

REABILITACIJOS POLITIKOS LIETUVOJE IR JUNG TINĖJE KARALYSTĖJE PAILYGINIMAS

Danguolė Jankauskienė

Mykolo Romerio universiteto profesorė, Sveikatos tyrimų laboratorijos vadovė,
Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius, Lietuva Telefonas (+ 370 6) 8727722,
elektroninis paštas – djank@mruni.eu

Vitalij Černel

Mykolo Romerio universiteto sveikatos politikos ir vadybos programos absolventas,
Žirmūnų g. 70C-52, LT-09113, Lietuva Telefonas (+370 6) 8584897,
elektroninis paštas – vitalijus.cernel@gmail.com

Pateikta 2017 m. gruodžio 18 d., parengta spausdinti 2018 m. kovo 3d.
DOI:10.13165/SPV-18-1-10-03

Santrauka

Straipsnyje palyginamosios analizės būdu ir dviem empiriniais sociologiniais kokybiniais tyrimais iširtas reabilitacijos politikos formavimas, įgyvendinimas, vertinimas Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje. Buvo kelti šie moksliniai probleminiai klausimai: kokia reabilitacijos politikos formavimo, kūrimo ir vertinimo situacija istorinėje perspektyvoje Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje; kokius reabilitacijos politikos įgyvendinimo privalumus ir trūkumus pastebi Lietuvos ir Jungtinės Karalystės ekspertai ir kokios galimybės keisti, tobulinti reabilitacijos politikos formavimą ir įgyvendinimą. Atlikta reabilitacijos politikos kūrimo principų, finansavimo, teisinio reguliavimo, privalumų ir trūkumų palyginamoji analizė, pasitelkiant mokslo darbų, ataskaitų, užsienio šalių mokslininkų darbų publikacijų, teisės aktų apžvalgą, taip pat atlikti ekspertų kokybiniai tyrimai Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje. Nustatyta, kad reabilitacijos politika Jungtinėje Karalystėje ir Lietuvoje turi panašumą, bet nemažai ir skiriasi. Lietuva savo reabilitacijos politiką sukūrė per trumpą laiką labai besikeičiančioje visų sričių kūrimo aplinkoje su stipriu teisiniu reglamentavimu, ambicingomis priemonėmis ir mažais resursais. Jungtinės Karalystės reabilitacijos politika turi žymiai ilgesnę istoriją, todėl turėjo daugiau progų adaptuotis, prisiderinti prie pacientų ir visuomenės poreikių. Ji pagrįsta požiūriu į pacientą, kaip individą su tik jam būdingais sutrikimais, o reabilitacijos sistema skatina individualią reabilitacijos programą, kurioje ligonis yra aktyvus dalyvis ir netgi gali prisidėti

prie plano sudarymo, pasirinkti jam reikalingiausias paslaugas ir kontroliuoti paskirtą reabilitacijos biudžetą. Lietuvos ir JK reabilitacijos politikos sistema tarpusavyje labai skiriasi. JK reabilitacijos politika daugiau dėmesio skiria jos tobulinimui, darbui bendruomenėse, naujoms technologijoms, o Lietuvoje reabilitacijos politika dar besivystanti, ieškanti savo modelio, labai pasigendanti finansavimo. Abiejose valstybėse sistemingas politikų darbas, komunikacija su įvairiomis organizacijomis, suinteresuotomis grupėmis prisideda prie sėkmingos reabilitacijos vykdymo.

Reikšminiai žodžiai: reabilitacijos politika, politikos formavimas, politikos įgyvendinimas, politikos vertinimas.

Įvadas

Siekiant paskatinti žmogų sugrįžti į visavertį gyvenimą, atgauti savarankiškumą, būtina taikyti medicininių, socialinių ir pedagoginių priemonių kompleksą. Būtent todėl sergančiųjų reabilitacijai ir jos kokybės gerinimui yra skiriamas vis didesnis dėmesys¹.

Reabilitacija yra sudėtinė gydymo proceso dalis ir, be abejonės, daro įtaką kokybiškai sveikatos priežiūrai. O tai kiekvienai pasaulio valstybei turėtų būti svarbiu pokyčių valdymo tikslu, nes ji leidžia gerinti visų gyventojų, t. y. visos visuomenės, ir kiekvieno jos individo atskirai, sveikatą. Tokiu būdu kelia ne tik šalis gerovę, tačiau taip pat prisideda prie jos ekonomikos vystymosi.²

Moksliniame lygmenyje Lietuvoje reabilitacijos politikos kūrimas, formavimas ir įgyvendinimas kompleksškai per mažai nagrinėtas, todėl reabilitacijos politika jos istorinėje plotmėje vis dar yra aktuali tema. Kai kurių Lietuvos autorių indėlis atskiromis šios tematikos dalimis yra ypač svarus: A. Juocevičius (2003, 2004) tyrinėjo medicininės reabilitacijos sistemos vystymąsi, reabilitacijos etapus, reabilitacijos problemas Lietuvoje, A. Kriščiūnas (2005, 2014) analizavo reabilitacijos politikos sampratą, reabilitacijos sistemą Lietuvoje, jos raidą ir perspektyvas, aprašė esminius reabilitacijos pagrindus. Autorės Varžinskienė L., Rudzevičiūtė J. (2009) tyrinėjo medikų požiūrį į socialinio darbuotojo vaidmenį reabilitacijos specialistų komandoje. Kompleksiškai analizuojant reabilitacijos politiką jos formavimo, įgyvendinimo ir vertinimo aspektu, prasminga ir svarbu jos vystymąsi ir pokyčius lyginti su kitomis šalimis. Straipsnio autorių tikslas buvo išanalizuoti medicininės reabilitacijos politiką Lietuvoje bei Jungtinėje Karalystėje ir pateikti siūlymus jai gerinti.

Naudoti šie **metodai:** literatūros ir dokumentų analizė, turinio (angl. content) analizė, sociologiniai kokybiniai tyrimai (buvo atliktas giluminis, pusiau struktūruotas ekspertų interviu Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje), lyginamoji analizė,

1 Kriščiūnas, A. „Reabilitacijos sistema Lietuvoje (praėjus, dabartis, ateitis)“, *Medicina* 41, 3 (2005): 246.
2 “International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF),” World Health Organization, žiūrėta 2016 m. gruodžio 5 d., <http://www.who.int/classifications/icf/en>.

stebėjimas dalyvaujant. Lyginamoji analizė atlikta naudojant šiuos lyginamuosius kriterijus: istorinis vystymasis, teisinis reglamentavimas, infrastruktūra ir personalas, reabilitacijos proceso kokybė. Kokybiniai tyrimai atlikti naudojant pusiau struktūrizuoto interviu klausimyną, skirtą 12 atrinktų Lietuvos ir Jungtinės Karalystės ekspertų. Jų atrankai taikyti darbo stažo, patirties dirbant reabilitacijos sistemoje politikos formavimo, įgyvendinimo ir vertinimo srityje kriterijai.

Tyrimo rezultatai

1. Politikos formavimo, įgyvendinimo ir vertinimo lyginamosios analizės rezultatai ir aptarimas

1.1. Istorinis vystymasis

Lyginant Lietuvos ir Jungtinės Karalystės reabilitacijos politikos formavimo principus, buvo pastebėta, kad Jungtinėje Karalystėje reabilitacijos politika pradėta įgyvendinti dar antrojo pasaulinio karo metu, priešingai nei Lietuvoje, kurioje pirmasis reabilitacijos politikos įgyvendinimo etapas vyko iki 1991 m. (taikomos pavienės gydomosios fizinės kultūros, fizioterapijos priemonės). Taigi reabilitacijos politika Jungtinėje Karalystėje valstybiniu mastu (ne pavieniais atvejais) pradėta įgyvendinti daug anksčiau negu Lietuvoje.

1.2. Teisinis reglamentavimas

Reabilitacijos įgyvendinimą Lietuvoje apibrėžia tik vienas įstatymas, dvi programos ir du sveikatos apsaugos ministro įsakymai. Tai leidžia daryti prielaidą, kad Lietuvoje, priešingai nei Jungtinėje Karalystėje, nėra išplėtotas reabilitacijos politikos įgyvendinimo reglamentavimas. Jungtinėje Karalystėje reabilitacijos teisinį reglamentavimą apibrėžia priemonių rinkiniai, programos, strategijos, auditui atlikti naudojami įrankiai, praktikos.³ Taigi, galima teigti, kad Jungtinėje Karalystėje per ilgus reabilitacijos taikymo metus išsigaliojo didesnis teisinis reglamentavimas, apibrėžiantis reabilitacijos politikos įgyvendinimą šalyje.

