


## Trečiojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapo vertinimas

**Birutė Jogaitė**

*Kauno priklausomybės ligų centras  
Giedraičių g. 8, 44148 Kaunas*

 <http://dx.doi.org/10.5755/j01.ppa.15.1.14696>

**Anotacija.** Straipsnyje atskleidžiami kokybinio tyrimo metu gauti duomenys, atspindintys trečiojo restruktūrizacijos etapo rezultatus vertinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės pokyčius. Analizuojami stacionariųjų paslaugų pokyčių rodmenys, sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo kaita ir sveikatos priežiūros įstaigų tinklo optimizavimas. Pateikti įrodymai laikomi gerosios praktikos pavyzdžiu, užtikrinančiu pokyčių sėkmingumą, dėl to siekiant išanalizuoti gautus reformos rezultatus pasitelkti 10 pusiau struktūrizuoti interviu su trečiojo restruktūrizacijos etapo rengėjais, įgyvendintojais ir praktikais. Tyrimo rezultatų analizė atskleidė, kad pagrindiniu trečiojo etapo privalumu įvardijama ambulatorinių paslaugų plėtra, o daugiausia pertvarkos trūkumų išvelgia rajono ligoninėse dirbantys tyrimo dalyviai. Šiose ligoninėse išskiriamas paslaugų prieinamumo pablogėjimas, finansinių išteklių stoka ir baimė dėl ateities pertvarkų. Nepaisant to, stacionaro ir akušerijos skyrių uždarymas vertinamas konstruktyviai akcentuojant padidėjusį paslaugų saugumą. Šie rezultatai parodo galimas ateities pertvarkų kryptis ir problemas, kurios vis dar išlieka neišspręstos.

**Raktažodžiai:** sveikatos reforma, vertinimas, paslaugų prieinamumas, kokybė, Lietuva.

**Keywords:** health care reform, evaluation, availability of services, quality, Lithuania.

### Įvadas

Lietuvos Nepriklausomybės atgavimas tapo nauja pradžia sveikatos sektoriui. Nuo to laiko vis labiau orientuojamasi į sprendimus, paremtus gerąja praktika. Palaipsniui imta suvokti, kad reformų procese neužtenka remtis pavieniais tyrimais, nuomone, intuicija ar vertybėmis. Atsirado būtinybė integruoti įvairius duomenis, faktus ir praktinius aspektus siekiant optimalaus rezultato [1]. Taip pradėta vadovautis holistiniu modeliu, kur ne tik organizmo gydymas suvoktas kaip visuminis procesas,

bet ir iškelta geros sveikatos palaikymo strategija, akcentuojanti prevenciją, pačių pacientų atsakomybę už sprendimus, lemiančius jų sveikatą, teigiamą pasaulėžiūrą ir žmogaus organizmo įgimto sveikimo galią [22]. Remiantis šia paradigma Lietuvoje, įgyvendinant sveikatos reformą, įvykdyta trijų pakopų ilgalaikė sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija.

Trečiuoju sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapu turėjo būti užbaigtas beveik aštuonerius metus trukęs darbas ir įgyvendinti numatyti uždaviniai. Galiausiai 2012 m. numatyta įvertinti pasiektus rezultatus. Parengta socialinės informacijos centro (toliau – SIC) galutinė ataskaita atskleidė pacientų ir visuomenės sveikatos priežiūros specialistų pasitenkinimą/ nepasitenkinimą konkrečiai išskirstytomis paslaugomis [29]. Tačiau pasigendama detalesnės analizės, kaip trečiojo restruktūrizacijos etapo įgyvendinti uždaviniai pakeitė visą Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą, organizacinius, ligoninių infrastruktūros ir finansavimo aspektus. Dėl šios priežasties šiame straipsnyje pateikiant gautus tyrimo rezultatus siekiama atskleisti trečiojo etapo nulemtus pokyčius. *Tyrimo objektas*: trečiojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo įgyvendinimo procesas ir rezultatai. *Straipsnio tikslas*: išanalizuoti trečiojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapo rezultatus. Siekiant išanalizuoti reformos pokyčius, pasitelktas *kokybinis tyrimas*. Jam taikyti atlikti 10 pusiau struktūrizuoti interviu su trečiojo restruktūrizacijos etapo rengėjais, įgyvendintojais ir praktiškai su rezultatais susiduriančiais sveikatos priežiūros srityje dirbančiais rajoninių bei regioninių ligoninių specialistais. Kokybinis tyrimas atliktas 2014 m. kovo–balandžio mėnesiais. 3 interviu atlikti su vyr. specialistėmis, dirbančiomis Sveikatos apsaugos ministerijoje, o kiti su Kaišiadorių ligoninės, Naujosios Akmenės ligoninės, Druskininkų ligoninės, Marijampolės ligoninės darbuotojais ir Tauragės ligoninėje dirbančia gydytoja. Trečiojo restruktūrizacijos etapo rezultatai atskleidžiami gilinantį į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės, stacionariųjų paslaugų, finansavimo kaitą ir sujungtų ligoninių rezultatus.

Konkrečiai trečiąjį restruktūrizavimo etapą nagrinėjo gana mažai mokslininkų. B. Goštautaitė, D. Jankauskienė ir V. Išganaitis atliko tyrimą apie pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pasitenkinimą teikiamų paslaugų kokybe bei prieinamumu [4]. Nemažą dėmesį šiai temai skyrė D. Jankauskienė, nagrinėjusi sveikatos politikos kryptis ir ateities tendencijas [5]. Taip pat J. Kumpienė, O. Sužiedelytė, kurios orientavosi į visą restruktūrizacijos procesą [12]. Tuo tarpu R. Kalėdienės [8]; V. Kanopienės ir S. Mikulionienės [10]; S. Šileikaitės ir R. Kudukytės-Gasperės [25] ir kt. mokslininkų darbuose sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacija – šalutinė tema. Analizuojant literatūrą galima išvelgti, kad daugelis autorių analizuoja šią temą kaip vientisą reiškinį neišskirdami individualių jos etapų. Trečiojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo pavieniai rezultatai paminimi tik Sveikatos apsaugos ministerijos rezultatų analizės ataskaitoje [24], Valstybinėje audito ataskaitoje [28] ir SIC atliktoje galutinėje vertinimo ataskaitoje [29]. Taigi, galima teigti, kad trečiojo etapo analizė ir rezultatų įvertinimas – mažai tyrinėta tema. Dėl šios priežasties straipsnyje orientuojamasi į reformos

konstruktyvius / destruktyvius pasiekimus bei pokyčius, kurie itin svarbūs šiuo metu įgyvendinant restruktūrizacijos tęstinumą – ketvirtąjį etapą.

