

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS  
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS  
VADYBOS INSTITUTAS**

**VAIVA ALMAŠOVA**

**EUROPOS SAJUNGOS STRUKTŪRINĖS  
PARAMOS SVEIKATOS APSAUGAI  
ADMINISTRAVIMO TOBULINIMAS**

**Magistro baigiamasis darbas**

**Vadovas**

**Habil. dr. prof. Borisas Melnikas**

**Vilnius, 2014**

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS  
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS  
VADYBOS INSTITUTAS**

**EUROPOS SAJUNGOS STRUKTŪRINĖS  
PARAMOS SVEIKATOS APSAUGAI  
ADMINISTRAVIMO TOBULINIMAS**

**Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo magistro baigiamasis darbas  
Studijų programa 621N71001**

**Vadovas**

**Habil. dr. prof. Borisas Melnikas**

**2014 03 31**

**Recenzentas**

**Atliko**

**SAAmis2-01 gr. stud.**

**V. Almašova**

**2014 04**

**2014 03 31**

**Vilnius, 2014**

## TURINYS

<b>ĮVADAS.....</b>	<b>9</b>
<b>1. TEORINĖ STUDIJA, SKIRTA ES STRUKTŪRINĖS PARAMOS SVEIKATOS APSAUGAI ADMINISTRAVIMO TOBULINIMUI .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1. Šiuolaikinė sveikatos apsaugos bei jos plėtojimo problemų samprata.....</b>	<b>11</b>
1.1.1. Šiuolaikinės sveikatos apsaugos bei jos vaidmens visuomenės gyvenime samprata.....	11
1.1.2. Šiuolaikinės sveikatos apsaugos problemos bei jų sprendimui skirtos veiklos prioritetinės kryptys.....	15
1.1.3. ES politikos prioritetai ir jų įgyvendinimas plėtojant sveikatos apsaugą.....	21
<b>1.2. Šiuolaikiniai teoriniai požiūriai į sveikatos apsaugą ir jos administravimą, šių požiūrių pritaikymo poreikiai ir aktualijos.....</b>	<b>22</b>
<b>1.3. Šiuolaikiniai teoriniai požiūriai į ES struktūrinę paramą, jos administravimą, šių požiūrių įgyvendinimo galimybės plėtojant sveikatos apsaugą .....</b>	<b>25</b>
1.3.1. ES struktūrinė parama ir jos ypatumai plėtojant sveikatos apsaugą .....	25
1.3.2. ES dokumentų ir teisės aktų, reglamentuojančių ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimą, analizė .....	29
1.3.3. LR politinių dokumentų ir teisės aktų, reglamentuojančių ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimą, analizė .....	31
<b>2. EMPIRINIŲ TYRIMŲ, SKIRTŲ TOBULINTI ES STRUKTŪRINĖS PARAMOS SVEIKATOS APSAUGAI ADMINISTRAVIMĄ, METODOLOGIJA.....</b>	<b>35</b>
<b>2.1. Empirinių tyrimų, skirtų ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo tobulinimui, struktūra ir bendra charakteristika .....</b>	<b>35</b>
<b>2.2. Empirinių tyrimų, skirtų ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo tobulinimui, metodikos .....</b>	<b>36</b>
<b>3. EMPIRINIAI TYRIMAI, SKIRTI ES STRUKTŪRINĖS PARAMOS SVEIKATOS APSAUGAI ADMINISTRAVIMO TOBULINIMUI .....</b>	<b>40</b>
<b>3.1. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai praktika ir jai būdingų bendrųjų tendencijų analizė.....</b>	<b>40</b>
3.1.1. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai struktūros ir dinamikos ES mastu analizė .	40
3.1.2. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai struktūros ir dinamikos Lietuvoje analizė .	43
<b>3.2. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo būklės Lietuvoje analizė</b>	<b>48</b>
<b>3.3. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo būklės tyrimui skirta atvejo analizė (VšĮ Centro poliklinikos pavyzdžiu) .....</b>	<b>51</b>
<b>3.4. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo patirties analizei skirti ekspertiniai vertinimai ir apklausos (VšĮ Centro poliklinikos pavyzdžiu).....</b>	<b>57</b>
3.4.1. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo patirties analizei skirta apklausa.....	57
3.4.2. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo patirties analizei skirti ekspertiniai tyrimai .....	62
<b>3.5. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo praktikos SSGG analizė</b>	<b>65</b>

<b>4. STRATEGINIAI SPRENDIMAI IR VEIKLOS PRIORITETAI, SKIRTI ES STRUKTŪRINĖS PARAMOS SVEIKATOS APSAUGAI ADMINISTRAVIMO TOBULINIMUI.....</b>	<b>67</b>
<b>4.1. Pagrindinės prielaidos inicijuoti, parengti ir įgyvendinti strateginius sprendimus, skirtus ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo tobulinimui .....</b>	<b>67</b>
<b>4.2. Sprendimai, skirti LR ministerijoms ir sveikatos priežiūros įstaigoms dėl ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo tobulinimo .....</b>	<b>69</b>
<b>IŠVADOS IR PASIŪLYMAI.....</b>	<b>72</b>
<b>ANOTACIJA .....</b>	<b>78</b>
<b>ANNOTACION.....</b>	<b>79</b>
<b>SANTRAUKA.....</b>	<b>80</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>81</b>
<b>PRIEDAI.....</b>	<b>82</b>

**PRIEDAI**

1 priedas. VšĮ Centro poliklinikos administracijos darbuotojų apklausos klausimynas .....	83
2 priedas. Interviu klausimai VšĮ Centro poliklinikos administracijos vadovams .....	86
3 priedas. ES struktūrinių fondų lėšų įsisavinimo efektyvumo pagal įvairias sveikatos apsaugos projektų priemones ir VšĮ Centro poliklinikos gautų pajamų 2009-2013 m. lentelės.....	87
4 priedas. VšĮ Centro poliklinikos įgyvendinti/įgyvendinami projektai 2010-2013 m.....	88

**LENTELĖS**

1 lentelė. EK įvykdytų tarpinių ES struktūrinių fondų mokėjimų palyginimas .....	41
2 lentelė. 2007-2013 m. ES paramos lėšomis įgyvendintų sveikatos apsaugos sektoriaus projektai pagal priemones ir įgyvendinančias institucijas .....	44
3 lentelė. ES struktūrinių fondų lėšomis finansuojamų VšĮ Centro poliklinikos projektų įgyvendinimas ir administravimas .....	56
4 lentelė. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo SSGG analizė .....	65

## PAVEIKSLAI

1 pav. Sveikatos įtaka ekonomikai .....	16
2 pav. Vyresnio amžiaus gyventojų skaičiaus kaita ir jų išlaikymo našta ES šalyse .....	17
3 pav. Mirtingumo priežastys Lietuvoje 2012 m.....	19
4 pav. ES regioninio politikos ciklo sandara .....	27
5 pav. LR teisės aktų, reglamentuojančių ES struktūrinės paramos įgyvendinimą, svarba projektų dalyviams ir vykdytojams .....	33
6 pav. Darbo tyrimo metodų schema .....	36
7 pav. ES struktūrinės paramos lėšos ES šalims, pagal skirtingus fondus, mln. eurų .....	42
8 pav. ES struktūrinės paramos lėšų įsisavinimas pagal šalis (proc.) .....	43
9 pav. Įgyvendinamų sveikatos projektų skaičius pagal ES struktūrinių fondų priemones .....	45
10 pav. Sveikatos apsaugos sektoriaus projektams skirtos ES struktūrinės paramos lėšos (proc.).....	46
11 pav. ES struktūrinių fondų lėšų įsisavinimas pagal priemones (proc.).....	47
12 pav. Grafinė ES struktūrinės paramos lėšų administravimo schema.....	49
13 pav. ES struktūrinės paramos įgyvendinimo etapai .....	50
14 pav. ES fondų skirtos lėšos poliklinikos įgyvendinamiems projektams (tūkst. Lt. ir proc.) .....	52
15 pav. ES struktūrinės paramos lėšų įsisavinimas poliklinikoje 2010-2013 m. (tūkst. Lt).....	53
16 pav. ES struktūrinės paramos lėšų santykis su įstaigos gautomis pajamomis (tūkst. Lt).....	54
17 pav. VšĮ Centro poliklinikos ES fondų lėšomis įgyvendinamų projektų PVG narių funkcijos .....	55
18 pav. Duomenys apie respondentus (proc.) .....	58
19 pav. Respondentų žinios apie ES fondų finansuojamus projektus (proc.) .....	59
20 pav. Respondentų žinios apie įstaigos dalyvavimą ES projektuose (proc.).....	59
21 pav. ES fondų paramos lėšų paskirstymas pagal sritis (proc.).....	60
22 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal prioritетines ES paramos kryptis (proc.).....	60
23 pav. Respondentų nuomonės pasiskirstymas pagal tai, kas turėtų rengti įstaigos investicinius projektus .....	61
24 pav. Problemos, su kuriomis susiduriama įgyvendinant ES fondų finansuojamus projektus.....	62
25 pav. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo tobulinimo modelis .....	68

**SANTRUMPOS**

- AASP – Antrinė asmens sveikatos priežiūra  
ASPI – Asmens sveikatos priežiūros įstaiga  
BVP – Bendrasis vidaus produktas  
CPVA – Viešoji įstaiga Centrinė projektų valdymo agentūra  
EK – Europos Komisija  
ERPF – Europos regioninės plėtros fondas  
ESF – Europos socialinis fondas  
ESFA – Viešoji įstaiga Europos socialinio fondo agentūra  
ES – Europos Sąjunga  
E. sveikata – Elektroninė sveikata  
IVPK – Informacinės visuomenės plėtros komitetas prie LR Susisiekimo ministerijos  
LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema  
LVPA – Viešoji įstaiga Lietuvos verslo paramos agentūra  
PASP – Pirminės asmens sveikatos priežiūra  
PSDF – Privalomasis sveikatos draudimo fondas  
PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija  
PVG – Projekto valdymo grupė  
SADM – Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministerija  
SAM – Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija  
SF – Sanglaudos fondas  
TLK – Teritorinė ligonių kasa  
VLK – Valstybinė ligonių kasa  
VPT – Viešųjų pirkimų tarnyba



## IVADAS

**Temos naujumas ir aktualumas.** Lietuvoje šiuo metu baigiamas įgyvendinti ES struktūrinės paramos 2007 - 2013 m. programavimo laikotarpis, todėl aktyviai rengiamasi pradėti įgyvendinti naująjį 2014 - 2020 m. šios paramos periodą. Lyginant su kitomis Baltijos valstybėmis, Lietuvai bus skirta daugiausiai ES paramos lėšų – 44 mlrd. litų. Skaičiuojama, kad ES parama sudarys maždaug 3,67 proc. Lietuvos BVP. Vadinasi, sveikatos apsaugos sektoriui bus suteiktos naujos galimybės pasinaudoti šia finansine parama. ES struktūrinių fondų administravimo efektyvumas yra esminis veiksnys, lemiantis sėkmingą lėšų panaudojimą valstybėse narėse, kartu darantis įtaką struktūrinės paramos panaudojimo sveikatos apsaugos sektoriaus rezultatų veiksmingumui ir našumui.

Atliekant tyrimą, analizuojami Lietuvos ir užsienio autorių darbai, kuriuose nagrinėjama viešojo administravimo sistemos problematika. Egzistuoja daug autorių, tyrinėjusių efektyvaus viešojo administravimo problematiką, tačiau pakankamai mažai autorių, nagrinėjusių ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo sistemos efektyvumą. Dauguma autorių sutinka, kad egzistuoja ryšys tarp administravimo ir politikos, tačiau pabrėžia, kad šios dvi sritys turi būti atskirtos.

Nėra vieningos nuomonės dėl ES struktūrinių fondų lėšų poveikio ekonominio išsivystymo skirtumams tarp ši klausimą analizuojančių analitikų. Teko susipažinti su keletu Lietuvos autorių darbais, kuriuose atlikti atskirų ES struktūrinę paramą administruojančių institucijų tyrimai, tačiau nėra pilnai ištirta, ar šios paramos administravimas sveikatos apsaugai yra efektyvus. Be to, nepakankamas ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo įvertinimas – Lietuvoje dažniausiai ES paramos administravimas vertinamas vadovaujantis ES įgyvendinimo rodiklių metodika. Todėl galima teigti, kad ši tema nėra pilnai ištirta.

Nors ES struktūrinė parama sveikatos apsaugos sektoriui skirstoma ne pirmus metus, tačiau paramos administravimas nevyksta sklandžiai. Ne visos institucijos, administruojančios ir kontroliuojančios ES struktūrinių fondų lėšų įsisavinimą, garantuoja viešą, skaidrų lėšų paskirstymą ir įsisavinimą. Įvairiuose ES ir Lietuvos politiniuose dokumentuose ir teisės aktuose žadama tobulinti teisės aktus, reglamentuojančius ES struktūrinės paramos administravimą, tačiau retai užsimenama apie akivaizdų poreikį stiprinti šios paramos administravimo sistemą. Dėl sudėtingų struktūrinės paramos vertinimo ir administravimo procedūrų bei projektų įgyvendinimo metu iškilusių įvairių problemų, asmens sveikatos priežiūros įstaigos nespėja laiku įsisavinti paramos lėšų. Todėl iškyla poreikis tobulinti ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimą, siekiant šią paramą padaryti prieinamesnę kuo didesniai gyventojų ratui ir paspartinti jos įsisavinimą.

**Tyrimo problema:** kaip patobulinti ES struktūrinės paramos administravimą, kad būtų realiai gerinama situacija sveikatos apsaugoje, ir, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigos efektyviau įsisavintų ES struktūrinės paramos lėšas.

Atsižvelgiant į suformuluotą tyrimo problemą, iškelta **tyrimo hipotezė** – ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo sistemos tobulinimu gali būti padidintas pačios paramos efektyvumas.

**Tyrimo objektas** - ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo sistema.

**Tyrimo tikslas:** išanalizuoti ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo sistemą ir pasiūlyti sprendimus jos tobulinimui.

Šiam tikslui pasiekti iškelti **tyrimo uždaviniai:**

1. Išnagrinėti šiuolaikinio sveikatos apsaugos sektoriaus problemas.
2. Išnagrinėti šiuolaikinius požiūrius į sveikatos apsaugą ir viešąjį administravimą.
3. Išanalizuoti ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo tobulinimui reikšmingus politinius dokumentus ir teisės aktus.

4. Atlikti išsamią ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo sistemos analizę, išskiriant:

- ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai struktūros ir dinamikos analizę ES ir Lietuvoje;
- ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo būklės Lietuvoje analizę;
- ES struktūrinės paramos administravimo patirties tyrimui skirtą atvejo analizę Lietuvos sąlygomis tipinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje;
- sveikatos apsaugos specialistų ir vadovų apklausą bei ekspertinius vertinimus, skirtus ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo tobulinimui;
- ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo būklės Lietuvoje SSGG analizę.

5. Parengti strateginius sprendimus dėl ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo sistemos tobulinimo.

**Tyrimo metodika.** Atliekant tyrimą, panaudota originali autorinė kompleksinio tyrimo metodologija, numatyti teoriniai ir empiriniai tyrimo metodai: dokumentų, teisės aktų, mokslinės literatūros šaltinių analizės, statistinių duomenų, aprašomoji, lyginamoji, klasifikavimo analizės, kiekybinio ir kokybinio tyrimų duomenų analizė, ES paramos administravimo sistemos SSGG analizė.

**Darbo rezultatų taikymo sritys.** Atlikta išsami ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo sistemos analizė, parengtos išvados bei pateikti pasiūlymai dėl paramos administravimo tobulinimo, kurie gali būti naudingi planuojant ir įgyvendinant sveikatos sektoriaus projektus artėjančiu 2014 - 2020 m. ES struktūrinės paramos laikotarpiu. Parengtos priemonės ir pasiūlymai yra skirti Lietuvos Respublikos ministerijoms, taip pat projektus vertinančioms, įgyvendinančioms ir administruojančioms institucijoms bei asmens sveikatos priežiūros įstaigoms.

# 1. TEORINĖ STUDIJA, SKIRTA ES STRUKTŪRINĖS PARAMOS SVEIKATOS APSAUGAI ADMINISTRAVIMO TOBULINIMUI

## 1.1. Šiuolaikinė sveikatos apsaugos bei jos plėtojimo problemų samprata

### 1.1.1. Šiuolaikinės sveikatos apsaugos bei jos vaidmens visuomenės gyvenime samprata

Visuomenėje sveikata suvokiama skirtingai. Ilgą laiką buvo manoma, kad sveikata priklauso nuo medicinos, t.y. sveikata buvo siejama su medicininio sveikatos modeliu, akcentuojant ligą ar negalią. Tačiau, bėgant metams, požiūris į sveikatos apsaugą kito. Dabartiniu metu sveikata tapo mūsų gyvenimo dalimi, gerove, gyvenimo kokybės rodikliu. Esminis lūžis sveikatos politikoje įvyko 1946 m. Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau - PSO) Konstitucijoje, kurioje apibrėžiamas naujas požiūris į sveikatą, pakeitęs ilgai vyravusią sveikatos politikos strategiją. Sveikata šiame dokumente apibūdinama *“kaip visiška fizinė, psichikos ir socialinė gerovė, o ne šiaip ligos ar negalios nebuvimas”*<sup>1</sup>. Taip pat konstitucijoje įtvirtinama, kad sveikata yra viena pagrindinių kiekvieno žmogaus teisių, nesvarbu, kokia jo rasė, religija, politiniai įsitikinimai, ekonominė ir socialinė padėtis.

Pirmosios sveikatos stiprinimo idėjos suformuluotos Alma Atos pirminės sveikatos priežiūros deklaracijoje (1978) ir PSO strategijoje „Sveikata visiems 2000“ (1984). **Alma Atos deklaracijoje**<sup>2</sup> yra pateikiamas naujas supratimas apie pirminės sveikatos priežiūros (toliau – PSP) funkcijas, apimančias ne tik ligų gydymą, bet ir akcentuojant rūpesčio visuomenės sveikata svarbą. Dokumente teigiama, kad PSP yra esminė sveikatos priežiūra, paremta praktiniu moksliniu patyrimu, socialiai priimtinais metodais ir technologijomis, kurios padaro ją prieinamą individams ir šeimoms bendruomenėje, ir teikiama bendruomenei ir šaliai priimtinais kaštais. Deklaracijoje išskirta integruota veikla, pabrėžiama medicininės, visuomenės sveikatos bei socialinės priežiūros svarba ir jų bendradarbiavimo būtinybė. Pagrindiniuose PSP principuose, aptartuose Alma Atos deklaracijoje, išskiriami du lygiai – sveikatos priežiūros lygis ir bendras požiūris į sveikatos politiką bei sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Remiantis šiame dokumente pateikta PSP koncepcija, daugumoje Europos valstybių prasidėjo PSP pertvarka. 1984 m. PSO valstybių-narių patvirtintoje strategijoje **"Sveikata visiems 2000"** toliau plėtojama PSP koncepcija, politika ir strategija. Strategijoje svarbiausiu sveikatos apsaugos elementu nurodoma PSP. Dokumente teigiama, kad kiekviena valstybė turi

<sup>1</sup> Sveikata visiems XXI amžiuje, WHO, 1999.

<sup>2</sup> Alma-Ata Primary health care, Health for all series. Vol. 1., WHO, Geneva. 1978.

suformuoti tokią sveikatos politiką, kuri užtikrintų visiems gyventojams aukšto lygio medicinos pagalbą, pagrįstą pirmine sveikatos priežiūra ir palaikomą antrinio ir tretinio lygio sistemomis<sup>3</sup>.

Pasaulyje nėra sukurto vieningo sveikatos politikos modelio. Europos Sąjungos (toliau – ES) valstybės, atsižvelgdamos į kiekvienai šaliai būdingas tradicijas ir puoselėjamas vertybes, siekia perimti ES gerąją patirtį sveikatos apsaugos srityje, kurdamos įvairius sveikatos politikos modelius. Lietuvos, kaip ir daugumos ES šalių, sveikatos politika grindžiama Otavos chartijoje suformuluotais PSO sveikatos politikos principais bei kitais nagrinėtais tarptautiniais dokumentais.

1986 m. Otavoje Kanadoje vykusioje pirmojoje tarptautinėje sveikatos stiprinimo konferencijoje buvo priimta **Otavos chartija**<sup>4</sup>, kurioje suformuluotas pirmasis sveikatos stiprinimo apibrėžimas ir pagrindiniai principai. Šiame dokumente pirmą kartą buvo pabrėžta, kad sveikata turi būti suprantama kaip kasdienio gyvenimo dalis, o ne gyvenimo tikslas: *„Sveikata – tai tokia būklė, kurią atskiri žmonės ir bendruomenės stengiasi pasiekti ir išlaikyti, o ne ligų ir sužalojimų gydymo bei slaugymo rezultatas”*. Sveikatos stiprinimas chartijoje suprantamas kaip sveikatos ir visuotinės politikos dalis, siekiant ne tik sveikos gyvensenos, bet ir visapusiškos gerovės: *„Sveikatos stiprinimas yra procesas, suteikiantis žmonėms daugiau galimybių rūpintis savo sveikata ir ją gerinti“*. Otavos chartijoje akcentuojama, kad visuomenė sveiksta vykdant sveiką viešąją politiką „iš viršaus”, stiprinant bendruomenės ir ugdant piliečių atsakomybę.

Diskutuojant apie reformas sveikatos apsaugos srityje, tam didžiausią įtaką turėjo 1996 m. Slovėnijoje priimta **Liublianos chartija**<sup>5</sup>, kurioje ypatingas dėmesys skiriamas PSP plėtrai. Esmine sveikatos reformos idėja tapo teikiamų paslaugų kokybės gerinimas bei adekvatus finansavimas. Chartijoje nustatyti pagrindiniai sveikatos reformų principai: siekti pagerinti žmonių sveikatą, o ne tik pertvarkyti sveikatos apsaugos sektorių. Dokumente išvardyti pagrindiniai sveikatos reformų procesų elementai: struktūriniai pertvarkymai, nauji sveikatos politikos tikslai pertvarkant institucijas.

Sveikatos stiprinimo pagrindiniai principai, suformuluoti Otavos chartijoje, buvo išplėtoti įvairiose konferencijose, kurių svarbiausios - Džakartos (1997) ir Bankoko (2005). Sveikatos stiprinimo konferencijoje **Džakartoje** priimta deklaracija<sup>6</sup>, kurioje apibrėžti sveikatos stiprinimo veiklos prioritetai. Ši deklaracija laikoma XXI a. sveikatos stiprinimo vizija. Džakartos, kaip ir Otavos chartijose, akcentuojama, kad sveikatos priežiūra privalo būti orientuota į pacientus. Svarbiausia šių dokumentų idėja - pacientai ir visuomenė turi būtina dalyvauti priimant sprendimus, susijusius su jų sveikatos priežiūra. 2005 m. pasirašytoje **Bankoko chartijoje**<sup>7</sup> pateikta Pasaulio sveikatos stiprinimo strategija globaliniu aspektu, t.y. nurodyti valstybių veiksmai ir įsipareigojimai ugdyti sveikatą

<sup>3</sup> Gustainienė L., Sveikatos priežiūros politika ir organizacija, Vytauto Didžiojo universiteto leidykla, ISBN 9955-530-48-0, Kaunas, 2003.

<sup>4</sup> Ottawa Charter for health Promotion, WHO, 1986.

<sup>5</sup> Liublianos chartija apie sveikatos apsaugos reformą Europoje, Pasaulio Sveikatos organizacija, 1996.

<sup>6</sup> The Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st century, 1997.

<sup>7</sup> Bangkok Charter for Health Promotion, WHO, 2005.

pasulyje, pabrėžiama partnerystės reikšmė su visuomeninėmis, privačiomis, nevyriausybinėmis ir tarptautinėmis organizacijomis. Šia chartija siekiama sveikesnio pasaulio ir stiprių politinių veiksmų, plataus dalyvavimo, palaikymo ir propagavimo. Sveikatos skatinimas dokumente apibrėžiamas kaip *“galimybė žmonėms padidinti kontroliuoti savo sveikatą ir jį lemiančius veiksmus procesas, ir ten pagerinti savo sveikatą”*.

1998 m. 51-oje Pasaulio sveikatos asamblėjoje PSO valstybės narės doktrinoje **„Sveikata visiems XXI a.“**<sup>8</sup> akcentavo, kad siekis būti kuo geresnės sveikatos – viena iš pagrindinių kiekvieno žmogaus teisių. Dokumente skatinama gerbti ir vertinti kiekvieną žmogų, turintį lygias teises bei pareigas ir besidalijantį atsakomybe už visuomenės sveikatą. Išskirti pagrindiniai šios programos tikslai: visą gyvenimą saugoti ir prižiūrėti žmonių sveikatą, mažinti sergamumą ir įvairių ligų atsiradimą. Programoje akcentuojama PSP svarba, apibūdinant šią grandį ne tik kaip organizuojančią ir koordinuojančią paciento sveikatos priežiūrą, bet kartu ir reguliuojančią aukštesnio lygio sveikatos paslaugų prieinamumą bei tikslumą, orientuotą į pacientą, jo sveikatos išsaugojimą, o ne ligų gydymą.

**Lietuvos sveikatos terminų ir apibrėžimų standarte** (LST 1452:1997) sveikatos stiprinimas apibrėžtas kaip *„valstybinių valdžios ir valdymo organų, savivaldybių ir visuomenės įsipareigojimų, priemonių ir veiksmų visuma, padedanti gausinti bei racionaliau panaudoti sveikatos priežiūros išteklius ir labiau kontroliuoti žmonių sveikatą“*<sup>9</sup>. **Lietuvos Respublikos (toliau – LR) Konstitucijoje**<sup>10</sup> nurodyta, kad valstybė rūpinasi sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Šią konstitucinę prievolę valstybė turi įgyvendinti plėtodama sveikatos apsaugos sektorių. 1991 m. priimtoje **Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje**<sup>11</sup> sveikata įvardijama didžiausia socialine-ekonominė vertybe bei nacionaliniu turtu ir apibrėžiama kaip *“visapusiška individo bei visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligų ar fizinių defektų nebuvimas*. Šiuo dokumentu siekiama įgyvendinti aktyvią sveikatos politiką ir pirminę sveikatos priežiūrą, ligų prevenciją, sveikatos ugdymą, mokymą ir tausojimą, įgyvendinti sveikatos priežiūros finansavimo reformą sukuriant finansavimo sistemą. Akcentuojamas pačių gyventojų dalyvavimo sveikatos priežiūros paslaugų planavime, valdyme bei teikime vaidmuo.

**LR sveikatos sistemos įstatymas**<sup>12</sup> numato, kad gyventojų sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė, įvardijant ją kaip *„asmens ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė“*. Vienas iš blogiausių ankstesnių sistemos padarinių – tai atsakomybės dėl savo sveikatos nebuvimas. Nevyriausybinių organizacijų ir pilietinio suinteresuotumo stoka sąlygojo pasyvų žmonių požiūrį į sveikatą, kaip valstybės, o ne savo rūpestį. Bloga visuomenės sveikata ne tik užkrauna didelę

<sup>8</sup> Sveikata visiems XXI amžiuje, WHO, 1999.

<sup>9</sup> Lietuvos standartas. Terminai ir apibrėžimai, Lietuvos standartizacijos departamentas, 1997.

<sup>10</sup> Lietuvos Respublikos Konstitucija, 53 straipsnis, Žin. 1992-11-30, Nr. 33-1014.

<sup>11</sup> Lietuvos Nacionalinė sveikatos koncepcija, Nr. I-1939, Vilnius, 1991.

<sup>12</sup> LR sveikatos sistemos įstatymas 1998 m. gruodžio 1 d., Nr. VIII-946, Žin., 1998-12-23, Nr.112-3099.

naštą sveikatos sistemai, bet ir turi neigiamą įtaką šalies ekonomikai. Šiuo įstatymu yra įtvirtinama Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema (toliau - LNSS), kuria užtikrinamas visų sveikatinimo veiklos išteklių integravimas į bendrą sistemą, jų planavimas ir naudojimas atsižvelgiant į nacionalinius sveikatingumo veiklos prioritetus. Pagal šio įstatymo 7 straipsnį, LNSS sudaro: vykdomieji subjektai, sveikatinimo veiklos valdymo subjektai, ištekliai, veikla ir teikiamos paslaugos. Įstatymas reglamentuoja asmens sveikatos priežiūros (toliau - ASP) paslaugų tiekėjų klasifikavimą ir jų veiklą. Dokumente išskiriami pirminis, antrinis ir tretinis sveikatos priežiūros paslaugų lygiai. Sveikatinimo veikla apima asmens ir visuomenės sveikatos priežiūras, farmacinę ir kitą sveikatinimo veiklą, kurios rūšis ir reikalavimus ją vykdančiams subjektams nustato LR Sveikatos apsaugos ministerija (toliau - SAM).

**LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas**<sup>13</sup> reglamentuoja ASP paslaugų tiekėjų, jų veiklą ir klasifikavimą. Dokumente įstaigos klasifikuojamos įvairiais pjūviais: priklausančios ir nepriklausančios LNSS, asmens sveikatos/visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos, biudžetinės įstaigos/viešosios įstaigos/kitos formos (UAB, AB, individuali įmonė ir kt.). Pagal šį įsakymą, LNSS struktūrą sudaro LNSS vykdomieji subjektai (tai sveikatos priežiūros ar farmacinės veiklos licencijas turinčios įstaigos ar įmonės, sveikatinimo veiklos valdymo subjektai, LNSS ištekliai, LNSS veikla ir teikiamos paslaugos.

Visuomenės sveikata paprastai yra suvokiama kaip gyventojų visapusė dvasinė, fizinė ir socialinė gerovė. Rūpinimasis kiekvieno Lietuvos žmogaus bei visos visuomenės sveikata - tai raktas į geresnį mūsų ir mūsų vaikų gyvenimą, todėl visuomenės sveikata turėtų užimti svarbią vietą Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje. Šios srities sistemos struktūrą ir valstybinį reguliavimą, sveikatos stiprinimo, ligų ir traumų profilaktikos, saugos ir kontrolės pagrindus nustato **LR visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas**<sup>14</sup>. Visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos veikla ypatingai svarbi piliečių gerinimui, kadangi vykdomos prevencinės programos: ligų profilaktika ir kontrolė, tikslinių programų, užtikrinančių gyventojų gyvenimo kokybę ir sveikatos gerovę, rengimas ir įgyvendinimas, potencialią grėsmę žmogaus sveikatai keliančių produktų sertifikavimas bei veiklos sričių licencijavimas. Svarbu, kad būtų vykdoma gyvensenos propaganda ir gyventojų sveikatos ugdymas bei visuomenės sveikatos stebėseną ir ekspertizę. Pastarąsias veiklas reglamentuoja **LR visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymas**<sup>15</sup>, kurio paskirtis - reguliuoti santykius, atsirandančius renkant, kaupiant, apdorojant, saugant, analizuojant ir pateikiant duomenis, susijusius su visuomenės sveikata ir ją veikiančiais sveikatos rizikos veiksniais.

<sup>13</sup> LR sveikatos priežiūros įstaigų įsakymas Nr. VIII-940, 98.11.24, Žin., 1998-12-11, Nr. 109-2995.

<sup>14</sup> LR visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas 2002 m. gegužės 16 d. Nr. IX-886, Žin., 2002-06-07, Nr. 56-2225.

<sup>15</sup> LR visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymas, 2002 m. liepos 3 d. Nr. IX-1023, Žin., 2002-07-17, Nr. 72-3022.

**LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymo**<sup>16</sup> tikslas - nustatyti asmenų, kurie naudojami psichikos sveikatos priežiūra, teises, psichikos sveikatos priežiūros tvarką ir kontrolę. Piliečių sveikatos užtikrinimui taip pat yra svarbus **LR darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas**<sup>17</sup>, kuris reglamentuoja darbuotojo teisę turėti saugias ir sveikas darbo sąlygas, neatsižvelgiant į įstaigos veiklos rūšį, darbo sutarties rūšį, darbuotojų skaičių, įmonės rentabilumą, darbo vietą, darbo aplinką, darbo pobūdį, darbo dienos ar darbo pamainos trukmę, darbuotojo pilietybę, rasę, tautybę, lytį, seksualinę orientaciją, amžių, socialinę kilmę, politinius ar religinius įsitikinimus. **LR farmacijos įstatymas**<sup>18</sup> reglamentuoja farmacinę ir kitą veiklą, susijusią su vaistiniais, tiriamaisiais vaistiniais preparatais, veterinariniais vaistais, veikliosiomis ir kitomis vaistinėmis medžiagomis, veterinarinės farmacijos veiklą, taip pat šios veiklos valstybinį valdymą ir kontrolę. **LR sveikatos draudimo įstatyme**<sup>19</sup> nustatytos sveikatos draudimo rūšys ir privalomojo sveikatos draudimo (toliau – PSDF) sistema: PSDF lėšomis draudžiamus asmenis, PSDF biudžeto sudarymo ir išlaidų ASP paslaugoms, vaistams bei medicinos pagalbos priemonėms kompensavimo iš PSDF biudžeto pagrindus, šį draudimą vykdančias institucijas, juo draudžiamų asmenų ir sveikatos priežiūros įstaigų teises bei pareigas ir kt.

Be šių pagrindinių sveikatos apsaugos sektorių reglamentuojančių įstatymų, taip pat yra daug poįstatyminių teisės aktų, SAM ministro įsakymų, higienos normų ir kitų reikalavimų, kuriais vadovautis savo veikloje privalo LNSS dalyviai.

