijos prie sveikatos apsaugos ministerijos nuostatai“.

Lietuvos sveikatos programa. Valstybės žinios. 1998-07-17, Nr. 64-1842.

Lietuvos sveikatos sistemos įstatymas,

<http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=69452> [žiūrėta 2010-02-20]

LR SAM ministro įsakymas “Dėl Vilniaus apskrities sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo plano

patvirtinimo”, <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=303532> [žiūrėta 2010-02-21]

LR SAM ministro įsakymas “Dėl Vilniaus ir Kauno apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų patvirtinimo”,

<http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=224940&p_query=&p_tr2=> [žiūrėta 2010-02-22]

LRS nutarimo "Dėl Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2011-2020 metais metmenų patvirtinimo" projektas ir metmenys,

<http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=400429&p_query=&p_tr2=> [žiūrėta 2011-06-30]

LR sveikatos draudimo įstatymo įgyvendinimo įstatymas,

<http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=34245> [Žiūrėta 2011-11-09]

LRVnutarimas „Dėl LR vyriausybės 2012 metų veiklos prioritetų“,

<http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=408916&p_query=&p_tr2=> [Žiūrėta 2011-11-09]

Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005– 2010 m.

programa, <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=242167&p_que ry=&p_tr2=> [žiūrėta 2010-02-20]

Šaltiniai internete

LR valstybės kontrolės Privalomojo sveikatos draudimo audito ataskaita,

<<http://www.vkontrole.lt/failas.aspx?id=2309>> [žiūrėta 2011-03-23]

Report on Workshop organised by the

OECD, <www.oecd.org/dataoecd/61/9/37903961.pdf> [žiūrėta 2011-02-12]

The world health report 2000 - Health systems: improving performance,

<<http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>> [žiūrėta 2011-02-02]

VLK strateginis veiklos planas,

<<http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=124>> [žiūrėta 2011-03-24]

World Health Organisation Quality of care,

<http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf>

[žiūrėta 2011-02-12]

Literatūros šaltiniai

Aidemark L.G., „The Meaning of Balanced Scorecards in the Health Care Organizations“, *Financing Accountability and Management* 17 (1), 2001, p.23.

Arogyaswamy K., Barker V. L., Yasai- Ardekani M., „Firm turnaround: An intergrative two stage model“, *Journal of Managment Studies* 32, 1995, p. 493.

Černiauskas G., „Lietuvos sveikatos draudimo sistema tarptautinėje sveikatos valdymo koordinacijų sistemoje“, *Sveikatos draudimo plėtra Lietuvoje: problemos ir perspektyvos – konferencija, skirta sveikatos draudimo Lietuvoje 10-čiui paminėti.*

Druskininkai, 2002.

Černiauskas G., Buivydas R., „Sveikatos apsaugos sistemos finansų ir ekonomikos perspektyvos“, *Sveikatos politika ir valdymas* I, 2009.

Chan Y-C.L., Ho S.J.K., „Performance Measurement and the Use of Balanced Scorecard in Canadian Hospitals“, *Advances in Management Accounting* 19, 2000, p. 145.

Chow C. W., Ganulin D., Teknika O., Haddad K., „The balanced scorecard: A potent tool for energizing and focusing“, *Journal of Healthcare Management*, 43(3), 1998, p. 263.

Coelli T.J., *An Introduction to Efficiency and Productivity Analysis*, Springer, New York, 2005.

Cooper W., *Introduction to Data Envelopment Analysis and Its Uses: With DEA-Solver Software and References*, Springer, 2005.

Denison D. R., *Corporate culture and organizational effectiveness*, New York: Wiley, 1990.

Dummond H., „Another fin mess: time for quality in decision- making“ *Journal of General Management* 18, 1992, p. 1-14.

Europos Komisija. *Naujos visuomenės sveikatos strategija*, 2000, p. 48.

Farrell M.J., „The measurement of productive efficiency“ *Journal of Royal Statistical Society* 120(3), 1957, p. 253.

Fitzpatrick M.A., „Let’s bring balance to health care.“, *Nursing Management* 33, 2002, p. 35.

Gurd B.W., Gao T., „Lives in the balance: Managing with the scorecard in not-for-profit healthcare settings“, *International Journal of Productivity and Performance Management* 57, 2008, p. 6.

Handy Ch., *The age of unreason*, London: Business books. 1989.