1.3. Reabilitacijos infrastruktūra ir personalas

Lyginant Lietuvos ir Jungtinės Karalystės infrastruktūrą, pastebėta, kad Lietuvoje norint sėkmingai įvykdyti išsikeltus reabilitacijos politikos tikslus, re-

3 "The 2015 Rehabilitation act", CMS. Žiūrėta 2017 m. spalio 20d., <https://www.cmsuk.org/files/CMSUK%20General/REHAB%20CODE%20in%20full.pdf>.

abilitacija turėjo būti plėtojama: daugiaprofiliniuose stacionaruose; ambulatorinė reabilitacija poliklinikose; reabilitacijos ligoninėse ir sanatorijų reabilitacijos skyriuose; vykdoma reabilitacija namuose. O Jungtinėje Karalystėje reabilitacijos infrastruktūros gerinimu rūpinasi nacionalinė sveikatos apsaugos tarnyba (NHS). Ši organizacija yra įkūrusi medicinos prieinamumo gerinimo tarnybą, kurios pagrindinis tikslas yra kontroliuoti ir teikti pasiūlymus, gerinančius reabilitacijos prieinamumą bei efektyvumą.⁴ Lietuvoje reabilitacija rūpinasi ne tik medicinos srities darbuotojai, bet ir socialines paslaugas teikiantys profesionalai (pavyzdžiui, socialiniai darbuotojai, psichologai, logopedai). Jungtinėje Karalystėje pastebimas visų sričių medicinos darbuotojų trūkumas.⁵

Tiek Lietuvoje, tiek Jungtinėje Karalystėje veikianči reabilitacijos sistema atitinka tarptautinius PSO standartus, kuriais vadovaujasi dauguma pasaulio šalių.⁶⁷ Lietuvoje reabilitacija gali būti medicininė (apima reabilitaciją, atliekamą daugiaprofiliniuose stacionaruose, ambulatorijose, specializuotose reabilitacijos įstaigose) ir sanatorinė, tačiau į reabilitacijos procesą neįtraukiama bendruomenė ar savanoriai.⁸ O Jungtinėje Karalystėje reabilitacijos procesas gali vykti tiek ligoninėje (terapinio gydymo metu, jeigu nėra skubus atvejis), tiek ir bendruomenėje, todėl jos procese dalyvauja įvairios organizacijos, valstybinės tarnybos – NHS, savivaldybės, bendruomenės ar nevyriausybinės savanorių organizacijos.⁹ Taigi, Jungtinėje Karalystėje vyrauja platesnis bendradarbiavimas tarp institucijų, kurios rūpinasi žmonių reabilitacija, tačiau joje trūksta medicininį išsilavinimą turinčių darbuotojų, priešingai nei Lietuvoje.

1.4. Reabilitacijos proceso kokybė

Lyginant Lietuvos ir Jungtinės Karalystės pacientų reabilitacijos kokybės vertinimą, buvo prieita prie išvados, kad Jungtinėje Karalystėje reabilitacijos sistema yra labiau orientuota į asmenį, o ne vien į ekonominį efektyvumą¹⁰¹¹¹².

4 "Guidance on the role of the responsible officer," Department of Health. 2015: 5–20.

5 "Deficits in the NHS 2016," The Kings Fund, žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d., <https://www.kingsfund.org.uk/publications/deficits-nhs-2016>.

6 "Commissioning guidance for rehabilitation," NHS, žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d., <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/04/rehabilitation-comms-guid-16-17.pdf>.

7 "Rehabilitation in health systems 2017," WHO, žiūrėta 2017 m. sausio 20 d., <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254506/1/9789241549974-eng.pdf?ua=1>

8 „Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos 2005 m. gegužės 31 d. įsakymas Nr. A1-159 „Dėl reikalavimų profesinės reabilitacijos paslaugas teikiančioms įstaigoms aprašo patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 70, 2543 (2005).

9 NHS *supra* note 5.

10 Howard-wilsher, S., et al. *Systematic overview of economic evaluations of health-related rehabilitation*. *Disabil Health* 2016 9: 11-25

11 Williams, G. *Social inequalities in health: Notes in the margins*. *Social Theory & Health*. 2013 11(2): 117–132.

12 Oddy, M. et al. *The clinical cost-benefitts of investing in neurobehavioural rehabilitation: a multi-centre study*. *Brain Inj* 2013 27: 8-30.

Lietuvoje daugiau dėmesio skiriama ekonomikai, nes Lietuvos sveikatos sistemoje egzistuoja kvotos, kurios medicinos įstaigoms griežtai nurodo, kiek ligonių per metus jos gali išsiųsti į reabilitaciją, yra įvairių procedūrų ribojimų.¹³ Kiek kitokia situacija Lietuvoje pastebima su reabilitacijos personalo kokybės vertinimu, nes pastaraisiais metais buvo atnaujintos sveikatos specialistų (fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojų, kineziterapeutų, ergoterapeutų) rengimo programos universitetuose, vykdomi perkvalifikavimai ir specializacija (pavyzdžiui, socialiniai darbuotojai gali įgyti medicinos specializaciją), kvalifikacijos kėlimo kursai.¹⁴ Situacija šia prasme yra geresnė nei Jungtinėje Karalystėje, kurioje pastebimas ryškus įvairių sričių specialistų trūkumas. Atliekant abiejų šalių reformų vertinimą, buvo pastebėta, kad Lietuvoje veikia gana gera ir moderni reabilitacijos sistema, tačiau sėkmingam jos įgyvendinimui trukdo daug problemų (kaip jau minėtos kvotos). O Jungtinėje Karalystėje atliktos reformos vertinamos teigiamai, nes jos padėjo pasiekti, kad šalyje veikianti reabilitacijos sistema atitiktų tarptautinius standartus ir didesnis dėmesys būtų skiriamas asmeniui, bet ne valstybės ekonomikai. Taigi, galima teigti, kad nepaisant to, jog Jungtinėje Karalystėje susiduriama su darbuotojų trūkumu, jos reabilitacijos sistema yra kur kas draugiškesnė pacientui negu Lietuvos – tai patvirtina ir pačių pacientų reabilitacijos vertinimas.

2. Kokybiniai tyrimai

Šalia teisės aktų ir literatūros palyginamosios analizės buvo siekiama giliau įvertinti esamą Lietuvos ir Jungtinės Karalystės reabilitacijos politikos situaciją. Iš kiekvienos valstybės kokybiniame tyrime dalyvavo 12 ekspertų, t. y. po 6 informantus iš kiekvienos valstybės. Jie visi įgiję tinkamą išsilavinimą, kvalifikaciją ir pakankamai darbo reabilitacijos srityje (formuojant, įgyvendinant ir vertinant politiką) patirties, kad galėtų atsakyti į jiems pateiktus kokybinio interviu klausimus.

Interviu sudarė tokie klausimai: kokie kertiniai reabilitacijos politikos kūrimo principai Lietuvoje / JK? Kokie reabilitacijos politikos reglamentavimo pliusai ir minusai Jūsų šalyje. Ką siūlytumėte keisti, jog reabilitacijos politika būtų efektyvesnė? Kaip vertintumėte reabilitacijos politikos formavime dalyvaujančių institucijų veiklą Lietuvoje / JK? Ar jūsų šalyje yra užtikrinamos pacientų teisės gauti reabilitacijos paslaugas laiku ir kokybiškai? Kaip vertinate reabilitacijos paslaugų kokybę ir prieinamumą? Kokius pagrindinius žmoniškųjų išteklių valdymo trūkumus galėtumėte įvardyti? Įvardykite pagrindines kliūtis, kurios labiausiai lemia efektyvų ir skaidrų reabilitacijos sistemos veikimą? Kurios šalies

13 Špokienė, I. „Lietuvos teisės aktuose asmeniui ir valstybei adresuotų pareigų „rūpintis sveikata“ teisinis vertinimas“, *Sveikatos politika ir valdymas*, 1, 4 (2012): 7.

14 Kriščiūnas, A. *Reabilitacijos pagrindai* (Kaunas: Vitae Litera, 2014), 246–249

reabilitacijos politikos gaires laikytumėte pavyzdinėmis? Kodėl taip manote? Ko būtų galima pasimokyti iš gerosios jūsų šalies patirties?

Pusiau struktūrizuotas interviu buvo atliktas 2017 metų balandžio–gegužės mėn. Kiekvienas interviu truko nuo 40 iki 60 minučių. Visas interviu buvo įrašytas į diktofoną, vėliau informacija buvo transkribuojama ir perkeliama į atskiras dokumentines bylas. Atliekant teksto analizę, gauta informacija buvo grupuojama į kategorijas ir į subkategorijas, pasitelkiant kokybinę turinio analizę.

2.1. Lietuvos reabilitacijos politikos vertinimas ekspertų nuomone

Vertindami reabilitacijos politiką, esminiais reabilitacijos politiką apibūdinančiais kriterijais respondentai įvardijo teisinį reglamentavimą, reabilitacijos politikos pokyčius, žmogiškųjų išteklių svarbą bei reabilitacijos politikos modelio privalumus bei trūkumus.

Kalbant apie kertinius reabilitacijos principus, neabejotinai svarbus vaidmuo tenka teisiniam reglamentavimui. Iš kategorijos „Teisinis reglamentavimas“ svarbiausia, informantų manymu, reabilitacijos politikos kūrimą pradėti nuo teisinės bazės sukūrimo. Taip pat svarbu atkreipti dėmesį į teisinio reguliavimo netobulumą. Respondentai teigia, jog galioja du poįstatyminiai aktai V-50 2008 metų ir V-889 2015 metų. Svarbiausia tai, kad V-50 yra labai platus ir ilgas bei reglamentuoja tiek vaikų, tiek suaugusiųjų reabilitaciją. Šio akto apimtis – net 140 puslapių ir sukelia pacientų bei gydytojų pasipiktinimą dėl to, kad *neįmanoma jo gerai įsisavinti ir surasti tinkamą ir reikiamą informaciją*. Tai sukelia sunkumų ne tik pacientams, bet ir specialistams: *specialistams lygiai taip pat nepatogu naudotis... FMR gydytojai nežino kai kurių veiklų reglamentuojančių punktų*. Respondentai teigia, jog yra siektina atskirti šio poįstatyminio akto dvi sferas – vaikų ir suaugusiųjų – ir padaryti poįstatyminį aktą patogesniu naudotis.

Vertinant aplinkos sąlygų pasikeitimą, respondentų teigimu, siekiant atnaujinti reabilitacijos politiką, reikia keisti daug sąlygų. Reikalingi ne tik politiniai pokyčiai bet ir visuomenės požiūrio kaita. Taip pat, respondentų teigimu, visuomenės požiūris į reabilitaciją pradeda keistis.

