

ISSN 2029-3569 PRINT
ISSN 2029-9001 ONLINE
DOI:10.13165/SPV

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

SVEIKATOS POLITIKA IR VALDYMAS

MOKSLO DARBAI
2017 1(10)

2017
Vilnius

ISSN 2029-3569 PRINT
 ISSN 2029-9001 ONLINE
 DOI:10.13165/SPV

ISSN 2029-3569 PRINT
 ISSN 2029-9001 ONLINE
 DOI:10.13165/SPV

Sveikatos politika ir valdymas yra Mykolo Romerio universiteto mokslo darbų leidinys, kurio tikslas yra skatinti mokslinį dialogą tarp Europos ir pasaulio mokslininkų, analizuoti sveikatos politikos ir valdymo mokslų problemas atspindinčias nacionalinių bei tarptautinių kontekstą ir aplinką, skleisti inovatyvių tyrimų patirtį, plėtoti tarpdisciplininius socialinių ir biomedicinos bei humanitarinių mokslų krypčių tyrimus.

Redaktorių kolegija

Pirmininkė: prof. dr. Danguolė Jankauskienė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva; Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, Lietuva

Nariai:

Prof. dr. Ilze Akota, Rygos Stradinio universitetas, Latvija
 Doc. dr. Paul Daniel Bartels, Orhuso universitetas, Europos sveikatos priežiūros kokybės asociacija, Danija
 Prof. dr. Eglė Bilevičiūtė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
 Doc. dr. Aistė Diržytė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
 Prof. habil. dr. Vilius Grabauskas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Lietuva
 Prof. Edmond Georgijevič Eidemiller, Šiaurės Vakarų I. I. Mečnikovo universitetas, Rusijos Federacija
 Doc. dr. Aldona Jociūtė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
 Prof. dr. Egon Jonsson, Kalgary, Alberta universitetai, Sveikatos ekonomikos institutas, Kanada
 Prof. habil. dr. Vinsas Janušonis, Klaipėdos universitetinė ligoninė, Klaipėdos universitetas, Lietuva
 Doc. dr. Vytautas Jurkuvėnas, Higienos institutas, Vilniaus universitetas, Lietuva
 Prof. dr. Jonas Juškevičius, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
 Doc. dr. Diane L. Kelly, Šiaurės Karolinos universitetas, Gilling visuomenės sveikatos mokykla, Jungtinės Amerikos valstijos
 Prof. dr. Mark McCarthy, Londono Universiteto koledžas, Jungtinė Karalystė
 Dr. Kęstutis Miškinis, Valstybinė ligonių kasa, Lietuva
 Prof. dr. Andrius Narbekovas, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
 Prof. dr. Birutė Pitrėnaitė-Žilėnienė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
 Prof. habil. dr. Stasys Puškorius, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
 Prof. habil. dr. Donatas Stakišaitis, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
 Prof. dr. Nijolė Vasiljevienė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva
 Prof. dr. Irena Žemaitaitytė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva

Atsakinga redaktorė: dr. Barbara Stankevič, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva

Redakcijos adresas:

Mykolo Romerio universitetas
 Viešojo valdymo fakultetas
 Politikos mokslų institutas
 Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius, Lietuva
 El. paštas: vvf@mruni.eu

Interneto svetainė: <http://spv.mruni.eu>

Mokslo darbų leidinys **Sveikatos politika ir valdymas** leidžiamas nuo 2009 m., ir yra įtrauktas į EBSCO Publishing, Inc., PROQUEST tarptautines duomenų bases.

© Mykolo Romerio universitetas, 2017

MYKOLAS ROMERIS UNIVERSITY

HEALTH POLICY AND MANAGEMENT

RESEARCH PAPERS
2017 1(10)

2017
Vilnius

Mykolas Romeris university scientific journal **Health Policy and Management** aims to encourage a scientific dialogue between the European and global researchers; analyze the problems of health policy and management, reflecting national and international context and environment; disseminate innovative research experience, develop the research of interdisciplinary social and biomedical sciences and humanities.

Editorial board

Chairman: Prof. Dr. Danguolė Jankauskienė Mykolas Romeris University, Lithuania; Vilnius University Hospital Santariskiu Klinikos, Lithuania

Members:

Prof. Dr. Ilze Akota, Riga Stradins University, Latvia

Assoc. Prof. Dr. Paul Daniel Bartels, Aarhus university, European Society for Quality in Healthcare, Denmark

Prof. Dr. Eglė Bilevičiūtė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Assoc. Prof. Dr. Aistė Diržytė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. Habil. Dr. Vilius Grabauskas, Lithuanian University of health sciences, Lithuania

Prof. Dr. Edmond G. Eidemiller, North – Western medical I.I. Metshnikov State University, Russian Federation

Assoc. Prof. Dr. Aldona Jociūtė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. Dr. Egon Jonsson, University of Alberta, and University of Calgary, Institute of Health Economics, Canada

Prof. Habil. Dr. Vinsas Janušonis, Klaipėda university hospital, Klaipėda university, Lithuania

Assoc. Prof. Dr. Vytautas Jurkuvėnas, Hygiene institute, Vilnius University, Lithuania

Prof. Dr. Jonas Juškevičius, Mykolas Romeris University, Lithuania

Assoc. Prof. Dr. Diane Kelly, University of North Carolina, Gillings School of Global Public Health, United States of America

Prof. Dr. Mark McCarthy, University College London, United Kingdom

Dr. Kęstutis Miškinis, State Sickness Fund, Lithuania

Prof. Dr. Andrius Narbekovas, Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. Dr. Birutė Pitrenaitė-Zilėnienė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. Habil. Dr. Stasys Puškorius Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. Habil. Dr. Donatas Stakišaitis, Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. Dr. Nijolė Vasiljeviėnė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. Dr. Irena Žemaitaitytė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Executive Editor: Dr. Barbara Stankevič, Mykolas Romeris University, Lithuania

Address of Editorial board:

Mykolas Romeris university

Faculty of Policy and Management

Institute of Political Sciences

Valakupių 5, LT-10101 Vilnius, Lithuania

E-mail: pvf@mruni.eu

Internet address: <http://hpm.mruni.eu>

The scientific journal **Health Policy and Management** is included in the EBSCO Publishing, Inc., PROQUEST international databases.

TURINYS

LAIMUTIS PAŠKEVIČIUS Kompleksinės pacientų saugos įvykių valdymo sistemos modelis Lietuvos ligoninėms	/7
TOMAS VEDLŪGA Organizacinio kapitalo teorijos raiška elektroninės sveikatos srityje	/44
DANGUOLĖ JANKAUSKIENĖ, VITALIJ ČERNEL Reabilitacijos politikos Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje palyginimas	/60
ASTRA TAUTVAIŠAITĖ, ALDONA GAIŽAUSKIENĖ Saviagnostika: galimybės ir perspektyvos sveikatos priežiūroje	/83
LIGITA VAIČAITYTĖ, GINTARĖ PETRONYTĖ Vaistų, kompensuojamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, prieinamumas 2009–2015 m. Kainos atžvilgiu	/96
RAIMONDA JASAITYTĖ, GINTARĖ PETRONYTĖ Nevyriausybinių organizacijų, atstovaujančių pacientų interesus, dalyvavimas valstybės sveikatos politikoje	/115

CONTENT

LAIMUTIS PAŠKEVIČIUS A model for comprehensive management of patient safety events at Lithuanian hospitals	/42
TOMAS VEDLŪGA Organizational capital theory expression of electronic health	/59
DANGUOLĖ JANKAUSKIENĖ, VITALIJ ČERNEL Comparison of rehabilitation policies in Lithuania and the United Kingdom	/81
ASTRA TAUTVAIŠAITĖ, ALDONA GAIŽAUSKIENĖ Medical self-diagnosis: opportunities and perspectives of health care	/95
LIGITA VAIČAITYTĖ, GINTARĖ PETRONYTĖ The accessibility of pharmaceuticals reimbursed from the compulsory health insurance fund budget in terms of prices in 2009 –2015	/109
RAIMONDA JASAITYTĖ, GINTARĖ PETRONYTĖ Non-governmental organizations representing the interests of patients' engagement in health policy	/130



KOMPLEKSNĖS PACIENTŲ SAUGOS ĮVYKIŲ VALDYMO SISTEMOS MODELIS LIETUVOS LIGONINĖMS

Laimutis Paškevičius

Mykolo Romerio universiteto

Politikos ir vadybos fakulteto Politikos mokslų institutas

UAB „SK Impeks Medicinos diagnostikos centras“

Telefonas (+370) 698 49757

Elektroninis paštas: laimutis.paskevicius@medcentras.lt

Pateikta 2017 m. kovo mėn. 4 d., parengta spausdinti 2018 m. vasario mėn. 6 d.

DOI:10.13165/SPV-18-1-10-01

Santrauka

Pacientai kreipiasi į ligonines pagalbos, tačiau kas dešimtas jų patiria žalą jose įvykus nepageidaujamiems įvykiams. Daugiau kaip pusės tokių įvykių buvo galima išvengti, jei būtų taikytos sisteminės jų prevencijos priemonės. Nepageidaujamų įvykių pasireiškimo dažnis bei jų sukeliama žala pacientams, asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, sveikatos priežiūros sektoriams ir valstybių ekonomikoms išlieka neleistinai didelė. Pacientų saugos užtikrinimas tapo vienu svarbiausių XXI a. sveikatos priežiūros iššūkių.

Nepaisant pastarąjį dvidešimtmetį susiformavusio plataus tarptautinio pacientų saugos judėjimo ir daugybės tarptautinių bei nacionalinių pacientų saugos gerinimo iniciatyvų, esminio proveržio, užtikrinant saugią sveikatos priežiūrą pacientams, pasiekti nepavyko. Viena svarbiausių priežasčių yra ta, kad tarptautinio ir nacionalinio lygmens pacientų saugos iniciatyvų įgyvendinimas stringa lokaliai – ligoninės ar kitos asmens sveikatos priežiūros įstaigos lygmenyje. Trūksta vadybinio-organizacinio mechanizmo, kuris sudarytų galimybę adaptuoti gerąją tarptautinę ir nacionalinę patirtis pacientų saugos srityje asmens sveikatos priežiūros įstaigų poreikiams, atsižvelgiant į jų veiklos specifiką ir galimybes.

Straipsnyje pateikiamas ir pagrindžiamas kompleksinės pacientų saugos įvykių valdymo sistemos modelis, kurio pagrindu ligoninės ar kitos asmens sveikatos priežiūros įstaigos, sukūrusios ir įdiegusios kompleksines pacientų saugos įvykių valdymo sistemas, galėtų efektyviau didinti saugios praktikos apimtį, veiksmingiau vykdyti pacientų saugos įvykių prevenciją ir gerinti jų valdymą. Siūlomas modelis susideda iš trijų struktūrinių blokų, kurių integruota sąveika siekia užtikrinti: a) geriausios tarptautinės ir nacionalinės patirties pacientų saugos srityje

išaiškinimą ir įgyvendinimą ligoninėje; b) sąlygų saugiai praktikai plėstis, pacientų saugai užtikrinti ir gerinti ligoninėje sudarymą; c) saugios praktikos ligoninėje išaiškinimą, įvertinimą ir plėtrą; d) nesaugios praktikos ligoninėje prevenciją ir valdymą užtikrinant ir gerinant pacientų saugą, prisidedant prie visos organizacijos veiklos tobulinimo ir tikslų siekimo.

Straipsnyje apibūdinami kompleksinės pacientų saugos įvykių valdymo sistemos modelio struktūra ir funkcijos, modelio integracija su kitomis ligoninės veiklos sritimis, taip pat su kitomis institucijomis ir organizacijomis, dalyvaujančiomis užtikrinant pacientų saugą ligoninėje. Aptariami iššūkiai, su kuriais susidurtų ligoninės, adaptuodamos bei įgyvendindamos šį modelį.

Reikšminiai žodžiai: pacientų sauga, pacientų saugos I koncepcija, pacientų saugos II koncepcija, nepageidaujami įvykiai, pacientų saugos įvykiai, pacientų saugos įvykių valdymas, modelis.

Įvadas

Tiriamoji problema ir jos aktualumas

Pacientai turi teisę į saugią ir kokybišką sveikatos priežiūrą (toliau – SP). Jie kreipiasi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą (toliau – **ASPI**) tikėdamiesi pagalbos atstatant ar sustiprinant sveikatą ir nesitiki joje patirti žalos ar prarasti gyvybę. Tačiau moksliniai tyrimai rodo, kad kas dešimtas ligoninėje besigydančias pacientas patiria žalą dėl nepageidaujamų įvykių (toliau – **NI**), kuriuos lemia SP organizavimo ar paslaugų teikimo trūkumai. Mokslinių tyrimų duomenimis, pasaulyje NI skaičius intensyviosios priežiūros ligoninėse siekia 3–17 proc., o Europoje – 8–12 proc. (Baker G. R. *et al.*, 2004; Davis P. *et al.*, 2002; *European Commission*, 2009, 2012, 2016; *An organization with a memory*, 2000). Jungtinėje Karalystėje 3,6 proc. mirčių ligoninėse įvyksta dėl išvengiamų SP teikimo ir ligonių priežiūros klaidų (Hogan H., *et al.*, 2015). Jeigu šis santykis būtų pritaikytas EBPO (OECD) šalims, išvengiamų mirčių skaičius jose siektų per 175 tūkstančius (Yu A. *et al.*, 2016.). Pagal JAV Medicinos instituto atliktus tyrimus, JAV nuo 44 tūkst. iki 98 tūkst. pacientų ligoninėse kasmet miršta dėl NI, kurių buvo galima išvengti (Kohn, L., Corrigan, J. *et al.*, 2000). Europos šalyse dėl su SP susijusių infekcijų nukenčia apie 5 proc. (4,1 mln.) pacientų per metus, apie 37 tūkst. jų kasmet miršta nuo šių infekcijų, be to su šiomis infekcijomis dar yra susiję 110 tūkstančių mirties atvejų (Europos Taryba, 2009; ECDPC, 2016).

Europos Komisijos užsakymu ES šalyse atliktas pacientų saugos (toliau – **PS**) tyrimas parodė, kad kas antras apklaustas ES gyventojas mano galintis patirti žalą gaudamas SP paslaugas jo gimtojoje šalyje, o kas ketvirtas apklaustasis nurodė, kad jis ar jo šeimos nariai patyrė NI ASPI-oje (*European Commission*, 2010).

NI sukelia ligoninėms, SP sektoriams ir valstybėms didelius finansinius nuostolius. Apie 13–16 proc. ligoninių sąnaudų patiriama dėl su SP susijusių sužeidimų ar sveikatos problemų (*European Commission*, 2012). JAV kasmet NI padaryta žala vertinama nuo 17 mlrd. iki 29 mlrd. JAV dolerių (vien gydymo vaistais klaidos kasmet JAV ligoninėms sudaro per 2 mlrd. JAV dolerių nuostolių). Su SP susijusių infekcijų padariniai kasmet ES šalių ligoninėms kainuoja 5–7 mlrd. eurų (ECDPC, 2016). Ernst & Young audito kompanijos 2013 m. atliktoje studijoje, perkėlus į Lietuvos kontekstą kitose valstybėse skelbtus NI tyrimų duomenis, nustatyta, kad dėl NI prailgėjusios gulėjimo ligoninėje trukmės, mirties ir neįgalumo atvejų, tikėtina, Lietuvos valstybė kasmet praranda apie 2,67 mlrd. eurų, o tai sudaro apie 8,66 proc. metinio šalies bendrojo vidaus produkto (*Ernst & Young*, Paškevičius, L. *et al.*, 2014). Pažymėtina, kad nuo 50 iki 70 proc. dėl NI padaromų klaidų medicinoje galėjo būti išvengta, jei būtų taikytos sisteminės jų prevencijos priemonės (World Health Organization, 2016).

Būtinybė apsaugoti pacientus nuo žalos ligoninėse ir kitose ASPI-ose sukėlė plataus masto tarptautinį ir nacionalinį (šalies lygmens) PS judėjimą. *Tarptautinis PS judėjimas* pradėjo formuotis XX a. paskutinįjį dešimtmetį, jam impulsą suteikė 1999 m. JAV Medicinos instituto atlikta studija „Klysti žmogiška: saugios sveikatos apsaugos kūrimas“ (Kohn, L., Corrigan, J. *et al.*, 2000), o didžiausią pagreitį jis įgavo XXI a. pirmąjį dešimtmetį, kai lyderystę PS srityje tarptautiniu lygmeniu prisiėmė PSO įsteigtas Pacientų saugos aljansas (*World Alliance for Patient Safety*, 2005), į šią veiklą įsitraukė kitos didelį politinį svorį tarptautinėje arenoje turinčios organizacijos (PSO, Europos Komisija), jos išleido tarptautinio lygmens politines deklaracijas (*European Commission*, 2005; Europos Taryba 2009 ir kt.), inicijavo mokslinius tyrimus, išleido PS užtikrinimo ir gerinimo rekomendacijas, kitus strateginio lygmens dokumentus PS srityje.

Nacionalinis pacientų saugos judėjimas Lietuvoje prasidėjo XX a. paskutiniame dešimtmetyje – pradėta formuoti Lietuvos nacionalinę sveikatos politiką, kurti viešojo administravimo institucijų, kuruojančių priskirtas PS sritis, tinklą, rengti teisės aktus, reglamentuojančius PS (LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 2009; Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programa 2005–2010 m. (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras (2004); Nacionalinė pacientų saugos platforma, 2010 ir kt.), bei atlikti mokslinius tyrimus ir studijas PS srityje (Brogienė, D., 2010; Giedrikaitė, R., 2008; Marmienė, L., 2015; *Ernst & Young*, Paškevičius, L. *et al.*, 2012; Valintėlienė R. *et al.*, 2015 ir kt.). Lietuvos PS srityje kompetentingos institucijos tapo ES kuriamų PS tinklų (SIMPATIE, EUNetPasS, PASQ, kt.) nariais, bendradarbiaudamos su ES šalių šioje srityje veikiančiomis institucijomis, suformavo ir plėtojo PS infrastruktūrą nacionaliniu (šalies) lygmeniu.

Tačiau įvertinus tiek tarptautinio, tiek nacionalinio PS judėjimų veiklą, pažymėtina, kad daugeliu atvejų ji buvo ir išlieka *fragmentiška* ir orientuota į re-

trospektyvą, t. y. į jau įvykusių ir žala pasireiškusių NĮ registravimą ir mokymąsi iš jų *nacionaliniu* lygmeniu, nesuteikiant reikiamos svarbos šiems aspektams: 1) stokoja prevencinio požiūrio į pacientų saugos įvykių (toliau – **PSĮ**) valdymą tiek nacionaliniu, tiek ASPĮ (instituciniu) lygmenimis; 2) stinga dėmesio PSĮ identifikavimui ir analizei, nes pernelyg pasikliaujama nacionalinio lygmens NĮ pranešinėjimo (raportavimo) sistemomis; 3) trūksta dėmesio PSĮ valdymui instituciniu (ligoninės, kitos ASPĮ) lygmeniu, jo darnai su nacionalinio ir tarptautinio PS judėjimų iniciatyvomis bei rekomendacijomis.

Nors ir tarptautinis, ir nacionalinis PS judėjimai yra sukaukę didelę patirtį PS srityje, šių aukštesnių lygmenų PS užtikrinimo ir gerinimo iniciatyvos bei rekomendacijos dažniausiai lokaliai (ligoninės) lygmenyje išlieka tik deklaratyvaus pobūdžio ir yra vangiai įgyvendinamos praktikoje, netampa pagrindu įstaigos PS priemonių sistemai formuoti. PS problematikos išviešinimas SP sektoriuje ir jo organizacijose yra santykinai nauja tema, kuri istoriškai buvo laikoma konfidencialia. PS problemos buvo sprendžiamos glaustame ASPĮ padalinio ar medikų specialistų komandos rate, o ASPĮ vadybiniai gebėjimai ir patirtis šioje srityje yra menki, dažniausiai orientuoti į *gynybos mechanizmus, retrospektyvinius fragmentinius korekcinis veiksmus*, o ne į *proaktyvius sisteminius pokyčius*. Todėl tikėtina, kad susidariusią nepalankią PS srityje situaciją ligoninėse daugiausia lemia tai, kad *stokojama vadybinio-organizacinio mechanizmo*, kuris sudarytų galimybę ligoninėms kurti, diegti bei plėtoti su tarptautiniu ir nacionaliniu lygmenimis integruotas PSĮ valdymo sistemas, maksimaliai atitinkančias šių įstaigų poreikius, veiklos specifiką bei galimybes, užtikrinant efektyvų PSĮ prevencinį valdymą bei saugesnę SP pacientams. Tai viena svarbiausių priežasčių, dėl kurių tarptautinio ir nacionalinio lygmenų rekomenduojamų PSĮ prevencijos ir valdymo priemonių įgyvendinimas ligoninės lygmenyje stringa, nesukelia lauktino PS būklės pagerėjimo, neprisideda prie tolesnės PS pažangos.

Problemos ištyrimo lygis

Ligoninės lygmenyje diegiamų PSĮ valdymo sistemų specifika, jų sąveikos su aukštesnio (nacionalinio, tarptautinio) lygmens PS iniciatyvomis aspektai ir vaidmuo adaptuojant aukštesnių lygmenų PSĮ valdymo priemones ligoninėje dar nesulaukė didesnio tyrėjų dėmesio (Paškevičius L., 2014) ir nagrinėjamos pirmą kartą.

Rengiant mokslinių publikacijų apžvalgą šia tematika, EBSCO sistemoje atlikta informacinė paieška pagal raktinius žodžius (teikiama kartu su rastų publikacijų skaičiumi): *patient safety department* – 2476; *patient safety officer* – 237; *patient safety unit* – 546; *patient safety executive* – 256; *hospital patient safety system* – 179; *hospital patient safety model* – 27. Atlikus informacinę paiešką ir apžvelgus mokslines publikacijas, kuriose minimi šie raktažodžiai, paaiškėjo, kad nei vienoje jų PS nebuvo nagrinėjama kaip *visuminis, į ligoninės veiklą in-*

tegruotas, reiškinys. Apžvelgtose publikacijose dėmesys skiriamas nacionalinio lygmens NĮ registravimo sistemų analizei ar atskiriems PS aspektams (metodams, priemonėms, kt.), nesiejant jų su ligoninės veiklos, vadybinėmis-organizacinėmis ir klinikinėmis dimensijomis. Tai rodo, kad tiriamoji problema dar nėra pakankamai ištirta.

Tikslas ir uždaviniai

Tikslas – sukurti ir pasiūlyti ligoninėms kompleksinės PSĮ valdymo sistemos modelį (toliau – **Modelis**), kurio pagrindu ligoninės galėtų kurti, diegti ir plėtoti pritaikytas jų poreikiams ir veiklos specifikai, atitinkančias jų galimybes, moksliniais tyrimais ir gerąja praktika pagrįstas kompleksines PSĮ valdymo sistemas, užtikrinant ir gerinant ligoninės pacientams teikiamų paslaugų saugą.

Siekiant iškelto tikslo, suformuoti šie uždaviniai:

1. Išnagrinėjus PSĮ valdymo teorinius pagrindus, tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų patirtis PSĮ valdymo srityje, identifikuoti moksliniais ir gerąja praktika pagrįstas ligoninės PSĮ valdymo sistemos sukūrimo prielaidas (Modelio konstravimo pagrindus ir pamatinius teiginius) bei reikalavimus (Modelio struktūrai, funkcijoms, kt.).
2. Atlikti empirinius tyrimus, siekiant verifikuoti identifikuotas Modelio sukūrimo prielaidas ir jam keliamus reikalavimus bei gauti papildomų duomenų Modeliui konstruoti.
3. PSĮ teorinių pagrindų ir praktinės patirties pagrindu, įvertinus empirinių tyrimų duomenis, parengti Modelį, nustatyti jo struktūrą ir funkcijas.
4. Įvertinti Modelio diegimo ir veikimo kontekstą bei Modelio ir jį įgyvendinančios ligoninės santykius su kitomis organizacijomis, dalyvaujančiomis užtikrinant bei gerinant PS ligoninėje.
5. Išnagrinėti Modelio pritaikomumo (adaptacijos) ligoninės poreikiams ir veiklos specifikai problemas ir galimybes, pateikti išvadas.

Kuriant Modelį, siekiama integruoti ligoninėje vykdomas PS užtikrinimo ir gerinimo priemones į vieningą sistemą, kuri remtųsi PSĮ valdymo teoriniais pagrindais, tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų bei ligoninės suformuota gerąja patirtimi, taip pat šiam tikslui pasiekti atliktų empirinių tyrimų rezultatais. Modelio pagrindu sukurta ir veikianti ligoninės PSĮ valdymo sistema turėtų:

1. Suteikti galimybę ligoninėms, atsižvelgiant į jų veiklos specifiką ir patirtis PS, PSĮ valdymo srityje, kryptingai atrinkti, adaptuoti ir įgyvendinti nacionalinio ir tarptautinio PS judėjimų rekomenduojamas PS užtikrinimo, gerinimo bei PSĮ valdymo priemones, mokantis iš savo bei kitų saugios ir nesaugios praktikų patirties.

2. Užtikrinti efektyvų ir veiksmingą retroaktyvių, reaktyvių ir proaktyvių PSĮ valdymą jų išaiškinimo, nagrinėjimo, reagavimo ir prevencijos metodų integracijos pagrindu.
3. Integruoti ligoninėje veikiančias pasiteisinusias PSĮ valdymo priemones į ligoninės struktūras ir procesus (*vidinė Modelio integracija* - ligoninės lygmenyje) bei darniai funkcionuoti su nacionalinio lygmens PSĮ valdymo sistemomis (*išorinė Modelio integracija* – nacionaliniame lygmenyje) tampriame organizacijų, dalyvaujančių užtikrinant PS, ryšių tinkle.
4. Tapti vidiniu varikliu, skatinančiu ligoninės (organizacijos) pokyčius ir nuolatinį tobulėjimą, pateikdama informaciją ir instrumentus sisteminių problemų sprendimui.

Straipsnio struktūra

Straipsnio pirmajame skyriuje aptariami Modelio sukūrimo teoriniai pamatiniai teiginiai, reikalavimai jo struktūrai bei funkcijoms; *antrajame* – nagrinėjama atliktų empirinių tyrimų metodika, organizavimas ir rezultatai; *trečiajame* – apibūnama Modelio principinė schema, struktūra ir funkcijos; *ketvirtajame* – aptariamos Modelio kūrimo ir įgyvendinimo konteksto sąlygos, Modelio bendradarbiavimo su kitomis organizacijomis, dalyvaujančiomis užtikrinant bei gerinant PS ligoninėje, ryšių sistema; *penktajame* – nagrinėjama Modelio adaptacijos ligoninės poreikiams ir veiklos specifikai bei kitoms ASPĮ problematika; *straipsnio pabaigoje* pateikiamos išvados.

Modelio kūrimo etapai

Modelio kūrimas vyko trimis etapais:

I etapas. Modelio kūrimo teorinių pagrindų (pamatinių teiginių) suformavimas atliktų mokslinių tyrimų, tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų geriausios patirties apibendrinimo pagrindu.

II etapas. Empirinių tyrimų, reikalingų I etape suformuotiems Modelio kūrimo teoriniams pagrindams patvirtinti bei Modeliui kurti reikalingiems papildomiems duomenims gauti, atlikimas.

III etapas. Modelio projektavimas, struktūros ir funkcijų apibūdinimas.

IV etapas. Modelio įgyvendinimo konteksto sąlygų įvertinimas.

Modelio kūrimo I etapo pagrindinės veiklos ir rezultatai

Modelio kūrimo **I etape** buvo atlikta išsami mokslinių tyrimų PS ir PSĮ valdymo srityje bei tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų praktinės patirties

pasaulyje, Europos Sąjungoje ir Lietuvoje analizė ir apibendrinimas¹. Tai leido: a) suformuoti *Modelio sudarymo ir veikimo teorinius pagrindus (principus)*; b) iškelti *pamatinius teiginius* dėl reikalavimų, kuriuos turi atitikti kuriamas Modelis.

1. Teoriniai Modelio kūrimo pagrindai, reikalavimai Modeliui

Atliekant mokslinių tyrimų PS ir PSĮ valdymo srityje bei tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų praktinės patirties pasaulyje, Europos Sąjungoje ir Lietuvoje analizę, išskirti šie svarbiausi *Modelio sudarymo ir veikimo principai*:

1. *visapusiškumo* – PS valdymas turi būti pagrįstas visuminiu požiūriu į PS, praplečiant Pacientų saugos I (mokymąsi iš *neigiamos* PS patirties) koncepciją į Pacientų saugos II (mokymąsi iš *teigiamos* ir *neigiamos* PS patirties) koncepciją;
2. *integralumo* – Modelis turi užtikrinti integruotą retroaktyvų, reaktyvų ir proaktyvų PSĮ valdymą;
3. *vientisumo* – PS valdymas turi apimti PSĮ išaiškinimą, jų analizę (nagrinėjimą), reagavimą į juos ir veiklas, užtikrinančias šių įvykių prevenciją;
4. *kontingencijos* – PS valdymo sistema (struktūros, procesai) turi: a) būti integruota ir veikti darniai su bendra organizacijos valdymo ir kitų veiklų sistema (struktūromis, procesais); b) būti integruota (vertikaliai, horizontaliai), veikti darniai su lokaliu (ligoninės) ir nacionaliniu (šalies) lygmenimis veikiančiomis PS valdymo sistemomis ar komponentais; c) būti atvira, lanksti, adaptyvi, tampri, t. y. gebėti keisti ir keistis, išlaikant gebėjimą išlaikyti vientisumą ir funkcionavimą esančiomis ir pakitusiomis aplinkos sąlygomis; d) PSĮ valdymo sistemai keliama tikslai turi būti adekvatūs (atitikti) ligoninės realioms galimybėms ir ištekliams (žmonių (kvalifikacija, kompetencija, kt.), informacinių technologijų, finansinių, laiko, kt.);
5. *atvirumo, skaidrumo, lankstumo pokyčiams* – PS valdymo sistema turi būti skaidri ir atvira pokyčiams, lanksti, aktyviai nuspėjanti bei prisitaikanti prie nuolat kintančių ligoninės vidinės ir išorinės aplinkos sąlygų;
6. *tobulėjimo, keitimosi* – PSĮ valdymo sistema turi būti atvira pokyčiams, nuolat tobulėjanti, gebėti operatyviai keistis ir veikti, kad būtų užtikrintas efektyvus tiek nuspėjamų, tiek ir naujai iškylančių (*emergentiųjų*) – sunkiai nuspėjamų ar nenuspėjamų rizikų ir PSĮ - valdymas;
7. *bendradarbiavimo (kooperacijos)* – PSĮ valdymo sistema turi aktyviai bendradarbiauti ir darniai funkcionuoti su kitomis vidinėmis (ligoninės) bei išorinėmis PS, PSĮ valdymo sistemomis ar jų komponentais, taip pat su institucijomis, veikiančiomis PS srityje;

¹ Išsamus mokslo ir praktikos PS, PSĮ valdymo srityje apibendrinimas pateiktas: Paškevičius L., 2017. *Kompleksinis pacientų saugos įvykių valdymas Lietuvos ligoninėse*. Daktaro disertacija. Vilnius: MRU, 58– 82 (spaudoje).

8. *konfidencialumo, anonimiškumo* – PSĮ valdymo sistema turi užtikrinti informacijos apie fizinius ir juridinius asmenis, pranešusius apie PSĮ, konfidencialumą / anonimiškumą, išskyrus LR teisės aktų nustatytus atvejus;
9. *koordinavimo* – PSĮ valdymas ligoninėje turi būti koordinuojamas (derinamas) tiek ligoninės (vidiniu), tiek nacionaliniu (išoriniu) lygmenimis;
10. *subsidiarumo* – PSĮ valdymo sprendimai turi būti priimami ir įgyvendinami pagal kompetenciją kiek įmanoma žemiausiame SP sistemos lygmenyje, geriausiai užtikrinant jų efektyvumą ir veiksmingumą;
11. *sinergijos* – koordinuotos, suderintos, bendradarbiaujančios, siekiant bendrą tikslą kartu veikiančios PSĮ valdymo sistemos lokaliu (ligoninės) ir nacionaliniu (šalies) lygmenimis turi užtikrinti saugesnę SP, negu užtikrintų, jei veiktų atskirai, nepriklausomai vienos nuo kitų;
12. *veiksmingumo* – PS valdymas turi užtikrinti organizacijoje (ligoninėje) kuo aukštesnį PS lygį esamais ištekliais arba esamą PS lygį kuo mažesniais ištekliais;
13. *efektyvumo* – PSĮ valdymas ligoninėje ar kitoje APSĮ turi užtikrinti kuo aukštesnį saugos lygį (*PS II koncepcija*) arba kuo žemesnį nesaugos lygį (*PS I koncepcija*);
14. *tikslingumo* – PSĮ valdymas visuose ligoninės sistemos lygmenyse tikslingai nukreiptas į darbuotojų siekio (motyvacijos) ir gebėjimų (galimybių) užtikrinti ir gerinti PS didinimą.

Analizuojant, taip pat buvo atliktas *Modelio sudarymo ir veikimo pagrindinių principų atitikties vyraujančioms organizacinėms ir viešojo valdymo modeliams palyginimas*², įvertintas jų suderinamumas su Modelio diegimo ir veikimo vidaus (ligoninės) ir išorės (SP sektoriaus) organizaciniu kontekstu, t. y. su labiausiai paplitusiais organizacijos (ligoninės) (biurokratinės, besimokančios, skaidrios) ir viešojo sektoriaus (kuriame veikia ligoninės) viešojo valdymo (tradiciiniu hierarchiniu biurokratininiu, naujosios viešosios vadybos, naujojo viešojo valdymo) modeliais, siekiant identifikuoti palankiausius Modeliui bei įvertinti potencialias problemas, kurios gali kilti diegiant, palaikant ir plėtojant Modelį lokaliu (ligoninės, kitos APSĮ) ir nacionaliniu (šalies) lygmenimis.

Apibendrinant palyginamosios analizės rezultatus, nustatyta, kad tiek *besimokančios*, tiek *skaidrios* organizacijos koncepcijos yra palankios empirinių tyrimų išvadų pagrindu suformuluotiems Modelio organizavimo ir veikimo principams realizuoti, o *biurokratinės* organizacijos aplinka nėra palanki Modeliui diegti, veikti ir plėtoti, nes neatitinka Modelio principų (neturi nė vienos Modeliui pa-

2 Išsamus Modelio sudarymo ir veikimo pamatinių principų atitikties vyraujančioms organizacinėms ir viešojo valdymo modeliams palyginimo apibendrinimas pateiktas: Paškevičius L., 2017. Kompleksinis pacientų saugos įvykių valdymas Lietuvos ligoninėse. Daktaro disertacija. Vilnius: MRU, 188-204 (spausdoje).

lankios savybės). Tai reiškia, kad būtent besimokančios ir skaidrios organizacijos koncepcija būtina remtis projektuojant Modelį, o organizacijos (ligoninės, kitos APSĮ), siekdamos užtikrinti ir gerinti PS, diegdamos Modelį turi plėtoti besimokančios ir skaidrios organizacijos koncepcijoms būdingas savybes, jomis vadovautis tiek organizuojant įstaigose veiklas, tiek formuojant ir palaikant santykius su išorės organizacijomis, palaipsniui atsisakydamos Modeliui nepalankios biurokratinės organizacijos koncepcijai būdingų apraiškų. Taip pat nustatyta, kad SP viešojo administravimo ir viešųjų paslaugų įstaigose vyraujantis *tradiciinis (klasiškinis, biurokratinis, hierarchinis)* viešojo valdymo modelis yra mažiausiai palankus Modeliui įgyvendinti, o modernūs *Naujosios viešosios vadybos* ir *Naujojo viešojo valdymo* modeliai yra palankiausi Modeliui diegti, veikti ir plėtoti. Dėl to Modelio įgyvendinimo sėkmė didele dalimi priklausys ir nuo įstaigose bei organizacijose, bendradarbiaujančiose su Modeliu ir ligonine, vyraujančio organizacinio modelio bei viešojo valdymo būdo. Kita vertus, Modelio įgyvendinimas ir sėkmingas veikimas per tarpusavio sąveikos ryšių tinklą gali skatinti modernizuoti minėtų įstaigų ir organizacijų organizacinį modelį bei viešojo valdymo būdą.

Atlikus mokslinių tyrimų PS ir PSĮ valdymo srityje bei tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų praktinės patirties pasaulyje, Europos Sąjungoje ir Lietuvoje analizę, išskirti šie *pamatiniai teiginiai, nusakantys fundamentalius reikalavimus, keliamus Modeliui*:

1. siekiant užtikrinti efektyvų ir veiksmingą PSĮ valdymą ligoninėje, nepakanka pasikliauti vien tik vyraujančiu retrospektyviu (jau įvykusių) NĮ pranešinėjimu (registravimu) nacionalinėse NĮ pranešinėjimo (registravimo) sistemose, bet būtina diegti *integruotą PSĮ valdymo sistemą*, apimančią *retroaktyvių, reaktyvių ir proaktyvių PSĮ valdymo metodų* diegimą lokaliame (ligoninės) lygmenyje;
2. siekiant užtikrinti efektyvų ir veiksmingą PSĮ valdymą ligoninėje, aktyviai diegiama NĮ pranešinėjimo (registravimo) sistema turi būti pertvarkyta į *vientisą PSĮ valdymo sistemą*, apimančią šių įvykių *išaiškinimą, analizę, reagavimą ir prevenciją*;
3. siekiant užtikrinti efektyvų ir veiksmingą PSĮ valdymą ligoninėje, tikslinga diegti ir plėtoti *darnią PSĮ valdymo sistemą*, jungiančią įstaigoje sėkmingai veikiančias PSĮ valdymo priemones, bei integruoti šią sistemą į įstaigos struktūras, vadybinius-organizacinius ir klinikinius procesus, prisidedant prie įstaigos misijos ir tikslų įgyvendinimo;
4. ligoninės PS sistema *amortizuoja* tiek įstaigos veiklos, tiek aukštesnio (nacionalinio) lygmens SP sistemos organizavimo trūkumus, todėl jos veiksmingas funkcionavimas, užtikrinantis realų PSĮ skaičiaus mažėjimą ir PS būklės gerėjimą ligoninėje gali pasireikšti tik užtikrinant *koordinuotą PSĮ valdymo sistemų diegimą ir tobulinimą lokaliu (įstaigos) ir nacionaliniu (SP sektoriaus) lygmenimis*;

5. siekiant sistemiskai užtikrinti ir gerinti ligoninės teikiamų paslaugų saugą, tikslinga parengti ligoninės Modelį, kurio pagrindu ligoninė ar kita ASPĮ galėtų kurti, diegti ir plėtoti pritaikytą jos poreikiams ir veiklos specifikai, atitinkančią jos galimybes *kompleksinę PSĮ valdymo sistemą*, efektyviai ir veiksmingai įgyvendinančią moksliniais tyrimais ir gerąją praktiką pagrįstas, tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų rekomenduojamas strategijas, iniciatyvas, priemones PS, PSĮ valdymo srityse, užtikrinant ir gerinant ligoninės ar kitos ASPĮ pacientams teikiamų paslaugų saugą.

Šiems išskeltiems Modelio kūrimo pamatiniams teiginiams verifikuoti buvo atlikti empiriniai kiekybiniai ir du kokybiniai tyrimai (žr. straipsnio 2 dalį).

Mokslinės literatūros ir praktinės patirties PS srityje apibendrinimas sudarė galimybę nustatyti Modelio (organizacinės sistemos) formą, palankiausia jo veikimui ir tikslams pasiekti. Tai atviros, besimokančios, skaidrios organizacijos bruožus jungiantis Modelis. *Atviros, besimokančios* organizacinės sistemos koncepciją į organizacijų teoriją įvedė ir toliau išplėtojo Chris Argyris (1990) ir Peter Senge (1990). Tai organizacija, kuri ne tik adaptuojasi prie aplinkos pokyčių, bet ir tobulėja adaptacijos metu, išmoksta adaptuotis vis lanksčiau ir tiksliau. Autoriai parodė, kad tokios organizacijos pranašumas, palyginus su tradicine biurokratine, ypač išryškėja sudėtingomis ir greitai besikeičiančiomis ekonominėmis, kultūrinėmis, technologinėmis ir kitomis sąlygomis (Argyris C., 1990), tai yra būtent tokiomis, kuriomis veiks Modelis. Mokymasis tokiai sistemai suteikia svarbų pranašumą – gebėjimą adaptuotis prie sąlygų, kurių nebuvo galima iš anksto numatyti.

Šiuolaikinėje PS problematiką nagrinėjančioje mokslinėje ir metodinėje literatūroje atviros besimokančios organizacijos koncepcija užima ypač svarbią vietą (Kline P., 2010). Pasaulio sveikatos organizacija (toliau – **PSO**) apibūdina organizacinę mokymąsi sveikatos sistemose, kaip vieną iš strateginių veiklos krypčių (Chan M., 2014). Organizacinio mokymosi koncepcijos diegimas SP organizacijose ir šių organizacijų tapimas besimokančiomis yra pripažintas vienu svarbiausių nacionalinių SP sistemų tobulinimo krypčių. Priemonės, skirtos padėti ASPĮ tapti besimokančiomis organizacijomis, sudaro Didžiosios Britanijos nacionalinės SP sistemos reformos pagrindą (*An organisation with a memory*, 2000). Tokios svarbos suteikimas besimokančios organizacijos modeliui turi pagrindą – organizacijos gebėjimas mokytis apima ne tik reagavimą į jau įvykusias problemas, bet ir proaktyvią veiklą, numatant potencialius pavojus, įvertinant jų galimą riziką ir imantis iš anksto reikiamų veiksmų, siekiant išvengti jų pasireiškimo. Proaktyviai rizikas valdydama ligoninė sudaro itin palankias sąlygas Modeliui veikti, nes Modelis tampa svarbiu organizacijos tobulinimosi instrumentu, t. y. Modelis sudaro sąlygas organizacijai veikti proaktyviai išaiškinant ir įspėjant būsimojus PSĮ, tokiu būdu perkelti PS veiklos svorio centrą iš retroaktyvaus reagavimo į neigiamas pasekmes – į proaktyvią prevencinę veiklą šalinant jų priežastis.