Hollingsworth B., „The measurement of efficiency and productivity of health care delivery“, *Health Economics*, 2008. p. 28.

Inamdar N., Kaplan R.S., „Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organisations“, *Journal of Healthcare Management* 47, 2002, p. 179-195.

Isham J. G., Institute Of Medicine - Board On Population Health And Public Health Practice - Committee On The State Of The USA.

Jacobs R., *Measuring efficiency in health care– analytic techniques and health policy*, Cambridge, 2006, p.26.

Janušonis V., *Medicinos pagalbos kokybė ir valdymas*, Vilnius: Mokslas, 1990.

Jasaitytė N., *Master’s thesis Financing of health care system in lithuania and its efficiency*, ISM university of management and economics, 2010.

Kenton B. Walker, „Improving hospital performance and productivity with the balanced scorecard“, *Academy of Health Care Management Journal* 2, 2006, p. 85.

- Kramers P., „The ECHI project. Health indicators for the European Community“, *European Journal of Public Health*13, 2003.
- Kurtzman J., „Is your company off course? Now you can find out why“, *Fortune* 17, p. 128.
- Labutis G., Oškeliūnas V., *Subalansuotu rodikliu sistema- gydymo istaigos veiklos tobulinimo įrankis*, 2010m.
- Mescon H., Albert M., Khedouri F., „*Management: Individual and Organizational Effectiveness*“, Harpercollins College Div, 1985.
- Neely A., Bourne, „Why measurement initiatives fail“, *Measuring Business Excellence* 4, 2000, p. 3.
- Oliveira J., „The Balanced Scorecard: An Integrative Approach to Performance Evaluation“, *Healthcare Financial Management*55, 2001, p. 42.
- Pink G.H., McKillop I., Schraa E.G., Preyra C., Montgomery C., Baker G.R., „Creating a Balanced Scorecard for a Hospital System“, *Journal of Health Care Finance*27, 2001, p. 10.
- Puig J., Ortun V., „Cost Efficiency in Primary Care Contracting: A Stochastic Frontier Cost Function Approach“, *Health Economics* 13, 2004, p. 1149.
- Radnor Z., Lovell B., „Success factors for implementation of the balanced scorecard in a NHS multi-agency setting“, *International Journal of Health Care Quality Assurance* 16(2), 2003, p. 99.
- Senge P., *The fifth discipline*. New York: Doubleday currency, 1990m.
- Sheldon T., „Discounting in Health Care Decision Making: Time for a Change?“, *Journal of Public Health Medicine*14, 1992, p. 250.
- Shutt J. A., „Balancing the Health Care Scorecard“, *Managed Care* 15, 2003, p. 34.
- Smith P.C., *Measuring up: improving the performance of health systems in OECD countries*, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2002.
- Stewart L.J., Bestor W.E., „Applying a Balanced Scorecard to health care Organizations“, *Journal of Corporate Accounting & Finance* 3, 2000, p. 75.
- Street A., „How much confidence should we place in efficiency estimates?“, *Health Economics* 12(11), 2003, p.895.
- Sveikata 21. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione*, Vilnius. LR Sveikatos apsaugos ministerija, 1998.
- Tarantino D.P., „Using the Balanced Scorecard as a Performance Management Tool“, *Physician Executive*29, 2003, p. 69.

Verhoeven M., Lugaresi S., „The Health Sector in the Slovak Republic: Efficiency and Reform“, *IMF Working Paper*, 2007.

Voelker K., Rakich J., French G., „The Balanced Scorecard in Healthcare Organizations: A Performance Measurement and Strategic Planning Method“, *Hospital Topics* 17, 2001, p. 1107.

Williams A., „Science or marketing at WHO? A commentary on World Health Report 2000“, *Health Economics*10, 2001, p. 93.

Zelman W.N., Pink C.B., „Use of the Balanced Scorecard in Health Care“, *Journal of Health Care Finance*29, 2003, p. 16.