Kalbėdami apie personalo pasirinkimą, respondentai pabrėžia, jog teigiama, kad yra sudaryta darbo grupė, kurios sudėtyje yra reabilitacijos specialistai, ligoinių kasų, ministerijų atstovai. Vienok darbo grupė dirba jau per ilgai, reikalingi rezultatai. Čia specialistai yra surinkti iš viešųjų ir privačių įstaigų. Respondentai pabrėžia komandinį darbo principą. Tai yra aktualus, pagrindinis ir nekeistinas principas. Reabilitacijoje dirba visa komanda, kurie turėdami lygias teises, tarpusavyje diskutuoja bando išspręsti kilusias problemas. Respondentų teigimu, svarbiausia, kad reabilitacijoje vyktų komandinis darbas, nesvarbu, ar tai kūrimo procesas, ar ne. Deja, bet šiuo metu vietoj lygiateisiškumo principo labiau akcentuojamas gydytojų viršenybės principas *...šiuo metu daugiau reabilitacijos*

politikoje akcentuojama gydytojų valdžia ir vadovavimas, o ne lygiateisis visų komandos narių vienodas valdymas. Respondentų teigimu, darbas reabilitacijose vykdomas kompleksiskai, pažymi, jog teikiant reabilitacijos paslaugas, naudojami visi įmanomi resursai. <...>įtraukti ne tik FMR, bet ir kineziterapeutai, ergoterapeutai, socialiniai ir net klinikiniai psichologai.

Respondentai teigia, jog visi pacientai gauna įvairiapusišką pagalbą. Jie teigia, jog mūsų reabilitacijos modelis yra net geresnis negu JK. Multidisciplininiu reabilitacijos modeliu visi pacientai teikiamas paslaugas gali pasiekti lengvai. Respondentai teigia, kad šiuo modeliu svarbiausia neužmiršti tam tikrų ligų grupių, nes tada ne visiems pacientams bus suteiktos reabilitacijos paslaugos.

Respondentų teigimu, susidaro didžiulės eilės ir reabilitacijos procesas įgyvendinamas nesklandžiai, nes pacientas, po apsilankymo pas šeimos gydytoją, negali pakliūti tiesiai pas kineziterapeutą. Taip pat respondentai atkreipė dėmesį, jog neretai pasitaiko atvejų, kai kitų sričių specialistai – gydytojai – priima sprendimus apie reabilitacijos naudingumą ir taip iškyla trikdys pacientams gauti tinkamą paslaugą.

Respondentai teigia, kad specialistus sunku paskatinti tęsti mokslus ir tobulintis, o sunkiausia reglamentuoti jų veiklą. Jie taip pat mano, jog į sprendimus, kurie priimami reabilitacijos kūrimo ar vykdymo procesuose dalyvauja medicinos gydytojai ir nėra kitų specialistų. Kalbėdami apie informacijos trūkumą, respondentai pasisakė, jog *atliekant specialistų apskaitos formų ruošimą, būtina dalyvauja gydytojas, nors jis ir nežino visų svarbiausių niuansų, kurie yra svarbūs specialistui ir bando daryti įtaką formų sudaryme.*

Šiame interviu dėmesys buvo teikiamas ir vienam iš svarbiausių klausimų „Reabilitacijos politikos tobulinimui“. Ši kategorija buvo suskirstyta į atskiras dalis: gerosios patirties panaudojimas, finansavimas, išsilavinimo sistemos pertvarkymas, paslaugos kokybės gerinimas. Kalbėdami apie gerosios patirties panaudojimą, respondentai siūlė atkreipti dėmesį užsienyje suformuotą reabilitacijos sistemą ir semtis iš jos idėjų bei diegti jas savo šalies reabilitacinėje sistemoje. Respondentai taip pat atsižvelgė į reabilitacijos finansavimą ir siūlė *skirti daugiau lėšų reabilitacijos sistemos keitimui, jos pertvarkymui.* Vienas respondentas pažymėjo, jog finansavimas reabilitacijai iki 2014 metų tik mažėjo, nuo 2015 metų pradėjus didinti finansavimą ir skirti daugiau lėšų reabilitacijai piniginis, srautas vis vien nėra pakankamas. Siekiant, jog visi specialistai būtų kompetentingi savo srities žinovai, respondentai siūlo *atnaujinti ar peržiūrėti specialistų rengimą universitetuose ir kitose mokslo įstaigose, o kad teikiamos paslaugos būtų prieinamos visiems greitai ir patogiai, būtina tobulinti paslaugų pasiekiamumo kokybę.*

Kalbant apie specialistų profesines organizacijas, respondentai teigė, jog ne visoje Lietuvoje egzistuojančioje reabilitacijos politikoje dalyvauja visų specialistų profesinės sąjungos. O taip neturėtų būti. Jeigu reabilitacijos politikoje da-

lyvautų visų specialistų profesinės organizacijos, taip būtų pasiektas vienodas ir tikslus reabilitacijos modelis ir būtų atsižvelgta į visų specialistų poreikius. Taip pat respondentai teigė, jog negalima skirti daugiau dėmesio vienai problemai, o kitai mažiau. Visa reabilitacija turėtų vykti kompleksiskai neišskiriant kažkurios atskiros suinteresuotos grupės. Informantai pabrėžia, jog kvotos reabilitacijos sistemoje turėtų būti didinamos. Taip pat skiriant kvotas turėtų būti atsižvelgta ir į ligų paplitimą <...> *jeigu vienais metais tam tikrų ligų bus daugiau, tai automatiškai joms ir turėtų būti skiriamas didesnis dėmesys.*

Taip pat, turėtų būti atkreipiamas dėmesys siuntimo skaidrumui. Respondentai teigia, kad siuntimo ir tikrinimo tvarka turėtų būti skaidresnė. Ekspertai pasisako ir apie tai, jog esant dabartinei sistemai įstaigų administracija gali lengvai nuslėpti siuntimų kvotų likučius ir pasilikti kelis siuntimus privileijuotiems pacientams. Respondentai pažymėjo, jog pacientų vertinimas turėtų būti bendras, remiantis atitinkama skale, arba informacija turėtų būti talpinama elektroninėje pacientų byloje. Elektroninė sveikata turėtų būti diegiama ir reabilitacijos srityje.

Respondentai, kalbėdami apie pacientų srautą teigė, jog jis yra labai didelis ir dėl to ligoniniai nesulaukia reikalingos pagalbos laiku arba sulaukia jos nekokybiškos. O ir gerų, kvalifikuotų, savo sritį išmanančių specialistų skaičius labai mažas. Respondentų teigimu, Lietuvoje paslaugų prieinamumas reabilitacijos srityje yra nepakankamas.

Pasisakydami apie reabilitacijos įkainius respondentai teigė, jog *tokios aplinkybės susidaro dėl to, kad reabilitacijos procedūrų įkainis yra labai mažas dėl to ir susidaro tokia situacija.* O reabilitacijos kokybė yra prasta, dėl to, kad yra skiriama mažai dėmesio ir lėšų reabilitacijos sistemos tobulinimui.

Aptardami ES struktūrinę paramą, respondentai teigė, jog, tobulinant reabilitacijos paslaugų kokybę, didelį indėlį davė ES struktūrinių fondų lėšos. Taip pat reabilitacijos kokybė sustiprėjo padidinus prieinamumą rajonuose. Kalbėdami apie lėšų trūkumą ir kvotas, respondentai teigė, jog lėšų reabilitacijai trūksta, nes tos turimos lėšos yra saugomos ortopedinei technikai. Respondentai puikiai supranta, kad taip neturėtų būti, nes jeigu būtų skiriama daugiau lėšų reabilitacijai, tada mažiau jų reikėtų skirti ortopedinei technikai. Jų teigimu, kvotų paskirstymas sukelia ilgas laukimo eiles ir taip pat nukenčia paslaugų prieinamumas. Kalbant apie reabilitacijos finansavimo kaitą (mažinimą ir didinimą) svarbu paminėti, jog nuo 2015 metų lėšos reabilitacijai pradėjo didėti. Iki tol jos buvo tik mažinamos. Respondentai mano, kad svarbu, jog būtų stabilus lėšų dydis, t. y. svarbu, jog jos nebūtų mažinamos. Visgi, pacientų finansinė padėtis leidžia jiems rinktis privačias reabilitacijos klinikas ir nesinaudoti valstybinėmis.

Interviu metu kalbant apie antireklamą, respondentai paminėjo, jog žmonės, siekiantys gydymo, dažniausiai renkasi reabilitacijos centrus savo mieste. Tačiau labai dažnai jie sulaukia neigiamos nuomonės iš kitų žmonių, jog tam tikroje įs-

taigoje yra suteikiamos netinkamos paslaugos. Dėl šios priežasties žmonės atsiskaito teikiamų paslaugų savo mieste neįsitikinę dėl jų kokybės ir bando ieškoti kitų reabilitacijos centrų kituose miestuose, dažniausiai didmiesčiuose, todėl susidaro didesnis krūvis didelių miestų reabilitacijos centruose. Taip pat vyrauja didesnis pasitikėjimas kitų miestų specialistais, dėl to, respondentų teigimu, dauguma žmonių važiuoja į kitus miestus tinkamam gydymui gauti. Žinoma, jog siekiant sulaukti pagalbos, reikia išlaukti dideles eiles. Respondentų nuomone, eiles sumažinti galima suteikus tinkamą finansavimą reabilitacijai. Jų žodžiais, *prieinamumas visiems pacientams yra vidutiniškas, nes ir esant sunkiai ligai dažniausiai reabilitacija yra skiriama tik pirmaisiais metais ir nedidelį dienų skaičių, kas kartais apriboja galimybes maksimaliam paciento atsigavimui po susirgimo.*

Kalbant apie mokamų paslaugų prieinamumą ir jų pranašumą, respondentai interviu metu pamini tai, jog teikiant tokias paslaugas viskas atliekama iš karto ir nereikia laukti eilėse savaites ar mėnesius. Šias reabilitacijos paslaugas renkami gerai uždirbantys žmonės ir kartu išvengia ilgai trunkančių eilių. Respondentai teigia, kad reabilitacijos sistema Lietuvoje yra pasenusi ir netobula, tačiau vienas ekspertas pamini, jog šiuo metu yra sudaryta ekspertų darbo grupė, kuri pasiūlytų atnaujinti reabilitacijos sistemą.