Kita šiuolaikinės organizacijos teorijos koncepcija, apibūdinanti Modelį atskleidžiant jo santykį su aplinka, yra *skaidraus (atviros) veikimo sistemos organizacija* (toliau – **skaidri organizacija**) (angl. *open business model*) (Chesbrough, H. W, 2006 a; Chesbrough, H. W. 2006 b). Skaidrios organizacijos modelis yra originali organizacijos teorijos koncepcija, kurios teorinį pagrindą sudaro maksimalus visų svarbiausių organizacijos veiklos sferų vidinis ir išorinis atvirumas bei skaidrumas. Tai, visų pirma, *visos* organizacijos veiklos, ir netgi tradiciškai laikomų konfidencialiomis, jos sričių skaidrumas, laisvas ir atviras apsikeitimas bet kokia informacija organizacijos viduje ir už jos ribų, visos organizacijos ir jos padalinių atvirumas naujoms žinioms, naujai patirčiai, naujiems žmonėms, naujiems sprendimams.

Taigi skaidri organizacija – tai neturinti paslapčių organizacija, atvira visiems, su kuo ji bendradarbiauja, dėl to vyksta ne tik pačios organizacijos, bet per ryšių tinklą ir kitų organizacijų tobulėjimas. Ši vidinio ir išorinio skaidrumo bei lankstumo pokyčiams savybių visuma ypač svarbi ligoninei, veikiančiai nuolat kintančios aplinkos sąlygomis. Skaidraus veikimo organizacijos modelio pagrindu veikianti ligoninės PSĮ valdymo sistema išoriniu skaidrumu per suformuotą ryšių tinklą sąveikaudama su kitomis PS sistemomis ir organizacijomis adaptuojasi prie pasikeitusių aplinkos sąlygų pati bei duoda impulsą visos PS ir SP sistemos pokyčiams, prisitaikant prie naujų sąlygų. Taip ne tik pati ligoninė, bet ir visa jos išorinių santykių sistema tampa atviresnė ir besimokanti. Visa tai leidžia teigti, kad atviros besimokančios organizacijos modelis labiausiai atitinka Modelio paskirtį.

I etape atlikta mokslinių tyrinėjimų PS ir PSĮ valdymo srityje bei tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų praktinės patirties pasaulyje, Europos Sąjungoje ir Lietuvoje analizė sudarė galimybę suformuoti Modelio sudarymo ir veikimo teorinius pagrindus (principus), suformuoti pamatinius teiginius, nusakančius reikalingumą, kuriuos turi atitikti kuriamas Modelis, ir patikslinti Modelio organizacinę formą vyraujančių organizacinių bei viešojo valdymo modelių kontekste.

Modelio kūrimo II etapo pagrindinės veiklos ir rezultatai

Bendras atliktų visų empirinių tyrimų tikslas buvo gauti papildomus duomenis, reikalingus Modelio kūrimo I etape suformuotiems Modelio kūrimo pamatiniams teiginiams patvirtinti, Modelio konstruktui pagrįsti ir plėtoti.

2. Empirinių tyrimų metodika, organizavimas ir rezultatai

Konstruojant Modelį, suformuotiems Modelio kūrimo pamatiniams teiginiams patvirtinti bei Modeliui kurti reikalingiems papildomiems duomenims gauti, *trianguliacijos metodu* (derinant kiekybinius ir kokybinius tyrimo metodus) atlikti kiekybiniai ir du kokybiniai empiriniai tyrimai:

1. *kiekybinis tyrimas* (anketinės apklausos metodu) – ligoninės lygmens (SP mikrosistemos, mezosistemos, makrosistemos) ligoninės darbuotojų tyrimas;
2. *kokybiniai tyrimai* (ekspertų grupinės diskusijos metodu): 1) ligoninės lygmens (SP mezosistemos ir makrosistemos lygmenų) PS ekspertų, atsakingų už PS organizavimą ir įgyvendinimą ligoninėje, tyrimas; 2) nacionalinio lygmens (SP mezosistemos ir metosistemos lygmenų) PS ekspertų, atsakingų už PS organizavimą ir įgyvendinimą šalies mastu, tyrimas.

Bendras atliktų empirinių tyrimų tikslas buvo gauti papildomus duomenis, reikalingus pamatiniams teiginiams verifikuoti ir Modelio konstruktui pagrįsti.

Kiekybinis tyrimas

Kiekybinio tyrimo tikslas – gauti empirinius duomenis, reikalingus trims Modelio kūrimo pamatiniams teiginiams verifikuoti, pagrindžiant: a) *integruotų PSĮ valdymo sistemų, besiremiančių retroaktyvių, reaktyvių ir proaktyvių PSĮ valdymo metodų integruotu diegimu lokaliame (ligoninės) lygmenyje* pranašumą, palyginti su šiuo metu plačiai diegiamomis tik įvykusių (retroaktyvių) NĮ valdymo sistemomis; b) *vientisų PSĮ valdymo sistemų, apjungiančių šių įvykių išaiškinimą, analizę ir prevenciją* pranašumą palyginti su šiuo metu gana plačiai diegiamomis fragmentinėmis, tik pranešinėjimu apie NĮ besiremiančiomis, NĮ valdymo sistemomis; c) *PSĮ valdymo sistemų suderinimo su jau sėkmingai veikiančiomis ligoninėje PS, PSĮ valdymo instrumentais ir priemonėmis bei šių sistemų integravimo į įstaigos struktūras, vadybinius-organizacinius ir klinikinius procesus, svarbą.*

Kiekybinio tyrimo metodu buvo pasirinkta *anketinė apklausa*. Atsižvelgiant į kiekybiniam tyrimui keliamus tikslus, anketos struktūros šerdį sudarė šių klausimų blokai: a) klausimų, susijusių su *PSĮ išaiškinimu* (atsakydami į šiuos klausimus ligoninės darbuotojai apibūdino įstaigoje naudojamus PSĮ išaiškinimo metodus, priemones, formatą); b) klausimų, susijusių su *PSĮ prevenciniu valdymu* (atsakydami į šiuos klausimus ligoninės darbuotojai įvertino jiems pateiktas atrinktas PSĮ prevencinio valdymo priemones, apibūdindami kiekvienos jų taikymą *naudingumo ir įgyvendinimo sunkumo* kriterijais; c) klausimų, susijusių su *veiksnių*, kurie lemia darbuotojo *siekį ir galimybę* dalyvauti išaiškinant PSĮ ir vykdant jų prevencinį valdymą, *išaiškinimu*.

Anketinis tyrimas atliktas Lietuvos rajono lygmens ligoninėse (toliau – **LRL, ligoninė**). Respondentų atrankai pasirinktas *sluoksniuotos (stratifikuotos) dvipakopės imties sudarymo metodas*.

Atranka buvo vykdoma dviem etapais: a) pirmajame etape buvo atrinkti reprezentatyvūs tyrimo objektai – identifikuotos pagrindinės LRL grupės (klas-

teriai), kiekvienoje jų buvo išrinkta tipiškiausia tai grupei ligoninė); b) antrajame etape atlikta respondentų atranka kiekvienoje iš atrinktų ligoninių.

Identifikuojant pagrindines LRL grupes buvo siekiama suformuoti jų grupes (klasterius), kurios: a) skirtųsi viena nuo kitos pagal kuo didesnę esminių parametru skaičių (vertinta 15 parametru); b) patenkančios į kiekvieną grupę (klasterį) ligoninės būtų maksimaliai panašios viena į kitą pagal tuos pačius parametrus.

Ligoninių grupių (klasterių) formavimas iš visų LRL buvo vykdomas *klasterinės analizės (K-vidurkių) metodu*. Klasterinei analizei buvo panaudoti: a) *ben-drieji ligoninės parametrai, rodikliai*: ligoninės profilių skaičius, lovų skaičius, vidutinis hospitalizuotų ligonių skaičius, lovadienių skaičius, ligonio vidutinio buvimo ligoninėje trukmės, lovų apyvartos, stacionarinio letalumo rodikliai. Šiuos tyrimo tikslu parinktus svarbius ligoninės struktūrą ir veiklą atspindinčius rodiklius analizuoja Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Šių rodiklių duomenys talpinami šio Centro informaciniame duomenų bazėje ir sudaro pagrindą priimti vadybinius sprendimus nacionaliniu lygmeniu (Higienos institutas, 2015); b) *specialieji PS (atspindintys PS būklę ligoninėje) ligoninės parametrai, rodikliai* (VASPVT, 2015). Šie parametrai – tai ligoninių įvertinimai pagal charakteristikas, tiesiogiai ar netiesiogiai atspindinčias PS ligoninėje lygį: pacientų pasitenkinimo lygis; periodinės infekcijų ir jų rizikos veiksnių epidemiologinės priežiūros užtikrinimo lygis; antibiotikams atsparių mikroorganizmų paplitimo stebėsenos užtikrinimo lygis; vaistinių preparatų nuo infekcijų skyrimo pagrįstumo užtikrinimo lygis; NĮ registravimo ir analizės plėtos apimtis; miokardo infarkto diagnostikos ir gydymo tinkamumo užtikrinimo lygis; personalo rankų higienos užtikrinimo lygis. Tai duomenys apie ligoninių teikiamų paslaugų kokybę ir PS, kurie kasmet renkami, vadovaujantis Sveikatos apsaugos ministro įsakymu (LR sveikatos apsaugos ministras, 2015).

Klasterinės analizės (naudojant SPSS-17 programų paketą) metodu LRL buvo suskirstytos į 3 grupes. Kiekvienoje LRL grupėje naudojant šį metodą buvo identifikuota *tipiškiausia* tai grupei (klasteriui) ligoninė – ligoninė, kuri daugiamatėje euklidinėje parametru erdvėje maksimaliai (labiausiai) panaši į visas kitas savo grupės (klasterio) ligonines.

Pasirinktas tipinių objektų atrankos sudarymo metodas (klasterinė randomizacija, angl. *cluster randomization analysis*) suponuoja ir apklaustųjų skaičiaus kiekvienoje ligoninėje nustatymą (Donner, A., Klar, N., 2000). Statistikos programa *NCSS PASS 14*, nustatytas apklaustinių respondentų skaičius kiekvienoje ligoninėje (52 respondentai). Atrinkant kiekvienoje ligoninėje apklausiamus respondentus, siekta, kad atrinktieji proporcingai atstovautų pagrindinėms dirbančioms šioje ligoninėje SP darbuotojų grupėms: gydytojams, slaugytojams, įstaigos administracijai. Statistiškai apdorojant anketinės apklausos duomenis buvo naudojami *vidurkių, standartinių nukrypimų, porinės koreliacijos koefici-*

entu, faktorinės analizės pagrindinės komponentės metodai. Skaičiavimai atlikti naudojant SPSS-17 statistinių programų paketą. Apklausoje metu pateiktas 76 PSĮ prevencinio valdymo priemonių (toliau – **Priemonės**) sąrašas. Priemonės pagal paskirtį suskirstytos į 9 grupes. Apklausiamieji darbuotojai kiekvieną Priemonę apibūdino pagal laukiamą *naudingumą* ją naudojant ligoninėje ir *sunkumą*, su kuriais tektų susidurti ją įgyvendinant (naudojant), laipsnį ir pobūdį.

Statistiškai apdorojus gautus duomenis, Priemonės suskirstytos į tris grupes: 1) *veiksmingiausias* - 41 (53,9 proc.); 2) *veiksmingas* - 30 (39,5 proc.); 3) *neveiksmingas* - 5 (6,6 proc.). Priemonių analizės rezultatai atskleidė: a) galimybę suformuoti Modelio veiksmingų priemonių arsenalą; b) tikslingumą naudoti įvairaus (retro-, re-, proaktyvus) pobūdžio PSĮ valdymo priemones.

Statistiškai apdorojus atsakymus į klausimus, susijusius su veiksniais, kurie lemia darbuotojo *siekį* ir *galimybę* gerinti PS jo įstaigoje, nustatyti pagrindiniai statistiniai šių parametrų ir jo veiklos sąlygų (uždarblio, darbo ritmiškumo, santykių tarp darbuotojo ir vadovybės, santykių įstaigos kolektyve ir pacientų požiūrio į PS) ryšiai. Buvo išaiškinti ryšiai tarp ligoninės vadybinių-organizacinių charakteristikų ir sunkumų, su kuriais, tikėtina, bus susidurta, įgyvendinant: a) visų Priemonių grupių visas Priemonės; b) atskiros Priemonių grupės visas Priemonės; c) atskiras Priemonės.

Kokybiniai tyrimai

Kokybiniai tyrimai atlikti du: a) *ligoninės lygmens* PS ekspertų (SP mezosistemos ir makrosistemos lygmens darbuotojų, atsakingų už PS organizavimą ir įgyvendinimą ligoninėje) tyrimas; b) *nacionalinio (šalies) lygmens* ekspertų (SP megasistemos ir metasistemos lygmens darbuotojų, atsakingų už PS organizavimą ir įgyvendinimą šalies mastu) tyrimas. Kokybinių tyrimų pagrindinis tikslas – gauti kokybinius duomenis (pagrindimą) 4-ajam pamatiniam teiginiui patvirtinti ir papildomus duomenis 1-ajam, 2-ajam ir 3-ajam pamatiniams teiginiams pagrįsti, kurių pagrindu konstruojamas Modelis.

Per abu kokybinius tyrimus vyko *ekspertų apklausa grupinės diskusijos metodu* (angl. *expert panel method*). Metodo esmė – „ekspertų grupė diskutuoja problemą, kuri negali būti lengvai išspręsta atskiro asmens“ (*Panel discussion*, 2015; Bitinas B. *et al.*, 2008). Ekspertų grupinės diskusijos metodas - vienas plačiausiai taikomų nagrinėjant įvairaus lygio vadybinius-organizacinius klausimus (Dunn M., 1995; ICES-CIEM, 2014; Metz, J., 2015).

Abiejų kobybinių tyrimų atveju ekspertų grupinė diskusija buvo organizuota identiška: diskusijos ekspertams pristatyti ir paaiškinti ekspertinės apklausos, naudojant grupinės diskusijos metodą, tikslai ir tvarka; vėliau dalyviams pristatyta Modelio principinė schema, apibūdinta Modelio struktūra, funkcijos, veikimas, atsakyta į ekspertams iškilusius klausimus; ekspertai supažindinti

su grupinės diskusijos temomis ir temų sritimis (klausimais). Diskusija buvo moderuojama, kiekvienas susitikimas įrašomas (padarytas skaitmeninis garso įrašas). Diskusijos pradžioje ekspertai buvo informuoti, kaip bus užtikrinamas duomenų konfidencialumas ir gautas ekspertų sutikimas dėl grupinės diskusijos garso įrašymo. Abiejų kobybinių tyrimų metu gauti atsakymai analizuoti naudojant *teminės analizės metodą* (Braun V., Clarke V., 2012; Guest G., 2012; Saldana J., 2009).

Pirmajam kobybiniam tyrimui (ligoninės (SP mezosistemos ir makrosistemos) lygmens PS ekspertų apklausos grupinės diskusijos metodu) atliekamam tose pačiose tipinėse LRL, kuriose buvo atliktas kiekybinis tyrimas, **iškelti tikslai**: a) įvertinti Modelio principinę schemą, jo įgyvendinimo svarbą ir reikšmingumą gerinant PS ligoninėje; b) išsiaiškinti Modelio įgyvendinimo galimybes ir iššūkius (problemas) ligoninėje; c) nustatyti būtinas sąlygas, kad ligoninėje Modelis būtų sėkmingai įdiegtas ir veikęs.

Atrinkti trijų tirtų LRL darbuotojai, turintys didžiausią kompetenciją ir patirtį PS ir PSĮ valdymo srityje (pvz., darbuotojai, kurių vadybinė-organizacinė veikla labiausiai susijusi su PS organizavimu, PSĮ valdymu ligoninės (SP sistemos makrosistemos lygmuo) ir / ar jos struktūrinio padalinio (SP sistemos mezosistemos lygmuo) lygmeniu, kt.). Ekspertais atrinkti ligoninės administracijos vadovai, Vidaus medicinos audito skyriaus vadovai, klinikinių padalinių vadovai, administracijos padalinių (žmonių išteklių, kt.) vadovai.

Pirmojo kobybinio tyrimo rezultatai: a) patvirtino Modelio aktualumą, reikalingumą, tinkamumą bei atitikimą ligoninių poreikiams; b) sudarė galimybę išsiaiškinti ir nustatyti Modelio tobulinimo ir plėtojimo kryptis; c) atskleidė ligoninių darbuotojų suvokimą, kad Modelio įgyvendinimas yra sisteminė inovacija, galimai sukelsianti sisteminius ligoninės veiklos pokyčius bei inovacijų diegimui būdingą darbuotojų pasipriešinimą; d) parodė, kad vis dar dominuojantis šalies SP sistemoje tradicinis (biurokratinis, hierarchinis) viešojo valdymo stilius yra svarbi kliūtis sėkmingam Modelio įgyvendinimui; e) parodė pranešinėjimo apie NĮ baimės įveikimą kaip vieną svarbiausių Modelio sėkmingo įgyvendinimo prielaidų; f) pabrėžė pranešinėjimo apie PSĮ anonimiškumo ir konfidencialumo svarbą; g) parodė, kad Modelio įgyvendinimo apimtys ir pobūdis labai priklauso nuo ligoninės disponuojamų išteklių; h) parodė ligoninės darbuotojų suinteresuotumo ir motyvacijos svarbą diegiant ir įgyvendinant Modelį ligoninėje; i) atskleidė pereinamojo laikotarpio reikalingumą diegiant, derinant ir pritaikant Modelį ligoninės poreikiams ir veiklos specifikai; j) parodė, kad Modelis turėtų būti *atvira, skaidri, nuolat besimokanti ir tobulėjanti sistema*, atvirai bendradarbiaujanti tiek su ligoninės vidaus, tiek su išorės PS užtikrinimo ir gerinimo proceso dalyviais ir suinteresuotomis pusėmis, turinti mechanizmą išsiaiškinti PS ir savo (Modelio) trūkumus, atlikti korekcinius veiksmus, komunikuoti ir užtikrinti grįžtamąjį ryšį; k) parodė, kad Modelio įgyven-

dinimo ligoninėje sėkmė didele dalimi priklausys nuo išorinės aplinkos sąlygų, ypač nuo aukštesnio lygmens institucijų (ministerijos, jai pavaldžių institucijų, ligoninės steigėjo), žiniasklaidos bei pacientų požiūrio į PS ir veiksmų; l) atskleidė, kad sėkmingam Modelio įgyvendinimui yra ypač svarbi visuomenės nuomonė ir ją formuojančios žiniasklaidos požiūris į klaidas medicinoje, jų valdymą bei PS iniciatyvų palaikymą; m) parodė, kad Modelio įgyvendinimo sėkmė taip pat priklausys nuo pacientų elgesio, požiūrio ir palaikymo; n) nustatė ligoninės darbuotojų išsamesnio susipažinimo su PS, NĮ, PSĮ sąvokomis ir objektais poreikį bei poreikį turėti tikslų pranešinėjamų NĮ sąrašą, kuris būtų palaipsniui praplečiamas, atsižvelgiant į ligoninės poreikius ir PSĮ išaiškinimo patirtį; o) atskleidė ligoninės PS ekspertų ir kitų darbuotojų pritarimą Modelio principinei schemai, pažymint, kad PSĮ išaiškinimas turi būti kompleksinis, siejantis tiek jau įvykusių, tiek einamuoju momentu ar nuolat vykstančių, tiek galimai ateity įvyksiančių PSĮ išaiškinimą ar jų rizikos įvertinimą; p) išklė būtinybę ligoninėje turėti specialiai parengtą PS specialistą bei pabrėžė nacionalinio lygmens PS koordinavimo centro įsteigimo tikslingumą; r) parodė, kad Modelis neturėtų būti pernelyg sudėtingas jį suprasti ir įgyvendinti, jo įgyvendinimas neturėtų pareikalauti didžiulių investicijų.

Atsižvelgiant į šiuos 1-ojo kokybinio tyrimo rezultatus, buvo patikslinta ir išplėta Modelio principinė schema, parengta Modelio veikimo konteksto analizės schema.

Antrajam kokybiniam tyrimui (Nacionalinio (SP sistemos megasistemos ir metasistemos lygmenys) lygmens PS ekspertų apklausos grupinės diskusijos metodu) **iškelti tikslai:** a) įvertinti Modelio principinę schemą, jo įgyvendinimo svarbą ir reikšmingumą gerinant PS ligoninėse ir kitose ASPĮ; b) įvertinti Modelio svarbą nacionalinei SP sistemai užtikrinant ir gerinant PS Lietuvoje; c) išsiaiškinti Modelio įgyvendinimo galimybes ir iššūkius (problemas) ligoninėse ir kitose APSĮ; d) patikslinti lokalaus (ligoninės) ir nacionalinio (SP sektoriaus) lygmenų konteksto sąlygas, būtinas sėkmingai Modeliui diegti ir veikti.

Ekspertų atranka vyko identifikuojant aukščiausio lygio, skirtingą patirtį PS srityje turinčius SP sektoriaus ir / ar nacionalinio lygmens kitose organizacijose, susijusiose su PS užtikrinimu ligoninėse, asmenis. Atrenkant ekspertus vadovautasi *maksimalios variacijos principu* – aukščiausiojo (nacionalinio) lygmens PS srities ekspertai parinkti taip, kad būtų atstovaujama visoms svarbiausioms nacionalinio lygmens institucijoms, atsakingoms už PS užtikrinimą ir gerinimą skirtingose srityse (pvz.: vaistų sauga, radiacinė sauga, medicinos įrangos sauga, kt.): LR Seimas (sveikatos politikos PS srityje formavimas, PS teisinis reglamentavimas, kt.); LR sveikatos apsaugos ministerija (PS politikos formavimas ir įgyvendinimas nacionaliniu lygmeniu); Valstybinė ligonių kasa (SP kokybės ir saugos kontrolė, priežiūra); Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba (medikamentų, medicinos priemonių sauga), Valstybinė akreditavimo

sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie LR sveikatos apsaugos ministerijos (PS stebėseną, koordinavimą, priežiūrą ir kontrolę nacionaliniu lygiu (paskirta Nacionalinio lygio kompetentinga institucija PS srityje); Nacionalinis transplantacijos biuras (donorystės sauga); Higienos institutas (su SP susijusių infekcijų valdymo stebėseną, koordinavimą); Lietuvos pacientų organizacijų atstovų taryba (PS visi aspektai); M. Romerio universitetas (moksliniai tyrimai, PS darbuotojų tobulinimas PS srityje); Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas (SP specialistų rengimas, tobulinimas, mokslinė veikla); Lietuvos gydytojų sąjunga (gydytojų sauga, PS sauga); Lietuvos slaugos specialistų organizacija (slaugytojų sauga, PS).

Antrojo kokybinio tyrimo rezultatai: a) patvirtino Modelio reikalingumą atskiroms ASPĮ ir nacionalinei SP sistemai; b) parodė pritarimą pateikto Modelio principinei schemai, struktūrai ir funkcijoms; c) sudarė galimybę išryškinti problemas ir sunkumus, kurie gali kilti įgyvendinant ir įveiklinant Modelį; d) sudarė galimybę identifikuoti priemones, kurių reikėtų imtis nustatytoms problemoms ir sunkumams įveikti, palengvinant Modelio įgyvendinimą; e) pabrėžė būtinybę į Modelio įgyvendinimą įtraukti institucijas ir organizacijas, dalyvaujančias užtikrinant PS nacionaliniu lygmeniu.

Remiantis 2-ojo kokybinio tyrimų rezultatais patikslinta ir papildyta Modelio principinė schema, Modelio veikimo konteksto schema, parengta Modelio bendradarbiavimo PS srityje su išorės suinteresuotomis institucijomis schema, išnagrinėtos Modelio įgyvendinimo ir adaptacijos ligoninėse ir kitose ASPĮ problemos, jų sprendimo būdai.

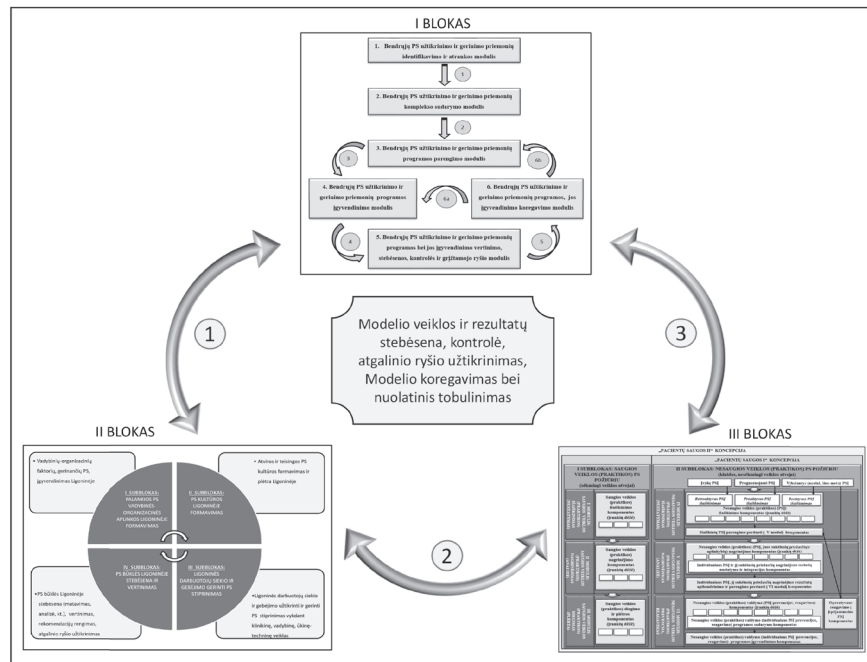
Kokybinių tyrimų rezultatai patvirtino Modelio kūrimo 4-ąjį ir 5-ąjį pamatinius teiginius ir suteikė papildomus duomenis 1-ajam, 2-ajam ir 3-ajam pamatiniams teiginiams pagrįsti, kurių pagrindu toliau buvo konstruojamas ir plėtojamas Modelis. Kokybinių tyrimų metu tiek ligoninės, tiek nacionalinio lygmens PS ekspertai apibūdino lokalaus (ligoninės) ir nacionalinio (SP sektoriaus) lygmenų bendradarbiavimo svarbą, kaip vieną svarbiausių sėkmingo Modelio diegimo ligoninėje ar kitoje ASPĮ prielaidų. Kokybinių tyrimų metu išsiaiškinti lokalaus (ligoninės) ir nacionalinio (SP sektoriaus) lygmenų visas kompleksas įvairaus pobūdžio veiksnių, nuo kurių priklausys Modelio diegimas, įgyvendinimas ir plėtojimas ligoninėse ar kitose ASPĮ, taip pat tikėtinos problemos ir sunkumai, kilsiantys įgyvendinant Modelį, kurių sprendimas reikalauja kompleksinio (įvairiapusio, daugiaaspekčio) požiūrio į PS, PSĮ valdymą tiek lokaliame (ligoninės, kitos ASPĮ), tiek nacionaliniame (SP sektoriaus) lygmenyse. Ekspertų pasisakymai liudija, kad šių sunkumų įveikimas ir Modelio įgyvendinimas ligoninėse ir kitose ASPĮ suteiks svarbų postūmį viso SP sektoriaus pažangai, sudarys sąlygas veiksmingiau išsiaiškinti ir spręsti PS bei kitas SP sektoriaus problemas. Todėl Modelio įgyvendinimas ir sėkmingas veikimas formuos naujas, palankias sąlygas dinamiškai visos SP sistemos raidai.

Modelio kūrimo III etapo pagrindinės veiklos ir rezultatai

Modelio kūrimo III etape, vadovaujantis atliktų empirinių tyrimų rezultatais, buvo parengta Modelio principinė schema, apibūdinti struktūriniai komponentai ir funkcijos, įvertinta pagrindinių Modelio blokų tarpusavio sąveika.

3. Modelio principinė schema, struktūra, funkcijos

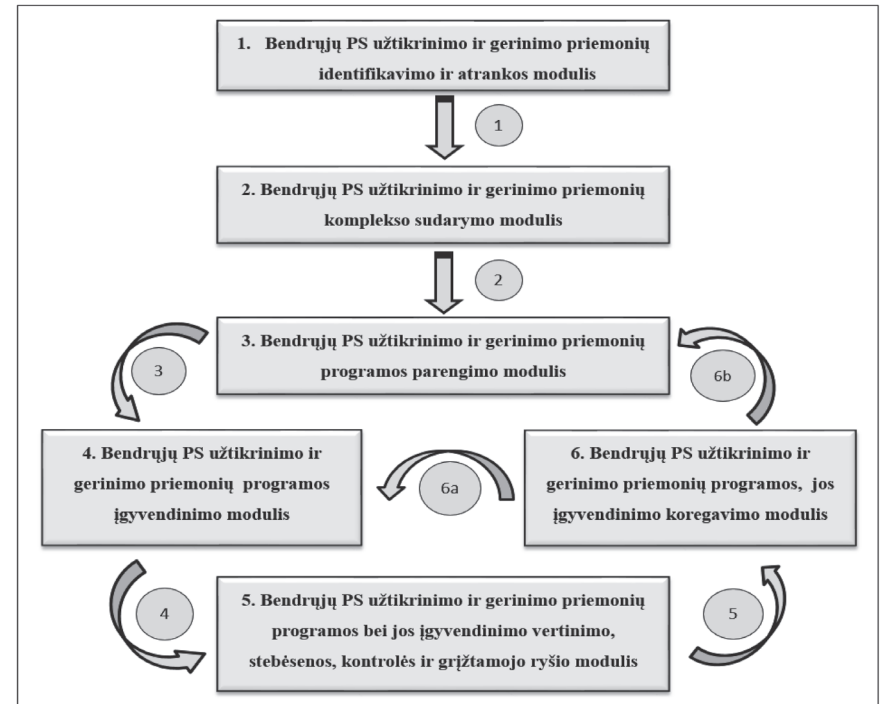
Remiantis atliktų kiekybinio ir kokybinių tyrimų rezultatais, parengta Modelio principinė schema (žr. 1 pav.):



1 pav. Modelio principinė schema
Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Centrinę vietą Modelio principinėje schemoje sudaro jo trys *struktūriniai blokai*:

Modelio I blokas: „PS gerinimas bendrosiomis (nacionalinio, tarptautinio lygmenų) priemonėmis“ (žr. 2 pav.):



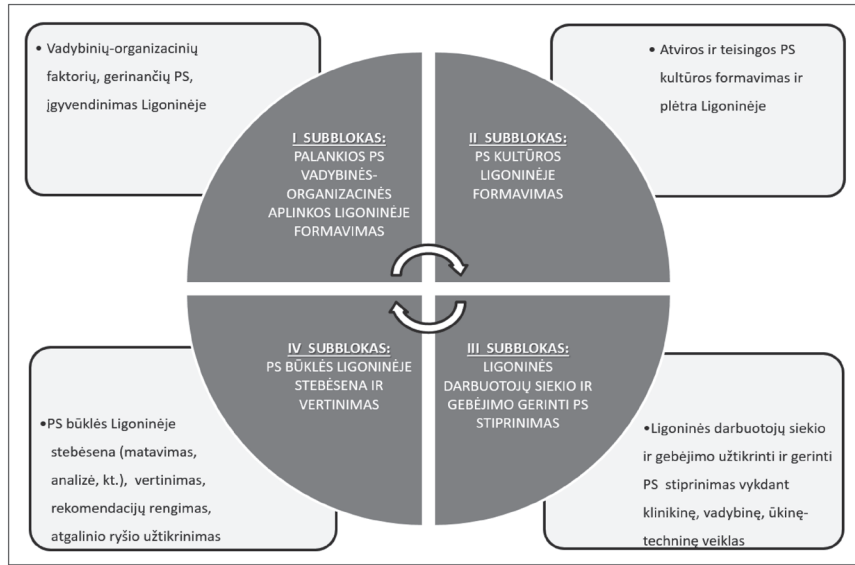
2 pav. Modelio I blokas: „PS užtikrinimas ir gerinimas bendrosiomis (tarptautinio, nacionalinio lygmenų) PS priemonėmis“
Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Bendrosios PS priemonės – tai visuotinai pripažintos, geriausia patirtimi (mokslu įrodymais ir gerąja praktika) pagrįstos, tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų ASPĮ rekomenduojamos PS priemonės, kurių įgyvendinimas sustiprina PS: a) padidinant saugių (sėkmingų) atvejų ir rezultatų pasireiškimą, b) sumažinant nesaugių (nesėkmingų) atvejų skaičių bei jų rezultatų pasireiškimą, - ligoninei ar kitai ASPĮ funkcionuojant įprastomis, kintančiomis (nuspėjamosiomis, nenuspėjamosiomis) sąlygomis.

Modelio I blokas skirtas: a) iš tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų teikiamų rekomendacijų ir siūlomų PS priemonių visumos identifikuoti ir atrinkti ligoninei (ar kitai ASPĮ) tinkamiausias priemones (1 modulis); b) sudaryti ligoninei svarbių PS užtikrinimo ir gerinimo priemonių kompleksą (2 modulis); c) parengti PS užtikrinimo bei gerinimo priemonių programą (3 modulis); d) ją įgyvendinti (4 modulis); e) vykdyti programos įgyvendinimo ir poveikio vertinimą, stebėseną, kontrolę bei užtikrinti grįžtamąjį ryšį (5 modulis); f) atsižvelgiant į įvertinimo rezultatus, koreguoti ar tobulinti (6 modulis) programą (6b) ar jos įgyvendinimą (6a) (šio ciklo

žingsniai kartojami tiek kartų, kiek kartų nustatomi suplanuotos ir realios programos įgyvendinimo eigos bei suplanuotų ir pasiektų rezultatų neatitikimai).

Modelio II blokas: „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (ligoninės lygmens) bendrinėmis PS priemonėmis“ (žr. 3 pav.)



3 pav. Modelio II blokas: „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (ligoninės lygmens) bendrinėmis PS priemonėmis“
Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

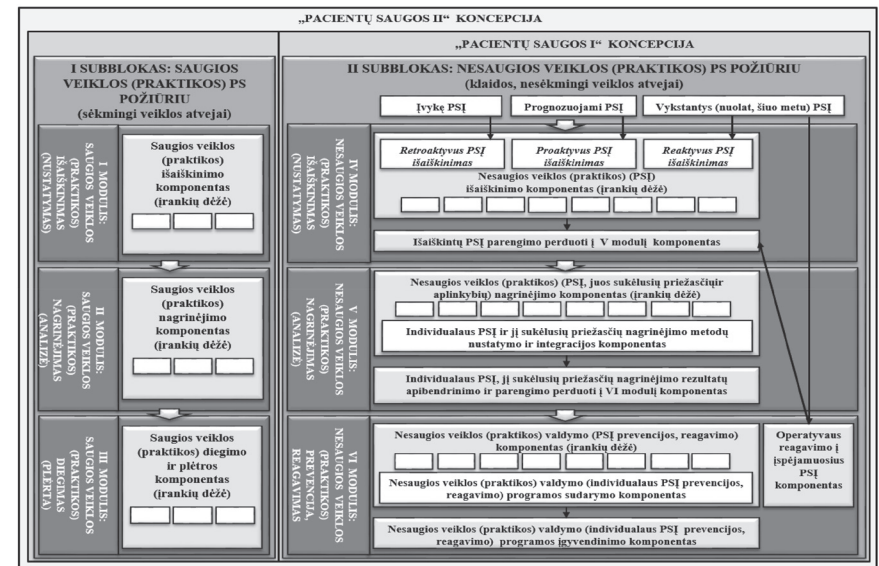
Modelio II bloko paskirtis – sudaryti palankias PS, PSĮ valdymui, Modeliu diegti ir plėtoti ligoninėje sąlygas, įgyvendinant bendrines vadybinio pobūdžio priemones: a) suformuoti palankias vadybines-organizacines sąlygas (pvz.: vadovybės lyderystės PS srityje užtikrinimas, PS iniciatyvų palaikymas, reikalingų išteklių PS užtikrinti ir gerinti skyrimas, kt.) (1 subblokas); b) formuoti atvirą ir teisingą PS kultūrą, pagrįstą tobulėjimo ir atskaitomybės balansu, skatinančią atvirą PSĮ valdymo procesą ir PSĮ atskleidimą pacientams; priimti įstaigoje lokalius norminius teisės aktus, formuojančius teigiamą požiūrį į PSĮ ir jų valdymą, kt.) (2 subblokas); c) stiprinti ligoninės darbuotojų siekius (motyvaciją) ir gebėjimus (žinias, įgūdžius, kt.), gerinti PS (pvz.: užtikrinti metodinę pagalbą rizikų valdymo srityje, organizuoti už PS atsakingiems ligoninės darbuotojams specializuotus mokymus PS, PSĮ valdymo, rizikų valdymo ir kt. srityse, kitiems darbuotojams – bendrinius mokymus PS, PSĮ valdymo klausimais, kt.) (3 subblokas); d) užtikrinti nuolatinį PS būklės, PSĮ valdymo proceso ir rezulta-

tų stebėsenos, vertinimo ir kontrolės procesų ciklo veikimą, užtikrinant grįžtamąjį ryšį ligoninės vadovybei, už PS atsakingiems ir kitiems darbuotojams (4 subblokas).

Apibendrinus – Modelio II bloko tikslas – „paruošti dirvą“ PS ir PSĮ valdymo iniciatyvoms, PS užtikrinančių ir gerinančių tarptautinio ir nacionalinio lygmens priemonėms įgyvendinti.

Šis kompleksinis ligoninės vidinės aplinkos pokyčių nuoseklus įgyvendinimas užtikrins visos ligoninės organizacijos sistemingą pažangą link PS gerinančio optimalaus organizacijos modelio išplėtojimo.

Modelio III blokas: „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (ligoninės lygmens) specifinėmis priemonėmis“ (žr. 4 pav.):



4 pav. Modelio III blokas: „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (ligoninės lygmens) specifinėmis PS priemonėmis“
Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Ligoninei veiksmingai įgyvendinant tarptautinio ir nacionalinio lygmenų rekomenduojamas bendrąsias (žr. Modelio I bloką) bei ligoninės lygmens specifijas bendrines (žr. Modelio II bloką) PS užtikrinimo ir gerinimo priemones, jos gali būti nepakankamos Ligoninei funkcionuojant nuolat kintančioje turbulentiškoje aplinkoje (nuolatinių SP sektoriaus pertvarkų laikotarpyje – kintant ligoninės veiklos teisiniam reglamentavimui, esant nuolatinei įtampai dėl resursų stokos, sparčiai diegiamų modernių technologijų, inovatyvių diagnostikos ir

gydymo metodų, didėjančių visuomenės lūkesčių sveikatos priežiūrai ir pan.). Todėl net ir įdiegus mokslo ir gerosios praktikos rekomenduojamas tarptautinio ir nacionalinio lygmenų PS priemonės (žr. Modelio I bloką), ligoninė netampa visiškai saugia pacientams, nes sparčiai besikeičiant aplinkos sąlygoms, joje neišvengiamai kartosis ar rasis nauji pavojai, kils nauji PSĮ.

Suformuota geroji (saugi) praktika taip pat nėra ilgalaikė ir stabili, nes ligoninė ir jos veiklos kontekstas nėra nekintantys. Pasikeitus aplinkybėms, turi keistis ir praktika, nes ankstesnėmis sąlygomis ligoninėje suformuota *geroji (saugi) praktika*, atsiradus naujoms aplinkybėms, gali tapti anaipol *nesaugia*. Kita vertus, nesėkmingų praktikos atvejų ligoninėje įvyksta gerokai mažiau nei sėkmingų, todėl mokantis vien tik iš nesėkmių – reiškia mokytis tik iš santykinai mažos dalies praktikos (atvejų imties), neišnaudojant galimybių semtis patirties iš gerokai platesnės ir įvairiapusiškesnės *saugios praktikos* ir tobulėti, identifikuojant bei diegiant ligoninėje saugios veiklos (praktikos) apraiškas, taip išvengiant ar užkertant kelią pavojams ir PSĮ rastis. Be to, Modelio I ir II bloke numatytos PSĮ prevencinio valdymo priemonės gali būti neįgyvendinamos ar netinkamai atrenkamos ir įgyvendinamos dėl vadybos trūkumų. Dėl šių priežasčių, įvertinus tyrimų rezultatus, parengtas *Modelio III blokas „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis specifinėmis priemonėmis“*, kurį sudaro du subblokei: a) *I subblokas „Saugios veiklos (praktikos) PS požiūriu“* (ligoninės, jos padalinio, darbuotojo sėkmingos veiklos atvejai), skirtas gerosios patirties (saugios (sėkmingos) veiklos, praktikos) paieškai ir išaiškinimui (I modulis), jos nagrinėjimui ir analizei (II modulis) bei panaudojimui (adaptavimui, diegimui, plėtrai) (III modulis); b) *II subblokas „Nesaugios veiklos (praktikos) PS požiūriu“* (ligoninės, jos padalinio, darbuotojo nesėkmingos veiklos atvejai), skirtas nesaugios praktikos (PSĮ) išaiškinimui (IV modulis), nagrinėjimui (V modulis), reagavimui bei prevencijai (VI modulis).