Santrauka lietuvių kalba

Per pastaruosius kelis dešimtmečius visame pasaulyje išaidos sveikatos apsaugai išaugo labai ženkliai ir sudaro nemažą procentą nuo BVP. Manoma, kad nemaža dalimi prie to prisidėjo sveikatos priežiūros įstaigų neefektyvumas. Lietuvoje praktiškai nuo pat nepriklausomybės atgavimo 1990m. buvo pradėtos sveikatos apsaugos sektoriaus reformos. Tačiau atliekamos reformos labai nedaugeliu atveju vertinamos ir efektyvumo aspektu. Ligoninėse vis plačiau diegiamos įvairios kokybės valdymo sistemos, tačiau veiklos efektyvumo skaičiavimai yra tik pavieniai. Šio darbo tikslas yra sukurti kardiologijos paslaugų teikimo efektyvumo vertinimo modelį ir jį panaudoti VUL SK Širdies chirurgijos centro veiklos efektyvumo vertinimui.

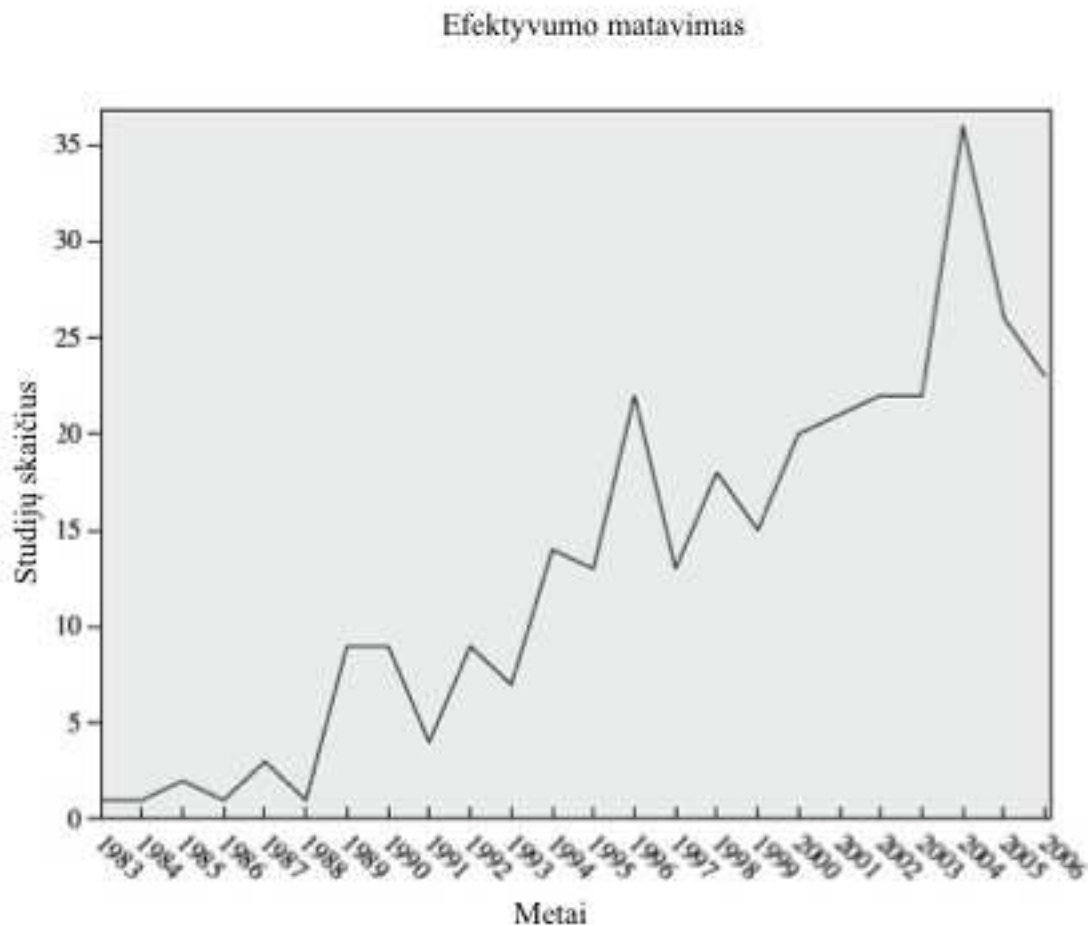
Santrauka anglų kalba

Health care costs have been rising for several years and have significant percentage of GDP. One of the reason is health care inefficiency. Lithuania Health care sector reformed since 1990, but there was lack of efficiency viewpoint. Hospitals have been introduced different quality management systems, but missing measurements of efficiency. Master's work objectives is to create model for efficiency measurement in Heart surgery center, Vilnius University Hospital Santariskiu klinikos.