### **Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo pokyčiai**

LR Konstitucijos 53 str. nurodyta, kad „valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus“ [14]. Tai lemia, kad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje sudaro esminį visos sveikatos sistemos pagrindą. Todėl siekis gerinti šią sritį laikomas itin reikšminga sveikatos politikos formuotojų ir įgyvendintojų užduotimi.

Vertinant įvykusius paslaugų prieinamumo pokyčius rajono ligoninėse išryškėja, kad daugelyje šio tipo gydymo įstaigų uždarius chirurgijos, akušerijos ir reanimacijos II (antrinio lygio reanimacijos-intensyviosios terapijos paslaugos) skyrius, geografinis prieinamumas, t. y. vertinant atstumą iki įstaigos, kur teikiamos tam tikro tipo paslaugos, pablogėjo. Rajoninių ligoninių atstovai pabrėžia, kad atsirado didesnė grėsmė šioms paslaugoms atitolti nuo pacientų. Tačiau, kaip teigia Sveikatos apsaugos ministerijos darbuotoja, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas negali būti vertinamas tiesiogiai. Akcentuojama prieinamumo prie šeimos gydytojų svarba: „*Tuo tarpu paslaugų prieinamumas negali būti suprantamas apskritai prie bet kokios paslaugos. Prieinamumas pasaulyje suprantamas kaip prieinamumas prie šeimos gydytojo.*“ [SAM vyriausioji specialistė nr. 1]

Pasak M. Sriubo, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas nustatomas atsižvelgus į tris kriterijus: laiką, per kurį gaunama paslauga, jos tinkamumą geografiniu požiūriu ir medicininių poreikių, atitinkančių įgūdžius ir išteklius, teikimo užtikrinimą [23]. Dėl šios priežasties, vertinant ligonines, o ne pirminės sveikatos priežiūros centrus, galima manyti, kad į jas patenka sunkūs pacientai, kuriems reikalinga skubi medicininė pagalba, todėl prieinamumo prie šeimos gydytojo veiksnys, nors iš esmės svarbus, šiuo atveju netikslingas pagrindžiant prieinamumo pokyčius ligoninėse. Vis dėlto šių paslaugų panaikinimas numatytas tik tose ligoninėse, kurios nutolusios nuo didesnės gydymo įstaigos ne daugiau kaip 50 km. Tai rodo, kad bandyta išlaikyti pusiausvyrą tarp atitinkamų paslaugų netekties ir grėsmės pacientų sveikatai.

Prieinamumo kontekste išryškėja ir kitos dėl restruktūrizacijos paastrėjusios problemos: komunikacijos tarp ligoninių stygius ir padidėjusios eilės. Tai pabrėžia beveik visi tyrimo dalyviai, todėl galima teigti, kad laiko, per kurį patenkama pas reikiamą sveikatos priežiūros specialistą, rodiklis, įgyvendinus trečiąjį restruktūrizavimo etapą, galėjo pablogėti dėl sumažėjusių tam tikrų paslaugų teikėjų skaičiaus. Sveikatos apsaugos ministerijos rezultatų analizės ataskaitoje pabrėžiama, kad įgyvendinus paslaugų restruktūrizavimą ligonių srautai persiskirstė. Iš rajoninių ligoninių jie persikėlė į regiono ar respublikos lygmens gydymo įstaigas [24]. Tačiau pasak informantės, dirbančios SAM, šiame etape nebuvo sprendžiama ilgų eilių problema: „*Tačiau eilių klausimo trečiojo etapo kontekste mes nelabai analizavome ir tik šiuo metu SAM pradėjo gilintis į eiles.*“ [SAM vyriausioji specialistė nr. 2]

Remiantis tuo pastebima, kad tam tikrų skyrių uždarymas galėjo pabloginti ne tik

geografinį, bet ir laiko, per kurį patenkama pas reikiamą specialistą, prieinamumą. Vadinasi, rengiant trečiąjį restruktūrizacijos etapą nebuvo visapusiškai įvertinta paslaugų prieinamumo sąlyga. SIC galutinė ataskaita patvirtina, kad per trečiąjį restruktūrizacijos etapą prieinamumas prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų pagerėjo, tačiau prie stacionarinių ir kito panašaus tipo paslaugų – blogėjo. Be to, pabrėžiama, kad restruktūrizacijos paliestuose rajonuose neigiama linkme kito ne tik komunikacinis, bet ir ekonominis prieinamumas [29]. Tai galima sieti su padidėjusiu finansiniu poreikiu, norint nuvykti į geografiškai nutolusį sveikatos priežiūros centrą. Šį argumentą patvirtina ir I. Tamutienės, I. Černiauskaitės bei A. Sruogaitės atliktas tyrimas, kuriame išryškėjo, kad kaimo gyventojams, ypač pensinio amžiaus, susisiektis su sveikatos priežiūros įstaigomis yra didelė finansinė našta [26]. Dėl šios priežasties trečiojo restruktūrizacijos etapo kontekste išryškėja ne tik padidėjusių eilių, bet ir paslaugų prieinamumo blogėjimo rajono gyventojams tendencijos.

### Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas

Paslaugų kokybės analizė – sudėtingas procesas. Dėl šios priežasties kokybei įvertinti pasitelkiamos įvairios priemonės. Kaip teigia D. Jankauskienė, pacientų nuomonė apie pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis laikoma svarbiu įrankiu stebint ir tobulinant Lietuvos sveikatos sistemos paslaugas [6]. Tačiau šiame tyrime analizuoti sveikatos priežiūros specialistų atsiliepimai, padėję atskleisti vidinius paslaugų kokybės pokyčius ir laikyti ne mažiau svarbiais įrodymais reformų procese. Druskininkų ligoninės darbuotojas pažymi, kad esminis šios srities trūkumas – bendros kokybės vertinimo sistemos nebuvimas Lietuvoje: „*Kokybės vertinimo sistemos Lietuvoje neturime, taigi tai labai ambicingas klausimas.*“ Remiantis Valstybinio audito ataskaita galima teigti, kad mūsų šalyje nėra bendros sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistemos. Tai lemia, kad nacionaliniu lygmeniu nepatvirtinti asmens sveikatos priežiūros kokybės rodikliai, nevykdoma minėtos srities stebėseną, apimanti būklės analizę, kokybės uždavinių nustatymą ir nuoseklų įgyvendinimą, rezultatų vertinimą ir tolimesnių veiksmų planavimą [18]. Atsižvelgus į tai galima teigti, kad Lietuvos mastu kokybę analizuojama tik iš subjektyviosios, t. y. vartotojų ir specialistų, nuomonių pusės, o objektyvūs pokyčių rezultatai lieka sunkiai įžvelgiami ir nefiksuojami. Todėl sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas išlieka itin painus ir sudėtingas tyrimo aspektas.

Analizuojant kitų informantų interviu išryškėja, kad paslaugų kokybę dažnai siejama su paslaugų saugumu. Kaip teigia SAM darbuotoja, rajono ligoninėse atsisakius chirurgijos ir akušerijos paslaugų jos tapo saugesnės, o kartu ir kokybiškesnės: „*Paslaugos tapo saugesnės ir kokybiškesnės. <...> Todėl buvo nustatytos paslaugų apimtys, nuo kokio skaičiaus toks skyrius negali egzistuoti, nes jis neužtikrina saugumo, o kartu ir paslaugų kokybės nei gimdyvei, nei operuojamam ligoniui, nei gimstančiam kūdikiui.*“ [SAM vyriausioji specialistė nr. 3] Jai pritaria ir kita SAM specialistė: „*O iš esmės galima manyti, jog paslauga bus saugi, jei gimdymai bus priimami bent kiekvieną dieną, kad daktarai palaikytų savo*

*kvalifikaciją, kad įgūdžių neprarastų.*“ [SAM vyriausioji specialistė nr. 2] Kaip teigiama Valstybinėje audito ataskaitoje, saugumas – vienas iš kokybės rodiklių šalia paslaugų prieinamumo, priimtinum, rezultatyvumo ir kitų svarbių veiksnių [18]. Tai lemia, kad vertinant paslaugų kokybę saugumo aspektu, galima manyti, jog įgyvendinus trečiąjį restruktūrizavimo etapą, paslaugų kokybę pagerėjo uždarius skyrius, suteikiančius mažą medicininių paslaugų kiekį ir kartu neužtikrinančius reikiamos darbuotojų kvalifikacijos. Tai siejama ir su menkomis rajoninių ligoninių medicininėmis technologijomis, kurios sutelktos aukštesnio lygio gydymo įstaigose. Tam pritaria pačių ligoninių atstovai: „*Aš negaliu prieštarauti, kad blogai, jog operacijos atliekamos, ar moterys gimdo tose įstaigose, kur viskas yra, tai tikrai žiūrima paciento saugumo*“ [Kaišiadorių ligoninės darbuotoja]. Kaišiadorių ligoninėje dirbanti informantė pabrėžia, kad trūko specialistų, mažėjo operacijų, gimdymų skaičius, todėl skyrių uždarymas laikomas konstruktyviu veiksmu.

Tačiau paslaugų kokybės kontekste išryškėja kita trečiojo restruktūrizacijos etapo nulemta problema, t. y. reanimacijos II, kur teikiamos antrinio lygio reanimacijos-intensyviosios terapijos paslaugos, skyriaus uždarymas. Ypač skaudžiai tai atsiliepė rajono lygmens ligoninėms. Vertinant skubią medicininę pagalbą, apklausti tyrimo dalyviai pabrėžė, kad reanimacijos II uždarymas sumenkino tiek paslaugų kokybę, tiek saugą.

Kaip teigiama LR sveikatos apsaugos ministro įsakyme Nr. V-827 1 str., „reanimacijos ir intensyviosios terapijos (reanimacijos I-II) paslaugos teikiamos ligoniams, kuriems liga ar nelaimingas atsitikimas gali sukelti ūmius gyvybinių funkcijų sutrikimus“ [17]. Tai rodo, kad ši paslauga teikiama esant sunkiai žmogaus sveikatos būklei siekiant atkurti normalias gyvybines funkcijas. Dėl šios priežasties pastebima, kad reanimacijos II paslaugų uždarymas, ypač vertinant jų saugumą, gali būti laikomas destruktviu reformos aspektu kokybei, kadangi ši paslauga atitolo nuo paciento. Apskritai tokiu atveju laikas tampa svarbiausiu veiksniu, nulemiančiu tolesnę paciento sveikatą, todėl taikant rajono ligoninėse reanimacijos I paslaugas adekvatu būtų taikyti ir reanimaciją II. Šiuo atveju pasigendama įrodymų, pagrindžiančių tokį reformos krypties pasirinkimą. Todėl reanimacijos II panaikinimas gali būti laikomas trečiojo restruktūrizacijos etapo sprendimu, neatitinkančiu numatytų programos tikslų ir neužtikrinančiu paslaugų saugumo, o kartu ir kokybės. Tačiau chirurgijos ir akušerijos paslaugų atsisakymas vis dėlto laikomas teisinga reformos kryptimi.