Mokslinėje literatūroje pateikiami įvairūs geriausios patirties paieškos, nagrinėjimo ir panaudojimo būdai (Hong P. et al., 2012). Daugelio jų pagrindą sudaro *Kaiser Associates* pasiūlyta *7 žingsnių metodika* (*Kaiser Associates*, 1988), kurią išplėtojo R. Camp, pateikęs *12 žingsnių metodiką* (Camp R., 1994). Šių autorių siūlomą geriausios patirties nustatymo, nagrinėjimo ir diegimo procesų nuoseklumu vadovautasi rengiant Modelio geriausios patirties (saugios (sėkmingos) veiklos (praktikos)) (I subbloko) *paieškos* (išaiškinimo) (I modulis), *nagrinėjimo* (analizės) (II modulis) bei *diegimo* (plėtros) (III modulis) etapų struktūrinius elementus.

Modelio III bloko I ir II subbloko modulių *komponentai* suformuoja kiekvienam PSĮ valdymo etapui (išaiškinimo, nagrinėjimo, diegimo, reagavimo ir prevencijos) būtinų vadybos įrankių dėžes (angl. *tool box*).

Pažymėtina, kad Modelio III bloko I subblokas įgyvendina *moderniosios PS II koncepcijos* (Hollnagel E., 2014; Braithwaite J., Wears E.; Hollnagel, E., 2015) nuostatas, pabrėžiant mokymosi iš geriausios (sėkmingos, saugios) patirties svarbą. Mokymosi iš geriausios (saugios) praktikos subbloko elementų ir šio subbloko ryšių su viso Modelio sistema skirta generuoti Modelio ir visos ligoni-

nės veiklai tobulinti bei gerajai praktikai plėsti idėjas ir jas įgyvendinti, siekiant pagerinti organizacijos vadybinę-organizacinę ir klinikinę veiklas, suformuojant nepalankias sąlygas rastis ir pasireikšti pavojams, PSĮ bei palankias sąlygas ligoninei veikti, pasiekiant kuo aukštesnį PS lygį.

Modelio III bloko II subbloke įgyvendintos tradicinės *PS I* koncepcijos (Reason J., 2000) nuostatos; ją įgyvendinant, išplečiamas jos veikimo laukas, apimant ne tik įvykusių NĮ pranešėjimą, bet ir visų (įvykusių ir neįvykusių (potencialių)) PSĮ valdymą (pranešėjimą, nagrinėjimą, reagavimą, prevenciją) ligoninėje. Šį subbloką sudaro: a) *Nesaugios veiklos (praktikos) išaiškinimo (nustatymo) modulis (IV modulis)*, kurio paskirtis – užtikrinti kuo išsamesnį įvykusių (PSĮ *retroaktyvaus išaiškinimo komponentas*), vykstančių (PSĮ *reaktyvaus išaiškinimo komponentas*) ir prognozuojamų bei tikėtinų (PSĮ *proaktyvaus išaiškinimo komponentas*) PSĮ išaiškinimą, jų registravimą ir parengimą tolesnei PSĮ analizei, naudojant atitinkamo pobūdžio PSĮ išaiškinimo metodų ir priemonių įrankių dėžes; b) *Nesaugios veiklos (praktikos) nagrinėjimo (analizės) modulis (V modulis)*, kurio paskirtis IV modulyje išaiškintų PSĮ, juos sukėlusiu priežasčių bei aplinkybių giluminės analizės atlikimas, priežastinių ryšių identifikavimas panaudojant šiuolaikinio vadybos mokslo rekomenduojamų rizikų ir PSĮ valdymo metodų ir priemonių arsenalą, suformuotą šio modulio nesaugios veiklos (praktikos) nagrinėjimo komponento įrankių dėžėje; c) *Nesaugios veiklos (praktikos) prevencijos ir reagavimo modulis (VI modulis)*, kurio paskirtis parinkti kiekvienam nustatytam individualiam PSĮ veiksmingas prevencijos ir reagavimo (poveikio) priemonės; integruoti šias priemones į įstaigoje veikiančią PS užtikrinimo ir gerinimo programą, sudarant tam būtinas vadybinės-organizacinės ir klinikinės veiklos sąlygas.

Modelyje suformuotą sisteminių požiūrį į PSĮ valdymą atskleidžia 1 pav. parodyta pagrindinių Modelio bloko tarpusavio sąveika, apibūdinama kaip *dviųjų kontrolės ir korekcijos ciklo sistema*: a) *vidinis ciklas (pirmasis)* – veikia Modelio I bloke, užtikrinamas šio bloko 3, 4, 5 ir 6 subbloko sąveiką siekiant išaiškinti ir koreguoti bendrųjų PS priemonių įgyvendinimo neatitikimus; b) *išorinis ciklas (antrasis)* – užtikrina trijų pagrindinių Modelio bloko tarpusavio sąveiką (pvz., Modelio III bloko parodyta, kaip jis sudaro galimybę išaiškinti (pagauti) PSĮ, kurie įvyksta dėl I bloko veiklos spragų, dėl to galima papildyti ar patikslinti įgyvendinamų *bendrųjų (tarptautinio ir nacionalinio lygmenų PS judėjimų) rekomenduojamų PS priemonių sistemą*.

Pagrindiniai Modelio blokai sujungti į išorinį (antrąjį) *Modelio veiklos ir rezultatų stebėsenos, kontrolės, atgalinio ryšio užtikrinimo, Modelio koregavimo bei tobulinimo ciklą*, siekiant užtikrinti Modelio (vadybinio-organizacinio instrumento) efektyvų ir veiksmingą funkcionavimą, nuolatinį tobulėjimą ir atvirumą. Vidinis ir išorinės kontrolės ir korekcijos užtikrinimo ciklai kartu veikdami sudaro galimybę stebėti ir vertinti Modelio pagrindu parengtos ir veikiančios PSĮ valdymo sistemos veiklą, vertinti ligoninės pažangą užtikrinant bei gerinant PS.

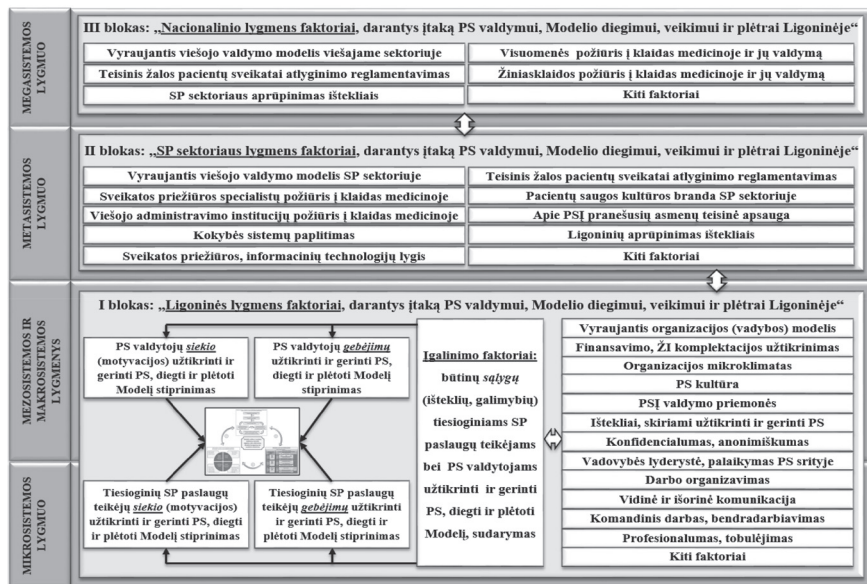
Modelio kūrimo IV etapo pagrindinės veiklos ir rezultatai

Modelio kūrimo IV etape įvertintas Modelio veikimo kontekstas, Modelio adaptavimo ir įgyvendinimo ligoninėje ar kitoje ASPĮ problematika ir iššūkiai.

4. Modelio kūrimo ir įgyvendinimo konteksto sąlygos

Modelis – atvira sistema, funkcionuoja ne izoliuotai, o yra susietas vidiniais (ligoninės lygmenyje – su ligoninės vidinių struktūrų ir procesų elementais) ir išoriniais (SP sektoriaus, nacionaliniame lygmenyje – su SP sektoriaus ir nacionaliniame lygmenyje veikiančiomis institucijomis tiesiogiai ir netiesiogiai dalyvaujančiomis užtikrinant PS ligoninėje) ryšiais, per kuriuos yra veikiamas bei pats daro įtaką aukštesnio lygmens sistemoms.

Modelio vidinių (ligoninėje) ir išorinių (su SP meta- ir mega- lygmenyse veikiančiomis organizacijomis ir institucijomis) ryšių sistema pateikta *Modelio veikimo konteksto schemoje*, tarpusavyje sąveikaujančių trijų struktūrinių blokų lygmenimis (žr. 5 pav.):



5 pav. Modelio veikimo konteksto schema
Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Pateiktoje *Modelio veikimo konteksto schemoje* matyti, kad jo I bloko „Ligoninės lygmens faktoriai, darantys įtaką PS valdymui, Modelio diegimui,

veikimui ir plėtrai ligoninėje“ (SP mikro-, mezo- ir makro- sistemų lygmenys) pagrindą sudaro Modelio subblokas (sumažintas 1 pav.) – operacinė ligoninės PSĮ valdymo sistemos dalis, kurioje tiesiogiai realizuojamos priemonės PS ligoninėje vertinti, užtikrinti ir gerinti.

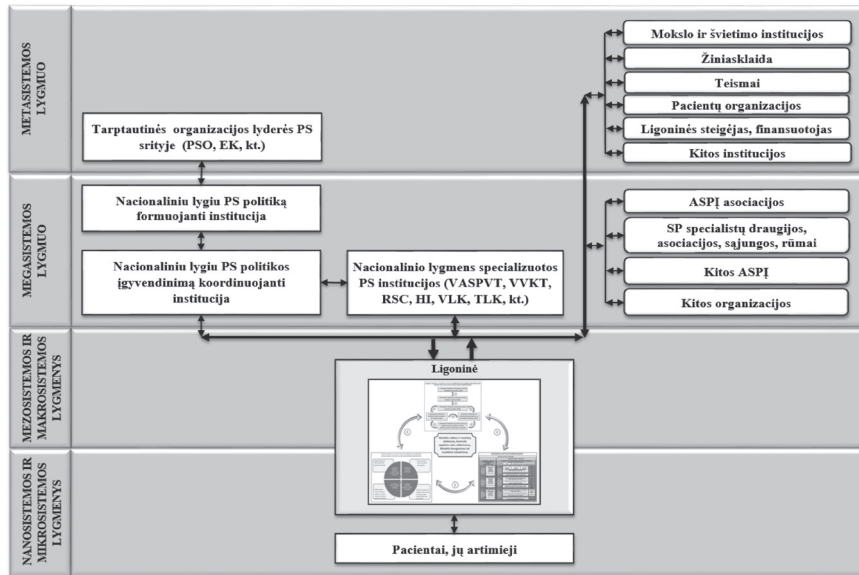
Su Modelio subbloku glaudžiais tiesioginiais ryšiais susiję keturi jį aptarnaujantys subbloakai, sudarantys sąlygas Modelio subblokui efektyviai funkcionuoti. Tam, kad Modelis sėkmingai veiktų, t. y. kad šiame subbloke efektyviai vyktų PS užtikrinantys ir gerinantys procesai, būtina užtikrinti, kad ligoninės darbuotojai *siektų (norėtų)* (t. y. būtų įtraukti, suinteresuoti, motyvuoti) užtikrinti PS ir *galėtų (gebėtų)* (t. y. turėtų reikiamą kompetenciją, kvalifikaciją, išteklius bei įgaliojimus) tai atlikti. Šią funkciją užtikrina Modelio subbloką aptarnaujantys šie subbloakai: a) „*Tiesioginių SP paslaugų teikėjų siekio (motyvacijos) gerinti PS ir diegti Modelį stiprinimo*“; b) „*PS valdytojų siekio (motyvacijos) gerinti PS ir diegti Modelį stiprinimo*“; c) „*Tiesioginių SP paslaugų teikėjų gebėjimų gerinti PS ir diegti Modelį stiprinimo*“; d) „*PS valdytojų gebėjimų gerinti PS ir diegti Modelį stiprinimo*“. Šių subblokų komplekso funkcionalumas ir veikimo efektyvumas priklauso nuo įvairių ligoninės vadybinių-organizacinių faktorių, darančių įtaką Modelio diegimui, veikimui, plėtrai. Atlikti kiekybinis ir kokybiniai tyrimai sudarė galimybę patikslinti PSĮ valdymo priklausymą nuo ligoninės vadybinių-organizacinių veiksmų, atskleidė sudėtingą trijų lygių ryšių sistemą tarp darbuotojų galimybės ir siekio gerinti PS, diegti Modelį ir ligoninės vadybinės-organizacinės veiklos veiksmų. Bendrąsias vadybines-organizacines prielaidas ir sąlygas gerinti PS ir įgyvendinti Modelį tiesioginiams SP paslaugų teikėjams ir PS valdytojams sudaryti skirtas *įgalinimo faktorių subblokas*: „*Būtinų sąlygų (išteklių, galimybių) tiesioginiams SP paslaugų teikėjams bei PS valdytojams užtikrinti ir gerinti PS bei diegti Modelį sudarymas*“. Šių sąlygų užtikrinimas priklauso nuo daugelio tirtų ligoninių darbuotojų įvardytų ligoninės (SP mikro-, mezo- ir makrosistemos) lygmenų veiksmų ir sąlygų (pvz.: darbuotojui sudarymo sąlygų įgyti ir tobulinti kvalifikaciją, tobulinti įgūdžius PS valdymo srityje; konfidencialumo ir anonimiškumo užtikrinimo pranešusiems apie PSĮ asmenims; ligoninės vadovybės lyderystės ir išitraukimo į PS gerinimo veiklą užtikrinimas; išteklių skyrimo PS veikloms vykdyti bei tinkamų darbo sąlygų sudarymo, kt.). Ligoninės vidinių sąlygų palankiai PSĮ valdymo veiklai sudarymas iš dalies priklauso ir nuo išorinės aplinkos sąlygų, kuriomis funkcionuoja ligoninė, t. y. nuo palankių ir nepalankių ligoninę veikiančių išorinės aplinkos veiksmų (pvz.: PS teisinio reglamentavimo, ASPĮ finansavimo lygio, klinikinio ir vadybinio profilių žmonių išteklių rengimo ir tobulinimo sistemos kokybės, kt.). Ligoninės veiklai daro įtaką SP sektoriaus (SP metasistemos) lygmens faktoriai, o SP sektoriaus funkcionavimui – nacionalinio (SP megasistemos) lygmens faktoriai.

Ligoninės, kaip ir bet kurios kitos ASPĮ veikla priklauso nuo daugybės kitų įstaigų ir organizacijų veiklos. Tai institucijos ir organizacijos, kurios formuo-

ja ir įgyvendina sveikatos politiką, planuoja ir vykdo SP sektoriaus reformas, išleidžia ASPĮ veiklą reglamentuojančius teisės aktus, skiria finansus, tvirtina veiklos kryptis ir prioritetus (nustato profilius, paslaugų spektrą, kt.), formuoja užduotis, vykdo ligoninių veiklos ir jų teikiamų paslaugų kokybės kontrolę – tiesiogiai ar netiesiogiai savo įtaka ir sprendimais daro įtaką ligoninės veiklai, jos teikiamų paslaugų kokybei ir saugai.

Modelis – sudėtinė ligoninės (organizacijos) sistemos dalis, kurios tikslas atliepia ligoninės misijos esmę – užtikrinti saugių ir kokybiškų paslaugų teikimą gyventojams. Išorės organizacijų poveikis ligoninei (sistemai) neabejotinai daro įtaką Modelio (ligoninės sistemos) veiklai. Dėl to svarbu nagrinėjant Modelio veikimo kontekstą įvertinti: a) Modelio ryšių su kitomis įstaigomis ir organizacijomis, dalyvaujančiomis užtikrinant PS ligoninėje, struktūrą; b) reikalavimus, keliamus visai šių įstaigų ir organizacijų sistemai, svarbius, įgyvendinant Modelį.

Modelio bendradarbiavimo ryšių su institucijomis ir organizacijomis, dalyvaujančiomis *tiesiogiai* (koordinuojant ar administruojant nacionalinio lygmens NĮ valdymo sistemas) ar *netiesiogiai* užtikrinant PS nacionaliniu lygmeniu, sistema pateikta 6 pav.:



6 pav. Modelio bendradarbiavimo PS srityje su išorės suinteresuotomis pusėmis schema
Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Modelis turi būti integruotas į ligoninės vadybinę-organizacinę struktūrą ir jo funkcionavimas priklausys nuo kitų ligoninės veiklos sferų, kurios savo ruožtu yra priklausomos nuo išorinės aplinkos sąlygų, kuriomis funkcionuoja ligoninė, visa sveikatos priežiūros sistema. Dėl to Modelio įgyvendinimas kelia naujus reikalavimus ligoninei formuoti glaudžius ryšius su institucijomis ir organizacijomis, tiesiogiai ar netiesiogiai dalyvaujančiomis užtikrinant PS, SP.

Ligoninė veikia viešojo valdymo sferoje. Ji teikia SP paslaugas ne izoliuotai, bet susietai glaudžiais tarpusavio ryšiais su tinklu valstybės ir savivaldybės viešojo administravimo paslaugas teikiančių institucijų, nuo kurių priklauso ligoninės veikla. Dauguma šių viešojo administravimo sektoriaus institucijų sąveikauja su ligonine ir PS srityje (būdamas atsakingomis už specifines PS sritis nacionaliniu lygmeniu, pvz., už radiacinę saugą, su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų valdymą, farmakologinį budrumą ir kt.), suformuodamos specifinį išorinį PS valdymo organizacinį kontekstą (teisinį, vadybinį-organizacinį, reguliacinį-kontrolės, ekonominį, kt.), kuris gali paveikti Modelio veiklą, skatinti arba slopinti ligoninės iniciatyvas PS srityje.

Atlikus Modelio veikimo viešojo valdymo konteksto analizę, nustatyta, kad Modelio veikimui ir bendradarbiavimo su išorės institucijomis santykiams mažiausiai palankus yra *Tradicionis (klasikinis, hierarchinis, biurokratinis) viešojo valdymo modelis* (angl. *Traditional Public Administration*). Tradicionis viešojo valdymo modelis gali veikti sėkmingai, kai priimami ir įgyvendinami sprendimai, vykdomi informacijos mainai vertikalių principu, organizacijoms veikiant nesudėtingos, stabilios ar mažai kintančios aplinkos sąlygomis. Tačiau ligoninės priskiriamos dinaminėms kompleksinėms sociotechninėms organizacijoms, veikiančioms sudėtingos, nuolat kintančios aplinkos sąlygomis. Todėl palankesniu Modelio veiklai, sudarančiu daugiau galimybių suformuoti lanksčią santykių ir bendradarbiavimo sistemą, laikytinas *Naujosios viešosios vadybos modelis* (angl. *New Public Management*), suteikiantis daugiau savarankiškumo organizacijoms ir jų darbuotojams priimti sprendimus siekiant bendrą organizacijos tikslų (tarp jų PS). Tačiau veikiant šiam viešojo valdymo modeliui, pasireiškia daugiau privačiam sektoriui būdingos užsakovo-vykdytojo (angl. *principal-agent*) problemos šalutinis poveikis (pvz., efektyvumo, verslumo akcentavimas, mažiau dėmesio skiriant pilietinėms, humanistinėms, altruistinėms, viešosioms vertybėms). Todėl palankiausias Modelio veiklai įvertintas *Naujasis viešojo valdymo modelis* (angl. *New Public Governance*), pabrėžiantis viešojo intereso, viešųjų vertybių, veiklos ir santykių atvirumo bei skaidrumo svarbą, sudarant sąlygas bendradarbiaujančioms organizacijomis geriau suprasti viena kitos poreikius ir problemas, lanksčiau prisitaikyti ar jas spręsti. Šis viešojo valdymo modelis yra palankiausias atviros, besimokančios, skaidrios organizacijos bruožus įgyvendinanti Modeliui, nes jam yra būdingas požiūris į problemas kaip į mokymosi ir tobulėjimo šaltinį (skatinamas atviras klaidų ir PSĮ pripažinimas ir atskleidimas, pranešinėjimas, nagrinėjimas), t. y. būdingas proaktyvus (prevencinis) veiklos pobūdis.

Todėl *Naujojo viešojo valdymo* ir *atviros, besimokančios, skaidrios organizacijos* modelių vadybinis organizacinis derinys sudaro palankiausias prielaidas Modelio diegimui, veiklai ir plėtrai.

5. Modelio įgyvendinimas ligoninėse ir kitose ASPĮ

Modelio įgyvendinimas vyks įvairiomis, skirtingomis sąlygomis, priklausomai nuo ligoninės ar kitos ASPĮ lygmens, paslaugų spektro, veiklos specifikos, išteklių, kt. Todėl Modelis sukonstruotas taip, kad užtikrintų stabilų ir tvarų jo pagrindu parengtos kompleksinės PSĮ valdymo sistemos funkcionavimą, kita vertus, užtikrinant paties Modelio lankstumą jam adaptuojantis prie ligoninės ar kitos ASPĮ vidinės ir išorinės aplinkos pokyčių.

Modelio adaptavimo problema ligoninės ar kitos ASPĮ poreikiams išspręsta Modelio konstrukte suformavus Modelio *nekintantį, stabilų branduolį* ir Modelio *kintančią, lanksčią periferiją*.

Modelio branduolys apima Modelio struktūrinę dalį, kurios yra būtinos ir privalomos, siekiant užtikrinti Modelio veiklą, nepriklausomai nuo įstaigos ir jos veiklos specifikos. Tai trys pagrindiniai Modelio struktūriniai blokai ir juos sudarantys moduliai: I blokas „PS užtikrinimas ir gerinimas bendrosiomis (tarptautinio, nacionalinio lygmenų) priemonėmis“; II blokas „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (ligoninės lygmens) bendrinėmis priemonėmis“; III blokas „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (ligoninės lygmens) specifinėmis priemonėmis“. Kiekvienas būtinas Modelio veiklai blokas turi būtiną *modulių sistemą*, susijusią tarpusavyje ryšiais.

Modelio kintamąją periferiją sudaro žemesnio lygmens, t. y. Modulo modulius sudarantys struktūriniai vienetai – *komponentai*, kuriais numatomas atitinkamų veiklų metodų ir priemonių arsenalų (įrankių dėžių) suformavimas: 1) *saugios veiklos (praktikos)*: a) išaiškinimo (žr. I modulį); b) nagrinėjimo (žr. II modulį); c) diegimo ir plėtros (žr. III modulį); 2) *nesaugios veiklos (praktikos)*: a) išaiškinimo (žr. IV modulį); b) nagrinėjimo (žr. V modulį); valdymo (PSĮ prevencijos, reagavimo) (žr. VI modulį).

Rengiantis įgyvendinti Modelį, jo kintamosios periferijos struktūriniai vienetai (komponentai) sudaromi įvertinus ligoninės, kitos ASPĮ veiklos specifika, poreikius ir galimybes. Tokiu būdu dėl kintamosios periferijos Modelis gali pritaikyti tiek prie įvairaus pobūdžio ligoninės ar kitos ASPĮ poreikių, tiek tuomet, kai pasikeičia jų veiklos aplinkos sąlygos.

Atliktų kiekybinių ir kokybinių tyrimų pagrindu parengta *Modelio adaptacijos ligoninės ar kitos ASPĮ poreikiams ir veiklos specifikai procedūra*, kurią sudaro 5 etapai: 1) duomenų šaltinių apie PSĮ identifikavimo ir atrankos sistemos sukūrimas; 2) reagavimo į PSĮ prioritetų nustatymo sistemos sukūrimas; 3) PSĮ išaiškinimo, nagrinėjimo, reagavimo ir prevencijos metodų, priemonių arsenalų

parengimas; 4) įstaigos darbuotojų apmokymas naudoti PSĮ išaiškinimo, nagrinėjimo, reagavimo ir prevencijos metodus, priemones; 5) Modelio vadybinės-organizacinės veiklos įgyvendinimas.

Modelio konstruktas suformuoja specialius mechanizmus, kurie užtikrina Modelio kintamosios periferijos adaptaciją, atsižvelgiant į ligoninės ar kitos ASPĮ poreikius, veiklos specifika ir galimybes. Esant ribotiems ištekliams ligoninė, atsižvelgiant į jos patirtį ir veiklos specifika, turi nusistatyti PSĮ valdymo veikloje prioritetus, identifikuojant veiklas, kurios turi didžiausią poveikį užtikrinant bei gerinant PS (pvz.: mokslu įrodyta, kad rankų tinkamas plovimas ir dezinfekcija, chirurginės saugos kontrolės lapo procedūros įvedimas – tai mažai išteklių reikalaujančios, tačiau didelį poveikį PS užtikrinančios ir gerinančios priemonės, kt.). Adaptuodama Modelį, ligoninė turi pasirinkti jos veiklos specifika labiausiai atitinkančią Modelio veiklos organizacinę formą, atsižvelgdama į skiriamus šiai veiklai išteklius, PS darbuotojų kompetenciją ir kvalifikaciją, prieinamus PSĮ valdymo instrumentus, kt.

Teikiami keli galimi Modelio veiklos organizavimo būdai: a) *vertikalus specializuotas PSĮ valdymas*. Esant skirtingų sričių veikloms, pagal joms būdingas PS problemas vykdoma PS darbuotojų specializacija, užtikrinant PSĮ valdymą tam tikroje specifinėje srityje (pvz.: chirurgija, laboratorija, radiologija, slauga, onkologija ir pan.). Šis būdas sudaro galimybes PS darbuotojams specializuotis rizikų ir PSĮ valdymu specifinės kompetencijos srityse, tačiau pareikalauja ir didesnių išteklių; b) *horizontalus bendrinis PSĮ valdymas*. Esant panašaus profilio veikloms (pvz.: specializuoto profilio ligoninė (neurochirurgijos, kardiologijos centrai, kt.), dienos chirurgijos centras, kt.), atsižvelgiant į tai, kad kiekvienas PSĮ valdymo (PSĮ išaiškinimo, priežasčių nagrinėjimo, reagavimo ir prevencijos priemonių įgyvendinimo) etapas turi savo metodų arsenalą, kuriuos būtina perprasti ir praktikuoti, o veiklų profilių įvairovė yra maža (veiklos panašios), PSĮ valdymas organizuojamas užtikrinant už PSĮ valdymą atsakingų darbuotojų specializuotą veiklą pagal PSĮ valdymo proceso etapus (PSĮ išaiškinimo, priežasčių nagrinėjimo, reagavimo ir prevencijos priemonių įgyvendinimo); c) *PSĮ valdymas pagal naudojamų duomenų šaltinius*. Atsižvelgiant į informacijos apie PSĮ ir juos sukeliančias priežastis duomenų šaltinių įvairovę (skaitmeniniai duomenys iš e. sveikatos dokumentacijos, duomenys, kurių šaltinis yra popierinė dokumentacija, paciento kelio stebėjimas (angl. *Patient tracer methodology*), grupinė diskusija, kt.) ir jų panaudojimo (identifikavimo, analizės, pristatymo, kt.) specifika, PS darbuotojai specializuojasi dirbti su atitinkamais duomenų šaltiniais, taikyti jų apdorojimo metodus; d) *PSĮ valdymas atsižvelgiant į PSĮ reikšmingumą*. Ligoninė pasitvirtina skirtingas reagavimo procedūras atsižvelgiant į PSĮ reikšmingumą (pvz.: viena tvarka įspėjamiems (ypač reikšmingiems) įvykiams, kita - beveik įvykusiems NĮ (mažiau reikšmingiems), trečia – žalos nesukėlusiomis neatitiktims nagrinėti, kt.). Tokiu atveju ligoninėje

lygiagrečiai veiks keli skirtingi PSĮ valdymo procesai; e) *PSĮ valdymas pagal PSĮ valdymo metodus*. Ligoninė suformuoja PSĮ išaiškinimo, ištyrimo, jų priežasčių analizės, reagavimo ir prevencijos priemonių arsenalus (įrankių dėžes), ligoninės darbuotojai specializuojasi panaudodami atitinkamus metodus. Nagrinėjant atskirą PSĮ pirmiausia išsiaiškinama, koks metodas yra tinkamiausias jam tirti ir toliau PSĮ nagrinėja tam tikrą metodą įvaldęs PS specialistas; f) *PSĮ valdymas pagal išteklių galimybes*. Nesant galimybių ligoninei skirti kelių darbuotojų PS veiklai užtikrinti (taip pat ir Modeliui įgyvendinti), ši veikla sutelkiama vieno ar kelių PS specialistų rankose arba pavedama atlikti išorės organizacijai (pvz., samdant medicinos audito paslaugas, kai tam tikrus klausimus sprendžia toje srityje besispecializuojantis konsultantas).

Pateikiami Modelyje numatytų veiklų įgyvendinimo įvairių variantų pavyzdžiai, iš kurių (ir dar kitų galimų) ligoninė ar kita ASPĮ, atsižvelgusi, į savo veiklos specifiką ir poreikius, išsivertinusi galimybes, skiriamus PSĮ valdymo veiklai išteklius, gali pasirinkti labiausiai jai tinkantį būdą.

Parengtas Modelis turėtų užpildyti šiuo metu egzistuojančią lokalaus (ligoninės, kitos ASPĮ) ir aukštesnių (nacionalinio, tarptautinio) PS judėjimų lygmenų sąveikos spragą bei pasitarnauti ligoninei ar kitai ASPĮ užtikrinant aukštesnį jos teikiamų paslaugų saugos lygį. Teikiama Modelio pagrindu ligoninės ir kitos ASPĮ galės toliau plėtoti kompleksines PSĮ valdymo sistemas, geriausiai atitinkančias įstaigų poreikius, veiklos specifiką ir galimybes.

Holistiniu požiūriu į PS pagrįstas Modelio pagrindu ligoninėje ar kitoje ASPĮ organizuotas kompleksinis PSĮ valdymas teigiamai veiks ne tik PS situaciją įstaigoje, bet ir prisidės tobulinant visos organizacijos veiklą. Atsižvelgiant į ligoninių ir kitų SP organizacijų kompleksinę sociotechninę prigimtį, jų funkcionavimą nuolat kintančioje, neapibrėžtumų pilnoje aplinkoje, tikėtina, kad keisis esamos ir formosis naujos rizikos, pavojai, PSĮ. Tai kels naujus iššūkius Modeliui ir jo pagrindu ligoninėse ir kitose ASPĮ kuriamoms PSĮ valdymo sistemoms tobulinti ir plėtoti.

Išvados

Nors ir tarptautinis, ir nacionalinis PS judėjimai yra sukaupę didelę patirtį PS srityje, šių aukštesnių lygmenų PS užtikrinimo ir gerinimo iniciatyvos bei rekomendacijos lokaliame (ligoninės, kitos ASPĮ) lygmenyje yra vangiai įgyvendinamos praktikoje. Viena svarbiausių priežasčių yra ta, jog stinga vadybinio-organizacinio mechanizmo, kuris sudarytų galimybę ligoninėms bei kitoms ASPĮ kurti, diegti ir plėtoti su tarptautiniu ir nacionaliniu PS lygmenimis suderintas ir integruotas PSĮ valdymo sistemas, maksimaliai atitinkančias šių įstaigų poreikius, veiklos specifiką ir galimybes.

Siekiant užtikrinti ir gerinti PS ligoninėje ar kitoje ASPĮ, būtina persiorientuoti nuo NĮ valdymo fragmentiškumo ir vienašališkumo į kompleksinį PSĮ val-

dymą. Tikslinga pateikto Modelio pagrindu kurti, diegti ir plėtoti ligoninėse ar kitose ASPĮ jų poreikiams bei veiklos specifikai pritaikytas, galimybes atitinkančias *kompleksines PSĮ valdymo sistemas*: a) *visapusiškas* (jungiančias nuolatinių mokymąsi iš teigiamos (saugios) ir neigiamos (nesaugios) savo ir kitų PS, PSĮ valdymo patirties; užtikrinančias šiuolaikinio mokslo ir gerosios praktikos pasiekimų PS srityje pritaikymą ir diegimą); b) *integruotas* (užtikrinančias retroaktyvų, reaktyvų ir proaktyvų PSĮ valdymą ir metodų integraciją); c) *vientisas* (užtikrinančias PSĮ valdymo proceso vientisumą, apimant PSĮ išaiškinimo, nagrinėjimo, reagavimo ir prevencijos komponentus); d) *bendradarbiaujančias, darnias ir sinergiškai veikiančias* (su kitomis įstaigoje veikiančiomis PS, PSĮ valdymo sistemomis, taip pat su nacionalinio lygmens PS kontrolę ir priežiūrą vykdančiomis institucijomis, diegiamomis nacionalinio lygmens NĮ / PSĮ valdymo sistemomis).

Modelio pagrindu parengta ir įgyvendinta kompleksinė PSĮ valdymo sistema sudarys galimybę ligoninėms ar kitoms ASPĮ, atsižvelgiant į jų veiklos specifiką ir patirtis PSĮ valdymo srityje, kryptingai atrinkti, adaptuoti ir įgyvendinti nacionalinio ir tarptautinio PS judėjimų rekomenduojamas PS užtikrinimo, gerinimo bei PSĮ valdymo priemones, mokantis iš savo bei kitų saugios ir nesaugios praktikos patirties.

Diegiant PSĮ valdymo sistemas nacionaliniu (šalies) ar lokaliu (ligoninės, kitos ASPĮ) lygmenimis, siekiant išvengti jų esamo fragmentiškumo ir vienašališkumo, būtina: a) atsižvelgti į SP sektoriaus ir jo organizacijų *sociotechninį kompleksumą*, reikalaujantį sisteminio kompleksinio požiūrio į PS ir PSĮ valdymą; b) įvertinti šių sistemų diegimo kontekstą – vidinę (ligoninės, kitos ASPĮ) ir išorinę (SP sektoriaus) vadybinę-organizacinę, ekonominę, teisinę, technologinę, socialinę ir kultūrinę aplinkas; c) sudaryti šioms sistemoms diegti, veikti ir plėtoti palankias prielaidas, kurių svarbiausios, tyrimų atskleistos, yra šios: darbuotojų pasipriešinimo inovacijoms įveikimas, jų suinteresuotumo efektyviai valdyti PSĮ didinimas; PSĮ valdymui reikiamų galimybių ir sąlygų sudarymas; PSĮ pranešėjimo baimės įveikimas, anonimiškumo ir konfidencialumo užtikrinimas; bendradarbiavimo su nacionalinio lygmens PS institucijomis, žinias-klaida ir pacientais užtikrinimas bei jų požiūrio į klaidas medicinoje keitimas.

Modelio pagrindu parengta ir įgyvendinta kompleksinė PSĮ valdymo sistema sudarys galimybes ligoninėms ar kitoms ASPĮ išaiškinti žymiai daugiau įvykusių, vykstančių ir potencialių PSĮ, tiksliau nustatyti jų šaltinius, juos sukėlusius gilumines (sistemines) priežastis. Tai leis parinkti tikslingesnes (veiksmingesnes, efektyvesnes) jų prevencijos priemones, tobulinti ligoninės struktūras ir procesus, siekiant saugesnės sveikatos priežiūros. Dėl to tikėtina, kad Modelis taps ne tik svarbiu įrankiu, užtikrinant bei gerinant PS ligoninėje, bet ir svarbiu įstaigos vadybinio instrumentu – pokyčių ir progreso varikliu – tobulinant įstaigos vadybinę-organizacinę ir klinikinę veiklas, gerinant teikiamų paslaugų kokybę ir

saugą. Todėl Modelio įgyvendinimas atveria naujas perspektyvas tobulinti SP tiek lokaliu (ligoninės, kitos ASPĮ), tiek nacionaliniu (SP sektoriaus) lygmenimis užtikrinant saugesnę ir kokybiškesnę sveikatos priežiūrą pacientams.

Literatūra

1. An organization with a memory (2000). *Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS*. London: The Stationery Office. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: <http://www.aagbi.org/sites/default/files/An%20organisation%20with%20a%20memory.pdf>.
2. Argyris, C. (1990). *Overcoming Organizational Defenses. Facilitating organizational learning*. Boston: Allyn and Bacon.
3. Baker, G. R. et al. (2004). The Canadian Adverse events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 179(11), 1678-1686.
4. Bitinas, B. et al. (2008). *Kokybinių tyrimų metodologija*, Vilnius: Socialinių mokslų kolegija.
5. Braithwaite, J., Wears, R. L., Hollnagel, E. (2015). Resilient health care: turning patient safety on its head. *International Journal of Quality of Health Care*. 27 (5), 418-420.
6. Braun, V., Clarke, V. (2012) Thematic analysis. In H. Cooper (Red.), *APA Handbook of Research Methods in Psychology*, 3.
7. Brogienė, D. (2010). *Paciento teisės į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą ir žalos sveikatos atlyginimą. Daktaro disertacija*. Vilnius: Vilniaus universitetas.
8. Chan, M. (2014). WHO Director-General foreword to the WHO Evaluation Practice Handbook. *WHO Evaluation Practice Handbook*. [Žiūrėta 2015-06-30]. Prieiga internete http://www.reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/9789241548687_eng.pdf
9. Chesbrough, H. W. (2006). *Open Business Models: How to Thrive in the New Innovation Landscape*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
10. Chesbrough, H. W. (2006). Open Innovation: A New Paradigm for Understanding Industrial Innovation. In H. W. Chesbrough, W. Vanhaverbeke, & J. West (Eds.). *Open Innovation: Researching a New Paradigm*, (21), 1-12.
11. Davis, P., et al. (2002). Adverse events in New Zealand public hospitals: occurrence and impact. *New Zealand Medical Journal*., 115 (1167), 271.
12. Donner, A. and Klar, N. (2000) *Design and Analysis of Cluster Randomization Trials in Health Research*. London.
13. Dunn, M., et al. (1995). Expert panel method for nurse staffing and resource management. *The Journal Of Nursing Administration*, October, 25 (10), 61-67.
14. ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) (2016). *Healthcare-associated infections*. [Žiūrėta 2016-05-06]. Prieiga internete: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated_infections/Pages/index.aspx.
15. „Ernst & Young Baltic“ UAB, Paškevičius L. et al., (2012). *Analizė apie galimybę sukurti nepageidaujamų įvykių ir gydymo klaidų registracijos sistemą*, 1-101.
16. „Ernst & Young Baltic“ UAB, Paškevičius L. et al. (2014). *Nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemos modelio parengimas ir aprašymas*. *Mokslo studija*. Vilnius: UAB „Ernst & Young Baltic“, 1-71.
17. European Commission (2005). *Patient Safety Making it Happen! Luxembourg Declaration on Patient Safety*. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf.
18. European Commission (2009). *Report from the Commission to the Council on the basis of member states' reports on the implementation of the Council Recommendation (2009/C 151/01) on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections*. Brussel: EC, 2012.
19. Europos Komisija (2012). *Europos Komisijos ataskaita Tarybai. Parengta remiantis valstybių narių pateiktomis Tarybos rekomendacijos (2009/C151/01) Dėl pacientų saugos ir su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės įgyvendinimo ataskaitomis*. (2012). COM (2012) 658. [Žiūrėta 2013-12-19]. Prieiga internete: https://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_lt.pdf.
20. European Commission (2016). *Improving Patient Safety in Europe*. [Žiūrėta 2015-02-01]. Prieiga internete: <http://ipse.univ-lyon1.fr>.
21. Europos Taryba (2009). Tarybos rekomendacija dėl pacientų saugos ir su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės. Europos Sąjungos oficialusis leidinys. (2009/C 151/01). [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: <http://eur-lex.europa.eu/legalcontent/LT/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2009:151:FULL&from=EN EU-lex>. (2015).
22. Giedrikaitė R. (2008). The evaluation of physicians' and patients' opinion on confidence and confidentiality. *Medicina*, 44(1), 2008.
23. Guest, G (2012). *Applied thematic analysis*. Thousand Oaks, California: Sage.
24. Higienos institutas (2015). *Nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemos diegimas ir plėtra Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose*. Metodinis leidinys. Vilnius: Higienos institutas.
25. Hogan, H. et al. (2015). Avoidability of hospital deaths and association with hospital-wide mortality ratios: retrospective case record review and regression analysis. *BMJ*, (14), 351, 3239.
26. Hollnagel E. (2014). *The Safety-I and Safety -II. The Past and Future of Safety Management*. Ashgate.