Priedai

Paveikslai

Pav. 1. Efektyvumo matavimo studijų skaičiaus didėjimas mokslinėje literatūroje

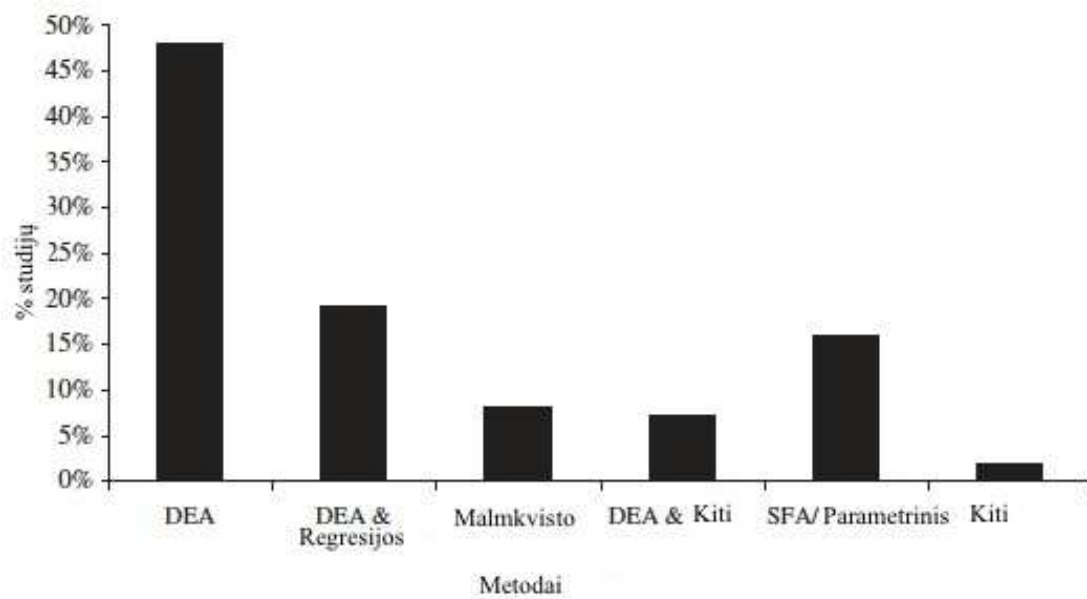


Efektyvumo matavimo studijų skaičius 1983-2006m.

Paimta iš Hollingsworth B., The measurement of efficiency and productivity of health care delivery, Health Economics