### **1.1.2. Šiuolaikinės sveikatos apsaugos problemos bei jų sprendimui skirtos veiklos prioritetinės kryptys**

Siekiant, kad visoje Europoje žmonių sveikata būtų gera, o sveikatos priežiūros paslaugos kokybiškos, būtina išspręsti nemažai sunkių uždavinių. Sveikatos sistemos turi prisitaikyti prie demografinių pokyčių bei didėjančios sveikatos priežiūros paslaugų paklausos ir kuo geriau panaudoti novatoriškas sveikatos technologijas<sup>20</sup>. Sveikatos sistemos reformomis turėtų būti užtikrinta galimybė visiems naudotis aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugomis, taip pat gerinamas sveikatos apsaugos sistemų efektyvumas bei finansinis tvarumas.

Sveikatos problemos ne tik pablogina gyvenimo kokybę, jos taip pat atneša nemažų ekonominių nuostolių ir sudaro grėsmę sėkmingam Lisabonos darbotvarkėje nustatytų ekonominio augimo, konkurencingumo stiprinimo ir užimtumo didinimo tikslų įgyvendinimui. Europai ypač svarbu sumažinti sveikatos apsaugos našta tam, kad sumažėtų ekonominiai nuostoliai šių veiksmų požiūriu:

<sup>16</sup> LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymas, 1995 m. birželio 6 d. Nr. I-924, Žin., 1995, Nr. 53-1290.

<sup>17</sup> LR farmacijos įstatymas 2006 m. birželio 22 d. Nr. X-709, Žin., 2006, Nr. 78-3056.

<sup>18</sup> LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymas, 1995 m. birželio 6 d. Nr. I-924, Žin., 1995, Nr. 53-1290.

<sup>19</sup> LR sveikatos draudimo įstatymas, 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343, Žin., 1996, Nr. 55-1287.

<sup>20</sup> Jankauskienė D., Pečiūra R. Sveikatos politika ir valdymas, Mykolo Romerio universitetas, Vilnius, 2007.

gyventojų senėjimas, sveikatos apsaugos išsivystymo netolygumai, žmogiškojo kapitalo sumažėjimas, išaugusi konkurencija globaliniu mastu.

ES blogą gyventojų sveikatos būklę įvardijusi kaip: laikiną nedarbingumą dėl ligos, profesinį invalidumą, nelaimingus atsitikimus darbe, socialinę, ekonominę ir politinę naštą. Vadinasi, geresnė gyventojų sveikatos būklė lemia: geresnę aktyviosios gyventojų dalies fizinės, psichinės ir socialinės sveikatos būklę; padidėjusį našumą; išaugusius užimtumo rodiklius; labiau prisitaikančią darbo jėgą; žmonių ilgesnę gyvenimo ir darbingo amžiaus trukmę, vėlesnį išėjimo į pensiją amžių, tvaresnius valstybių sveikatos apsaugos biudžetus, didesnę regionų patrauklumą investuotojams ir darbo jėgai, didesnes ekonominiam augimui būtinas žinias ir inovacijas bei sveikesnę ekonomiką ir aktyvesnę darbo jėgą.



1 pav. Sveikatos įtaka ekonomika

Visuomenės senėjimas yra viena iš daugelio problemų. Vidutinė ES piliečių gyvenimo trukmė pailgėjo, dažnas sulaukęs pensinio amžiaus nugyvena dar daug metų, tačiau vidutinis amžius, iki kurio sveikata būna gera, išlieka toks pats<sup>21</sup>. Dėl to visuomenei, ekonomikai ir sveikatos priežiūros sistemoms tenka didelė našta. Senstant visuomenei, daugėja ir kai kurių ligų, pavyzdžiui, Alzheimerio atvejų. ES siekia, kad iki 2020 m. sveiko gyvenimo trukmė pailgėtų tam, kad Europos gyventojai kuo ilgiau liktų aktyvūs ir produktyvūs. Todėl, iškyla būtinybė susirūpinti užkirsti kelią susirgti ligomis, kurių galima būtų išvengti. Paskaičiuota, kad 2012–2030 m. pasaulio ekonomikai tai kainuotų apie 22,5 trilijono eurų<sup>22</sup>. ES vien su rūkymu susijusioms ligomis gydyti išleidžiama daugiau nei 100 mlrd. eurų. Rūkymas – dažniausia mirties, kurios galima išvengti, priežastis ES, dėl kurios kasmet miršta apie 700 000 žmonių. Nepaisant to, reguliariai rūko trečdalis ES piliečių. Nustatyta, kad lėtinės ligos yra 87 proc. visų mirčių ES priežastis. Apskaičiuota, kad daugiau kaip 200 mln. ES suaugusiųjų turi

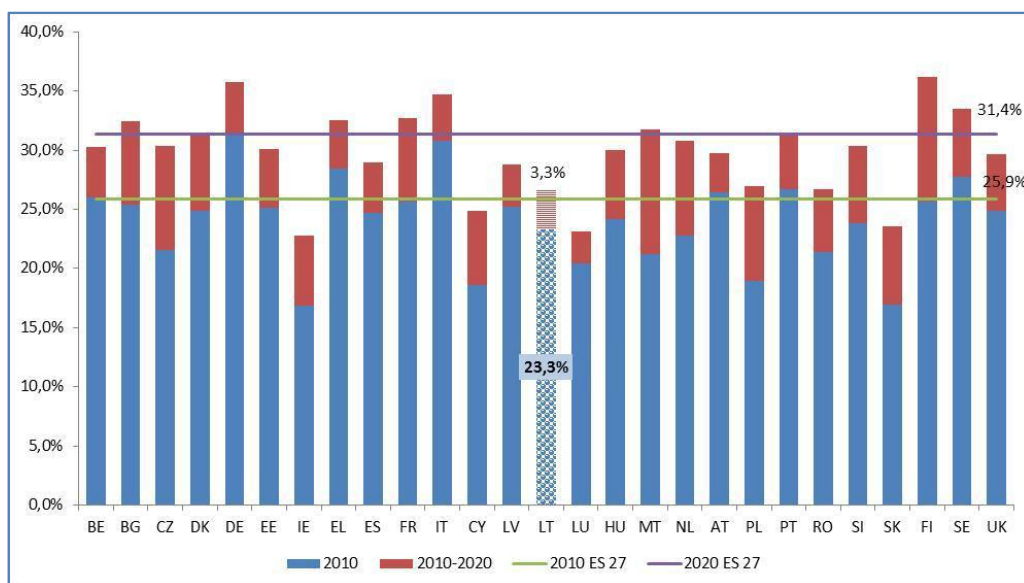
<sup>21</sup> Europos Komisija. Apie ES politiką. Visuomenės sveikata, Geresnė visų ES piliečių sveikatos priežiūra, 2013.

<sup>22</sup> Buivydas R., Černiauskas G. Lietuvos studija: Lietuva 2012 Europos Sąjungos sveikatos sistemos konvergencija, 2012.



antsvorio arba yra nutukę – tai daugiau nei pusė suaugusių gyventojų. Piktnaudžiavimas alkoholiu ES yra viena iš trijų pagrindinių ankstyvos mirties ir ligų priežasčių, kitos dvi yra rūkymas ir aukštas kraujospūdis. Vadinasi, alkoholis ES kasmet pražudo maždaug 195 000 žmonių<sup>23</sup>.

Nustatyta, kad tarp ES šalių ir regionų ir juose pačiuose esama didelių sveikatos būklės ir sveikatos priežiūros skirtumų. Ligų sunkumą ir amžių, kurio sulaukę žmonės miršta, lemia tokie veiksniai kaip užimtumas, pajamos, išsilavinimas ir etninė kilmė, taip pat galimybės naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis. Kaip vieną aktualiausių problemų per ateinančius metus ES įvardina tai, kad tikėtina gyvenimo trukmė ES šalyse vis dar skiriasi maždaug 9 metais. Pastebima tendencija, kad daugėja žmonių, mirstančių nuo vėžio, sergančių diabetu ir Alzheimerio ligomis. Pastebimos kai kurių rodiklių, susijusių su sveikatos būkle, ES teigiamos tendencijos. Paskaičiuota, kad tikėtina gyvenimo trukmė ES pailgėjo nuo 65 metų XX amžiaus šeštajame dešimtmetyje iki 80 metų 2010 m. Nustatyta, kad kūdikių mirtingumo rodiklis nuo 1975 m. iki 2010 m. sumažėjo daugiau nei 80 proc. Akcentuojama, kad gyvybei pavojingos ligos, pavyzdžiui, širdies priepuolis, insultas ir vėžys, pradėtos gydyti veiksmingiau. Paskaičiuota, kad nuo 2000 m. iki 2009 m. dėl širdies priepuolio į ligoninę atvežamų žmonių mirtingumas sumažėjo 50 proc.



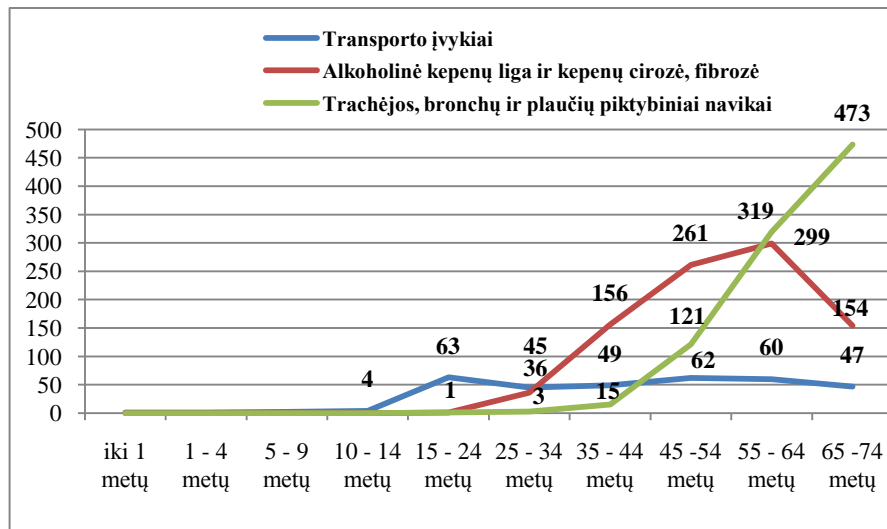
## 2 pav. Vyresnio amžiaus gyventojų skaičiaus kaita ir jų išlaikymo našta ES šalyse

Šaltinis: Europos Sąjungos galutinė vertinimo ataskaita

Vadovaujantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis, vidutinis metinis Lietuvos gyventojų skaičius kasmet mažėja, taip pat mažėja ir gimstamumo rodikliai, tuo tarpu bendras

<sup>23</sup> Europos Komisija. Apie ES politiką, Visuomenės sveikata, Geresnė visų ES piliečių sveikatos priežiūra, 2013.

gyventojų mirtingumas auga<sup>24</sup>. Nustatyta, kad gyventojų skaičiaus mažėjimui didžiausią įtaką turi emigracija, mažėjantis gimstamumas ir aukšti mirtingumo rodikliai. Pastebėta, kad stipriai išaugo vyrų mirtingumas Lietuvoje - mirtingumas darbingo amžiaus (55–64 m.) vyrų grupėje 2009 m., palyginti su 2000 m., padidėjo nuo 3 iki 10 proc. Pagal Eurostato prognozės duomenis, palyginti su 2010 m., iki 2020 m. bendras gyventojų skaičius Lietuvoje sumažės 4 proc<sup>25</sup>. Vyresnio amžiaus (65 m. ir vyresnių) gyventojų dalis padidės iki 23,3 proc., vyresnio amžiaus žmonių išlaikymo našta, tenkanti darbingo amžiaus žmonėms, iki 2020 m. išaugs 3,3 proc. (žr. 3 pav.).



3 pav. Mirtingumo priežastys Lietuvoje (mirčių dėl skirtingų priežasčių skaičius 100 tūkst. gyventojų), 2012 m.

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas

Nustatyta, kad didžiausias mirtingumas vyrauja darbingo amžiaus (20–50 m.) gyventojų grupėse. Vadinasi, netenkame ypač daug darbingo (15–65 m.) amžiaus žmonių. Lyginant Lietuvos ir ES darbingo amžiaus vyrų ir moterų pagrindines mirties priežastis, nustatyti ypač dideli skirtumai:

- dėl apsinuodijimų kenksmingomis medžiagomis Lietuvos darbingo amžiaus vyrų buvo 7 kartus, moterų – 6 kartus didesnis nei atitinkamai ES vyrų ir moterų vidurkis;
- dėl tyčinių susižalojimų Lietuvos darbingo amžiaus vyrų buvo 4,3 karto didesnis nei ES 25 vyrų vidurkis;
- dėl įvykių, kai ketinimas nepatikslintas, Lietuvos darbingo amžiaus vyrų buvo 5 kartus, moterų – 4 kartus didesnis nei atitinkamai ES vyrų ir moterų vidurkis.

Gyventojų senėjimas gali lemti sveikatos priežiūros išlaidų didėjimą. Minėtų išlaidų augimą gali paskatinti tikėtinas didelis sergamumo mastas dėl padidėjusio pagyvenusių žmonių skaičiaus. Panašiai

<sup>24</sup> Lietuvos statistikos departamentas, 2013.

<sup>25</sup> Europos Sąjungos statistikos tarnyba, Eurostatas, 2013, <http://osp.stat.gov.lt/es-statistikos-tarnyba-eurostatas>.

gyvenimo trukmės ilgėjimas, nesikeičiant sergamumo lygiui, gali pasireikšti didesniu pagyvenusių žmonių skaičiumi, o šie žmonės yra pagrindiniai sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai. Remiantis šia prognoze, sveikatos priežiūros išlaidos dėl gyventojų senėjimo kasmet didės ir 2020 m. gali pasiekti 286 mln. Lt, o papildomos išlaidos 2013–2020 m. laikotarpiu sudarytų 1 697 mln. Lt. Nustatant 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos prioritetus, aktyvaus senėjimo prioritetas buvo įvertintas santykinai žemai. Tai gali būti siejama su kokybinės apklausos metu gauta nepakankama informacija tiek apie senėjimo pasekmes, tiek apie galimą atsaką „neutralizuojant“ neigiamą poveikį.

Kartu su lėtinių ligų plitimu auga ir neįgalumo rodikliai šalyje. Lietuvoje žmonių, turinčių negalią, skaičius nuolat didėja. Per 2002–2011 m. laikotarpį neįgaliųjų skaičius išaugo apie 19 proc. 2011 m. netekto darbingumo (invalidumo) pensijas ar išmokas gavo 264 632 asmenys. Vadinasi, šalyje apie 8 proc. gyventojų dėl fizinių kliūčių ar dėl požiūrio į juos negali visavertiškai dalyvauti socialiniame ir ekonominiame šalies gyvenime. Dėl ilgėjančios gyvenimo trukmės ir didėjančio žmonių, turinčių negalią, skaičiaus, prognozė lemtų dar didesnius papildomų išlaidų mastus: 2013–2020 m. - 2 688 mln. Lt, 2020 m. pasiekiant papildomų 477 mln. Lt išlaidų našta per metus.

Išskiriami ryškūs netolygumai šalyje sveikatos paslaugų prieinamumo, sveikatos paslaugų vartojimo ir padarinių sveikatai požiūriu<sup>26</sup>. Lietuvoje 2000–2011 m. laikotarpiu bendras gydytojų skaičius sumažėjo apie 5 proc., tačiau, vertinant gydytojų, tenkančių 10 000 gyventojų santykį, minėtu laikotarpiu jis išaugo nuo 40,2 gydytojų, tenkančių 10 000 gyventojų (2000 m.) iki 41,7 gydytojų, tenkančių 10 000 gyventojų (2011 m.)<sup>27</sup>. Slaugytojų skaičius per tą patį laikotarpį sumažėjo net 15 proc., tuo tarpu odontologų skaičius išaugo 4 proc. Atlikus gydytojų, slaugytojų ir odontologų, tenkančių 10 000 gyventojų, skaičiaus šalies vidurkio palyginimą su minėtų specialistų pasiskirstymu pagal savivaldybes, matomi ryškūs minėtų specialistų pasiskirstymo šalyje skirtumai. Netolygus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas neabejotinai turi įtakos ir naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis skirtumams.

ES, siekdama pagerinti gyventojų sveikatos būklę, vadovaujasi Jungtinių Tautų organizacijos nustatytais ir rekomenduojamais siektiniais gyventojų sveikatos būklės rodikliais. ES iniciatyvomis dabartinė sveikatos ir sveikatos priežiūros sričių veikla bus sutvirtinta, ypatingą dėmesį skiriant sveikatos priežiūros sistemų tvarumo didinimui. 2011 m. pabaigoje Europos Komisija (toliau - EK) pateikė 2014 – 2020 m. visuomenės sveikatos programos pasiūlymą. Jame pabrėžiama geros sveikatos svarba siekiant didinti darbo našumą bei ekonominį konkurencingumą ir ilginti kokybiško gyvenimo trukmę. Planuojamas sveikatos ugdymas senėjančioje Europoje: užtikrinti aktyvų visuomenės sveikatos vaidmenį, skatinti supratimą apie sveikatos svarbą. Numatoma piliečių apsauga nuo grėsmių

<sup>26</sup> Jankauskienė D. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse, Sveikatos politika ir valdymas, Mykolo Romerio universitetas, Vilnius, 2011.

<sup>27</sup> Nacionalinis sveikatos tarybos metinis pranešimas 2011, Lietuvos sveikatos programa: rezultatai ir išvados, ISSN 1648-7338, Vilnius, 2011.

sveikatai: užtikrinti pasirengimą ir atsaką į epidemijas bei bioterorizmą, numatyti strategijas, kaip elgtis, esant specifinių ligų ir būklių, traumų ir nelaimingų atsitikimų buityje pavojui. Bus numatomas dinamiškų sveikatos technologijų ir grėsmių sveikatai rėmimas: remti ir plėtoti E. sveikatą, genomiką bei biotechnologijas<sup>28</sup>. Šia strategija siekiama įgyvendinti priemones, skirtas sveikatai ugdyti ir užkirsti kelią ligoms viso gyvenimo laikotarpiu sprendžiant problemas, susijusias su sveikatą lemiančiais veiksniais.

Visuomenės sveikatos stiprinimas turi būti skatinamas per didesnę fizinę aktyvumą: bendradarbiauti valstybių narių sveikatos, švietimo ir sporto ministrams, nustatyti bei įgyvendinti suderintas strategijas, kaip mažinti atsvorį, nutukimą ir kitus pavojų sveikatai keliančius veiksnius. Siūloma paraginti valstybes nares išnagrinėti, kaip būtų galima skatinti aktyvų gyvenimo būdą ir šiam tikslui pasitelkti nacionalines švietimo ir mokymo sistemas, įskaitant mokytojų rengimą<sup>29</sup>.

Strategijos su mityba, atsvorium ir nutukimu susijusioms sveikatos problemoms spręsti numatoma geresnis vartotojų informavimas: skatinti piliečių informuotumą sveikatos klausimais, galimybių gyventi sveikai sudarymas: užtikrinti visų sričių politikų (horizontalusis požiūris) ir skirtingų veiklos vykdymo lygmenų (vertikalusis požiūris) papildomumą ir integraciją sprendžiant problemas, susijusias su mityba, atsvorium ir nutukimu; skatinti privataus sektoriaus indėlį į priemones strateginiams tikslams siekti<sup>30</sup>. Numatomas sveikatos infrastruktūros plėtojimas: mažinti sveikatos netolygumus, kovoti su pagrindinėmis ligomis bei traumomis pažabojant sveikatos rizikos veiksnius. Sveikatos informacijos ir žinių rinkimas bei sklaida yra vienas iš pagrindinių prioritetų: keistis žiniomis ir gera praktika, rinkti, analizuoti ir skleisti sveikatos informaciją<sup>31</sup>. Komunikacijos tikslas – šalinti kliūtis ir pasinaudoti visais E. sveikatos sistemos privalumais: užtikrinti didesnę E. sveikatos paslaugų sąveikumą, remti E. sveikatos ir gerovės mokslinius tyrimus, plėtrą ir inovacijas, siekiant spręsti vartotojams patogių priemonių ir paslaugų trūkumo problemą, lengvinti pritaikymą ir užtikrinti platesnę diegimą pasaulio lygmeniu ir skatinti tarptautinį bendradarbiavimą<sup>32</sup>.

Apibendrinus, galima teigti, kad ES, siekdama gyventojų sveikatos gerinimo, yra nustačiusi aiškius 2020 m. tvaraus ir integralaus ES augimo prioritetus. Tarp numatytų priemonių skiriama: ugdymas ir mokymas, integralus veiklos rūšių organizavimas ir informacinių technologijų naudojimas. Lietuvos strategijoje, kaip ir ES politikoje, sveikata suvokiama kaip pažangios visuomenės ir ekonomikos prielaida, o sveikatos sektorius minimas finansinio tvarumo užtikrinimo kontekste.

---

<sup>28</sup> Europos Komisijos sveikatos strategijos baltoji knyga „Kartu sveikatos labui, 2008–2013 m. ES strateginis požiūris“ COM 630, 2017.

<sup>29</sup> Europos Komisijos Baltoji knyga dėl sporto COM 391, 2007.

<sup>30</sup> Europos Komisijos Baltoji knyga dėl Europos strategijos su mityba, atsvorium ir nutukimu susijusioms sveikatos problemoms spręsti COM 279, 2007.

<sup>31</sup> Europos Parlamento ir Tarybos 2007 m. spalio 23 d. sprendimas Nr. 1350/2007/EB dėl antrosios Bendrijos veiksmų programos sveikatos srityje (2008–2013 m.) patvirtinimo.

<sup>32</sup> Europos Komisijos komunikatas „2012–2020 m. E. sveikatos veiksmų planas. Novatoriška sveikatos priežiūra XXI amžiui“, 2011.

### 1.1.3. ES politikos prioritetai ir jų įgyvendinimas plėtojant sveikatos apsaugą

ES struktūrinių fondų politikos įtaką galima geriau suprasti, įvertinus jos atsiradimo motyvus ir poveikio valstybių narių ekonomikai vertinimus. Bendrai galima išskirti du ES perskirstymo politikos aiškinimus: politinį ir ekonominį. Vertinant ES regioninę politiką per sandorių prizmę, galima teigti, jog jos prioritetai yra suformuoti ankstesnių susitarimų pagrindu ir todėl gali būti netinkami Lietuvai ir kitoms naujosios narėms. Anksčiau derybose dalyvavusios šalys buvo kiek kitokioje ekonominėje ir socialinėje situacijoje. Šiuo metu vykdomos reformos sveikatos apsaugos, švietimo ar socialinės apsaugos srityse anksčiau nebuvo tokios aktualios ES valstybėms narėms, kaip šiuo metu.

Vykstančios derybos ES dėl naujosios finansinės perspektyvos taip pat rodo, jog daugelis valstybių narių kiekvieną siūlomą finansavimo priemonę pirmiausia vertina per grynojo finansinių srautų balanso ir jų dydžio prizmę. Net tokios priemonės kaip mokslo ir tyrimų finansavimas yra vertinamos pagal tai, kiek kiekviena valstybė narė galėtų tikėtis pasinaudoti ja finansiškai, o ne pagal jų tikslumą visai ES ekonomikai ir Lisabonos tikslų įgyvendinimui. Šitaip sukuriama pinigų pasiūla grindžiama dinamika, kurios metu nacionaliniai interesai dominuoja bendrųjų Europos interesų atžvilgiu, o kiekvienos šalies atstovai siekia kiekvienoje finansuojamoje srityje gauti kuo daugiau lėšų, tinkamai neįvertinant jų panaudojimo tikslumo ir efektyvumo gaunančioje šalyje. Tuo labiau, jog kaip rodo dabar vykstančios derybos dėl ES naujosios finansinės perspektyvos, pirmiausia siekiama susitarti dėl bendrų ES finansinės perspektyvos reikalų – Sąjungos biudžeto dydžio, pagrindinių prioritetų ir jų dydžių ir pan. – ir tik šioms deryboms artėjant prie pabaigos pradedama diskusija Lietuvoje dėl tų lėšų panaudojimo prioritetų. Tokiu būdu motyvas išsiderėti kuo daugiau lėšų ar bent kuo didesnę teigiamą įmokų ir išmokų balansą užgožia jų tikslumo klausimus. Tai taip pat mažina ES struktūrinės paramos lėšų panaudojimo tikslumą ir naudą. Tiesa, svarbu pastebėti ir tai, jog planuojama didesnė laisvė, nustatant nacionalinius lėšų naudojimo prioritetus kitoje finansinėje perspektyvoje, stiprina Lietuvos institucijų galimybes tinkamiau paskirstyti ES lėšas. Tačiau kiek šia didesne manevro laisve pasinaudos Lietuvos institucijos, priklausys nuo diskusijų apie šalies prioritetus kitoje finansinėje perspektyvoje organizavimo ir eigos.

Tuo tarpu ekonominis ES lėšų aiškinimas yra grindžiamas požiūriu, jog ES regioninė politika mažina ekonominių išsivystymų skirtumus. Šiuo požiūriu, ES lėšos investuojamos ne tik siekiant mažinti ekonominio išsivystymo skirtumus, bet ir taisant tokius „rinkos trūkumus“ kaip nepakankamos investicijos į infrastruktūrą bei aplinkos apsaugą, kurios turėtų stiprinti teigiamą arba mažinti neigiamą šalutinį tokių projektų poveikį. Toks požiūris dominuoja EK bei jos užsakomuose tyrimuose, kai kurių akademikų darbuose<sup>33</sup>. Kita vertus galima pagrįstai teigti, kad tokios investicijos kaip ES struktūriniai fondai sukelia arba gali sukelti nepageidautinas ekonomines pasekmes, kurios būdingos viešosioms

<sup>33</sup> European Commission, Fuente 2003.

investicijoms ir valstybės teikiamai paramai apskritai, arba jų poveikis priklauso ir dažnai nublanksta dėl valstybių nacionalinės ekonominės politikos priemonių, kurios turi neigiamą poveikį ekonominiam augimui ir teritorinių skirtumų mažėjimui.

Nors vieningos nuomonės dėl ES struktūrinių fondų lėšų poveikio ekonominio išsivystymo skirtumams nėra tarp ši klausimą analizuojančių analitikų, tačiau galima išskirti keletą svarbių pastebėjimų (pagal Funck, Pizzati, 2003). Nemažai ekonomistų sutaria, jog regioninė politika ES lygiu, reaguojant į ekonominio išsivystymo skirtumus, yra tik antras geriausias būdas mažinti šiuos skirtumus ir tarp valstybių narių, ir valstybių viduje tarp skirtingų regionų. Pagrindinis būdas vis dėlto yra sąlygų darbo jėgos mobilumui gerinimas bei ekonominės aplinkos verslumui ir produktyvumo augimui gerinimas, tuo tarpu investicijos dažnai kaip tik sulauko žmones mažiau išsivysčiusiuose regionuose nuo migracijos. Antra pateikiama išvada – yra neigiama priklausomybė tarp ES išmokų skirtų regioniniams skirtumams mažinti, ir bendro šalies ekonomikos augimo. Kai kurios studijos, analizavusios ligšiolinę ES Sanglaudos ir struktūrinių fondų įsisavinimo patirtį, daro išvadą, jog ES lėšos, kurių apimtys pastaraisiais dešimtmečiais nuolat augo, „neturėjo jokio pastebimesnio poveikio regioniniam augimui bei ekonominei konvergencijai“ valstybių narių viduje<sup>34</sup>.

Vadinasi, šalies dalyvavimas ES rinkoje ir su tuo susijusios laisvos prekybos, paslaugų teikimo ir gamybos veiksnių judėjimo galimybės daro didesnę teigiamą poveikį nei ES lėšų įsisavinimas. ES fondai savaime nedaro nei vienareikšmiškai teigiamo, nei neigiamo poveikio ekonominei plėtrai ir regioniniams skirtumams, kadangi jų poveikis priklauso nuo valstybės vidaus ekonominės politikos priemonių, kurios gali veikti priešinga linkme arba sustiprinti ES struktūrinių fondų poveikį.

## ***1.2. Šiuolaikiniai teoriniai požiūriai į sveikatos apsaugą ir jos administravimą, šių požiūrių pritaikymo poreikiai ir aktualijos***

Sveikatos apsaugos administravimas yra specifinis viešojo administravimo sektorius, todėl šio sektoriaus teorinei analizei atlikti vadovaujamosi įvairių autorių požiūriais į viešąjį administravimą.

Dauguma autorių, kurie nagrinėjo viešojo administravimo problematiką, sutinka, kad egzistuoja ryšys tarp administravimo ir politikos, tačiau pabrėžia, kad šios dvi sritys turi būti atskirtos. W. Wilson (1989) teigė, jog politiką įgyvendinti turi tie, kas gerai supranta “administravimo mokslą” ir šį įgyvendinimą atliks efektyviausiais įmanomais būdais. W. Wilsono teorijos pagrindą sudarė tai, kad administravimą būtina atskirti nuo politikos, nes politikos srityje sprendimai turi būti priimami dėl

---

<sup>34</sup> Boldrin M., Canova F. Regional Policies ant EU Enlargeent, CEPR Discussion Papers 3744, C.E.P.R. Discussion Papers, 2003.

valstybės interesų politikos, o administracijos srityje politika turi būti įgyvendinta neutralios profesinės biurokratijos<sup>35</sup>.

L. White (1948) teigė, kad “demokratinis administravimas” ne tik eina lygiagrečiai su “demokratinė politika”, bet ir susikerta daugelyje sričių. Žymus valdymo teorijos klasikas Henry Fayolis įrodinėjo, kad principai, tinkantys visoms našiai dirbančioms organizacijoms, gali būti įdiegti tik efektyviai administruojant. Tačiau administravimo nereikėtų painioti su valdymu, nes valdymas – tai organizacijos vedimas į tikslą siekiant naudos, o administravimo funkcijoje valdymas turi tik užtikrinti sklandų darbą.

L. Gulickas pripažįsta, kad sudėtinga atskirti politiką ir administraciją, nes administratoriams suteikta teisė veikti savo nuožiūra, vykdant savo įstatymų leidybos procesą. Jo nuomone organizacijų problema - tinkamai padalinti darbą ir tinkamai jį koordinuoti bei kontroliuoti<sup>36</sup>. Jis nurodė principus, kaip darbas galėtų būti paskirstytas (pagal tikslą, procesą, asmenis arba daiktus, vietą) bei kaip jis galėtų būti koordinuojamas (valdžia priklauso vienam vadovui, kuris skiria visas jėgas efektyviam įstaigos darbo koordinavimui, apibrėžia vyriausiojo vadovo pareigas).

D. Waldo pakeitė daugumos ankstesnių autorių (M. Vėberio, F. Goodnow ir kt.) požiūrį į politikos ir administravimo dichotomiją. Autorius apibūdina viešąjį administravimą kaip profesiją. Jis pirmasis buvo tarp tų, kurie klausė, ar demokratija gali toleruoti nedemokratiškas viešąsias organizacijas. Be to, jis pastebėjo, kad teigiamas požiūris atsirado atskyrus demokratinis politikos ir efektyvaus administravimo reikalus. D. Waldo teigė, kad naujasis politikos mokslas susiliejo su progresyvia administravimo efektyvumo ideologija, ir tai kėlė nerimą. Jis, priešingai nei L. Gulickas, manė, kad efektyvumas savaime negali būti vertybė, kad visuomet jį būtina apibrėžti atsižvelgiant į tikslus<sup>37</sup>.

Valstybė, atsižvelgdama į besikeičiančius savo piliečius, nuolat reformuoja ir kuria sveikatos priežiūros sistemą. Šis procesas yra nuolatinis, nes bet kuriame sveikatos sistemos vystymo etape iškyla naujų problemų ir uždavinių, atsiranda naujų būdų jiems spręsti<sup>38</sup>. Pasak prof. D. Jankauskienės, Lietuvoje sistemingai keliami du pagrindiniai fundamentalūs sveikatos reformos tikslai: tai aktyvios visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimas ir teikiamų paslaugų prieinamumo, kokybės ir efektyvumo gerinimas, restruktūrizuojant sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Autorė akcentavo, kad aktyvi visuomenės sveikatos politika reiškia gyventojų atsakomybės už savo sveikatą ugdymą ir gyventojų dalyvavimą, priimant sprendimus, skatinimą.

<sup>35</sup> Wilson W. Administravimo tyrimas, 1887.

<sup>36</sup> Gulick L., Urwick L. Administravimo mokslo darbai, 1937.

<sup>37</sup> Wald D. Viešojo administravimo tyrimas, Random House, Niujorkas, 1955.

<sup>38</sup> Jankauskienė D. Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai, Vilnius, 2010.

V. J. Grabliauskas kaip didžiausią Lietuvos sveikatos sistemos problemą įvardija išteklių, įrangos, finansavimo ir, svarbiausia, efektyvios vadybos stoką<sup>39</sup>.

L. Starkienė rekomenduoja rengiant nacionalines ar regionines programas sveikatos politikai, atsižvelgti į nacionalinius prioritetus ir sveikatos priežiūros specialistų bei geografiškai nepatrauklių vietovių gyventojų lūkesčius, programų priimtinumą kuo platesniam suinteresuotų šalių skaičiui<sup>40</sup>. Autorė akcentuoja būtinybę atsižvelgti į programų laukiamo poveikio vertinimą. L. Murauskienė ir kiti autoriai pabrėžia, kad „didelis dėmesys turėtų būti skiriamas programų administravimui, kaip svarbiausias veiksnys įtakojantys sveikatos priežiūros sistemą<sup>41</sup>“.