27. Hong P. *et al.* (2012) Evolving benchmarking practices: a review for research perspectives. *Benchmarking: An International Journal*, 19 (4/5), 444–462.
28. ICES-CIEM (2014). *Expert Group Reports*. [Žiūrėta 2015-11-25]. Prieiga internete: <http://www.ices.dk/publications/our-publications/Pages/Expert-Group-Reports.aspx>.
29. Yu, A. *et al.* (2016). *Patient Safety 2030*. London, UK: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre.
30. Kaiser Associates (1988). *Beating the competition: a practical guide to Benchmarking*. Washington, DC: Kaiser Associates. 1988.
31. Kline, P. (2010). *Ten Steps to a Learning Organization*. [Žiūrėta 2015-07-10]. Prieiga internete: <http://www.amazon.com/Steps-Learning-Organization-text-Kline-B-Saunders/dp/B003PN4VJK>.
32. Kohn, L., Corrigan, J. *et al.* (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Press.
33. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (Suvestinė 2015 m. redakcija) (2015). [Žiūrėta 2016-04-05]. Prieiga internete: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/617017408f5b11e59c9a8f8c9980906b?positionInSearchResults=2&searchModelUUID=144e1cc2-ce5a-47a9-a48d-6d8c72e510fe> pakeitimo įstatymas. Valstybės žinios. 2009, Nr. 145-6425.
34. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl LR sveikatos apsaugos ministro 2004m. rugsėjo 14d. įsakymo Nr.V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo“ pakeitimo“ (2007). [Žiūrėta 2014-09-09]. Prieiga internete: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.242167/NMcjmUyGHe?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=a3b7d617-5091-4dd5-9e73-00b931957f4e>.
35. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymo Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo. (2005). *Valstybės žinios*. 2015, Nr. V-92.
36. Marmienė, L. (2015). *Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į pacientų saugą bendrojo pobūdžio ligoninėse vertinimas*. *Daktaro disertacija*. Kaunas
37. Metz, J. (2015). The European Commission, Expert Groups, and the Policy Process. [Žiūrėta 2015-11-25]. Prieiga internete: <http://www.palgrave.com/page/detail/The-European-Commission-Expert-Groups-and-the-Policy-Process/?sf1=barcode&st1=9781137437228>.
38. Panel discussion (2015). *Wikieducator*. [Žiūrėta 2015-12-25]. Prieiga internete: http://wikieducator.org/panel_discussion.

39. Paškevičius, L. (2014). Kompleksinio požiūrio į pacientų saugą ir rizikos valdymą sveikatos priežiūros organizacijose paieška. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6), 133–156.
40. Paškevičius L., (2017). *Kompleksinis pacientų saugos įvykių valdymas Lietuvos ligoninėse*. *Daktaro disertacija*. Vilnius: MRU (spaudoje).
41. Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320, 768-770.
42. Saldana, J. (2009). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. Thousand Oaks, California: Sage.
43. Senge, P. (1990). *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. New York: Doubleday.
44. Valintėlienė, R. (2015). Projekto „Visuomenės sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, diegiant visuomenės sveikatos technologijų vertinimo sistemą ir nepageidaujamų įvykių registravimo sistemą“ pristatymas. Vilnius: Higienos institutas.
45. VASPVT (2014). Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės vertinimo rodikliai (2013-2014). [Žiūrėta 2014-02-06]. Prieiga internete: <http://www.vasptv.gov.lt/node/493>.
46. World Alliance for Patient Safety (2005). *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems*. Geneva: World Health Organization (WHO/EIP/SPO/QPS/05.3).
47. World Health Organization (2016). *Data and statistics*. *WHO Regional office for Europa*. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics>.

A MODEL FOR COMPREHENSIVE MANAGEMENT OF PATIENT SAFETY EVENTS AT LITHUANIAN HOSPITALS

Laimutis Paškevičius

Institute of Political Science, Mykolas Romeris University Faculty of Politics and Management

JSC "SK Impex Medical Diagnostic Center"

Mobile phone: +370 698 49757

E-mail: laimutis.paskevicius@medcentras.lt

Summary. Patients have the right to safe and quality health care (HC). They contact hospitals or other health care institutions (HCI) expecting help in restoring or strengthening health and do not expect to suffer any health damage or lose life. However, research shows that every tenth hospitalised patient suffers from adverse events (AE) resulting from shortcomings characteristic of a HC organisation or service provision.

More than half of AE could have been prevented provided systematic prevention measures had been implemented. The prevalence of AE and their damage to patients, HC organisations, the entire HC sector and national economies remains unacceptably high. Implementation of actions to improve patient safety (PS) and ensure the provision of safer patient care has become the most important HC challenge of the 21st century.

Notwithstanding the extensive international PS movement that has emerged during the last two decades and plenty of international and national initiatives aimed at improving PS, a substantial breakthrough in ensuring safe patient care still remains a goal to be achieved. The main cause of disappointment is failure to implement international and national level PS improvement initiatives at the local (health care organization and its departments) level. There is no managerial adaptation mechanism to customize international and national level PS practices thus adapting them for hospital needs, specifics and potential.

The article presents and substantiates the comprehensive management model of PS events (Model) for hospitals and other HC organisations to use as a basis in developing and implementing comprehensive systems for PS management with the aim of more effectively expanding the scope of safe practices and implementing prevention of PS events as well as improving their management. The proposed Model consists of three structural blocks the integrated interaction of which is aimed at ensuring: (a) identification of the best international and national PS practice and its implementation at hospitals; (b) creation of conditions necessary to develop safe practice with the aim of ensuring and improving PS at hospitals; (c) detection, evaluation and development of safe practice; (d) comprehensive prevention and management of unsafe practice at hospitals thus ensuring and improving PS and

contributing to the improvement of performance and achievement of the goals of the entire organisation.

The article discusses structure and functions of the Model, its integration with other activities within the organization, interaction with other institutions and organizations that participate in ensuring PS at hospitals, including problems related to its implementation at different hospitals.

Keywords: patient safety, patient safety events, adverse events, management of patient safety events, comprehensive management model of patient safety events, Safety I concept and Safety II concept.

Laimutis Paškevičius, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto lektorius, UAB „SK Impeks Medicinos diagnostikos centras“ direktorius, Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos prezidentas. Mokslinių interesų sritys: sveikatos priežiūros kokybė, pacientų sauga, sveikatos priežiūros vadyba.

Laimutis Paškevičius, Lecturer at Vilnius University Medical Faculty, Director at JSC "SK Impex Medical Diagnostic Center", President of Lithuanian Private Healthcare Institutions association. His research interests are focused on healthcare quality and patient safety, healthcare management.



ORGANIZACINIO KAPITALO TEORIJOS RAIŠKA ELEKTRONINĖS SVEIKATOS SRITYJE

Tomas Vedlūga

Mykolo Romerio universitetas
Ateities g. 20, LT-08303, Vilnius, Lietuva
Elektroninis paštas: tomas.vedluga@mruni.eu

Pateikta 2017 m. balandžio mėn. 30 d., parengta spausdinti 2018 m. vasario mėn. 6 d.
DOI:10.13165/SPV-18-1-10-02

Santrauka

Elektroninės sveikatos (toliau – e. sveikata) diegimas yra labai sudėtingas ir kompleksinis procesas sveikatos politikos įgyvendinimo prasme, reikalaujantis tiek organizacinių gebėjimų atitikti rinkos reikalavimus, tiek gerai valdomos vidinės komunikacijos, kuri vykdoma per organizacinį kapitalą (toliau – OK), tiek aukštos organizacinės kultūros ir filosofijos. Šis procesas reikalauja sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – SPI) organizacinių procesų pakeitimo, užtikrinant sveikatos informacijos valdymą ir naudojimą, siekiant pagerinti SPI veiklą.

Mokslininkai pabrėžia, kad SPI, turinčioms didelį organizacinį kapitalą, gali efektyviau skatinti e. sveikatos plėtrą, nuosekliai gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei didinant pasitikėjimo ir saugumo jausmą, gerinant individo galimybes labiau įsitraukti į sveikatos priežiūros sistemą. Nepaisant to, Lietuvoje yra labai skirtingi e. sveikatos pasiekimai SPI, todėl skirtingus e. sveikatos priežiūros rodiklių rezultatus linkę sieti su organizaciniu kapitalu. Organizacinio kapitalo dimensijos taikomos įvairioms socialinėmis aplinkybėmis analizuoti, todėl organizacinio kapitalo teorija tampa paradigma, kuria bandoma paaiškinti e. sveikatos nelygybę organizacijų lygmenyje.

Straipsnyje įvertinta organizacinio kapitalo teorijos raiška e. sveikatos lygmeniu, nustatyti ir išanalizuoti organizacinio kapitalo vertinimo indeksai e. sveikatos srityje ir sumodeliuota organizacinio kapitalo vertinimo schema.

Reikšminiai žodžiai: organizacinis kapitalas, elektroninė sveikata, indeksai.

Įvadas

Vartojant organizacinio kapitalo (*angl. organizational capital*) sąvoką, svarbu nepainioti jos su organizacijos kapitalo (*angl. organization's capital*) terminu. Mokslinėje literatūroje galima sutikti organizacijos intelektualio kapitalo sąvoką¹, tačiau šiuo atveju kalbama apie visą intelektinį kapitalą, kurio vienas iš elementų yra organizacinis kapitalas. Taigi, organizacinis kapitalas yra organizacijos viso intelektualio kapitalo sudedamoji dalis.

Organizacinis kapitalas yra organizaciniai gebėjimai, atitinkantys rinkos reikalavimus. Nuo šio kapitalo priklauso, kaip žmogiškasis kapitalas naudojamas informacinėse sistemose transformuojant informaciją². OK faktiškai yra organizacijos nuosavybė ir gali būti santykinai savarankiškas proceso objektas. Pasak Malmelin (2007 m.), OK yra nematomi įmonės aktyvai. Tai susiję su organizacijos valdymo stiliumi, rutinomis, procedūromis ir komunikacinėmis sistemomis. E. sveikatos įgyvendinimo sėkmė priklauso nuo gerai valdomos vidinės komunikacijos, o tai yra vykdoma per organizacinį kapitalą, kuris kuriamas SPI ilgus metus, pritaikant naujas, efektyvesnes procedūras, pašalinant senas, kurios užima daug laiko ir yra neefektyvios. Prie organizacinio kapitalo priskiriamas ir pasitikėjimas, kuris duoda didžiulę naudą sveikatos priežiūros įstaigoms. Darbuotojas, pasitikintis savo įstaiga, dirba žymiai efektyviau, perduoda pasitikėjimą savo pacientams ir klientams. Taip susiformuoja lojalumas, turintis įtakos organizacijos sėkmei tolimesniai vystymuisi³.

Kiti mokslininkai organizacinio kapitalo struktūrą išskiria kaip techninį ir struktūrinį elementus. Mokslinėje literatūroje techninė organizacinio kapitalo dalis mažiausiai aptarinėjama. Daugiausia akcentuojami praktiniai techninio kapitalo pavyzdžiai. Pabrėžiama, jog jis labai svarbus SPI ir jam yra priskiriama technologijos, įranga, duomenų bazės ir kitos reikalingos priemonės, skirtos organizacinio kapitalo lygiui organizacijoje palaikyti ir kelti. Struktūrinio elemento komponentai padeda suprasti paciento teikiamą vertę SPI. Taip pat padeda įvertinti, ar iš santykių su tam tikrais tiekėjais gaunama nauda ir koks tos naudos dydis, todėl čia labai svarbi ir reputacija (Frizens, 1997). Dar kai kurie mokslininkai (Huang ir Wu, 2010; Scandia, 1994; Agndal ir Nilsson, 2006) savo darbuose organizacinį kapitalą traktuoja kaip struktūrinio kapitalo sudedamąją dalį. Struktūrinį kapitalą skirsto į vartotojų ir organizacinį, o šį dar smulkina į inovacijas ir procesus⁴.

Galima teigti, kad daugelis mokslininkų pagrindinius organizacinio kapitalo elementus įvardija *procesus* (procesų kapitalą) ir *inovacijas* (inovacijų kapitalą). Straipsnyje toliau bus nagrinėjama e. sveikata organizacinio kapitalo kaip inovacijų ir proceso sistemos elementais.

1 Karalevičienė, J., Matuzevičiūtė, K. (2008). Organizacijos intelektualio kapitalo lygio tyrimas mūsų šalies pramonės įmonėse, *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, Nr. 3 (12), p. 133-140.

2 Tamošiūnaitė R., Dementjeva J., Reimeris R. (2012). Intelektinio kapitalo koncepcija, teorinė studija, AVADA.

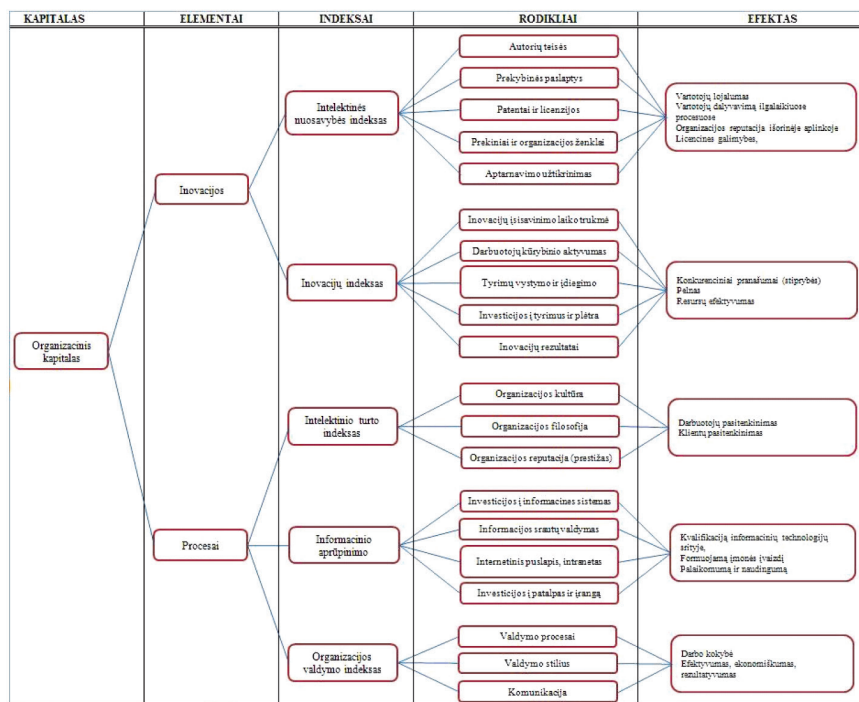
3 *Ibid.*

4 *Ibid.*

Organizacinio kapitalo vertinimo modeliavimas e. sveikatos kontekste

Atsižvelgiant į bendrąsias tendencijas, kad sveikatos priežiūros sektorius yra imlus informacijai ir dėl to didėja poreikis diegti informacines sistemas (toliau – IS) šioje srityje, todėl didėja ir tam reikalingų investicijų apimtys⁵. Organizacinio kapitalo įtraukimas į sveikatos IS diegimo procesus gali sumažinti tokių projektų žlugimo riziką ir žymiai prisidėti prie sėkmingos pokyčių vadybos tokių projektus įgyvendinančiose organizacijose – darbo procesų reorganizavimo SPI, siekiant įgyvendinti vieną iš pagrindinių e. sveikatos siekiamų tikslų – į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros sistemos sukūrimo bei sveikatos paslaugų kokybės didinimo.

Empirinių tyrimų, kurie analizuotų IS procesų inovacijas, labai trūksta, nes šiuo metu tiek akademikai, tiek praktikai vis dar mažai žino apie sėkmės ir nesėkmės veiksnius, siekiant efektyvių ir veiksmingų IS diegimo inovacijų sveikatos priežiūros sektoriuje.



1 pav. Organizacinio kapitalo vertinimo schema
Šaltinis: sudaryta autoriaus, 2014

5 Anderson, B., L. (1997). A theory of illusory lightness and transparency in monocular and binocular images, Perception.

Atsižvelgiant į pateiktus pagrindinius organizacinio kapitalo matavimo ir vertinimo rodiklius, tikslinga išskirti tuos, kurie geriausiai atspindėtų kriterijus diegiant e.sveikatą ir būtų išmatuojami. Organizacinį kapitalą siūloma apibūdinti inovacijų ir procesų rodikliais.

E. sveikatos vertinimas pagal organizacinio kapitalo procesus

Organizaciniai procesai reprezentuoja SPI orientavimąsi į veiklos aktyvumą per investicijas į tyrimus ir plėtrą, inovacijų įsisavinimo laiko trukmę, administracinių procesų ekonomiškumą ir produktyvumą, kokybę ir klaidų lygį⁶. Galima teigti, kad efektyvus procesų valdymas padeda SPI mažinti kokybės kaštus, kas įgalina didinti pajamas, reputaciją, užimamos rinkos dalį ir taip – konkurencingumo lygį (prof. R. Jasinavičius). Nagrinėjant procesus SPI diegiant e.sveikatą, būtina įvertinti investicijas į informacines technologijas, vidinių ir išorinių informacinių technologijų vartotojų pasiskirstymą, investicijas į patalpas ir ūrangā, investicijas rinkos tyrimams ir plėtrai, organizacijos internetinį puslapį, intranetą organizacijoje, organizacijos kultūrą, valdymo procesus, ūmonės reputaciją (prestūžā). Išvardyti rodikliai naudojami informacinio aprūpinimo, intelektinio turto ir ūmonės valdymo indeksams apskaičiuoti. Tokiu būdu gautas efektas rodo kvalifikaciją informacinių technologijų srityje, licencines galimybes, darbo kokybę ir formuojamā ūmonės ūvaisdū⁷.

E. sveikatos procesų vertinimas pagal intelektinio turto indeksą

Naujų informacijos ir komunikacijos technologijų (toliau – IKT) diegimas SPI darbe neišvengiamai keičia organizacijos kultūrą. Vadybos teorijoje organizacijos kultūra suprantama kaip tam tikras vadybos objektas, sustiprinantis organizacijos darbo efektyvumą ir jos konkurencingumą. Kryptingai ir sąmoningai kuriama vadovybės organizacijos kultūra išskiria ją iš kitų panašių organizacijų savo savitumu: vadybinio personalo, valdymo procesų organizavimo, vadybos darbo sąlygų, dokumentų sistemų tvarkymo ypatumais⁸. Organizacijos viduje susiklosto organizacijos narių kultūra, kurią apima darbuotojų pasitikėjimo, nuostatų, ūsitikinimū, vertybiū visuma, užtikrinanti keitimāsi patirtimi, laikymāsi tam tikrū normū ir taisykliū, daranti esminę ūtakā organizacijos nariū elgsenai (Ginevičius, Sūdūzius 2008). Organizacijos kultūra, pagal R. Ginevičiaus ir V. Sūdūziaus (2008), vertinama ūiais kriterijais:

6 Cheng, S. (2008). Board Size and the Variability of Corporate Performance, Journal of Financial Economics 87(1):157-176 .
7 Stankevičienė, A., Liučvaitienė, A. (2012) Intelektinio kapitalo vertinimo aspektai. Verslas: teorija ir praktika. Vilnius: Technika, Nr. 1, p. 93.
8 Štaras, K. (2011). Informacinių technologijų ūtaka sveikatos prieūziūros ūstaigos veiklos efektyvumui: analizė, vertinimas, veiksmingumas: Dr. disertacija (social. m.) - Mykolo Romerio universitetas, p. 48.

- pagal darbuotojų santykį su vertybių sistema ir teikiamais prioritetais tam tikriems jos elementams, veiklos sritims, metodams ir būdams;
- kaip veikia darbuotojų tarpusavio pasitikėjimą ir juos įtraukia į sprendimų priėmimą;
- pagal užtikrinamą darbuotojų saugumą ir jų elgseną pokyčių metu;
- kiek organizacijos kultūra savita ir kaip gali būti nuspėjama ir pamėgdžijama kitų organizacijų;
- pagal organizacijos narių bendravimo lygį ir ryšį su išore (partneriais, klientais, pacientais ir kt.).

Formuojant organizacijos kultūrą SPI e. sveikatos kontekste, apibrėžimą reikėtų formuluoti taip: e. sveikatos kultūra – tai sveikatos priežiūros įstaigos veiklos pertvarkymas atsižvelgiant į IKT teikiamas galimybes geriau aptarnauti pacientus, efektyvinti veiklą bei taupyti veiklos kaštus⁹. SPI organizacinės kultūros ypatumai atspindi tai, kas organizacijos viduje yra savaime suprantami reiškiniai, t.y. integruota ir suprantama tos organizacijos nariams, bet taip pat apima ir painiavą, neišmanymą, paradoksus ir fragmentaciją¹⁰. Taigi kuriant ir naudojant naujas informacinių komunikacijų technologijas SPI, atsiranda daug svarbių veiksmų, nes naujųjų technologijų paskatinti organizaciniai pokyčiai neretai pradeda kvestionuoti projekte dalyvaujančių SPI jau egzistuojančią organizacinę kultūrą bei struktūrą. Be to, ryšiai tarp struktūros ir kultūros, kaip tam tikrą įvairių grupių ir individų prasmų sistemą įtvirtinančių dalykų visuma, taip pat nuolat keičiasi, todėl kontekstas taip pat turi būti suprantamas kaip dinaminis, nuolatinio kitimo procesas. Tačiau kiti vadybos mokymo lyderiai kaip R.Charan įspėja, kad sveikatos priežiūros įstaigoje kultūros pokyčiai privalo būti gerai apgalvoti, nes ilgai besitęsiantys pokyčiai nemotyvuoja darbuotojų ir dažniausiai, kaip nebūtų keista, organizacijos tobulėjimo mokosi iš savo patyrimo.

E. sveikatos procesų vertinimas pagal administracinę naštą piliečiams ir darbuotojams

Kuriant e.sveikatą SPI pirmenybė turėtų būti teikiama tokiai informacinei sistemai, kuri galėtų pagerinti teikiamas paslaugas ir mažintų piliečių administracinę naštą. Daugelyje mokslinių tyrimų rodiklis „administracinės naštos sumažinimas“ yra įvertintas kaip labiausiai piliečių pageidaujamas ir norimas¹¹. Administracinę naštą sudarantis laikas ir administracinę naštą sudarančios asmeninės finansinės išlaidos yra reikšmingi rodikliai ir sveikatos administra-

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Constantinides E.(2006). The Marketing Mix Revisited: Towards the 21st Century Marketing, *Journal of Marketing Management*, vol. 22, nr 3 -4, p. 407.

¹¹ Verdehem P, Hauttekeete L. (2007) User centered e-government measuring user satisfaction of online public services. *Proceedings of the IADIS International Conference e-Society 2007*.p. 71.

vimo sistemos procese. Svarbu, kad diegiant e.sveikatą SPI, pagrindinę naudą pajustų pacientai.

Kaip teigia gydytojai, 60–70 % vizitui skirto laiko tenka dokumentų pildymui: ligos istorijos, siuntimų, atsakymų, išrašų rašymui, susipažinimui su paciento ligos istorija, anksčiau darytų įrašų bei paciento iš kitų gydymo įstaigų atsineštų atsakymų analizei. Tyrimo duomenimis, įprasta konsultacija vidutiniškai trunka: bendrosios praktikos gydytojo – 15 min., specialisto – 10–15 min., iš kurių apie 10 min. gydytojas skiria įrašams daryti, o pacientui apžiūrėti – 5 min., per kurias turi jį išklaudyti, atlikti apžiūrą bei nustatyti pirminę diagnozę.

E. sveikata padėtų sutaupyti apie 30% gydytojo laiko, t. y. apie 3 minutes kiekvieno vizito metu, kas lems apie 352 sutaupytas valandas vienam gydytojui per metus. Įvertinant 3 min. ekonomiją gaunamas ryškus laiko ir finansų taupymo rezultatas. Palengvės paciento peržiūra bei informacijos analizė, bus išspręsta neįskaitomo rašto problema, kai gydytojas sugaišta daug laiko informacijai rinkti bei šifruoti. Tai taupys gydytojo laiką, kurį jis galėtų skirti pacientui, taip pat mažins klaidų tikimybę. Kitaip tariant, kiek gydytojas sutaupo laiko, tiek jo gali papildomai skirti pacientui ir pagerėjusi gydymo kokybė yra tiesiogiai naudinga pacientui. Įdiegus IRT bus atsisakoma išrašomų popierinių formų, kurių per metus SPI vidutiniškai sunaudoja apie 1400 000 vienetų. Atsisakius popierinių ambulatorinių kortelių, bus sutaupomas įstaigos plotas.

Lietuvos Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – SAM) duomenimis galima sumažinti net iki 50% kai kurių tyrimų (pvz. kardiogramų) pasikartojimo. Atsižvelgiant į tai, kad vidutinė kardiogramos savikaina – 5 Lt ir vidutiniškai viena SPI per dieną padaro 15 kardiogramų, gaunama 21100 Lt ekonomija SPI mastu per metus vien kardiogramų srityje. Vienas dažniausiai atliekamų tyrimų – rentgeno nuotrauka pacientui kainuoja 16–20 Lt. Atsižvelgiant į tai, kad per dieną viena SPI vidutiniškai padaro apie 120 nuotraukų, jos pacientai sutaupo iki 28000 Lt per metus. Padidėjus galimybei anksčiau diagnozuoti ligas, tikėtina, kad sutrumpės ir paciento gydymo ciklas, o išimtiniais atvejais gali būti išgelbėta ir paciento gyvybė. Sutrumpėjęs gydymo ciklas taip pat duos finansinės naudos. Taip pat bus galima mažinti darbuotojų etatus, kurie irgi prisidės prie finansų taupymo.

E. sveikatos procesų vertinimas pagal informacinio aprūpinimo indeksą

Mokslininkai G. D. Swash (1997), D. A. Marchand (2002), D. Chaffey (2005), S.Wood (2005), tirdami praktinio informacijos vadybos koncepcijų taikymo sveikatos priežiūros įstaigose svarbą ir reikšmingumą, pabrėžia efektyvų išorinių ir vidinių informacijos srautų valdymą, informacijos vadybos sistemų bei tinklų kūrimą ir tobulinimą. Vienas svarbiausių informacinio aprūpinimo indekso rodiklių yra informacijos srautų valdymas. Informacijos srautų valdymas gali būti apibrėžiamas komunikacijų charakteristikomis, kurios turi būti pasto-

vios ir garantuotos kiekvienam individualiam vartojimui. Srautų valdymas paprastai yra apibūdinamas tiesiogiai išmatuojamų parametru forma (vėlinimas, perdavimo vėlinimo svyravimas (fluktuacijos), nuostoliai).

Dėl didelių pacientų, siuntimų, atsakymų srautų ir darbo dideliais informacijos kiekiais e. sveikatos paslaugos gali duoti teigiamą efektą srautų (duomenų) valdymui sveikatos priežiūros sistemoje. Hospitalizuojant ligonius jose generuojami dideli informacijos srautai, įskaitant vaizdus ir signalus, kaupiama informacija apie sudėtingus ir retus patologijų atvejus. E. sveikatos priemonės leidžia sistemškai kaupti šią informaciją, daryti ją prieinamą kitoms pacientui paslaugas teikiančioms institucijoms ir panaudoti klinikinių sprendimų palaikymui bei žinių bazei kaupti.

Ypač svarbus duomenų perdavimas yra tarp visų lygių paslaugų sričių: siuntimų pas specialistus ir tyrimams priėmimo ir atsakymų apsikeitimas su pirminiu lygiu bei atitinkamas apsikeitimas su antriniu ir tretiniu lygiais. Tam svarbu standartų pagrindu integruoti turimas IS su nacionaline sistema, sudarant sąlygas pacientui laisvai rinktis paslaugų teikėjus. Tai galėtų pagerinti sveikatos priežiūros informacijos srautų kokybę suteikiant galimybę palyginti skirtingus paslaugos teikėjus, įtraukiant vartotojus kaip papildomą kokybės užtikrinimą bei nukreipiant pacientų srautus pas geriausios kokybės paslaugų teikėjus. Viena iš e. sveikatos perspektyvų yra padidinti sveikatos apsaugos efektyvumą, kartu sumažinant išlaidas. Galimas būdas yra vengti pasikartojančių ir nebūtinų diagnostinių ar terapinių intervencijų, pagerėjus informacijos valdymui tarp sveikatos priežiūros įstaigų, įtraukiant į tai pacientą.

E. sveikatos sprendimų įgyvendinimas suteikia papildomų galimybių geriau aptarnauti pacientus ir daro įstaigos veiklą efektyvesnę ir skaidresnę.

E. sveikatos procesų vertinimas pagal organizacinio valdymo indeksą

E. sveikatos kontekste organizacijos valdymo indeksas susideda iš procesų valdymo, valdymo procesų, valdymo stiliaus ir komunikacijos rodiklių. E. sveikatos sistemoms nuo pat jų kūrimo pradžios buvo ir išlieka labai aktuali standartizavimo problema, nes didelė nauda iš e. sveikatos yra gaunama tik tada, kai kuriamos ir diegiamos IS suderinamos technologiniu lygmeniu ir įstaigų veiklos procesai bei valdymas yra standartizuoti¹². E. sveikatos sistemos suderinamumą galima skirstyti į lygmenis:

- semantinį (terminų, sąvokų, informacijos modelių);
- duomenų (įrašų, dokumentų);
- technologinį (duomenų bazių, protokolų ir pan.);
- procesų (valdymas, stilius, komunikacija).

12 Štaras, K. (2011). Informacinių technologijų įtaka sveikatos priežiūros įstaigos veiklos efektyvumui: analizė, vertinimas, veiksmingumas: Dr. disertacija (social. m.) - Mykolo Romerio universitetas, p. 48.

Vertinant e. sveikatos sistemos standartizavimą reiktų remtis suderinamumo, rinkos veiksmingumo ir paslaugų valdymo rodikliais. Suderinamumas užtikrina informacijos komunikaciją tarp įvairių sveikatos priežiūros organizacijų, rinkos veiksmingumas padeda visiems dalyviams geriau suprasti vieniems kitus naudojant bendrą techninį pagrindą ir terminologiją kuriant, įsigyjant ir įdiegiant e. sveikatos programas ir vienodas procesų valdymas skirtas bendram e. sveikatos paslaugų valdymui. E. sveikatos standartizacijos klausimas yra be galo svarbus, tačiau sunkiai įgyvendinamas uždavinys dėl skirtumų, kuriuos lemia skirtinga API kultūra, supratimas, gydymo metodika, informacinė infrastruktūra ir procesų valdymas.

E. sveikatos vertinimas pagal organizacinio kapitalo inovacijos

Inovacija – tai sėkmingas naujų technologijų, idėjų ir metodų komercinis pritaikymas, pateikiant rinkai naujus arba tobulinant jau esamus produktus ir procesus (EBPO, Inovacijų versle programa, 2007). Analizuojant inovacijas SPI, vertinami prekės ženklai, patentai, licenzijos, frančizės, autorių teisės, prekybos paslaptys. Šie rodikliai reikalingi inovacijų bei intelektinės nuosavybės indeksams apskaičiuoti. Gautas efektas rodo vartotojų pasitenkinimą, lojalumą, dalyvavimą ilgalaikiuose procesuose, organizacijos reputaciją išorinėje aplinkoje.

Kalbant apie SPI inovacijos sąvokų interpretavimą ir apibūdinimą, būtina pabrėžti, kad, anot J.Schumpeter (1998), e. sveikatos inovacija yra daugiau ekonominis, nei technologinis reiškinys. Koks bebūtų technologinis atradimas, jis nebus laikomas inovacija, jei nelems ekonomikos ar gryno pelno didėjimo sveikatos priežiūros įstaigose. Inovacija veikia dvi dedamąsias: naujas žinias ir technologinį pritaikymą. Vertinant inovacijas dominuoja nuostata, kad SPI plėtojant inovacijas, žinių naujumas turi pasireikšti bent jau organizacijos lygmenyje. Mustonen-Ollila ir Lyytinenas (2003) daro išvadą, kad e. sveikatos procesų inovacijos turi apimti ne tik technologinius vystomos veiklos aspektus, kaip, pavyzdžiui, naujosios programinės įrangos ar operacinių sistemų naudojimo įsisavinimas, bet ir organizacines ar administracines inovacijas, kaip, pavyzdžiui, naujus projektų vadybos ar darbo organizavimo metodus ir pan. Taigi dabartinis požiūris į organizacinius pokyčius, ypač aiškinant empirinių tyrimų, kurie analizuoja IT naudojimą organizacijose, duomenis, dabar labiau pradėjo pabrėžti organizacinį ir žmogiškąjį komponentus nei technologinį aspektą¹³. Į e. sveikatos inovaciją siūloma pažvelgti kaip į procesą, reikalaujantį plataus spektro organizacinių pokyčių, o svarbiausia – reikalaujantį įtraukti plataus spektro suinteresuotąsias puses, – pirmiausia, kuriamų sveikatos informacijos sistemų galutinius naudotojus – įvairių sričių ir lygių medikus, vadybininkus, administratorius,

13 Boudreau, M. C., Robey, D. (2005). Enacting Integrated Information Technology: A Human Agency Perspective. *Organization Science*, January-February, Vol. 16, No. 1, 318.

IT specialistus, ekonomistus ir kt., t. y. visus dirbančius sveikatos priežiūros sektoriuje, nes tik nuo jų sutarimo dėl pokyčių ir išsipareigojimų juos įgyvendinti priklauso inovacijų sveikatos priežiūroje diegimas bei tų pokyčių tvara, turi labai daug įtakos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei.

E. sveikatos inovacijų vertinimas pagal suinteresuotųjų pusių įtraukimą

E. sveikatos srities profesinių žinių ir gebėjimų trūkumas taip pat nustatytas kaip vienas iš šios srities pažangą stabdančių veiksnių¹⁴. Šie trukdžiai atsiranda dėl e. sveikatos sistemos dalyvių skirtingo sistemos suvokimo ir keitimosi informacija ribotumų¹⁵. Be to, e. sveikata vertintina kaip sveikatos sistemos valdymo inovacija, todėl susiduriama ir su įvairiomis organizacinio kapitalo problemomis, kurios būdingos diegiant naujoves. Yra mokslinių įrodymų, kad suinteresuotųjų pusių įtraukimas turi potencialo prisidėti prie efektyvesnio inovatyvių e. sveikatos priemonių diegimo, nes inovacijų ir pokyčių tvarumas priklauso nuo sugebėjimo diskutuoti dėl interesų ir prieštarų poreikių bei susitarti dėl organizacijos veiklos keitimų¹⁶.

Sudėtingą suinteresuotųjų pusių įsiliejimą į e. sveikatos kūrimą ir diegimą įrodo praktikoje paplitę atvejai, kai patys sveikatos priežiūros darbuotojai, tokie kaip gydytojai ir pan., dažnai skeptiškai vertina e. sveikatos naujoves, teigdami, kad pacientams nauda neaiški, o jiems patiems daugiau trukdžių nei paramos¹⁷. Pacientai drauge su sveikatos priežiūros darbuotojais dažnai yra periferiniai sistemų naudotojai, kurie yra izoliuojami nuo paties sistemos kūrimo ir diegimo. Tai nulemia mažą naujų sistemų patogumo laipsnį, taip pat mažina sistemų naudojimą ir paplitimą. Kartu ima reikštis sudėtingos ir daugiadimensinės sistemos koordinavimo problemos, nepatenkinamas suinteresuotųjų informuotumo laipsnis bei menka įtrauktis.

E. sveikatos inovacijų vertinimas pagal intelektinės nuosavybės indeksą

Kadangi žinios ir naujos technologijos žinių ekonomikoje yra išteklius ir produktas, tai įgyvendinant e. sveikatos projektus be intelektinės nuosavybės

14 Pitrenaitė-Žilėnienė, B., Mikulskienė, B. (2014). Proceedings of the 8th European Conference on Information Management and Evaluation, ECIME 2014. Academic Conferences and Publishing International Limited, p. 385

15 King, G.; O'Donnell, C.; Boddy, D.; Smith, F.; Heaney, D.; Mair, F. S. 2012. Boundaries and e-health implementation in health and social care. BMC Medical Informatics and Decision Making. 12 (100): 1-11.

16 Doolin, B. (2004). Power and resistance in the implementation of a medical management information system. Info Systems J, 14, p. 343-362.

17 Pitrenaitė-Žilėnienė, B., Mikulskienė, B. (2014). Proceedings of the 8th European Conference on Information Management and Evaluation, ECIME 2014. Academic Conferences and Publishing International Limited, p. 385.

režimo sukurtų santykių neįmanoma. Intelektinė nuosavybė, kaip žinių ekonomikos veiksnys, vaidina reikšmingą vaidmenį e. sveikatos plėtrai. Inovacijos įgalina SPI ir valdžios institucijas pereiti nuo paprasto informacinių ir telekomunikacinių technologijų taikymo prie kompleksinių elektroninių sprendimų. Intelektinės nuosavybės režimas nustato galimas procedūras įsigyti ir naudoti reikiamas žinias ir technologijas bei sukuria socialinių ryšių tinklą, įtraukiantį SPI ir valdžios įstaigas. Svarbu pastebėti, jog tiek e. sveikatos diegimas ir modernizavimas, tiek plėtra reikalauja itin glaudaus šių sričių bendradarbiavimo su joms reikalingų žinių kūrėjais. Taip yra todėl, jog elektroninės erdvės technologiniai sprendimai turi būti individualizuoti ir atitikti specifinius SPI valdymo poreikius bei pacientų lūkesčius¹⁸. Intelektinės nuosavybės svarba e. sveikatos srityse kelia reikalavimus ne tik užtikrinti tinkamą tokios nuosavybės apsaugą, bet ir skatinti jos kūrimą ir naudojimą SPI.

E. sveikatos inovacijų vertinimas pagal inovacijų indeksą

E. sveikata yra kompleksinė inovacija, kuri turi būti priimta tiek pacientų, tiek ir sveikatos sektoriaus darbuotojų, taip pat integruota organizaciniuose ir tarporganizaciniuose darbo organizavimo procesuose. Šis procesas mikrolygiu (angl. *micro-level*) yra stipriai veikiamas fizinių technologijų ypatybių, individų nuostatų ir nuogastavimų bei tarpasmeninės įtakos; viduriniu lygmeniu (angl. *meso-level*) – organizacijos atminties, pasiruošimo ir įvairių diegimo proceso aspektų; makrolygmeniu (angl. *macro-level*) – institucinių ir sociopolitinių jėgų (angl. *ibid.*).

SPI yra charakterizuojamos kaip pakankamai decentralizuotos, o pasiruošimas inovacijų diegimo procesui, kuris reikalauja darbo organizavimo pokyčių, paprastai turėtų būti plačios apimties, nes tokioms SPI yra būdingas labai aiškus pasidalijimas į kolegialių tipų darbuotojų grupes. Taip pat SPI yra charakterizuojamos kaip turinčios labai stiprius horizontalius ryšius, todėl pokyčiai turi būti skatinami iš apačios į viršų, o ne tik taikant iš viršaus į apačią formalią įsakymų įtaką¹⁹.

Apibendrinus esamą mokslinę literatūrą, galima teigti, kad atsiranda vis naujesnių, empiriniais duomenimis paremtų mokslinių įrodymų, kad suinteresuotųjų pusių įtraukimas (ypač būsimų informacinių sistemų naudotojų) į e. sveikatos inovaciją yra kritiškai svarbus veiksnys siekiant kokybės bei darbo organizavimo pokyčių tvaros šiame procese.

18 Information Technology, Research, Innovation and E. Government. Washington DC: National Academy Press, 2002.

19 Dickinson, H., Ham, C. (2008) Engaging doctors in leadership: review of the literature NHS Institute for Innovation and Improvement / Health Services Management Centre, Coventry. p.12.

Apibendrinimas

Ilgą laiką informacinių sistemų tyrimuose dominavusią techninę / funkcionalinę paradigmą pradėjo keisti evoliuciniai ir organizacinių pokyčių tyrimų modeliai, kurie pabrėžia socialinio mokymosi ir organizacinių pokyčių valdymo svarbą tokiuose procesuose (pvz.: Hirschheim ir Klein, 1989; Lyytinen ir Hirschheim, 1987, Scholl, 2004 tekste), kai IS kūrėjai ir tyrinėtojai didesnę dėmesį turi skirti IS kūrimo proceso kokybei, o sukurtos IS tenkintų ne tik pirminius informacijos valdymo techninius reikalavimus, bet taip pat atsižvelgtų į organizacijos sandaros bei funkcijų aspektus, kurie galimai gali daryti įtakos būsimų IS naudotojų darbo aplinkai²⁰. Anot Scholl'o (2004). Pagrindinė su informacinėmis technologijomis susijusių pokyčių projektų problema dažniausiai yra ta, kad labai akcentuojami techniniai ir ekonominiai aspektai, o organizaciniai ir socialiniai poveikio aspektai dažnai pamirštami, t. y. techninis IT komponentų validumas užgožia labai svarbius specifinius kontekstinius socialius ir organizacinius aspektus²¹.

Nagrinėjant procesus SPI, būtina įvertinti investicijas į informacines technologijas, vidinių ir išorinių informacinių technologijų vartotojų pasiskirstymą, investicijas į patalpas ir įrangą, investicijas rinkos tyrimams ir plėtrai, organizacijos internetinį puslapį, intranetą organizacijoje, organizacijos kultūrą, valdymo procesus, įmonės reputaciją (prestižą). Išvardyti rodikliai naudojami informacinio aprūpinimo, intelektinio turto ir įmonės valdymo indeksams apskaičiuoti. Tokiu būdu gautas efektas rodo kvalifikaciją informacinių technologijų srityje, licencines galimybes, darbo kokybę ir formuojamą įmonės įvaizdį. Analizuojant inovacijas organizacijose, vertinami organizacijos ženklai, prekės ženklai, patentai, licencijos, frančizės, autorių teisės, prekybos paslaptys. Šie rodikliai reikalingi inovacijų bei intelektinės nuosavybės indeksams apskaičiuoti. Gautas efektas rodo vartotojų patenkinimą, vartotojų lojalumą, vartotojų dalyvavimą ilgalaikiuose procesuose, organizacijos reputaciją išorinėje aplinkoje. Tačiau pateiktas kriterijų ir rodiklių sąrašas tikrai nėra išsamus, nepakankamai atspindi visus galimus ryšius, todėl nebūtinai visos schemos dalys gali būti pritaikytos visoms SPI. Pateikta organizacinio kapitalo schema gali būti tikslingai papildyta, atsižvelgiant į tiriamo objekto specifiką.