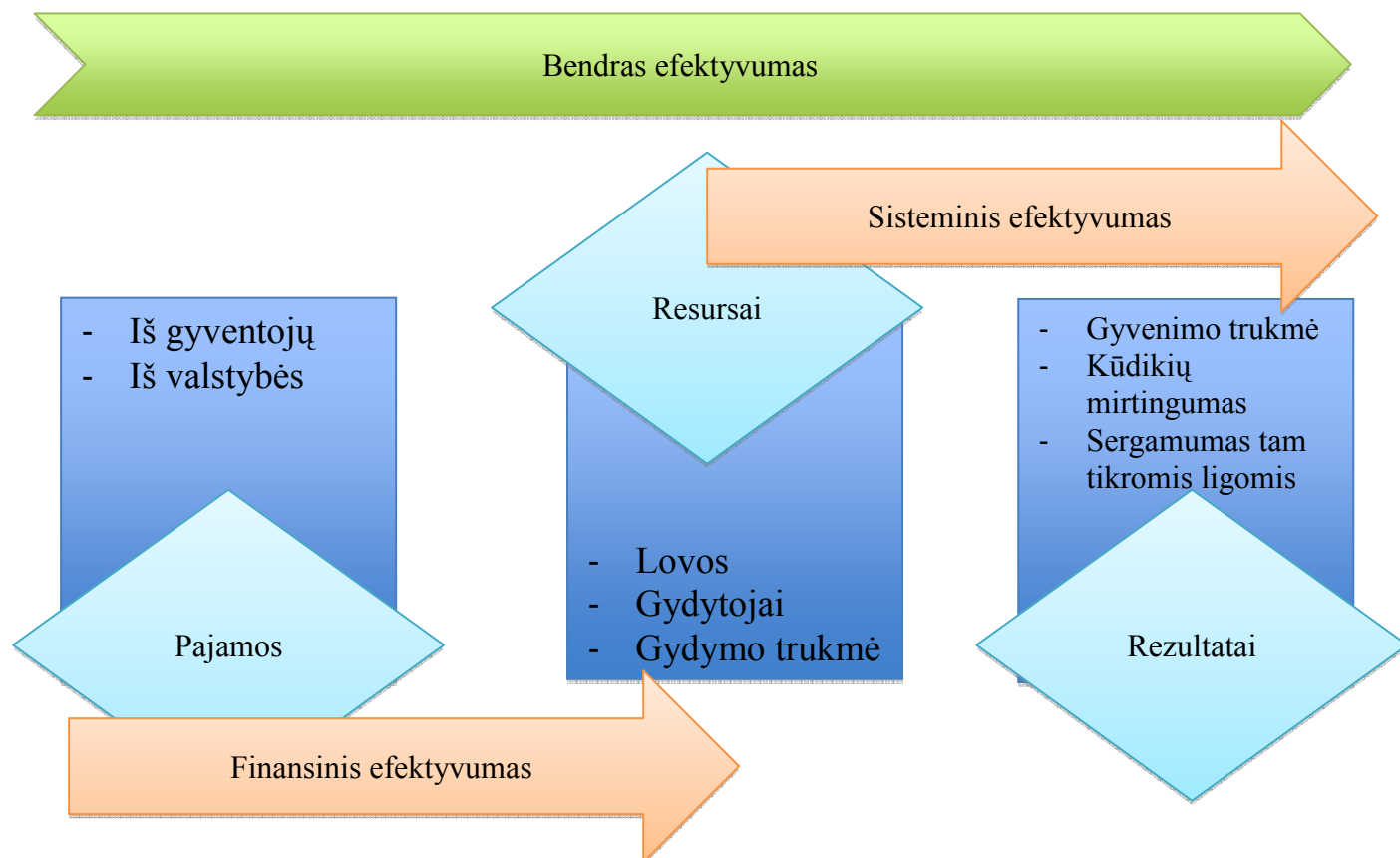
[Volume 17, Issue 10](#), pages 1107–1128, October 2008

Pav. 2. Studijų naudojami metodai efektyvumui vertinti



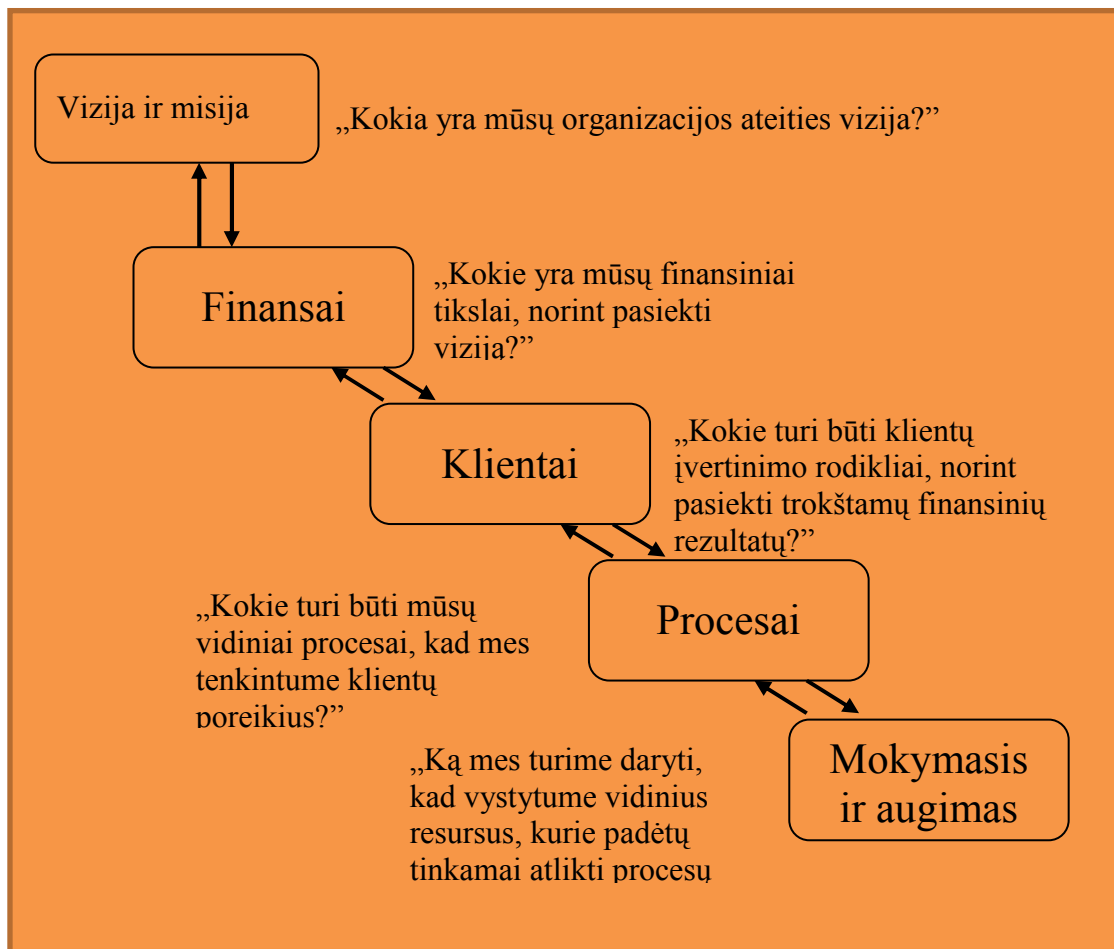
Paimta iš Hollingsworth B., The measurement of efficiency and productivity of health care delivery, Health Economics
Volume 17, Issue 10, pages 1107–1128, October 2008