### **Stacionarinių paslaugų pokytis**

Siekis mažinti stacionarines paslaugas išryškėja visuose trijuose restruktūrizacijos etapuose. Tai grindžiama faktais, kad šios paslaugos laikomos ekonomiškai neefektyviomis. Kaip teigia M. Marcinkevičius, Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose teikiamų paslaugų kainų vidurkiai rodo, kad stacionarines paslaugas pakeitus ambulatorinėmis, už tą pačią kainą galima išgydyti 5–6 pacientais daugiau [19]. Tad pastebima, kad uždaviniai mažinti hospitalizacijos rodiklius orientuoti į finansinius motyvus siekiant jas pakeisti ekonomiškai efektyvesnėmis

paslaugomis. Tuo tarpu Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – SAM) trečiojo restruktūrizacijos etapo rezultatų analizės ataskaitoje nurodoma, kad trečiojoje reformų programoje užsibrėžtas hospitalizacijos rodiklis nebuvo pasiektas tai siejant su oficialiu gyventojų skaičiaus sumažėjimu po visuotinio gyventojų surašymo [24]. Šiuo atveju pasigendama konkretesnių duomenų, lemiančių minėtus rezultatus, todėl analizuojant tyrimo dalyvių interviu bandoma atskleisti ir kitas išlikusių aukštų hospitalizacijos rodiklių priežastis.

Kaip rodo tyrimo rezultatai, įgyvendinus trečiąjį restruktūrizavimo etapą hospitalizacijos rodikliai iš esmės nepasikeitė ir daugeliu atvejų išliko panašūs kaip ir ankstesniais metais. Pabrėžtina, kad šis reformos kriterijus vertinamas kaip prasčiausiai įgyvendintas. Tačiau nagrinėjant įvairias SAM ataskaitas susiduriama su informacijos stoka, realiai paaiškinančia tokios situacijos susiformavimą. Remiantis Druskininkų ligoninėje dirbančio informanto interviu, aukštus hospitalizacijos rodiklius galima sieti su problemomis pirmame sveikatos priežiūros lygmenyje: *„Kai tinkamai bus atliekamas darbas iki stacionaro, tuomet mažesnis krūvis teks ligoninėms. [Druskininkų ligoninės darbuotojas] Šis informantas akcentuoja, kad stacionarizavimo mažinimui svarbios dvi pokyčių kryptys: ambulatorinių paslaugų efektyvumo didinimas ir bendradarbiavimo tarp įvairių sveikatos priežiūros lygių užtikrinimas, sprendžiant lėtinių ligų sukeltas bei socialines pacientų problemas. Kaip teigiama Nacionaliniame sveikatos tarybos metiniame pranešime, sveikatos priežiūros kokybei užtikrinti reikšmingas pirminis lygmuo, t. y. pirminės sveikatos priežiūros komandos bendradarbiavimas su socialiniais darbuotojais, socialinės priežiūros tarnybomis ir kitų visuomeninių sektorių atstovais [20]. Tuo tarpu 2012 m. Nacionaliniame sveikatos tarybos metiniame pranešime didžiausias dėmesys skiriamas gyventojų senėjimui ir pacientų gyvenimo trukmės ilgėjimui. Taip pat akcentuojamas tarpžinybinis bendradarbiavimas, kur į žmogaus sveikatą žiūrima holistiškai apimant įvairius individo gyvenimo aspektus [20]. Tai rodo, kad šio informanto paminėti hospitalizacijos mažinimo aspektai nepasiekti ir dėl pačios sistemos neefektyvaus funkcionavimo, ir dėl blogėjančių Lietuvos demografinių rodiklių. Šį aspektą pamini ir Marijampolės ligoninėje dirbanti specialistė: „Didžiausia problema hospitalizavimo mažinimas. Nors ir labai išaugo ambulatorinių konsultacijų skaičius, dienos stacionaro ir dienos chirurgijos plėtra, dėl gyventojų senėjimo ir pirminio lygio problemų kuomet ambulatorinio skyriaus neužtikrintas darbas 24 val. per parą, mažinti hospitalizavimą yra labai sudėtinga.“ [Marijampolės ligoninės darbuotoja]*

Remiantis šiais ir anksčiau paminėtais duomenimis galima manyti, kad gyventojų senėjimas ir pirminio lygmens efektyvaus funkcionavimo problemos reikšmingai didina hospitalizacijos rodiklius. Vertinant Lietuvos demografinę situaciją galima teigti, kad trečiasis restruktūrizacijos etapas kaip trumpalaikis reformos procesas nebuvo orientuota į „sveiko senėjimo“ tendencijas, kas pabrėžiama Nacionaliniame sveikatos tarybos metiniame pranešime [21]. Šiam procesui reikalingos įvairios ir intensyvios priemonės bei ilgas laiko tarpas siekiant gerų rezultatų. Taigi atsižvelgiant į senėjančių visuomenę, „sveiko senėjimo“ tendencijos

tampa esminėmis siekiant pasiekti užsibrėžtus stacionarizavimo rodiklius. Tuo tarpu ambulatorinis lygmuo, kaip prioritėtinė trečiojo reformų etapo kryptis, stiprinta tam tikromis priemonėmis: plečiant šeimos gydytojo kompetenciją, finansiškai skatinant už pacientų prisirašymą pas šeimos gydytoją, išlaikant balo vertę gydytojų mokamų priedų ir kitais būdais [24]. Tačiau, kaip pabrėžia Druskininkų ligoninės darbuotojas, ambulatorinės paslaugos teikiamos tik tam tikromis dienomis ir tam tikrą laiką. Tai lemia, kad ir ateityje bus sunku prognozuoti ligonių skaičių, kadangi visą parą veikiančios ligoninės išlieka pagrindiniu pagalbos teikimo objektu. Kaišiadorių ligoninės atstovė pamini dabartinius ir ateities sveikatos iššūkius: „*Bet reikia visuomet atsiminti, kad yra amžius, žmonės senėja ir poreikis guldymams didėja.*“ Pasak V. Lesauskaitės ir J. Macijauskienės, hospitalizacijų skaičius tarp 65 metų ir vyresnių žmonių žymiai didesnis ir linkęs augti, todėl ilgėja bendra gulėjimo trukmė. Dėl šios priežasties minėtos mokslininkės rekomenduoja steigti ir plėsti geriatrijos paslaugas, orientuotas į visapusiškas sveikatos paslaugas senyvo amžiaus žmonėms ir kuo didesnio savarankiškumo išsaugojimą. Tuomet galima tikėtis, kad stacionarinės paslaugos bus tikslingai nukreiptos tik į ūmių susirgimų gydymą, o ne senatvės prevenciją [13].