Apklaustieji ekspertai teigia, jog pasaulyje apstu naujovių, naujų praktikų, gydymo būdų, tačiau Lietuvoje jos neįgyvendintos. Pažymėtina ir tai, jog dažniausiai naujovės diegiamos didesnę pelną nešančioms medicinos sritims. Lietuvoje turėtų būti tobulinama infrastruktūra, didinamas finansavimas reabilitacijos sričiai, jos platinimui. Taip pat turėtų būti plečiami skyriai, steigiami centrai, kurie turėtų visas būtinas sąlygas suteikti kokybiškai reabilitacijos paslaugai.

Kalbant apie verslumą, respondentai aptarė verslumo perspektyvų numatymą atskiriant vaikų reabilitaciją. Jų teigimu, Lietuvoje nėra nei vienos komercinės vaikų reabilitacijos įstaigos. Tai yra nepopuliaru ir nepatrauklu. Užsienyje vaikų reabilitacijos kokybė yra aukšta, todėl užsieniečiai jomis ir naudojasi. Lietuvoje nėra matoma tokia niša. Tėvai neskiria pinigų tokiam gydymui, nes dažniausiai vaikų, kuriems reikalinga reabilitacija tėvai yra jauni ir neturi tiek pinigų. Respondentai pažymi, jog esant tokioms sąlygoms, komercija nutrūksta, nes nėra perspektyvu kurti verslą, kuris neatneš pelno.

Iškeltas didelių eilių klausimas. Tai lemia netobula tvarka *tvarka (BPG tada FMR gydytojas ir tik tada kineziterapeutas ar kitas specialistas), tokia tvarka ilgina eiles visose įstaigose ir užkemša visus kabinetus.* Taip pat susiduriama su darbo krūvio, darbų planavimo, pacientų srautų valdymo problema. Egzistuoja ir specialistų trūkumo problema. Respondentų teigimu, šią problemą spręsti būtų galima priimant dirbti didesnę specialistų kiekį. Šie specialistai turėtų būti gerai parengti ir kvalifikuoti. Dauguma dirbančiųjų yra įgiję tik kolegijinį išsilavinimą. Dėl šios priežasties atsiranda išsilavinimo netolygumai ir suprastėja teikiamų paslaugų kokybė.

Apie paslaugų įkainį respondentų pasisakymas buvo konkretus: *dėl mažo įkainio gaunamas specialistų atlyginimas tampa labai mažas*. Ši priežastis labai dažnai lemia nelegalų darbą / šešėlį. Daugumai specialistų dėl mažo atlyginimo tenka dirbti nelegaliai paciento namuose arba priimti juos pas save. Tokį darbo būdą pasirenka nemaža dalis specialistų, kurie nori gyventi oriai.

Respondentai, kalbėdami apie gerąją patirtį teigė, jog *nediegiamos naujovės, naujos praktikos iš užsienio*. Apie išsilavinimo sistemos, reabilitacijos sistemos pertvarkymą buvo pasakyta, jog Lietuvoje egzistuoja pasenusi specialistų ruošimo sistema. Taip pat pasenusios fizinės medicinos ir reabilitacijos sistemos. Vienas respondentas pabrėžė, kad Vilniaus Universiteto medicinos fakulteto švietimo sistema pradėjo tobulėti ruošiant siaurojo profilio specialistus.

Apklaustieji mano, kad viena iš didžiausių problemų, atspindinčių specialistų kvalifikacijos trūkumus, yra ta, jog dauguma klausimų yra sprendžiami tų specialistų, kurių kompetencijai šie klausimai neaktualūs. Dėl šios priežasties nesuteikiamos paslaugos, nes pacientas nenusiunčiamas pas tinkamą specialistą. Kartais pacientus imasi konsultuoti ne reabilitacijos srities gydytojas, kuris nėra kompetentingas teikti informaciją apie reabilitacijos būtinumą. Akivaizdu, jog reabilitacijos politikoje viena iš didžiausių problemų yra komandinis darbas. Juk gydytojai ir specialistai turėtų dirbti lygiagrečiai nuo pat pirmos traumos ar patologijos dienos. Respondentas pabrėžia, jog komandinio darbo metodu dažniausiai dirba visi specialistai, tačiau gydytojai į komandinį darbą ištraukia sunkiau.

Respondentai interviu metu teigė, jog po jau praeito pirmojo reabilitacijos etapo, kuriame pacientas buvo konsultuojamas ir paruoštas reabilitacijai, pacientas turi grįžti pas šeimos gydytoją, kuris turėtų tik užpildyti elektroninėje erdvėje duomenis, kurie patenka į TLK ir pacientas būtų nukreipiamas į reabilitaciją. Deja, bet dažniausia taip nevyksta, pacientui yra teigiama, jog visos kvotos yra išnaudotos ir pacientas gali likti negavęs paslaugos. Vienas iš ekspertų pažymi, kad tokie atvejai pasitaiko dažnai ir vienintelis šios problemos sprendimo būdas yra kvotų viešinimas. Tada pacientas matytų, ar įstaiga išnaudojo kvotas, ar ne. Tokiu būdu niekas negalėtų manipuluoti esama padėtimi.

Taip pat paminėta, jog didžiausia problema – visuomenės žinių trūkumas apie reabilitaciją ir jos teikiamą svarbą. Visuomenės požiūris į reabilitaciją yra ne kaip į gydymo dalį, bet kaip į rekreacinę veiklą.

Aptarta ir institucinė veikla, jos pagrindinės problemos – abejingumas, atsakomybės nebuvimas. Šiuo klausimu, anot respondentų, egzistuoja dalyvaujančių institucijų nepakankama veikla kalbant apie reabilitacijos politikos formavimą.

Kalbant apie gerąją reabilitacijos praktiką užsienio valstybėse, respondentai išskyrė: paslaugas į namus; pavyzdines šalis; reabilitacijos paslaugų paskirstymą valstybinėms ir privačioms įstaigoms; kokybiškas paslaugas; specialistams keliamus reikalavimus ir darbo sąlygų sudarymą; nuolatinį kvalifikacijos tobulinimą.

Kalbant apie reabilitacijos praktiką užsienio valstybėse, respondentai išskiria tokias šalis, kuriose gerai išplėtotą reabilitacijos sistema. Šios šalys yra: Vokietija, Šveicarija, Danija ir Vakarų šalys. Minėtina, jog Šveicarijoje specialistai nemažai dirba priimdami pacientus namuose. Tokių pavyzdžių Lietuvoje trūksta, nes kartais nebūtina pacientui eiti į reabilitacijos įstaigą. Visiškai užtektų, jog pacientas ateitų pas specialistą į namus. Respondentai, nagrinėdami klausimą apie reabilitacijos paslaugų paskirstymą valstybinėms ir privačioms įstaigoms, pabrėžia, jog *tai mažintų srautus ir leistų koncentruotis vyriausybei į sunkiausių ligonių reabilitaciją*. Taip pat turi būti suteikiama kokybiška pagalba, reabilitacijos sistema turi būti tobula ir remtis komandiniu darbu. Specialistams užsienio valstybėse keliama dideli reikalavimai ir yra sudaromos sąlygos tiems reikalavimams įgyvendinti. Čia darbuotojai nuolat tobulinasi, semiasi patirties iš užsienio praktikų bei siekia įgyvendinti naujoves, grįstas tyrimais.

Interviu metu buvo aptarta ir finansavimo problematika. Respondentai teigė, jog finansavimas, kuris skiriamas reabilitacijos sričiai yra pernelyg menkas, dėl šios priežasties kenčia taikomo reabilitacijos proceso kokybė.

Taip pat buvo aptartos reabilitacijos paslaugos privačiose klinikose ir valstybinėse įstaigose. Čia respondentai pasisakė, jog daugumoje vakarų šalių yra nemažai paslaugų, suteikiamų privačiose klinikose, o ligoninėse suteikiama reabilitacija tik III lygio pacientams.

2.2. Jungtinės Karalystės reabilitacijos politikos vertinimas ekspertų nuomone

Tiek Lietuvos, tiek JK ekspertams buvo pateiktas tas pats klausimynas. Gauti atsakymai išversti į lietuvių kalbą ir darbe analizuojami lietuvių kalba.

Interviu metu, vertindami reabilitacijos politiką, esminiais reabilitacijos politiką apibūdinančiais kriterijais, respondentai kaip ir Lietuvoje įvardijo teisinį reglamentavimą, reabilitacijos politikos pokyčius, žmogiškųjų išteklių svarbą bei reabilitacijos politikos finansavimą. Bet reabilitacijos modelio pasirinkimas Jungtinės Karalystės ekspertams, spėjama dėl ilgesnės reabilitacijos politikos istorijos, jau nėra aktualus.

Kalbant apie kertinius reabilitacijos principus, neabejotinai svarbus vaidmuo tenka teisiniui reglamentavimui. Iš kategorijos „Teisinis reglamentavimas“ svarbiausia, informantų manymu, reabilitacijos politikos kūrimą pradėti nuo reabilitacijos priežiūros akto išleidimo, informacijos susistemavimo, dokumentų-vadovų parengimo. Kalbėdami apie reabilitacijos priežiūros akto išleidimą, konstatuota, jog JK prieš 2 metus buvo išleistas reabilitacijos priežiūros aktas. Jame teigiama, jog visi pacientai turi teisę į reabilitacinį gydymą. Šią reabilitacijos politiką JK remia Vyriausybė.