Pav. 3. Efektyvumas SP sistemoje



Paimta iš Verhoeven M., Lugaresi S., The Health Sector in the Slovak Republic: Efficiency and Reform., IMF Working Paper 2007m

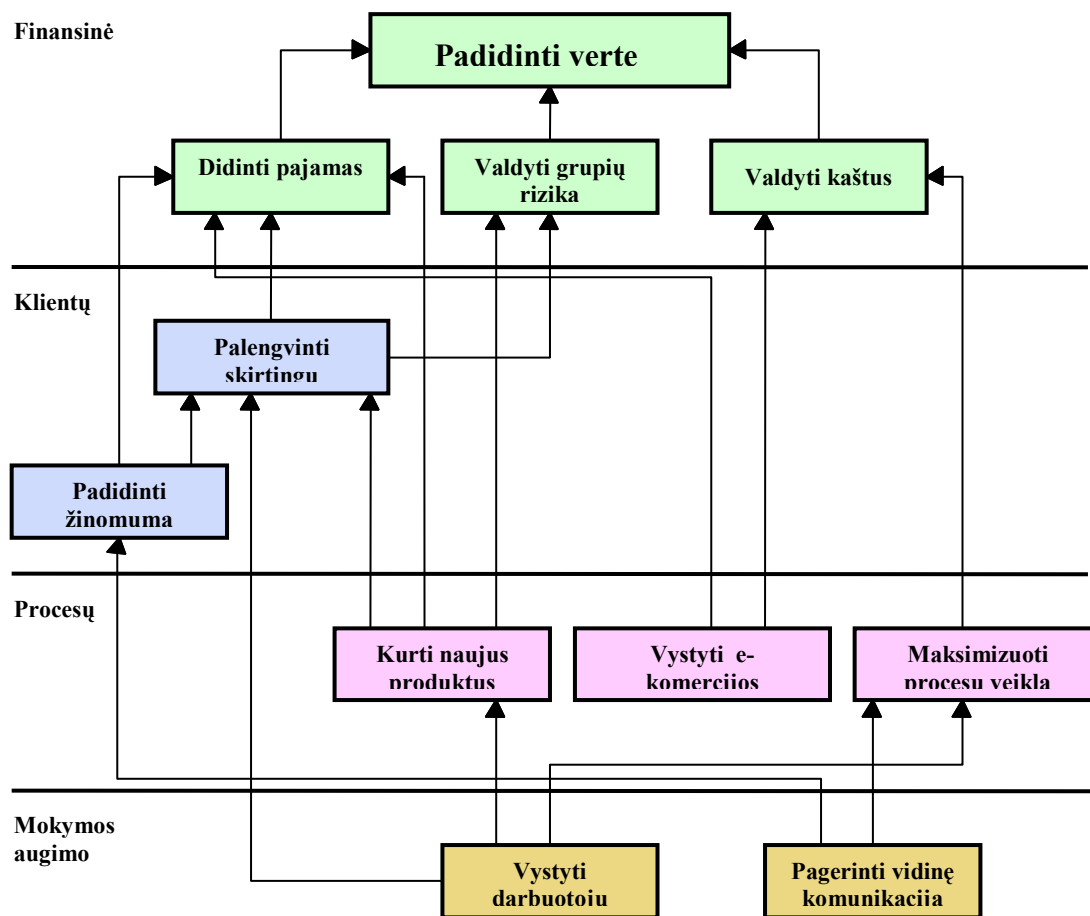
Pav. 4. Efektyvumo ir veiklos įvertinimo apjungimas su strategija