Išvados

Apibendrinus esamą mokslinę literatūrą, galima teigti, kad atsiranda vis naujesnių, empiriniais duomenimis paremtų mokslinių įrodymų, kad suinteresuotų pusių įtraukimas į e. sveikatos plėtros procesą yra kritiškai svarbus veiksnys

20 Joshi, K., Rai, A. (2000) Impact of the quality of information products on information system users' job satisfaction: an empirical investigation. p. 16

21 Newman M., Robey D. (1992) A social process Model of User-Analyst Relationships. *Mis Quarterly* Vol. 16, No. 2, p. 249.

nys siekiant kokybės, inovacijų, proceso bei darbo organizavimo pokyčių tvaros šiame procese.

Straipsnių, kurie nagrinėja organizacinio kapitalo įtaką informacijos ir komunikacijos technologijų diegimo plėtros procesuose, daugėja, tačiau jų dalis bendrame mokslinių tyrimų, kurie analizuoja socialinius informacijos ir komunikacijos technologijų diegimo aspektus, kontekste dar labai mažai. Organizacinis kapitalas apima inovacijas ir procesus, kurie susiję su organizacijos valdymo stiliumi, komunikacinėmis sistemomis, rutinomis ir procedūromis bei pan.. Jie itin svarbūs įgyvendinant e. sveikatos projektus sveikatos priežiūros įstaigose, nes tai yra kompleksinė inovacija, kuri turi būti priimta tiek pacientų, tiek ir sveikatos sektoriaus darbuotojų, taip pat integruota organizaciniuose ir tarporganizaciniuose darbo organizavimo procesuose.

Literatūra

1. Anderson B. L. (1997). A theory of illusory lightness and transparency in monocular and binocular images, *Perception* No. 26, 419.
2. Al-Dujaili M. A. A. (2012). Influence of Intellectual Capital in the Organizational Innovation, *International Journal of Innovation, Management and Technology*, Vol. 3, No. 2.
3. Amiri A. N. ir kt. (2011). An Investigation to the Impact of Intellectual Capital on Organizational Innovation, *European Journal of Scientific Research*, Vol.64 No.3.
4. Bate, P. (2000). Changing the culture of a hospital: from hierarchy to networked community, *Public Administration*, Issue 78, p. 485-512.
5. Boonstra, A.; van Offenbeek, M. (2010). Towards consistent models of e-Health implementation: structural analysis of a telecare programme's limited success, *Information Systems Journal*. 20(6): 537-561.
6. Boudreau, M. C., Robey, D. (2005). Enacting Integrated Information Technology: A Human Agency Perspective, *Organization Science*, January-February, Vol. 16, No. 1, 318.
7. Buchananm, D. A., Fitzgeraldm, L., Kettleym, D. (ed.). (2007). *The Sustainability and Spread of Organizational Change*, Routledge, p. 303.
8. Buschor, E. (2013). Performance Management in the public sector: Past, current and future trends, *Tékhnė*. 11(1): 4-9.
9. Butler, T., Murphym, C. (2007). Understanding the design of information technologies for knowledge management in organizations: a pragmatic perspective, *Info Systems J.* 2007, 17, 143-163.
10. Caroli, Eve and John Van Reenen (2001). "Skill-Biased Organizational Change? Evidence from a Panel of British and French Establishments," *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 116, pp 1449-1492.

11. Carruthers, I. (2007). Service improvement: quality assurance of major changes to service provision, Department of Health, London.
12. Chang, H. H. (2006). Technical and management perceptions of enterprise information system importance, Implementation and benefits *Information Systems Journal*, 2006, Volume 16, Issue 3, p. 263–292.
13. Cheng S. (2008). Board Size and the Variability of Corporate Performance, *Journal of Financial Economics* 87(1):157-176.
14. Cho, S., Mathiassen, L., Robey, D. (2007). Dialectics of resilience: a multi-level analysis of a telehealth innovation. *Journal of Information Technology*, Vol. 22, 24–35.
15. Davidson E. A. (2006). Technological Frames Perspective on Information Technology and Organizational Change, *The Journal of Applied Behavioral Science*. Vol. 42, No. 1.
16. Doolin, B. (2004). Power and resistance in the implementation of a medical management information system, *Info Systems J*, 14, p. 343–362.
17. Exton, R., Totterdill, P. (2009). Workplace innovation: bridging knowledge and practice, *AI Soc.* 23(1): 3–15.
18. Ferlie, E. B., Shortell, S. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change, *Milbank Quarterly*, 79, p. 281–315.
19. Goodwin, N., Perri, T., Peck, E., Freeman, T., Posaner, S. (2004). *Managing Across Diverse Networks of Care: Lessons from Other Sectors*, Report to the NCCSDO, London: NCCSDO.
20. Greenhalgh, T., et al. (2008). Introduction of shared electronic records: multi-site case study using diffusion of innovation theory. *BMJ* 2008; 337 (7677): 1040–1044.
21. Hellström A., Peterson J. (2006). Adopting Process Management – the Importance of Recognizing the Organizational Transformation, *Asian Journal on Quality*, Vol. 7 (1), p. 20–34.
22. Hill, P. (2007). Making it personal: the challenge of multi-agency care, *British Journal of Healthcare Computing & Information Management*. 24 (2): 13–15.
23. Hussenot A., Missonier S. (2006). A deeper understanding of evolution of the role of the object in organizational process: The concept of “mediation object”, *Journal of Organizational Change Management*, Vol. 23 (3) p. 269 – 286.
24. Yehuda Baruch and Nelson Ramalho (2006). Communalities and Distinctions in the Measurement of Organizational Performance and Effectiveness Across For-Profit and Nonprofit Sectors Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly, vol. 35, 1: pp. 39–65.
25. Yin, R.K. (2009). *Case Study Research. Design and Methods*. SAGE Publications.

26. Jankauskienė, D. (2010). The impact of financial and economic crisis on health care sector in Lithuania, *Baltic Public Health Conference 2010 – Accomplishments and Challenges: 23–25 September 2010 / University of Tartu*. Tartu: University of Tartu, P-1.
27. Jasulaitis, A.; Plenta, J.; Justickis, V.; Plentienė, J. (2012). Sveikatos apsaugos įstaigos darbuotojų pasipriešinimo inovacijoms motyvai. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(4): 272–295.
28. John L. Cordery, Edward Cripps, Cristina B. Gibson, Christine Soo, Bradley L. Kirkman, and John E. Mathieu (2014). The Operational Impact of Organizational Communities of Practice: A Bayesian Approach to Analyzing Organizational Change, *Journal of Management*.
29. Joshi K., Rai A. (2000). Impact of the quality of information products on information system users job satisfaction: an empirical investigation. p. 16.
30. Juodaitė Račkauskienė A. (2008). Medicinos personalo ir pacientų pasiruošimas informacinių sistemų diegimui ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, *Biomedicinos mokslai, Visuomenės sveikata*.
31. King, G.; O'Donnell, C.; Boddy, D.; Smith, F.; Heaney, D.; Mair, F. S. (2012). Boundaries and e-health implementation in health and social care. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 12 (100), p. 1–11.
32. Mačerinskienė I., Vasiliauskaitė J. (2007). The Model of Evaluation of the Impact of Corporate Social Capital on the Operation of Enterprise. *Engineering Economics*, 4 (54), p. 53 –60.
33. Markus M.L. (2004). Technochange management: using IT to drive organizational change, *Journal of Information Technology* Vol. 19, 4.
34. Marsden, C. et al. (2005). Implementing an electronic patient record for Leicestershire's therapists working in the community: 2002–2005. *British Journal of Healthcare Computing and Information Management*. 22 (5), p. 20–22.
35. Mendelson, H. (2000): “Organizational Architecture and Success in the Information Technology Industry”, *Management Science*, vol. 46, p. 513–529.
36. Naujickienė, R. (2011). Indicators Influencing the Usability of Public E-services. *Social technologies'11. ICT for social transformations: Conference Proceedings*. Vilnius: Mykolas Romeris universitetas, p. 106–107.
37. Newman M., Robey D. (1992) A social process Model of User-Analyst Relationships. *Mis Quarterly* Vol. 16, No. 2, p. 249.
38. Orlikowski, W. and Iacono (2002). Knowing in Practice: Enacting a Collective Capability in Distributed Organizing. *Organization Science*, 13, 4, 2002, p. 249–273.
39. Pauliukevičiūtė A., Raipa A. (2010). Kultūros valdymo socialinis poveikis // *Socialinis darbas*. Nr.9 (1), p. 34–25.

40. Pitrenaitė – Žilenienė, B. & Mikulskienė, B.(2014) Proceedings of the 8th European Conference on Information Management and Evaluation, ECIME 2014, Academic Conferences and Publishing International Limited, p. 385.
41. Reimara Valk, Marloes L. van Engen, and Mandy van der Velde (2014). International Careers and Career Success of Indian Women in Science and Technology: The Importance of Career Capital and Organizational Capital, vol. 1, p. 175 – 205.
42. Scott, J., Kaiser, T. (2005). Permanente's experience of implementing an electronic medical record: a qualitative study. *BMJ* 2005; 331 (7528), p. 1313-1316.
43. Sisayė S., Birnberg J. G. (2010). Organizational development and transformational learning approaches in process innovations: A review of the implications to the management accounting literature, *Review of Accounting and Finance*, Vol. 9 (4), p. 337-362.
44. Stankevičienė A., Liučvaitienė A. (2012). Intelektinio kapitalo vertinimo aspektai, *Verslas: teorija ir praktika*. Vilnius: Technika, Nr. 1, p. 93.
45. Stephen A. Rains (2008). Health at High Speed: Broadband Internet Access, Health Communication, and the Digital Divide Volume 35 Number 3, p. 283-297.
46. Štaras K. (2011). Informacinių technologijų įtaka sveikatos priežiūros įstaiigos veiklos efektyvumui: analizė, vertinimas, veiksmingumas: Dr. disert. (social. m.) - Mykolo Romerio universitetas, p. 48.
47. Štaras, K.; Mačiulienė, M.; Stokaitė, V. (2013). Informacinių ir komunikacinių technologijų įtaka sveikatos priežiūros paslaugų teikimui. *Sveikatos politika ir valdymas*. 1(5), p. 148–166.
48. Tamošiūnaitė R., Dementjeva J., Reimeris R. (2012). Intelektinio kapitalo koncepcija, teorinė studija, AVADA.
49. Vasiliauskaitė J. (2007). Įmonės socialinio kapitalo įtakos įmonės veiklai vertinimo modelis (rankraštis): daktaro disertacijos santrauka: socialiniai mokslai, ekonomika (04 S), Kaunas: Kauno technologijos universitetas.
50. Verdehem P., Hauttekeete L. (2007) User centered e-government measuring user satisfaction of online public services, Proceedings of the IADIS International Conference e-Society, p. 71.

ORGANIZATIONAL CAPITAL THEORY EXPRESSION OF ELECTRONIC HEALTH

Tomas Vedlūga

Mykolas Romeris University, Vilnius, Lithuania

***Summary.** Implementation of e-health is a very difficult and complex process in terms of health policy that requires both organizational ability to meet market requirements and well-managed internal communication, which is carried out through organizational capital and high organizational culture and philosophy. This process requires a change in the organizational processes of health care institutions, ensuring the management and use of health information in order to improve the functioning of health care institutions.*

Scientists emphasize that health care institutions, with a high organizational capital can effectively promote the development of e-health, by consistently improving the quality of healthcare services and increasing the confidence and sense of security by enhancing the individual's ability to become more involved in the health care system. Nevertheless, in Lithuania, the progress of health care institutions in the field of e-health varies significantly, therefore, different tendencies of e-health care indicators tend to be related to organizational capital. Organizational capital covering the various dimensions of social context analysis, and organizational capital theory is a paradigm that attempts to explain the e-health inequalities at the level of organizations.

This paper has evaluated the organizational capital theory expression of the e-health level, to identify and analyze organizational capital assessment indices in the field of e-health and modeled organizational capital assessment scheme.

Keywords: *organizational capital, electronic health, index, indicator.*

Tomas Vedlūga. Mykolas Romeris University, PhD student of Health Research Laboratory.



ISSN 2029-3569 PRINT
ISSN 2029-9001 ONLINE
SVEIKATOS POLITIKA IR VALDYMAS
HEALTH POLICY AND MANAGEMENT
2017, 1(10) p. 60–82

REABILITACIJOS POLITIKOS LIETUVOJE IR JUNG TINĖJE KARALYSTĖJE Palyginimas

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 panašumų, 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 šalies 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 sanatorių 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-benefits 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, žmoniškųjų išteklių svarbą bei reabilitacijos politikos modelio privalumus bei trūkumus.

Kalbant apie kertinius reabilitacijos principus, neabejotinai svarbus vaidmuo tenka teisiniams 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, ligonių 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 į 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 skiriamas 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 atsako 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 renka 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 naudojami. 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 gerą 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 įsitraukia 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 manipuliuoti 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 sukurtoje 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 sukurto 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 žmogiškųjų 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 apsiikeitimas 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 neskubiai 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 pradama 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 dubliavimas. 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, multidisciplininį 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 apsikaitimo greitumą. Žinoma, šioje kategorijoje šios šalys aptaria ir tas pačias subkategorijas tik kitais aspektais. Štai Lietuvos respondentai pasisakydami apie sprendimų priėmimą nuskaito 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 nuskaito 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 vietoje, 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 kryptį formavimuisi, šalies reabilitacinė sistema atsižvelgia į visuomenės požiūriu kaitą, inovacijų atsiradimą, dėl šių veiksnių 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.

- 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 apsiikeitimo greitį.

Rekomendacijos SAM:

- 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 bazinės kainas padidinti palaipsniui bent 10 proc.
- 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.
- 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.
- Palaipsniui didinti reabilitacijos kvotų skaičių pagal pacientų srautus stacionaruose ir pacientų funkcinę būklę.
- Peržiūrėti pirmo etapo reabilitacijos paslaugų kainą. Ji galėtų sudaryti 3–4 proc. lovdienio kainos lėšų. Tai užtikrintų pirmojo reabilitacijos etapo vykdymą.
- Supaprastinti reabilitaciją reglamentuojančius teisės aktus pagal specialistų poreikius – inicijuoti Sveikatos apsaugos ministro įsakymo „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidivinio) 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:

- 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.
- Įvertinti apklausomis ir stebėjimo metodais reabilitacijos paslaugų poreikius vaikų ir suaugusiųjų amžiaus grupėse.

Rekomendacijos sveikatos priežiūros įstaigoms:

- Sudaryti vienodas galimybes asmenims gauti reabilitacines paslaugas.
- Organizuoti nepageidaujamų įvykių valdymo priemones reabilitacijos politikos įgyvendinime bei pasiremti užsienio valstybių gerąja patirtimi (pvz.: Danijos, Vokietijos, JAV).
- Diegti inovacijas reabilitacijoje.
- Skatinti tarpdisciplininį bendradarbiavimą, komandinį darbą bendrai profesionalų komandos pagalba priimti sprendimus paciento gerovės atžvilgiu.
- Nuolat tobulinti medicininės reabilitacijos paslaugų teikimo tvarką, atsižvelgiant į besikeičiančias aplinkybes.
- 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:

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

Informacinės visuomenės priemonėms:

- Žiniasklaidoje atkreipti dėmesį į reabilitacijos problemas tiek vaikų, tiek suaugusiųjų, senų žmonių grupėms.
- Visuomenės švietimui panaudoti dalį reklamos laiko kalbant apie reabilitacijos paslaugų svarbą;
- 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-benefits 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 Functioning, Disability and Health (ICF) *World Health 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.



SAVIDIAGNOSTIKA: GALIMYBĖS IR PERSPEKTYVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROJE

Astra Tautvaišaitė

Mykolo Romerio universitetas
Ateities g. 20, LT-08303, Vilnius, Lietuva
Elektroninis paštas: astra.tautvaisaite@gmail.com

Aldona Gaižauskienė

Mykolo Romerio universitetas
Ateities g. 20, LT-08303, Vilnius, Lietuva
Elektroninis paštas: aldona.gaizauskiene@gmail.com

Pateikta 2017 m. rugsėjo mėn. 4 d., parengta spausdinti 2018 m. vasario mėn. 6 d.
DOI:10.13165/SPV-18-1-10-04

Santrauka

*Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) konstitucijoje teigiama, jog viena iš svarbiausių kiekvieno žmogaus teisių yra siekis būti kuo geresnės sveikatos, tad šalies politikai privalo nuolat ieškoti naujų ir veiksmingų būdų, kaip tai užtikrinti. Spartėjant gyvenimo tempui, senėjant visuomenei, didėjant išlaidoms sveikatai bei ieškant naujų galimybių sveikatos priežiūroje, pasaulyje populiarėja **savidiagnostika** (angl. *medical self-diagnosis*) – savo sveikatos būklės įvertinimas ir diagnozės nustatymas, naudojantis kompiuterinėmis technologijomis. Šio straipsnio tikslas – apžvelgti tarptautinę praktiką savidiagnostikos srityje ir ištirti visuomenės požiūrį į savidiagnostiką Lietuvoje.*

Pasaulyje savidiagnostikos programos pradėtos kurti XX a. 9-ajame dešimtmetyje, tačiau Lietuvoje sąvoka „savidiagnostika“ dar nėra plačiai žinoma ir nėra minima šalies teisiniuose aktuose. Tyrimo rezultatai atskleidė, jog Lietuvos visuomenės požiūris į ją yra palankus – tam pritarė net 68,2 proc. respondentų. Tam, kad savidiagnostikos programa būtų populiari tarp Lietuvos gyventojų, programos kūrėjai privalo užtikrinti, jog ją būtų paprasta ir patogiu naudoti, o savidiagnostikos paslaugos teikėjas būtų įgijęs vartotojų pasitikėjimą.

Reikšminiai žodžiai: *savidiagnostika, savitarnos technologijos, technologijų priėmimo modelis, e-sveikata, sveikatos politika.*

Ivadas

Sveikatos priežiūra – viena iš sričių, nuo kurios išsivystymo lygio šalyje priklauso visuomenės gerovė ir gyvenimo kokybė. Medicina nuolat kinta, atsiranda vis daugiau naujovių, galinčių išgydyti pacientą ar net išgelbėti jam gyvybę. Naujais atradimais medicinoje turi domėtis ir juos propaguoti ne tik patys medikai, bet ir šalies sveikatos politikos atstovai, kurių sprendimai lemia, kokie veiksniai bus svarbiausi formuojant sveikatos politiką šalyje. Spartėjant gyvenimo tempui, didėjant išlaidoms sveikatos priežiūrai bei ieškant naujų galimybių sveikatos priežiūroje, pasaulyje populiarėja **savidiagnostika** (angl. *medical self-diagnosis*) – savo sveikatos būklės įvertinimas ir diagnozės nustatymas, naudojantis kompiuterinėmis programomis, o ne betarpiška gydytojo pagalba. Šioje srityje dirba tokios institucijos kaip Jungtinės Karalystės Nacionalinė sveikatos taryba, Harvardo medicinos mokykla ir kt. Nors pasaulyje savidiagnostika jau užima tam tikrą vietą sveikatos priežiūros srityje, Lietuvoje ši sąvoka dar nėra plačiai žinoma ir šalies teisiniuose aktuose nėra minima.

Šalyje egzistuojant tokiems reiškiniams kaip gydytojų emigracija, didelės eilės poliklinikose / ligoninėse (sumažėjęs gydymo paslaugų prieinamumas), visuomenės senėjimas, didžiulės medicinos įstaigų išlaidos, savidiagnostika gali tapti išieitimui visiems pagalbos ieškantiems pacientams. Šio straipsnio tikslas – apžvelgti tarptautinę praktiką savidiagnostikos srityje bei iširti visuomenės požiūrį į savidiagnostiką Lietuvoje.

Tarptautinė praktika

Savidiagnostikos principo įgyvendinimo istorija, remiantis kompiuterinėmis technologijomis, yra ilga ir turtinga. XX a. 9-ajame deš. Pitsburgo universiteto mokslininkai sukūrė programingą įrangą, padedančią diagnozuoti sudėtingus atvejus gydytojo veikloje¹. Palaipsniui projektas išsirutuliojo į komercinę programą, pavadinimu „Quick Medical Reference“². 9-ajame deš. Masačusetso ligoninėje buvo įdiegta programa „Dxplain“, nustatanti diagnozę remdamasi laboratoriniais tyrimais ir pateiktais simptomais³. Ir, žinoma, viena daugiausiai sėkmės sulaukusių programų – „I.B.M.'s Watson for Healthcare“, dirbanti panašiais principais, kuriais rėmėsi ir kitas I.B.M. superkompiuteris, pavadinimu „Deep Blue“. Šis sukėlė tikrą sensaciją, 1996 m. nugalėjęs geriausią pasaulio šachmatininką – Garį Kasparovą. Gydytojais skiria iki penkių valandų per mėnesį skaityti medicininę literatūrą, o „I.B.M.'s Watson for Healthcare“ programa gali

1 Katie Hafner, „For Second Opinion, Consult a Computer?“ The New York Times, žiūrėta 2016 09 27, <http://mobile.nytimes.com/2012/12/04/health/quest-to-eliminate-diagnostic-lapses.html?referer&r=1>.

2 *Ibid.*

3 *Ibid.*

išanalizuoti tūkstančius literatūros šaltinių (paciento medicininių kortelių, knygų, žurnalų, straipsnių) per sekundę bei nustatyti tikėtiną diagnozę pacientui.⁴

Annemarie Jutel iš Velingtono Viktorijos universiteto išnagrinėjo 38 straipsnius apie savidiagnostiką. Rezultatai parodė, jog 31 proc. straipsnių savidiagnostika vertinama kaip patikima ir trokštama, 23 proc. – kaip nepatikima, o 28 proc. – nei patikima, nei trokštama⁵.

Kito tyrimo autorės Hannah L. Semigran iš Harvardo medicinos mokyklos ir jos kolegų tyrimo objektas – 23 internetinės savidiagnostikos programos anglų kalba, teikiančios plataus spektro medicinos patarimus. Tyrimui taip pat naudotos 45 pacientų vinjetės, kuriose buvo aprašyti skubios pagalbos, neskubios pagalbos ir gydymosi namuose atvejai. Tyrimo esmė – išsiaiškinti, ar šios programos gali nustatyti ligos diagnozę iš pirmo karto ar bent pirmųjų 20 kartų, taip pat – ar geba atskirti, kada žmogaus gyvybei gresia pavojus, o kada geriausia pacientui likti gydytis namuose. Tyrimo rezultatai parodė, jog iš pirmo karto teisinga diagnozė buvo nustatyta 34 proc. atvejų (dažniau pasitaikančioms ligoms teisinga diagnozė nustatyta sėkmingiau), o pirmajame dvidešimtu teisingą diagnozę buvo galima rasti 58 proc. atvejų, nagrinėjant standartizuotas pacientų vinjetes. Dėl pagalbos skubumo nustatymo, net 80 proc. atvejų programos teisingai rekomendavo skubiai kreiptis į gydytoją, 55 proc. atvejų atpažino, jog pacientui reikalinga neskubi pagalba ir 33 proc. atvejų nustatė, kad ligą galima sėkmingai gydyti namuose⁶.

Savidiagnostikos programos yra puiki alternatyva paprastam simptomų suvedimui į interneto naršyklės paieškos sistemas, pavyzdžiui, „Google“. Remiantis neseniai atliktais tyrimais, suvedus gyvybei pavojingus ligos simptomus tiesiog į paieškos sistemą, 64 proc. atvejų žmogui buvo patariama kuo skubiau kreiptis į gydytoją⁷.

Tačiau kodėl atsirado poreikis savidiagnostikos programoms internete? Yra žinoma, jog **hipochondrijos** – liguistos dvasios būsenos, polinkio įsikalbėti ligas bei perdėtai rūpintis sveikata⁸ paplitimas bendrojoje medicinos praktikoje – 4-9 proc. Tačiau šiais naujų technologijų laikais atsirado nauja šios ligos atmaina – **kiberchondrija** (angl. *cyberchondria*), kuria suserga žmonės, internete nuolat ieškantys informacijos apie ligas bei jų simptomus ir dėl to patiriantys išgastį bei nerimą⁹. Pirmą kartą sąvoka „kiberchondrija“ buvo paminėta dar 1996 m. „Newswire“ straipsnyje. Populiariuosiuose ir mokslo straipsniuose kiberchon-

4 Katie Hafner, *supra* note 1.

5 Annemarie Jutel, „Self-diagnosis: a discursive systematic review of the medical literature“, *Journal of participatory medicine* 2, no. 8 (2010), <http://www.jopm.org/evidence/research/2010/09/15/self-diagnosis-a-discursive-systematic-review-of-the-medical-literature/>.

6 Hannah L. Semigran et al., „Evaluation of symptom checkers for self diagnosis and triage: audit study“, *bmj* 351 (2015): h3480, <http://www.bmj.com/content/351/bmj.h3480>.

7 *Ibid.*

8 „Hipochondrija“, *Žodynas.lt*, žiūrėta 2017 01 11, <http://www.zodynas.lt/terminu-zodynas/H/hipochondrija>

9 Mary Aiken et al., „The Age of Cyberchondria“, *Royal College of Surgeons in Ireland Student Medical Journal* 2012;5: 71-74.

drija dažnai vertinama neigiamu požiūriu ir yra siejama su patologiniu / sutrikusiu elgesiu, kai internete nuolat ieškoma ligų simptomų, o visi nuogastavimai išsakomi net keletui gydytojų, siekiant sužinoti jų nuomonę¹⁰. Taigi nesunku prognozuoti, jog savidiagnostikos programų poreikis tik dar labiau išaugs, tačiau vienas svarbiausių programų kūrėjų uždavinių – užtikrinti jų patikimumą bei kokybę, taip išvengiant žalos paciento sveikatai.

Šiuo metu yra sukurta nemažai simptomų analizatorių (angl. *Symptom checkers*), kurie pagelbėja tiek medicinos profesionalams, tiek pacientams, kuriuos neramina jų sveikatos būklė. Šie ne tik padeda nustatyti diagnozę, tačiau ir pateikia išsamią informaciją apie ligą bei gydymo galimybes, nukreipia į reikiamos specializacijos gydytojus, pateikia draudimo informaciją ar palygina vizitų pas gydytojus kainas bei laukimo laiką. Allison Gilchrist straipsnyje „Top 10 Symptom Checkers Online“¹¹ pateikia pačias populiariausias nemokamas savidiagnostikos programas, prieinamas internete:

1 lentelė. Populiariausios savidiagnostikos programos internete

Programos pavadinimas	Diagnozės nustatymo tikslumas (proc.)
Symcat	71%
Isabel	69%
AskMD	68%
DocResponse	67%
iTriage	64%
Mayo Clinic	59%
FamilyDoctor	56%
Healthline	53%
HMS Family Health Guide	52%
WebMD	51%

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus, remiantis šaltiniu „Top 10 Symptom Checkers Online“¹².

Svarbu paminėti, jog savidiagnostikos programos turi ir privalumų, ir trūkumų. Jos gali suteikti gydytojams galimybę gauti „antrą nuomonę“ bei skatinti pacientus rūpintis savo sveikata. Naudojantis savidiagnostikos programomis galima ne tik nustatyti sau diagnozę, bet ir gauti daug vertingos informacijos apie pačią ligą, gydymo galimybes, kvalifikuotus gydytojus bei sveikatos priežiūros įstaigas, draudimo kompanijas, vizitų pas gydytojus kainas, laukimo laiką¹³.

10 Amber Loos, „Cyberchondria: too much information for the health anxious patient?“ *Journal of Consumer Health On the Internet* 17.4 (2013): 439–445.

11 Allison Gilchrist, „Top 10 Symptom Checkers Online“, žiūrėta 2017 01 21, <http://www.pharmacytimes.com/news/top-10-symptom-checkers-online>.

12 *Ibid.*

13 „Online Symptom Checkers: Evolution of Self Diagnosis Is upon Us“, National Health Care Provider Solutions (NHCPs), žiūrėta 2017 04 01, <https://nhcps.com/online-symptom-checkers-evolution-of-self-diagnosis-is-upon-us/>

Todėl nesunku suvokti, jog savidiagnostika galėtų padėti valstybei sutaupyti lėšų bei padidinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.

Nepaisant savidiagnostikos privalumų, būtina įvertinti ir jos keliamus pavojus: per vėlai arba klaidingai diagnozuojama liga ir vartojami netikslingi vaistai, netinkamas medicininės informacijos suvokimas dėl žemo žmonių sveikatos raštingumo lygio¹⁴, nekokybiška bei nepatikima sveikatos informacija (kai kurių interneto tinklalapių pagrindinis tikslas – tam tikrų produktų ir paslaugų pardavinėjimas¹⁵), galimybė įsiteikti sau, jog sergi sunkesne liga, nei yra iš tikrųjų (pasak akušerės ginekologės G. Holcman, dažniausiai sau nusistatoma liga – vėžys, o „pagrindiniu argumentu tampa teiginys, kad internete nurodyti šios ligos simptomai atitinka jos pojūčius“¹⁶). Tad, prieš naudojant savidiagnostikos programas, būtina įvertinti jos privalumus ir trūkumus, o kilus bet kokiems klausimams, kreiptis į gydytoją.

Požiūris į savidiagnostiką Lietuvoje

Visuomenės požiūrio į savidiagnostiką tyrimui naudotas 5 balų Likerto skalės klausimynas (teiginiai: *visiškai nesutinku; nesutinku; nei sutinku, nei nesutinku; sutinku; visiškai sutinku*¹⁷). Klausimynas sudarytas remiantis užsienio autorių Even J. Lanseng ir Tor W. Andreassen iš Norvegijos verslo aukštosios mokyklos (angl. *BI Norwegian Business School*) straipsniu „Electronic healthcare: a study of people’s readiness and attitude toward performing self-diagnosis“¹⁸. Anketą sudarė 15 dichotominių ir uždarų klausimų, iš kurių aštuoni – tiesioginiai klausimai apie savidiagnostiką ir požiūrį į ją. Šie skirstomi į keturis blokus: požiūrį į programos naudingumą (patogumą), programos paprastumą, pasitikėjimą paslaugų teikėju ir ketinimą naudoti programą. Duomenys buvo surinkti naudojant internetinę apklausą.

Tyrimas atliktas 2016 m. gruodžio–2017 m. vasario mėnesiais. Tyrimo imtį sudaro 512 respondentų (18–65 metų amžiaus asmenys), iš jų – 140 vyrų ir 372 moterys. Daugiausia atsakymų į anketos klausimus pateikė 25–34 m. Lietuvos gyventojai – 237 žm. (46,3 proc.).

14 Nichola Robertson, Michael Polonsky, and Lisa McQuilken, „Are my symptoms serious Dr Google? A resource-based typology of value co-destruction in online self-diagnosis“, *Australasian Marketing Journal (AMJ)* 22.3 (2014): 246–256.

15 Angela Ryan, and Sue Wilson, „Internet healthcare: do self-diagnosis sites do more harm than good?“ *Expert opinion on drug safety* 7.3 (2008): 227–229.

16 Daiva Pauliukevičienė, „Savidiagnostika ir savigyda – ne geriausias sprendimas“, *VLMEDICINA*. LT, žiūrėta 2017 01 22, <http://www.vlmedicina.lt/lt/savidiagnostika-ir-savigyda-ne-geriausias-sprendimas>.

17 Tatjana Bilevičienė ir Steponas Jonušauskas, *Statistinių metodų taikymas rinkos tyrimuose* (Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2011), 23.

18 Even J. Lanseng and Tor W. Andreassen, „Electronic healthcare: a study of people’s readiness and attitude toward performing self-diagnosis“, *International Journal of Service Industry Management* 18.4 (2007): 394–417.

Tyrimo rezultatai ir jų aptarimas

Viena svarbiausių programų, kurioje išvardyti patys reikšmingiausi sveikatinimo veiklos tikslai ir uždaviniai valstybei ir jos žmonėms – Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programa. Programos 96.2. punkte minima, jog yra būtina „plėtoti sveikatos infrastruktūrą ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugą, prieinamumą ir į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą“¹⁹. Esant situacijai, jog beveik penktadaliui šalies gyventojų kokybiškos sveikatos priežiūros neprieinamos dėl finansų stygiaus, valstybė privalo stengtis, kad kuo didesnis gyventojų skaičius turėtų galimybę nemokamai gauti informacijos apie savo sveikatos būklę, gydymo metodus neturint galimybės atvykti į sveikatos priežiūros įstaigą²⁰. Vis daugiau žmonių naudojami šiuolaikinėmis technologijomis, kuriomis atlieka kasdienes darbus, todėl būtent sveikatos priežiūros paslaugų naudojimas internetu, plėtojant savidiagnostikos galimybes, gali padėti pacientams sutaupyti laiko ir gauti naudingus medicinos profesionalų patarimus ne išvykus iš namų²¹.

Siekiant kuo efektyvesnių rezultatų, būtina skirti didelį dėmesį visuomenės sveikatos tyrimų plėtrai ir mokslinių įrodymų surinkimui bei jų panaudojimui priimanant svarbius politinius sprendimus²². Lietuvos sveikatos programos 126 punkte minima, jog „įgyvendinant programą pagal savo kompetenciją dalyvauja ministerijos, institucijos ir įstaigos prie Vyriausybės, savivaldybės, verslo įmonės, NVO ir bendruomenės, taip pat įtraukiami šalies gyventojai, kurie skatinami rūpintis savo, savo vaikų ir tėvų sveikata“²³. Taigi siekiant sėkmingų programos rezultatų, būtinas visų institucijų, gydytojų ir gyventojų įsitraukimas, bendrų tikslų ir uždavinių nustatymas bei jų įgyvendinimas, tačiau visuomenės požiūriui ir nuomonės formavimui turi būti skiriamas itin didelis dėmesys.

Prieš pateikiant tyrimo rezultatus, būtina aptarti tyrimo ribotumą. Apklausoje dalyvavo 18–65 m. amžiaus asmenys. Anketas užpildžiusių asmenų skaičius atitiko reprezentacinę gyventojų imtį. Apklausa buvo vykdoma internete. Akivaizdu, jog didžioji dalis tyrime dalyvavusių asmenų buvo jauni ir išsilavinę, o gauti rezultatai atspindi šios visuomenės dalies nuomonę. Tačiau atsižvelgiant į tai, jog kompiuterinės technologijos plinta sveikatos priežiūroje, o Lietuvos visuomenės kompiuterinis raštingumas didėja, šio tyrimo rezultatai gali būti vertingi politinėse bei mokslinėse diskusijose.

19 Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“, TAR, <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/85dc93d000df11e4bfca9cc6968de163>.

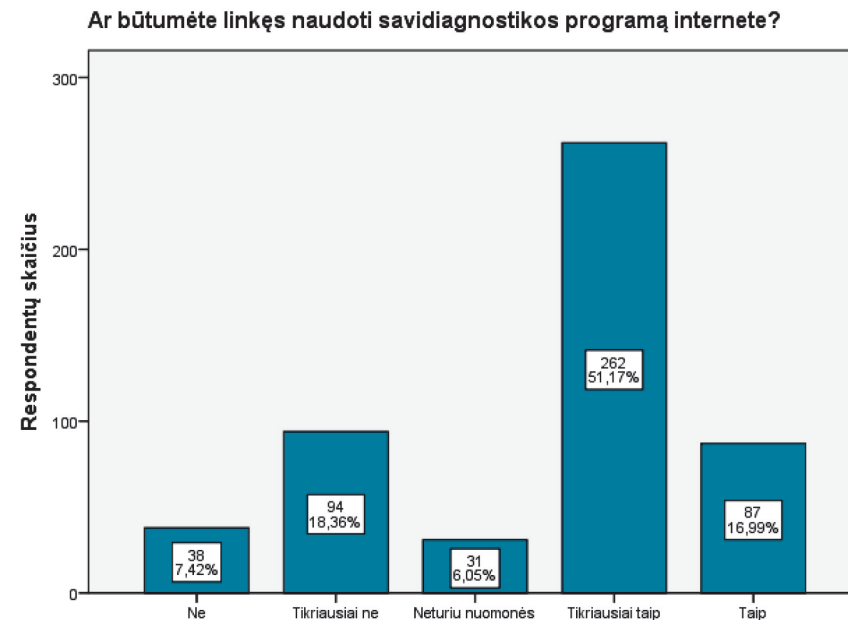
20 *Ibid.*

21 *Ibid.*

22 *Ibid.*

23 Ieva Kisielienė, „Pagrindinės Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos įgyvendinimo sėkmės prielaidos“, *Visuomenės sveikata* 3 (66) (2014): 8, [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2014.3\(66\)/VS%202014%203\(66\)%20RED%20Sveikatos%20programos.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2014.3(66)/VS%202014%203(66)%20RED%20Sveikatos%20programos.pdf).

Atlikus tyrimą, paaiškėjo, jog Lietuvos visuomenės dalies požiūris į savidiagnostiką yra palankus – net 51,2 proc. respondentų į klausimą, ar naudotusi savidiagnostikos programa, pasirinko atsakymą „Tikriausiai taip“, o 17 proc. – atsakymą „Taip“ (iš viso – 68,2 proc.). Žemiau pateikiami rezultatai:



1 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar jie būtų linkę naudoti savidiagnostikos programą internete (respondentų skaičius ir proc.)

Kalbant apie respondentų požiūrį į programos **naudingumą**, paaiškėjo, jog geriau savo sveikatos būklę vertinantys bei nors kartą gyvenime savigydą išbandę žmonės labiau tiki, jog savidiagnostika gali padėti sutaupyti laiko bei pastangų (su šiuo teiginiu sutiko 64,2 proc. „labai gerai“ savo sveikatą įvertinusių respondentų, lyginant su 37,5 proc. „blogai“ sveikatą įvertinusių respondentais).

Išnagrinėjus respondentų požiūrį į programos **paprastumą**, buvo nustatyta, jog jaunesni šalies gyventojai mano, kad sužinoti diagnozę internetu būtų lengviau ir patogiau nei apsilankant gydymo įstaigoje (šiam teiginiui pritarė net 63 proc. 18–24 m. amžiaus respondentų, lyginant su 25,6 proc. 35–44 m. amžiaus respondentais), o rečiau poliklinikose besilankantiems asmenims savidiagnostika, jų nuomone, padėtų užtikrinti didesnę gydytojų paslaugų prieinamumą.

Kalbant apie **pasitikėjimą paslaugos teikėju**, aukštesnį išsilavinimą turintys respondentai (tiek vyrai, tiek moterys) yra labiau linkę pasitikėti šalies politi-

kų sprendimais (šiam teiginiui pritaria 19,1 proc. aukštąjį universitetinį mokslą įgijusių asmenų, o profesinį išsilavinimą įgijusių – tik 5,1 proc.), o nors kartą savigyda užsiėmę respondentai mano, jog šalies sveikatos priežiūros sistema tinkamai pasirūpins savidiagnostikos paslaugų teikimu internete.

Tyrimo metu taip pat paaiškėjo, jog nuo to, kaip dažnai apskritai naudojami šiuolaikinėmis technologijomis, nepriklauso žmonių **noras (ketinimas) išbandyti savidiagnostikos programą**. Nors savęs gydymu užsiimantys pacientai būtų labiau linkę naudoti savidiagnostikos programas internete, abi respondentų grupės (tiek užsiimantys, tiek neužsiimantys savigyda) būtų linkusios pabandyti šią programą: „tikriausiai taip“ atsakė 46,5 proc. savigyda užsiimančių respondentų ir 59,4 proc. – ja neužsiimančių. Todėl šalies politikai turi realią galimybę sukurti tokią savidiagnostikos sistemą, kurią priims ir naudos ne tik pacientai, bet vertins ir gydymo įstaigų vadovai, nes taip bus sumažintas gydytojų krūvis ir eilės prie jų kabinetų.

Siekiant geriausių rezultatų, svarbu išsiaiškinti, ar visi žmonės yra vienodai linkę naudotis savitarnos technologijomis. Nors jaunesni, turintys geresnį išsilavinimą žmonės, mažiau bijo naujų technologijų, **numatoma nauda klientui bei vartojimo paprastumas** – svarbiausi rodikliai, kurie yra teigiamai susiję su požiūriu į savitarnos technologijų naudojimą²⁴. Viena iš galimybių išnagrinėti žmogaus elgesį ir požiūrį į naujas technologijas yra technologijų priėmimo modelio (angl. TAM) taikymas²⁵.

Pagrindinės technologijų priėmimo modelio nuostatos yra šios: numatomas vartojimo paprastumas, numatoma nauda klientui, požiūris į vartojimą, ketinimas vartoti / faktinis vartojimas. Numatomas vartojimo paprastumas – laipsnis, iki kurio žmogus tiki, jog tam tikros sistemos naudojimas nereikalaus fizinių ar psichinių pastangų. Numatoma nauda klientui – laipsnis, iki kurio žmogus tiki, jog tam tikros sistemos naudojimas padidins jo / jos darbo efektyvumą. Remiantis technologijų priėmimo modeliu, vartotojo įsitikinimai (numatomas vartojimo paprastumas ir nauda klientui) daro įtaką jo / jos požiūriui į pačią sistemą bei polinkniui ją naudoti.