Atsižvelgus į aukščiau paminėtas stacionarizavimo rodiklių problemas, beveik visi informantai pabrėžia, kad pacientų guldymų skaičius įgyvendinus trečiąjį restruktūrizavimo etapą žymiai nepasikeitė. Tai akivaizdu tiek rajoninėse, tiek regioninėse ligoninėse. Kaip teigia V. Kalibatas, „vertinant stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą, nėra pakankamai objektyvu pasikliauti vien tik įprastiniais ir labiausiai paplitusiais vidutinės gulėjimo trukmės, lovos funkcionavimo rodiklio, lovų fondo panaudojimo ir lovos apyvartos rodikliais“. Šiuo atveju rekomenduotina atsižvelgti į stacionarinio gydymo atvejų struktūrą ir sąnaudas [9]. Tuo tarpu analizuojant LR Vyriausybės nutarimą „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“ išryškėja, kad vertinant hospitalizacijos rodiklius remtasi būtent šiais rodikliais ir jų palyginimu su užsienio šalimis [15]. Taigi galima teigti, kad hospitalizacijos kriterijui pasiekti, šalia senėjančios visuomenės, galėjo trukdyti ir siauras požiūris į esamą situaciją bei duomenų stoka.

### **Sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo vertinimas**

Sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas ir ligoninių išlaikymas remiasi privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis ir valstybės bei savivaldybių išlaidomis sveikatinimo veikloms. Tačiau didžiausias indėlis tenka privalomajam sveikatos draudimo fondui. Kaip teigia J. Kumpienė, šis fondas sveikatos priežiūrai skiria apie 90 proc. visų lėšų [11]. Dėl šios priežasties sveikatos sistemos finansavimas itin susijęs su šalies ekonomine situacija, žmonių pragyvenimo ir nedarbo lygiu šalyje. Kaip teigiama Europos Komisijos leidinyje, finansinis spaudimas sveikatos sistemai gali padėti peržiūrėti ir koreguoti sveikatos politiką ieškant efektyvesnių ir veiksmingesnių sprendimų [2]. Tai ypač atsispindi trečiojoje sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo strategijoje, kur numatyti

tiksiai ir uždaviniai nemaža dalimi orientuoti į siekį racionaliau naudoti sveikatos sektoriaus lėšas [15]. Galima pabrėžti, kad šiame dokumente finansavimo mažinimas, nors ir glaudžiai susijęs su kitais uždaviniais (paslaugų kokybės gerinimu, ambulatorinių paslaugų plėtra), vis dėlto dominuojantis. Dėl šios priežasties svarbūs ligoninių finansavimo pokyčiai trečiojo restruktūrizavimo etapo rezultatų kontekste.

Sveikatos apsaugos ministerijoje dirbanti specialistė pažymi, kad numatytos pertvarkos kryptys buvo glaudžiai susijusios su prasidėjusia ekonomine krize. Ši informantė teigia, kad finansinių išteklių taupymas buvo reikalingas siekiant išlaikyti funkcionuojančią sveikatos sistemą. Nors ir pabrėžiamas paslaugų saugumas, galima manyti, kad orientacija į finansus ir išlaidų apkarpyimą tapo svarbia trečiosios reformos kryptimi. Tai patvirtina ir kita Sveikatos apsaugos ministerijoje dirbanti darbuotoja: „*Žinoma, kad nemaža dalimi šios programos uždaviniai buvo orientuoti į taupymą, nes tuo metu kaip tik buvo ekonominė krizė ir reikėjo priimti kažkokius radikalius sprendimus, ir patirtis bei visi kiti įrodymai vedė į tai, kad reikėjo sugalvoti, kaip racionaliai panaudoti dar sumažėjusias lėšas, todėl buvo toks sprendimas priimtas.*“ [SAM vyriausioji specialistė nr. 2] Pasak šios informantės, Lietuvos ekonominės situacijos rimtumas lėmė radikalius reformos sprendimus. Dėl to, galima manyti, prasidėjusi krizė pakoregavo pertvarkos kryptis, planus, o kartu ir rezultatus. Tuomet atsiranda dviprasmiškumas vertinant pačią programą: kiek esant tokiai rimtai ekonominei situacijai trečiuoju etapu siekta sustiprinti egzistuojančią sveikatos sistemą bei paslaugas, o kiek sumažinti finansines sistemos išlaidas. Sveikatos reformos apibrėžime nurodoma, kad reforma – darnus procesas, nukreiptas į sveikatos sektoriaus veiklos ir gyventojų sveikatos būklės gerinimą [7]. Tačiau šiuo atveju galima teigti, kad trečiasis etapas tapo siekiu išlaikyti funkcionuojančią sveikatos sistemą. Ta kryptimi pasirinkti ir pertvarkos uždaviniai. Kaip teigiama Europos Komisijos leidinyje, sudėtingos makroekonominės sąlygos turi didelę neigiamą reikšmę sveikatai, todėl didėja streso atvejų, psichoaktyvių medžiagų vartojimas ir kita žalinga žmogaus elgsena. Tuomet auga sveikatos priežiūros paslaugų poreikis. Šioje ataskaitoje pažymima, kad jei valstybė reaguodama į krizę sumažina išteklius, skiriamus sveikatos apsaugai, tada galima tikėtis, kad mažiau žmonių turės sveikatos draudimą ir kad prastės sveikatos priežiūros kokybė [2]. Statistiniai duomenys rodo, kad 2008–2010 m. gyventojų materialinė padėtis blogėjo, daugelis žmonių pradėjo susidurti su nepriteklumi [3]. Taigi, galima teigti, kad tuo metu prastėjant gyventojų sveikatai, trečioji reformos kryptis krizės kontekste galėjo pabloginti gyventojų sveikatos rodiklius ir suformuoti priešingus rezultatus, ypač mažinant sveikatos finansavimą. Tačiau šiame tyrime analizuojant reformos rezultatus sveikatos priežiūros specialistų kontekste, sunku vertinti trečiojo reformos etapo rezultatus iš visuomenės pusės.