Paimtaiš

http://www.verslilietuva.lt/files/files/DOC/5_%20MEDZIAGA%20Verslo%20procesu%20valdymas.doc

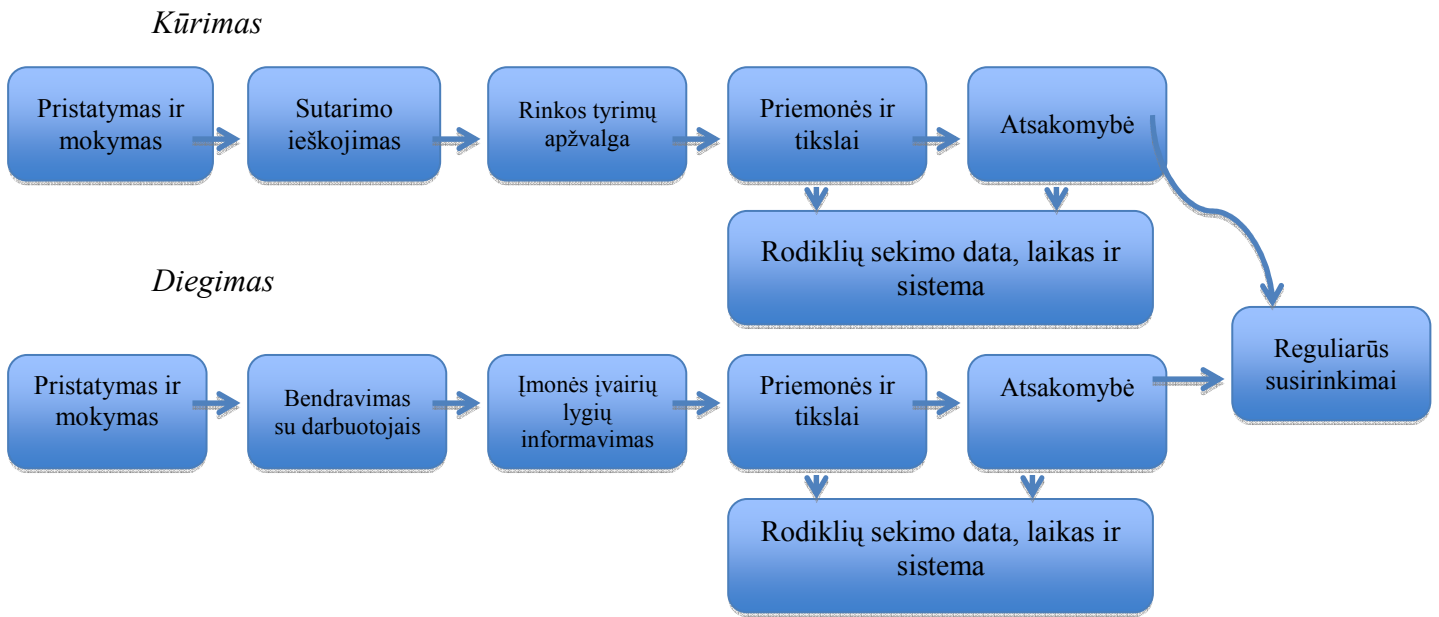
Pav. 5. Strateginis žemėlapis



Paimta iš

http://www.versli Lietuva.lt/files/files/DOC/5_%20MEDZIAGA%20Verslo%20procesu%20valdymas.doc

Pav. 6. SVERS kūrimas ir diegimas



Paimta iš Inamdar, N., Kaplan R.S., “Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organisations.” *Journal of Healthcare Management*, 2002m., 47(3): 179-195.

Pav. 7. Rodikliai, sugrupuoti pagal SVERS modelio grupes.



Lentelės

1a. lentelė. Kryptys ir darbai nustatytiems LR vyriausybės 2012m. prioritetams įgyvendinti.

3.1. Prioritetinė kryptis. Baigti optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir pertvarkyti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą.