Žinoma, būtina paminėti ir išorinius veiksnius, kurie daro įtaką požiūriui į naujas technologijas. Tai – asmenybės bruožai, kurie yra labai skirtingi. Ne visi žmonės yra vienodai pasirengę priimti naujas technologijas – daugelį jų sustabdo baimė ir nerimas, kai kurie iš jų yra *technofobai* (žmonės, bijantys išbandyti naujas technologijas²⁶) arba tiesiog pesimistiškai nusiteikę technologijų atžvilgiu. Ir nors savitarnos technologijos sutaupo laiko, kai kuriems klientams jos sukelia nepatogumų ir net pykčio priepuolių²⁷.

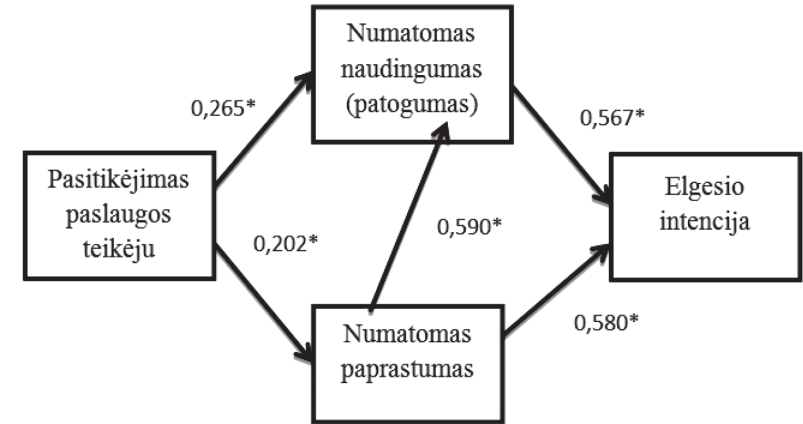
24 Jiun-Sheng Chris Lin, and Hsing-Chi Chang, „The role of technology readiness in self-service technology acceptance“, *Managing Service Quality: An International Journal* 21.4 (2011): 424–444.

25 *Ibid.*

26 „Technophobe“, Oxford Dictionaries, žiūrėta 2017 04 01, <https://en.oxforddictionaries.com/definition/technophobe>.

27 Jiun-Sheng Chris Lin, *supra* note 24, p. 424–444.

Siekiant išsiaiškinti, kas lemia savidiagnostikos paplitimą šalyje ir gyventojų norą ją praktikuoti, tyrime buvo papildomai pritaikytas jau minėtas **technologijų priėmimo modelis**. Idėjos autorius – Fred D. Davis, jau 1989 m. supažindinęs mokslininkus su pirmine modelio versija. Anksčiau technologijų priėmimo modelis buvo dažniau taikomas kompiuterinėms technologijoms, naudojamoms darbo vietoje, tirti, bet dabar sėkmingai naudojamas ir sveikatos priežiūros srityje²⁸. Žemiau yra pateikiamas technologijų priėmimo modelis ir jo rezultatai:



2 pav. Technologijų priėmimo modelis ir jo rezultatai

Pastaba: žvaigždute (*) pažymėti 0,05 lygyje statistiškai reikšmingi ryšiai.
Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus, remiantis: V. Venkatesh (1996)²⁹.

Pritaikius šį modelį paaiškėjo, jog tam, kad savidiagnostikos programa būtų populiari tarp Lietuvos gyventojų, programos kūrėjai privalo užtikrinti, jog ją būtų paprasta ir patogus naudoti, o savidiagnostikos paslaugos teikėjas būtų įgijęs vartotojų pasitikėjimą. Remiantis rezultatais, visi ryšiai yra statistiškai reikšmingi. Vadinasi, augant pasitikėjimui paslaugos teikėju, didėtų ir gyventojų suvokimas apie savidiagnostikos programos numatomą naudingumą bei paprastumą. O jiems augant, daugiau Lietuvos gyventojų priimtų sprendimą naudoti šią programą. Taigi galima daryti išvadą, jog galima netiesiogiai didinti elgesio intenciją (t. y. vartotojų norą naudotis programa) keliant gyventojų pasitikėjimą paslaugos teikėju, suvokimą apie programos naudojimo paprastumą ir numatomą naudingumą.

28 „Technology Acceptance Model (Perceived Usefulness and Perceived Ease of Use)“, Consumer Health Informatics Research resource (CHIRr), žiūrėta 2017 04 04, <https://chirr.nlm.nih.gov/tam.php>.

29 Viswanath Venkatesh, and Fred D. Davis, „A model of the antecedents of perceived ease of use: Development and test“, *Decision sciences* 27.3 (1996): 451–481.

Išvados

1. Pasaulyje savidiagnostikos programos pradėtos kurti XX a. 9-ajame dešimtmetyje ir šiuo metu itin populiarėja. Jos naudojamos tokių institucijų kaip Jungtinės Karalystės Nacionalinė sveikatos taryba, Harvardo medicinos mokykla ir kt. Lietuvoje sąvoka „savidiagnostika“ dar nėra plačiai žinoma ir nėra vartojama teisiniuose aktuose. Savidiagnostikos privalumai: gydytojų darbo krūvio sumažėjimas; galimybė gydytojams gauti „antrą nuomonę“; taupomos valstybės lėšos; sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimas; galimybė skatinti gyventojus rūpintis savo sveikata bei sistemingai dalyvauti savo paties gydyme. Savidiagnostikos trūkumai ir pavojai: klaidingai ar per vėlai diagnozuojama liga ir vartojami netikslingi vaistai; netinkamas medicininės informacijos suvokimas dėl žemo žmonių sveikatos raštingumo lygio; nepakankamas sveikatos informacijos patikimumas ir kokybė; simptomų, kuriuos siunčia žmogaus organizmas, neatpažinimas; bendravimo „akis į akį“ nebuvimas (gydytojo ryšio su pacientu sumenkimas).
2. Atlikus tyrimą, paaiškėjo, jog didžiosios Lietuvos visuomenės dalies požiūris į savidiagnostiką yra palankus – net 51,2 proc. respondentų į klausimą, ar naudotųsi savidiagnostikos programa, pasirinko atsakymą „Tikriausiai taip“, o 17 proc. – atsakymą „Taip“ (iš viso – 68,2 proc.). Svarbiausi rodikliai, teigiamai susiję su požiūriu į savitarnos technologijų naudojimą, yra numatoma nauda klientui, vartojimo paprastumas, programos kokybė, patikimumas bei rizikos nebuvimas.
3. Sokratas yra pasakęs: „Sveikata dar ne viskas, tačiau be sveikatos viskas – niekas“. Iš tiesų, kiekviena pasaulio valstybė privalo rūpintis savo gyventojų sveikata ir stengtis ją kuo ilgiau išsaugoti, nes tik sveikas žmogus gali būti produktyvus ir naudingas savo šaliai. Žmonių sveikatos būklės gerinimu efektyviausiai gali pasirūpinti šalies politikai, kurių pagrindinis tikslas – sukurti tokias sveikatos programas, kurios nešytų naudą ne tik gyventojams, bet ir pačiai valstybei. Šio tyrimo rezultatai gali padėti nubrėžti gaires būsimoms medikų asociacijų, draugijų ir politikų diskusijoms apie savidiagnostikos koncepciją bei jos galimybes, įgyvendinant Lietuvos sveikatos politiką. Siekiant geriausių rezultatų, rekomenduotina ne tik inicijuoti mokslinius tyrimus, susijusius su savidiagnostikos problematika sveikatos priežiūroje, bet ir didinti žmonių sveikatos raštingumą ir naujų technologijų priimtinumą tarp gyventojų, jog šie (ypač vyresnio amžiaus) nejaustų baimės ir nerimo, o įvertintų jų teikiamus privalumus.

Literatūra

1. Aiken, Mary, et al. „The Age of Cyberchondria”. *Royal College of Surgeons in Ireland Student Medical Journal* 2012;5: 71–74.
2. Allison Gilchrist. „10 Symptom Checkers Online“. Žiūrėta 2017 01 21. <http://www.pharmacytimes.com/news/top-10-symptom-checkers-online>.
3. Bilevičienė, Tatjana, ir Steponas Jonušauskas. *Statistinių metodų taikymas rinkos tyrimuose*. Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2011.
4. Daiva Pauliukevičienė. „Savidiagnostika ir savigyda – ne geriausias sprendimas”. VL MEDICINA.LT. Žiūrėta 2017 01 22. <http://www.vlmedicina.lt/lt/savidiagnostika-ir-savigyda-ne-geriausias-sprendimas>.
5. Hafner, Katie. „For Second Opinion, Consult a Computer?“ *The New York Times*. Žiūrėta 2016 09 27. http://mobile.nytimes.com/2012/12/04/health/quest-to-eliminate-diagnostic-lapses.html?referer&_r=1.
6. „Hipochondrija”. *Žodynas.lt*. Žiūrėta 2017 01 11. <http://www.zodynas.lt/terminu-zodynas/H/hipochondrija>.
7. Jutel, Annemarie. „Self-diagnosis: a discursive systematic review of the medical literature.” *Journal of participatory medicine* 2, no. 8 (2010). <http://www.jopm.org/evidence/research/2010/09/15/self-diagnosis-a-discursive-systematic-review-of-the-medical-literature/>.
8. Kisielienė, Ieva. „Pagrindinės Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos įgyvendinimo sėkmės prielaidos“. *Visuomenės sveikata* 3 (66) (2014): 5-9. [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2014.3\(66\)/VS%202014%203\(66\)%20RED%20Sveikatos%20programos.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2014.3(66)/VS%202014%203(66)%20RED%20Sveikatos%20programos.pdf).
9. Lanseng, Even J., and Tor W. Andreassen. „Electronic healthcare: a study of people’s readiness and attitude toward performing self-diagnosis.“ *International Journal of Service Industry Management* 18.4 (2007): 394–417.
10. Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo“. TAR. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/85dc93d000df11e4bfca9cc6968de163>.
11. Lin, Jiun-Sheng Chris, and Hsing-Chi Chang. „The role of technology readiness in self-service technology acceptance.“ *Managing Service Quality: An International Journal* 21.4 (2011): 424–444.
12. Loos, Amber. „Cyberchondria: too much information for the health anxious patient?“ *Journal of Consumer Health On the Internet* 17.4 (2013): 439–445.
13. „Online Symptom Checkers: Evolution of Self Diagnosis Is upon Us”. National Health Care Provider Solutions (NHCPs). Žiūrėta 2017 04 01. <https://nhcps.com/online-symptom-checkers-evolution-of-self-diagnosis-is-upon-us>.

14. Ryan, Angela, and Sue Wilson. „Internet healthcare: do self-diagnosis sites do more harm than good?” *Expert opinion on drug safety* 7.3 (2008): 227–229.
15. Robertson, Nichola, Michael Polonsky, and Lisa McQuilken. „Are my symptoms serious Dr Google? A resource-based typology of value co-destruction in online self-diagnosis.” *Australasian Marketing Journal (AMJ)* 22.3 (2014): 246–256.
16. Semigran, Hannah L., et al. „Evaluation of symptom checkers for self diagnosis and triage: audit study.” *BMJ* 351 (2015): h3480. <http://www.bmj.com/content/351/bmj.h3480>.
17. „Technology Acceptance Model (Perceived Usefulness and Perceived Ease of Use)”. Consumer Health Informatics Research resource (CHIRr). Žiūrėta 2017 04 04. <https://chirr.nlm.nih.gov/tam.php>.
18. „Technophobe”. Oxford Dictionaries. Žiūrėta 2017 04 01. <https://en.oxforddictionaries.com/definition/technophobe>.
19. Venkatesh, Viswanath, and Fred D. Davis. „A model of the antecedents of perceived ease of use: Development and test.” *Decision sciences* 27.3 (1996): 451–481.

MEDICAL SELF-DIAGNOSIS: OPPORTUNITIES AND PERSPECTIVES OF HEALTH CARE

Astra Tautvaišaitė

Mykolas Romeris University, Vilnius, Lithuania

Aldona Gaižauskienė

Mykolas Romeris University, Vilnius, Lithuania

Summary. *The Constitution of the World Health Organization (WHO) states that one of the most important rights of every human is to stay healthy; therefore, national politicians must constantly search for new and effective ways to achieve this. In a fast-paced world, with ageing population and health care institutions faced with huge costs, as health care struggles to change to meet these demands, **medical self-diagnosis** (the process of diagnosing, or identifying, medical conditions in oneself, with the use of computer technology) has recently become increasingly popular in the world. The aim of this article is to review international practice in the field of medical self-diagnosis and investigate society's attitude towards medical self-diagnosis in Lithuania.*

Starting about in the 1980s, first medical self-diagnosis programs were developed worldwide; however, the term “medical self-diagnosis” is not yet widely known in Lithuania, and the opportunities of medical self-diagnosis have not yet been defined in the legislation of the country. According to study results, the attitude of Lithuanian people to medical self-diagnosis is favourable as self-diagnosis is acceptable to 68.2 percent of respondents. In order for medical self-diagnosis software to be popular among residents of Lithuania, developers must ensure that it is easy to use and comes from a trustworthy service provider.

Keywords: *medical self-diagnosis, self-service technology, technology acceptance model, e-health, health policy.*

Astra Tautvaišaitė, Mykolas Romeris universitetas, Sveikatos politikos ir vadybos magistrantė. Mokslinių tyrimų kryptys: savidiagnostikos galimybės ir perspektyvos sveikatos priežiūroje.

Astra Tautvaišaitė, Mykolas Romeris University, Master's degree in Health Policy and Management. Research interests: Medical self-diagnosis: opportunities and perspectives of health care.

Aldona Gaižauskienė, Mykolas Romeris universitetas, docentė, biomedicinos mokslų daktarė. Mokslinių tyrimų kryptys: sveikatos politikos ir sveikatos sistemos administravimo stebėseną.

Aldona Gaižauskienė, Doctor of Biomedical Sciences, Associate Professor at Mykolas Romeris University. Research interests: monitoring of health policy and health system governance.



VAISTŲ, KOMPENSUOJAMŲ IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO, PRIEINAMUMAS 2009–2015 M. KAINOS ATŽVILGIU

Ligita Vaičaitė

Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo fakulteto
 Politikos mokslų institutas
 Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius, Lietuva
 Elektroninis paštas ligita.vaicityte@gmail.com

Gintarė Petronytė

Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo fakulteto
 Politikos mokslų institutas
 Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius, Lietuva
 Elektroninis paštas ginpetr@mruni.eu

Pateikta 2017 m. spalio 13 d., parengta spausdinti 2018 m. kovo 3 d.
 DOI:10.13165/SPV-18-1-10-05

Santrauka

Šiame straipsnyje vertinamas vaistų, kompensuojamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, prieinamumas ir jo pokytis 2009–2015 m. kainos atžvilgiu. Jame analizuojami Valstybinės ligonių kasos prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos duomenų bazės privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidų (toliau – PSDF išlaidos) kompensuojamiesiems vaistams ir pacientų priemonių kompensuojamiesiems vaistams duomenys.

2009–2011 m. PSDF išlaidos kompensuojamiesiems vaistams ir vienam kompensuojamųjų vaistų receptui bei pacientų priemonės kompensuojamiesiems vaistams mažėjo, tačiau 2012–2015 m. jos didėjo. 2009–2015 m. PSDF išlaidų didžiąją dalį (45–48 proc.) sudarė priešnavikinių bei kardiovaskulinę sistemą veikiančių vaistų kompensavimas pagal 100 proc. bei 80 proc. kompensavimo lygius. 2009–2015 m. pacientų priemonės vaistams sudarė apie ketvirtadalį (26,9 proc.) PSDF išlaidų kompensuojamiesiems vaistams. 2009–2015 m. didžiąją dalį (64,1 proc.) pacientų priemonių kompensuojamiesiems vaistams sudarė kardiovaskulinę sistemą veikiančius vaistus pagal 80 proc. kompensavimo lygį, o mažiausią dalį (1,9 proc.) – priešnavikiniai vaistai pagal 100 proc. kompensavimo lygį. Pensinio (65+ m.) ir darbingo amžiaus (18–65 m.) amžiaus pacientai daugiausiai mokėjo priemonių kompensuoja-

miems vaistams, ypač kardiovaskulinę sistemą veikiančioms vaistams pagal 80 proc. kompensavimo lygį. Be to, didžioji dalis PSDF išlaidų (95 proc.) buvo skirta šių amžiaus grupių (ypač darbingo amžiaus) pacientų vaistams kompensuoti.

Nors valstybės valdymo ir kitos valstybės institucijos įgyvendindamos vaistų kompensavimo politiką taikė įvairias priemones, kuriomis siekė gerinti kompensuojamųjų vaistų prieinamumą, tačiau jis pacientams (ypač pensinio amžiaus 65+ m.) buvo užtikrintas trumpuoju (2009–2011 m) laikotarpiu.

Reikšminiai žodžiai: vaistų kompensavimo politika, vaistų kainų reguliavimo priemonės, kompensuojamųjų vaistų ekonominis prieinamumas.

Įvadas

Europos Sąjungoje (toliau – ES) vaistų rinkos teisinis reguliavimas taikomas nuo 1965 m., kai buvo nustatyti pagrindiniai vaistų rinkos reguliavimo principai¹. ES direktyvos įpareigoja ES valstybes nars vadovautis skaidrumo principais vykdamas ES prekybą vaistais², nustatant vaistų kainas bei juos įtraukiant į jų kompensavimo sistemas³. ES valstybės narės įtraukia į jų teisinės sistemas ES farmacijos teisyne nuostatas, kurių įgyvendinimas turi tiesioginį poveikį jų vaistų rinkoms, vaistų kainodaros ir kompensavimo sistemoms bei taikomoms reguliavimo priemonėms.

Daugelio ES valstybių narių išlaidos sveikatos priežiūrai auga, o vaistai sudaro vieną didžiausių sveikatos priežiūros išlaidų dalių⁴. Jose išlaidos vaistams didėja dėl inovatyvių vaistų įvedimo į rinką ir vaistų patento laiko pasibaigimo, piliečių senėjimo ir jo sąlygoto poliligtumo, todėl ES valstybės narės nuolat ir nuosekliai įgyvendina vaistų politikos priemones, užtikrinančias vaistų prieinamumą piliečiams, racionaliai naudojant valstybių biudžetų lėšas bei kontroliuojant išlaidas. 2007 m. prasidėjusi globali ekonominė krizė turėjo tiesioginį poveikį sveikatos priežiūros sistemoms, todėl daugelis ES valstybių narių įgyvendino vaistų politiką, nukreiptą į išlaidų mažinimą (*angl. cost-containment policy*)⁵,

- 1 Council Directive 83/570/EEC of 26 October 1983 amending Directives 65/65/EEC, 75/318/EEC and 75/319/EEC on the approximation of provisions laid down by law, regulation or administrative action relating to proprietary medicinal products (83/570/EEC). Official Journal of the European Communities. L 332/1.
- 2 The European Parliament and the Council Directive of 6 November 2001 on the community code relating to medicinal products for human use (2001/83/EC). Official Journal of the European Communities. L 311/67.
- 3 Council Directive of 21 December 1988 relating to the transparency of measures regulating the pricing of medicinal products for human use and their inclusion in the scope of national health insurance systems (89/105/EEC). Official Journal of the European Communities. L 40/8.
- 4 Organization for Economic Co-Operation and Development. Health expenditure and financing database: pharmaceutical spending (indicator) [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga internete: <https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm#indicator-chart>
- 5 Carone, G., Schwierz, Ch., Xavier, A. Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU. *Economic Papers* 461, 2012 [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga internete: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp_461_en.pdf

o daugiausiai vaistų rinkos reguliavimo priemonių buvo taikytą P. Europos (Graikija, Portugalija, Ispanija) ir Baltijos šalyse⁶.

2009 m. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras įsakymu patvirtino vaistų prieinamumo gerinimo ir kainų mažinimo priemonių planą, kuriame priemonės buvo nukreiptos į vaistų kainų mažinimą, tobulinant vaistų kompensavimo sistemą, vaistinių ir vaistų didmeninio platinimo įmonių veiklos bei gydytojų darbo reglamentavimą bei stiprinant vaistų pardavimo gyventojams kontrolę⁷. Be to, tų pačių metų pabaigoje Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu buvo pakeista kompensuojamų vaistų įtraukimo į kainyną tvarka, kurioje numatytos palankesnės sąlygos generiniams vaistams patekti į kompensuojamų vaistų kainyną bei kontroliuoti jų kainas⁸. Vaistų reguliavimo priemonių, nukreiptų į įvairius farmacijos rinkos dalyvius, taikymas sumažino 2010 m. PSDF išlaidas vaistų kompensavimui, užtikrinant jų prieinamumą⁹. Tačiau šių išlaidų mažėjimą nežymiai lėmė taikytą vaistų kainų mažinimo priemonė – generinių vaistų įtraukimas į kompensavimo sistemą ir jų išrašymas pacientams¹⁰.

Lietuvoje kompensuojamus vaistus vartoja 1,2 mln. pacientų arba 40,5 proc. šalies gyventojų¹¹. Nepaisant šalyje įgyvendinamų priemonių, užtikrinančių kompensuojamų vaistų prieinamumą kainos atžvilgiu, 2016 m. pacientai, išsigydami kompensuojamus vaistus, sumokėjo 57,2 mln. eurų priemokų, o PSDF išlaidos kompensuojamiems vaistams sudarė 212,8 mln. eurų¹². 2016 m. Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos pateiktose išvadose pažymima, kad valstybės institucijos, atsakingos už vaistų politiką, privalo imtis priemonių, nukreiptų į veiksmingą konkurenciją kompensuojamų vaistų rinkoje, kurios skatintų gamintojus mažinti kompensuojamų vaistų kainas, o pacientus rinktis pigius analogiškos kokybės ir veiksmingumo vaistus¹³. Ši taryba pabrėžia būtinumą šalyje keisti ydingą, konkurenciją ribojančią vaistų kompensavimo tvarką bei imtis kitų priemonių.

6 Vogler, S., Zimmermann, N., Leopold, C., de Joncheere, K. Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis. *Southern Medical Review*, 2011. 4 (2): 22–32.

7 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. liepos 10 d. įsakymas Nr. V-572 „Dėl vaistų prieinamumo gerinimo ir jų kainų mažinimo priemonių plano patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2009, Nr. 87-3715.

8 Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 23 d. nutarimas Nr. 1860 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. rugsėjo 13 d. nutarimo Nr. 994 „Dėl ambulatoriniam gydymui skirtų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, bazinių kainų apskaičiavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“. *Valstybės žinios*, 2009, Nr. 158-7191.

9 Garuolienė, K., Alonderis, T., Marcinkevicius, M. Pharmaceutical policy and the effects of the economic crisis: Lithuania. *Eurohealth*, 2011. 17 (1): 1-4.

10 *Ibid.*

11 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga internete: <http://sam.lrv.lt/lt/naujienos/atveriami-duomenys-apie-vaistu-gamintoju-pardavimu-apimtis>

12 *Ibid.*

13 Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos 2016 m. gruodžio 6 d. protokolinis nutarimas Nr.35-92 (2016) „Kompensuojamųjų vaistinių preparatų rinkos tyrimo išvados“ [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga internete: https://kt.gov.lt/uploads/documents/files/Vaistu_tyrimo_isvados_2016-12-06.pdf

Šio straipsnio tikslas – įvertinti kompensuojamų vaistų prieinamumą ir jo pokytį 2009–2015 m. kainos atžvilgiu.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Straipsnyje analizuojami Valstybinės ligonių kasos prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos duomenų bazės 2009–2015 m. PSDF išlaidų kompensuojamiems vaistams ir pacientų priemokų kompensuojamiems vaistams duomenys. PSDF išlaidos kompensuojamiems vaistams buvo analizuojamos atsižvelgiant į išrašytų receptų kompensuojamiems vaistams skaičių bei vidutinę recepto kainą (PSDF išlaidos, tenkančios 1 receptui); anatomicinės, terapinės, cheminės (toliau – ATC) klasifikacijos ligų grupes, kurioms kompensuoti skiriama didžioji PSDF išlaidų dalis (priešnavikiniai ir kardiovaskulinę sistemą veikiantys vaistai); vaistų kompensavimo lygius (50 proc., 80 proc., 90 proc., 100 proc.) bei pacientų amžiaus grupes (0–17 m., 18–65 m., 65+ m.), kurioms išrašomi kompensuojami vaistai. Pacientų priemokos kompensuojamiems vaistams buvo nagrinėjamos atsižvelgiant į kompensavimo lygius (50 proc., 80 proc., 90 proc., 100 proc.), ATC klasifikacijos ligų grupes (priešnavikiniai ir kardiovaskulinę sistemą veikiantys vaistai) bei amžiaus grupes (0–17 m., 18–65 m., 65+ m.).

PSDF išlaidų kompensuojamiems vaistams ir pacientų priemokų kompensuojamiems vaistams pokytis buvo vertintas 2009–2015 m. laikotarpio procentiniu kitimu ir kasmetiniu procentiniu kitimu (2009–2010 m.; 2010–2011 m.; 2011–2012 m.; 2012–2013 m.; 2013–2014 m.; 2014–2015 m.).

Analizuojant 2009–2015 m. PSDF išlaidas kompensuojamiems vaistams ir jiems sumokėtų pacientų priemokas, svarbu pažymėti, kad 2009 m. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu buvo pakeista kompensuojamųjų vaistų įtraukimo į kainyną tvarka, o nuo 2010 m. pradėta taikyti nauja bazinių kainų nustatymo metodika (grupuojant vaistus pagal veikliąją medžiagą, kompensuojamą dalį nustatant pagal grupėje esantį mažiausios kainos vaistą)¹⁴.

Tyrimo rezultatai

1. PSDF išlaidų kompensuojamiems vaistams analizė 2009–2015 m.

PSDF išlaidos kompensuojamiems vaistams. PSDF išlaidos kompensuojamiems vaistams 2009–2011 m. mažėjo 20,8 mln. eurų (sudarė vidutiniškai 176,1 mln. eurų kasmet), tačiau jos 2012–2015 m. tolygiai didėjo 21,4 mln. eurų (sudarė vidutiniškai 188,0 mln. eurų kasmet) (1 pav.). 2009–2015 m. PSDF išlaidų kompensuojamiems vaistams pokytis – 5,8 proc., o ryškiausias išlaidų didėjimas stebimas 2012–2013 m. – 6,8 proc. PSDF išlaidų kompensuojamiems

14 Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 23 d. nutarimas Nr. 1860, *supra* note 8.

vaistams augimą rodo ir vidutinės recepto kainos didėjimas 2012–2015 m. nuo 16,0 iki 18,0 eurų (1 lentelė).

PSDF išlaidos kompensuojamiems vaistams pagal ATC klasifikaciją. 2009–2015 m. didžiąją PSDF išlaidų dalį (45–48 proc. PSDF išlaidų) sudarė kardiovaskulinę sistemą veikiančių bei priešnavikinių vaistų kompensavimas (1 lentelė). 2009–2015 m. PSDF išlaidų dalis priešnavikinių vaistų kompensavimui didėjo 9 proc. (19,9 mln. eurų), o kardiovaskulinę sistemą veikiančių vaistų – mažėjo 6 proc. (8 mln. eurų). 2009–2011 m. PSDF išlaidos priešnavikiniams vaistams sudarė vidutiniškai 32,4 mln. eurų kasmet, o 2012–2015 m. jos didėjo ir sudarė 44,3 mln. eurų kasmet, be to, ryškiausias šių išlaidų didėjimas stebimas 2012–2013 m. (26,5 proc.). Nors priešnavikiniams vaistams išrašoma tik 1–2 proc. visų kompensuojamų vaistų receptų, tačiau jie sudaro 21 proc. PSDF išlaidų kompensuojamiesiems vaistams. 2009–2015 m. mažiausia vidutinė vieno priešnavikinio vaisto recepto kaina buvo 2011 m. – 210 eurų, o 2012–2015 m. ji didėjo nuo 225 iki 310 eurų. Nors 2009–2011 m. PSDF išlaidos kardiovaskulinę sistemą veikiantiems vaistams mažėjo 5,8 mln. eurų, tačiau jos sudarė vidutiniškai 47,2 mln. eurų kasmet, o 2012–2014 m. jos sudarė vidutiniškai 46,9 mln. eurų kasmet. 2015 m. PSDF išlaidos kardiovaskulinę sistemą veikiantiems vaistams buvo mažiausios analizuojamu laikotarpiu – 42 mln. eurų. 2009–2015 m. kardiovaskulinę sistemą veikiantiems vaistams buvo išrašoma apie pusė (52–53 proc.) visų išrašytų kompensuojamųjų vaistų receptų ir jie sudarė 25,4 proc. PSDF išlaidų. Šių vaistų vidutinė recepto kaina 2009–2015 m. svyravo nuo 8,2 eurų iki 7 eurų.

PSDF išlaidos kompensuojamiems vaistams pagal amžiaus grupes. 2009–2015 m. didžioji dalis PSDF išlaidų kompensuojamiems vaistams buvo skiriama darbingo (18–65 m.) bei pensinio (65+ m.) amžiaus pacientams (atitinkamai vidutiniškai 102,9 ir 84,48 mln. eurų kasmet arba 95 proc. visų PSDF išlaidų) (1 lentelė). Darbingo amžiaus (18–65 m.) ir pensinio (65+ m.) amžiaus pacientams skirtos PSDF išlaidos 2009–2011 m. mažėjo (atitinkamai 10,8 ir 10,6 mln. eurų arba sudarė 96,1 ir 84,0 mln. eurų kasmet), o 2012–2015 m. didėjo (atitinkamai 9,9 ir 3,5 mln. eurų arba sudarė 108,0 ir 84,9 mln. eurų kasmet). 2009–2015 m. vaikų amžiaus grupėje (0–17 m.) PSDF išlaidos kompensuojamiems vaistams buvo vidutiniškai apie 10 mln. eurų kasmet (arba 5 proc. visų PSDF išlaidų), be to, jos 2013–2015 m. mažėjo 0,9 mln. eurų. 2009–2015 m. PSDF išlaidos kompensuojamiems vaistams mažėjo vaikams (0–17 m.) 3,1 proc. ir pensinio (65+ m.) amžiaus pacientams 4 proc., o darbingo (18–65 m.) amžiaus pacientams didėjo 15,3 proc.

PSDF išlaidos kompensuojamiems vaistams pagal kompensavimo lygius. 2009–2015 m. didžioji dalis PSDF išlaidų buvo skiriama 100 proc. ir 80 proc. kompensavimo lygio vaistams (atitinkamai vidutiniškai 132 ir 59,28 mln. eurų kasmet arba 97 proc. visų PSDF išlaidų) (2 pav.). 2009–2011 m. PSDF išlaidos 100 proc. kompensavimo lygio vaistams mažėjo 12,9 mln. eurų (sudarė vidutiniškai 123,7 mln. eurų kasmet), tačiau 2012–2015 m. jos didėjo 27,9 mln. eurų

ir sudarė vidutiniškai 138,3 mln. eurų kasmet. PSDF išlaidos 80 proc. kompensavimo lygio vaistams mažėjo 2009–2011 m. ir 2013–2015 m. (atitinkamai 8,7 ir 7,2 mln. eurų arba sudarė vidutiniškai 60,5 ir 58,4 mln. eurų kasmet). 2009–2015 m. iš PSDF išlaidų 90 proc. kompensavimo lygio vaistų kompensuota už vidutiniškai 1 mln. eurų kasmet, o 50 proc. kompensavimo lygio vaistų – vidutiniškai už 5 mln. eurų kasmet. Šių abiejų kompensavimo lygių išlaidos 2009–2015 m. sudarė apie 3 proc. visų PSDF biudžeto išlaidų kompensuojamiesiems vaistams. 2009–2015 m. PSDF išlaidos didėjo 100 proc. ir 90 proc. kompensavimo lygio vaistams (atitinkamai 17,3 ir 71,4 proc.), o mažėjo 80 proc. ir 50 proc. kompensavimo lygio vaistams (atitinkamai 17,4 ir 16,1 proc.).

2. Pacientų priemokų kompensuojamiems vaistams analizė 2009–2015 m.

Pacientų priemokos kompensuojamiems vaistams. 2009–2015 m. didžiausios pacientų priemokos kompensuojamiems vaistams buvo 2009 m. – 60,6 mln. eurų (priemokos sudarė 32,5 proc. visų PSDF išlaidų kompensuojamiems vaistams), tačiau 2010 m. jos mažėjo 22,2 proc. (46,8 mln. eurų), o 2011 m. jos sudarė 43,0 mln. eurų (mažiausia sumokėtų priemokų dalis analizuojamu laikotarpiu) (1 pav.). Nuo 2012 m. (45, 2 mln.) pacientų priemokos didėjo, o 2014 – 2015 m. jos sudarė vidutiniškai 52 mln. eurų kasmet. 2009–2015 m. pacientų priemokos kompensuojamiems vaistams sumažėjo 13 proc.

Pacientų priemokos kompensuojamiems vaistams pagal amžiaus grupes. 2009–2015 m. pensinio (65+ m.) amžiaus pacientų priemokos sudarė 56,5 proc. visų pacientų sumokėtų priemokų, atitinkamai darbingo amžiaus (18–65 m.) pacientų – 41,4 proc. ir vaikų (0–17 m.) – 2,1 proc. (1 lentelė). 2009–2011 m. darbingo (18–65 m.) ir pensinio (65+ m.) amžiaus pacientų priemokos mažėjo (atitinkamai 8,6 ir 9 mln. eurų arba sudarė vidutiniškai 21,6 ir 28,5 mln. eurų kasmet), o atitinkamai 2012–2015 m. priemokos didėjo – 4,3 ir 3,1 mln. eurų ir sudarė vidutiniškai 20,2 ir 28,3 mln. eurų kasmet. Nors 2009–2015 m. pacientų priemokos kompensuojamiems vaistams mažėjo visose analizuotose pacientų amžiaus grupėse (vaikų grupėje (0–17 m.) – 31,3 proc., darbingo (18–65 m.) amžiaus grupėje – 18,9 proc.), tačiau mažiausias pokytis stebimas pensinio (65+ m.) amžiaus pacientų grupėje – 8,6 proc.

Pacientų priemokos kompensuojamiems vaistams pagal ATC ligas. 2009–2015 m. kardiovaskulinę sistemą veikiantiems vaistams pacientų priemokos sudarė didžiausią dalį – 64,1 proc. visų pacientų priemokų kompensuojamiems vaistams, vidutiniškai 31,9 mln. eurų kasmet (1 lentelė) arba, kai šiuo laikotarpiu visos pacientų sumokėtos priemokos sudarė vidutiniškai 49,2 mln. eurų kasmet (1 pav.). Nors 2009–2011 m. pacientų priemokos šiems vaistams mažėjo 11,9 mln. eurų, tačiau jos sudarė vidutiniškai 32,5 mln. eurų kasmet, o 2012–2013 m. ir 2014–2015 m. jos sudarė vidutiniškai 28,8 ir 33,1 mln. eurų kasmet (1 lentelė). 2009–2015 m. prieš-

navikiniams vaistams pacientų priemokos sudarė 1,9 proc. visų pacientų priemokų kompensuojamiems vaistams, jos svyravo nuo 0,6 mln. iki 1 mln. eurų. 2009–2015 m. kardiovaskulinę sistemą veikiantiems vaistams pacientų priemokos mažėjo 14,1 proc., o priešnavikiniams vaistams didėjo 66,7 proc.

Pacientų priemokos kompensuojamiems vaistams pagal kompensavimo lygius. 2009–2015 m. pacientų didžiąją dalį visų priemokų sudarė 80 proc. kompensavimo lygio priemokos (vidutiniškai 35,8 mln. eurų kasmet) (3 pav.). Nors 2009–2011 m. šio kompensavimo lygio pacientų priemokos mažėjo 11,7 mln. eurų, tačiau jos sudarė vidutiniškai 36,2 mln. eurų kasmet, o 2012–2013 m. ir 2014–2015 m. jos sudarė vidutiniškai 32,8 ir 38,2 mln. eurų kasmet. Analizuojamu laikotarpiu 100 proc. ir 50 proc. kompensavimo lygio pacientų priemokos sudarė vidutiniškai 7,3 ir 6,9 mln. eurų kasmet. 2009–2014 m. pacientų 90 proc. kompensavimo lygio priemokos sudarė mažiausią dalį visų priemokų 0,1 mln. eurų kasmet, o 2015 m. – 0,2 mln. eurų. 2009–2015 m. pacientų sumokėtų 100 proc., 80 proc. ir 50 proc. kompensavimo lygio priemokų mažėjo (atitinkamai 25 proc., 9,8 proc. ir 4,3 proc.), o didėjo 90 proc. kompensavimo lygio priemokų –100 proc.

Rezultatų aptarimas

Aukštos vaistų kainos, esant ribotiems valstybių biudžetams, tampa viena iš pagrindinių jų prieinamumą ribojančių kliūčių. Prognozuojama, jog į vaistų rinką patenkantys inovatyvūs brangūs vaistai lems 50–100 proc. vaistams skirtų išlaidų augimą, todėl šalims kyla būtinybė pervertinti vaistų kainų nustatymo mechanizmus¹⁵. Daugelyje šalių, ypač po globalios ekonominės krizės įgyvendinant vaistų politiką, nukreiptą į išlaidų mažinimą (*angl. cost-containment policy*), taikomos vaistų kainodaros ir kompensavimo politikos bei kitos priemonės, skirtos gydytojams, farmacijos specialistams bei pacientams, skatinant generinių vaistų vartojimą¹⁶. Tačiau vaistų politika, nukreipta į išlaidų mažinimą, gali neduoti laukiamų rezultatų – suvaldyti sveikatos priežiūros išlaidų augimą ilgalaikėje perspektyvoje¹⁷. Pavyzdžiui, referencinis kainų nustatymas lemia didesnes generinių vaistų kainas nei konkurencinės rinkos sąlygomis arba ribojamas inovatyvių brangių vaistų prieinamumas, siekiant mažinti išlaidas vaistams, todėl vaistų gamintojai gali mažinti investicijas į naujų vaistų vystymą bei gamybą¹⁸. Priemonių, nukreiptų į trumpalaikį valstybės biudžeto taupymą, taikymas padidins sveikatos priežiūros išlaidas ilgalaikėje perspektyvoje¹⁹.

15 Belloni, A., Morgan, D., Paris, V. Pharmaceutical expenditure and policies: past trends and future challenges. OECD health working papers No. 87. Paris: Organization for economic co-operation and development, 2016.

16 *Ibid.*

17 Hanisch, M., Kanavos, P. Editorial: cost containment: impact and consequences. *Eurohealth*, 2008. 14 (2): 1–2.

18 *Ibid.*

19 *Ibid.*

Todėl vaistų kainų reguliavimo priemonių, nukreiptų į išlaidų mažinimą, taikymas turėtų būti vertinamas, atsižvelgiant į jų ilgalaikį poveikį valstybės biudžetui, vaistų prieinamumą bei naudą pacientams.

Lietuvoje kryptingai įgyvendintos vaistų politikos priemonės, nukreiptos į vaistų kainų mažinimą, pagerino vaistų prieinamumą kainos atžvilgiu – 2009–2011 m. tolygiai mažėjo PSDF išlaidos kompensuojamiems vaistams ir pacientų jiems priemokos. Tačiau jų poveikis buvo trumpalaikis, nes 2012–2015 m. vaistų prieinamumas kainos atžvilgiu prastėjo: PSDF išlaidos kompensuojamiems vaistams didėjo, ypač priešnavikiniams vaistams bei 100 proc. kompensavimo lygio vaistams (šiuo lygiu kompensuojami vaistai, tarp jų priešnavikiniai vaistai, skirti gydyti lėtines ligas (A sąrašas) ir kompensuojami vaistai pagal veikliąją medžiagą, skirti atskirų socialinių grupių pacientams (B sąrašas), be to, augo (itin 2014–2015 m.) pacientų priemokos, ypač kardiovaskulinę sistemą veikiantiems vaistams, o daugiausiai priemokų kompensuojamiems vaistams sumokėjo pensinio amžiaus pacientai. Pacientų didžiąją dalį priemokų sudarė 80 proc. kompensavimo lygio priemokos (šiuo lygiu kompensuojami kardiovaskulinę sistemą veikiantys vaistai), todėl jų prieinamumas kainos atžvilgiu taip pat prastėjo, nors šių vaistų vidutinė recepto kaina 2009–2015 m. išliko stabili. Didėjančios pacientų išlaidos įsigyjant kompensuojamus vaistus rodo jiems tenkančią finansinę naštą. Bazinių vaistų kainų (kompensuojama iš PSDF dalis) mažinimas turi įtakos pacientų priemokoms – jei vaistų deklaruotos kainos nemažinamos ar likusi vaisto dalis nėra padengiamą gamintojo suteikiamomis nuolaidomis, paciento priemokos didėja.