Lietuvos 2007-2013 metų ES struktūrinės paramos panaudojimo strategijoje konvergencijos tikslui įgyvendinti akcentuojama, kad „efektyvus viešasis administravimas yra svarbi žiniomis pagrįstos ekonomikos konkurencingumo sąlyga, todėl reikia užtikrinti efektyvią valstybės ir savivaldybių institucijų ir įstaigų veiklą bei valstybės tarnautojų kvalifikacijos ir kompetencijos atitiktį besikeičiantiems poreikiams“. Lietuvos viešojo administravimo plėtros iki 2010 m. strategijoje numatyta viešojo administravimo vizija – teikianti geresnes viešąsias paslaugas ir atsižvelgianti į asmenų poreikius viešojo administravimo sistema, perimanti ES institucinę, administravimo ir politinio proceso patirtį.

Viešasis administravimas LR Viešojo administravimo įstatyme apibrėžiamas kaip „įstatymais ir kitais teisės aktais reglamentuojama valstybės ir vietos savivaldos institucijų, kitų įstatymais įgaliotų subjektų vykdomoji veikla, skirta įstatymams, kitiems teisės aktams, vietos savivaldos institucijų sprendimams įgyvendinti, numatytoms viešosioms paslaugoms administruoti.“<sup>42</sup> Terminas „administravimas“ dažniausiai suprantamas kaip priemonės sutelkti, organizuoti žmogiškuosius, materialinius bei finansinius išteklius, siekiant įgyvendinti valstybės valią ir politinius sprendimus bei tenkinti įvairių socialinių grupių interesus. Terminas „viešasis“ yra siejamas su bendruomene, visuomene, viešosiomis institucijomis, jų biurokratiniu personalu.

Terminas „viešasis administravimas“ vartojamas ir platesne prasme: kaip tam tikra atsakomybės rūšis, kurią turi įvairių lygių viešosios institucijos, vykdančios tokias funkcijas kaip: planavimas, organizavimas, vadovavimas, koordinavimas, veiklos kontrolė. Tradiciškai viešasis administravimas suprantamas kaip valstybės tarnybos veikla, kaip studijų sritis ir kaip profesija, kuri siejasi su politika.

Viešasis administravimas tiesiogiai susijęs su viešųjų programų ir projektų valdymu, su viešosios politikos formavimu, įvairių lygiu administratorių rengimu. Viešojo sektoriaus darbuotojai,

<sup>39</sup> Buivydas R., Černiauskas N., Grabauskas V., Jankauskienė D., Kairys I. ir kt. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje, Sveikatos ekonomikos centras, Vilnius, 2010.

<sup>40</sup> Starkienė L. Netolygus geografinis gydytojų pasiskirstymas: sisteminė kitų šalių patirties apžvalga, Sveikatos politika ir valdymas 1(5), Mykolo Romerio universitetas, 2013.

<sup>41</sup> Murauskienė L., Janonienė R., Veniūtė M., Ginneken E., Karinikolas M. Lithuania, Health system review, Health System in Transition, Vol. 15, No. 2, 2013.

<sup>42</sup> LR Viešojo administravimo įstatymas, 2006 birželio 27 d., Nr. X-736, Žin. 2006-07-14, Nr. 77-2975.



dalyvaujantys valstybės valdymo struktūrose ir atliekantys administravimo funkcijas, privalo tai atlikti funkcionaliai naudingai ir efektyviai. Savarankiška visuomenės institucijų administratorių veiklos sfera apima svarbiausias vykdomosios valdžios veiklos dalis - nuo šalies gynybos ir nacionalinio saugumo iki socialinių bei aplinkosaugos uždavinių, nuo mokesčių ir finansų administravimo iki žmonių išteklių vadybos. Sprendžiant minėtas viešojo sektoriaus problemas, svarbiausiais viešojo administravimo elementais laikomi planavimas, biudžeto formavimas ir lėšų paskirstymas, viešųjų programų vertinimas, sprendimų priėmimas. Minėtos priemonės sudaro viešojo sektoriaus administratorių veiklos kasdienybę ir yra sėkmingos jų veiklos sąlyga. Kadangi vyrauja skirtingi viešojo administravimo apibrėžimai, tačiau dauguma jų vienija tai, kad viešasis administravimas apima: administracinio personalo elgseną ir motyvacijas, organizacinius susitarimus, įgyvendinant svarbias, valstybinės reikšmės viešąsias programas, administracinę aplinką, kurią sukuria administracinės sistemos ryšiai su politine sistema ir su visuomene. Viešojo administravimo įstatyme yra įvardintos šios pagrindinės viešojo administravimo sritys<sup>43</sup>: administracinis reglamentavimas, administracinių aktų įgyvendinimo priežiūra ar kontrolė, administracinių paslaugų teikimas, viešųjų paslaugų teikimo administravimas, viešojo administravimo subjekto vidaus administravimas.

Panaudojant ES struktūrinę paramą, Lietuvoje siekiama didinti įvairių viešųjų paslaugų, kurios teikiamos verslui ir piliečiams, atitiktis jų poreikiams, kokybę ir prieinamumas. Reformų poreikis ypač didelis tokiose srityse kaip aukštasis mokslas, mokslinių tyrimų ir technologijų plėtra ir sveikatos priežiūra. Viešojo administravimo efektyvumo didinimas - svarbus veiksnys siekiant efektyviai naudoti ES struktūrinės paramos lėšas. Norint tinkamai panaudoti išaugusią ES struktūrinės paramos apimtį, būtina siekti sustiprinti valdymo ir kontrolės sistemą, užtikrinti ES struktūrinių fondų paramos planavimo, stebėsenos, kontrolės, audito, vertinimo, viešinimo bei kitų su šios paramos panaudojimu susijusių veiklų kokybę ir veiksmingumą. Tai ypač aktualu kalbant apie ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo tobulinimą.

### ***1.3. Šiuolaikiniai teoriniai požiūriai į ES struktūrinę paramą, jos administravimą, šių požiūrių įgyvendinimo galimybės plėtojant sveikatos apsaugą***

#### **1.3.1. ES struktūrinė parama ir jos ypatumai plėtojant sveikatos apsaugą**

Lietuvai tapus ES nare, yra skiriama ES struktūrinių fondų parama, papildanti nacionalines investicijas ir prisidedanti prie vieno pagrindinių ES tikslų – ekonominės ir socialinės sanglaudos skatinimo. Struktūrinių fondų administravimo efektyvumas yra esminis veiksnys, lemiantis sėkmingą

---

<sup>43</sup> LR Viešojo administravimo įstatymas, 2006 birželio 27 d., Nr. X-736, Žin. 2006-07-14, Nr. 77-2975.

lėšų panaudojimą valstybėse narėse, o kartu darantis įtaka struktūrinės paramos panaudojimo rezultatų veiksmingumui ir našumui<sup>44</sup>.

ES struktūrinių fondų paramos ir bendrojo finansavimo lėšas administruoti buvo pradėta ruošti nuo 2002 m. Per trumpą laiką sukurta nuosekli administravimo sistema, parengti ir patvirtinti programiniai dokumentai, įsteigtos paramą administruojančios institucijos. Struktūrinių fondų parama Lietuvoje yra teikiama ne paskolų, o negražintinų subsidijų forma, kompensuojant faktines, patirtas išlaidas<sup>45</sup>.

ES struktūriniai fondai padeda siekti šių *trijų tikslų*:

1. Konvergencijos tikslo, kuriuo siekiama paspartinti mažiausiai išsivysčiusių valstybių narių ir regionų konvergenciją gerinant augimo ir užimtumo sąlygas, t. y. Didinant investicijas į fizinį bei žmogiškąjį kapitalą ir gerinant jų kokybę, kuriant naujoves ir žinių visuomenę, gerinant galimybes prisitaikyti prie ekonominių ir socialinių pokyčių, saugant ir gerinant aplinką bei administracinį efektyvumą.

2. Regioninio konkurencingumo ir užimtumo tikslo, kuriuo ne mažiausiai išsivysčiusiuose regionuose siekiama stiprinti regionų konkurencingumą ir patrauklumą bei užimtumą, numatant ekonominius bei socialinius pokyčius, įskaitant susijusius su prekybos atvėrimu, t. y. didinant investicijas į fizinį bei žmogiškąjį kapitalą bei gerinant jų kokybę, kuriant naujoves ir skatinant žinių visuomenę, verslumą, saugant ir gerinant aplinką, gerinant prieinamumą, darbuotojų bei įmonių gebėjimą prisitaikyti bei plėtojant jiems palankias darbo rinkas.

3. Europos teritorinio bendradarbiavimo tikslo, kuriuo siekiama stiprinti peržengiantį sieną bendradarbiavimą pasitelkus jungtines vietas ir regionines iniciatyvas, stiprinti tarpvalstybinį bendradarbiavimą imantis veiksmų, skatinančių su Bendrijos prioritetais susijusių integruotą teritorinę plėtrą, taip pat stiprinti regionų bendradarbiavimą bei keitimąsi patirtimi atitinkamu teritoriniu lygiu.

ES struktūriniai fondai – regioninės ir sanglaudos politikos, kuria siekiama sumažinti regionų plėtos skirtumus ir skatinti menkiau išsivysčiusių regionų plėtrą, finansiniai instrumentai. ES regioninės politikos ciklą galima suskirstyti į keletą sudedamųjų etapų – ES finansinio plano patvirtinimą, institucinės ES regioninės politikos sandaros bruožų nustatymą ir detalizavimą, programų rengimą, programų įgyvendinimą ir grįžtamąjį ryšį. Finansinė parama skiriama integruotoms, daugiamatėms ir ES gaires atitinkančioms plėtos programoms įgyvendinti. Programavimas apima ir įvairių ES regionines politikos dalyvių atsakomybės pasidalijimą. Programinis laikotarpis atitinka ES biudžetinį laikotarpį. ES regioninės politikos ciklo sudėtis pateikta 4 paveiksle.

<sup>44</sup> European Commission Working paper on ex-ante evaluation for new programming period 2007-2013, Europos Sąjungos parama. Lietuvos galimybės, 2006.

<sup>45</sup> Inovacijų portalas Europos Sąjungos struktūriniai fondai, <http://www.inovacijos.lt/index.php?787484240>.



4 pav. ES regioninio politikos ciklo sandara

Visų pirma, ES viršūnių taryba, kur atstovaujama visų ES valstybių ar vyriausybių vadovams, patvirtina daugiametį ES finansinį planą. Tada ES Taryba ir ES Parlamentas nustato bendruosius ES regioninės politikos bruožus ir patvirtina pagrindinius ES fondų reglamentus, kuriais apibrėžia fondų vykdymo rėmus. Teisės normos peržiūrimos prieš kiekvieną 7 metų biudžetinį laikotarpį. EK detalizuoja ES regioninės politikos bruožus, reikalingus šiai politikai įgyvendinti, priima reglamentus, kitus teisės aktus ir metodinius dokumentus. Finansinė parama teikiama per plėtotes programas, kurias sudaro remtinių priemonių rinkiniai. Programos rengimo etapą sudaro analizė (problemų nustatymas) ir programavimas (problemų sprendimo būdų nustatymas). Šis etapas yra valstybės narės atsakomybė, bet su EK deramasi dėl parengtų programų nuostatų. Pačias programas tvirtina EK. Veiksmų programą galima apibrėžti kaip dokumentą, kuris apima nuoseklų prioritetų sąrašą, apimantį daugiamates priemones, kurios gali būti įgyvendintos per vieną ir daugiau finansinių instrumentų. Programoms ruošiami priedai – dokumentai, įgyvendinantys paramos strategiją ir prioritetus. Juose pateikiama išsami informacija apie paramos priemones. ES struktūrinių fondų programavimą sudaro: EK pateikia strategines gaires, valstybės narės rengia nacionalines bendrąsias strategijas, EK teikia pastabas dėl nacionalinių strategijų, jas patvirtinus, valstybė narė rengia programas, o patvirtinus programas rengia jų priedus.

Programos įgyvendinimas apima projektų rengimą ir įgyvendinimą. Šiame etape būtina programos priežiūra ir vertinimas siekiant padidinti programos efektyvumą. Šis etapas yra valstybės narės atsakomybė, tačiau EK dalyvauja vykdant priežiūrą, finansų kontrolę, kartu su valstybe nare atlieka tarpinį programos vertinimą ir savarankiškai atlieka vėlesnį. Grįžtamojo ryšio etape ankstesnė politikos įgyvendinimo patirtis panaudojama ES politikai ir naujų programų sandarai bei įgyvendinimui tobulinti. Už šį etapą atsakingos tiek valstybės narės, tiek EK<sup>46</sup>.

<sup>46</sup> Ruse- Europe: Struktūrinių fondų vykdymas, <http://www.ruse-europe.org/spip.php?rubrique181>.

Lietuvoje šiuo metu baigiamas įgyvendinti 2007-2013 m. ES struktūrinės paramos programavimo laikotarpis, todėl yra aktyviai rengiamasi naujam naujam struktūrinės paramos periodui - parengtas 2014–2020 m. ES struktūrinių fondų investicijų veiksmų programos projektas artimiausiu metu bus oficialiai pateiktas Europos Komisijai derinti. Vadinasi, sveikatos apsaugos sektoriui vėl bus suteiktos galimybės pasinaudoti šia finansine parama.

2014–2020 m. numatomas ES fondų biudžetas – 376 mlrd. eurų, iš jų 162,6 mlrd. eurų skiriama mažiau išsivysčiusiems regionams, prie kurių priskiriama ir Lietuva. Pažymėtina, kad ES fondų parama bus skiriama projektams, kurie sudaro sąlygas mažindami grėsmę sveikatai, pvz., mažindami oro taršą, gerindami transporto infrastruktūrą ir nekenkdami aplinkai pasiekti geresnių sveikatos rodiklių. Sveikatos priežiūros paslaugų svarba suvokiama kaip veiksnys, reikšmingas mažinant socialinę nelygybę, kovojant su skurdu.

2007–2013 m. 3,5 proc. visų panaudotų ES struktūrinių fondų lėšų Lietuvoje (apie 240 mln. eurų) skiriama sveikatos sektoriui. ES struktūrinių fondų parama, 2007–2013 m. skirta sveikatos priežiūros įstaigoms, mokslo įstaigoms, atliekančioms tyrimus arba stiprinančioms tyrėjų gebėjimus sveikatos srityje, sveikatos specialistų organizacijoms, sudarė 1 920,6 mln. Lt. ASPĮ ir visuomenės sveikatos įstaigos gavo 48 proc. paramos, mokslo projektams buvo skirta 25 proc., pastatų renovavimui – 12 proc., e. sveikatai – 6 proc. ir viešajam administravimui – 2 proc. Sveikatos sektoriuje buvo siekiama sumažinti stacionarinio gydymo apimtį, tuo pat metu didinant ambulatorinių paslaugų prieinamumą ir kokybę. Daugelyje naujų ES valstybių narių pirmenybė buvo suteikta stacionarinio gydymo ligoninėms atnaujinti.

Šiuo metu daugiau paramos rekomenduojama skirti savo namuose gyvenantiems pagyvenusiems žmonėms plėtojant paslaugų teikimą bendruomenėje ir ilgalaikę globą. Antras prioritetas – visuomenės sveikatos tyrimai. Jeigu analizuojant kokių ES struktūrinių fondų lėšomis Lietuvoje buvo įgyvendintos intervencinės priemonės, kurių netiesioginis tikslas buvo pagerinti gyventojų sveikatos būklę šalyje, tai reikšmingiausi, kurie turėjo įtakos gyventojų sveikatos gerinimui, buvo įgyvendinami šių LR ministerijų: Susisiekimo ministerijos - mirčių nuo eismo įvykių Lietuvoje, Aplinkos ministerijos - aplinkos išsaugojimas, Švietimo ir mokslo ministerijos - remia tyrėjų gebėjimų stiprinimą, mokymosi visa gyvenimą, kurie apima ir sveikatos priežiūros įstaigas.

PSO ir EK parengė rekomendacijas, kaip spręsti socialinės nelygybės problemas, efektyviau panaudojant ES struktūrinius fondus. Pabrėžiama, kad darbuotojų gebėjimų stiprinimas – tai nėra vien darbo jėgos gausinimas, tai – ir organizacinė plėtra, ir pažanga partnerystės, lyderystės stiprinimo, ir išteklių paskirstymo srityse. Taip pat siūloma mokytis iš gerosios patirties pavyzdžių – kitų projektų patirties. Rengiant naują Sanglaudos politiką, vardinami ir kiti siektini fondų panaudojimo aspektai, tarp jų – koncentravimasis į nedidelį prioritetų skaičių, stebėsenos ir vertinimo stiprinimas, subsidijų ir paskolų derinimas.

2014–2020 m. EK numato remti veiksmus, kuriais siekiama gerinti rinkos sąlygas e. sveikatos ir gerovės IRT produktus bei paslaugas kuriantiems verslininkams. Jie pasitelks Europos infrastruktūros tinklų priemonę ir Europos regioninės plėtros fondą novatoriškoms priemonėms diegti plačiu mastu, taip pat sveikatos, senėjimo bei gerovės gerajai patirčiai ir paslaugoms skleisti. Ypatingas dėmesys bus skiriamas telemedicinos plėtrai, EK numato remti piliečių skaitmeninio raštingumo sveikatos srityje didinimą. Planuojama ypatingą dėmesį skirti slaugos ir socialinės priežiūros darbuotojams. Taip pat numatoma parengti žaliąją knygą, skirtą mobilioms sveikatos priežiūros technologijoms.

### **1.3.2. ES dokumentų ir teisės aktų, reglamentuojančių ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimą, analizė**

**Europos Bendrijų steigimo sutartyje**<sup>47</sup> numatyta, kad Europos Sąjunga, remdama visuotinę harmoningą plėtrą ir stiprindama ekonominę bei socialinę sanglaudą, siekia sumažinti regionų plėtros lygio skirtumus. Šių tikslų siekimo priemonių teisinis pagrindas 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos laikotarpiu - Tarybos ir Europos Parlamento priimti reglamentai.

Esminiu dokumentu, reglamentuojančiu ES Struktūrinės paramos 2007-2013 m. laikotarpiu panaudojimą, laikomas **Bendrasis reglamentas**<sup>48</sup>, nustatantis bendrąsias nuostatas keturiems reglamentams: Europos regioninės plėtros fondo (toliau – ERPF), Europos socialinio fondo (toliau – ESF), Sanglaudos fondo ir Europos teritorinio bendradarbiavimo grupės (ETBG) reglamentams, kurie yra aptariami žemiau.

Bendrojo reglamento tikslas - stiprinti ekonominę ir socialinę sanglaudą, siekiant paskatinti darnų, subalansuotą ir tvarų ES regionų vystymąsi. Reglamente yra nustatyti ES struktūrinės paramos pagrindiniai principai: papildomumas, suderinamumas ir koordinavimas, atitiktis (viešieji pirkimai ir konkurencijos politika), programavimas, partnerystė, proporcingumas, bendras valdymas, moterų ir vyrų lygybė ir nediskriminavimas, tvarus vystymasis. Dokumente apibrėžiami valstybių narių ir regionų tinkamumo finansavimui gauti kriterijai, nustatomi turimi finansiniai ištekliai ir jų paskirstymo kriterijai, partnerystės, programavimo, vertinimo, valdymo, stebėsenos ir kontrolės principai, grindžiami bendra valstybių ir Komisijos atsakomybe. Reglamente nustatyta valdymo ir kontrolės sistema, institucijos ir jų pagrindinės funkcijos, projektų atrankos principai bei išlaidų tinkamumo ir projektų tęstinumo reikalavimai, finansinio valdymo principai, finansinės korekcijos ir kt.

**2009 m. rugsėjo 1 d. Europos Komisijos reglamentas (EB) Nr. 846/2009**, iš dalies keičiantis Reglamentą (EB) Nr. 1828/2006, nustatantį Tarybos reglamento (EB) Nr. 1083/2006, nustatančio bendrąsias nuostatas dėl Europos regioninės plėtros fondo, Europos socialinio fondo ir Sanglaudos

<sup>47</sup> Europos Sąjungos (Mastrichto) sutartis, 1992.

<sup>48</sup> Europos Tarybos 2006 m. liepos 11 d reglamentas, Nr. 1083/2006, nustatantis bendrąsias nuostatas dėl Europos regioninės plėtros fondo, Europos socialinio fondo ir Sanglaudos fondo ir panaikinantį Reglamentą (EB) Nr. 1260/1999.

fondo, ir Europos Parlamento bei Tarybos reglamento (EB) Nr. 1080/2006 dėl Europos regioninės plėtros fondo įgyvendinimo taisyklės<sup>49</sup>. Šis reglamentas papildo anksčiau minėtą reglamentą, nustatydamas papildomus reikalavimus struktūrinės paramos viešinimui ir visuomenės informavimui apie ES paramos kontrolės mechanizmus ir sistemas.

**2006 m. liepos 5 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentu (EB) Nr. 1080/2006** dėl Europos regioninės plėtros fondo ir panaikinant Reglamentą (EB) Nr. 1784/1999<sup>50</sup>, nustomos šio fondo finansuojamos sritys bei patikslinami reikalavimai išlaidų tinkamumui nustatyti. ERPF šiuo reglamentu remia programas, skirtas regionų plėtrai, ekonominiams pokyčiams, konkurencingumui ir teritoriniam bendradarbiavimui visoje ES stiprinti. Finansavimo prioritetais įvardijami: naujovės, moksliniai tyrimai, aplinkosaugos ir sveikatos apsaugos klausimai ir rizikos prevencija, daug dėmesio skiriama infrastruktūrai, ypač mažiausiai išsivysčiusiuose regionuose.

**2009 m. gegužės 6 d. Europos parlamento ir Tarybos reglamente (EB) Nr. 396/2009** dėl Europos socialinio fondo, panaikinant Reglamentą (EB) Nr. 1081/2006<sup>51</sup> nurodyti reikalavimai ESF finansuojamoms sritims bei išlaidų tinkamumui. Dokumente numatyta, kad ESF remiamos priemonės bus įgyvendinamos kartu su Europos užimtumo strategija, atkreipiant dėmesį į šias pagrindines sritis: darbuotojų ir įmonių gebėjimo prisitaikyti didinimui, geresnių įsidarbinimo sąlygų sudarymui bei aktyvesniam dalyvavimui darbo rinkoje, socialinės integracijos skatinimui kovojant su diskriminacija, ir socialiai pažeidžiamų žmonių galimybių palengvinimui dalyvauti darbo rinkoje, partnerystės skatinimui vykdant užimtumo ir integracijos sričių reformą.

**2006 m. liepos 11 d. Tarybos reglamente (EB) Nr. 1084/2006**, kuris įsteigė Sanglaudos fondą ir panaikino Reglamentą (EB) Nr. 1164/94<sup>52</sup>, nurodomas Sanglaudos fondo steigimo tikslas - siekis sustiprinti Bendrijos ekonominę ir socialinę sanglaudą bei skatinti tvarų vystymąsi. Šis reglamentas svarbus sveikatos apsaugai, kadangi pagal jį parama gali būti skiriama su tvariu vystymusi susijusioms sritims, teikiančioms akivaizdžią naudą aplinkai, t.y. energijos efektyvumo didinimui.

---

<sup>49</sup> Europos Komisijos 2006 m. gruodžio 8 d. reglamentas „Nr. 1828/2006, nustatantis Tarybos reglamento (EB) Nr. 1828/2006, nustatantis Tarybos reglamento (EB) Nr. 1083/2006 nustatančio bendrąsias nuostatas dėl Europos regioninės plėtros fondo, Europos socialinio fondo ir Sanglaudos fondo, ir Europos parlamento ir Tarybos reglamento (EB) Nr. 1080/2006 dėl Europos regioninės plėtros fondo įgyvendinimo taisyklės.

<sup>50</sup> Europos Parlamento ir Tarybos 2006 m. liepos 5 d. reglamentas (EB) Nr. 1080/2006 dėl Europos regioninės plėtros fondo ir panaikinant Reglamentą (EB) Nr. 1783/1999.

<sup>51</sup> Europos parlamento ir Tarybos 2009 m. gegužės 6 d. reglamente (EB) Nr. 396/2009 dėl Europos socialinio fondo, panaikinant Reglamentą (EB) Nr. 1081/2006.

<sup>52</sup> Europos Tarybos 2006 m. liepos 11 d. reglamentas (EB) Nr. 1084/2006 įsteigiantis Sanglaudos fondą ir panaikinant Reglamentą (EB) Nr. 1164/94.

### 1.3.3. LR politinių dokumentų ir teisės aktų, reglamentuojančių ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimą, analizė

Lietuva, kaip ir kitos ES valstybės narės, parengė vieną svarbiausių dokumentų, reglamentuojančių ES struktūrinės paramos panaudojimą - **Nacionalinę bendrąją strategiją: Lietuvos 2007-2013 metų Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo strategija konvergencijos tikslui įgyvendinti**<sup>53</sup>. Strategijos tikslas - sparčiai gerinti sąlygas investuoti, dirbti ir gyventi Lietuvoje, kad ūkio augimo teikiama nauda pasiektų visus Lietuvos gyventojus. Strategijos tikslas įgyvendinamas per keturias veiksmų programas, kurios padės įgyvendinti strategijoje iškeltus tikslus ir uždavinius: Žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programa, Ekonomikos augimo veiksmų programa, Sanglaudos skatinimo veiksmų programa ir Techninės paramos veiksmų programa. Taigi, vienas iš svarbiausių projektų finansavimo tinkamumo kriterijų yra šių strategijos tikslų, uždavinių bei priemonių atitiktis.

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

**Atsakomybės ir funkcijų paskirstymo tarp institucijų taisyklė**<sup>54</sup> reglamentuojama institucijų, dalyvaujančių įgyvendinant Lietuvos 2007–2013 metų ES struktūrinės paramos panaudojimo strategiją, administravimo sistema. Taisyklėse nustatytos atsakomybė, funkcijos ir teisės, paskirstymas tarp institucijų, atsakingų už strategijos ir veiksmų programų įgyvendinimą.

**Veiksmų programų administravimo ir finansavimo taisyklės**<sup>55</sup> nustato Žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programas, Ekonomikos augimo veiksmų programas, Sanglaudos skatinimo veiksmų programos administravimo ir finansavimo procesų nuostatas. Dokumente numatyti veiksmų programų techninės paramos prioritetai ir veiksmų programos, administravimo ir finansavimo procesų nuostatos, atsakomybės ir funkcijų paskirstymas tarp institucijų.

<sup>53</sup> Lietuvos 2007 - 2013 m. ES struktūrinės paramos panaudojimo strategija konvergencijos tikslui įgyvendinti, 2007.

<sup>54</sup> LR Vyriausybės nutarimas dėl Lietuvos Respublikos vyriausybės 2007 m. spalio 17 d. nutarimo nr. 1139 „dėl atsakomybės ir funkcijų paskirstymo tarp institucijų, įgyvendinant Lietuvos 2007–2013 metų Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo strategiją ir veiksmų programas“ pakeitimo.

<sup>55</sup> LR Vyriausybės nutarimas 2013 m. liepos 23 d. Nr. 4.2-2409-6K 1306427 „Dėl veiksmų programų administravimo ir finansavimo taisyklių patvirtinimo“ papildymo.

**Projektų administravimo ir finansavimo taisyklės**<sup>56</sup> nustato projektų, finansuojamų iš ES fondų lėšų, atrankos būdus bei šias tvarkas: projektų vertinimo ir atrankos; projektų tinkamų finansuoti išlaidų; išlaidų apmokėjimo; projektų administravimo ir skundų nagrinėjimo; taip pat įgyvendinančiųjų institucijų, pareiškėjų ir projektų vykdytojų veiksmus, administruojant ir finansuojant projektus. Šis dokumentas yra sveikatos priežiūros įstaigų, siekiančių sėkmingai administruoti projektus, pagrindas.

**Projektų išlaidų ir finansavimo reikalavimų atitikties taisyklėse**<sup>57</sup> apibrėžta, kokios ES struktūrinės paramos lėšomis įgyvendinamų projektų išlaidos yra tinkamos finansuoti, taip pat nustatomos projekto biudžeto ribos bei projekto įgyvendinimo laikotarpis (pradžia ir pabaiga).

Dokumentas, kurio dėka patobulėjo ES struktūrinių fondų paramos sveikatos apsaugai administravimo procesas, elektroniniu būdu apsieičiant duomenimis tarp projektų vykdytojų ir įgyvendinančiųjų institucijų - **Duomenų elektroninių mainų taisyklės**<sup>58</sup>, kurios nustato ES fondų lėšomis finansuojamų projektų duomenų teikimo (gavimo) elektroniniu būdu tvarką. Sukūrus ribotos prieigos interneto svetainę (DMS), skirtą ES struktūrinės paramos lėšomis įgyvendinamų projektų duomenų peržiūrai, dokumentų apsikeitimas tarp įstaigų pagreitėjo.

Sveikatos apsaugos projektų vykdytojams, įgyvendinantiems ES struktūrinės paramos projektus, sėkmingam projekto administravimui svarbus tinkamas, atitinkantis teisės aktuose nustatytus reikalavimus, projekto viešinimas. **LR Finansų ministro įsakymu**<sup>59</sup> buvo patvirtinti ES 2007-2013 metų struktūrinės paramos ženklo pavyzdžiai. Be to, įvairios Lietuvos institucijos, dalyvaujančios ES struktūrinės paramos įgyvendinimo ir administravimo procesuose, parodė iniciatyvą išleidžiant ne vieną leidinį su rekomendacijomis projekto viešinimui.

Išanalizavus teisės aktus Lietuvoje, reglamentuojančius ES struktūrinės paramos administravimą sveikatos apsaugai, galima juos sugrupuoti pagal tai, kam jie aktualūs:

- Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, administruojančioms ES struktūrinės paramos lėšomis finansuojamus projektus (projektų dalyviams).
- Institucijoms, dalyvaujančioms ES struktūrinės paramos įgyvendinime ir administravime (projektų vykdytojams).

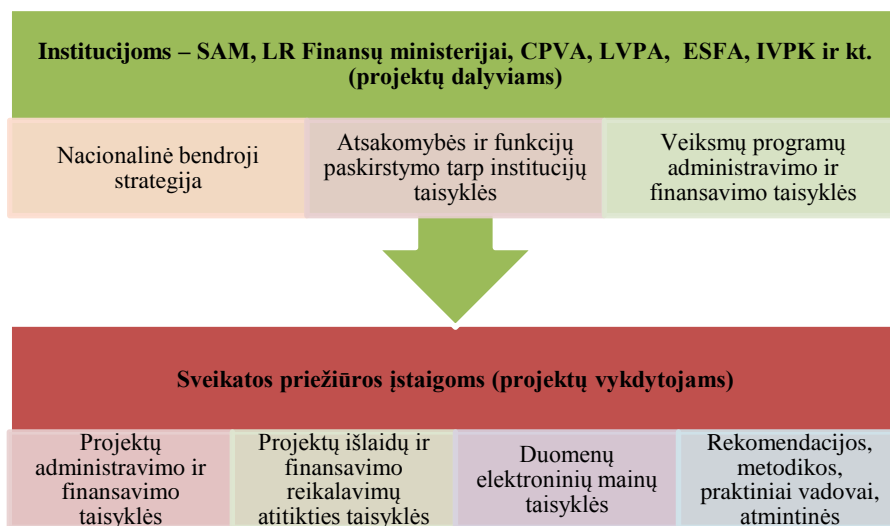
<sup>56</sup> LR Vyriausybės nutarimas 2007 m. gruodžio 19 d. Nr. 1443 „Dėl projektų administravimo ir finansavimo taisyklių patvirtinimo“, Žin., 2010-12-09, Nr. 144-7373.

<sup>57</sup> LR Vyriausybės nutarimas 2012 m. sausio 18 Nr. 56 „dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007 m. spalio 31 d. nutarimo Nr. 1179 "dėl Vykdomyų pagal Lietuvos 2007-2013 metų Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo strategiją ir ją įgyvendinančias veiksmų programas projektų išlaidų ir finansavimo reikalavimų atitikties taisyklių patvirtinimo" pakeitimo, Vilnius.

<sup>58</sup> LR finansų ministro įsakymas „Dėl bendrai finansuojamų iš Europos sąjungos lėšų projektų duomenų elektroninių mainų taisyklių patvirtinimo“ 2009 m. vasario 17 d. Nr. 1K-038, Vilnius.

<sup>59</sup> LR Finansų ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymas „Dėl Finansų ministro 2007 m. gruodžio 12 d. įsakymo Nr. 1K-366 „Dėl Europos Sąjungos 2007-2013 metų struktūrinės paramos ženklo pavyzdžių patvirtinimo“ pakeitimo.





**5 pav. LR teisės aktų, reglamentuojančių ES struktūrinės paramos įgyvendinimą, svarba projektų dalyviams ir vykdytojams**

Galima teigti, kad kuriant 2007-2013 m. programavimo laikotarpio ES struktūrinės paramos administravimo sistemą Lietuvoje, buvo pasinaudota 2004-2006 m. laikotarpiu sukaupta ES struktūrinės paramos administravimo patirtimi. Palyginus su ankstesniu laikotarpiu, gerokai išaugo paramos administravimą reglamentuojančių teisės aktų skaičius. Vadinasi, ir struktūrinės paramos administravimas tapo išsamesnis, tačiau teisės aktų gausa neretai kelia sunkumų struktūrinės paramos administravimo dalyviams (ypač projektų vykdytojams).