Paklausti apie informacijos susistemimą ir vadovų parengimą, respondentai atsakė, jog informacija išsami ir susisteminta bei parengtos oficialios gairės, ku-

rios padeda jiems kokybiškai atlikti savo darbą. Ši informacija pateikta vyriausybės surašytoje institucijoje NICE (Nacionalinis sveikatos priežiūros ir kompetencijos institutas). Taip pat JK turi reabilitacijos dokumentus-vadovus, pvz. *insulto reabilitacijai, kuriame aiškiai nurodomas visas procesas*. Visi respondentai pažymėjo, jog NICE surašytos gairės ir vadovai tampa neatsiejama jų darbo dalimi.

Interviu metu respondentai turėjo galimybę pasisakyti apie reabilitacijos politikos pokyčius JK. Šia tema jie tiksliau analizavo dvi problemas: sąlygų pasikeitimas atskiruose centruose ir visuomenės požiūrio kaita. Kalbėdami apie sąlygų pasikeitimą ir atskirus centrus, respondentai teigė, jog anksčiau pacientai būdavo pristatomi į artimiausią ligoninę, kuriose nebūtinai buvo tinkamas specialistas. Dėl to vyriausybė nusprendė sukurti atskirus centrus, tokius kaip traumos, insulto, kardiologinius ir t. t. Toks atskirų centrų sukūrimas lėmė tai, kad pacientai dabar yra pristatomi į atskirus centrus: jeigu pacientui insultas, tai jis bus pristatomas į insulto centrą, o jeigu trauma – tai į traumos centrą. Šie pokyčiai lėmė tai, kad šiuo metu reabilitacijos suteikimas tampa efektyvesnis – pristatant pacientą į specialų centrą yra didesnė tikimybė greičiau atstatyti jo funkcijas. Ekspertai pabrėžė, jog visuomenė į reabilitaciją žiūri atsakingai, žmonės yra informuoti apie reabilitacijos svarbą.

Aptardami žmoniškųjų išteklių svarbą, respondentai labiausiai atkreipė dėmesį į šias dvi problemas: personalo pasirinkimą ir komandinį darbą. Kalbėdami apie personalo pasirinkimą, teigiamai jį vertino, nes šių atskirų reabilitacijos centrų specialistai yra geriausi. Jie puikiai išmano tam tikros ligos specifiką, dėl to gali suteikti tinkamą pagalbą. Šie specialistai yra savo srities žinovai – profesionalai, kurie atlieka tik savo kompetencijas atitinkantį darbą. Komandinis darbas, respondentų nuomone, yra būtinas, nes tik bendradarbiaujant galima greitai, objektyviai nukreipti pacientą į reikiamą centrą bei suteikti geriausią pagalbą.

Kita šio interviu tema, kurią aptarė respondentai, yra reabilitacijos politikos finansavimas. Buvo gvildenamos dvi pagrindinės problemos: reabilitacijos politikos finansavimo privalumai ir trūkumai bei multidisciplininis reabilitacijos procesas. Kalbėdami apie reabilitacijos politikos finansavimo privalumus ir trūkumus, respondentai teigė, jog *sveikatos departamentas taip pat kontroliuoja sveikatos ir socialinės rūpybos padalinį, kuris atsakingas už reabilitaciją po ligoninės <...>. Ši institucija nusprendžia, kokios reabilitacijos pacientui reikia. Jie negauna finansavimo tiek, kiek mes, ir tai yra problema, nes mes parengiame gana gerai pacientą, o po ligoninės patys turi sumokėti už tam tikras procedūras, o jei jie neturi pinigų, tai yra didelė problema, nes mūsų pažanga gali būti sugadinta*. Taigi šiuo aspektu respondentai daro išvadą ir teigia, jog trūksta finansavimo reabilitacijos politikai po ligoninėje suteiktų paslaugų. 4 respondentai pabrėžė, jog sveikatos ir socialinės rūpybos padalinuose trūksta kompetentingų darbuotojų ir finansavimo siekiant išlaikyti atstatytą paciento funkcinių lygį. Kalbėdami apie multidisciplininį reabilitacijos procesą respondentai teigė, jog *paslaugas gali lengvai pasiekti pacientai pagal atskirus centrus*.

Šio interviu metu buvo siekiama išsiaiškinti reabilitacijos politikos UK pliusus ir minusus. Kad tai būtų galima atlikti, respondentai nagrinėjo tris temas ir sprendė jų problemas. Nagrinėdami pirmąją temą *Žmogiškieji ištekliai* respondentai iškėlė šias problemas: kvalifikuoti specialistai ir reikiamas specialistų kiekis. Kalbėdami apie kvalifikuotus specialistus, respondentai teigė, jog reabilitacijos mokslinę visuomenę sudaro 200 narių ir visi jie yra tyrėjai, atsakingi už reabilitacijos vystymą bei formavimą. Respondentų teigimu, reabilitacijos centruose dirba įvairių kvalifikacijų specialistai: *Gerai tai, jog yra daug žmonių, dirbančių reabilitacijos srityje*. Respondentai pažymi, jog siekiant gauti reabilitacijos licenziją privalu išlaikyti atestaciją. Tai turi padaryti visi: tiek JK piliečiai, tiek ir užsieniečiai.

Kitas klausimas, kuris buvo aptartas interviu metu – tai informacija. Respondentai įvardijo, jog greitas apsikeitimas informacija yra vienas iš privalumų JK reabilitacijos politikoje. Jų teigimu, tyrėjai, specialistai, gydytojai, kuriems reikia atitinkamų vadovavimo žinių, visada gali kreiptis į NICE, kuri pateiks nuorodas į jų prašymus. Specialistai visada gali gauti faktais paremtą informaciją ir greitai. Taip pat informantai pabrėžė, jog įdiegta elektroninė sveikata veikia puikiai ir informacija apie jų būklę pasiekama visoje JK teritorijoje.

Kalbėdami apie sprendimų priėmimą, respondentai pasisakė apie darbo grupės. Pagrindinis sukurtos darbo grupės tikslas – sujungti ekspertus iš visų sričių ir vykdyti bendras konsultacijas, tačiau ekspertai teigė, jog Sveikatos ir socialinės rūpybos darbuotojai beveik nesilanko konsultacijose. Jų manymu, reikia imtis veiksmų, kad sveikatos ir socialinės rūpybos įstaigos ir klinikinės komisijos grupė, kuri atsakinga už medicininių paslaugų finansavimą, būtų labiau įtraukta į reabilitacijos procesą. Kaip teigia ekspertai, visos grupės labai svarbios priimant tam tikrus reabilitacijos sprendimus, jų nedalyvavimas sukelia didelę problemą.

Taip pat respondentai turėjo galimybę pasisakyti apie reabilitacijos politikos tobulinimą JK. Šiuo klausimu jie išreiškia savo nuomonę kalbėdami apie socialinę priežiūrą namuose, finansavimą ir paslaugos kokybės gerinimą sutrumpinant reabilitacijos laukimo laiką. Kalbėdami apie socialinę priežiūrą namuose, respondentai teigė, jog nieko nėra padaryta, kad būtų užtikrinta ir įgyvendinta socialinė ir namų priežiūra. Apie finansavimą respondentai pasisakė trumpai. Jų teigimu, reabilitacijai pinigų gauna tie, kurie geba to išsireikalauti – *šaukia labiausiai*, o reabilitacijai lėšų gauna tikrai ne visi. Siekiant pagerinti teikiamų paslaugų kokybę, reikia sutrumpinti reabilitacijos laukimo laiką. Labai dažnai pacientai turi laukti specialių reabilitacijos centrų 3 mėnesius ir neretai po itin sudėtingų traumų, tokių kaip stuburo sužalojimas, šis laikas tampa per ilgas ir pacientai vis dar lieka intensyvios reabilitacijos skyriuje. Kai kurių respondentų nuomone, 3 mėnesių laukimo laikas nedaro įtakos reabilitacijos kokybei, nes šie centrai yra skirti neskubiai reabilitacijai. Visą reikiamą ir pirminę reabilitaciją pacientai gauna laiku ligoninėse.

Interviu metu respondentai aptarė ir šiuos klausimus: reabilitacijos modelis, paslaugų kokybė, finansavimas. Kalbant apie reabilitacijos modelį, buvo ana-

lizuojamos kelios problemos: reabilitacijos taikymas reglamentuotas įstatymu; kvotų trūkumas; trijų lygių reabilitacijos procesas.

Reabilitacijos akte yra nustatyta, jog žmogus turi teisę į reabilitaciją. Apie kvotas respondentai pasisakė, jog *mes turime pagal NHS specialistų paslaugas, mes turime specialiąją reabilitaciją, ir visi pagal NHS jie turi standartus*. JK yra trys reabilitacijos lygiai: lygis 1 abc; lygis 2 ab; lygis 3.

Lygis 1a yra labai sudėtingas, priešingai nei 1b. 1c lygis susijęs su psichiatrija. 2a lygio pacientas pasižymi savarankiškumo požymiais, tačiau vis tiek reikalauja priežiūros. Lygis 2b ir 3 lygiai yra laikoma namų reabilitacijos lygiais. Respondentai taip pat pasisakė, jog kvotos taikomos tik neskubiajai reabilitacijai. Pacientams, kurių sudėtingumo lygis yra 1abc ar 2a – kvotos neegzistuoja ir maksimalus laukimo terminas yra 10 dienų.

Kalbėdami apie paslaugų kokybę, respondentai aptarė šias subkategorijas: pagal diagnozę, traumas suskirstyti centrai; aukšta specialistų kvalifikacija; paslaugų prieinamumas.