Analizuojant gautus tyrimo rezultatus išryškėja, kad žymų finansavimo sumažėjimą daugiausia pastebi rajoninėse ligoninėse dirbantys informantai, tai nemaža dalimi priskirdami trečiajam restruktūrizacijos etapui, o ekonominį nuosmukį laikydami šalutine priežastimi. Tuo tarpu regioninių ligoninių darbuotojai finansavimo mažėjimą laiko išimtinai krizės ir dėl jos įgyvendinto paslaugų balo



vertės mažinimo rezultatu. Tai natūralu, nes pastebima, kad šių ligoninių finansavimas kito mažiausiai: „*Ligoninės finansavimas sumažėjo (apie 2 procentus), bet tai įtakojo ne restruktūrizacijos rodikliai, bet paslaugų balo mažėjimas.*“ [Marijampolės ligoninės darbuotoja]

Atsižvelgus į tai, galima teigti, kad su finansavimo mažėjimu skaudžiausiai susidūrė rajoninės ligoninės, nes daugelyje jų nebeliko chirurgijos, akušerijos ir reanimacijos II paslaugų. Galima manyti, kad būtent dėl šios priežasties rajoninių ligoninių informantai finansinius nuostolius daugiausia sieja su trečiuoju restruktūrizacijos etapu. Šiuo atveju pastebimas ir žmogiškasis veiksnys, kai jaučiama nuoskauda ir reformos vertinimas įgauna šališkumo. Tuo tarpu regioninės gydymo įstaigos, nesusidūrusios su skyrių uždarymu, pajuto tik krizės padarinius, t. y. balo vertės mažinimą, kuris tuo metu buvo būtinas siekiant išlaikyti funkcionuojančią sveikatos sistemą.

### **Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo optimizavimo vertinimas**

Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo optimizavimas vykdytas nuo 2010 m. iki 2012 m. Per šį laiką 20 asmens sveikatos priežiūros įstaigų prijungta / sujungta su kitomis gydymo įstaigomis. Taip siekta sumažinti administravimo, ūkinės ir kitas išlaidas, sudarant galimybę centralizuoti laboratorijas, radiologinius ir kitų tarnybų kabinetus. Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo optimizavimo tikslas – efektyviau panaudoti lėšas ir atsakyti neracionalių projektų finansavimo [24]. Šie užsibrėžti uždaviniai gali būti vertinami kaip konstruktyvūs kuriant efektyvesnę paslaugų teikimo tinklą. Dėl to, bandant išnagrinėti optimizacijos rezultatus ir naudą Lietuvos sveikatos sistemai, toliau nagrinėjami tyrimo dalyvių interviu išrašai.

Kaip pažymi informantai, Lietuvoje egzistavo ir vis dar egzistuoja per didelis sveikatos priežiūros įstaigų tinklas: „*Ligoninių per daug.*“ [Druskininkų ligoninės darbuotojas]; „*Apskritai ligoninių ir dabar galima manyti per daug. Žiūrėkite, kaip mažėja Lietuvoje gyventojų, tai kodėl neturi mažėti ir ligoninės.*“ [SAM vyriausioji specialistė nr. 1] Pasak D. Dudutienės ir R. Vaitkienės, Lietuvos sveikatos priežiūros sistema, palyginti su kitomis Europos Sąjungos valstybėmis, nuo pat sovietinių laikų pasižymėjo dideliu ligoninių skaičiumi, tačiau jų veikla buvo nepakankamai efektyvi [27]. Tuo tarpu demografinė šalies situacija prastėjo. 2011 m. pradžioje Lietuvoje gyveno 2,6 proc. mažiau žmonių nei 2010 m. pradžioje. O per 9 metus lietuvių sumažėjo dar 7 proc. [3]. Šie duomenys rodo, kad sveikatos įstaigų tinklo optimizavimas – kryptingas tikslas atsižvelgiant į esamą šalies situaciją. Nepaisant to, įvykę tinklo pokyčiai, kai ligoninių sumažinta 20 juridinių vienetų, tyrimo dalyvių vertinami dviprasmiškai. SAM specialistė pažymi, kad vieni ligoninių atstovai išreiškia gautą naudą, kiti priešingai – nori atsijungti. Tyrimo metu neįvardytos tikslios tokių rezultatų priežastys, tačiau pastebima, kad daugiausia neigiamų atsiliepimų gaunama iš sujungtų skirtingo profilio ligoninių, pvz., vaikų ir suaugusiųjų. Informantė pažymi, kad skirtingo profilio ligonines jungti netikslinga dėl didelio tiek darbo, tiek technologijų specifiškumo. Kaip teigiama vaikų ligoninės kreipimėsi į Vyriausybę, tokių ligoninių sujungimas ekonomiškai nepagrįstas,

pažeidžiantis nuostatą vaikų sveikatą laikyti prioritetine sritimi ir kenkiantis mokslinių tyrimų plėtrai. Pasigendama ir detalesnės Sveikatos apsaugos ministerijos ar reformos rengėjų analizės apie tokių ligoninių reorganizacijos naudą ir galimus rezultatus [30]. Atsižvelgus į tai, galima teigti, kad trūksta įrodymų, pagrindžiančių tam tikrų ligoninių reorganizavimo būtinybę.