Atlikus išsamią teorinės dalies analizę, galima teigti, kad ES valstybės, atsižvelgdamos į kiekvienai šaliai būdingas tradicijas ir puoselėjamas vertybes, siekia perimti ES gerąją patirtį sveikatos apsaugos srityje, kurdamos įvairius sveikatos politikos modelius. Vis dar egzistuoja dideli sveikatos būklės ir sveikatos priežiūros skirtumai ne tik tarp ES šalių, bet ir tarp Lietuvos regionų. Ligų sunkumą ir amžių, kurio sulaukę žmonės miršta, įtakoja ekonominės, moralinės, teisės ir gyvenimo būdo problemos. Šiomis problemomis ypač susirūpinusi ES, kasmet didina dėmesį jų sprendimui, todėl ir Lietuvos sveikatos apsaugos plėtros kryptys turėtų sutapti su ES tendencijomis. Todėl būtina ES skiriamą struktūrinę paramą nukreipti į aktualiausių sveikatos apsaugos problemų sprendimą Lietuvoje. Tiek ES, tiek Lietuvos sveikatos apsaugos svarbiais uždaviniais turėtų tapti savalaikių ir kokybiškų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, sąlygų sveikatos stiprinimui, sveikos ir saugios gyvenimo aplinkos užtikrinimas.

ES teisės aktuose, kuriais reglamentuojama ES struktūrinės paramos fondų veikla, nenurodomi konkretūs subjektai, turintys teisę gauti paramą, tačiau yra atsižvelgiama į siekiamus tikslus ir remiamas sritis. Vadinasi, sveikatos priežiūros įstaigos, turinčios teisę pasinaudoti ES struktūrinės paramos parama, yra tikslinamos nacionaliniu lygmeniu. Todėl galima daryti išvadą, kad Lietuva, kaip ir kitos ES valstybės narės, pačios sukuria ES struktūrinės paramos administravimo ir įsisavinimo

schema, o Lietuvos teisės aktai tik papildo ES teisės aktus, reglamentuojančius ES struktūrinės paramos administravimą.

ES finansinės paramos lėšų įsisavinimą ypač įtakoja ES struktūrinės paramos efektyvus administravimas. Vadinasi, norint tinkamai pasinaudoti ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai galimybėmis, visų pirma būtina išsiaiškinti, ar esama paramos administravimo sistema efektyvi.

Viešojo administravimo efektyvumo didinimas - svarbus veiksnys siekiant efektyviai naudoti ES struktūrinės paramos lėšas. Norint tinkamai panaudoti išaugusią ES struktūrinės paramos apimtį, būtina siekti sustiprinti valdymo ir kontrolės sistemą, užtikrinti ES struktūrinių fondų paramos planavimo, stebėsenos, kontrolės, audito, vertinimo, viešinimo bei kitų su šios paramos panaudojimu susijusių veiklų kokybę ir veiksmingumą. Tai ypač aktualu kalbant apie ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo tobulinimą. Siekiant surasti būdų, kaip patobulinti administravimo sistemą, taip pat paneigti ar patvirtinti ES struktūrinės paramos naudą Lietuvos sveikatos apsaugos sektoriui, būtina atlikti išsamesnius mokslinius tyrimus.

## 2. EMPIRINIŲ TYRIMŲ, SKIRTŲ TOBULINTI ES STRUKTŪRINĖS PARAMOS SVEIKATOS APSAUGAI ADMINISTRAVIMĄ, METODOLOGIJA

### *2.1. Empirinių tyrimų, skirtų ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo tobulinimui, struktūra ir bendra charakteristika*

ES struktūrinių fondų administravimo efektyvumas yra esminis veiksnys, lemiantis sėkmingą lėšų panaudojimą valstybėse narėse, o kartu ir darantis įtaką struktūrinės paramos panaudojimo sveikatos apsaugos sektoriaus rezultatų veiksmingumui ir našumui.

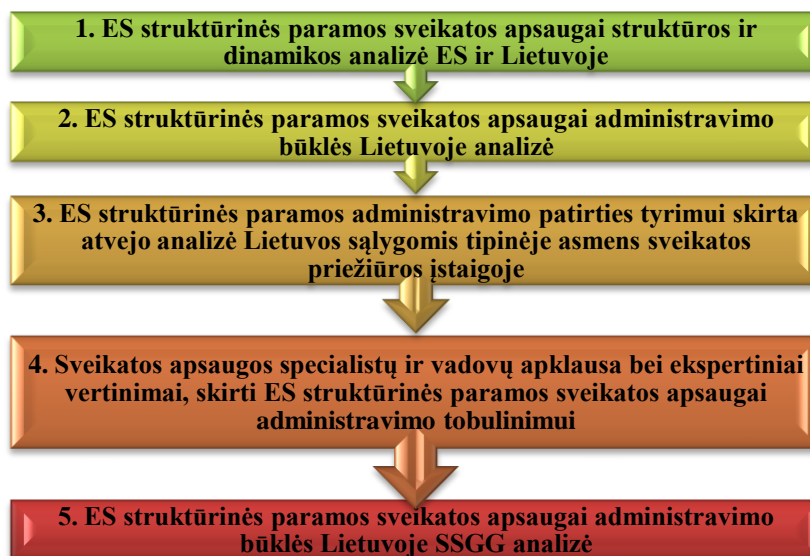
Nors ES struktūrinė parama sveikatos apsaugos sektoriui skirstoma jau ne pirmus metus, tačiau negalima teigti, kad paramos administravimas vyksta sklandžiai. Ne visos institucijos, administruojančios ir kontroliuojančios ES struktūrinių fondų lėšų įsisavinimą, garantuoja viešą, skaidrų lėšų paskirstymą ir įsisavinimą. Įvairiuose ES ir Lietuvos politiniuose dokumentuose ir teisės aktuose žadama tobulinti teisės aktus, reglamentuojančius ES struktūrinės paramos administravimą, tačiau retai užsimenama apie akivaizdų poreikį stiprinti šios paramos administravimo sistemą. Dėl sudėtingų struktūrinės paramos vertinimo ir administravimo procedūrų bei projektų įgyvendinimo metu iškilusių įvairių problemų, asmens sveikatos priežiūros įstaigos nespėja laiku įsisavinti paramos lėšų. Todėl iškyla poreikis tobulinti ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimą, siekiant šią paramą padaryti prieinamesnę kuo didesniai gyventojų ratui ir paspartinti jos įsisavinimą.

Lietuvoje šiuo metu baigiamas įgyvendinti ES struktūrinės paramos 2007–2013 m. programavimo laikotarpis, todėl aktyviai rengiamasi pradėti įgyvendinti naująjį 2014–2020 m. šios paramos periodą. Lietuva 2014–2020 m. laikotarpyje turėtų gauti daugiausiai ES struktūrinės paramos lėšų iš trijų Baltijos valstybių. Iš viso Lietuvai bus skirta apie 44 mlrd. litų, tai yra apie 4 mlrd. litų daugiau nei planuota. Skaičiuojama, kad ES parama sudarys maždaug 3,67 proc. Lietuvos BVP. Vadinasi, sveikatos apsaugos sektoriui vėl bus suteiktos galimybės pasinaudoti šia finansine parama. Siekiant sėkmingo sveikatos apsaugos projektų įgyvendinimo (iniciavimo, rengimo, įgyvendinimo) ir lėšų įsisavinimo, ypač aktualu atlikti išsamesnius tyrimus ir pasiūlyti esminius sprendimus ES struktūrinės paramos administravimo sistemos tobulinimui.

Atsižvelgiant į tai, iškelta **tyrimo hipotezė** – ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo sistemos tobulinimu gali būti padidintas pačios paramos efektyvumas.

**Tyrimo objektas** – ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo sistema.

**Tyrimo tikslas:** išanalizuoti ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo sistemą ir pasiūlyti sprendimus jos tobulinimui.



6 pav. Darbo tyrimo metodų schema

Norint pasiekti tyrimo tikslą bei patvirtinti arba paneigti autorės darbe iškeltą hipotezę, pasirinktas kompleksinis tyrimų modelis, susidedantis iš 5 etapų. Šis modelis pavaizduotas 6 paveiksle.

## 2.2. *Empirinių tyrimų, skirtų ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo tobulinimui, metodikos*

Pirmoje kompleksinio tyrimo etapo - *ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai struktūros ir dinamikos analizės* - metu numatoma pagal atskirus pjūvius, susisteminant ir palyginant tarpusavyje naujausius duomenis, visų pirma atlikti išsamią ES struktūrinės paramos pagal ES šalis analizę: palyginant ES šalis nares pagal tai, kiek skirta ir įsisavinta ES struktūrinės paramos lėšų 2007-2013 m. laikotarpyje, pagal skirtingus fondus (Europos Socialinį fondą, Europos regioninės plėtros fondą, Sanglaudos fondą). Sekančioje dalyje planuojama pateikti susistemintą aktualiausią informaciją apie ES struktūrinę paramą Lietuvai, sveikatos apsaugos sektoriui. Numatoma išanalizuoti ES struktūrinių fondų skiriamą paramą Lietuvos sveikatos įstaigoms pagal atskirus ES struktūrinės paramos veiksmų programų priemones, palyginti paramos lėšų įsisavinimo efektyvumą, išskirti esmines problemas bei pateikti išvadas. Šios dalies aprašymui numatoma naudoti tokius tyrimo metodus, kaip struktūros ir dinamikos aprašomoji, apibendrinamoji, lyginamoji, klasifikavimo, statistinė analizės.

*ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo būklės Lietuvoje analizės* skyriuje numatoma aprašyti esamą ES struktūrinės paramos įgyvendinimo ir administravimo sistemą Lietuvoje, išskirti struktūrinės paramos administravimo sistemos dalyvius: politiką formuojančias

institucijas, ją įgyvendinančias institucijas, galimus projektų dalyvius, taip pat apibrėžti jų funkcijas. Šioje dalyje numatoma akcentuoti esamos ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo sistemos pasikeitimus, lyginant su 2004-2006 m. ES struktūrinės paramos laikotarpio sistema, taip pat pateikti esmines išvadas. ES paramos administravimo būklės Lietuvoje dalies aprašymui numatoma naudoti šiuos tyrimo metodus: aprašomoji, praktinė ir lyginamoji analizė.

Trečioje kompleksinio tyrimo etape planuojama atlikti *ES struktūrinės paramos administravimo patirties tyrimui skirtą atvejo analizę Lietuvos sąlygomis tipinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje*. Šioje empirinių tyrimų dalyje numatoma pristatyti tipinės poliklinikos - VšĮ Centro poliklinikos įgyvendinamus projektus, kuriems skirta ES struktūrinė parama, pateikti jų administravimo sistemos analizę, nustatyti, ar ES finansuojami projektai naudingi įstaigai (ir jos finansiniam rezultatui), taip pat išskirti esmines projektų administravimo problemas. ES paramos administravimo būklės Lietuvoje analizei numatoma taikyti tokius tyrimo metodus, kaip aprašomoji, praktinė ir lyginamoji analizė.

Efektyviai veikianti sveikatos apsaugos projektų administravimo sistema – esminė prielaida sėkmingam projekto įgyvendinimui. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo sistemos funkcionavimą užtikrina jos dalyviai, t.y. asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai, tiesiogiai ar netiesiogiai dalyvaujantys ES struktūrinės paramos projektų inicijavime, rengime, administravime ir įgyvendinime. Norint pasiekti tyrimo tikslą, kokybiškai ir tiksliai įvertinti sveikatos apsaugos projektų, finansuojamų ES fondų lėšomis, administravimo sistemos efektyvumą ir nustatyti šios sistemos problemas, sekančioje tyrimo dalyje - *Sveikatos apsaugos specialistų ir vadovų apklausa bei ekspertiniai vertinimai, skirti ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo tobulinimui* pasirinkti šie du tyrimo metodai:

1. Kiekybinis tyrimas (apklausa).
2. Kokybinis tyrimas (ekspertinis vertinimas).

**Apklausa.** Šio tyrimo respondentais buvo pasirinkti VšĮ Centro poliklinikos skyrių/padalinių vadovai, kadangi šie asmenys dažniausiai netiesiogiai dalyvauja inicijuojant, rengiant ar įgyvendinant ES fondų finansuojamus projektus.

Vadovaujantis VšĮ Centro poliklinikos direktoriaus 2012 m. balandžio 17 d. Nr. V-66 įsakymu „Dėl VšĮ Centro poliklinikos struktūros, etatų sąrašo, valdymo struktūros ir bendrųjų, pirminės ir antrinės asmens sveikatos priežiūros padalinių schemų tvirtinimo“, buvo peržiūrėta įstaigos organizacinė struktūra ir etatų sąrašai. Paskaičiuota, kad įstaigoje 2013 m. pabaigoje dirbo 32 padalinių/skyrių vadovai (fiziniai asmenys), iš kurių 22 atstovauja medicininės paskirties (iš jų: 14 - Pirminės asmens sveikatos priežiūros (PASP), 8 - Antrinės asmens sveikatos priežiūros (AASP)) ir 10 darbuotojų – Bendriesiems padaliniams.

Skaičiuojant respondentų imtį, remtasi tikimybiniais imties sudarymo metodais<sup>60</sup>, siekiant gauti didesnę imties reprezentatyvumą. Buvo taikyta ši formulė<sup>61</sup>:

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}} = \frac{1}{(0.05)^2 + \frac{1}{32}} = 29,62 \quad (1)$$

Kur: n – reikiamas respondentų skaičius,  $\Delta$  – paklaidos dydis (0,05), N – generalinė visuma.

Vadinasi, paskaičiuota reprezentatyvi tyrimo imtis – 30 darbuotojų.

Apklausos tyrimo tikslas - išsiaiškinti Poliklinikos skyrių/padalinių vadovų požiūrį į ES struktūrinių fondų paramą bei nustatyti projektų administravimo ir įgyvendinimo metu kylančias problemas.

Apklausa buvo vykdoma išsiunčiant klausimyną elektroniniu būdu. Apklausai atlikti buvo parengtas klausimynas su 14 klausimų (1 Priedas), daugiausiai su uždariais klausimais, respondentui suteikiant galimybę pasirinkti priimtina (-us) atsakymo (-ų) variantą (-us), ir su keletu atvirų klausimų, respondentui paliekant teisę įrašyti savo atsakymą (-us).

Anketos 1-4 klausimai skirti gauti Poliklinikos darbuotojų informaciją apie amžių, išsilavinimą, atstovaujama padalinį bei darbo patirtį įstaigoje. Apibendrinus gautus duomenis, bus bandoma nustatyti ar egzistuoja ryšys su atsakymais į kitus anketos klausimus. Sekantys trys anketos klausimai skirti išsiaiškinti Poliklinikos darbuotojų žinias apie ES struktūrinių fondų paramą ir įstaigos įgyvendinamus projektus. Anketos 7-11 klausimais siekiama sužinoti Poliklinikos darbuotojų nuomonę apie ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimą ir administravimą – įgyvendinimo laikotarpį, esmines projektų įgyvendinimo problemas, projektų administravimo funkcijas ir kt. Paskutiniai trys anketos klausimai skirti išsiaiškinti ES struktūrinių fondų finansuojamų sveikatos projektų naudą įstaigai, nustatyti aktualias sritis, kurioms galėtų būti skirta ES parama bei sužinoti pasiūlymus dėl ES fondų finansuojamų projektų administravimo sistemos tobulinimo.

Viso darbuotojams buvo išsiųstos 32 anketos, iš jų sugrįžo užpildyta – 30 anketų.

Anketų duomenų analizės duomenų suvedimui buvo naudota Microsoft Office Excel 97-2003 programa, kurie vėliau buvo perkelti į SPSS (angl. Statistical package for the Social Sciences) 11.5 versijos statistinės analizės programą.

Apklausos atlikimo laikotarpis - 2014 m. sausio mėn.

**Ekspertiniai vertinimai.** Šio tyrimo respondentais buvo pasirinkti Poliklinikos Projektų ir viešųjų pirkimų skyriaus vedėjas bei aukšto lygio administracijos vadovas, kadangi šie darbuotojai tiesiogiai dalyvauja projektų rengime, įgyvendinime ir administravime. Sistema paprasta – įgyvendinant ES fondų lėšomis finansuojamą projektą, projekto vadovu dažniausiai pasirenkamas

<sup>60</sup> Čekanavičius V., Murauskas G. Statistika ir jos taikymai. Vilnius: TEV, 2000.

<sup>61</sup> Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas: Judex, 2002.

vienas iš aukščiausio lygio administracijos vadovų, o projekto administratoriumi – vienas iš Projektų ir viešųjų pirkimų skyriaus darbuotojų. Todėl šių darbuotojų ekspertinis vertinimas interviu būdu, rezultatų analizė papildytų kiekybinį tyrimą. Ekspertų vertinimas interviu turi privalumų – respondentams, įprastinėje jiems aplinkoje, suteikiama galimybė laisvai reikšti savo mintis, pateikiant atsakymus į atvirus klausimus. Visa tai užtikrina informacijos išsamumą, kokybiškumą bei įtakoja tyrimo patikimumą.

Interviu tikslas – išsiaiškinti Poliklinikos darbuotojų, tiesiogiai dalyvaujančių projektų rengime, įgyvendinime ir administravime, požiūrį į ES struktūrinių fondų paramą sveikatos apsaugos sektoriui, paramos naudą, nustatyti pagrindines projektų administravimo ir įgyvendinimo metu kylančias problemas. Todėl ekspertams, dalyvaujantiems šiame kokybiniame tyrime, buvo pateikti 4 klausimai (2 Priedas):

1. Kokia, Jūsų nuomone, yra ES struktūrinės paramos nauda asmens sveikatos priežiūros įstaigai?

2. Kaip manote, kurie ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai projektai/kryptys/priemonės įgyvendinama sėkmingai ir kurie sudėtingiau? Su kokiais esminėmis problemomis susiduriate įgyvendinant įstaigos projektus?

3. Ką siūlytumėte tobulinti ES struktūrinės paramos, skirtos sveikatos apsaugos sektoriui, administravime?

4. Kaip manote, ar 2007-2013 m. ES struktūrinės paramos kryptys ir priemonės, skirtos sveikatos apsaugos sektoriui, buvo naudingos? Kokias kryptis/priemones siūlytumėte įtraukti planuojant 2014-2020 m. ES struktūrinę paramą sveikatos apsaugos sektoriui, kad padidėtų nauda asmens sveikatos priežiūros įstaigai ir pacientams?

Tikimasi, kad ekspertų atsakymai į klausimus papildys kiekybinio tyrimo (apklausos) metu gautus rezultatus bei padės suformuluoti tikslesnes išvadas.

Paskutiniame kompleksinio tyrimo etape planuojama atlikti **ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo būklės Lietuvoje SSGG analizę**. Atlikus išsamią ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo analizę, pagal aukščiau išvardintus tyrimo keturis etapus, panaudojus šių tyrimų metu pateiktas išvadas, numatoma atlikti ES struktūrinės paramos administravimo sistemos Lietuvoje stiprybių, silpnybių, galimybių ir grėsmių (SSGG) analizę.

Pasinaudojus sudarytu kompleksiniu tyrimų modeliu, susidedančiu iš penkių etapų, sekančioje tiriamojo darbo dalyje bus atliekami šioje metodologinėje dalyje aprašyti empiriniai ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo sistemos tyrimai.

### 3. EMPIRINIAI TYRIMAI, SKIRTI ES STRUKTŪRINĖS PARAMOS SVEIKATOS APSAUGAI ADMINISTRAVIMO TOBULINIMUI

#### 3.1. *ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai praktika ir jai būdingų bendrųjų tendencijų analizė*

##### 3.1.1. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai struktūros ir dinamikos ES mastu analizė

ES struktūrinė parama – finansinė parama šaliai, skirta nuosekliai mažinti socialinius ir ekonominius skirtumus tarp ES šalių narių ar atskirų regionų. Jos pamatinės vertybės galima išreikšti dviem žodžiais – „solidarumas“ ir „sanglauda“. Solidarumas – nes paramos tikslas yra padėti palyginti su ES vidurkiu ekonomiškai ir socialiai skurdesniems regionams. Sanglauda – kadangi pajamų bei turtinių skirtumų tarp skurdesnių ir turtingesnių regionų mažinimas yra naudingas visiems.

ES sanglaudos politikos tikslas – sumažinti Europos regionų socialinius ir ekonominius skirtumus, tam pasitelkiant lėšas iš ES struktūrinių fondų. 2014 - 2020 m. numatomas ES struktūrinių fondų biudžetas sudarys 376 mlrd. EUR, iš jų 162,6 mlrd. EUR skiriama mažiau išsivysčiusiems regionams, prie kurių priskiriama ir Lietuva. Yra daugybė fondų, kurių lėšos skiriamos skirtingoms prioritetinėms sritims pagal tų fondų tikslus. Išskiriami šie fondai:

- **Europos regioninės plėtros fondas (toliau - ERPF).** Šio fondo lėšos yra nacionaliniu mastu skiriamos mažiau išsivysčiusių šalių regionams, siekiant šių tikslų: moksliniams tyrimams, technologinei plėtrai ir inovacijoms skatinti, mažųjų ir vidutinių įmonių bei žemės ūkio sektoriaus (iš EŽUFKP) ir žuvininkystės bei akvakultūros sektoriaus (iš EJŖŽF) konkurencingumui didinti, perėjimui prie mažo anglies dioksido kiekio technologijų ekonomikos visuose sektoriuose remti. Šis fondas investuoja į sveikatos ir socialinę infrastruktūrą, kuria prisidedama prie nacionalinės, regionų ir vietos plėtros, sveikatos skirtumų mažinimas ir perėjimas nuo institucinių prie bendruomenės paslaugų. Šio fondo 5 mlrd. eurų investicijų 2007–2013 m. panaudota sveikatos infrastruktūros plėtrai.
- **Europos socialinis fondas (toliau - ESF).** Šio fondo lėšomis siekiama didinti galimybes gauti išperkamas, tvarias ir aukštos kokybės paslaugas, įskaitant sveikatos priežiūrą ir visuotinės svarbos socialines paslaugas ir investuoti į institucinius gebėjimus ir veiksmingesnį viešąjį administravimą bei viešąsias paslaugas siekiant reformų, geresnio reglamentavimo ir gero valdymo. Finansuojama su senėjimo problemų sprendimu, E. sveikata, sveikatos propagavimu ir sveikatos specialistų rengimu susijusi veikla.
- **Sanglaudos fondas (toliau - SF).** Šio fondo tikslas yra institucinių pajėgumų stiprinimas ir veiksmingas viešasis administravimas, stiprinant su Sanglaudos fondo išgyvendinimu susijusių viešojo administravimo įstaigų ir valstybės tarnybų institucinius pajėgumus bei veiksmingumą.



Išvardintų fondų dėka skiriamos lėšos ES šalims narėms, tame tarpe ir Lietuvai. Vadovaujantis Europos Komisijos biudžeto generalinio direktorato pateiktais duomenimis, 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų parama buvo skiriama 27 valstybėms. Detalus ES lėšų pasiskirstymas pagal šalis pateiktas žemiau esančioje lentelėje.

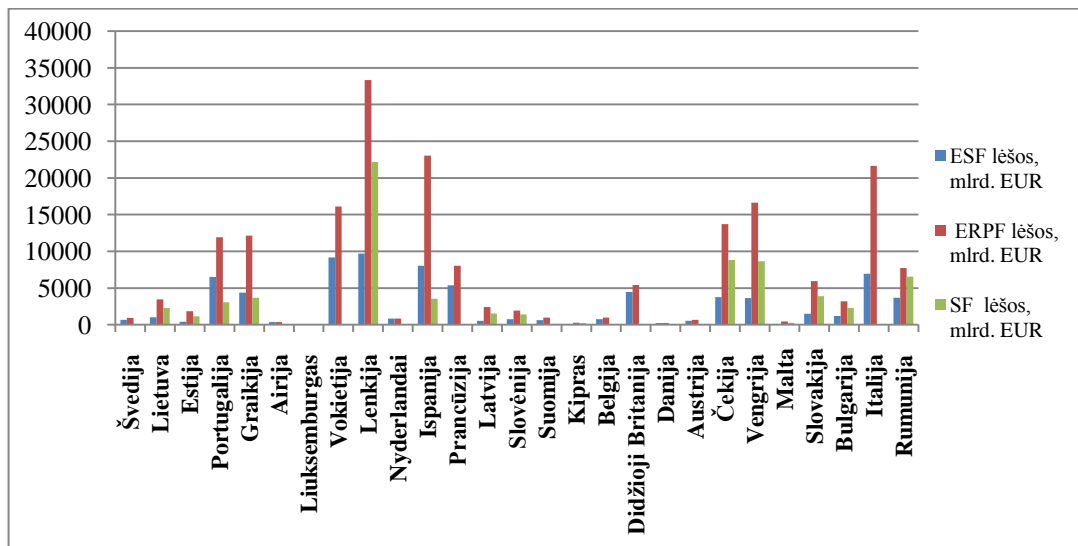
**1 lentelė. EK įvykdytų tarpinių ES struktūrinių fondų mokėjimų palyginimas**

ES šalis narė	Skirtas ES struktūrinių fondų finansavimas 2007-2013			Europos Komisijos (EK) įvykdyti tarpiniai mokėjimai				EK įvykdyti mokėjimai, proc.
	Europos socialinio fondo, ESF (MEUR)	Europos regioninės plėtros fondo, ERDF (MEUR)	Sanglaudos fondo, SF (MEUR)	ESF duomenys		ERPF+SF duomenys		
				MEUR	proc.	MEUR	proc.	
Švedija	691,55	934,54	0,00	358,7	51,9%	636,2	68,1%	61,2%
<b>Lietuva</b>	<b>1028,31</b>	<b>3441,95</b>	<b>2305,24</b>	<b>675,00</b>	<b>65,6%</b>	<b>3870,8</b>	<b>67,4%</b>	<b>67,1%</b>
Estija	391,52	1860,21	1151,73	292,9	74,8%	2010,2	66,7%	67,7%
Portugalija	6512,39	11938,20	3059,97	5197,7	79,8%	9960,4	66,4%	70,5%
Graikija	4363,80	12149,30	3697,16	2262,6	51,8%	10210,4	64,4%	61,7%
Airija	375,36	375,36	0,00	234,5	62,5%	235,2	62,7%	62,6%
Liuksemburgas	25,24	25,24	0,00	14,3	56,6%	15,3	60,6%	58,6%
Vokietija	9170,64	16107,97	0,00	5942,40	64,8%	9758,6	60,6%	62,1%
Lenkija	9707,18	33338,32	22176,35	6163,3	63,5%	32517,3	58,6%	59,3%
Nyderlandai	830,00	830,00	0,00	413,60	49,8%	485,1	58,4%	54,1%
Ispanija	8057,33	23057,19	3543,21	4319,5	53,6%	14607,3	54,9%	54,6%
Prancūzija	5394,55	8054,67	0,00	2657,30	49,3%	4145,0	51,5%	50,6%
Latvija	550,70	2400,00	1539,80	482,40	87,6%	2022,4	51,3%	55,8%
Slovėnija	755,70	1933,78	1411,57	453	59,9%	1695,9	50,7%	52,4%
Suomija	618,56	977,40	0,00	439,40	71,0%	491,8	50,3%	58,3%
Kipras	119,77	279,46	213,20	46,00	38,4%	247,8	50,3%	48,0%
Belgija	744,38	990,28	0,00	623,7	83,8%	438,3	44,3%	61,2%
Didžioji Britanija	4474,92	5416,02	0,00	2464,3	55,1%	2370,4	43,8%	48,9%
Danija	254,79	254,79	0,00	128,8	50,6%	110,3	43,3%	46,9%
Austrija	524,41	680,07	0,00	408,4	77,9%	283,2	41,6%	57,4%
Čekija	3774,52	13709,06	8819,02	1632,60	43,3%	9258,9	41,1%	41,4%
Vengrija	3629,09	16649,74	8642,32	1557,2	42,9%	10341,9	40,9%	41,1%
Malta	112,00	443,98	284,15	43,2	38,6%	290,8	39,9%	39,8%
Slovakija	1499,60	5962,28	3898,74	568,2	37,9%	3874,5	39,3%	39,1%
Bulgarija	1185,46	3205,13	2283,04	542,10	45,7%	2077,8	37,9%	39,3%
Italija	6938,01	21651,98	0,00	3756,60	54,1%	7896,3	36,5%	40,8%
Rumunija	3684,15	7739,81	6552,42	1021,7	27,7%	3966,3	27,8%	27,7%
<b>Viso, MEUR</b>	<b>75413,93</b>	<b>194406,73</b>	<b>69577,91</b>	<b>42699,40</b>	<b>56,6%</b>	<b>133818,4</b>	<b>50,7%</b>	<b>52,0%</b>

Šaltinis: 2013 12 01 Europos Komisijos Biudžeto generalinio direktorato duomenys

Palyginus ES struktūrinės paramos lėšas pagal atskirus fondus, galima teigti, kad daugiausia ESF lėšų 2007-2013 m. laikotarpiu buvo skirta Lenkijai, Vokietijai ir Ispanijai, kurios kartu sudarė beveik 27 mlrd. eurų arba 36 proc. visos šio fondo skirtos sumos. Tuo tarpu mažiausia ESF lėšų dalis teko Liuksemburgui, Maltai ir Kiprui, atitinkamai 25 mlrd., 112 mlrd. ir 119 mlrd. eurų.

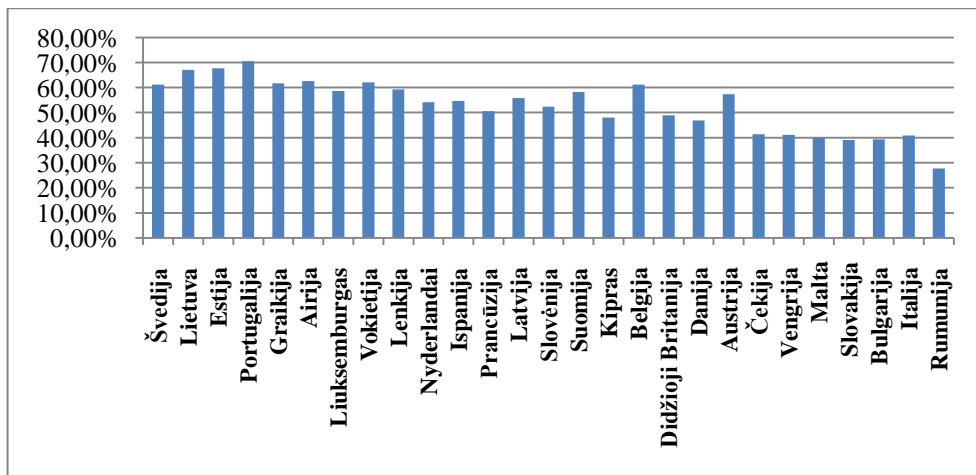
Paskaičiuota, kad didžioji ERPF lėšų analizuojamu laikotarpiu dalis buvo skirta Lenkijai, Ispanijai ir Italijai - 40 proc. visos fondo vertės, tuo tarpu mažiausiai lėšų teko Liuksemburgui, Danijai ir Kiprui. Analizuojant Sanglaudos fondo lėšų pasiskirstymą tarp šalių, akivaizdžiai pirmauja Lenkija, kuriai teko daugiau nei 31 proc. viso fondo lėšų. Pastebėta, kad nemažai šalių nebuvo skirtos Sanglaudos fondo lėšos, tarp jų įvardintos Švedija, Airija, Liuksemburgas, Vokietija, Nyderlandai, Prancūzija, Suomija, Belgija, Didžioji Britanija, Danija, Austrija, Italija.



7 pav. ES struktūrinės paramos lėšos ES šalims, pagal skirtingus fondus (mlrd. eurų)

Šaltinis: [www.esparama.lt](http://www.esparama.lt)

Analizuojant ES struktūrinių fondų (ESF, ERPF, SF) lėšų įsisavinimą pagal atskiras šalis, nustatyta, kad efektyviausiai lėšos įsisavinamos Portugalijoje (70,5 proc.), Estijoje (67,7 proc.) ir Lietuvoje (67,1 proc.). Tuo tarpu žemiausi lėšų įsisavinimo rodikliai pastebėti Rumunijoje (27,7 proc.), Slovakijoje, Bulgarijoje ir Maltoje (apie 39 proc.).



8 pav. ES struktūrinės paramos lėšų įsisavinimas pagal šalis (proc.)

Šaltinis: [www.esparama.lt](http://www.esparama.lt)

Vadovaujantis Europos Komisijos biudžeto generalinio direktorato pateiktais duomenimis, 2007–2013 m. 3,5 proc. visų panaudotų ES struktūrinių fondų lėšų Lietuvoje (tai sudaro apie 240 mln. eurų) skiriama tiesiogiai sveikatos sektoriui. Didesnės tiesiogiai sveikatos sektoriui skiriamos lėšos buvo Vengrijoje ir Latvijoje (po 5,4 proc., atitinkamai 1 336 mln. eurų ir 247 mln. eurų), taip pat Estijoje, vertinant lėšų paskirstymą kaip visų skiriamų lėšų dalį – 4,3 proc. Nustatyta, kad daugelyje naujų ES valstybių narių pirmenybė buvo suteikta stacionarinio gydymo ligoninėms atnaujinti.

Sveikatos svarba užtikrinant regioninę plėtrą ir konkurencingumą vis labiau pripažįstama, todėl sveikatos srities projektai ir remiami ES struktūrinės paramos lėšomis.

### 3.1.2. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai struktūros ir dinamikos Lietuvoje analizė

Lietuvai tapus ES nare, skiriama ES struktūrinių fondų parama, papildanti nacionalines investicijas ir prisidedanti prie vieno pagrindinių ES tikslų – ekonominės ir socialinės sanglaudos skatinimo. Taigi, per pastarąjį dešimtmetį ES struktūriniai fondai Lietuvoje tapo pagrindiniu kapitalo investicijų finansavimo šaltiniu.