Respondentų teigimu, pacientai ligoninėse turi lankyti reabilitacijos centrus. Tokie pacientai yra sudėtingi. Pagal ligos pobūdį ar savo asmenines ligas pacientai eina į atitinkamus reabilitacijos centrus. Jeigu pacientui insultas, tai jis paskirtas į insulto centrą, o jeigu trauma – į traumų centrą. Reabilitacijos kokybė yra labai gera, nes daug specialistų dirba prie vieno paciento. Taip pat čia dirba tik aukštos kvalifikacijos specialistai. Paslaugų kokybei itin didelę reikšmę suteikia paslaugų prieinamumas. Apie šią problemą respondentai pasisakė konkrečiai. Jų teigimu, pacientai į reabilitacijos padalinį turi būti priimami per 10 dienų. Tačiau NHS (institucija, finansuojanti ligonines) turi tam tikrus kriterijus, kuriais remiantis yra tam tikram lygiui priskiriamas atitinkamas laukimo terminas ir trukmė. Dėl šios priežastis 1a ir b lygio pacientai gali laukti reabilitacijos tik iki 10 dienų, o jų maksimali reabilitacijos trukmė iki 190 dienų.

Interviu metu buvo aptariamas ir finansavimo klausimas. Čia labiausiai atsižvelgta į reabilitacijos įkainius ir galimybę taikyti naujausias technikas ir technologijas. Kalbant apie reabilitacijos įkainius, svarbu tai, jog labai dažnai žmonės turi mokėti už reabilitaciją, jeigu jie nuspręstų naudotis privačiu centru. Tačiau reabilitacija ligoninėse yra visiškai nemokama. Jeigu pacientas renkasi reabilitaciją, kuri yra valstybinė, tai visos reabilitacinės paslaugos, priežiūra bei kompensacinė technika yra nemokama. Taip pat labai svarbu tai, jog JK reabilitacijos sistemoje labai išvystyta galimybė taikyti naujausias technikas ir technologijas. Pacientui suteikiama galimybė naudotis geriausiomis bei pažangiausiomis technologijomis, pvz.: akių skaitytuvai, aplinkos kontrolė ir vamzdeliu valdomi vežimėliai.

Kalbėdami apie paslaugų kokybę ir prieinamumą, respondentai interviu metu aptarė šias tris problemas: reabilitacijos centrai; regionų plėtra; kokybiška paslauga. Reabilitacijos centrų yra apstu, o ir prieinamumas yra panašus, reabilitacija beveik visur yra tokia pati. Teigiama, kad regionuose reabilitacijos centrų

yra mažiau. Problema kyla tada, kai pacientas gyvena atokesniame regione ir reabilitacijos centro paslaugos yra nepakankamos. Respondentas taip pat pažymėjo, jog vertinant JK regionus, kuriuos kontroliuoja NHS (Anglija, Škotija, Šiaurės Airija, Velsas) paslaugų prieinamumas panašus. Didesnę įtaką reabilitacijai turi, jeigu pacientas gyvena regiono rajone. Tačiau dauguma respondentų teigė, jog nepaisant to, ar centrai yra nutolę, ar ne, reabilitacijos kokybė išlieka gera.

Kvalifikuotų specialistų gausa užtikrina tinkamą bei kokybišką paslaugą. Nors respondentai nedaugžodžiavo, visi pritarė, jog paslaugos, kurios yra suteikiamos, atitinka aukščiausius standartus.

Kalbėdami apie slaugos specialistų ir socialinių darbuotojų stoką, respondentai teigė, jog labai trūksta reabilitacijos slaugytojų, o slaugės paprastai ateina iš kitų departamentų. Dėl šios priežasties jos nežino visos specifikos, kurias taikome reabilituojant ligonius. Dauguma respondentų teigė, jog slaugos specialistų galėtų būti daugiau, tačiau jie įvertina tai, jog darbas reabilitacijos skyriuje yra labai sudėtingas. Tokia sudėtinga slauga dažnai lemia slaugytojų kaitą ypač tada, kai reabilitacija pradėdama kaip įmanoma anksčiau. Respondentų teigimu, reabilitacijos centruose ir ligoninėse stengiamasi rotuoti slaugytojus iš įvairių skyrių, jog šie įgautų įgūdžių esant reikalui persikelti į reabilitacijos skyrių. Ekspertai taip pat pabrėžė, kad labai trūksta socialinių darbuotojų, dėl tos priežasties įvyksta funkcijų dubliavimas. Pavyzdžiui, ergoterapeutas, atlikdamas savo srities darbą, kartu atlieka ir socialinių darbuotojų darbą. Taip pat labai dažnai pasitaikanti problema yra funkcijų dubliavimasis. Informantai labai tiksliai apibūdino funkcijų dubliavimą taip: *Fizioterapeutai ir Ergoterapeutai?? daro kartais tą patį darbą, Ergoterapeutai, fizioterapeutas ir socialinė rūpyba užduoda tuos pačius klausimus, ir taip trijų darbuotojų laikai yra sugadinami, nes informacija gauname tokią pat. Viena iš pagrindinių problemų, kurių neturėtų būti dirbant reabilitacijos srityje yra ta, jog slaugytojos yra iš kitų departamentų ir jos nežino, kaip elgtis su reabilitacijos ligoniais.*

Interviu metu respondentai turėjo galimybę pasisakyti apie žmogiškuosius išteklius ir įstatyminę bazę. Kalbėdami apie žmogiškuosius išteklius respondentai konkretizavosi į specialistų stokos problemą. Čia jie teigė, jog reabilitacijos srityje labai trūksta slaugytojų, o slaugytojos paprastai ateina iš kitų departamentų. Slaugos specialistų ir socialinių darbuotojų galėtų būti daugiau. Tada nereikėtų savo srities specialistui (pvz., ergoterapeutui) atlikti socialinio darbuotojo darbo.

Aptardami įstatyminės bazės kategoriją, respondentai konkretizavo aiškų teisinį reglamentavimą. Sveikatos ir socialinės rūpybos tarnyba negali užtikrinti efektyvaus ir skaidraus reabilitacijos veikimo, nes neturi tinkamų įstatymų, kurie galėtų užtikrinti, kad viskas veiktų puikiai.

Pažymėtina, kad JK dauguma ekspertų pavyzdinėmis valstybėmis įvardino Vokietiją ir Ameriką. Kalbėdami apie Ameriką, respondentai pažymėjo esminį trūkumą – tai reabilitacijos finansavimą: *Amerikos problema yra ta, kad jūs turite sumokėti ir tai yra gana brangu.* Kai pacientui nėra sudaryta galimybė gauti

reabilitacijos paslaugą nemokamai, tarsi pažeidžiamas visų piliečių lygybės principas, t. y. jei žmogus finansiškai negali sau užtikrinti sveikatos gerovės, vadinasi jis negali būti visiškai išgydytas.

Visgi didžioji dauguma respondentų dažniau kalbėjo apie tai, kad Vokietijos reabilitacijos politika yra pranašesnė. Kai kurie ekspertai savo nuomonę pagrindė argumentais: *Vokietijos efektyvumas yra nuostabus*. Tai yra labai trumpa frazė, tačiau labai informatyvi. Galima daryti prielaidą, kad reabilitacijos politikos procesas Vokietijoje yra tinkamai teisiškai sureguliuotas, pacientas gauna laiku, greitai, kokybišką paslaugą, kuri jam yra nemokama, finansuojama iš valstybės biudžeto. Vokietija puikiai sprendžia ir kvalifikuotų specialistų klausimą, didelį dėmesį skirdama mokymams ir finansavimui. Pasak ekspertų, Vokietijos reabilitacijos sistema *turi daugybę matavimų ir konsultacijų ir labai gerą infrastruktūrą* ir tai, tikėtina, lemia, jog paslauga suteikiama kokybiškai ir visas procesas veikia.

Apibendrinant reabilitacijos tobulinimo klausimus, didžiausias dėmesys buvo skiriamas patekimo reabilitacijai termino trumpinimui ir teisinių reikalavimų kaitai. Kalbant apie termino trumpinimą, kad būtų galima patekti į reabilitaciją respondentai teigė, jog reabilitacijos modelis keičiasi ir yra bandoma reabilitaciją pradėti kaip galima anksčiau. Siekiama sutrumpinti patekimo į reabilitaciją terminą nuo 1 mėnesio iki 72 valandų. Būtent toks pokytis, pasak respondentų, padės pasiekti geriausių rezultatų. O visa reabilitacijos politikos sistema yra keičiama. Planuojami įstatyminiai pakeitimai ir naujo reabilitacijos akto išleidimas. Juo siekiama įtvirtintos atsakomybės įtraukiant visas reabilitacijoje dalyvaujančias institucijas. Taip pat respondentai pažymėjo, jog keičiant politiką, dalyvauja ir NCEPOD (Nacionalinė konfidenciali pacientų gydymo rezultatų ir mirties informacijos tarnyba), kuri yra tiesiogiai atsakinga už naujų metodų pritaikymą reabilitacijoje bei jų finansavimą.

2.3. Lietuvos ir Jungtinės Karalystės ekspertų nuomonės lyginamoji analizė

Lietuvos ir Jungtinės Karalystės reabilitacijos politika atitinkamose kategorijose turi panašumo, tačiau taip pat matomi ir skirtumai. Trumpai aptariame, kokiomis kategorijomis ir subkategorijomis panaši ir skiriasi reabilitacijos politika šiose skirtingose valstybėse.