Sveikatos apsaugos ministerijos rezultatų analizės ataskaitoje nurodoma, kad vertinant susijungusių įstaigų išlaidų pokyčius nuo 2009 m. iki 2012 m., stebimi neigiami finansiniai rezultatai. Tai grindžiama prasidėjusia ekonomine krize, sumažėjusiu finansavimu ir augusiomis išlaidomis už komunalines paslaugas (šildymo, vandens ir patarnavimų) [24]. Nepaisant šalutinių priežasčių, galima manyti, kad ligoninių reorganizavimas nedavė numatytos finansinės naudos. Be to, išryškėja ir kitų destruktivių ligoninių sujungimų aspektų. LR Seimo sveikatos reikalų komiteto sprendime Nr. 111-S-17 nurodoma, kad sujungus vaikų ligoninę su suaugusiųjų ir jai tapus filialu bei praradus juridinį statusą, tapo sudėtingiau dalyvauti projektuose, veikla pasidarė ribota, nes vaikų filialas negali priiimti sutartinių įsipareigojimų, disponuoti turtu, neturi paramos gavėjo statuso. Be to, sudėtingesnis tapo ir viešųjų pirkimų vykdymas bei valdymas [16]. Atsižvelgus į šiuos argumentus pastebima, kad vaikų ir suaugusiųjų ligoninių sujungimo rezultatai destruktivūs. Dėl ligoninių restruktūrizacijos naudos dvejoja ir patys SAM dirbantys tyrimo dalyviai. Remiantis tuo, galima teigti, kad trūksta detalesnės analizės, išryškinančios ligoninių tinklo reorganizavimo privalumus ir trūkumus. Tačiau atsižvelgus į pačių sveikatos politikos formuotojų, ligoninių atstovų interesus, šioje reformos dalyje išvelgiama nemažai neigiamų sujungimų rezultatų. Dėl šios priežasties pastaruoju metu vėl diskutuojama apie įgyvendintų sprendimų pakeitimus, t. y. tam tikrų gydymo įstaigų atsijungimo galimybę.

## Išvados

1. Apibendrinus trečiojo restruktūrizacijos etapo rezultatus galima teigti, kad komunikacinis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, ypač restruktūrizacijos paliestuose rajonuose, kito neigiama linkme. Tai pasireiškia vertinant ir finansinį prieinamumo kriterijų – akcentuojant padidėjusius finansinius poreikius rajono gyventojams norint patekti pas sveikatos priežiūros specialistus. Be to, išryškėja ilgų eilių problema. Kai kuriose rajoninėse ligoninėse uždarius chirurgijos, akušerijos ir reanimacijos II skyrius stebimas pacientų srautų persiskirstymas į regiono bei respublikos lygmens gydymo įstaigas. Tai lemia padidėjusias eiles ir išaugusį darbo krūvį. Tačiau teigiamas poslinkis pastebimas ambulatorinių paslaugų teikime.

2. Tyrimo dalyviai teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę daugeliu atvejų sieja su paslaugų saugumo kriterijais. Kadangi Lietuvoje nėra visuotinės kokybės vertinimo sistemos, kokybės suvokimas tampa ganėtinai siauras, orientuotas tik į kiekybinius paslaugų rodiklius. Nepaisant to, dėl trečiojo restruktūrizacijos etapo chirurgijos ir akušerijos skyrių uždarymas kai kuriose rajoninėse ligoninėse tiek Sveikatos apsaugos ministerijoje dirbančių specialistų, tiek pačių ligoninių darbuotojų dažniausiai vertinami teigiamai, pabrėžiant, kad šiuo atveju pagerėjo paslaugų

kokybė. Tuo tarpu reanimacijos II uždarymas vertinamas kaip destruktivus reformos aspektas, atitolinęs pacientą nuo paslaugos ir sumažinęs paslaugų saugumą. Dėl šių paslaugų specifškumo, jas teikiant tik esant kritiniams atvejams, reanimacijos II panaikinimas tampa abejotinu sprendimu.

3. Išlikę aukšti hospitalizacijos rodikliai siejami su efektyviai nefunkcionuojančiu pirminiu lygiu ir ypač su prastėjančia šalies demografinė situacija. Tuo tarpu dėl ekonominės krizės padarinių, mažėjant PSDF, neigiama linkme kito ir ligoninių finansavimas. Ypač tai skaudžiai palietė rajonines ligonines. Tačiau ekonominės krizės kontekste finansinių rodiklių vertinimas tampa itin sudėtinga užduotimi sunkiai atskiriant tikruosius reformos ir krizės padarinius.

4. Dėl akivaizdžiai prastėjančių demografinių šalies rodiklių sveikatos politikos formuotojams ir paslaugų teikėjams rekomenduotina plėtoti sveikatos priežiūros paslaugas, skirtas pagyvenusiems žmonėms, ypač atkreipiant dėmesį į rajono gyventojų situaciją, kai dėl senėjančių kaimų fenomeno didėja geriatrijos paslaugų poreikis.

## Literatūra

1. Čepulytė, G., Palubinskiėnė, S. Sveikatos draudimo sistemos teoriniai aspektai ir finansavimo ypatumai. *Jaunųjų mokslininkų darbai*, 2008, Vol. 1, No. 17, p. 131-137.
2. Europos Komisijos leidinys „Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas Europos Sąjungoje“. Liuksemburgas: Europos Sąjungos leidinių biuras, 2011.
3. Galutinė vertinimo ataskaita „Sveikatos sektoriaus prioritetų 2014–2020 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo laikotarpiu strateginis vertinimas“. Vilnius, 2013.
4. Goštautaitė, B., Jankauskienė, D., Išganaitis, V. Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybe bei prieinamumu analizė (I dalis). SIC Europos tyrimai, 2011.
5. Jankauskienė, D. Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai. *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2010, p. 102–140.
6. Jankauskienė, D. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse. *Sveikatos politika ir valdymas*, 2011, p. 84–101.
7. Janušonis, V. Sveikatos priežiūros reformos: teoriniai požiūriai ir praktiniai aspektai. *Sveikatos mokslai: visuomenės sveikata*, 2011, Vol. 21, No. 4, p. 5–11.
8. Kalėdienė, R. Lietuvos gyventojų sveikatos raida. Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai. *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2010, p. 58-83.
9. Kalibatas, V. Lietuvos bendrojo pobūdžio stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo įvertinimas. Daktaro disertacija. Kaunas, 2005.
10. Kanopienė, V., Mikulionienė, S. Gyventojų senėjimas ir jo iššūkiai sveikatos apsaugos sistemai. *Gerontologija*, 2006, Vol. 7, No. 4, p. 188-200.
11. Kumpienė, J. Investicijų į sveikatos priežiūros sistemą galimybes, 2008.