Vadovaujantis internetinėje svetainėje [www.esparama.lt](http://www.esparama.lt) pateiktais duomenimis, Lietuvai buvo skirta 26 072,891 mln. litų paramos pagal įvairias 2007-2013 m. ES struktūrinių fondų priemones, iš kurių iki 2013 m. gruodžio 31 d. buvo įsisavinta daugiau nei 75 proc. lėšų, kas sudaro 19 329,434 mln. Lt. Iš viso šiuo periodu buvo įgyvendinami **8 151** projektai. Analizuojamu laikotarpiui sveikatos apsaugos sektoriui pagal įvairias finansuojamas priemones skirta **1 135,403 mln. Lt** ES paramos, kas sudarė **4 proc.** viso 2007-2013 m. ES struktūrinių fondų paramos Lietuvai biudžeto.

Nustatyta, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, atsižvelgiant į nustatytus reikalavimus, ES struktūrinė parama 2007-2013 m. laikotarpiu buvo skirstoma **pagal 15 skirtingų priemonių.**

Paskaičiuota, kad didžiąją dalį priemonių (12), kaip tarpinė institucija, administravo LR Sveikatos apsaugos ministerija (toliau – SAM), 2 priemonės - LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerija (toliau - SADM) ir 1 priemonę - Informacinės visuomenės plėtros komitetas prie LR Susisiekimo ministerijos (toliau - IVPK). Sveikatos apsaugos sektoriui skirtų 15 priemonių administruojanti įgyvendinančioji institucija buvo VšĮ Centrinė projektų valdymo agentūra (toliau - CPVA), 1 priemonės - VšĮ Europos socialinio fondo agentūra (toliau - ESFA).

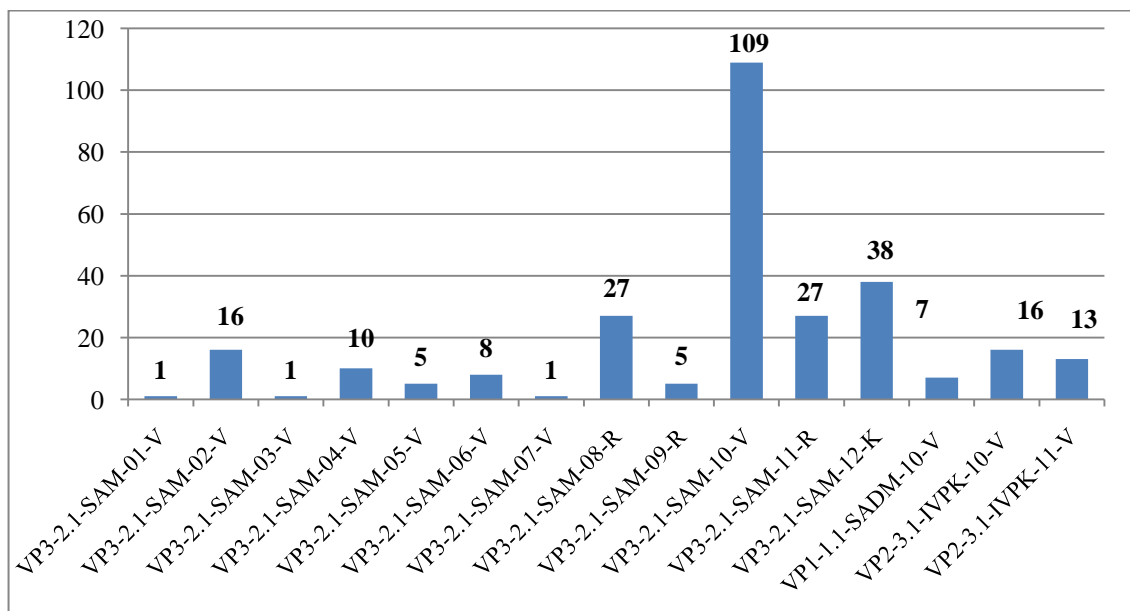
Iš viso analizuojamu laikotarpiu buvo įgyvendinti 284 sveikatos apsaugos projektai, iš kurių daugiausiai buvo finansuoti pagal įvairias Sanglaudos skatinimo veiksmų programos prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ priemonės. Pagal Ekonomikos augimo veiksmų programos prioriteto „Informacinė visuomenė visiems“ priemonės finansuoti 29 sveikatos apsaugos sektoriaus projektai, pagal Žmoniškųjų išteklių plėtros veiksmų programos prioriteto „Kokybiškas užimtumas ir socialinė aprėptis“ priemonę – atitinkamai 7 projektai.

**2 lentelė. 2007-2013 m. ES paramos lėšomis įgyvendintų sveikatos apsaugos sektoriaus projektai pagal priemones ir įgyvendinančias institucijas**

Eilės Nr.	Veiksmų programa ir prioritetas	Administruojanti institucija:		Projektų skaičius, vnt.
		Tarpinė	Įgyvendinanti	
<b>1.</b>	<b>Sanglaudos skatinimo veiksmų programos prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ priemonės:</b>			<b>248</b>
1.1.	VP3-2.1-SAM-01-V „Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas“	SAM	CPVA	1
1.2.	VP3-2.1-SAM-02-V „Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitų, dėl išorinių priežasčių sąlygotų būklių atvejais, infrastruktūros atnaujinimas“	SAM	CPVA	16
1.3.	VP3-2.1-SAM-03-V „Greitosios medicinos pagalbos ir skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos infrastruktūros atnaujinimas“	SAM	CPVA	1
1.4.	VP3-2.1-SAM-04-V „Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas“	SAM	CPVA	10
1.5.	VP3-2.1-SAM-05-V „Diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įkūrimas“	SAM	CPVA	5
1.6.	VP3-2.1-SAM-06-V „Psichiatrijos stacionaro modernizavimas“	SAM	CPVA	8
1.7.	VP3-2.1-SAM-07-V „Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos užtikrinimo infrastruktūros modernizavimas“	SAM	CPVA	1
1.8.	VP3-2.1-SAM-08-R „Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas“	SAM	CPVA	27
1.9.	VP3-2.1-SAM-09-R „Krizių intervencijos centrų įkūrimas“	SAM	CPVA	5
1.10.	VP3-2.1-SAM-10-V „Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas“	SAM	CPVA	109
1.11.	VP3-2.1-SAM-11-R „Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros savivaldybėse plėtra“	SAM	CPVA	27

1.12.	VP3-2.1-SAM-12-K „Investicijos į privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų viešųjų ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų infrastruktūrą“	SAM	CPVA	38
<b>2.</b>	<b>Žmoniškųjų išteklių plėtros veiksmų programos prioriteto „Kokybiškas užimtumas ir socialinė aprėptis“ priemonė:</b>			
2.1.	VP1-1.1-SADM-10-V „Sveikatos specialistų, prisidedančių prie sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo, kvalifikacijos kėlimas“	SADM	ESFA	7
<b>3.</b>	<b>Ekonomikos augimo veiksmų programos prioriteto „Informacinė visuomenė visiems“ priemonės:</b>			
3.1.	VP2-3.1-IVPK-10-V „Elektroninės sveikatos paslaugos“	IVPK	CPVA	16
3.2.	VP2-3.1-IVPK-11-V „Elektroninės sveikatos paslaugos savivaldybėse“	IVPK	CPVA	13
<b>Viso:</b>				<b>284</b>

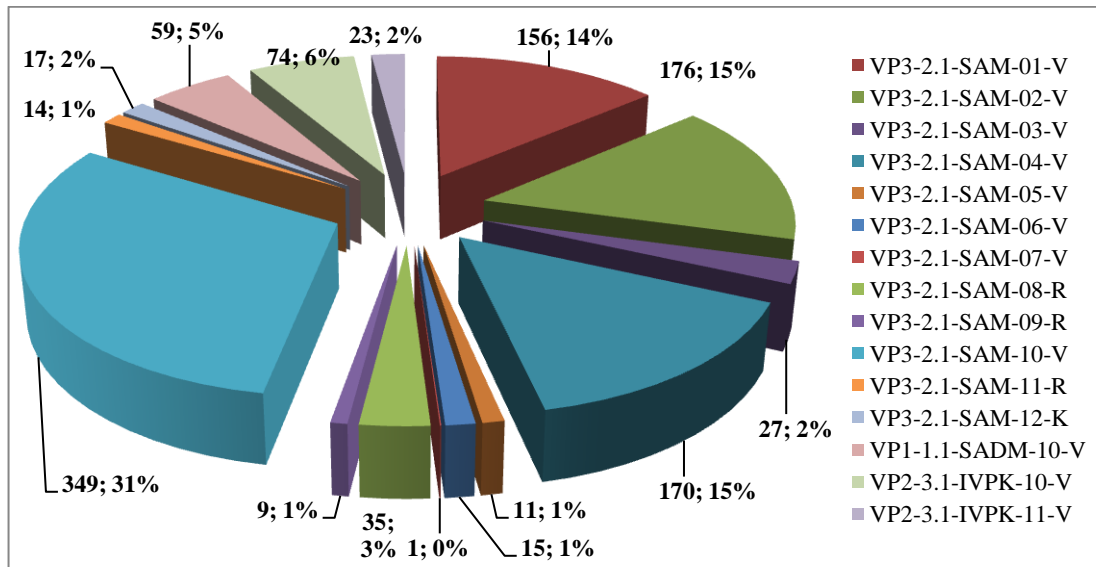
Nustatyta, kad daugiausiai sveikatos apsaugos projektų buvo įgyvendinama pagal VP3-2.1-SAM-10-V „Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarinių paslaugų optimizavimas“ priemonę (109 projektai), ženkliai mažiau pagal VP3-2.1-SAM-12-K „Investicijos į privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų viešųjų ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų infrastruktūrą“ priemonę (38 projektai), toliau išsidėsto projektai pagal VP3-2.1-SAM-08-R „Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas“ bei VP3-2.1-SAM-11-R „Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros savivaldybėse plėtra“ priemones (po 27 projektus).



9 pav. Įgyvendinamų sveikatos projektų skaičius pagal ES struktūrinių fondų priemones

Šaltinis: www.esparama.lt

Minėtiems projektams įgyvendinti analizuojamu laikotarpiui pagal įvairias finansuojamas priemones buvo skirta didžioji ES struktūrinės paramos lėšų dalis, atitinkamai 31 proc. ir po 15 proc. Mažiausiai lėšų buvo skirta VP3-2.1-SAM-07-V „Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos užtikrinimo infrastruktūros modernizavimas“, VP3-2.1-SAM-09-R „Krizių intervencijos centrų įkūrimas“ ir VP3-2.1-SAM-05-V „Diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įkūrimas“ priemonių įgyvendinimui, atitinkamai 0,653 mln., 8,507 mln. ir 11,047 mln. litų.



10 pav. Sveikatos apsaugos sektoriaus projektams skirtos ES struktūrinės paramos lėšos (proc.)

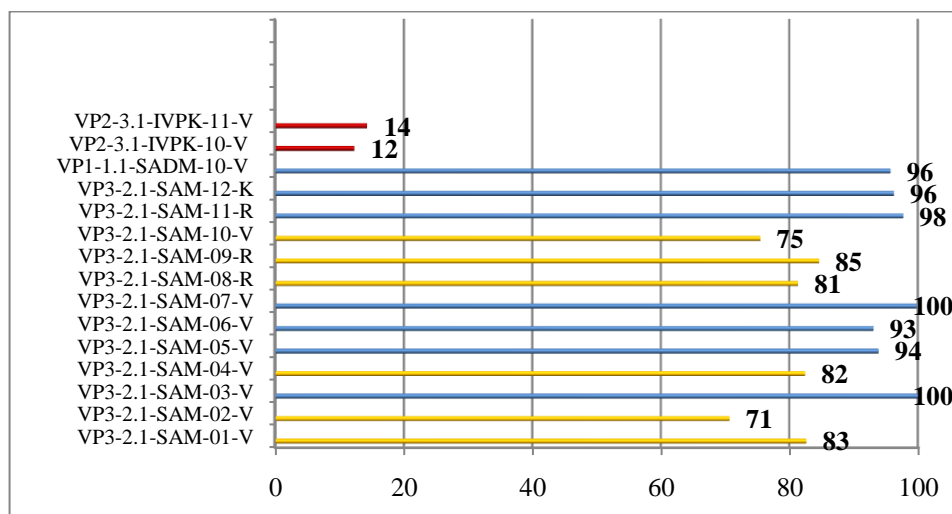
Šaltinis: [www.esparama.lt](http://www.esparama.lt)

Vadovaujantis 3 Priedo 1 lentelėje pateikta informacija, paskaičiuota, kad sveikatos apsaugos projektams 2007-2013 m. ES struktūrinės paramos laikotarpiu išmokėta lėšų dalis sudarė **74,34 proc.** arba **844,098 mln. Lt.** Atsižvelgiant į pateiktus duomenis, galima teigti, kad įgyvendinat sveikatos apsaugos sektoriaus projektus pagal įvairias priemones, lėšų įsisavinimo procesas netolygus.

Iš pateiktų duomenų matyti, kad efektyviausiai lėšos įsisavintos pagal šias ES struktūrinės paramos priemones: VP3-2.1-SAM-03-V „Greitosios medicinos pagalbos ir skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos infrastruktūros atnaujinimas“, VP3-2.1-SAM-07-V „Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos užtikrinimo infrastruktūros modernizavimas“. Tai galėjo įtakoti, kad pagal kiekvieną iš šių priemonių parama buvo skirta tik vienam projektui.

Aukštas lėšų įsisavinimo rodiklis pastebėtas ir tokiose priemonėse kaip: VP3-2.1-SAM-11-R „Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros savivaldybėse plėtra“ (98 proc.), VP3-2.1-SAM-12-K „Investicijos į privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų viešųjų ambulatorinių ir stacionariųjų paslaugų infrastruktūrą“ (96 proc.) ir VP1-1.1-SADM-10-V „Sveikatos specialistų,

prisidedančių prie sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo, kvalifikacijos kėlimas“ (96 proc.).



11 pav. ES struktūrinių fondų lėšų įsisavinimas pagal priemones, proc.

Šaltinis: [www.esparama.lt](http://www.esparama.lt)

Nustatyta, kad ypač sudėtinga situacija su IVPK administruojamomis elektroninės sveikatos priemonėmis, kur ES struktūrinės paramos lėšų įsisavinimas siekia 12-14 proc. Sektina išvada, kad šių dviejų (VP2-3.1-IVPK-10-V „Elektroninės sveikatos paslaugos“ ir VP2-3.1-IVPK-11-V „Elektroninės sveikatos paslaugos savivaldybėse“) priemonių įgyvendinimo metu asmens sveikatos priežiūros įstaigos susiduria su tam tikromis problemomis. Tam įtakos gali turėti: sudėtinga, neaiški teisinė bazė, reglamentuojanti sveikatos apsaugos sektoriaus veiklą ar E. sveikatos sritį; institucijų, dalyvaujančių šių priemonių administravime, neefektyvi veikla; ASPĮ neveiklumas ar darbuotojų, administruojančių projektus, nekompetencija; kitos priežastys.

Atlikus išsamią ES struktūrinės paramos dinamikos analizę ES ir Lietuvoje, galima teigti, kad ES struktūrinių fondų parama asmens sveikatos priežiūros įstaigoms Lietuvoje tapo svarbiu investicijų finansavimo šaltiniu. Siekiant efektyviai įsisavinti šios paramos lėšas, ženkliai išaugo sveikatos apsaugos sektoriaus projektų skaičius. Paskaičiuota, kad 2007-2013 metais sveikatos apsaugos sektoriui pagal įvairias finansuojamas priemones skirta 4 proc. viso 2007-2013 m. ES struktūrinių fondų paramos Lietuvai biudžeto. Nustatyta, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, atsižvelgiant į nustatytus reikalavimus, ES struktūrinė parama 2007-2013 m. laikotarpiu buvo skirstoma pagal 15 skirtingų priemonių.

Sveikatos apsaugos projektams analizuojamu laikotarpiu išmokėta lėšų dalis sudarė 74,34 proc. skirtų lėšų dalies, todėl atlikus detalesnę analizę, nustatyta, kad įgyvendinat projektus pagal skirtingas ES struktūrinės paramos veiksmų programų priemones, lėšų įsisavinimo procesas netolygus. Ypač sudėtinga situacija pastebėta su IVPK administruojamomis elektroninės sveikatos priemonėmis, kur

ES struktūrinės paramos lėšų įsisavinimas siekia 12-14 proc. Sektina išvada, kad šių priemonių įgyvendinimo metu asmens sveikatos priežiūros įstaigos susiduria su tam tikromis problemomis, kurioms įtakos gali turėti neefektyviai administruojama ES struktūrinių fondų sveikatos apsaugai administravimo sistema.

### **3.2. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo būklės Lietuvoje analizė**

ES struktūrinių fondų paramos ir bendrojo finansavimo lėšas administruoti buvo pradėta ruošti nuo 2002 metų. Per trumpą laiką sukurta nuosekli administravimo sistema, parengti ir patvirtinti programiniai dokumentai, įsteigtos paramą administruojančios institucijos. Kuriant 2007-2013 m. programavimo laikotarpio ES struktūrinės paramos administravimo sistemą, buvo plačiai pasinaudota 2004-2006 m. laikotarpiu sukaupta ES struktūrinės paramos administravimo patirtimi.

LR Vyriausybės 2007 m. gruodžio 19 d. nutarimu buvo patvirtintos “Projektų administravimo ir finansavimo taisyklėse”<sup>62</sup> **projektų administravimas** apibrėžiamas kaip „ES struktūrinės paramos administravimo institucijų veikla, kurios tikslas yra įvairių ES programų įgyvendinimas, priimant sprendimus bei atliekant tam reikalingas procedūras“. **Projekto administravimas apima:**

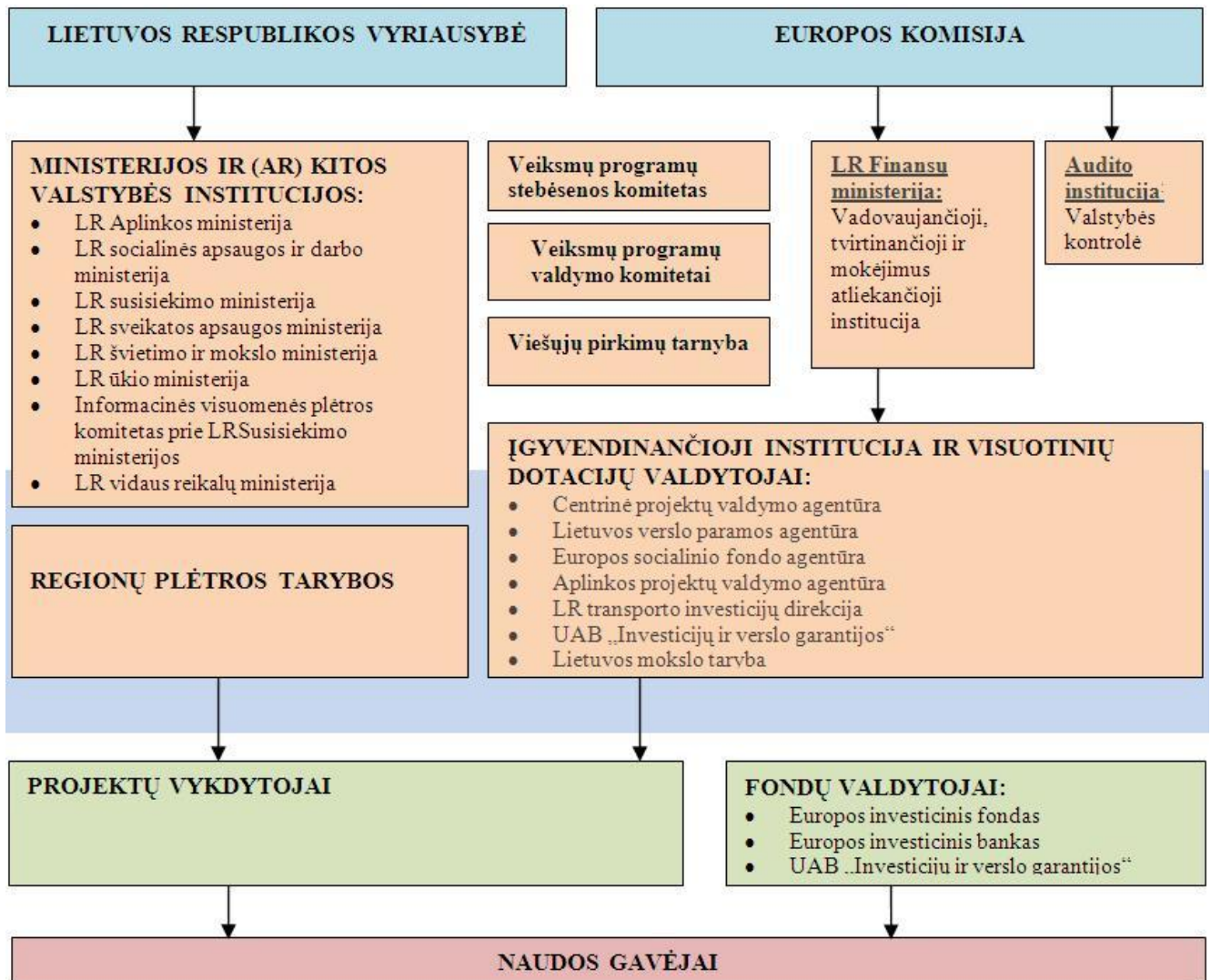
- Projekto administravimo procedūrinės dalies įgyvendinimą (einamoji projekto priežiūra ir jo pokyčių valdymas (sutarties ir jos priedų keitimas), veiklą, rezultatus ir rodiklius patvirtinančios dokumentacijos užtikrinimas, projekto viešinimo užtikrinimas, tarpinių ir galutinių ataskaitų rengimas, duomenų apie dalyvius rinkimas ir pan.);
- Projekto finansinį administravimą (išlaidų pagrindimo dokumentų rinkimas ir priežiūra; mokėjimų prašymų ruošimas);
- Pirkimų organizavimą bei vykdymą (projekto darbų, paslaugų ir prekių pirkimų organizavimas kaip to reikalauja vadovaujančios institucijos įsakymu patvirtinta Pirkimų tvarka bei VPĮ, įskaitant techninių užduočių, reikalavimų kandidatams ir kitų dokumentų rengimą).

Nustatyta, kad ES struktūrinių fondų paramos lėšas 2007-2013 m. periodu skirstė 8 ministerijos (tarpinės institucijos): LR Aplinkos ministerija, LR sveikatos apsaugos ministerija, LR švietimo ir mokslo ministerija, LR ūkio ministerija, Informacinės visuomenės plėtros komitetas prie LR Susisiekimo ministerijos, LR vidaus reikalų ministerija. Jos, be kitų funkcijų, nustatė investicijų prioritetus bei konkrečiam veiksmų programos priežiūros komitetui siūlė atitinkamus atrankos kriterijus. Tarpinės institucijos (atitinkamos ministerijos) pagal priežiūros komiteto patvirtintus projektų atrankos kriterijus atrinko projektus bei skirstė jiems paramą.

<sup>62</sup> LR Vyriausybės 2007 m. gruodžio 19 d. nutarimas Nr. 1443 “Projektų administravimo ir finansavimo taisyklės”, Žin., 2008, Nr. 4-132.



Žemiau esančioje schemoje pavaizduotos visos ES struktūrinės paramos 2007-2013 m. administravimo procese dalyvaujančios institucijos ir įstaigos.



12 pav. Grafinė ES struktūrinės paramos administravimo schema

Šaltinis: [www.esparama.lt](http://www.esparama.lt)

Visų ES struktūrinės paramos finansuojamų projektų koordinuojančioji institucija yra **Finansų ministerija**, kuri vadovauja struktūrinės paramos administravimui. Tarpinės institucijos - tai Sveikatos apsaugos ministerija (toliau - SAM) bei Informacinės visuomenės plėtros komitetas (toliau - IVPK). Šios institucijos strateginiu lygmeniu atsakingos už paramos konkreitiems ūkio sektoriams planavimą ir panaudojimą, taip pat už veiksmų programų priedų rengimą, paramos panaudojimo prioritetų ir atrankos kriterijų nustatymą. Ministerija planuoja, kokią ES struktūrinės paramos dalį skirti projektams, atrinktiems per regioninę projektų atranką, kokią - per valstybinę projektų atranką ir kokią - konkurso būdu. Jos rengia gaires pareiškėjams, pretenduojantiems į paramą, nustato kvietimo teikti paraiškas sąlygas ir lėšų, skirtų konkrečiam kvietimui, sumas. Regionų plėtros tarybos planuoja

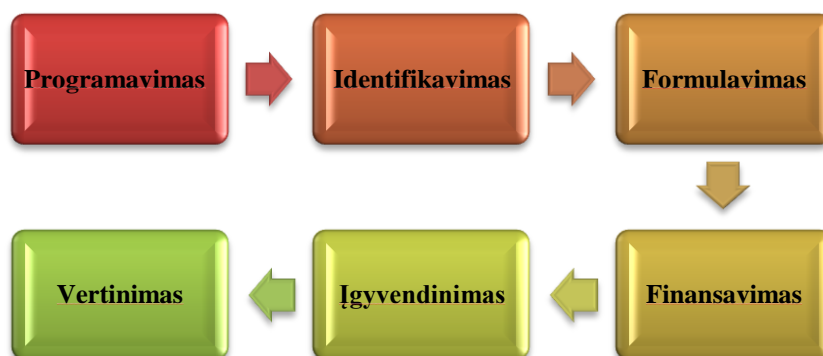
regionų projektus vadovaudamosi atitinkamo regiono plėtros planu, sudaro ir tvirtina regionų projektų sąrašus.

Sveikatos apsaugos projektus įgyvendinančios institucijos (CPVA, LVPA, ESFA ir kt.) yra atsakingos už projektų administravimą: prižiūri, kad projektų atranka ir įgyvendinimas atitiktų reikalavimus, skelbia kvietimus teikti paraiškas, jas vertina, nustato didžiausią leistiną projektui skirti ES paramos dalį ir sudaro paramos sutartis, konsultuoja projektų rengėjus ir paramos gavėjus.

Valstybės kontrolė atlieka ES paramos administravimo auditą. Veiksmų programų stebėsenos komitetas nagrinėja jų įgyvendinimo eigą, pažangą ir problemas, teikia pasiūlymus vadovaujančiai ir koordinuojančiai institucijai dėl veiksmų programų keitimo, jų priedų rengimo ir tobulinimo, valdymo ir kontrolės sistemos tobulinimo. Veiksmų programų valdymo komitetai sudaromi atskirų programų planavimo ir įgyvendinimo problemoms nagrinėti. Į komitetus įtraukiami programą administruojančių institucijų atstovai ir socialiniai ekonominiai partneriai.

Viešųjų pirkimų tarnyba (toliau – VPT) kontroliuoja, kaip atliekant projektų viešuosius pirkimus laikomasi viešųjų pirkimų įstatymo ir kitų teisės aktų reikalavimų. O Lietuvos Respublikos Vyriausybė tvirtina pagrindinius teisės aktus, reglamentuojančius strategijos ir veiksmų programų administravimą ir finansavimą, sudaro Veiksmų programų stebėsenos komitetą.

Lietuvos Respublikos finansų ministerijos paruoštame leidinyje projektų vykdytojams apie struktūrinę paramą, teigiama, kad ES struktūrinės paramos įgyvendinimas apima 6 etapus, kurie išdėstyti žemiau esančiame paveikslėlyje.



13 pav. ES struktūrinės paramos įgyvendinimo etapai

Šaltinis: LR Finansų ministerija

Kiekviename iš šių etapų yra projektus administruojantys dalyviams priskirtos tam tikros procedūros ir funkcijos. Iš pradžių yra parengiami strateginiai dokumentai, analizuojama situacija ir identifikuojamos problemos., formuluojami tikslai, uždaviniai ir siektini rezultatai. Toliau yra vertinamos paraiškos. Labiausiai atitinkančioms kriterijus paraiškoms yra skiriamas finansavimas bei

vykdomos administravimo ir finansavimo sutarčių pasirašymo procedūros. Įgyvendinimo etapas apima šias procedūras: veiklų vykdymas, rezultatų siekimas, paramos panaudojimas, projektų įgyvendinimo priežiūra. Vertinimo etapas skirtas užbaigti programas bei projektus ir įvertinti pasiektus rezultatus.

2007-2013 m. ES struktūrinių fondų administravimo sistemą palyginus su ankstesnio periodo sistema, galima teigti, kad buvo pasinaudota 2004-2006 m. programavimo laikotarpio administravimo sistema. 2007-2013 m. laikotarpiu sukurta administravimo sistema veikia pakankamai efektyviai, šiuo periodu buvo padidinta įstaigų atsakomybė ir skaidrumas.

Nepaisant to, kad kuriant 2007–2013 m. ESSP administravimo sistemą teisinis reglamentavimas buvo patobulintas, ES struktūrinės paramos administravimo sistema išliko tripakopė. Nustatyta, kad administravimo sistemoje ne visada aiškios įgyvendinančiųjų institucijų ir ministerijų ar kitų institucijų vaidmuo, funkcijos ir tarpusavio atsakomybė. Neaiškumas kyla tada, kai įgyvendinančiosios institucijos nėra tiesiogiai pavaldžios ministerijoms. Pastebėta, kad tam įtakos turi trišalių projektų finansavimo ir administravimo sutarčių sudarymas, finansavimo lėšų išmokėjimas projektų vykdytojams ir pažeidimų administravimas.

Į 2007-2013 m. laikotarpiu į ES struktūrinės paramos administravimo procesą buvo įtrauktos naujos institucijos, iš kurių ypač svarbi projektų administravimo procese - VPT. Pastebėta, kad VPT dokumentuose yra pateikiama daug, tačiau ne visada tinkamos informacijos, pvz. pasigendama pavyzdinių viešųjų pirkimų dokumentų. Nustatyta, kad VPT įtaka tiesioginių ES struktūrinės paramos administravimo funkcijų vykdymui yra ribota - ES struktūrinės paramos administravimą reglamentuojančiuose teisės aktuose neapibrėžtos VPT funkcijos bei atsakomybės ribos.

### ***3.3. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo būklės tyrimui skirta atvejo analizė (VšĮ Centro poliklinikos pavyzdžiu)***

Viešoji įstaiga Centro poliklinika – asmens sveikatos priežiūros įstaiga, teikianti pirmines ir antrines asmens sveikatos priežiūros paslaugas daugiau nei 130 000 Vilniaus miesto gyventojams. Pagrindinis įstaigos veiklos tikslas – gerinti gyventojų sveikatą, mažinti gyventojų sergamumą ir mirtingumą, teikti kokybiškas medicinines paslaugas.

VšĮ Centro poliklinika, siekdama įstaigos pacientams užtikrinti kokybiškas, savalaikes ir prieinamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, nuolat dalyvauja ES struktūrinių ir kitų fondų lėšomis finansuojamuose projektuose. Paskaičiuota, kad poliklinika 2010-2013 m. įgyvendino 5 ES struktūrinių fondų lėšomis finansuojamus projektus, kuriems parama finansine išraiška siekė **13,517 mln. litų:**

1. „VšĮ Centro poliklinikos darbuotojų kompetencijos tobulinimas užtikrinant kokybiškų paslaugų teikimą bei įstaigos prisitaikymą prie rinkos poreikių“ (toliau – **Kompetencijos tobulinimo**);

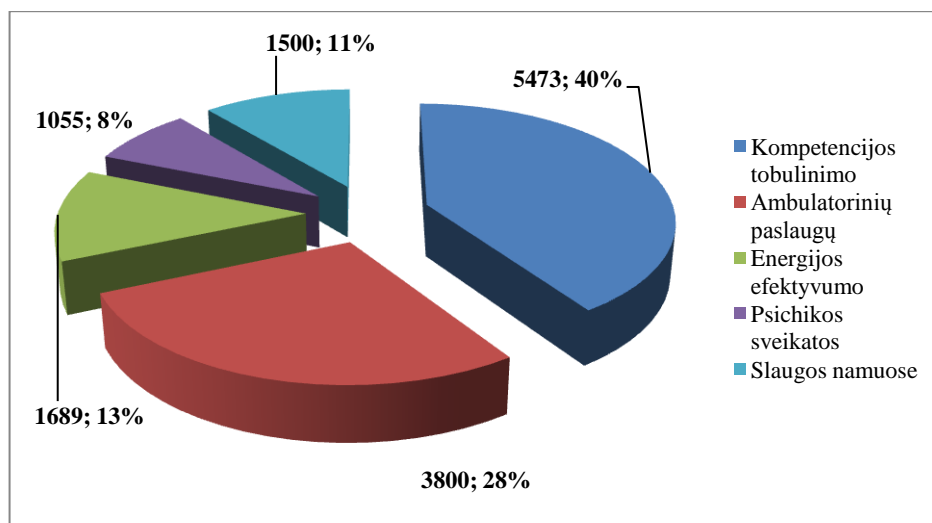
2. „Ambulatorinių diagnostikos ir reabilitacijos paslaugų plėtra VŠĮ Centro poliklinikoje“ (toliau – **Ambulatorinių paslaugų**);

3. „Energijos sąnaudų ir asmens sveikatos paslaugų kaštų mažinimas renovuojant VŠĮ Centro poliklinikos Vytenio ir Naujamiesčio filialus“ I ir II etapai“ (toliau – **Energijos efektyvumo**);

4. Ambulatorinių Psichikos Sveikatos Priežiūros paslaugų plėtra Vilniaus apskrities gyventojams, įkuriant Dienos stacionarą (centrą) VŠĮ Centro poliklinikos Vytenio filiale“ (toliau – **Psichikos sveikatos**);

5. „Slaugos namuose ir paliatyviosios pagalbos elektroninė paslauga“ (toliau – **Slaugos namuose**).