Kategorijoje „Reabilitacijos politikos kūrimo principai Lietuvoje / JK“ Lietuvos ir JK reabilitacijos politika panaši šiais aspektais: politikos pokyčiais ir žmogiškaisiais ištekliais. Tiek Lietuva, tiek JK politikos pokyčiuose atkreipia dėmesį į sąlygų pasikeitimą, visuomenės požiūrio kaitą. Žmogiškųjų išteklių klausimu abi šalys aptaria personalo pasirinkimą ir komandinį darbą. Lietuva šioje subkategorijoje yra detalesnė. Ji kartu su personalo pasirinkimo ir komandinio darbo problemomis įvardija ir gydytojų viršenybės principą bei kompleksiskumą. Taip pat Lietuva ir JK apibūdina

reabilitacijos politikos modelį. Ši modelį JK ekspertai aptaria per reabilitacijos politikos finansavimą. Abiejų šalių ekspertai šioje subkategorijoje aptaria reabilitacijos politikos privalumus, trūkumus, multidisciplininę reabilitacijos procesą.

Kategorijoje „Reabilitacijos politikos pliusai ir minusai“ Lietuvos ir JK respondentų aptariamoms subkategorijoms labai skiriasi. Lietuva įvardija pacientų siuntimo / nukreipimo sistemos netobulumą ir kineziterapeutų licencijavimą, ekspertai licencijavimo problemą iškelė per motyvacijos stokos prizmę, tai yra, jie teigia, jog sunku motyvuoti kineziterapeutus tęsti mokslus bei įgyti aukštesnę kvalifikaciją, o JK pabrėžia žmogiškųjų išteklių trūkumą ir informacijos apsikeitimo greitumą. Žinoma, šioje kategorijoje šios šalys aptaria ir tas pačias subkategorijas tik kitais aspektais. Štai Lietuvos respondentai pasisakydami apie sprendimų priėmimą nusako SAM darbo grupės darbo netobulumus ir informacijos trūkumus, o JK tuo pačiu klausimu aptaria tik darbo grupės netobulumus (konsultacijose dalyvauja ne visos suinteresuotosios pusės). Klausime apie reabilitacijos politikos tobulinimą Lietuva aptaria gerosios patirties panaudojimą, finansavimą, išsilavinimo sistemos pertvarkymą ir paslaugos kokybės gerinimą. O JK tuo pačiu klausimu įvardija tik vieną tokį pat aspektą – finansavimą, daugiau reabilitacijos politikos tobulinimo problemą JK aptaria socialinės priežiūros namuose, paslaugos kokybės gerinimo sutrumpinant reabilitacijos laukimo laiką problematiką.

Kategorijoje „Pacientų teisės gauti reabilitacijos paslaugas laiku ir kokybiškai užtikrinimas.“ Tiek Lietuva, tiek JK iškelia tas pačias problemas: reabilitacijos modelį, paslaugų kokybę ir finansavimą. Tačiau šias problemas šių šalių respondentai nusako iš esmės skirtingais aspektais. Lietuva reabilitacijos modelį pateikia šiais aspektais: specialistų profesinės organizacijos, kvotų trūkumas, siuntimo skaidrumas, pacientų vertinimas. JK tą pačią problemą aptaria šiais atžvilgiais: reabilitacijos taikymas, reglamentuotas įstatymu, kvotų trūkumas, 3 lygių reabilitacijos procesas. Šios kategorijos subkategorijoje „finansavimas“ galime išžvelgti vieną bendrą abiejų šalių nagrinėjamą aspektą – tai reabilitacijos įkainis. Lietuvos ekspertai labiau akcentuoja finansavimą, tuo metu JK kartu su reabilitacijos įkainiu aptaria ir galimybę taikyti naujausias technikas ir technologijas.

Pavyzdinės medicininės reabilitacijos šalimis tiek Lietuva, tiek JK laiko JAV, Vokietiją. Vokietijoje reabilitacijai skiriama 170 dienų, o Lietuvoje tik 85. Lovadienių kainos skirtumai yra labai dideli, ir skiriasi beveik 10 kartų – Lietuvoje viena diena kainuoja maždaug nuo 32 eur iki 80 eur (priklausomai nuo diagnozės), Vokietijoje – apie 380 eurų. Tačiau abiejose šalyse darbą atlieka vienodas specialistų skaičius. Galima sutikti, kad Lietuva ir Vokietija nėra ekonomiškai tapačios šalys, tačiau, manytina, kad esantys skirtumai visgi yra pernelyg ženklūs.

Taigi, atsižvelgiant į šias ir kitas kategorijas bei jų subkategorijas, kurias pateikia tiek Lietuvos tiek JK ekspertai, galima teigti, jog Lietuvos ir JK reabilitacijos politikos sistema tarpusavyje labai skiriasi. JK reabilitacijos politika yra ilgesnės istorinės perspektyvos, todėl joje daugiau dėmesio skiriama jos tobulinimui,

darbui bendruomenėse, naujoms technologijoms, o Lietuvoje reabilitacijos politika dar besivystanti, ieškanti savo modelio, labai pasigendanti finansavimo.

Išvados

1. Medicininės reabilitacijos teisinis reglamentavimas Lietuvoje istorinėje perspektyvoje labai patobulėjo: Lietuvoje institucijos, siekdamos sėkmingai įvykdyti iškeltus reabilitacijos politikos tikslus, privalėjo sukurti tarptautinius standartus atitinkančią sistemą, reabilitacija turėjo būti plėtojama įvairiuose lygmenyse (sveikatos apsaugos, švietimo ir kt.) ir vietose, įstatymų leidžiamoji valdžia privalėjo parengti ir tobulinti teisės aktus. Medicininės reabilitacijos kūrimosi Jungtinėje Karalystėje istorija rodo, kad ši šalis turėjo visai kitokią patirtį, požiūrį ir lūkesčius nei Lietuva. JK reabilitacijos sistema egzistuoja žymiai ilgesnį laiką, todėl turėjo daugiau progų adaptuotis, prisiderinti prie pacientų ir visuomenės poreikių. Šie veiksniai turėjo ir tebeturi įtakos reabilitacijos politikai, jos kryptčių formavimuisi, šalies reabilitacinė sistema atsižvelgia į visuomenės požiūriu kaitą, inovacijų atsiradimą, dėl šių veiksmų JK politiką formuojančios institucijos reaguoją į susidariusius pasikeitimus sukurdami atitinkamus teisės aktus. 2016 m. buvo išleistas Reabilitacijos aktas, kuriame teigiama, jog reabilitacija privalo būti suteikiama visiems. Jungtinės Karalystės reabilitacijos politika pagrįsta požiūriu į pacientą, kaip individą su tik jam būdingais sutrikimais, o reabilitacijos sistema skatina individualią reabilitacijos programą, kurioje ligonis yra aktyvus dalyvis ir netgi gali prisidėti prie plano sudarymo, pasirinkti jam reikalingiausias paslaugas ir kontroliuoti jam paskirtą reabilitacijos biudžetą.
2. Reabilitacijos politiką reglamentuojančių teisės aktų pritaikymas praktikoje, t. y. politikos įgyvendinimas, priklauso ne tik nuo teisės normų kokybės, bet ir nuo tinkamo jų įgyvendinimo. Politiką vykdančios institucijos turi būti aktyvios, atsižvelgiant į turimą finansavimą diegti naujoves, užtikrinti tinkamą žmogiškųjų išteklių panaudojimą praktikoje bei personalo kvalifikaciją, taip pat aktyviai bendradarbiauti su kitomis institucijomis, teikti pasiūlymus bei rekomendacijas. Medicininės reabilitacijos politikos privalumai Jungtinėje Karalystėje pasižymi vykdomos reabilitacijos politikos naudingumu, t. y. sukurta gerai veikianti reabilitacijos sistema, kurioje kreipiamas individualus dėmesys į pacientą. Pagrindinės medicininės reabilitacijos problemos Jungtinėje Karalystėje – NHS institucija, kuri koordinuoja ir planuoja reabilitacijos ir sveikatos apsaugos politiką bei gaires. JK reabilitacijos politikos patiriami sunkumai yra: didelis biudžeto deficitas ir darbuotojų trūkumas. Taip pat nustatyta tai, kad pacientams po sunkių traumų, operacijų tenka gana ilgai laukti eilėje, norint apsilan-

kyti pas kineziterapeutą ir pradėti fizioterapiją ar gauti fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacijas.

3. Lyginant Lietuvos ir Jungtinės Karalystės reabilitacijos politiką, jų panašumai pasireiškia reabilitacijos politikos pokyčiuose kreipiant dėmesį į reabilitacijos paslaugų suteikimo sąlygų pasikeitimą, visuomenės požiūrio kaitą. Lietuvos ekspertai dabartiniu trūkumu išskyrė pacientų siuntimo / nukreipimo sistemos netobulumą ir kineziterapeutų nelicencijavimą bei finansavimo trūkumą, o JK specialistai išskyrė žmogiškuosius išteklius, socialinių paslaugų trūkumą ir informacijos apskaitimo greitį.