12. Kumpienė, J., Sužiedelytė, O. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimas. *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2010, p. 208–247.
13. Lesauskaitė, V., Macijauskienė, J. Geriatrijos paslaugų poreikis ir būtinybė Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai. *Sveikatos mokslai*, 2005, No. 3, p. 97–100.
14. Lietuvos Respublikos Konstitucija. Valstybės žinios, 1992, Nr. 33-1014, 53 str.
15. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2009, Nr. 1654.
16. LR Seimo sveikatos reikalų komiteto sprendimas „Dėl vaikų ligoninės (VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filialas) statuso. Vilnius, 2013 m. spalio 16 d. Nr. 111-S-17.
17. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl reanimacijos ir intensyvios terapijos paslaugų teikimo vaikams ir suaugusiesiems sąlygų ir tvarkos aprašų patvirtinimo“. 2005 m. spalio 27 d. Nr. V-827, Vilnius.
18. LR valstybinės kontrolės valstybinio audito ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema“. 2007 m. birželio 26 d. Nr. VA-P-10-4-9, Vilnius.
19. Marcinkevičius, M. Lietuvos sveikatos sistemos pertvarka. Prieiga internete: <http://www.vlk.lt/renginiai/Rengini%C5%B3%20archyvas/2009%20m.%20ligoni%C5%B3%20kas%C5%B3%20antroji%20metin%C4%97%20konferencija/Documents/2009%20Marcinkeviciaus%20pranesimas.pdf> [2015-12-13].
20. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2008 „Lietuvos žmonių sveikata ir lėtinių neinfekcinių ligų kontrolė“. Vilnius, 2009.
21. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2012 „Sveikas senėjimas – nauji iššūkiai Lietuvai“. Vilnius, 2012.
22. Pietroni, P. *Greening of Medicine*. London: Trafalgar Square, 1991.
23. Sriubas, M. Paciento teisės į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas turinio ypatumai Lietuvoje. *Teisės problemos*, 2013, Vol. 1, No. 79, p. 58–85.
24. Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos įgyvendinimo rezultatų analizės ataskaita (2009–2012 m.). 2013 m. spalio 31 d., Nr. V-896, Vilnius.
25. Šileikaitė, S., Kudukytė-Gasperė, R. Slaugos paslaugų teikimo modernizacijos problemos – Vilniaus miesto centro poliklinikos patirtis. *Sveikatos mokslai*, 2011, Vol. 6, No. 21, p. 131–143.
26. Tamutienė, I., Černiauskaitė, I., Sruogaitė, A. Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai. *Sveikatos sociologija: Kultūra ir visuomenė*, 2011, Vol. 2, No. 1, p. 95–110.
27. Vaitkienė, R., Dudutienė, D. Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos įgyvendinimo, 2011.
28. Valstybinio audito ataskaita „Stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas“. 2010 m. rugpjūčio 31 d. Nr. VA-P-10-16-12, Vilnius.
29. Verikienė, J., Jankauskienė, D. Projekto „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos atlikimas ir analizės parengimas“ galutinė sutarties vykdymo ataskaita,

2012.

30. VšĮ Vilniaus universiteto vaikų ligoninės profsąjungos komiteto „Atviras laiškas vyriausybei ir visuomenei dėl Vilniaus universiteto vaikų ligoninės reorganizavimo“. Prieiga internete: [http://www.vaikuligonine.lt/publikacijos/Atviras\\_laiskas\\_.pdf](http://www.vaikuligonine.lt/publikacijos/Atviras_laiskas_.pdf) [2015-12-20].

Birutė Jogaitė

### **Evaluation of the third health care facilities and services restructuring**

Abstract

The article reveals the qualitative study results which reflect a restructuring of the third phase of the evaluation of health care access, quality changes. Analyzed inpatient services, health care financing and health care institutions network optimization changes. In this paper, evidence is considered best practice for ensuring the success of the changes. To analyze the obtained results of the reform, use of 10 semi-structured interviews with a third restructuring program organizers, implementers and practitioners. The analysis of the research results showed that the main advantage of the third stage of restructuring is the expansion of ambulatory services. These interview participants who work in regional hospitals identified the most negative consequences of the restructuring: worsening of accessibility to health services, lack of financial support, fear of the future reconstructions. However, the process of closing stationery and obstetrics units is evaluated constructively even in the regional hospitals as increasing safety of the services is emphasized. These results demonstrate the potential for future transformational trends and issues that are still unresolved.

*Birutė Jogaitė* – Vytauto Didžiojo universiteto, Politikos mokslų ir diplomatijos fakulteto, Valstybės institucijų administravimo studijų absolventė, Kauno priklausomybės ligų centro socialinė darbuotoja.

E.paštas: [birutejogaite@yahoo.com](mailto:birutejogaite@yahoo.com)

*Birutė Jogaitė*, a Graduate of State institutions administration, Faculty of Political Sciences and Diplomacy, Vytautas Magnus University, is a social worker at Addiction disease centre in Kaunas.

E-mail: [birutejogaite@yahoo.com](mailto:birutejogaite@yahoo.com)

Straipsnis įteiktas redakcijai 2016 m. sausio mėn.; recenzuotas; parengtas spaudai 2016 m. kovo mėn.