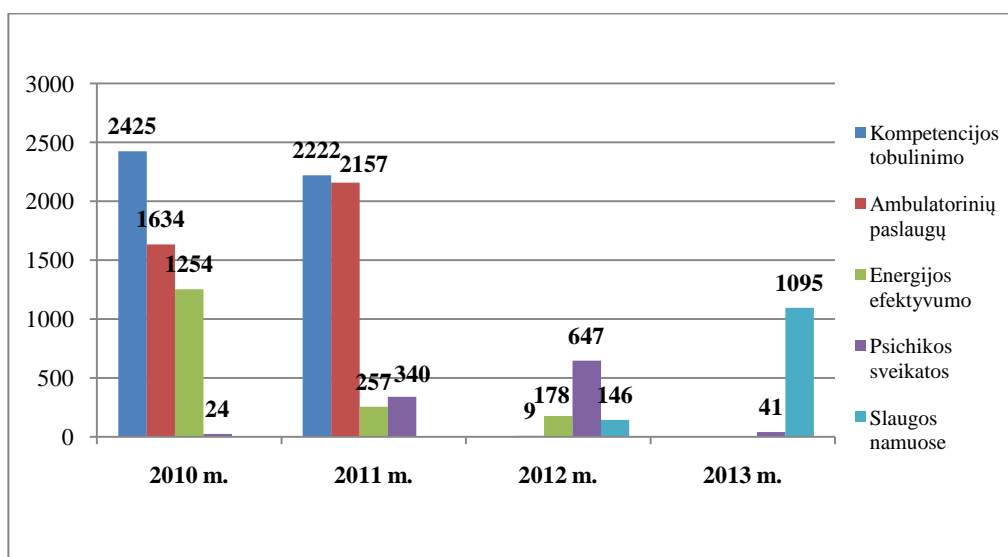
Nustatyta, kad daugiausiai (40 proc.) ES finansinės paramos lėšų buvo skirta įstaigos įgyvendintam Kompetencijų tobulinimo projektui, kurio metu buvo apmokyta daugiau nei 800 įstaigos darbuotojų. Visos šio projekto lėšos buvo įsisavintos projekto įgyvendinimo laikotarpiu, t.y. 2010-2011 metais. Galima daryti išvadą, kad sėkmingam ir savalaikiui projekto lėšų įsisavinimui įtakos turėjo ir sklandus priemonės administravimas (SADM, ESFA) veikla, ir tinkamai pasirinkta projekto administravimo sistema. Pastebėta, kad Ambulatorinių paslaugų ir Psichikos sveikatos projektų įgyvendinimas ir lėšų įsisavinimas užtruko. Tam įtakos galėjo turėti: sudėtinga srities reglamentavimo sistema, neefektyvus tarpinių ir administruojančių institucijų vaidmuo, užtrukusios viešųjų pirkimų procedūros, dėl rangos darbų sudėtingumo atsiradusios papildomos išlaidos, neefektyvi įstaigos darbuotojų, administruojančių projektą, veikla ar žema jų kompetencija ir kt.



14 pav. ES struktūrinių fondų skirtos lėšos VŠĮ Centro poliklinikos įgyvendinamiems projektams (tūkst. Lt. ir proc.)

Šaltinis: VŠĮ Centro poliklinikos finansinių ataskaitų duomenys

Vadovaujantis 4 Priedo lentelėje pateikta informacija, paskaičiuota, kad daugiausiai ES struktūrinės paramos lėšų – daugiau nei 10 mln. litų (76 proc.) VšĮ Centro poliklinika per įgyvendinamus projektus įsisavino per 2010-2011 metus, kada buvo įgyvendinami 4 įstaigos projektai. Daugiausiai lėšų minėtu laikotarpiu įsisavinta iš Kompetencijos tobulinimo ir ambulatorinių paslaugų projektų įgyvendinimo. Pastebėta, kad vėlesniais metais įstaigos projektams gauta ES fondų parama ženkliai mažėjo – per 2012-2013 metus buvo įsisavinta šiek tiek daugiau nei 2 mln. lėšų. Tai galėjo įtakoti, kad besibaigiant struktūrinės paramos laikotarpiui, didžioji dalis lėšų pagal įvairias priemones išnaudota, todėl naujų kvietimų teikti paraiškas neinicijuojama, taip pat neefektyvus sveikatos apsaugos projektus administruojančių institucijų vaidmuo bei spragos tam tikrų sveikatos krypčių teisinio reglamentavimo sistemoje.



15 pav. ES struktūrinės paramos lėšų įsisavinimas VšĮ Centro poliklinikoje 2010-2013 m. (tūkst. Lt.)

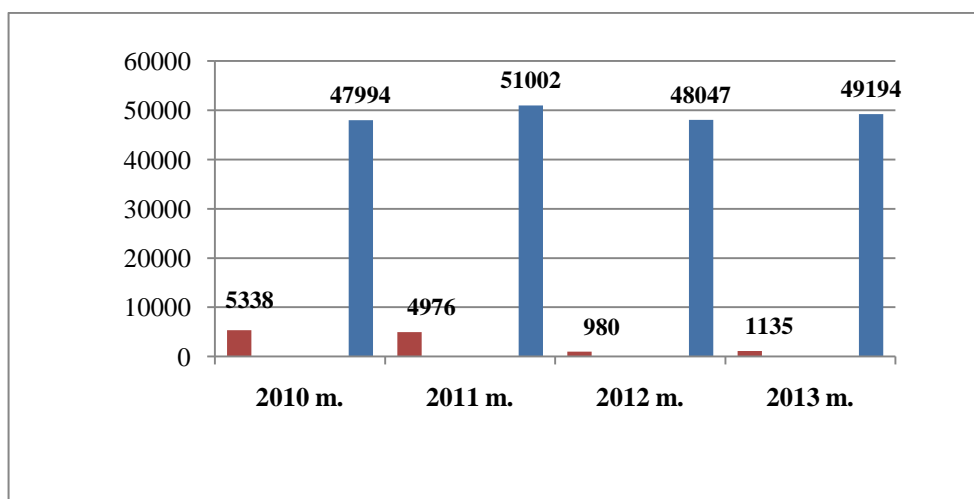
Šaltinis: VšĮ Centro poliklinikos finansinių ataskaitų duomenys

Siekiant nustatyti ES struktūrinių fondų lėšomis finansuojamų sveikatos apsaugos projektų finansinę įtaką VšĮ Centro poliklinikai, atlikta šios paramos sąsaja su įstaigos biudžetu, t.y. visomis gaunamomis pajamomis. Be ES struktūrinių fondų paramos lėšų, įstaigos pajamas sudaro: pajamos iš PSDF, savivaldybės lėšos, Valstybės biudžeto lėšos, pajamos už mokamas paslaugas (medicinines ir kt.), pajamos už mokamas paslaugas (medicinines ir kt.), kita veikla (nuomos pajamos ir kitos) bei kiti finansavimo šaltiniai.

Nors didžioji įstaigos projektų dalis buvo pradėta įgyvendinti 2009 metais, tačiau šiais metais poliklinikos biudžeto ES lėšos nepasiekė. Tai galėtų būti siejama su įstaigos pozicija atsisakyti pasinaudoti projektų įgyvendinimo ir administravimo sutartyse nurodytu avansu, siekiant sutaupyti lėšas, skiriamas šio avanso draudimui. Tam įtakos galėjo turėti neefektyvus projektų administravimo

procesas, t.y.: nevienodas priemonių atrankos būdų (valstybinis, regioninis planavimas, konkursas) administravimo procesas; teisės aktų sudėtingas reglamentavimas; įstaigos, vertinančius projektą, taisyklės ir reikalavimai; projektų vertinimo procedūrų trukmė; sudėtingi reikalavimai paraiškai, projektui, dokumentų pateikimui; ribos maksimaliai projekto vertei ir įgyvendinimo laikotarpiui; sudėtingos viešųjų pirkimų procedūros; prasta paslaugų/prekių tiekėjų/darbuotojų rangovų kokybė/vėlavimai; sudėtingas projekto lėšų planavimas, dėl ko gali atsirasti papildomų sąnaudų ir kt.

Paskaičiuota, kad VšĮ Centro poliklinikos gaunamos pajamos kasmet neženkliai didėja. Ženklesnis pajamų išaugimas pastebėtas 2011 metais, kada buvo iš PSDF lėšų apmokėta už suteiktas virškvotines paslaugas. Akivaizdu, kad įstaigos pajamų augimą šiais metais įtakojo ir ES struktūrinių fondų paramos gautos lėšos už įgyvendinamus projektus. Analizuojant ES paramos lėšų įtaką įstaigos pajamoms, nustatyta, kad 2010 ir 2011 metais ES paramos lėšos sudarė didžiausią dalį nuo įstaigos bendrų pajamų, atitinkamai 11,1 ir 9,8 proc. Tai gana ženklus indėlis poliklinikos pajamų struktūroje, kadangi panašią lėšų dalį įstaiga gauna už suteiktas mokamas paslaugas.



16 pav. ES struktūrinės paramos lėšų santykis su įstaigos gautomis pajamomis 2010-2013 m.

(tūkst. Lt.)

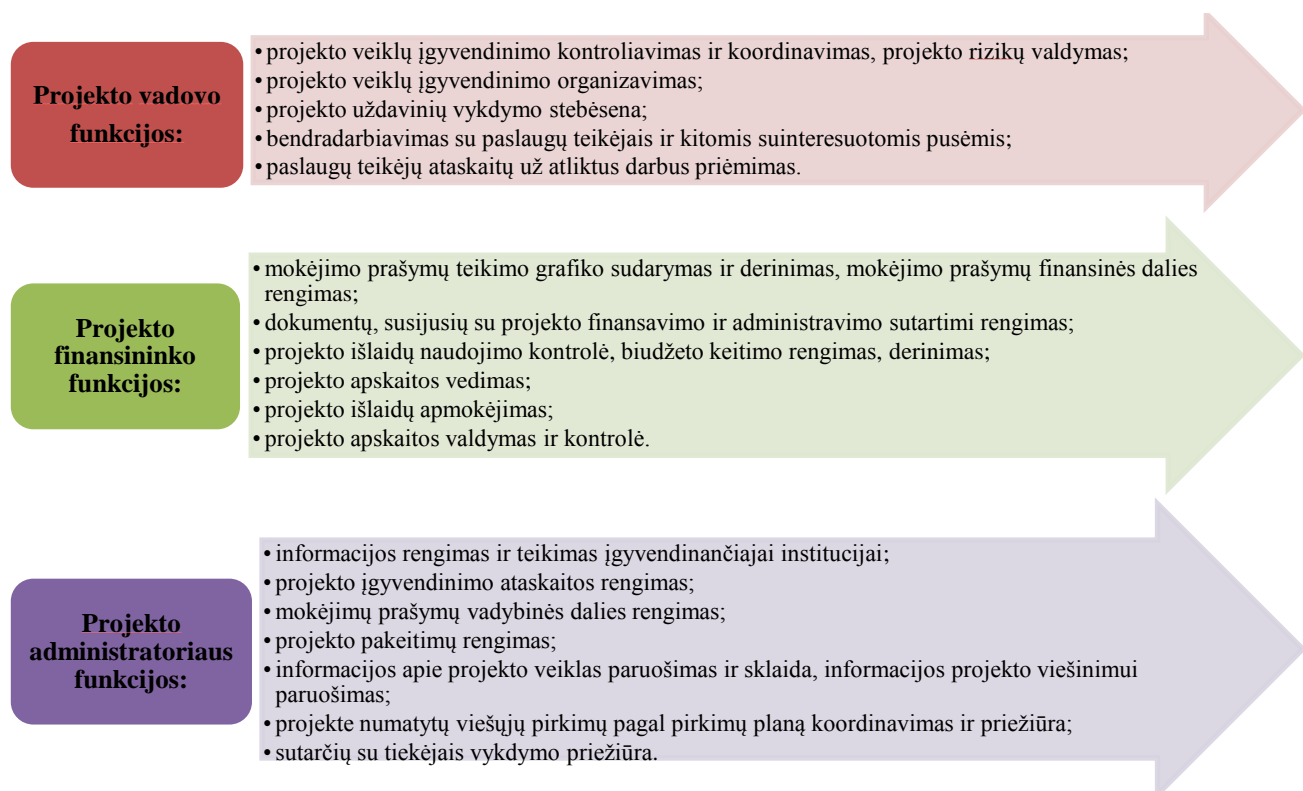
Šaltinis: VšĮ Centro poliklinikos finansinių ataskaitų duomenys

VšĮ Centro poliklinikos įgyvendinamiems projektams, finansuojamiems ES struktūrinių fondų lėšomis, dažniausiai taikoma projektų administravimo sistema:

1. Direktorius įsakymu sukuriama projekto priežiūros komitetas (3-4 įstaigos darbuotojų), koordinuojantis 2 punkte nurodytos projekto valdymo grupės veiklą.
2. Direktorius įsakymu sukuriama projekto valdymo grupė (toliau – PVG), kurią dažniausiai sudaro 3-4 įstaigos darbuotojai.
3. **Projekto vadovu** dažniausiai pasirenkamas vienas iš aukščiausio lygio administracijos vadovų, **projekto finansininku** – vienas iš Finansų ir ekonomikos skyriaus darbuotojų.

• **Projekto administratoriaus** funkcijoms atlikti taikomi 2 būdai: skiriamas vienas iš Projektų ir viešųjų pirkimų skyriaus darbuotojų arba viešojo konkurso būdu pasirenkama konsultacinė įmonė, teikianti projekto administravimo paslaugas.

Pagrindinių projekto valdymo grupės narių - projekto vadovo, finansininko ir administratoriaus funkcijos susistemintos žemiau esančioje schemeje.



#### 17 pav. VŠĮ Centro poliklinikos ES fondų lėšomis įgyvendinamų projektų PVG narių funkcijos

Nustatyta, kad didžiausia našta projekto įgyvendinimo etape tenka būtent projekto administratoriui, todėl kai kurių projektų įgyvendinime buvo pasinaudota konsultacinės įmonės, atliekančios projekto administravimo funkcijas, paslaugomis.

Žemiau esančioje lentelėje pateikta VŠĮ Centro poliklinikos projektų įgyvendinimo ir administravimo analizė, susistemintą informaciją ir duomenis pagal tai, kas vykdytų projekto įgyvendinimo ir administravimo funkcijas įstaigos projektams. Nustatyta, kad, siekiant sumažinti projekto biudžeto lėšas, PVG nariams ne visada taikomos darbuotojų skatinimo priemonės. Pastebėta tendencija, kad tuo atveju, kada projektus įgyvendina ir PVG, ir konsultacinė įmonė, o PVG nariams taikomos skatinimo priemonės (su darbuotojais sudaromos papildomos darbai prie projekto įgyvendinimo sutartys, jiems skiriamas papildomas DU už darbą prie projekto), šie projektai įgyvendinami sklandžiai, laiku, o ES struktūrinių fondų lėšos įsisavinamos efektyviau.

**3 lentelė. ES struktūrinių fondų lėšomis finansuojamų VŠĮ Centro poliklinikos projektų įgyvendinimas ir administravimas**

Eil. Nr.	Projekto pavadinimas	Projekto įgyvendinimas ir administravimas			Projekto rezultatai
		PVG	PVG ir konsultacinė įmonė	Motyvacijos, įstaigos darbuotojų skatinimo priemonės	
1.	„VŠĮ Centro poliklinikos darbuotojų kompetencijos tobulinimas užtikrinant kokybiškų paslaugų teikimą bei įstaigos prisitaikymą prie rinkos poreikių“	Taip	Taip (projekto administravimo funkcijoms)	Su PVG nariais (vadovas, finansininkas, veiklų koordinatorius) sudarytos darbo sutartys, jiems skirtas papildomas darbo užmokestis (DU) už darbą prie projekto (kompensuojamas projekto lėšomis).	Suorganizuoti 163 mokymai 823 darbuotojams įstaigos veiklos planavimo, lyderystės, darbo organizavimo, streso valdymo, ir kt. temomis; sukurta personalo valdymo sistema.
2.	„Ambulatorinių diagnostikos ir reabilitacijos paslaugų plėtra VŠĮ Centro poliklinikoje“	Taip	-	Direktoriaus įsakymu paskirta PVG (vadovas, finansininkas, administratorius), tačiau jiems neskirtas papildomas DU už darbą prie projekto (dėl lėšų trūkumo).	Rekonstruotos FMR, radiologijos patalpos; įsigyta medicinos įranga.
3.	„Energijos sąnaudų ir asmens sveikatos paslaugų kaštų mažinimas renovuojant VŠĮ Centro poliklinikos Vytenio ir Naujamiesčio filialus“ I ir II etapai“	Taip	-	Su PVG nariais (vadovas, finansininkas, administratorius) sudarytos darbo sutartys, jiems skirtas papildomas darbo užmokestis (DU) už darbą prie projekto (kompensuojamas projekto lėšomis).	Renovuoti poliklinikos Vytenio ir Naujamiesčio filialų pastatai.
4.	„Ambulatorinių Psichikos Sveikatos Priežiūros paslaugų plėtra Vilniaus apskrities gyventojams, įkuriant Dienos stacionarą (centrą) VŠĮ Centro poliklinikos Vytenio filiale“	Taip	-	Direktoriaus įsakymu paskirta PVG (vadovas, finansininkas, administratorius), tačiau jiems neskirtas papildomas DU už darbą prie projekto (dėl lėšų trūkumo).	Suremontuotos Vytenio filialo IV aukšto 645,05 m <sup>2</sup> patalpos, įrengti liftai, įsigyta medicininė, kompiuterinė ir įvairių terapijų įranga bei baldai.
5.	„Slaugos namuose ir paliatyviosios pagalbos elektroninė paslauga“		Taip (techninei priežiūrai)	Su PVG (vadovas, finansininkas, administratorius, projekto informacinių technologijų specialistas) sudarytos darbo sutartys, jiems skirtas papildomas darbo užmokestis (DU) už darbą prie projekto (kompensuojamas projekto lėšomis).	Įsigyta, sukurta ir integruota slaugos IS bei įsigyta techninė įranga, skirta pacientams slaugomiems namuose, sukurtos mobilias slaugytojų darbo vietas.



Apibendrinus galima teigti, kad ne visų VŠĮ Centro poliklinikos ES struktūrinių fondų lėšomis įgyvendinamų projektų lėšų įsisavinimas yra efektyvus. Nustatyta, kad sėkmingam ir savalaikiui projekto lėšų įsisavinimui įtakos gali turėti ir sklandus priemonės administravimas (SADM, ESFA) veikla, ir tinkamai pasirinkta projekto administravimo sistema.

Analizuojant ES paramos lėšų įtaką įstaigos pajamoms, nustatyta, kad ES paramos lėšos ženkliai atsispindi poliklinikos pajamų struktūroje, tačiau lėšų įsisavinimas pagal metus - netolygus. Tam įtakos galėjo turėti neefektyvus projektų administravimo procesas (nevienodas priemonių atrankos būdų administravimo procesas; teisės aktų sudėtingas reglamentavimas; įstaigos, vertinančius projektą, taisyklės ir reikalavimai; projektų vertinimo procedūrų trukmė; sudėtingi reikalavimai paraiškai, projektui, dokumentų pateikimui; ribos maksimaliai projekto vertei ir įgyvendinimo laikotarpiui; sudėtingos viešųjų pirkimų procedūros; prasta paslaugų/prekių tiekėjų/darbu rangovų kokybė/vėlavimai; sudėtingas projekto lėšų planavimas, dėl ko gali atsirasti papildomų sąnaudų; PVG sėkminga veikla ir taikomos skatinimo priemonės ir kt.

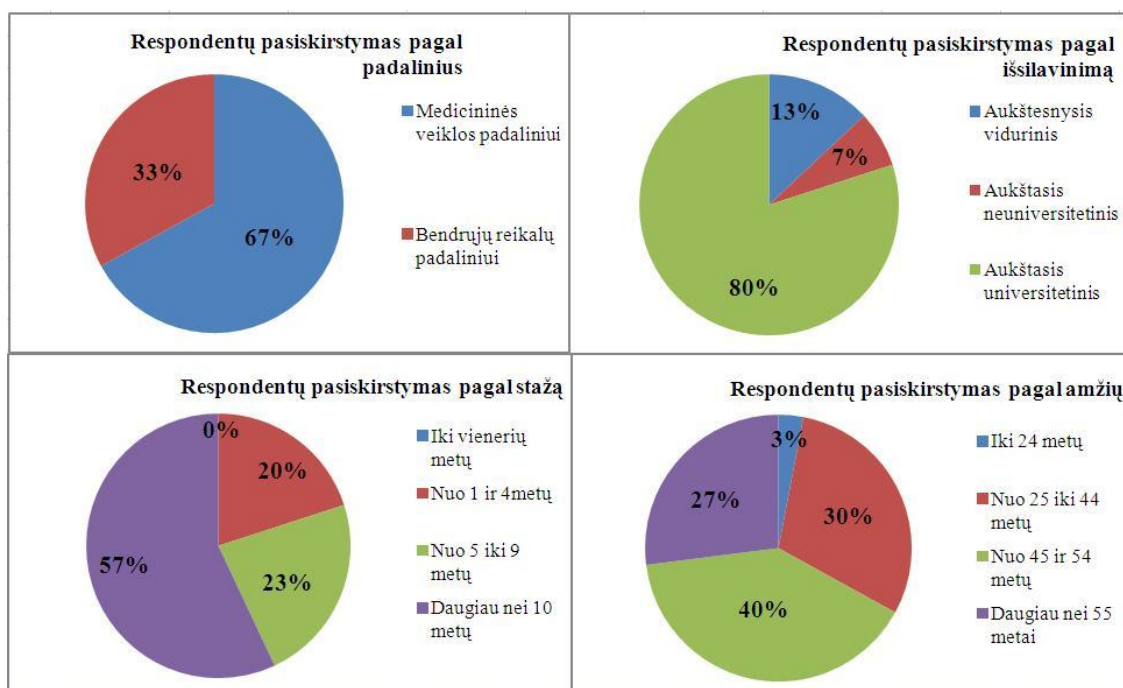
Šios išsamios analizės rezultatai bus patvirtinti arba paneigti tolimesniuose tyrimo etapuose.

### ***3.4. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo patirties analizei skirti ekspertiniai vertinimai ir apklausos (VŠĮ Centro poliklinikos pavyzdžiu)***

#### **3.4.1. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo patirties analizei skirta apklausa**

Kiekybinis tyrimas - apklausa buvo vykdoma išsiunčiant klausimyną elektroniniu būdu. Apklausiai atlikti buvo parengtas klausimynas su 14 klausimų, daugiausiai su uždariais klausimais ir su keletu atvirų klausimų, respondentui paliekant teisę įrašyti savo atsakymą (-us). Viso įstaigos darbuotojams buvo išsiųstos 32 anketos, iš jų sugrįžo užpildyta – 30 anketų.

Apibendrinus gautus analizės duomenis, pastebėta, kad dauguma apklaustųjų (67 proc.) yra medicininės veiklos padaliniui vadovai, tuo tarpu kiti 33 proc.- bendrųjų reikalų padalinių vadovai (18 pav.).

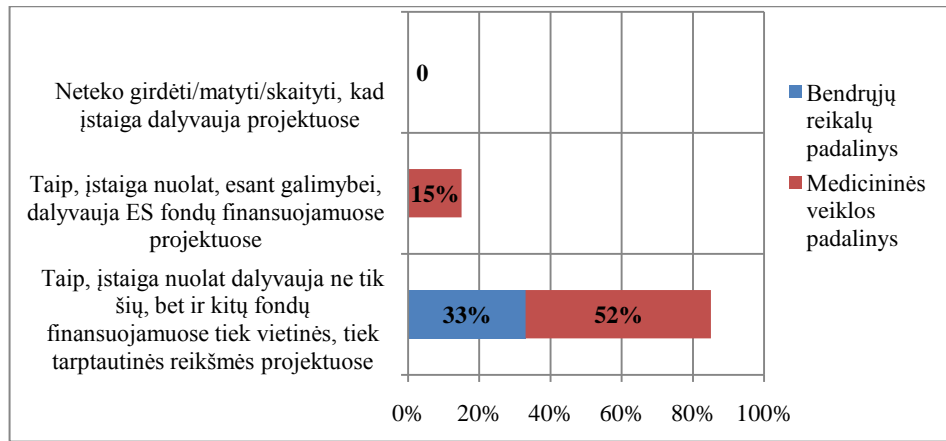


18 pav. Duomenys apie respondentus (proc.)

Nustatyta, kad daugiausiai, t.y. 57 proc. apklaustųjų VŠĮ Centro poliklinikoje dirba ilgiau nei 10 metų, kiti 23 proc. - nuo 5 iki 9 metų, likę 20 proc. nuo 1 iki 4 metų. Paskaičiuota, kad dauguma tyrimo dalyvių (80 proc.) yra įgiję aukštąjį universitetinį išsilavinimą, kiti 13 proc. - aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą, mažiausiai (7 proc.) respondentų yra turi aukštesniojo viduriniojo išsilavinimo diplomą. Iš pateiktos diagramos matyti, kad dauguma apklaustųjų yra vyresnio amžiaus žmonės t.y. nuo 45 metų, tuo tarpu tik 3 proc. apklaustųjų sudaro asmenys, kuriems iki 24 metų (18 pav.).

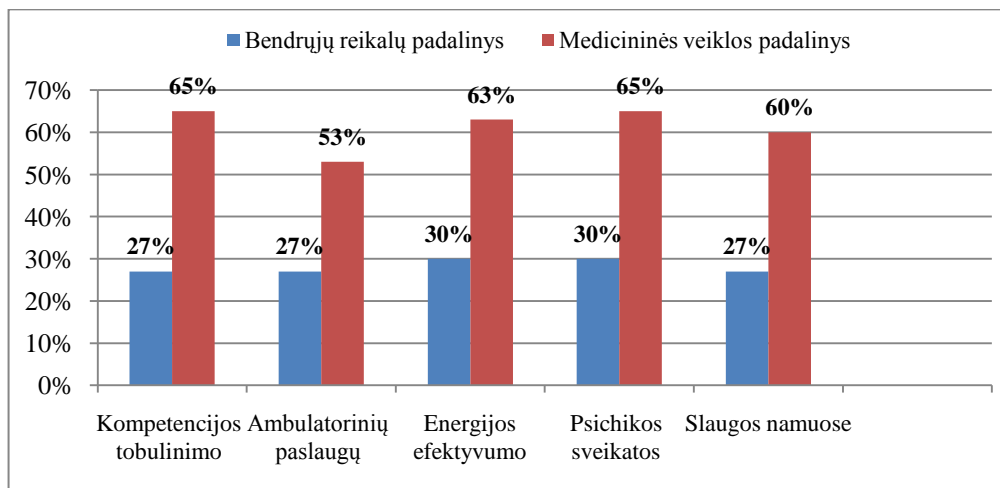
Apibendrinant pirmųjų klausimų rezultatus, galima teigti, kad apklausoje daugiausiai dalyvavo 45- 54 metų amžiaus medicininės veiklos padaliniui vadovaujantys, sukaupę ilgesnę nei 10 metų darbo patirtį poliklinikos darbuotojai, kurie turi aukštąjį universitetinį išsilavinimą. Vadinasi, dauguma respondentų - vyresnio amžiaus žmonės, turintys didelę patirtį ir geresnį išsilavinimą.

Respondentų pasiteiravus ar jiems žinoma, kad įstaiga dalyvauja įgyvendinant ES fondų finansuojamus projektus, nenustatyta nei vieno, kuris būtų apie tai negirdėjęs. Dauguma tyrime dalyvavusių apklaustųjų (85 proc.) yra girdėję, kad įstaiga nuolat dalyvauja ne tik ES, bet ir kitų fondų finansuojamuose projektuose (19 pav.).



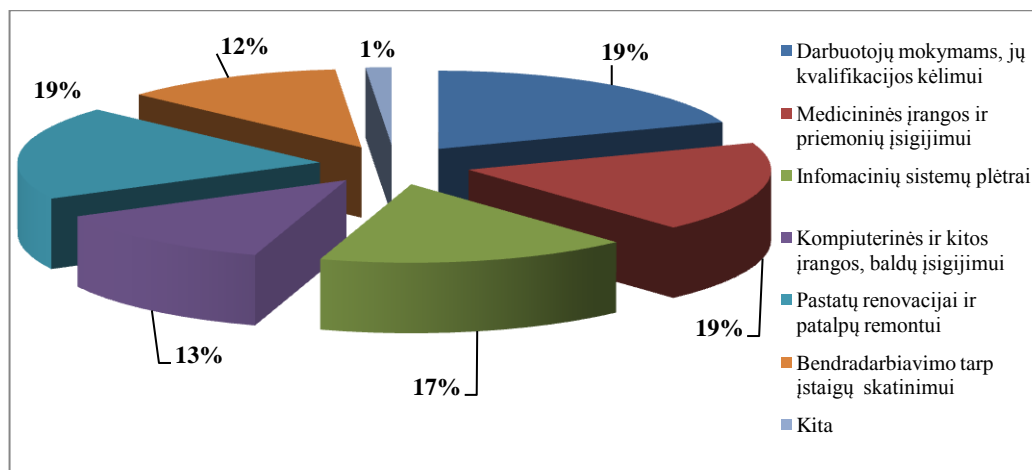
19 pav. Respondentų žinios apie ES fondų finansuojamus projektus (proc.)

Išanalizavus apklausos duomenis, matyti, kad ir bendrijų ir medicininių padalinių vadovai žino apie anketoje išvardintus projektus, kuriuose dalyvauja įstaiga. Nustatyta, kad darbuotojams daugiausiai įsiminė Kompetencijos tobulinimo ir Psichikos sveikatos projektai, mažiausiai – Ambulatorinių paslaugų projektas (20 pav.).



20 pav. Respondentų žinios apie įstaigos dalyvavimą ES fondų finansuojamuose projektuose, (proc.)

Kalbant apie ES fondų paramos lėšas, respondentai pažymi, kad jų nuomone, dauguma ES lėšų skiriama: darbuotojų mokymams ir kvalifikacijos kėlimui, medicininės įrangos ir priemonių įsigijimui ir pastatų renovacijai ir patalpų remontui (po 19 proc.). Kiek mažiau, respondentų žiniomis, ES paramos lėšos skiriamos informacinių sistemų plėtrai, kompiuterinės įrangos ir kitos įrangos, baldų įsigijimui, bendradarbiavimui tarp įstaigų skatinimui (21 pav.).

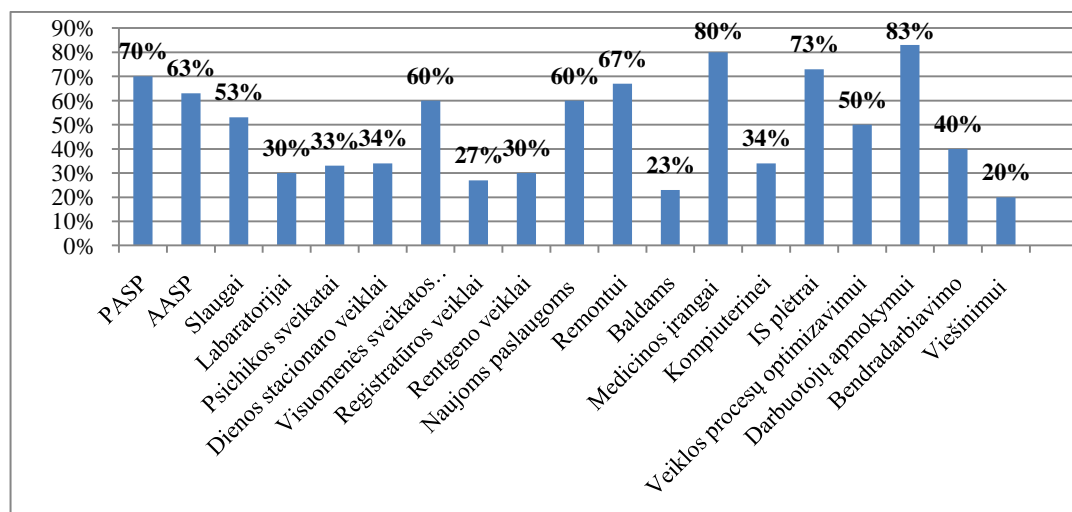


21 pav. ES fondų paramos lėšų paskirstymas pagal sritis (proc.)

Dauguma apklaustųjų (64 proc.) pažymėjo, kad projektą įgyvendinti dažniausiai užtrunka 1-2 metus. 30 proc. respondentų mano, kad projektai įgyvendinami apie 2-3 metus. Vadovaujantis apklaustųjų nuomone, galima teigti, kad vidutiniškai VšĮ Centro poliklinikoje projektai trunka apie 2 metus.

Didžioji dalis apklaustųjų vieningai teigė, kad ES fondų įtaka įstaigai yra didelė (93 proc.), kiti 3 proc. dalyvių šią naudą įvardino kaip vidutinę. Šie apklausos rezultatai tik patvirtina, kad ES struktūrinių fondų parama yra naudinga ir daro didelę įtaką tolesniam sveikatos apsaugos vystymui.