Rekomendacijos SAM:

1. Įvertinti reabilitacijos politikos įgyvendinimo dabartines problemas, parengti reabilitacijos plėtros programą pirmiausia atkreipiant dėmesį į nepakankamą reabilitacijos finansavimą, kuris didele dalimi lemia žemesnę reabilitacijos paslaugų kokybę. Esant galimybei, reabilitacijos ir sveikatos grąžinamojo gydymo paslaugų suaugusiems ir vaikams bazines kainas padidinti palaipsniui bent 10 proc.
2. Apmokant už paslaugas, prioritetą skirti vaikams, užtikrinant šių paslaugų teikimą pagal poreikį. Teisės aktuose nustatyti sumos dalį vaikų reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui, padidinant ją nuo 20 iki 25 proc., aiškiai apibrėžiant, kad vaikų reabilitacijos paslaugos ir sanatorinis gydymas negali būti kvotuojamos ir vaikams skirtos lėšos negali būti panaudojamos (perkeliamos) suaugusiųjų reabilitacijai.
3. Gerinti reabilitacijos įstaigų infrastruktūrą, kad ypač regionuose pacientams ji būtų lengvai pasiekiamą, o paslauga būtų suteikiama tos pačios kokybės, kaip ir didžiųjų miestų įstaigose, centruose, aprūpinti specialistais ir planuoti jų poreikį. Daugiaprofilinėse ligoninėse turi būti stacionarinės reabilitacijos skyrius.
4. Palaipsniui didinti reabilitacijos kvotų skaičių pagal pacientų srautus stacionaruose ir pacientų funkcinę būklę.
5. Peržiūrėti pirmo etapo reabilitacijos paslaugų kainą. Ji galėtų sudaryti 3–4 proc. lovdienio kainos lėšų. Tai užtikrintų pirmojo reabilitacijos etapo vykdymą.
6. Supaprastinti reabilitaciją reglamentuojančius teisės aktus pagal specialistų poreikius – inicijuoti Sveikatos apsaugos ministro įsakymo „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo“ Nr. V50 pakeitimus, tokius kaip: atskirti suaugusiųjų bei vaikų reabilitaciją. Užtikrinti reabilitacijos tęstinumą, ypač integruojant su pirmine sveikatos priežiūra ir priežiūra bendruomenėje, įtraukiant nevyriausybinės organizacijas.

Rekomendacijos pacientų organizacijoms:

7. Šviesti pacientus ir tėvus apie reabilitacijos paslaugų vaikams prieinamumą. Kartu su specialistais organizuoti ligonių ir jų artimųjų apmokymus, kaip tęsti reabilitacijos priemones, stebėti savo būklę, norint išvengti komplikacijų, kaip teisingai parinkti ir naudoti techninės pagalbos priemones. Įvertinti reabilitacijos vietų trūkumą ir socialines–ekonomines priežastis, kurios gali sutrukdyti vaikams dalyvauti reabilitacijos procese.
8. Įvertinti apklausomis ir stebėjimo metodais reabilitacijos paslaugų poreikius vaikų ir suaugusiųjų amžiaus grupėse.

Rekomendacijos sveikatos priežiūros įstaigoms:

9. Sudaryti vienodas galimybes asmenims gauti reabilitacines paslaugas.
10. Organizuoti nepageidaujamų įvykių valdymo priemones reabilitacijos politikos įgyvendinime bei pasirėmti užsienio valstybių gerąja patirtimi (pvz.: Danijos, Vokietijos, JAV).
11. Diegti inovacijas reabilitacijoje.
12. Skatinti tarpdisciplininį bendradarbiavimą, komandinį darbą bendrai profesionalų komandos pagalba priimti sprendimus paciento gerovės atžvilgiu.
13. Nuolat tobulinti medicinines reabilitacijos paslaugų teikimo tvarką, atsižvelgiant į besikeičiančias aplinkybes.
14. Siekti, kad šeimos gydytojo komanda bendradarbiautų su ligoninėmis, reabilitacijos centrais ir kitomis įstaigomis, siūsdama ten pacientus ir sekdama jų apsilankymus kitose įstaigose.

Rekomendacijos aukštojo mokslo institucijoms:

15. Peržiūrėti švietimo programas, integruojant specialistų parengimą universitete ir kolegijose.
16. Didesnę dalį finansavimo skirti specialistų kvalifikacijos kėlimui, nustatyti aiškią valstybės, įstaigos ir paties specialisto finansavimo proporciją.

Informacinės visuomenės priemonės:

17. Žiniasklaidoje atkreipti dėmesį į reabilitacijos problemas tiek vaikų, tiek suaugusiųjų, senų žmonių grupėms.
18. Visuomenės švietimui panaudoti dalį reklamos laiko kalbant apie reabilitacijos paslaugų svarbą;
19. Prisidėti prie teigiamo požiūrio apie reabilitacijos politiką formavimo.

Literatūros sąrašas

Moksliniai straipsniai:

1. Guidance on the role of the responsible officer. *Department of Health*, 2015: 5–20.
2. Kriščiūnas, A. Reabilitacijos pagrindai (Kaunas: *Vitae Litera*, 2014), 246–249.
3. Kriščiūnas, A. Reabilitacijos sistema Lietuvoje (praeitis, dabartis, ateitis), *Medicina* 41, 3 (2005): 246.
4. Howard-wilsher, S., et al. Systematic overview of economic evaluations of health-related rehabilitation. *Disabil Health*, 9 (2016): 11-25.
5. Oddy, M., et al. The clinical cost-benefitts of investing in neurobehavioural rehabilitation: a multi-centre study. *Brain Inj* 27 (2013): 8-30.
6. Špokienė, I. Lietuvos teisės aktuose asmeniui ir valstybei adresuotų pareigų „rūpintis sveikata“ teisinis vertinimas, *Sveikatos politika ir valdymas*, 1, 4 (2012): 7.
7. Williams, G. Social Inequalities In Health: Notes in the margins. *Social Theory & Health*. 2013 11(2): 117–132.

Elektroniniai leidiniai:

8. Deficits in the NHS 2016. *The Kings Fund*, 2017 [žiūrėta 2016 m. lapkričio 30 d.], <<https://www.kingsfund.org.uk/publications/deficits-nhs-2016>>.
9. Rehabilitation in health systems 2017 WHO [žiūrėta 2017 m. sausio 20 d.], <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254506/1/9789241549974-eng.pdf?ua=1..>>
10. Rehabilitation, reablement, recovery. Quality guidance document. *Wessex Strategic Clinical Networks*, 2014, [žiūrėta 2016 m. gruodžio 5 d.], <<http://www.wessexscn.nhs.uk/about-us/latest-news/rehabilitation-reablement-and-recovery-quality-guidance-document-now-published>>.
11. The 2015 Rehabilitation act. *CMS*, 2016, [Žiūrėta 2017 m. spalio 20d.], <<https://www.cmsuk.org/files/CMSUK%20General/REHAB%20CODE%20in%20full.pdf>>.
12. World Health Organization. International Classification of Funcioning, Disability and Health (ICF) *World Helth Organization*. [žiūrėta 2016 m. gruodžio 5 d.]. < <http://www.who.int/classifications/icf/en.>>

Lietuvos Respublikos teisės aktai:

13. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos 2005 m. gegužės 31 d. įsakymas Nr. A1-159 „Dėl reikalavimų profesinės reabilitacijos paslaugas teikiančioms įstaigoms aprašo patvirtinimo,“ *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 70, 2543.

COMPARISON OF REHABILITATION POLICIES IN LITHUANIA AND THE UNITED KINGDOM

Danguolė Jankauskienė

Mykolo Romerio universiteto profesorė, Sveikatos tyrimų laboratorijos vadovė,
Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius, Lietuva Telefonas (+ 370 6) 8727722,
elektroninis paštas – djank@mruni.eu

Vitalij Černel

Mykolo Romerio universiteto sveikatos politikos ir vadybos programos absolventas,
Žirmūnų g. 70C-52, LT-09113, Lietuva Telefonas (+370 6) 8584897,
elektroninis paštas – vitalijus.cernel@gmail.com

Summary. *The article analyses the formation, implementation and evaluation of rehabilitation policy in Lithuania and the United Kingdom through a comparative analysis and two empirical sociological qualitative studies. The following scientific problematic issues were raised: what is the situation in the field of rehabilitation policy formation, development and assessment in the historical perspective in Lithuania and the United Kingdom, what are the advantages and disadvantages of the implementation of rehabilitation policy in Lithuania and the UK, and what are the possibilities to change and improve the formation and implementation of rehabilitation policy. A comparative analysis of the principles of rehabilitation policy development, financing, legal regulation, advantages and disadvantages has been carried out, using scientific publications, reports, publications of foreign research papers, legal acts as well as qualitative researches of experts in Lithuania and the United Kingdom. Rehabilitation policies have been found to have similarities in the United Kingdom and Lithuania, but they are quite different as well. Lithuania developed its rehabilitation policy in a relatively short time in all areas of development amid a rapidly changing environment, with effective legal regulation, ambitious measures and limited resources. The United Kingdom's rehabilitation policy has a much longer history; it changed in many ways to adapt to the needs of patients and society. It is based on the approach to the patient as an individual having a particular disorder, and the rehabilitation system promotes an individual rehab program in which the patient is an active participant and can even contribute to the plan, select services they need, and control the rehabilitation budget assigned to them. The system of rehabilitation policy between Lithuania and the UK varies considerably. In the UK, the focus is on the improvement of rehabilitation policy, working with communities, introducing new technologies. However, in Lithuania rehabilitation policy is still evolving, looking for a model that would fit best, even though rehabilitation in Lithuania lacks funding. In both countries, the systematic work of politicians, communication with various organizations, interest groups, contributes to successful rehabilitation.*

Keywords: *rehabilitation policy, formation, implementation, assessment.*

Danguolė Jankauskienė, Mykolo Romerio universiteto Sveikatos tyrimų laboratorijos vadovė, Politikos mokslų instituto profesorė, biomedicinos mokslų daktarė, patvirtinta socialinių mokslų habilitacijos procedūra. Mokslinių tyrimų kryptys: sveikatos politika, sveikatos sistemos administravimas ir veiklos valdymas, e. sveikata.

Danguolė Jankauskienė, Doctor of Biomedicine and Social sciences, HP in social sciences is Head of Health research laboratory, Professor at the Institute of Political Sciences, Mykolas Romeris University. Research interests: health policy, health system governance, e-health.

Vitalij Černel, Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo fakulteto Politikos mokslų instituto magistras. Mokslinių tyrimų kryptis: sveikatos politika.

Vitalij Černel, postgraduate at Mykolas Romeris University, Faculty of Public Governance, Institute of Political Science. Research interest: health policy.