	Svarbiausi darbai	Įgyvendinimo terminas, ketvirtis	Atsakinga institucija
3.1.1.	Atlikta sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos (toliau – Programa) įgyvendinimo rezultatų analizė – įvertinus analizės rezultatus ir vadovaujantis Programoje nustatytais vertinimo kriterijais, patikslintas sveikatos priežiūros įstaigų suskirstymas pagal lygmenis, jose teikiamų paslaugų sąrašas, apimtis ir apmokėjimas	II	Sveikatos apsaugos ministerija
3.1.2.	Atlikta gyventojų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugų kokybe, sauga ir prieinamumu analizė, siekiant apibendrinti ir palyginti Programos pradžioje ir pabaigoje atliktos analizės rezultatus	II	Sveikatos apsaugos ministerija
3.1.3.	Remiantis atliktų analizių rezultatais, pateikti siūlymai dėl tolesnės sveikatos sistemos pertvarkos etapų, t. y. sveikatos priežiūros įstaigų optimizavimo ir paslaugų restruktūrizavimo tęstinumo; parengtos tolesnės sveikatos sistemos pertvarkos rekomendacijos	IV	Sveikatos apsaugos ministerija
3.1.4.	Parengtas ir patvirtintas asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės rodiklių sąrašas ir jų nustatymo metodika	IV	Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Valstybinė ligonių kasa)

1b. lentelė. Kryptys ir darbai nustatytiems LR vyriausybės 2012m. prioritetams įgyvendinti.

3.2. Prioritetinė kryptis. Taikyti giminingų diagnozių grupių (DRG) metodą aktyviojo gydymo stacionariųjų paslaugų apmokėjimui ir užtikrinti su DRG susietą vienodą šių paslaugų sąnaudų apskaitą gydymo įstaigose.

Svarbiausi darbai		Įgyvendinimo terminas, ketvirtis	Atsakinga institucija
3.2.1.	Veikia teisingesnė ir tikslesnė stacionariųjų paslaugų apmokėjimo sistema: nuo 2012 m. sausio 1 d. už aktyviojo gydymo stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas taikomas apmokėjimas pagal DRG metodą šalies mastu, kartu taikant priemones, užtikrinančias sklandų perėjimą prie naujos apmokėjimo sistemos	I	Valstybinė ligonių kasa, Sveikatos apsaugos ministerija
3.2.2.	Atliktas DRG metodo poveikio aktyviojo gydymo stacionariųjų paslaugų apmokėjimui tarpinis vertinimas ir parengti siūlymai dėl apmokėjimo tobulinimo 2013 metais	III	Valstybinė ligonių kasa
3.2.3.	Visose šalies stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose užtikrintas vienodas aktyviojo gydymo stacionariųjų paslaugų sąnaudų priskyrimas sąnaudų grupėms, susietoms su DRG metodu	III	Valstybinė ligonių kasa
3.2.4.	Atlikta detalios asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąnaudų apskaitos diegimo galimybių studija, kurioje išanalizuotos detalios sąnaudų apskaitos diegimo alternatyvos	III	Valstybinė ligonių kasa, Sveikatos apsaugos ministerija

2 lentelė. Ligoninės ir jos finansų valdymo apskaitos skirtumai

Požymis	Ligoninės valdymo apskaita	Ligoninės finansų valdymo apskaita
Metodologija	Organizacijos	Šalies ir tarptautinė
Pastovumas	Kintama	Pastovi
Reguliavimas	Daugiausia organizacijos	Daugiausia valstybės
Vartojimo aplinka	Vidinė	Vidinė ir išorinė
Orientacija	Į dabartį	Į perspektyvą
Kryptis	Į organizacijos struktūrą	Į organizaciją
Akcentas	Duomenų reikšmė	Duomenų tikslumas
Išraiška	Įvairi	Paprastai piniginė

Paimta iš Denison, D. R., Corporate culture and organizational effectiveness.
New York: Wiley. 1990m

3 lentelė. SVERS rodiklių lentelė

Perspektyva	Strateginis tikslas	Rodikliai (vertinimo kriterijai)	Rodiklio tikslas
Finansai			
Klientai			
Procesai			
Žmonės			

Paimta iš Zelman W.N., Pink C.B., Use of the Balanced Scorecard in Health Care. Journal og Health Care Finance., 29(4), 1-16, 2003m.