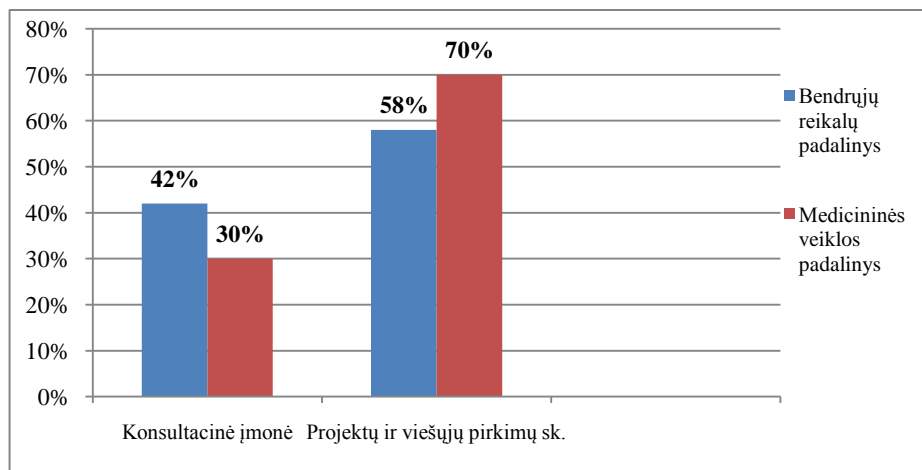
Pasiteiravus respondentų kam, Jų nuomone, turėtų būti skirta ES fondų parama, kad nauda įstaigai išaugtų, populiariausi tarp atsakymų buvo: darbuotojų apmokymui (83 proc.), medicinos įrangai (80 proc.), įstaigos informacinės sistemos (toliau - IS) plėtrai (73 proc.). Dauguma respondentų teigė, kad nors ES lėšos skiriamos darbuotojų mokymams ir kvalifikacijos kėlimui, tačiau reiktų šiai sričiai skirti daugiau, kad reali nauda būtų didesnė. Nemaža dalis (70 proc.) ES paramos skirtų PASP priežiūrai. Respondentų nuomone, mažiausiai reiktų skirti ES fondo lėšų tokioms sritims kaip: viešinimui (renginiams), baldams, registratūros veiklai, nes šios sritys yra neesminės (22 pav.).



22 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal prioritetingas ES paramos kryptis (proc.)

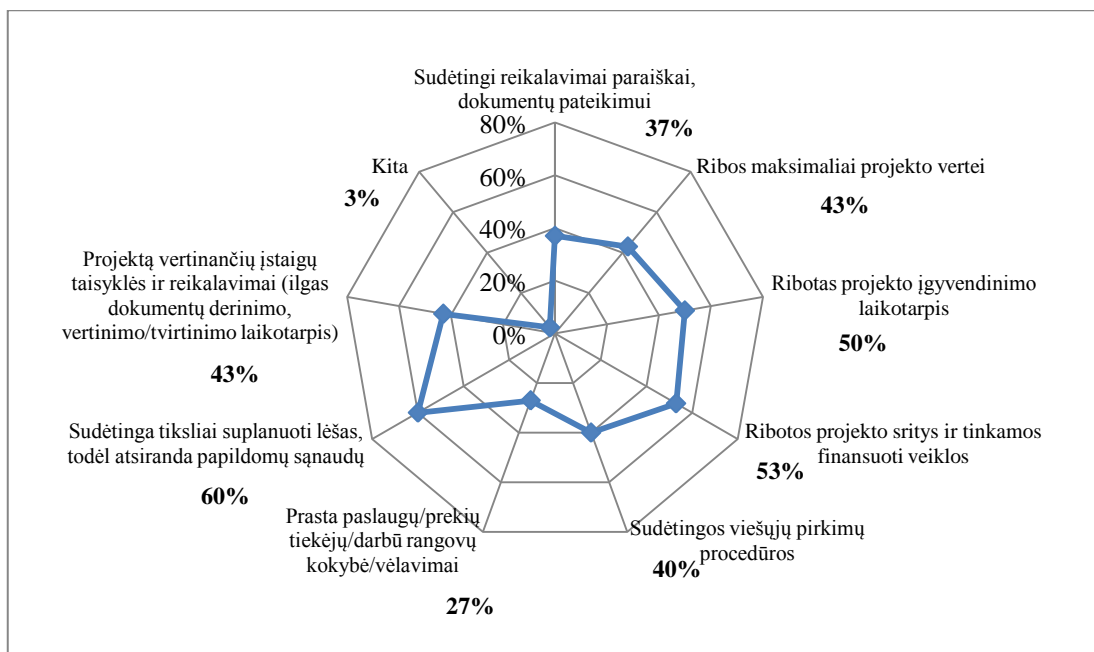
Apibendrinus atsakymus į minėtą klausimą, galima teigti, kad tiek bendrųjų reikalų, tiek medicininės veiklos padaliniais esminės ES paramos kryptys yra: medicinos įranga ir priemonės, darbuotojų apmokymui bei įstaigos informacinės sistemos plėtrai.

Ištyrus respondentų atsakymus apie tai, kas turėtų rengti įstaigos investicinius projektus, visų apklausoje dalyvavusių vadovų nuomonės sutampa, jų nuomone šiuos dokumentus turėtų rengti Projektų ir viešųjų pirkimų skyriaus darbuotojai, kartu su kitų padalinių/skyrių darbuotojais (23 pav.).



23 pav. Respondentų nuomonės pasiskirstymas pagal tai, kas turėtų rengti įstaigos investicinius projektus

Tyrimo metu nustatytos problemos, su kuriomis dažniausiai susiduriama, įgyvendinant ES fondų finansuojamus projektus. Respondentų atsakymai buvo išskirti pagal jų darbo stažą VŠĮ Centro poliklinikoje. Ilgiausiai įstaigoje dirbantys apklaustieji mano, kad dažniausiai susiduriama su dviem problemomis: ribotu projekto įgyvendinimo laikotarpiu bei projektus vertinančių įstaigų taisyklės ir reikalavimai. Nustatyta, kad didžioji (60 proc.) apklaustųjų dalis esmine problema, įgyvendinant ES fondų finansuojamus projektus, įvardino sudėtingumą suplanuoti lėšas, todėl patiriamos papildomos sąnaudos. Antroje pagal svarbą problemą - ribotos projekto sritys ir tinkamos finansuoti veiklos, trečioje – ribotas projekto įgyvendinimo laikotarpis (24 pav.).



24 pav. **Problemos, su kuriomis susiduriama įgyvendinant ES fondų finansuojamus projektus**

Siekiant išspręsti šias problemas, respondentai siūlo projektų ruošimui ir tvirtinimui įdėti daugiau kontrolės taškų, administracinius reikalus perduoti konsultacinei įmonei/viešųjų pirkimų ir projektų skyriui. Apklaustųjų nuomone, turėtų būti supaprastinama įstaigų, kontroliuojančių projektų įgyvendinimą (laiką, finansavimą, atitikimą projektiniams ir kt.) taikomų procedūrų tvarka. Be to, jų reikalavimai neturėtų skirtis nuo reikalavimų viešųjų pirkimų procedūroms, taip pat statybos normatyvų, prekių ir paslaugų tiekimo nustatytų reikalavimų. Dauguma respondentų patikino, kad reikia supaprastinti reikalavimus dokumentų rengimui ir pateikimui bei viešųjų pirkimų procedūras. Apklaustieji siūlė sutrumpinti projektų vertinimo bei tvirtinimo laiką bei supaprastinti priežiūros taisykles, leisti neesminius nukrypimus. Buvo išskirta, kad reikalinga didinti viešumą, užkirsti kelią politiniam spaudimui, įtraukti darbuotojus į sprendimų priėmimą. Keletas vadovų teigė, kad būtina ieškoti sprendimų, kad įstaigos, dalyvaujančios ES fondų finansuojamuose projektuose, patirtų mažesnę administracinę naštą.

### 3.4.2. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo patirties analizei skirti ekspertiniai tyrimai

Kaip minėta metodologinėje darbo dalyje, šio tyrimo respondentais buvo pasirinkti Poliklinikos Projektų ir viešųjų pirkimų skyriaus vedėjas (toliau – Vedėjas) bei vienas administracijos vadovas (toliau – Vadovas), kadangi šie darbuotojai tiesiogiai dalyvauja projektų rengime, įgyvendinime ir

administravime. Abiems šiems įstaigos darbuotojams buvo pateikti tie patys 4 klausimai, susiję su ES struktūrinių fondų lėšomis finansuojamų projektų administravimu ir nauda įstaigai.

Pasiteiravus interviu dalyvių nuomonės pirmuoju klausimu - dėl ES struktūrinės paramos naudos asmens sveikatos priežiūros įstaigai, abu ekspertai vieningai sutiko, kad nauda yra didelė. Vedėjas šį klausimą pakomentavo plačiau, pabrėždamas, kad projektų dėka „įstaiga gali plėsti paslaugų spektrą, gerinti teikiamų paslaugų kokybę, įsigyjama nauja medicininė įranga, taip pat ir kita įranga, remontuojamos patalpos jas atnaujinant ar įrengiant naujai“. Vedėjas taip pat pateikė konkretaus Centro poliklinikos įgyvendinto projekto naudą, įvardindamas, kad „atliekant pastatų rekonstrukciją, juos apšiltinant ir įdiegiant energijos taupymo priemones, mažėja energijos nuostoliai ir gerėja pastatų būklė“. Kaip pridėtinę ES fondų lėšomis finansuojamų įstaigos projektų vertę, šis ekspertas įvardino tai, kad „pacientai daug geriau atsiliepia apie savo gydymo įstaigą, kartu gerindami įstaigos įvaizdį“.

Pasidomėjus respondentų požiūriu į tai, kurie ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai projektai/kryptys/priemonės įgyvendinami sėkmingai ir kurie sudėtingiau, ekspertų nuomonės išsiskyrė. Vedėjas operatyviai atsakė, kad sudėtingiau įgyvendinami projektai, susiję su patalpų remontu ar pastatų rekonstrukcija. Kaip pavyzdžiais buvo įvardinta tai, kad „visada atsiranda papildomų darbų poreikis, o tai susiję su papildomomis išlaidomis. Labai retai rangos darbai baigiami laiku, todėl nusikelia į vėlesnį laikotarpį sekančios projekto veiklos (pvz. įrangos ir baldų įsigijimas), kas didina riziką nespėti įgyvendinti projekto veiklų laiku“. Paklausus įvardinti esmines problemas, su kuriomis susiduriama įgyvendinant įstaigos projektus, ekspertas paminėjo, kad tuo atveju kada sutartys su tiekėjais pasirašytos dėl įrangos įsigijimo, įstaigai gali tekti kreiptis į VPT dėl sutarties keitimo tam, kad pratęsti prekių pristatymo laikotarpį iki kol bus baigti remonto darbai. Vedėjas taip pat pabrėžė, kad „sudėtinga tai, kad vykdant rekonstrukcijos darbus, atsiranda poreikis vienus darbus keisti kitais arba jų atsisakyti visai, didinti arba mažinti tam tikrų medžiagų kiekius, rinktis kitokį visai apšvietimą negu buvo numatyta techniniame projekte ar pan. Atlikę kitaip negu buvo numatyta techniniame projekte, susiduriame su įgyvendinančios institucijos nuomone, kad viskas turi vykti kaip numatyta techniniame projekte, todėl pakeitimai yra pripažįstami netinkamomis finansuoti išlaidomis“. Vedėjo siūlomas šios problemos sprendimo būdas - įteisinti, kad darbo projektas, parengtas vadovaujantis techniniu projektu, būtų lygiaverčiai dokumentai, nes darbo projektas patikslina techninį projektą (šiuo metu techninis projektas yra viršesnis ir darbo projektu vis tiek negali vadovautis, jeigu jis numato kitokius sprendimus negu techninis projektas).

Tuo tarpu Vadovas pažymėjo, kad, jo nuomone, sėkmingiausiai įgyvendinami žmogiškųjų išteklių bei su įrangos įsigijimu susiję projektai. Šio eksperto nuomone, labiausiai stringa E. sveikatos projektų įgyvendinimas, o pagrindinė priežastis - pagrindinės institucijos, koordinuojančios sveikatos projektus, t.y. SAM neveiklumas sprendimų, teisės aktų priėmimo procesuose. Ekspertas akcentavo, kad nuolat keitėsi SAM ir IVPK reikalavimai Informacinės sistemos (toliau – IS) teisinei bazei -

atsirado papildomų dokumentų ir procedūrų, kurias turėjo atlikti projektus įgyvendinančios sveikatos įstaigos (reikalavimai įteisinti IS ir saugos nuostatus, parengti bei suderinti IS techninę specifikaciją ir kt.). Interviu dalyvis patikino, kad visų E. sveikatos projektų įgyvendinimas užtruko, kadangi IVPK neleido sveikatos įstaigoms įsigyti techninės įrangos kol nebuvo pasirašytos IS diegimo sutartys. Eksperto duomenimis, šiuo metu tik viena sveikatos įstaiga (pagal regioninį planavimą) yra įsigijusi šią įrangą – būtent Centro poliklinika. Diskutuojant apie kitas problemas, su kuriomis susiduria įstaigos, administruodamos projektus, ekspertas akcentavo, kad dėl dokumentų gausos, žmogiškųjų ir materialinių išteklių, įstaigai tampa sudėtinga tinkamai administruoti projektus.

Užklausus apie ekspertų siūlymus dėl ES struktūrinės paramos, skirtos sveikatos apsaugos sektoriui, administravimo tobulinimo, interviu dalyvių nuomonės išsiskyrė. Vedėjas kaip vieną esminių pakeitimų šios srities procese, įvardijo 2013 metais Vilniaus miesto savivaldybės administracijos priimtus sprendimus, kad sveikatos priežiūros įstaigos ES lėšomis finansuojamų projektų viešųjų pirkimų procedūrų vykdymą privalo deleguoti savivaldybės administracijai. Eksperto nuomone, šis sprendimas tik prailgins ES finansuojamų projektų įgyvendinimo (kartu ir administravimo) proceso trukmę, kadangi „derinti bei toliau vykdyti projektus yra kur kas lengviau kai nuo pat pradžių su techninio projekto rengėjais ir rangovais bendrauja organizacija, kuri ir kuria savo gerbūvį“.

Tuo tarpu kitas ekspertas ES paramos administravimo procesų tobulinimui pirmiausiai siūlo skatinti įgyvendinančių institucijų (CPVA, LVPA ir kt.) bendradarbiavimą su kitomis institucijomis (pvz., ministerijomis), išleidžiant teisės aktus, tobulinant su administravimu susijusius dokumentus. Ekspertų nuomone, administravimo procesą ženkliai palengvintų parodyta SAM iniciatyva sprendimų priėmimo, pvz., įstaiga galėtų patvirtinti daugiau pavyzdinių dokumentų. Dalyvis taip pat akcentavo būtinybę supaprastinti administravimo procedūras, siekiant aiškumo ir patogumo įstaigai, įgyvendinančiai projektą.

Pasiteiravus interviu dalyvių nuomonės, ar 2007-2013 m. ES struktūrinės paramos kryptys ir priemonės, skirtos sveikatos apsaugos sektoriui, buvo naudingos, abiejų ekspertų atsakymai buvo teigiami. Tačiau Vadovas pabrėžė, kad ne visos ASP įstaigos galėjo kreiptis dėl ES paramos pagal visas SAM išskirtas priemones, kadangi nebuvo įvardinti kaip tinkami pareiškėjai.

Diskutuojant apie kryptis/priemones, kurias gali būtų pasiūlyti įtraukti planuojant 2014-2020 m. ES struktūrinę paramą sveikatos apsaugos sektoriui, kad padidėtų nauda asmens sveikatos priežiūros įstaigai ir pacientams, abiejų ekspertų nuomonės išsiskyrė. Vedėjas pasiūlė ateityje ES struktūrinės paramos lėšas nukreipti skiriant daugiau dėmesio vaikams ir jaunimui, šiai amžiaus grupei teikiamų paslaugų gerinimui, prevencijai, gydymui ir pan. Tuo tarpu kitas ekspertas – Vadovas pasiūlė į ES struktūrinės paramos kryptių/priemonių 2014-2020 m. planavimo procesą įtraukti ASP įstaigas (atliekant jų apklausą), taip pat sudaryti galimybes daugiau įstaigų siekti į ES paramos.



### 3.5. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo praktikos SSGG analizė

Stiprybių, silpnybių, galimybių ir grėsmių (toliau – SSGG) analizės tikslas – nustatyti ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo problemas ir gerąsias iniciatyvas. Šis metodas pripažintas strateginio planavimo metodu, plačiai taikomas tiek organizacijų, tiek sistemos lygmenyse. Taikant SSGG metodą, sistemai vertinti analizuojamos:

- stiprybės – tai sistemos būdingų pranašumų apibūdinimas;
- silpnybės – tai vidinės sistemos problemos (apibūdinimas), kurias reikia spręsti;
- galimybės – tai išorinės aplinkoje esančios galimybės, galinčios pagerinti situaciją;
- grėsmės – tai aplinkos veiksniai, galintys trukdyti sistemos funkcionavimui.

Apibendrinant anksčiau atliktų empirinių tyrimų rezultatus, buvo sudaryta ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo SSGG analizė.

#### 4 lentelė. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo SSGG analizė

Stiprybės	Silpnybės
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augantis ES struktūrinių fondų lėšomis finansuojamų sveikatos apsaugos sektoriaus projektų skaičius.</li> <li>• Pakankamai efektyvi ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo sistema (padidėjusi įstaigų atsakomybė, lėšų įsisavinimo skaidrumas ir viešumas).</li> <li>• Patobulinta 2007-2013 m. ES struktūrinės paramos administravimo teisinio reglamentavimo sistema.</li> <li>• Išsamesnis ES struktūrinės paramos administravimas (išaugo paramos administravimą reglamentuojančių teisės aktų skaičius).</li> <li>• Įdiegti IS sprendimai, palengvinantys ES paramos administravimo procedūras.</li> <li>• Lietuva yra viena iš pirmaujančių valstybių narių, efektyviausiai įsisavinančių ES struktūrinės paramos lėšas.</li> <li>• ES paramos lėšos, efektyviai administruojant sveikatos projektus, sudaro ženkliai dalį paramą gavusių ASP įstaigų pajamų struktūroje.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teisės aktų gausa kelia sunkumų struktūrinės paramos administravimo dalyviams.</li> <li>• Sudėtinga, neaiški teisinė bazė, reglamentuojanti E. sveikatos sritį.</li> <li>• Nepilnai aiškios ES struktūrinę paramą įgyvendinančiųjų institucijų, ministerijų bei kitų institucijų vaidmuo, funkcijos ir tarpusavio atsakomybė.</li> <li>• ES struktūrinės paramos administravimą reglamentuojančiuose teisės aktuose neapibrėžtos VPT funkcijos bei atsakomybės ribos, todėl ribota VPT įtaka tiesioginių ES struktūrinės paramos administravimo funkcijų vykdymui.</li> <li>• Dalis ASP įstaigų, įgyvendinančių projektus, nespėja laiku įsisavinti ES paramos lėšų.</li> <li>• Ypač žemas ES paramos lėšų įsisavinimo efektyvumas E. sveikatos projektuose.</li> <li>• Kai kurios sveiktos priežiūros įstaigoms trūksta lėšų, kompensuoti papildomas išlaidas, atsiradusias projektų įgyvendinimo metu.</li> <li>• Sudėtingos viešųjų pirkimų procedūros projektus įgyvendinančioms ASP įstaigoms.</li> <li>• Griežti institucijų, koordinuojančių ir administruojančių projektus, reikalavimai ASP įstaigoms.</li> </ul>

Galimybės	Grėsmės
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supaprastinti teisės aktus, reglamentuojančius ES struktūrinės paramos administravimą.</li> <li>• Tobulinti E. sveikatos paslaugų teisinės bazės reglamentavimą.</li> <li>• Tinkamai įsisavinti 2014-2020 m. ES struktūrinės paramos lėšas sveikatos apsaugos projektams.</li> <li>• Informacinių technologijų plėtra projektų administravimo procese.</li> <li>• Supaprastinti ES lėšų išmokėjimo sveikatos priežiūros įstaigoms kontrolės mechanizmą.</li> <li>• Stiprinti ES struktūrinės paramos administravimo procese dalyvaujančių institucijų darbuotojų žinias ir kompetencijas.</li> <li>• Sėkmingai bendradarbiauti su kitomis ES paramą planuojančiomis, įgyvendinančiomis ir administruojančiomis institucijomis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudėtingesni Europos Komisijos reikalavimai siekiant įsisavinti ES struktūrinių fondų lėšas.</li> <li>• Neefektyvių sveikatos priežiūros įstaigoms 2014-2020 m. ES struktūrinių fondų lėšomis finansuojamų priemonių išskyrimas.</li> </ul>

#### **4. STRATEGINIAI SPRENDIMAI IR VEIKLOS PRIORITETAI, SKIRTI ES STRUKTŪRINĖS PARAMOS SVEIKATOS APSAUGAI ADMINISTRAVIMO TOBULINIMUI**

##### ***4.1. Pagrindinės prielaidos inicijuoti, parengti ir įgyvendinti strateginius sprendimus, skirtus ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo tobulinimui***

Vienos sveikatos priežiūros įstaigos labiau pažengusios nei kitos, vienoms būtina atnaujinti esamą ar įsigyti naują medicininę ir techninę įrangą, vienoms būtina renovuoti pastatus, kitoms – tik tam tikras patalpas, vienoms būtina sukurti IS sistemas, kitoms – plėsti ar tobulinti turimas IS. SAM, kaip pagrindinei koordinuojančiai sveikatos projektus Lietuvoje institucijai, yra sudėtinga įvertinti kiekvienos iš Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigų poreikį ES paramai gauti, todėl siūloma atsižvelgti į kiekvienos įstaigos poreikius. Todėl siūloma suteikti galimybę pačioms sveikatos priežiūros įstaigoms apsispręsti dėl ES paramos, laikantis ES struktūrinių fondų paramos skirstymo ir sveikatos projektų inicijavimui, rengimui ir įgyvendinimui keliamų reikalavimų.

Vadovaujantis atliktų tyrimų (apklausa, interviu) rezultatais, taip pat buvo akcentuota, kad esama 2007-2013 m. ES struktūrinė paramos skirstymo schema ne visada atitiko įstaigų, kaip projektų pareiškėjų reikalavimus, kadangi ne visose SAM išskirtose priemonėse buvo įvardintos kaip tinkami pareiškėjai. Pavyzdžiui, onkologijos greitosios medicinos pagalbos, kardiologijos, slaugos priemonės buvo orientuotos tik į stacionarus, todėl PASP įstaigos šiose priemonėse dalyvauti negalėjo. Be to, kardiologijos priemonė buvo skirta tik III lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms įstaigoms, nors tiek ES, tiek Lietuvoje prioritetine kryptimi įvardijama prevencija. Dar vienas svarbus aspektas – būtent pas gydytojus kardiologus nustatytos didžiausios pacientų laukimo eilės poliklinikose. Pastebėta, kad panaši situacija buvo ir su onkologijos priemone, kuriai 2007-2013 m. laikotarpiu buvo skirtos didelės ES investicijos, tačiau, šioje priemonėje taip pat negalėjo dalyvauti PASP įstaigos. Nors tiek ES, tiek Lietuvoje prioritetinėmis kryptimis įvardijamos onkologijos prevencija ir ankstyvoji diagnostika (I ir II asmens sveikatos paslaugų lygiai).

Kitas svarbus akcentas – kai kurioms ES paramą gavusioms įstaigoms gali kilti problemų dėl rodiklių po projekto įgyvendinimo pasiekimo (pvz., psichikos dienos stacionaro priemonė). Vadinasi, įstaigai, nors ji ir įgyvendino projektą, tačiau gali tekti sugrąžinti dalį ES paramos lėšų dėl rodiklių po projekto nepasiekimo.

Tai tik įrodo, kad nors ES paramos kryptis išskirtos tinkamos (patvirtina ir apklausos rezultatai), tačiau ne visada buvo išskirti tinkami pareiškėjai. Visa tai prieštarauja SAM viešumoje teikiamai

pozicijai, kurioje akcentuojama: PSDF lėšų ekonomija ir efektyvus lėšų skirstymas ir panaudojimas. Galima teigti, kad tokia situacija neatitiko sveikatos reformos keliamo tikslo – PSDF lėšų taupymo, kadangi įkainiai III lygio paslaugoms – patys brangiausi.

Atsižvelgiant į aukščiau išdėstytus argumentus, sukurtas ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo tobulinimo modelis, pavaizduotas 25 pav.



25 pav. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo tobulinimo modelis

Siūlomas ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo tobulinimo modelis atitinka teorinėje darbo dalyje viešojo administravimo teorijas, kuriose akcentuojama į sprendimų priėmimą įtraukti sistemos dalyvius (gyventojus, asmens sveikatos priežiūros įstaigas), siekiant šią paramą padaryti prieinamesnę kuo didesniai gyventojų ratui ir pa spartinti jos įsisavinimą.

Šis modelis taip pat patvirtina teorinės dalies autorių išsakytas mintis, kad egzistuoja ryšys tarp administravimo ir politikos, tačiau pabrėžia, kad šios dvi sritys turi būti atskirtos. Be to, sukurtas naujas modulis išsprendžia darbo metodologinėje dalyje suformuluotą tyrimo problemą, taip pat ir kitas su administravimu susijusias problemas – ES paramos lėšų panaudojimo efektyvumo, skaidrumo bei viešumo.

#### ***4.2. Sprendimai, skirti LR ministerijoms ir sveikatos priežiūros įstaigoms dėl ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo tobulinimo***

Siekiant sukurtą modelį realiai pritaikyti praktikoje, parengtos priemonės ir pasiūlymai ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo tobulinimui pagal atskiras institucijas.

##### **LR Finansų ministerijai bei projektus vertinančioms, įgyvendinančioms, administruojančioms ir kitoms institucijoms:**

1. Rekomenduojama supaprastinti ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimą reglamentuojančius teisės aktus ir administravimo procedūras, siekiant aiškumo, administravimo procedūrų palengvinimo bei efektyvesnio ES paramos lėšų įsisavinimo asmens sveikatos priežiūros įstaigoms. Visų pirma, siūloma projektų finansavimų sąlygų aprašuose atsisakyti reikalavimų “tinkami projekto pareiškėjai”, tokiu būdu suteikiant galimybę daugiau ASPĮ dalyvavimui ES paramos projektuose. Taip pat rekomenduojama atsisakyti reikalavimo ASPĮ (arba įstaigų viešuosius konkursus laimėjusioms konsultacinėms įmonėms) parengti investicinius projektus. Kaip alternatyva galėtų būti patobulintos ir papildytos trūkstama informacija projekto paraiškų formos (A ir B dalys). Įgyvendinus šiuos siūlymus, projektų administravimo procedūros taptų aiškesnės ir patogesnės, be to, sutrumpėtų projekto inicijavimo, rengimo ir vertinimo laikotarpis.

2. Siūloma skatinti sveikatos projektų įgyvendinime dalyvaujančių įstaigų (CPVA, LVPA ir kt.) tarpinstitucinį bendradarbiavimą. Didžiausia nauda būtų pasiekta tobulinant ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravime dalyvaujančių įstaigų darbuotojų kvalifikaciją. Vieningo, visoms institucijoms naudingo sprendimo priėmimas palengvintų sveikatos apsaugos projektų administravimą ASPĮ (aiškesni teisės aktai, profesionaliai pateikiama informacija viešojoje erdvėje ir kt.).

3. Rekomenduojama išplėtoti elektroninių duomenų mainų galimybes tarp ES struktūrinės paramos administravimo procese dalyvaujančių institucijų ir ASPĮ. Siūloma visoms projektų administravime dalyvaujančioms įstaigoms suteikti platesnes galimybes įvairius su projekto įgyvendinimu ir administravimu susijusius dokumentus pateikti informacinėmis sistemomis. Kaip vienas aktualiausių sprendimų galėtų būti projekto paraiškos ir susijusių dokumentų pateikimo projektus vertinančiai institucijai elektroniniu būdu įteisinimas. Šis siūlymas puikiai tiktų ir viešųjų pirkimų dokumentacijos derinimui tarp institucijų elektroniniu būdu. Informacinių technologijų plėtra sparčiai palengvintų administravimo procedūras tiek ES struktūrinės paramos projektus įgyvendinančioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, tiek šią paramą administruojančioms institucijoms.

**LR sveikatos apsaugos ministerijai:**

1. Demografiniai rodikliai rodo, kad visuomenė sensta, todėl planuojant ES struktūrinių fondų paramą 2014-2012 m. SAM siūloma įtraukti priemones, skirtas vyresnio amžiaus žmonių priežiūrai užtikrinti, ypač slaugai namuose. Taip pat rekomenduojama ES struktūrinės paramos lėšas nukreipti skiriant daugiau dėmesio vaikams ir jaunimui, šiai amžiaus grupei teikiamų paslaugų gerinimui, prevencijai ir gydymui. Rekomenduojama ES struktūrinės paramos lėšomis finansuoti labiausiai pasiteisinusias 2007-2013 m. sveikatos apsaugos sektoriaus priemones, tokias kaip darbuotojų apmokymas, medicinos įrangos ir priemonių įsigijimas, taip pat įstaigos informacinių sistemų kūrimas bei plėtra.

2. Atsižvelgiant į ES struktūrinių fondų paramos skirstymo ir sveikatos projektų inicijavimui, rengimui ir įgyvendinimui keliamus reikalavimus, suteikti galimybę pačioms ASPĮ apsispręsti dėl ES struktūrinės paramos panaudojimo efektyvumo. Tokiu būdu kiekviena ASPĮ, siekdama dalyvauti ES struktūrinės paramos projektuose, teiktų vieną kompleksinę paraišką pagal SAM išskirtas atskiras priemones. Šio sprendimo dėka sveikatos priežiūros įstaigai skirtos ES struktūrinės paramos lėšos būtų panaudotos tikslingai - užtikrinant teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą įstaigos pacientams.

3. Ministerijai rekomenduojama rodyti daugiau iniciatyvos, priimant su ES struktūrinės paramos projektų administravimo proceso tobulinimu susijusius sprendimus. Kaip vienas siūlymų, naudingų asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, galėtų būti su ES struktūrinės paramos administravimu susijusių pavyzdinių dokumentų parengimas. Šio siūlymo dėka ES struktūrinės paramos administravimo procedūros taptų aiškesnės ir patogesnės projektus įgyvendinančioms ir šiuos projektus administruojančioms įstaigoms ir institucijoms.

4. SAM siūloma įdiegti geografinę informacinę sistemą (GIS), kurios dėka būtų kaupiami, analizuojami su gyventojų sveikatos būkle susiję duomenys, tokie kaip: gyventojų pasiskirstymas pagal įvairias ligas, senyvo amžiaus asmenis, kuriems reikalingos slaugos namuose paslaugos ir pan. Šio sprendimo dėka palengvėtų ES struktūrinės paramos lėšomis finansuojamų sveikatos srities priemonių identifikavimas (atsisakant konsultacinių įmonių teikiamų paslaugų).

5. Sukurti internetinę svetainę, kurioje būtų susisteminta ir prieinama visoms ASPĮ, dalyvaujančioms ES paramos projektuose, aktuali informacija. Šio siūlymo dėka išaugtų visos informacijos, susijusios su ES struktūrinių fondų lėšomis įgyvendinamų projektų administravimu, prieinamumas, patogumas ir aiškumas šiuos projektus įgyvendinančioms sveikatos priežiūros įstaigoms.

**Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms:**

1. Dėl dokumentų gausos, žmogiškųjų ir materialinių išteklių, įstaigai tampa sudėtinga administruoti ES struktūrinės paramos projektus. Siūloma ieškoti sprendimų, kad įstaigos, dalyvaujančios ES fondų finansuojamuose projektuose, patirtų mažesnę administracinę naštą. Rekomenduojama projektų administravimo procedūras įgalioti atlikti įstaigos kompetentingus darbuotojus, tokių nesant – pasinaudoti konsultacinių įstaigų pagalba. Taip pat siūloma įvesti daugiau kontrolės taškų tam, kad projektas būtų tinkamai įgyvendintas.

2. Pagal atliktus tyrimus nustatyta, kad ES struktūrinės paramos lėšos sudaro ženkliai dalį asmens sveikatos priežiūros įstaigų pajamų struktūroje, todėl siūloma skatinti ASPĮ dažniau dalyvauti ES struktūrinės paramos projektuose.

3. Vadovaujantis atliktų tyrimų rezultatais, sėkmingiausiai įgyvendinami ES struktūrinės paramos lėšomis finansuojami sveikatos apsaugos projektai, į kurių įgyvendinimą įtrauktiems įstaigos darbuotojams buvo taikomos skatinimo priemonės. Todėl siūloma motyvuoti ir skatinti darbuotojus dalyvauti ES lėšomis finansuojamuose projektuose, kelti šių darbuotojų kvalifikaciją.

## IŠVADOS IR PASIŪLYMAI

1. ES valstybės, atsižvelgdamos į kiekvienai šaliai būdingas tradicijas ir puoselėjamas vertybes, siekia perimti ES gerąją patirtį sveikatos apsaugos srityje, kurdamos įvairius sveikatos politikos modelius. Lietuvos, kaip ir daugumos ES šalių, sveikatos politika grindžiama Otavos chartijoje suformuluotais PSO sveikatos politikos principais bei kitais tarptautiniais dokumentais.

2. Egzistuoja dideli sveikatos būklės ir sveikatos priežiūros skirtumai ne tik tarp ES šalių, bet ir tarp Lietuvos regionų. Lietuvos sveikatos apsaugos plėtros kryptys turėtų sutapti su ES tendencijomis, todėl ES struktūrinę paramą būtina skirti aktualiausių šalyje sveikatos apsaugos problemų sprendimui, t.y. šios paramos lėšas nukreipiant į savalaikių ir kokybiškų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, taip pat sąlygų sveikatos stiprinimui, sveikos ir saugios gyvenimo aplinkos užtikrinimui.

3. Lietuva, kaip ir kitos ES valstybės narės, pati kuria ES struktūrinės paramos administravimo sistemą, o Lietuvos teisės aktai papildo ES teisės aktus. Išaugus ES paramos administravimą reglamentuojančių teisės aktų skaičiui, paramos administravimas tapo išsamesnis, tačiau teisės aktų gausa neretai kelia sunkumų ES struktūrinės paramos administravimo dalyviams - ASPĮ.