Lietuvoje įgyvendinant vaistų politiką, nukreiptą į išlaidų mažinimą, nepakankamai taikoma generinių vaistų vartojimą skatinančių kompleksinių priemonių, skirtų gydytojams, farmacijos specialistams ir pacientams²⁰. Nors pacientams generinių vaistų pasiūla kompensuojamųjų vaistų kainynuose didėjo (2013–2015 m. generiniai vaistai sudarė apie 70 proc. visų vaistų), tačiau jų prieinamumas kainos atžvilgiu negerėjo: kainynuose mažėjant generinių vaistų bazinėms kainoms, apskaičiuotos pacientų priemokos augo²¹. Pacientams geresnį šių vaistų ekonominį prieinamumą užtikrino vaistų gamintojų taikytos nuolaidos pacientų priemokoms, tačiau ilgai jų taikymas neteko pradinio poveikio, nes mažiau gamintojų buvo linkę taikyti nuolaidas bei mažinti jų dydį, todėl pacientų priemokos didėjo²². Be to, pacientams trūksta objektyvios informacijos apie patentinių vaistų pakeičiamumą į analogiškos kokybės ir veiksmingumo bei mažiau kainuojančius generinius vaistus²³. Jie vaistus renkasi atsižvelgdami tik į

20 Valstybės kontrolė. Ar užtikrinamas kompensuojamųjų generinių vaistų prieinamumas. Ataskaita. Vilnius, 2016.

21 *Ibid.*

22 *Ibid.*

23 Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos 2016 m. gruodžio 6 d. protokolinis nutarimas Nr.3S-92 (2016), *supra* note 13.

specialistų (gydytojo ar vaistininko) rekomendacijas²⁴, todėl jų išlaidos vaistams išlieka aukštos. Siekiant generinių vaistų politikos rezultatyvumo, pirmiausia būtina peržiūrėti generinių vaistų įtraukimo į kainyną ir išlikimo jame reikalavimus, kurie neskatina generinių vaistų kainų konkurencingumo²⁵. Generinių vaistų kainų ribų nustatymas nėra palankus kainų konkurencijai arba jų patekimui į rinką²⁶. Nors kainų ribojimas sumažina naujai į rinką patenkančių vaistų kiekį, todėl skatina aktyvesnę konkurenciją kainomis ir greitesnį jų mažėjimą trumpuoju laikotarpiu, tačiau ilguoju laikotarpiu lemia aukštesnes kainas nei netaikant kainų ribojimų²⁷.

Daugelyje ES valstybių narių priimant vaistų kainodaros sprendimus taikomas išorinis referencinių vaistų kainų nustatymas (*angl. external reference pricing*), nepaisant jo taikymo ribotumų^{28,29,30} bei daromo neigiamo poveikio farmacijos pramonės konkurencingumui³¹. Jose vien tik šio kainų nustatymo metodo taikymas turėtų ribotą poveikį mažinant vaistų kainas (vaistų kainos sumažėtų apie 15 proc. per 10 metų), išskyrus mažesnio ekonominio išsivystymo pagal bendrą vidaus produktą (BVP) šalis (Lietuva, Slovakija, Graikija ir Latvija)³², tačiau jose aukštos vaistų išlaidos pagal BVP (atitinkamai 2–2,4 proc. BVP, Latvijoje 1,3 proc. BVP)³³. Šiose šalyse be šio metodo kryptingiau taikomos kitos vaistų kainų mažinimo priemonės (sisteminė vaistų kainų peržiūra, dažnas vaistų kainų mažinimas, vaistų kainos skaičiavimo metodai, paremti mažiausia vaisto kaina ar trijų mažiausių vaistų kainos vidurkiu, generinių vaistų vartojimo skatinimas ir kt.)³⁴.

Tačiau šalyse taikomas išorinio referencinių kainų nustatymas išlieka iššūkiu, nes šis metodas laikytina nepakankama priemone kainoms nustatyti ir jis taiko-

24 Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Lietuvos gyventojų apklausa apie kompensuojamų vaistų įsigijimą, 2016 [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga internete: http://www.vlk.lt/naujienos/tyrimai/Documents/0131%202016%20lapk_%20Lt%20gyventoj%C5%B3%20apklausa%20apie%20vaist%C5%B3%20%C4%AFsigijim%C4%85.pdf

25 Lietuvos respublikos konkurencijos tarybos 2016 m. gruodžio 6 d. protokolinis nutarimas Nr.3S-92 (2016), *supra* note 13.

26 European Commission. Pharmaceutical sector inquiry. Final Report. 2009 [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga internete: http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/staff_working_paper_part1.pdf

27 European Commission., *supra* note 25.

28 Toumi, M., Remuzat, C., Vataire, AL., Urbinati, D. External reference pricing of medicinal products: simulation-based considerations for cross-country coordination. Final Report. 2014 [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga internete: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/erp_reimbursement_medicinal_products_en.pdf

29 Carone, G., Schwierz, Ch., Xavier, A., *supra* note 5.

30 Vogler, S., Lepuschütz, L., Schneider, P., Stühlinger, V. Study on enhanced cross-country coordination in the area of pharmaceutical product pricing. Final Report. 2015 [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga internete: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/pharmaproductpricing_frep_en.pdf

31 Toumi, M., Remuzat, C., Vataire, AL., Urbinati, D., *op. cit.*

32 Toumi, M., Remuzat, C., Vataire, AL., Urbinati, D., *op. cit.*

33 Carone, G., Schwierz, Ch., Xavier, A., *supra* note 25.

34 Toumi, M., Remuzat, C., Vataire, AL., Urbinati, D., *op. cit.*

mas suvaldyti vaistų išlaidas sparčiai augant inovatyvių vaistų kainoms³⁵. Lietuvoje nustatant kompensuojamų vaistų kainas taikomos referencinių ES valstybių narių (Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu patvirtintos referencinės valstybės – Bulgarija, Čekija, Estija, Latvija, Lenkija, Rumunija, Slovakija ir Vengrija) kainų vidurkis³⁶, tačiau šis metodas neskatina vaistų gamintojų mažinti deklaruotų vaistų kainų, todėl būtina peržiūrėti jo taikymo pagrįstumą bei tikslingumą³⁷.

ES valstybėse narėse vaistų išlaidų mažinimo priemone (taip pat generinių vaistų kainoms nustatyti) taikomas vidinis referencinių kainų nustatymas (*angl. internal reference pricing*)³⁸. Šis metodas didina vaistų kainų konkurencingumą ir neturi neigiamo poveikio vaistų pramonės vystymuisi³⁹, tačiau tik trumpuoju laikotarpiu sumažina išlaidas (brangių vaistų vartojimas pakeičiamas į referencinius, mažesnės kainos vaistus), ypač trūksta įrodymų apie administravimo išlaidas nustatant kainodarą, poveikį sveikatos priežiūros paslaugų naudojimuisi, pacientų ekonominiam prieinamumui ir jų sveikatos išėjimams⁴⁰.

Kelios ES valstybės narės priimdamos vaistų kainodaros ir kompensavimo sprendimus pradėjo taikyti vertę paremtą kainodarą (*angl. value based pricing*), nukreiptą į vaistų pirkimo ekonominį naudingumą (*angl. value for money*), naudą pacientams ir kuriamą vertę visuomenei⁴¹. Ją Europoje pirmoji pradėjo taikyti Švedija (2002 m.) nustatydamą vaistų, skiriamų pirminės asmens ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigose, kainas ir juos įtraukdama į vaistų kompensavimo sistemą. Šioje šalyje taikant vertę paremtą kainodarą vaistų kompensavimo sprendimai priimami atsižvelgiant į ekonominio efektyvumo ribos (*angl. cost-effectiveness threshold*) ir ligos intensyvumo (*angl. disease severity*) kriterijus, o poveikis biudžetui vertinamas tik esant finansiniams ribojimams⁴². Įvairiose šalyse skiriasi taikoma vertę paremta kainodara, kuri diegiama kaip alternatyva įprastiems vaistų kainos nustatymo mechanizmom. Ši referencinėse šalyse taikoma kainodaros strategija kelia iššūkius šalims, kurios vaistų kainas nustato pagal referencinių šalių vaistų kainas (vienoje šalyje nustatyta vaisto vertę paremta kaina nebūtinai atitinka kitos šalies kontekstą), be to, trūksta įrodymų apie taikymo privalumų lyginant su vaistų kainų derybų procesu⁴³. Kai kuriose

35 Toumi, M., Remuzat, C., Vataire, AL., Urbinati, D., *op. cit.*

36 Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. kovo 10 d. nutarimas „Dėl referencinių valstybių patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 31-1442.

37 Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos 2016 m. gruodžio 6 d. protokolinis nutarimas Nr.3S-92 (2016), *supra* note 13.

38 Carone, G., Schwierz, Ch., Xavier, A., *supra* note 25.

39 Carone, G., Schwierz, Ch., Xavier, A., *supra* note 25.

40 Acosta, A., Ciapponi, A., Aaserud, M., *et. al.* Pharmaceutical policies: effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014. Issue 10. Art. No.: CD005979.

41 Paris, V., Belloni, A. Value in pharmaceutical pricing. OECD health working papers No. 63. Paris: Organization for economic co-operation and development, 2013.

42 *Ibid.*

43 *Ibid.*

ES valstybėse narėse priimant vaistų kompensavimo (rečiau kainodaros) sprendimus taikomas sveikatos technologijų vertinimas (*angl. health technology assessment*). Jis gali būti taikomas priimant vaistų išlaidų mažinimo sprendimus ar kainodaros procesuose (naudojamas su išoriniu kainų nustatymo metodu)⁴⁴.

ES valstybės narės vaistų kainodaros ir kompensavimo procesuose taiko įvairius instrumentus, kurių įgyvendinimas lemia vaistų kainas ir jų prieinamumą. Lietuvoje 2009–2015 m. valstybės valdymo ir kitos valstybės institucijos, įgyvendindamos vaistų kompensavimo politiką, taikė įvairias priemones, kuriomis siekė gerinti kompensuojamųjų vaistų prieinamumą kainos atžvilgiu, tačiau jis pacientams buvo užtikrintas trumpuoju laikotarpiu (2009–2011 m.). Nuo 2016 m. šalyje kryptingai įgyvendinamos vaistų kainų mažinimo politikos priemonės, todėl sistemingas taikomų ar planuojamų taikyti vaistų kainų reguliavimo priemonių vertinimas turėtų tapti įrodymais grįstos vaistų kompensavimo politikos dalimi.

Išvados

1. 2009–2011 m. kompensuojamųjų vaistų prieinamumas kainos atžvilgiu gerėjo – mažėjo PSDF išlaidos kompensuojamiesiems vaistams (nuo 186,6 mln. iki 165,8 mln. eurų), vienam kompensuojamųjų vaistų receptui (nuo 17,7 iki 15,4 eurų) bei pacientų priemokos kompensuojamiesiems vaistams (nuo 60,6 mln. iki 43,0 mln. eurų). Tačiau 2012–2015 m. vaistų prieinamumas kainos atžvilgiu prastėjo – didėjo PSDF išlaidos kompensuojamiesiems vaistams (nuo 176,1 mln. iki 197,5 mln. eurų), vienam kompensuojamųjų vaistų receptui (nuo 16,0 iki 18,0 eurų) bei pacientų priemokos kompensuojamiesiems vaistams (nuo 45,2 mln. iki 52,7 mln. eurų).
2. 2009–2015 m. PSDF išlaidų didžiąją dalį sudarė priešnavikinių (18–27 proc.) bei kardiovaskulinę sistemą veikiančių (21–27 proc.) vaistų kompensavimas pagal 100 proc. bei 80 proc. kompensavimo lygius.
3. 2009–2015 m. pacientų priemokos vaistams sudarė apie ketvirtadalį (26,9 proc.) PSDF išlaidų kompensuojamiesiems vaistams. Didžiąją dalį (64,1 proc.) pacientų sumokėtų priemokų sudarė kardiovaskulinę sistemą veikiančios vaistai pagal 80 proc. kompensavimo lygį, o mažiausią dalį (1,9 proc.) – priešnavikiniai vaistai pagal 100 proc. kompensavimo lygį.
4. 2009–2015 m. pensinio (65+ m.) ir darbingo (18–65 m.) amžiaus pacientai dažniausiai mokėjo priemokas kompensuojamiesiems vaistams, ypač kardiovaskulinę sistemą veikiančioms vaistams pagal 80 proc. kompensavimo lygį. Be to, didžioji dalis PSDF išlaidų (95 proc. visų PSDF) buvo skirta šių amžiaus grupių (ypač darbingo amžiaus) pacientų vaistams kompensuoti.

⁴⁴ Carone, G., Schwierz, Ch., Xavier, A. *supra* note 25.

Padėka

Straipsnio autorės dėkoja Valstybinės ligonių kasos specialistams už bendradarbiavimą teikiant statistinius duomenis.

Literatūra

1. Acosta, A., Ciapponi, A., Aaserud, M., *et. al.* Pharmaceutical policies: effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014. Issue 10. Art. No.: CD005979.
2. Belloni, A., Morgan, D., Paris, V. Pharmaceutical expenditure and policies: past trends and future challenges. OECD health working papers No. 87. Paris: Organization for economic co-operation and development, 2016.
3. Carone, G., Schwierz, Ch., Xavier, A. Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU. *Economic Papers* 461, 2012 [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga internete: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp_461_en.pdf
4. Council Directive 83/570/EEC of 26 October 1983 amending Directives 65/65/EEC, 75/318/EEC and 75/319/EEC on the approximation of provisions laid down by law, regulation or administrative action relating to proprietary medicinal products (83/570/EEC). Official Journal of the European Communities. L 332/1.
5. Council Directive of 21 December 1988 relating to the transparency of measures regulating the pricing of medicinal products for human use and their inclusion in the scope of national health insurance systems (89/105/EEC). Official Journal of the European Communities. L 40/8.
6. European Commission. Pharmaceutical sector inquiry. Final Report. 2009 [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga internete: http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/staff_working_paper_part1.pdf
7. Garuolienė, K., Alonderis, T., Marcinkevicius, M. Pharmaceutical policy and the effects of the economic crisis: Lithuania. *Eurohealth*, 2011. 17 (1): 1-4.
8. Hanisch, M., Kanavos, P. Editorial: cost containment: impact and consequences. *Eurohealth*, 2008. 14 (2): 1-2.
9. Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybos 2016 m. gruodžio 6 d. protokolinis nutarimas Nr.3S-92 (2016) „Kompensuojamųjų vaistinių preparatų rinkos tyrimo išvados“ [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga internete: https://kt.gov.lt/uploads/documents/files/Vaistu_tyrimo_isvados_2016-12-06.pdf
10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga internete: <http://sam.lrv.lt/lt/naujienos/atveriami-duomenys-apie-vaistu-gamintoju-pardavimu-apimtis>

11. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. liepos 10 d. įsakymas Nr. V-572 „Dėl vaistų prieinamumo gerinimo ir jų kainų mažinimo priemonių plano patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2009, Nr. 87-3715.
12. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 23 d. nutarimas Nr. 1806 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. rugsėjo 13 d. nutarimo Nr. 994 „Dėl ambulatoriniam gydymui skirtų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, bazinių kainų apskaičiavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“. *Valstybės žinios*, 2009, Nr. 158-7191.
13. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. kovo 10 d. nutarimas „Dėl referencinių valstybių patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 31-1442.
14. Organization for Economic Co-Operation and Development. Health expenditure and financing database: pharmaceutical spending (indicator) [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga internete: <https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm#indicator-chart>
15. Paris, V., Belloni, A. Value in pharmaceutical pricing. OECD health working papers No. 63. Paris: Organization for economic co-operation and development, 2013.
16. The European Parliament and the Council Directive of 6 November 2001 on the community code relating to medicinal products for human use (2001/83/EC). Official Journal of the European Communities. L 311/67.
17. Toumi, M., Remuzat, C., Vataire, A.L., Urbinati, D. External reference pricing of medicinal products: simulation-based considerations for cross-country coordination. Final Report. 2014 [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga internete: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/erp_reimbursement_medicinal_products_en.pdf
18. Valstybės kontrolė. Ar užtikrinamas kompensuojamųjų generinių vaistų prieinamumas. Ataskaita. Vilnius, 2016.
19. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Lietuvos gyventojų apklausa apie kompensuojamų vaistų įsigijimą, 2016 [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga internete: http://www.vlk.lt/naujienos/tyrimai/Documents/0131%202016%20lapk_%20Lt%20gyventoj%C5%B3%20apklausa%20apie%20vaist%C5%B3%20C4%AFsigijim%C4%85.pdf
20. Vogler, S., Lepuschütz, L., Schneider, P., Stühlinger, V. Study on enhanced cross-country coordination in the area of pharmaceutical product pricing. Final Report. 2015 [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga internete: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/pharmaproductpricing_frep_en.pdf
21. Vogler, S., Zimmermann, N., Leopold, C., de Joncheere, K. Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis. *Southern Medical Review*, 2011. 4 (2): 22-32.

THE ACCESSIBILITY OF PHARMACEUTICALS REIMBURSED FROM THE COMPULSORY HEALTH INSURANCE FUND BUDGET IN TERMS OF PRICES IN 2009 –2015

Ligita Vaičaitytė, Gintarė Petronytė
Mykolas Romeris University, Lithuania

Summary. *This article focus on the accessibility of pharmaceuticals reimbursed from the compulsory health insurance fund (CHIF) budget in terms of prices in 2009–2015. Data on CHIF budget expenditure on reimbursed pharmaceuticals and patients co-payment for pharmaceuticals were obtained from the database of the National health insurance fund under the Ministry of Health.*

The major part of CHIF budget expenditure (45–48%) was used to cover the cost of pharmaceuticals for oncology and cardiovascular diseases at 100% and 80% reimbursement level in 2009–2015. CHIF budget expenditure on reimbursed pharmaceuticals and reimbursed per prescription, patients co-payment for pharmaceuticals decreased in 2009–2011, however, these indicators increased in 2012–2015. Patients' co-payment for reimbursed pharmaceuticals was 26.91% of CHIF budget expenditure in 2009–2015. The highest patients co-payments were paid for cardiovascular diseases pharmaceuticals at 80% reimbursement level whereas the lowest co-payments for oncology pharmaceuticals at 100% reimbursement level. The highest co-payments for reimbursed pharmaceuticals were paid by the patients of working age (18–65) and retirement age (65+). Furthermore, the major part of CHIF budget expenditure (95%) was used to cover the cost of reimbursed pharmaceuticals for both patients groups, especially for working age patients.

Although the state government and other government institutions, in implementing the pharmaceutical reimbursement policy, applied various measures to improve accessibility for reimbursed pharmaceuticals, however, the accessibility of reimbursed pharmaceuticals for patients (especially for those of the retirement age of 65+) was ensured in the short term (2009–2011).

Keywords: *pharmaceutical reimbursement policy, regulatory measures for reimbursed pharmaceuticals pricing, economic accessibility of reimbursed pharmaceuticals.*

Ligita Vaičaitytė, Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo fakulteto Politikos mokslų instituto magistrė.

Ligita Vaičaitytė, postgraduate at Mykolas Romeris University, Faculty of Public Governance, Institute of Political Science.

Gintarė Petronytė, biomedicinos mokslų daktarė, Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo fakulteto Politikos mokslų institutas. Mokslinių tyrimų kryptys: sveikatos technologijų vertinimas, sveikatos sistemos tyrimai, sveikatos politika.

Gintarė Petronytė, doctor of Biomedicine Science, Mykolas Romeris University, Faculty of Public Governance, Institute of Political Science. Research interests: health technology assessment, health system research, health policy.

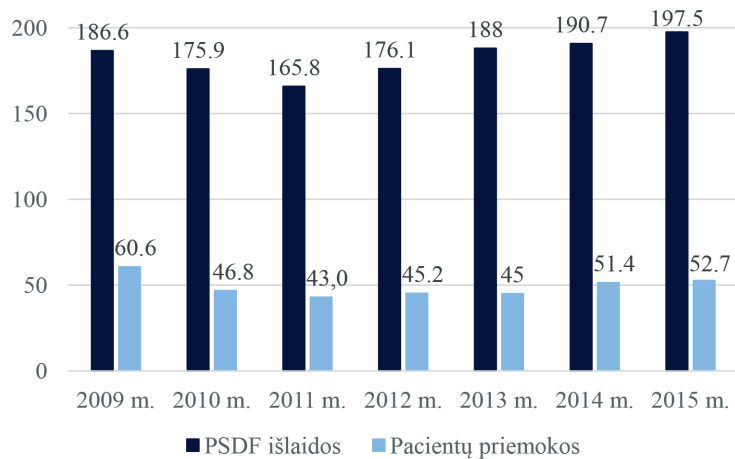
1 lentelė. PSDF išlaidos ir pacientų priemokos kompensuojamiems vaistams (mln. eurų) pagal vidutinę recepto kainą, ATC klasifikacijos ligas ir pacientų amžiaus grupes, 2009–2015 m.

	Metai							Metinis pokytis (proc.)
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
PSDF biudžeto išlaidos kompensuojamiems vaistams								
PSDF išlaidos (eurų), tenkančios vienam receptui Kasmetinis pokytis (proc.)	17,7	16,2 8,5↓	15,4 4,9↓	16,0 3,9↑	16,8 5,0↑	17,2 2,4↑	18,0 4,7↑	1,7↑
PSDF išlaidos priešnavikiniams vaistams (mln. eurų) Kasmetinis pokytis (proc.)	34,4	32,3 6,1↓	30,5 5,6↓	34,0 11,5↑	43,0 26,5↑	46,0 7,0↑	54,3 17,4↑	57,8↑
PSDF išlaidos priešnavikiniams vaistams nuo visų išlaidų (proc.) Kasmetinis pokytis (proc.)	18	18 0	18 0	19 5,6↑	23 21,0↑	24 4,3↑	27 12,5↑	50,0↑
PSDF išlaidos (eurų), tenkančios vienam priešnavikinio vaisto receptui Kasmetinis pokytis (proc.)	250	228 8,8↓	210 7,9↓	225 7,1↑	276 22,7↑	272 1,5↓	310 14,0↑	24,0↑
PSDF išlaidos kardiovaskulinių ligų vaistams (mln. eurų) Kasmetinis pokytis (proc.)	50,0	47,3 5,4↓	44,2 6,6↓	46,8 5,9↑	47,5 1,5↑	46,5 2,1↓	42,0 9,7↑	16,0↓
PSDF išlaidos kardiovaskulinių ligų vaistams nuo visų išlaidų (proc.) Kasmetinis pokytis (proc.)	27	27 0	27 0	27 0	25 7,4↓	24 4,0↓	21 12,5↓	22,2↓
PSDF išlaidos (eurų), tenkančios vienam kardiovaskulinės ligos vaisto receptui Kasmetinis pokytis (proc.)	8,2	7,7 6,1↓	7,2 6,5↓	7,3 1,4↑	7,4 1,4↑	7,3 1,4↓	7,0 4,1↓	14,6↓
PSDF išlaidos (mln. eurų) 0–17 m. amžiaus grupėje Kasmetinis pokytis (proc.)	9,8	10,4 8,3↑	10,0 3,8↓	11,6 16,0↑	10,2 12,1↓	9,6 5,9↓	9,3 3,1↓	3,1↓
PSDF išlaidos (mln. eurų) 18–65 m. amžiaus grupėje Kasmetinis pokytis (proc.)	101,9	95,1 6,7↓	91,2 4,1↓	97,6 7,0↑	107,0 9,6↑	110,0 2,8↑	117,5 6,8↑	15,3↑
PSDF išlaidos (mln. eurų) 65+ m. amžiaus grupėje Kasmetinis pokytis (proc.)	89,4	83,8 6,3↓	78,8 6,0↓	82,3 4,4↑	85,8 4,3↑	85,5 0,3↓	85,8 0,3↑	4,1↓

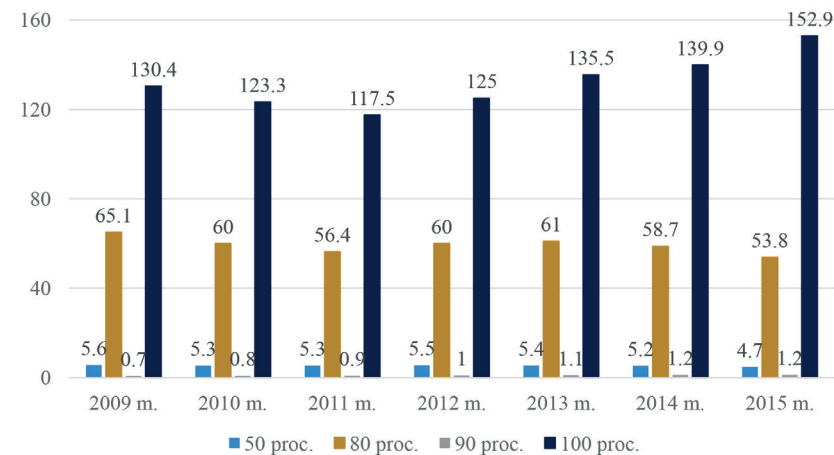
	Metai							Metinis pokytis (proc.)
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Pacientų priemokos kompensuojamiems vaistams								
Pacientų sumokėtos priemokos (mln. eurų) priešnavikiniams vaistams	0,6	1,0	0,9	0,9	0,9	1,1	1,0	66,7↑
Kasmetinis pokytis (proc.)	66,7↑	10,0↓	0	0	22,2↑	9,1↓		
Pacientų sumokėtos priemokos (mln. eurų) kardiovaskulinių ligų vaistams	39,1	31,1	27,2	29,0	28,5	32,6	33,6	14,1↓
Kasmetinis pokytis (proc.)	20,5↓	12,5↓	6,6↑	1,7↑	14,4↑	3,1↑		
Pacientų sumokėtos priemokos (mln. eurų) 0–17 m. amžiaus grupėje	1,6	1,2	0,9	0,8	0,9	1,0	1,1	31,3↓
Kasmetinis pokytis (proc.)	25↓	25↓	11,1↓	12,5↑	11,1↑	10↑		
Pacientų sumokėtos priemokos (mln. eurų) 18–65 m. amžiaus	27,0	19,7	18,0	18,8	18,7	21,5	21,9	18,9↓
Kasmetinis pokytis (proc.)	27,0↓	8,6↓	4,4↑	0,5↓	15,0↑	1,9↑		
Pacientų sumokėtos priemokos 65+ m. amžiaus grupėje	33,6	27,0	25,0	26,4	26,3	29,9	30,7	8,6↓
Kasmetinis pokytis (proc.)	19,6↓	7,4↓	5,6↑	0,4↓	13,7↑	2,7↑		

Pastaba: kasmetinis pokytis (proc.) 2009–2010 m.; 2010–2011 m.; 2011–2012 m.; 2012–2013 m.; 2013–2014 m.; 2014–2015 m.

↑ – procentinio punkto didėjimas; ↓ – procentinio punkto mažėjimas



1 pav. PSDF biudžeto išlaidos ir pacientų priemokos kompensuojamiems vaistams (mln. eurų) 2009–2015 m.

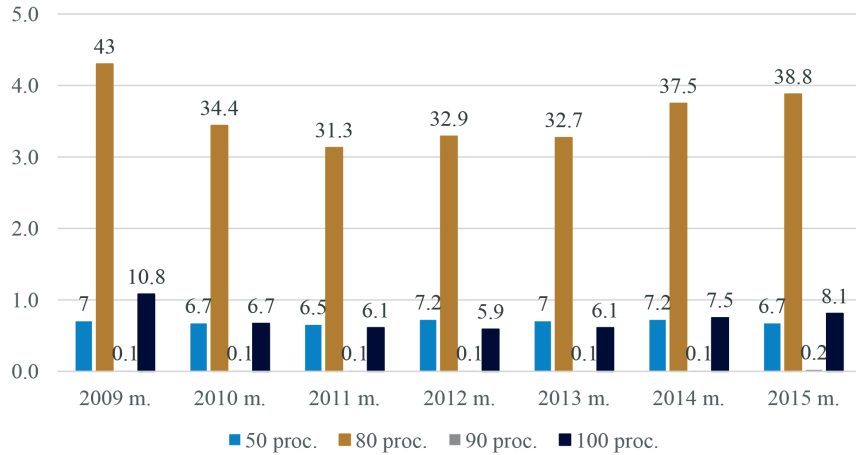


2 pav. PSDF biudžeto išlaidos kompensuojamiems vaistams (mln. eurų) pagal kompensavimo lygius 2009–2015 m.

2009–2015 m. PSDF išlaidų kompensuojamiems vaistams pagal kompensavimo lygius pokytis: 50 proc. – 16,1↓ proc.; 80 proc. – 17,4↓ proc.; 90 proc. – 71,4↑ proc.; 100 proc. – 17,3↑ proc. Kasmetinis pokytis (proc.):

	50 proc.	80 proc.	90 proc.	100 proc.
2009–2010 m.	5,4↓	7,8↓	14,3↑	5,4↓
2010–2011 m.	0	6,0↓	12,5↑	4,7↓
2011–2012 m.	3,8↑	6,4↑	11,1↑	6,4↓
2012–2013 m.	1,8↓	1,6↑	10,0↑	8,4↑
2013–2014 m.	3,7↓	3,8↓	9,1↑	3,2↑
2014–2015 m.	9,6↓	8,3↓	0	9,3↑

Pastaba: ↑ – procentinio punkto didėjimas; ↓ – procentinio punkto mažėjimas



3 pav. Pacientų priemokos kompensuojamiems vaistams (mln. eurų) pagal kompensavimo lygius 2009–2015 m.

2009–2015 m. pacientų priemokų kompensuojamiems vaistams pagal kompensavimo lygius pokytis: 50 proc. – 4,3↓ proc.; 80 proc. – 9,8↓ proc.; 90 proc. – 100,0↑ proc.; 100 proc. – 50,0↑ proc. kompensavimo lygių vaistams. Kasmetinis pokytis (proc.):

	50 proc.	80 proc.	90 proc.	100 proc.
2009–2010 m.	4,3↓	20,0↓	0	38,0↓
2010–2011 m.	3,0↓	9,0↓	0	9,0↓
2011–2012 m.	10,8↑	5,1↑	0	3,3↓
2012–2013 m.	2,8↓	0,6↓	0	3,4↑
2013–2014 m.	2,9↑	14,7↑	0	23,0↑
2014–2015 m.	6,9↓	3,5↑	100,0↑	8,0↑

Pastaba: ↑ – procentinio punkto didėjimas; ↓ – procentinio punkto mažėjimas

NEVYRIAUSYBINIŲ ORGANIZACIJŲ, ATSTOVAUJANČIŲ PACIENTŲ INTERESUS, DALYVAVIMAS VALSTYBĖS SVEIKATOS POLITIKOJE

Raimonda Jasaitytė

Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo fakulteto
Politikos mokslų institutas
Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius, Lietuva
Elektroninis paštas

Gintarė Petronytė

Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo fakulteto
Politikos mokslų institutas
Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius, Lietuva
Elektroninis paštas ginpetr@mruni.eu

Pateikta 2017 m. spalio 13 d., parengta spausdinti 2018 m. kovo 3 d.

DOI:10.13165/SPV-18-1-10-06

Santrauka

Šiame straipsnyje analizuojamas nevyriausybinių organizacijų, atstovaujančių pacientų interesus (toliau – NVO), dalyvavimas valstybės sveikatos politikoje. 2015 m. liepos–spalio mėn. atliktame kokybiniame tyrime, taikant pusiau struktūrizuotą interviu, dalyvavo devynios NVO, įsikūrusių Vilniuje ir Kaune, vadovės. NVO dalyvavimas valstybės sveikatos politikoje buvo vertinamas remiantis teoriniu A. L. Friedmano ir S. Milesio praplėstu S. R. Arnsteino suinteresuotųjų dalyvavimo pakopų modeliu (angl. stakeholder participation ladder).

Atsižvelgiant į NVO bendradarbiavimo patirtį su valdžios institucijomis ir politinį įsitraukimą, jų dalyvavimas valstybės sveikatos politikoje priskiriamas konsultavimo ir įtraukimo lygiams. NVO dalyvavimo valstybės sveikatos politikoje negalima priskirti valdžios pasidalijimo (pasidalytoji įtaka ir atsakomybė) lygiui, kai įsitraukiama į sprendimų formavimo bei priėmimo procesus. NVO dalyvauja valstybės sveikatos politikoje įsitraukdamos į valstybės institucijų suformuotų darbo grupių ir kitų darbo organų veikloje. Jų dalyvavimui valstybės sveikatos politikoje reikalingas finansavimas, glaudus tarpinstitucinis bendradarbiavimas, NVO kompetencijos bei jų aktyvus įsitraukimas. NVO ir Lietuvos Respublikos sveikatos

apsaugos ministerijos pagrindinė bendradarbiavimo forma – Lietuvos pacientų forumas, tačiau jų bendradarbiavimo vystymui būtinos prielaidos – informavimas, įtraukimas į sprendimų priėmimo procesus ir bendradarbiavimo inicijavimas. NVO dalyvavimą valstybės sveikatos politikoje riboja išorinės ir vidinės kliūtys: hierarchiniai ryšiai, lygiateisio bendradarbiavimo ir dialogo stoka su valdžios institucijomis, riboti finansiniai, žmogiškieji ir laiko ištekliai.

Reikšminiai žodžiai: nevyriausybinė organizacija, pacientai, dalyvavimas valstybės sveikatos politikoje.

Įvadas

Įtakingos, įvairiose politikos srityse veikiančios tarptautinės organizacijos (Jungtinės Tautos, Tarptautinė ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija) ir Europos regiono integracijos organizacija (Europos Sąjunga ir jos institucijos) ragina valstybes imtis veiksmų, kurie piliečius ir kitus viešosios politikos dalyvius įtrauktų į sprendimų priėmimo procesus^{1, 2, 3, 4}. Lietuvoje skatinant atvirą ir įtraukiančią viešosios politikos formavimą Valstybės pažangos strategijoje „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“⁵ ir ją įgyvendinančioje 2014–2020 m. Nacionalinėje pažangos programoje⁶, Lietuvos Respublikos Vyriausybės programoje⁷ bei kituose dokumentuose^{8, 9} numatyta stiprinti nevyriausybinių sektoriaus dalyvavimą viešojo valdymo procesuose ir užtikrinti tinkamas sąlygas jo veiklos plėtrai, bendradarbiavimui su valstybės institucijomis.

- 1 Gramberger, M. Citizens as partners. OECD handbook on information, consultation and public participation in policy-making. Paris: Organization for Economic Co-Operation and Development. 2001.
- 2 United Nations General Assembly. Equal participation in political and public affairs. Resolution adopted by the Human Rights Council on 30 September 2016. A/HRC/RES/33/22/.
- 3 Commission of the European Communities. Communication from the Commission. Towards a reinforced culture of consultation and dialogue – general principles and minimum standards for consultation of interested parties by the Commission. COM /2002/704.
- 4 Council of Europe. Code of good practice for civil participation in the decision – making process. The conference of international non-governmental organizations (INGOs) of the Council of Europe, 2009 [žiūrėta 2017-08-03]. Prieiga internete: <http://www.coe.int/en/web/ingo/civil-participation>.
- 5 Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gegužės 15 d. nutarimas Nr. XI-2015 „Dėl Valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2012, Nr. 61–3050.
- 6 Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimas Nr. 1482 „Dėl 2014–2010 metų nacionalinės pažangos programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2012, Nr. 144–7430.
- 7 Lietuvos Respublikos Seimo 2016 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XIII-82 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“. *TAR*. 2016, Nr. 28737.
- 8 Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. vasario 7 d. nutarimas Nr. 171 „Dėl Viešojo valdymo tobulinimo 2012–2020 metų programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2012, Nr. 22–1009.
- 9 Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro 2016 m. balandžio 29 d. įsakymas Nr. 1V-329 „Dėl Viešojo valdymo tobulinimo 2012–2020 metų programos įgyvendinimo 2016–2018 veiksmų plano patvirtinimo“. *TAR*. 2016, Nr. 10760.

Nevyriausybines organizacijos tapo reikšmingu sveikatos apsaugos sektoriaus partneriu, kurios ne tik atstovaudamos pacientų interesus siekia aktualių klausimų įtraukimo į politinę darbotvarkę, teikia paslaugas bei didina visuomenės informuotumą sveikatos priežiūros klausimais, bet ir kuria skaidresnę, atskaitingesnę ir greičiau reaguojančią į pacientų poreikius sveikatos priežiūros sistemą¹⁰.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (toliau – LR SAM), sveikatos srities viešojo valdymo institucija, vysto bendradarbiavimą su nevyriausybiniu sektoriumi ir jo dalyvavimą priimant sveikatos priežiūros sprendimus: kartu su pacientų organizacijomis įsteigė bendradarbiavimo platformą – Lietuvos pacientų forumą¹¹, taiko kitas bendradarbiavimo formas (informacijos teikimas, konsultavimas, finansavimas), o NVO, ypač jas vienijančias struktūras (Lietuvos pacientų organizacijų atstovų taryba, Lietuvos pacientų forumas) įtraukia į konstruktyvų dialogą sprendžiant sveikatos priežiūros klausimus.

Nuo 2006 m. Sveikatos sistemos vartotojų organizacija (*angl. Health Consumer Powerhouse*) Europos šalyse vertina pacientų organizacijų įtraukimą į sveikatos priežiūros sprendimų priėmimą (sveikatos apsaugos ministerijos ar vietos valdžios lygmenimis)¹². Lietuvoje šis rodiklis jau daugiau nei dešimtmetį išlieka aukštas (skiriamas maksimalus balų skaičius – 3, išskyrus 2006 ir 2007 m. – 1 balas ir 2014 m. – 2 balai)¹³. Ši organizacija nekelia tikslo paaiškinti šio rodiklio Lietuvos kontekste, tačiau pažymi apie žemą pacientų organizacijų atsakomumo lygį atliekamuose tyrimuose. Pacientų organizacijų įsitraukimas į valstybės sveikatos politiką itin mažai tyrinėtas^{14, 15}, todėl šios srities tyrimai tampa reikšmingi, siekiant suteikti priimamiems sveikatos priežiūros sprendimams legitimumo bei vystyti atvirą ir įtraukiančią sveikatos politikos formavimą ir įgyvendinimą.

Šio straipsnio tikslas – įvertinti nevyriausybinių organizacijų, atstovaujančių pacientų interesus, dalyvavimą valstybės sveikatos politikoje.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Kokybinis tyrimas, taikant pusiau struktūrizuotą interviu, buvo atliktas telefonu 2015 m. liepos–spalio mėn. Tyrime buvo taikomi NVO (i-ii) ir jų atsto-

- 10 Organization for Economic Co-Operation and Development. Lithuania: fostering open and inclusive policy making. Key findings and recommendations. Paris: Organization for Economic Co-Operation and Development. 2015.
- 11 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Įsteigtas pacientų forumas [žiūrėta 2017-08-03]. Prieiga internete: <http://sam.lrv.lt/lt/naujienos/isteigtas-pacientu-forumas>.
- 12 Health Consumer Powerhouse. Euro health concumer index 2006. Health Consumer Powerhouse.
- 13 Health Consumer Powerhouse. Euro health concumer index 2007, 2008, 2009, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016. Health Consumer Powerhouse.
- 14 Raulinaityte, A. Pacientų organizacijų dalyvavimas sveikatos politikos sprendimų priėmimo procese. Magistro baigiamasis darbas. Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2014.
- 15 Mikulskienė, B., Pitrenaitė-Žilinskienė, B., Jankauskienė, D., Augaitė V. Interesų raiška viešojo valdymo institucijose: švietimo ir sveikatos sektorių darbo grupių veiklos palyginamoji analizė. Mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2013.

vų (iii– iv) atrankos kriterijai: i) NVO narystė pacientų forume, ii) NVO veiklą vykdo ilgiau nei 10 metų, iii) narystė NVO, iv) aktyvus dalyvavimas sveikatos politikoje. Tyrime dalyvavo devynios informantės – NVO, įsikūrusių Vilniuje ir Kaune, vadovės. Tyrime taikytas autorių parengtas ir žvalgomojo tyrimo metu išbandytas klausimynas apie NVO dalyvavimą valstybės sveikatos politikoje, jų tarpusavio bendradarbiavimą su valdžios institucijomis bei kliūtis, ribojančiomis NVO dalyvavimą valstybės sveikatos politikoje. Kokybinių duomenų analizei taikytas turinio (*angl. content*) analizės metodas, leidžiantis formuoti išvadas remiantis analizuojamu tekstu¹⁶.

Šiame straipsnyje dalyvavimas valstybės sveikatos politikoje apibrėžiamas kaip procesas, kurio metu suinteresuotieji (LR SAM bei NVO deleguoti asmenys) bendradarbiauja sudarant politinę darbotvarkę ir / ar priimant sveikatos priežiūros sprendimus. NVO dalyvavimas valstybės sveikatos politikoje buvo vertinamas remiantis teoriniu A. L. Friedmano ir S. Milesio (2006) praplėstu S. R. Arnsteino (1969) suinteresuotųjų dalyvavimo pakopų modeliu¹⁷ (*angl. stakeholder participation ladder*). Ši suinteresuotųjų įtraukimo ir valdymo lygių tipologija apima dvylika pakopų (nuo manipuliavimo iki suinteresuotųjų kontrolės), skirstoma į dalyvavimo lygius (gali kisti nuo nedalyvavimo iki suinteresuotųjų valdžios), valdymo stilius (gali kisti nuo autokratinio iki iniciatyvaus / reaguojančio), suinteresuotųjų įtakos lygius (gali kisti nuo žinojimo apie sprendimą iki sprendimo formavimo / pritarimo), ketinimą įtraukti suinteresuotuosius (gali kisti nuo pastangų keisti suinteresuotųjų lūkesčius iki jų daugumos atstovavimo sprendimų priėmimo procesuose) bei dialogo tarp suinteresuotųjų tipus (gali kisti nuo vienpusio iki daugiadimensinio).