4. ES struktūrinių fondų parama ASP įstaigoms Lietuvoje tapo svarbiu investicijų finansavimo šaltiniu. Lietuva kitų ES šalių kontekste išsiskiria, kaip viena efektyviausiai įsisavinančių ES struktūrinės paramos lėšas (67,1 proc.). Sveikatos apsaugos sektoriui pagal įvairias finansuojamas priemones skirta 4 proc. viso 2007-2013 m. ES struktūrinių fondų paramos Lietuvai biudžeto.

5. Nustatyta, kad išaugo sveikatos apsaugos sektoriaus projektų skaičius. Įgyvendinat juos pagal skirtingas ES struktūrinės paramos veiksmų programų priemones, lėšų įsisavinimo procesas netolygus. Sudėtinga situacija pastebėta su E. sveikatos priemonėmis, kur ES lėšų įsisavinimas siekia 12-14 proc. Šių priemonių įgyvendinimo metu ASPĮ susiduria su tam tikromis problemomis, kurioms įtakos gali turėti neefektyvi ES struktūrinių fondų sveikatos apsaugai administravimo sistema.

6. Dauguma kiekybiniame tyrime dalyvavusių apklaustųjų esminėmis problemomis įvardijo: sudėtingumą suplanuoti lėšas; ribotas projekto sritis ir tinkamas finansuoti veiklas; ribotą projekto įgyvendinimo laikotarpį. Kokybinis tyrimas atskleidė, kad ne visoms ASPĮ buvo suteikta galimybė kreiptis dėl ES paramos pagal SAM išskirtas priemones.

7. Planuojant ES struktūrinių fondų paramą sveikatos apsaugos sektoriui 2014-2020 m., siūloma įtraukti priemones, skirtas vyresnio amžiaus žmonių priežiūrai užtikrinti, ypač slaugai namuose; daugiau dėmesio skirti vaikams ir jaunimui teikiamų paslaugų gerinimui; ligų prevencijai ir gydymui. Siūloma supaprastinti ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimą reglamentuojančius teisės aktus ir administravimo procedūras; panaudoti informacines technologijas, į ES struktūrinės paramos kryptčių/priemonių planavimo procesą įtraukti ASP įstaigas, sudaryti galimybes daugiau įstaigų siekti į ES paramos.



## LITERATŪRA

### Teisės aktai

1. Europos Komisijos 2006 m. gruodžio 8 d. reglamentas, Nr. 1828/2006, nustatantis Tarybos reglamento (EB) Nr. 1828/2006, nustatantis Tarybos reglamento (EB) Nr. 1083/2006 nustatančio bendrąsias nuostatas dėl Europos regioninės plėtros fondo, Europos socialinio fondo ir Sanglaudos fondo, ir Europos parlamento ir Tarybos reglamento (EB) Nr. 1080/2006 dėl Europos regioninės plėtros fondo įgyvendinimo taisyklės.
2. Europos Komisijos Baltoji knyga dėl Europos strategijos su mityba, atsveikimu ir nutukimu susijusioms sveikatos problemoms spręsti COM 279, 2007.
3. Europos Komisijos Baltoji knyga dėl sporto COM 391, 2007.
4. Europos Komisijos komunikatas „2012–2020 m. E. sveikatos veiksmų planas. Novatoriška sveikatos priežiūra XXI amžiui“, 2011.
5. Europos Komisijos sveikatos strategijos baltoji knyga „Kartu sveikatos labui, 2008–2013 m. ES strateginis požiūris“ COM 630, 2017.
6. Europos Parlamento ir Tarybos 2006 m. liepos 5 d. reglamentas (EB) Nr. 1080/2006 dėl Europos regioninės plėtros fondo ir panaikinantį Reglamentą (EB) Nr. 1783/1999.
7. Europos Parlamento ir Tarybos 2007 m. spalio 23 d. sprendimas Nr. 1350/2007/EB dėl antrosios Bendrijos veiksmų programos sveikatos srityje (2008–2013 m.) patvirtinimo.
8. Europos parlamento ir Tarybos 2009 m. gegužės 6 d. reglamente (EB) Nr. 396/2009 dėl Europos socialinio fondo, panaikinantį Reglamentą (EB) Nr. 1081/2006.
9. Europos Tarybos 2006 m. liepos 11 d. reglamentas (EB) Nr. 1084/2006 įsteigiantis Sanglaudos fondą ir panaikinantį Reglamentą (EB) Nr. 1164/94.
10. Europos Tarybos 2006 m. liepos 11 d. reglamentas, Nr. 1083/2006, nustatantis bendrąsias nuostatas dėl Europos regioninės plėtros fondo, Europos socialinio fondo ir Sanglaudos fondo ir panaikinantį Reglamentą (EB) Nr. 1260/1999.
11. Lietuvos Nacionalinė sveikatos koncepcija, Nr. I-1939, Vilnius, 1991.
12. Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymas 2006 m. birželio 22 d. Nr. X-709, Žin., 2006, Nr. 78-3056.
13. Lietuvos Respublikos Finansų ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymas „Dėl Finansų ministro 2007 m. gruodžio 12 d. įsakymo Nr. 1K-366 „Dėl Europos Sąjungos 2007-2013 metų struktūrinės paramos ženklo pavyzdžių patvirtinimo“ pakeitimo .
14. Lietuvos Respublikos finansų ministro įsakymas „Dėl bendrai finansuojamų iš Europos sąjungos lėšų projektų duomenų elektroninių mainų taisyklių patvirtinimo“ 2009 m. vasario 17 d. Nr. 1K-038, Vilnius.

15. Lietuvos Respublikos Konstitucija, Žin. 1992-11-30, Nr. 33-1014.
16. Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas, 1995 m. birželio 6 d. Nr. I-924, Žin., 1995, Nr. 53-1290.
17. Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas, 1995 m. birželio 6 d. Nr. I-924, Žin., 1995, Nr. 53-1290.
18. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343, Žin., 1996, Nr. 55-1287.
19. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įsakymas Nr. VIII-940, 98.11.24, Žin., 1998-12-11, Nr. 109-2995.
20. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas 1998 m. gruodžio 1 d., Nr. VIII-946, Žin., 1998-12-23, Nr.112-3099.
21. Lietuvos Respublikos Viešojo administravimo įstatymas, 2006 birželio 27 d., Nr. X-736, Žin. 2006-07-14, Nr. 77-2975.
22. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas 2002 m. gegužės 16 d. Nr. IX-886, Žin., 2002-06-07, Nr. 56-2225.
23. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymas, 2002 m. liepos 3 d. Nr. IX-1023, Žin., 2002-07-17, Nr. 72-3022.
24. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007m. gruodžio 19 d. nutarimas Nr. 1443 “Projektų administravimo ir finansavimo taisyklės”, Žin., 2008, Nr. 4-132
25. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas 2007 m. gruodžio 19 d. Nr. 1443 „Dėl projektų administravimo ir finansavimo taisyklių patvirtinimo“, Žin., 2010-12-09, Nr. 144-7373.
26. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas 2012 m. sausio 18 Nr. 56 „dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007 m. spalio 31 d. nutarimo Nr. 1179 "dėl Vykdomų pagal Lietuvos 2007-2013 metų Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo strategiją ir ją įgyvendinančias veiksmų programas projektų išlaidų ir finansavimo reikalavimų atitikties taisyklių patvirtinimo" pakeitimo, Vilnius.
27. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas 2013 m. liepos 23 d. Nr. 4.2-2409-6K 1306427 „Dėl veiksmų programų administravimo ir finansavimo taisyklių patvirtinimo“ papildymo.
28. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas dėl Lietuvos Respublikos vyriausybės 2007 m. spalio 17 d. nutarimo nr. 1139 „dėl atsakomybės ir funkcijų paskirstymo tarp institucijų, įgyvendinant Lietuvos 2007–2013 metų Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo strategiją ir veiksmų programas“ pakeitimo.
29. Nacionalinis sveikatos tarybos metinis pranešimas 2011, Lietuvos sveikatos programa: rezultatai ir išvados, ISSN 1648-7338, Vilnius, 2011.

### Norminė literatūra

1. Boldrin M., Canova F. Regional Policies ant EU Enlargement, CEPR Discussion Papers 3744, C.E.P.R. Discussion Papers, 2003.
2. Buivydas R., Černiauskas G. Lietuvos studija: Lietuva 2012 Europos Sąjungos sveikatos sistemos konvergencija, 2012.
3. Buivydas R., Černiauskas N., Grabauskas V., Jankauskienė D., Kairys I. ir kt. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje, Sveikatos ekonomikos centras, Vilnius, 2010.
4. Čekanavičius V., Murauskas G. Statistika ir jos taikymai, TEV, Vilnius, 2000.
5. European Commission Working paper on ex-ante evaluation for new programming period 2007-2013, Europos Sąjungos parama. Lietuvos galimybės, 2006.
6. Europos Komisija. Apie ES politiką Visuomenės sveikata, Geresnė visų ES piliečių sveikatos priežiūra, 2013.
7. Gustainienė L., Sveikatos priežiūros politika ir organizacija, Vytauto Didžiojo universiteto leidykla, ISBN 9955-530-48-0, Kaunas, 2003.
8. Jankauskienė D. Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai, Vilnius, 2010.
9. Jankauskienė D. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse, Sveikatos politika ir valdymas, Mykolo Romerio universitetas, Vilnius, 2011.
10. Jankauskienė D., Pečiūra R. Sveikatos politika ir valdymas. Mykolo Romerio universitetas, Vilnius, 2007.
11. Jankauskienė D., Pečiūra R. Sveikatos politika ir valdymas. Vilnius, 2007.
12. Janušonis V. Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra, Klaipėdos universitetas, 2008.
13. Janušonis V. Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas, Klaipėdos universitetas, 2012.
14. Kainys J., Klimavičius J., Paulauskas J., Pikčilinskas J., Sližienė N., Ulvydas K., Vitkauskas K. Dabartinės Lietuvių kalbos žodynas. – Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidykla, 1993 – ISBN 5–420–01242–1.
15. Kalėdienė R., Petrauskienė J., Rimpela A. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika, Kaunas, 1999.
16. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai, Judex. Kaunas, 2002.
17. Leonavičius V., Baltrušaitytė G. ir Naujokaitė I. Sociologija ir sveikatos priežiūros paslaugų vartotojas. Kaunas, 2007.
18. Lietuvos 2007 - 2013 m. ES struktūrinės paramos panaudojimo strategija konvergencijos tikslui įgyvendinti, 2007.

19. Lietuvos standartas. Terminai ir apibrėžimai, Lietuvos standartizacijos departamentas, 1997.
20. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Mykolo Romerio universitetas, Sveikatos mokslų centras Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje, Vilnius 2010 m.
21. Liublianos chartija apie sveikatos apsaugos reformą Europoje, Pasaulio Sveikatos organizacija. 1996.
22. Luobikienė J. Sociologija: bendrieji pagrindai ir tyrimų metodika. Kaunas: Technologija, 2000.
23. Mikulskienė B., Pitrenaitė – Žilėnienė B., Jankauskienė D., Augaitė V., Interesų raiška viešojo valdymo institucijose: švietimo ir sveikatos sektorių darbo grupių veiklos palyginamoji analizė, Mykolo Romerio universitetas, Vilnius, 2013.
24. Murauskienė L., Janonienė R., Veniūtė M., Van Ginneken E., Karinikolos M. Lithuania, Health system review, Health System in Transition, Vol. 15, No. 2, 2013 m.
25. Nacionalinis sveikatos tarybos metinis pranešimas, Lietuvos sveikatos programa: rezultatai ir išvados, ISSN 1648-7338, Vilnius, 2011.
26. Ottawa Charter for Health Promotion, World Health Organization, 1986.
27. Primary Health care, Report of the international conference on primary health care Alma-Ata, World Health Organization, Geneva, 1978.
28. Silber D., E. Sveikata, Ataskaita Ministrų lygio konferencijai, Briuselis, 2003 (ISBN 90-6779-180-6).
29. Starkienė L. Netolygus geografinis gydytojų pasiskirstymas: sisteminė kitų šalių patirties apžvalga, Sveikatos politika ir valdymas 1(5), Mykolo Romerio universitetas, 2013.
30. Sveikata visiems XXI amžiuje, WHO, 1999.
31. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, World Health Organization, 2005.
32. The Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st century, 1997.
33. Wald D., Viešojo administravimo tyrimas, Random House, Niujorkas, 1955.
34. Wimmer Maria A. Traunmuller R. Gronlund A. Andersen Kim V. Electronic Government. 4th International Conference, EGOV 2005. Springer, 2005.

### **Praktinė medžiaga**

1. Europos Komisija [interaktyvus], [žiūrėta: 2014 03 25]. Prieiga per internetą: [http://ec.europa.eu/index\\_lt.htm](http://ec.europa.eu/index_lt.htm).
2. Europos Sąjungos statistikos tarnyba (Eurostat) [interaktyvus], [žiūrėta: 2014 03 25]. Prieiga per internetą: <http://osp.stat.gov.lt/es-statistikos-tarnyba-eurostatas>.

3. Europos Sąjungos struktūrinė parama [interaktyvus], [žiūrėta 2014 03 25]. Prieiga per internetą: <http://www.esparama.lt/>.
4. Inovacijų portalas Europos Sąjungos struktūriniai fondai [interaktyvus], [žiūrėta: 2014 02 15]. Prieiga per internetą: <http://www.inovacijos.lt/index.php?787484240> .
5. Lietuvos statistikos departamentas [interaktyvus], [žiūrėta: 2014 02 19]. Prieiga per internetą: <http://www.stat.gov.lt/>.
6. Ruse-Europe: struktūrinių fondų vykdymas [interaktyvus], [žiūrėta: 2014 03 18]. Prieiga per internetą: <http://www.ruse-europe.org/spip.php?rubrique181>.

## ANOTACIJA

**Almašova V.** Europos Sąjungos struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo tobulinimas / Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo magistro baigiamasis darbas. Vadovas habil. dr. prof. B. Melnikas. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2014.

Magistro baigiamajame darbe išanalizuota ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo sistema ir jos efektyvumas, nustatytos administravimo metu kylančios problemos ir pateikti strateginiai pasiūlymai administravimo sistemos tobulinimui. Pirmoje darbo dalyje išnagrinėti šiuolaikinės sveikatos apsaugos samprata ir prioritetai, ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo politiniai dokumentai ir teisės aktai, ES paramos prioritetai ir šiuolaikinės viešojo administravimo teorijos, plėtojant sveikatos apsaugą. Antroje darbo dalyje aprašyta empirinių tyrimų, skirtų ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo tobulinimui, struktūra, bendra charakteristika ir metodologija. Trečioje dalyje pateikta išsami atliktų tyrimų analizė, įvardintos ES struktūrinės paramos administravimo problemos bei tobulinimo kryptys. Ketvirtoje darbo dalyje sukurtas ES struktūrinės paramos administravimo sveikatos apsaugai tobulinimo modelis bei pateikti strateginiai sprendimai administravimo tobulinimui.

**Pagrindiniai žodžiai:** ES struktūrinė parama, sveikatos apsauga, administravimo sistemos tobulinimas, struktūriniai fondai, asmens sveikatos priežiūros įstaigos.

## ANNOTACION

**Almašova V.** The improvement of the EU structural assistance to health care sector management / Master's Thesis in Management of Health Care Institutions. Supervisor PhD. dr. B. Melnikas.- Vilnius: Faculty of Politics and Management, Mykolas Romeris University, 2014.

In this master's thesis the EU structural assistance to health care sector, its management and efficiency are analysed, emerging problems during management are identified and strategic suggestions for improving management system are provided. The first part of this thesis analyses modern health care conception and priorities, the management political documents and legislation of the EU structural support for health care sector, the EU assistance priorities and theories of modern public administration in health care development. In the second part of the thesis the structure, general characteristics and methodology of empirical research, dedicated to management improvement of the EU structural assistance to health care sector, are described. The third part of the thesis provides a comprehensive analysis of research performed, names the management issues and improvement trends of the EU structural support. In the fourth part of the thesis the management improvement model of the EU structural assistance to health care sectors is formed as well as strategic solutions for management improvement are provided.

**Key words:** the EU structural assistance, health care sector, the improvement of management system, structural funding, health care institutions.

## SANTRAUKA

Nors ES struktūrinė parama sveikatos apsaugos sektoriui skirstoma ne pirmus metus, tačiau paramos administravimas nevyksta sklandžiai. Dėl sudėtingų vertinimo ir administravimo procedūrų ASPĮ nespėja laiku įsisavinti paramos lėšų. Tyrimo problema: kaip patobulinti ES struktūrinės paramos administravimą, kad ASPĮ efektyviau įsisavintų ES struktūrinės paramos lėšas. Iškelta tyrimo hipotezė – ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo sistema nėra pakankamai efektyvi. Tyrimo objektas - ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo sistema. Tyrimo tikslas - išanalizuoti ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo sistemą ir pasiūlyti sprendimus jos tobulinimui. Uždaviniai: išnagrinėti šiuolaikinės sveikatos apsaugos prioritetus bei viešojo administravimo teorinius modelius; išanalizuoti ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo politinius dokumentus ir teisės aktus; atlikti ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo sistemos analizę ir pateikti siūlymus jos tobulinimui.

Naudoti tyrimo metodai: mokslinės literatūros ir teisinių dokumentų analizė, statistinių duomenų, aprašomoji, lyginamoji, klasifikavimo analizės, kiekybinio ir kokybinio tyrimų duomenų analizė, ES paramos administravimo sistemos SSGG analizė. Magistro baigiamajame darbe išanalizuoti šiuolaikinės sveikatos apsaugos prioritetai ir viešojo administravimo teorijos, ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo politiniai dokumentai ir teisės aktai, aprašyta empirinių tyrimų, skirtų ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo tobulinimui metodologija bei atlikta šių tyrimų analizė, pateikti strateginiai sprendimai administravimo sistemos tobulinimui.

Atlikus išsamius tyrimus galima teigti, kad ES struktūrinių fondų parama ASP įstaigoms - svarbus investicijų finansavimo šaltinis. Lietuva kitų ES šalių kontekste išsiskiria, kaip viena efektyviausiai įsisavinančių ES struktūrinės paramos lėšas. Nustatyta, kad išaugo sveikatos apsaugos sektoriaus projektų skaičius. Įgyvendinat juos pagal skirtingas ES struktūrinės paramos veiksmų programų priemones, lėšų įsisavinimo procesas netolygus. Dauguma tyrime dalyvavusių apklaustųjų esminėmis problemomis įvardino sudėtingumą suplanuoti lėšas, ribotas projekto sritis ir tinkamas finansuoti veiklas, taip pat ribotą projekto įgyvendinimo laikotarpį. Kokybinis tyrimas atskleidė, kad ne visoms ASP įstaigoms buvo suteikta galimybė kreiptis dėl ES struktūrinės paramos pagal visas SAM išskirtas priemones, kadangi nebuvo įvardinti kaip tinkami pareiškėjai. Todėl siūloma supaprastinti ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimą reglamentuojančius teisės aktus ir administravimo procedūras; panaudoti informacines technologijas, į ES struktūrinės paramos kryptčių/priemonių planavimo procesą įtraukti ASP įstaigas, sudaryti galimybes daugiau įstaigų siekti į ES paramos.



## SUMMARY

Though the EU structural assistance to health care section has been allocated not for the first year, the management of support hasn't still been proceeding fluently. Through difficult evaluation and administration procedures, health care institutions (HCI) are not able to absorb aid funds on time. Research question: how to improve the management of the EU structural assistance that HCI would efficiently absorb the funds of the EU structural support. Research hypothesis - the management system of the EU structural assistance to health care sector is not efficient enough. Research object- the management system of the EU structural assistance to health care sector. The aim of the thesis- to analyse the management system of the EU structural assistance to health care sector and to propose solutions to its implementation. Objectives: to analyse priorities of modern health care and theoretical models of public administration; to analyse the management political documents and legislation of the EU structural assistance to health care sector; to perform management system analysis of the EU structural assistance to health care and provide suggestions to its improvement.

Such research methods were used in the thesis: the analysis of science literature and legal documents, descriptive, comparative, classification and statistical data analysis, quantitative and qualitative research data analysis, the SWOT analysis of the management system of the EU assistance. In this thesis modern health care priorities and theories of public administration, the management political documents and legislation of the EU structural assistance to health care sector are analyzed, empirical research dedicated to the management improvement of the EU structural assistance to health care sector is described and the analysis of this research is performed, as well as strategic solutions to management system improvement is provided.

After performing comprehensive research, it can be said that the EU structural funding support to HCI is an essential investment funding resource. Lithuania stands out from other EU countries as one of the most efficiently absorbing the EU structural support funds. It is determined that the project number in health care sector has increased. By implementing them under the means of the EU structural support action programme, the process of funding absorption is not even. For most respondents participating in the research the main issues were the difficulty planning the funds, limited project fields and eligible activities to fund as well as the limited period for project implementation. The qualitative analysis revealed that not all HCI have been given an opportunity to apply for the EU support under all identified measures by the Ministry of Health, because they haven't been named as suitable applicants. Consequently, it is proposed to simplify the legislation and management procedures regulating the management of the EU structural assistance to health care sector; to apply information technologies, to involve HCI to the trend/ measure planning process of the EU structural assistance, to enable more institutions to apply for the EU support.

**PRIEDAI**

## VŠĮ CENTRO POLIKLINIKOS ADMINISTRACIJOS DARBUOTOJŲ APKLAUSOS KLAUSIMYNAS

Ši apklausa atliekama rašant magistro darbą tema „Europos Sąjungos struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo tobulinimas“.

Apklausos tikslas - išsiaiškinti Poliklinikos skyrių/padalinių vadovų požiūrį į ES Struktūrinių fondų paramą bei nustatyti projektų administravimo ir įgyvendinimo metu kylančias problemas. Duomenų konfidencialumas garantuojamas. Dėkoju už bendradarbiavimą.

- 1. Įvardinkite, kuriam iš įstaigos padalinių/skyrių vadovaujate:**
  - Medicininės veiklos padaliniui
  - Bendrųjų reikalų padaliniui
  
- 2. Kiek laiko dirbate VŠĮ Centro poliklinikoje?**
  - Iki vienerių metų
  - Nuo 1 iki 4 metų
  - Nuo 5 iki 9 metų
  - Daugiau nei 10 metų
  
- 3. Jūsų išsilavinimas:**
  - Aukštesnysis vidurinis
  - Aukštasis neuniversitetinis
  - Aukštasis universitetinis
  
- 4. Jūsų amžius:**
  - Iki 24 metų
  - Nuo 25 iki 44 metų
  - Nuo 45 iki 54 metų
  - Daugiau nei 55 metai
  
- 5. Ar žinote kad įstaiga dalyvauja įgyvendinant ES fondų finansuojamus projektus (jeigu taip – pereiti prie sekančio klausimo)?**
  - Taip, įstaiga nuolat dalyvauja ne tik šių, bet ir kitų fondų finansuojamuose tiek vietinės, tiek tarptautinės reikšmės projektuose.
  - Taip, įstaiga nuolat, esant galimybei, dalyvauja ES fondų finansuojamuose projektuose.
  - Neteko girdėti/matyti/skaityti, kad įstaiga dalyvauja projektuose.
  
- 6. Apie kuriuos iš ES fondų finansuojamų projektų Jums žinoma, kad įstaiga dalyvavo/dalyvauja?**
  - „VŠĮ Centro poliklinikos darbuotojų kompetencijos tobulinimas užtikrinant kokybiškų paslaugų teikimą bei įstaigos prisitaikymą prie rinkos poreikių“.
  - „Ambulatorinių diagnostikos ir reabilitacijos paslaugų plėtra VŠĮ Centro poliklinikoje“.
  - „Energijos sąnaudų ir asmens sveikatos paslaugų kaštų mažinimas renovuojant VŠĮ Centro poliklinikos Vytenio ir Naujamiesčio filialus“
  - „Ambulatorinių Psichikos Sveikatos Priežiūros paslaugų plėtra Vilniaus apskrities gyventojams, įkuriant Dienos stacionarą (centrą) VŠĮ Centro poliklinikos Vytenio filiale“.
  - „Slaugos namuose ir paliatyviosios pagalbos elektroninė paslauga“
  - Neteko girdėti/matyti/skaityti, kad įstaiga dalyvauja projektuose.

- 7. Kam, Jūsų žiniomis, yra skiriamos ES fondų paramos lėšos:**
- Darbuotojų mokymams, jų kvalifikacijos kėlimui
  - Medicininės įrangos ir priemonių įsigijimui
  - Informacinių sistemų plėtrai
  - Kompiuterinės ir kitos įrangos, baldų įsigijimui
  - Pastatų renovacijai ir patalpų remontui
  - Bendradarbiavimo tarp įstaigų skatinimui
  - Kita (įrašyti).....
- 8. Kiek vidutiniškai trunką įgyvendinti ES fondų finansuojamą projektą?**
- Iki 1 metų
  - 1 - 2 metus
  - 2 - 3 metus
  - Daugiau nei 3 metus.
- 9. Su kokiomis problemomis susiduriama dažniausiai įgyvendinant ES fondų finansuojamus projektus?**
- Sudėtingi reikalavimai paraiškai, projektui, dokumentų pateikimui
  - Ribos maksimaliai projekto vertei
  - Ribotas projekto įgyvendinimo laikotarpis
  - Ribotos projekto sritys ir tinkamos finansuoti veiklos
  - Sudėtingos viešųjų pirkimų procedūros
  - Prasta paslaugų/prekių tiekėjų/darbuotojų rangovų kokybė/vėlavimai
  - Sudėtinga tiksliai suplanuoti lėšas, todėl atsiranda papildomų sąnaudų
  - \*Įstaigos, vertinančios projektą, taisyklės ir reikalavimai (ilgas dokumentų derinimo, vertinimo/tvirtinimo laikotarpis
  - Kita (įrašyti).....
  - .....
- 10. Kas turėtų rengti įstaigos investicinius projektus?**
- Konsultacinė įmonė, laimėjusi viešąjį konkursą
  - Projektų ir viešųjų pirkimų skyriaus darbuotojai, kartu su kitų padalinių/skyrių darbuotojais
  - Kiti darbuotojai.
- 11. Kas turėtų įgyvendinti ir administruoti įstaigos ES fondų lėšomis finansuojamus projektus?**
- Direktorius įsakymu paskirta projekto valdymo grupė
  - Direktorius įsakymu paskirta projekto valdymo grupė ir konsultacinė įmonė, teikianti projekto administravimo paslaugas
  - Tik konsultacinė įmonė, teikianti projekto administravimo paslaugas.
- 12. Kokia, Jūsų nuomone, ES fondų įtaka (nauda) įstaigai?**
- Didelė
  - Vidutinė
  - Maža
  - Nėra.
- 13. Kam, Jūsų nuomone, turėtų būti skirta ES fondų parama (įvardinti), kad nauda įstaigai išaugtų?**
- Pirminei asmens sveikatos priežiūrai
  - Antrinei asmens sveikatos priežiūrai
  - Slaugai

- Laboratorijos veiklai užtikrinti
- Psichikos sveikatai
- Dienos stacionaro veiklai
- Visuomenės sveikatos programoms
- Registratūros veiklai
- Rentgeno veiklai
- Naujų paslaugų sukūrimui ir realizavimui
- Pastatų/patalpų remontui
- Baldams
- Medicinos įrangai ir priemonėms
- Kompiuterinei
- IS plėtrai
- Įstaigos veiklos procesų optimizavimui
- Darbuotojų apmokymui
- Bendradarbiavimo skatinimui
- Viešinimui (renginiams, straipsniams, lankstinukams ir kt.)
- Kita (įrašyti).....
- .....

**14. Ką siūlytumėte patobulinti ES fondų finansuojamų projektų administravimo sistemoje, kad ji taptų efektyvesnė (įrašyti)?**

.....

.....

.....

## INTERVIU KLAUSIMAI VŠĮ CENTRO POLIKLINIKOS ADMINISTRACIJOS VADOVAMS

Šis interviu atliekamas rašant magistro darbą tema „Europos Sąjungos struktūrinės paramos sveikatos apsaugai administravimo tobulinimas“.

Interviu tikslas - išsiaiškinti Poliklinikos darbuotojų, tiesiogiai dalyvaujančių projektų rengime, įgyvendinime ir administravime, požiūrį į ES Struktūrinių fondų paramą sveikatos apsaugos sektoriui, paramos naudą, nustatyti pagrindines projektų administravimo ir įgyvendinimo metu kylančias problemas.

Duomenų konfidencialumas garantuojamas. Dėkoju už bendradarbiavimą.

### Interviu klausimai:

1. Kokia, Jūsų nuomone, yra ES struktūrinės paramos nauda asmens sveikatos priežiūros įstaigai?

2. Kaip manote, kurie ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugai projektai/kryptys/priemonės įgyvendinama sėkmingai ir kurie sudėtingiau? Su kokiomis esminėmis problemomis susiduriate įgyvendinant įstaigos projektus?

3. Ką siūlytumėte tobulinti ES struktūrinės paramos, skirtos sveikatos apsaugos sektoriui, administravime?

4. Kaip manote, ar 2007-2013 m. ES struktūrinės paramos kryptys ir priemonės, skirtos sveikatos apsaugos sektoriui, buvo naudingos? Kokias kryptis/priemones siūlytumėte įtraukti planuojant 2014-2020 m. ES struktūrinę paramą sveikatos apsaugos sektoriui, kad padidėtų nauda asmens sveikatos priežiūros įstaigai ir pacientams?

## 3 PRIEDAS

1 lentelė. ES struktūrinių fondų lėšų įsisavinimo efektyvumas pagal įvairias sveikatos apsaugos projektų priemones

Priemonė	Skirtas ES finansavimas, mln. Lt.	Išmokėtos lėšos, mln. Lt	Išmokėtos lėšos, proc.
VP3-2.1-SAM-01-V	156,474	129,265	82,61
VP3-2.1-SAM-02-V	175,685	124,169	70,68
VP3-2.1-SAM-03-V	27,274	27,274	100,00
VP3-2.1-SAM-04-V	169,688	139,863	82,42
VP3-2.1-SAM-05-V	11,047	10,367	93,85
VP3-2.1-SAM-06-V	14,934	13,896	93,05
VP3-2.1-SAM-07-V	0,653	0,652	99,79
VP3-2.1-SAM-08-R	35,041	28,498	81,33
VP3-2.1-SAM-09-R	8,507	7,197	84,60
VP3-2.1-SAM-10-V	348,865	263,317	75,48
VP3-2.1-SAM-11-R	14,031	13,705	97,68
VP3-2.1-SAM-12-K	17,293	16,642	96,24
VP1-1.1-SADM-10-V	59,474	56,913	95,69
VP2-3.1-IVPK-10-V	73,500	9,058	12,32
VP2-3.1-IVPK-11-V	22,938	3,284	14,31
<b>Viso:</b>	<b>1135,403</b>	<b>844,098</b>	<b>74,34</b>

2 lentelė. VšĮ Centro poliklinikos gautos pajamos 2009-2013 m.

Eil. Nr.	Finansavimo šaltiniai	ES gautos lėšos pagal metus, Lt.				
		2009 m.	2010 m.	2011 m.	2012 m.	2013 m.
1.	Viso įstaigos pajamos, Lt.	40064790	47994090	51001840	48046500	49194260
1.1.	Iš jų ES lėšos, Lt.		5338161	4975530	979717	1135470
2.	ES lėšų dalis nuo pajamų, proc.		11,1	9,8	2,1	2,3

## VšĮ Centro poliklinikos įgyvendinti/įgyvendinami projektai 2010-2013 m.

Eil. Nr.	Projekto pavadinimas	Skirta ES parama, tūkst. Lt	ES fondų priemonė	Projekto laikotarpis	Gautos ES lėšos, tūkst. Lt			
					2010 m.	2011 m.	2012 m.	2013 m.
1.	„VšĮ Centro poliklinikos darbuotojų kompetencijos tobulinimas užtikrinant kokybiškų paslaugų teikimą bei įstaigos prisitaikymą prie rinkos poreikių“	5473	VP1-1.1-SADM-06-K	2009 – 2011 m.	2425,309	2221,55		
2.	„Ambulatorinių diagnostikos ir reabilitacijos paslaugų plėtra VšĮ Centro poliklinikoje“	3800,1	VP3-2.1-SAM-10-V	2009 – 2011 m.	1634,252	2157,082	8,766	
3.	„Energijos sąnaudų ir asmens sveikatos paslaugų kaštų mažinimas renovuojant VšĮ Centro poliklinikos Vytenio ir Naujamiesčio filialus“ I ir II etapai“	1689,3	VP3-3.4-ŪM-04-R	2009-2011 m.	1254,400	256,9	178	
4.	Ambulatorinių Psichikos Sveikatos Priežiūros paslaugų plėtra Vilniaus apskrities gyventojams, įkuriant Dienos stacionarą (centrą) VšĮ Centro poliklinikos Vytenio filiale“	1054,8	VP3-2.1-SAM-08-R	2009-2012 m.	24,2	339,998	646,978	40,557
5.	„Slaugos namuose ir paliatyviosios pagalbos elektroninė paslauga“	1500	VP2-3.1-IVPK-11-V	2009-2011 m.			145,973	1094,913
	<b>Viso, tūkst. Lt</b>	<b>13517,2</b>			<b>5338,161</b>	<b>4975,530</b>	<b>979,717</b>	<b>1135,470</b>

\*Į ES paramos lėšas įskaičiuota ir Valstybės biudžeto (15 proc.) dalis.