Tyrimo rezultatai

1. NVO dalyvavimas valstybės sveikatos politikoje

Tyrime dalyvavę informantai pagrindine įtraukimo į valstybės sveikatos politiką forma įvardijo dalyvavimą valstybės institucijų suformuotų darbo organų (darbo grupių, komisijų, tarybų) veikloje. Dauguma jų pažymėjo apie NVO dalyvavimą LR SAM suburtose darbo grupėse, tačiau skyrėsi vertinimai apie jį bei NVO deleguotų atstovų indėlį darbo grupės galutiniam rezultatui. Informantas [I 2] pažymėjo, kad nuolatiniai NVO atstovai deleguojami į LR SAM darbo grupes [darbo grupė – konsultacijos, klausimų sprendimas, aut. past.] *Sveikatos apsaugos ministerijoje buvom kviečiami ir tiesiog mes pasiskyrėm, kadangi mes priklausom pacientų forumui. <...> tai mes tiesiog išrinkome vieną organizaciją, kuri dalyvautų dažniau darbo grupėse, o mes kontaktuojam telefonu, elektroniniu paštu <...>*. bei pozityviai

¹⁶ Židžiūnaitė, V., Sabaliauskas, S. Kokybiniai tyrimai: principai ir metodai. Vilnius: Vaga, 2017.

¹⁷ Friedman, AL., Miles, S. Stakeholders: the theory and practice. Oxford: University press. 2006.

vertino jų dalyvavimo indėlį *Aš vis tiek galvoju, kad gal ir mažais žingsniais, bet įtaka yra daroma, bent jau atsižvelgiama yra į nuomonę, iškeliami klausimai jei nėra iš karto išspręsti, bet savo indėlį, kad ir ateityje, vis tiek duoda.* [I 2]. Kiti informantai taip pat nurodė NVO atstovų dalyvavimo indėlį LR SAM darbo grupėse [darbo grupė – konsultacijos, klausimų sprendimas, aut. past.]; *Įtakos, žinoma, kad turi. Svorio pridėda tikrai ir labai daug ir mes kartais per darbo grupes išsprendžiam iš tikrųjų aktualias problemas, jeigu taip nebūtų, tai būtų nereikalingas nevyriausybinių sektorius.* [I 4]; *<...> nėra taip, kad šimtu procentų viską priimtų, ką mes siūlom, bet į nemažą dalį mūsų pasiūlymų yra atsižvelgiama.* [I 9]. Tačiau NVO dalyvavimas neturi jokios įtakos LR SAM darbo grupėse, kurios buriamos priėmus strateginius sprendimus ir jose svarstomi suformuluoti klausimai [darbo grupė – informacijos teikimas, klausimų sprendimas, aut. past.] *<...> aišku, jeigu jau yra kažkoks esminis sprendimas padarytas, jeigu kažkam nėra lėšų arba kažko nekeičiam, arba kažko nedarom, kartais ir užkulisiniais žaidimais būna tai padaroma, tai tada ten jokių įtakų niekas nepadarys, jeigu yra priimtas esminis politinis sprendimas.* [I 7]; *Nelabai gali įtakoti. Šiuo metu, paskutiniai šie keleri metai, tikrai nieko neįtakoja, vienintelis plusas iš to dalyvavimo tai, kad gauna informacijos nevyriausybinių organizacijos <...>. Tai šiai dienai tiesiog neįmanoma kažkaip įtakot ir įrodyt, kad reikėtų truputėlį elgtis ir daryt kitaip, nes ir vėl sakau, daugumoj dominuoja tie kiti tradicinių daug metų dirbančių įstaigų deleguoti specialistai ir ministerijų atstovai, ir jie tradiciškai įgyvendina tai, kas yra įprasta <...>.* [I 8]. Be to, NVO neįtraukiamos į LR SAM darbo grupes, kurių veiklos rezultatas – suderintas teisės akto projektas [darbo grupė – administravimo funkcijos vykdymas, aut. past] *Kviečiami retai – jeigu nori kokį įsakymą greičiau prastumti tai pasistengia taip padaryti, kad mus užmiršta. Čia yra tokie dalykai. Po to aišku jie teisinasi, kad kvietėm, <...>* [I 1]. Nors informantas negatyviai vertino NVO atstovų dalyvavimą LR Vyriausybės posėdžiuose, tačiau išvelgė vykstančius teigiamus pokyčius *Tą įtaką visgi sunku padaryti. <...> posėdžiai [Vyriausybėje] vyksta labai formaliai labai dažnai tiesiog valdžios atstovai ateina ten pasiruošę tam tikrus savo pranešimus, kuriuos paskaito ir paskui pacientai [pacientų organizacijų atstovai] nelabai jau turi galimybę. Tarkim, jeigu pacientų organizacijos kelia kažkokias problemas, prieštarauja ar nesutinka su tam tikrais Vyriausybės sprendimais, tai nelabai nori klausyti jų balso ir tiesiog kartais net neleidžia pasisakyti, nutraukia <...>. Tai iš tiesų yra sudėtinga dalyvauti tuose posėdžiuose, bet visgi pokyčių yra, pasiekimų yra tam tikrų.* [I 3].

Remiantis teoriniu A. L. Friedmano ir S. Milesio praplėstu S. R. Arnsteino suinteresuotųjų dalyvavimo pakopų modeliu, NVO dalyvavimą valstybės sveikatos politikoje galima priskirti konsultavimo ir įtraukimo lygiams. NVO suteikiama galimybė pateikti poziciją sprendimo priėmimo procese, bet valdžios institucijos pasilieka sprendimo priėmimo teisę, todėl toks dalyvavimas tampa simboliniu: *Dalyvauja, gali dalyvauti. Tik tai iš valstybės institucijų vis dar matosi noras neįsileisti nevyriausybinių, ypatingai pacientų, nes dar yra tas stere-*

otipas, kad tik rėks ir reikalaus <...>. Tai labai dažnai apie kažkokius įvykusius sprendimus sužinai jau po arba sužinai besibaigiant procesui, <...>. Tačiau tas procesas po truputį juda, jau vis dažniau kviečiasi ir pačios valstybinės institucijos. Kreipiasi prašydamos nuomonės, kviečiasi į posėdžius ir tada darosi lengviau bendrauti <...>. [I 7]; *Praktiškai daug kur esame kviečiami, bet ne visur. <...> mūsų [pacientų organizacijų] nuomonė ne visada sutampa su ministerijos [LR SAM] nuomone ir kitą kartą praktiškai ir nepakviečia, o pasikviečia tas organizacijas jau kai būna priimtas sprendimas, kad pasakyti, kad suderinta <...>. [I 9]. Tačiau kai kurios NVO įtraukiamos į sprendimo priėmimo procesus, suteikiant galimybę daryti įtaką sprendimo priėmimo procese, tačiau galutinį sprendimą priima valdžios institucija, todėl toks dalyvavimas laikomas įtraukiančiu: <...> dalyvaujame daugelyje darbo grupių, kur yra svarstomas būtent mūsų pacientų gydymas, prieinamumas, gydymo sąlygų gerinimas <...>. Taigi iš tikrųjų mes patys dalyvaujame ir teikiame pasiūlymus ir manau, kad esam komanda bendra. [I 4] [darbo grupės – konsultacijos, klausimų sprendimas, kompromisų ieškojimas, aut. past.]. Šiandien dienai mūsų organizacija yra pacientų forume, kuris vienija ne vieną organizaciją iš įvairių sričių ir tas dalyvavimas toje veikloje duoda rezultatų, nes būna pateikti siūlymai. Ir tie siūlymai nusiūsti sveikatos ministerijai daro šokių tokią įtaką. [I 2].*

NVO dalyvavimas valstybės sveikatos politikos formavime ir įgyvendinime priklauso nuo valstybės institucijų įtraukimo. Informantai nurodė, kad NVO dažniau įtraukiamos į valstybės sveikatos politikos įgyvendinimą nei formavimą: <...> politikos formavime tai yra su Seimo sveikatos komitetu ar tais specialistais, kurie rengia teisės aktus nelabai įsileidžia nevyriausybinių organizacijų. Jie kviečiasi ekspertus iš savo sveikatos priežiūros įstaigų, profesorius, klinikų vadovus ir taip toliau <...>. [I 8]; *Teoriškai turi galimybę visos dalyvauti, o praktiškai irgi priklauso dalyvavimas nuo to ar esame įtraukiami į kažkokius vykdymus, kurie jau yra formuojami Sveikatos ministerijoje ar Ligoninių kasoje, ar Vyriausybėje. [I 9]; Labiausiai ir dalyvauja [NVO] įgyvendinime, nes būna priimant sprendimus nekviečia, bet reikia juos vykdyti, kas susiję su sveikatos klausimais. [I 6]. Informantai pagrindinėmis NVO dalyvavimo valstybės sveikatos politikoje sąlygomis įvardijo finansavimą *Kitas dalykas finansavimas, nes viskas atsiremia į finansavimą. Organizacija negali veikti, jeigu ji neturi, kaip pasakyti, savo finansinio įnašo. [I 6]; Negali nevyriausybinių specialistai, ekspertai, kaip daug kas galvoja, dirbti už ačiū <...>. Tai, kad koalicijos laikytųsi ir nevyriausybinių organizacijos būtų stiprios, nemaža grupė žmonių turi būti įdarbinta organizacijos ir dirbtų kaip specialistai, kaip profesionalai, savanoriškai čia nieko nepadarysi. [I 8], glaudų tarpinstitucinį bendradarbiavimą Gal dažnesni turėtų būti susitikimai su nevyriausybinių organizacijomis. <...> yra ir pačios ministerijos [LR SAM] inicijuotas pacientų forumas, kur pati ministerija pasitelkia organizacijų atstovus – tai jau čia yra pirmas toks žingsnis labai rimtas. [I 2]; Turėtų būti im-**

peratyvi nuostata visų lygių sveikatos politikos įgyvendinime – tiek savivalda, tiek ministerija [LR SAM]. <...> kad visur dalyvautų paslaugų vartotojai, pacientai. [I 8], NVO kompetencijas ir jų aktyvų įsitraukimą Nevyriausybiniuose organizacijose yra, jie turi krūvą gerų ekspertų ir iš tiesų tie ekspertai galėtų kalbėti su tais profesionalais ta pačia kalba, bet aiškinant ir įvedant į politiką visus naujus dalykus. [I 8]; Pati organizacija turi save kažkaip tai pozicionuoti, būti savo srityje tuo specialistu ir labai gerai išmanyti. Tai čia, žinokit, yra pats svarbiausias dalykas, nes tikrai jeigu į Sveikatos apsaugos ministeriją nueisim ir sakysim, kad yra blogai <...> tik kelsim problemas, bet nepateiksim siūlymų, kaip tai galima keisti tai tada nieko ir nebus. [I 4]; Ir šitoj vietoj manau, kad reikalingas dar vis tiek didesnis aktyvumas nuo organizacijų atstovų į tas darbo grupes <...>. [I 2] bei teigiamą požiūrį į nevyriausybinių organizacijų veiklą Kad tikrai tas požiūris būtų tikrai kaip į lygiavertį partnerį, ne kaip į priešą. <...> nėra to lygiavertio požiūrio ir žiūrима nepalyginsi kaip prieš dešimt ar net prieš penkis metus, bet žiūrима kaip jau gal nebe kaip į priešą, bet kaip į trukdį. [I 7].

Tyrime informantai nurodė dalyvavimo valstybės sveikatos politikoje koalicijų sudėtyje privalumus, tokius kaip galimybę atstovauti didesnei pacientų grupei, pozicijos svarumą sprendimų priėmimo procesuose bei bendrų tikslų siekimą (pvz.: darbo grupėse ar komisijose). Pasak jų, net ir tais atvejais, kai koalicija sudaroma spręsti siauros srities klausimus, skirtus mažai pacientų grupei (pvz.: reta liga sergantieji) efektyviau randami bendri sprendimai. Tačiau dalyvavimo valstybės sveikatos politikoje koalicijų sudėtyje kylančiomis kliūtimis informantai įvardijo bendros veiklos koordinavimą bei valdymą, vieningos pozicijos suderinimą bei interesų konfliktus.

2. NVO tarpusavio bendradarbiavimas ir su valdžios institucijomis

NVO, susivieniję į struktūrinius vienetus (pvz.: koalicijas, asociacijas ir kt.) bei atstovaudamos didesnę suinteresuotųjų grupę, gali veiksmingiau įsitraukti į sveikatos politikos procesus. Informantai pagrindinėmis NVO tarpusavio bendradarbiavimo formomis nurodė Lietuvos pacientų forumą ir dalyvavimą jo veikloje, skėtines organizacijas ir asociacijų koalicijas. Tačiau tarpusavyje nevyriausybinių organizacijos aktyviausiai bendradarbiauja joms aktualiais bendro pobūdžio klausimais, o specifinėse, tik jų atstovaujamos nevyriausybinių organizacijos pacientams svarbiose srityse, jos veikia individualiai.

LR nevyriausybinių organizacijų plėtros įstatymas reglamentuoja valstybės institucijų ir nevyriausybinių organizacijų bendradarbiavimo principus bei formas (informavimas, konsultavimas ir finansavimas)¹⁸. LR SAM bendradarbiavimas su kitomis institucijomis, tarp jų NVO, yra įprasta veikla. Informantai

18 Lietuvos Respublikos Seimo 2013 m. gruodžio 19 d. įstatymas Nr. XII-717 „Lietuvos Respublikos nevyriausybinių organizacijų plėtros įstatymas“. TAR. 2014, Nr. 18.

nurodė reikalingas LR SAM ir NVO bendradarbiavimo sąlygas – informavimą (dalijimasis informacija) ir įtraukimą į sprendimų priėmimo procesus. *Pirmiausia manau, kad Sveikatos apsaugos ministerija turi dalintis informacija apie iškilusias problemas arba kažkokias susidariusias situacijas, arba ruošiamus priimti sprendimus ir keičiamas kainas, pavyzdžiui, vaistų kompensuojamų ar nekompensuojamų. Yra daug sričių kur reikia abiem pusėm susėsti ir tartis. <...> tada reikia informuoti tą nevyriausybinių organizaciją – vieną ar kitą – nesvarbu, ir jeigu ją tas domina, jeigu liečia ir sėsti prie bendro stalo, priiminėti ir galvoti, kaip padaryti geriau. Nes jeigu informacija nepasidalinama, tai nežinau gali būti nuslepama ir sprendimas tada vienašališkas labai. Tokiu atveju tai ne bendradarbiavimas, tai tik kažkoks veiksmas <...>. [I 1]; <...> sveikatos priežiūros politikai ir Sveikatos apsaugos ministerijos vykdomoji valdžia turėtų suprasti tokį vieną labai paprastą dalyką, kad pacientas visada teisis ir, kad nepriiminėtų tokių sprendimų nepasitarę su žmonėmis, ko žmonėms šiai dienai reikia. <...> ir kada tas dalyvavimas bus 50 ant 50, tada aš galvoju nebus daroma tiek daug labai grubių klaidų kas vyksta šiandien. [I 8].*

Keli informantai nurodė bendradarbiavimo inicijavimo stoką iš LR SAM: *Aš galvoju, kad vis tiek turėtų būti kokie nors periodiškai susitikimai ar į metus nors kartą, kad ir pasikeitus tam ministrui nors kartą turėtų ministerijos vadovybė susitikti su pacientų oficialiai veikiančiom ne kokiom tai dirbtinai sukurtom organizacijom ir aptarti, ir išklausti mūsų pozicijas – ko mes norim iš sveikatos iš sveikatos apsaugos, kokios problemos šiuo metu yra ir ką galėtume kartu nuveikti, kartu su sveikatos ministerija derinant tą poziciją, ir kad būtume visi išklausti priimant tuos sprendimus. [I 9]; <...> mano manymas apie lygiavertiškumą [lygiavertis bendradarbiavimas tarp LR SAM ir NVO], tai aš linkusi manyti, kad visų pirma lygiavertis turi būti pokalbis iš esmės tai yra, kad sveikatos politikai būtų pasiekiami pacientų organizacijom bet kokiam pokalbiui. Tada yra išklausiama viena ir kita pusė, tada yra susipažįstama, tada žingsnis po žingsnio galima kalbėti plačiau, atvirai <...>. [I 5].*

Be to, jie kritiškai vertino NVO gebėjimus, ypač reikalingus vystant lygiavertį bendradarbiavimą su LR SAM *<...> dėl lygiavertiškumo [lygiavertis bendradarbiavimas tarp LR SAM ir NVO], tai daug priklauso nuo pačios nevyriausybinių organizacijos, kiek jinai yra stipri ir kiek jos balsas iš tikrųjų yra girdimas. Ar kiekvieną kartą atsižvelgia – tai turbūt tikrai ne kiekvieną kartą atsižvelgia į siūlymus, bet tai irgi yra natūralu. [I 4]; Manau, kad pirmiausia tos nevyriausybinių turi turėti kompetentingų asmenų, nes yra problema, kad dažnai neturi <...>. Kai neturi kompetentingų asmenų, jie [pacientų draugijos] kelia tam tikras problemas, bet nesūlo jokių sprendimo būdų, nežino, nesupranta kaip išspręsti, nežino ką pasiūlyti arba siūlo kažkokius neįgyvendinamus dalykus <...>. Tai jei nevyriausybinių organizacijos turėtų tokius žmones – tai tokia būtų sąlyga pirma <...>. [I 3]. Informantas pažymėjo apie bendradarbiavimo vystymą ne tik su LR*

SAM, bet ir su kitomis valstybės institucijomis *Aš sakyčiau, kad nereikia apsiriboti vien ministerija, yra ir Valstybinė ligonių kasa, ir teritorinės ligonių kasos, yra ir Seimo sveikatos reikalų komitetas, tai bent jau šios trys institucijos. Šiaip yra dar sveikatos patarėjas vyriausybėje ir patarėja, kuruojanti sveikatos klausimus prezidentūroje, tai sakyčiau reikėtų bendradarbiauti su visais, ne vien tik su ministerija <...>. [I 7].*

3. Kliūtys, ribojančios NVO dalyvavimą valstybės sveikatos politikoje

Nors informantai vieningai teigė apie bendradarbiavimo būtinybę priimant sveikatos priežiūros sprendimus su valstybės institucijomis, tačiau jie susiduria su tarpusavyje susijusiomis vidinėmis ir išorinėmis kliūtimis, kurios riboja jų dalyvavimą valstybės sveikatos politikoje. Jie išorinėmis kliūtimis, kylančiomis iš LR SAM nurodė hierarchinius ryšius *<...> ribojimas pagrindinis yra vis tiek – tu bet kada ir bet kokias klausimais neprisibersi į Sveikatos ministeriją. Turi laukti, nes tai yra valdymo organas ir vis tiek, kol paskirs tau vizitą ir kol suorganizuos kokį susitarimą, susirinkimą. [I 2], lygiateisio bendradarbiavimo ir dialogo stoką <...> vis dar nesam lygiaverčiai partneriai dar žiūrима šiek tiek kaip ne į partnerius, o kaip į trukdžius, bet bent jau ne kaip į priešus, nors pasitaiko, kad ir kaip į priešus žiūri. [I 7], informacijos dalijimosi stoką *Informacijos stoka iš pačios Sveikatos apsaugos ministerijos. [I 4] bei nenorą bendradarbiauti su aktyviomis NVO *Aš galvoju imant konkrečiai mūsų organizaciją, tai mes esam per daug agresyvi organizacija ir mūsų privengia truputėlį <...>. [I 8]. NVO teikdamos siūlymus ir juos atstovaujančios LR SAM susiduria su teisinėmis, finansinėmis bei organizacinėmis kliūtimis <...> ar jeigu teikti kažkokius siūlymus, įtakoti – visi pagerinimai remiasi į finansus ir dar yra įstatymų tvarka, visa iniciatyva gali sužlugti dėl Sveikatos ministerijos kitą kartą ir nepadarytų darbų, ir finansinių klausimų nepaskirstytų, ir taip toliau. [I 2].***

Dauguma informantų išskyrė dalyvavimo valstybės sveikatos politikoje vidines kliūtis – ribotus žmogiškuosius, laiko ir finansinius išteklius: *Mūsų organizacija pagrinde su tuo susiduria, kad trūksta laiko, trūksta žmonių ir dirbam naktim, ir stengiamės visur suspėti <...>. Bet manom, kad esame pasiekę nemažai, nors jeigu būtų galimybės galėtume daugiau. Yra darbų kuriuos reikėtų padaryti, kuriems reikėtų skirti laiko, bet tiesiog jau fiziškai nebesugebi. [I 7]; Čia, be abejo, mes susiduriame su tais vadybiniais dalykais, nes nevyriausybinių organizacijos daugumoje yra savanorišku principu, tai yra nemokamos pozicijos, neapmokama veikla, <...>. Pacientų draugijų administratoriai arba administracinis biuras, mano giliu įsitikinimu, turėtų būti gaunantis finansavimą ir dirbantis savo darbu <...>. Nors aišku dabar yra galimybės, projektų rašymas, dar kažkokie tai finansavimo šaltiniai, bet ir juos gauti, susitvarkyti, reikalinga profesionaliai <...>. Pirma trūksta profesionalių įgūdžių, reikalinga pagalba iš šalies <...>. Mes norėtume*

matyti žmones – pacientų organizacijų atstovus labiau įtrauktus į sveikatos politikos formavimą, bet tam reikia turėti, tas kuris atstovaus pacientų organizaciją arba tie, kurie atstovaus, jie turi turėti tam laiko sudalyvauti sakysime, tai ženkliai geriau vyksta tada šitie procesai. [I 5]. Informantas pažymėjo, kad priimant sprendimus trūksta politinės valios, lėtai vyksta sprendimų priėmimo procesai, kurių rezultatas – nepalankūs sprendimai pacientams *Vieninteliai sunkumai yra tie, kad priimami sprendimai, kurie mums yra nepalankūs, jie yra nutolę nuo pacientų poreikių. Nes vienas dalykas yra pati politika, kuri ir nulemia, bet pamirštas yra žmogus. Kai kuriais atvejais tai liūdina, kad politiniai sprendimai pacientams situacijos negerina, gal netgi ir kai kuriais atvejais ir blogina. Kartais trūksta politinės valios, kad sprendimai judėtų greičiau <...> labai lėtas iš tikrųjų procesas.* [I 4].

Rezultatų aptarimas

Valdžios institucijų ir NVO bendradarbiavimo intensyvumas ir jo formos priklauso nuo įvairių veiksnių. Atliktas tyrimas rodo, kad LR SAM kryptingai bendradarbiavimą sutelkia su keliomis NVO vienijančiomis struktūromis ir jis vyksta hierarchinių santykių lygmenyje. Toks bendradarbiavimo pobūdis leidžia kelti prielaidą, kad vienašališkas sąlygų nustatymas gali tapti kliūtimi ieškant bendro sutarimo su skirtingus interesus turinčiomis NVO ir kitais suinteresuotaisiais, kurie dalyvauja formuojant ir priimant sveikatos priežiūros sprendimus. NVO, ypač jas vienijančios struktūros, pripažįstamos valstybės sveikatos politikos dalyviais, tačiau joms suteiktas ribotas vaidmuo sprendimų priėmimo procesuose, į kuriuos jos įtraukiamos suformulavus svarstomus klausimus arba kai kuriuos sprendimus jau priėmus. NVO neįtraukiamos į politinės darbotvarkės sudarymą ir prioritetų nustatymą, todėl nesuteikiama teisė formuoti sprendimų ir jiems pritarti (arba jos neįtraukiamos į aukščiausią dalyvavimo sprendimų priėmimo procesuose lygmenį¹⁹). Tačiau LR SAM turėdama galutinio sprendimo priėmimo teisę NVO įtraukia į įvairias darbo grupes (jos yra dalyvavimo viešojo valdymo procese priemonė bei ministerijų ir LR Vyriausybės organizacinio valdymo instrumentas²⁰), suteikiant joms galimybę pateikti poziciją svarstomu klausimu, bet NVO turi mažai svertų daryti reikšmingą įtaką galutiniam darbo grupės rezultatui. Autoriai, nagrinėję LR SAM buriamų darbo grupių veiklą, pažymi, kad jose dominuoja LR SAM ir kitų valstybės institucijų atstovai nei tikrieji suinteresuotieji (tarp jų, NVO)²¹. Be to, jiems suteikiama periferinė po-

19 Council of Europe. Code of good practice for civil participation in the decision – making process, *supra* note 4.

20 Mikulskienė, B., Pitrenaitė, B., Jankauskienė, D. Darbo grupių vieta sveikatos apsaugos ministerijos organizacinėje struktūroje. Sveikatos politika ir valdymas. 2012; 1 (4): 64-83.

21 *Ibid.*

zicija darbo grupės tinklo struktūroje²², kuri rodo NVO kaip vieno iš tinklo nario ribotą indėlį darbo grupėje, mažą bendradarbiavimo lygį bei įtaką priimant sprendimus.

LR SAM, vykdanči viešojo administravimo veiklą ir kitus viešojo valdymo procesus sveikatos srityje, prisiima politinę atsakomybę už priimamus ir įgyvendinamus sprendimus, todėl ilgą laiką vyrauja simbolinis NVO ir kitų suinteresuotųjų dalyvavimas valstybės sveikatos politikoje. Toks dalyvavimas joms leidžia išreikšti interesus ar teikti paramą atskirais klausimais sprendimų priėmimo procesuose (išsklausomi prieš priimant sprendimą), bet neturi įtakos priimant sprendimus. Tačiau atliktas tyrimas leidžia išvengti pozityvių pokyčių, nes NVO, turinčios dalyvavimo sveikatos politikoje ir ilgalaikę bendradarbiavimo patirtį su LR SAM, įtraukiamos į sprendimų priėmimo procesus ir gali daryti įtaką priimamiems sprendimams, be to, su jomis LR SAM vysto konstruktyvų dialogą. Šioms institucijoms iššūkiais išlieka NVO dalyvavimo užtikrinimas sprendimų priėmimo procesuose, atsakomybės pasidalijimas bei bendradarbiavimo vystymas, grindžiamas lygiateisiškumo principais. Antra vertus, šalyje neatlikta tyrimų, analizuojančių NVO dalyvavimą sprendimų priėmimo procesuose iš sveikatos politikų ir sprendimo priėmėjų perspektyvos, kurie būtų reikšmingi kuriant NVO įtraukimo į juos instrumentus.

Nors NVO dalyvavimas valstybės sveikatos politikoje reikšmingas pacientams bei valdžios institucijoms, priimančioms politinius ir strateginius sprendimus, tačiau pagrindinės dalyvavimo valstybės sveikatos politikoje ir sprendimų priėmimo procesuose kliūtys kyla iš abiejų pusių – valdžios institucijų ir NVO²³. NVO, veikiančioms savanoriškumo pagrindais, sudėtinga efektyviai atstovauti pacientų interesus turint ribotus žmogiškuosius, finansinius ir laiko išteklius, o neišvystyti aktyvaus įsitraukimo į sprendimų priėmimo procesus mechanizmai bei instrumentai tapo jų viena iš pagrindinių dalyvavimo valstybės sveikatos politikoje kliūčių.

Pacientų atstovų įtraukimas į sprendimų priėmimo procesus išlieka aktuali klausimu ir kitose šalyse. Pavyzdžiui, Belgijoje pacientų organizacijos ribotai įsitraukiamos į sveikatos priežiūros sprendimų priėmimą²⁴. Šios šalies suinteresuotųjų (politikų, sprendimų priėmėjų, pacientų organizacijų ir kt.) požiūriu, priimant sprendimus dėl sveikatos priežiūros finansinių išteklių paskirstymo suinteresuotieji (pacientų ir visuomenės atstovai) turėtų būti įtraukiami atsižvelgiant į priimamo sprendimo tipą – strateginis (pvz., prioritetų nustatymas skirstant išteklius) ar operatyvinis (pvz., vaistų ar sveikatos priežiūros paslaugų išlai-

22 *Ibid.*

23 Raulinaityte, A. Pacientų organizacijų dalyvavimas sveikatos politikos sprendimų priėmimo procese, *supra* note 4.

24 Health Consumer Powerhouse. Euro health consumer index 2012, 2013, 2014, 2015, 2016. Health Consumer Powerhouse, *supra* note 13.

dų kompensavimas)²⁵. Be to, jų įtraukimo modelis būtų sudarytas iš konsultacijų, kurios vyktų sprendimo priėmimo procese ir jas vykdytų sprendimų priėmimo institucijos²⁶. Suinteresuotiesiems suteikiant galimybes dalyvauti sprendimų priėmimo procesuose būtina atsižvelgti į priimamų sprendimų tipą, numatyti dalyvavimo mechanizmus ir įtraukimo instrumentus. Nepaisant atliekamų tyrimų trūksta įrodymų apie veiksmingus suinteresuotųjų (pacientų, visuomenės) įtraukimo į sveikatos priežiūros sprendimų priėmimą modelius, nes skiriasi šalyse sukurtos sveikatos priežiūros sistemos ir sprendimų priėmimo procedūros²⁷.

Suinteresuotųjų dalyvavimas sveikatos politikos procesuose gali turėti įtakos sprendimams, pavyzdžiui, nustatant prioritetus ar priimant sprendimus dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, tačiau stinga empirinių įrodymų apie jų įtaką priimant strateginius sprendimus sveikatos politikoje²⁸. Šie įrodymai riboti, nes itin sudėtinga įvertinti dalyvavimo rezultatą, be to, tyrimuose nėra aiškiai apibrėžiami rodikliai, kuriais vertinamas suinteresuotųjų įtraukimo į sveikatos politiką įtaka ar rezultatas²⁹.

Valstybės institucijų ir NVO dalyvavimo valstybės sveikatos politikoje siekiamybė ne tik į rezultatus orientuotų sprendimų priėmimas ir jų įgyvendinimas, bet gebėjimas sukurti partnerystę, paremtą glaudžiu bendradarbiavimu bei atsakomybės pasidalijimu sprendimų priėmimo procesuose, kuri vystytų sveikatos politiką, keičiant status quo ir įtraukiant naujus prioritetus į darbotvarkę.

Išvados

1. NVO dalyvavimas valstybės sveikatos politikoje, atsižvelgiant į jų bendradarbiavimo patirtį su valdžios institucijomis ir politinį įsitraukimą, priskiriamas konsultavimo ir įtraukimo lygiams. Jų dalyvavimo valstybės sveikatos politikoje negalima priskirti valdžios pasidalijimo (pasidalymo įtaką ir atsakomybę) lygiui, kai įsitraukiama į sprendimų formulavimo bei priėmimo procesus. Pagrindinė NVO dalyvavimo valstybės sveikatos politikoje forma – dalyvavimas valstybės institucijų suformuotų darbo organų veikloje, ypač LR SAM darbo grupėse. Jų dalyvavimui valstybės sveikatos politikoje reikalingos šios sąlygos: finansavimas,

25 Cleemput, I., Christiaens, W., Kohn, L., *et al.* Acceptability and perceived benefits and risks of public and patient involvement in health care policy: a delphi survey in Belgian stakeholders. *Value in Health*, 2015. 18 (4): 477–483.

26 Cleemput, I., Christiaens, W., Kohn, L., *et al.*, *Ibid.*

27 Christiaens, W., Kohn, L., Léonard, Ch., *et al.* Models for citizen and patients involvement in health care policy. Part I: exploration of their feasibility and acceptability. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre. 2012.

28 Conklin, A., Morris, Z., Nolte, E. What is the evidence base for public involvement in health-care policy?: results of a systematic scoping review. *Health Expectations*, 2015.18(2):153–165.

29 Conklin, A., Morris, Z., Nolte, E., *Ibid.*

glaudus tarpinstitucinis bendradarbiavimas, NVO kompetencijos bei jų aktyvus įsitraukimas.

2. NVO ir LR SAM pagrindinė bendradarbiavimo forma – Lietuvos pacientų forumas, tačiau NVO ir LR SAM bendradarbiavimo vystymui būtinos prielaidos – informavimas (dalijimasis informacija), įtraukimas į sprendimų priėmimo procesus ir bendradarbiavimo inicijavimas. NVO tarpusavyje bendradarbiauja įsitraukdamos į jas vienijančias struktūras (Lietuvos pacientų forumas, skėtinės organizacijos ir asociacijų koalicijos), tačiau jose aktyviai bendradarbiauja aktualiais bendro pobūdžio klausimais, o specifinėse srityse jos veikia individualiai.
3. NVO dalyvavimą valstybės sveikatos politikoje riboja išorinės ir vidinės kliūtys: hierarchiniai ryšiai, lygiateisio bendradarbiavimo ir dialogo stoka su valdžios institucijomis, riboti finansiniai, žmogiškieji ir laiko ištekliai.

Padėka

Straipsnio autorės dėkoja nevyriausybinių organizacijų, atstovaujančių pacientų interesus, vadovėms už bendradarbiavimą ir dalyvavimą tyrime.

Literatūra

1. Christiaens, W., Kohn, L., Léonard, Ch., *et al.* Models for citizen and patients involvement in health care policy. Part I: exploration of their feasibility and acceptability. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre, 2012.
2. Cleemput, I., Christiaens, W., Kohn, L., *et al.* Acceptability and perceived benefits and risks of public and patient involvement in health care policy: a delphi survey in Belgian stakeholders. *Value in Health*, 2015. 18 (4): 477–483.
3. Commission of the European Communities. Communication from the Commission. Towards a reinforced culture of consultation and dialogue – general principles and minimum standards for consultation of interested parties by the Commission. COM /2002/704.
4. Conklin, A., Morris, Z., Nolte, E. What is the evidence base for public involvement in health-care policy?: results of a systematic scoping review. *Health Expectations*, 2015.18(2):153–165.
5. Council of Europe. Code of good practice for civil participation in the decision – making process. The conference of international non-governmental organizations (INGOs) of the Council of Europe, 2009 [žiūrėta 2017-08-03]. Prieiga internete: <http://www.coe.int/en/web/ingo/civil-participation>.
6. Friedman, AL., Miles, S. Stakeholders: the theory and practice. Oxford: University press. 2006.

7. Gramberger M. Citizens as partners. OECD handbook on information, consultation and public participation in policy-making. Paris: Organization for Economic Co-Operation and Development. 2001.
8. Health Consumer Powerhouse. Euro health consumer index 2006. Health Consumer Powerhouse.
9. Health Consumer Powerhouse. Euro health consumer index 2007, 2008, 2009, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016. Health Consumer Powerhouse.
10. Health Consumer Powerhouse. Euro health consumer index 2012, 2013, 2014, 2015, 2016. Health Consumer Powerhouse, supra note 13.
11. Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gegužės 15 d. nutarimas Nr. XI-2015 „Dėl Valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2012, Nr. 61–3050.
12. Lietuvos Respublikos Seimo 2013 m. gruodžio 19 d. nutarimas Nr. XII-717 „Lietuvos Respublikos nevyriausybinų organizacijų plėtros įstatymas“. *TAR*. 2014, Nr. 18.
13. Lietuvos Respublikos Seimo 2016 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XIII-82 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“. *TAR*. 2016, Nr. 28737.
14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija [interaktyvus]. Vilnius, 2006 [žiūrėta 2017-08-03]. < <http://sam.lrv.lt/lt/naujienos/isteigtas-pacientu-forumas>>.
15. Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro 2016 m. balandžio 29 d. įsakymas Nr. 1V-329 „Dėl Viešojo valdymo tobulinimo 2012–2020 metų programos įgyvendinimo 2016–2018 veiksmų plano patvirtinimo“. *TAR*. 2016, Nr. 10760.
16. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimas Nr. 1482 „Dėl 2014–2010 metų nacionalinės pažangos programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2012, Nr. 144–7430.
17. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. vasario 7 d. nutarimas Nr. 171 „Dėl Viešojo valdymo tobulinimo 2012–2020 metų programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2012, Nr. 22–1009.
18. Mikulskienė, B., Pitrenaitė, B., Jankauskienė, D. Darbo grupių vieta sveikatos apsaugos ministerijos organizacinėje struktūroje. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2012, 1 (4): 64–83.
19. Mikulskienė, B., Pitrenaitė-Žilinskienė, B., Jankauskienė, D., Augaitė V. *Interesų raiška viešojo valdymo institucijose: švietimo ir sveikatos sektorių darbo grupių veiklos palyginamoji analizė*. Mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2013.
20. Organization for Economic Co-Operation and Development. Lithuania: fostering open and inclusive policy making. Key findings and recommendations. Paris: Organization for Economic Co-Operation and Development. 2015.

21. Raulinaitytė, A. *Pacientų organizacijų dalyvavimas sveikatos politikos sprendimų priėmimo procese*. Magistro baigiamasis darbas. Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2014.
22. United Nations General Assembly. Equal participation in political and public affairs. Resolution adopted by the Human Rights Council on 30 September 2016. A/HRC/RES/33/22/.
23. Židžiūnaitė, V., Sabaliauskas, S. *Kokybiniai tyrimai: principai ir metodai*. Vilnius: Vaga, 2017.

NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS REPRESENTING THE INTERESTS OF PATIENTS' ENGAGEMENT IN HEALTH POLICY

Raimonda Jasaitytė, Gintarė Petronytė
Mykolas Romeris University, Lithuania

Summary. *This article focuses on engagement in health policy of non-governmental organizations representing the interests of patients (NGOs). A qualitative study using a semi-structured interview method was performed in July–October 2015, involving nine representatives of NGOs from Vilnius and Kaunas. NGOs' engagement in health policy was evaluated by applying the framework of the theoretical stakeholder participation ladder, which was developed by Arnstein and later extended by Friedman and Miles.*

NGOs' engagement in health policy could be attributed to the levels of consultation and involvement, considering their collaboration with governmental institutions and political involvement. Their engagement in health policy could not be attributed to the level of delegated power (shared influence and responsibility) when involved into the processes of decision formulation and decision-making. NGOs are involved in health policy by working groups and other working bodies established by governmental institutions. Financing, close interinstitutional collaboration, competencies of NGOs and their active participation are required for NGOs' engagement in health policy. The main collaboration form between NGOs and the Ministry of Health is the Lithuanian patients' forum, however, constant information, involvement in decision-making processes and the initiation of collaboration are the key prerequisites for the development of closer collaboration. Internal and external barriers limit NGOs' engagement in health policy: hierarchical relationships, the lack of equal collaboration and dialogue with governmental institutions, limited financial, time and human resources.

Keywords: *non-governmental organization, patients, engagement in health policy.*

Raimonda Jasaitytė, Mykolas Romeris universiteto Viešojo valdymo fakulteto Politikos mokslų instituto magistrė.

Raimonda Jasaitytė, postgraduate at Mykolas Romeris University, Faculty of Public Governance, Institute of Political Science.

Gintarė Petronytė, biomedicinos mokslų daktarė, Mykolas Romeris universiteto Viešojo valdymo fakulteto Politikos mokslų institutas. Mokslinių tyrimų kryptys: sveikatos technologijų vertinimas, sveikatos sistemos tyrimai, sveikatos politika.

Gintarė Petronytė, doctor of Biomedicine Science, Mykolas Romeris University, Faculty of Public Governance, Institute of Political Science. Research interests: health technology assessment, health system research, health policy.

**INFORMACIJA MOKSLO DARBŲ
„SVEIKATOS POLITIKA IR VALDYMAS“
AUTORIAMS**

Straipsnio struktūra:

- Straipsnio pavadinimas;
- Autoriaus(-ių) vardas ir pavardė;
- Mokslo ar kitos institucijos, kuriai autorius(-iai) atstovauja, pavadinimas, adresas, telefonas, elektroninio pašto adresas;
- Straipsnio pateikimo mokslo darbų „Sveikatos politika ir valdymas“ redaktorių kolegijos atsakingajam redaktoriui data;
- Santrauka (ne trumpesnė kaip 600 spaudos ženklų) ta kalba, kuria parašytas straipsnis. Joje glaustai perteikiamas straipsnio turinys, nurodomi pagrindiniai straipsnyje analizuojami klausimai;
- Reikšminiai žodžiai (nurodomos 5–8 pagrindinės sąvokos);
- Įvadas (pagrindžiamas temos aktualumas, naujumas, apibrėžiamas mokslinių tyrimų tikslas, nurodomi tyrimo objektai, taikomi metodai, įvertinamas analizuojamos problemos (-ų) ištirtumo kitų mokslininkų darbuose laipsnis);
- Pagrindinis straipsnio tekstas – mokslinio tyrimo eiga. Pageidautina, kad tekstas būtų suskirstytas į skyrius ir poskyrius, pvz.: 2., 2.1.; 2.2.1. ir t.t.
- Straipsnis baigiamas mokslinius svarstymus arba sprendimus apibendrinančiomis ir sunumeruotomis išvadomis – būtina pateikti ir pagrįsti tyrimų rezultatus, nurodyti rekomendacijas.
- Visi straipsnyje minimi šaltiniai turi būti nurodyti literatūros sąrašė, kuris sudaromas straipsnio pabaigoje po išvadų abėcėlės tvarka. Nuorodos straipsnio pagrindiniame tekste yra sudaromos vartojant viršutinius indeksus (Footnotes) arabiškais skaičiais, kiekvieno puslapio apačioje nurodant cituojamos literatūros bibliografines nuorodas. Pageidautina, kad autoriai savo darbuose naudotų ir į literatūros sąrašą įtrauktų naujausius mokslinius šaltinius (paskelbtus per pastaruosius penkeris metus), bent penki iš jų turi būti išspausdinti leidiniuose, įtrauktuose į pripažintas tarptautines duomenų bazes. Literatūros sąrašo sudarymo ir šaltinių nurodymo pagrindiniame tekste taisyklės ir pavyzdžius rasite mokslo darbų „Sveikatos politika ir valdymas“ internetinėje svetainėje: <https://www3.mruni.eu/ojs/health-policy-and-management>
- Lietuvių kalba parašyto straipsnio pabaigoje turi būti išsami santrauka (2200 spaudos ženklų, t. y. vieno puslapio apimties) ir reikšminiai žodžiai anglų kalba. Anglų kalba parašyto straipsnio pabaigoje turi būti pateikta išsami santrauka (2200 spaudos ženklų, t. y. vieno puslapio apimties) ir reikšminiai žodžiai lietuvių kalba. Vokiečių arba prancūzų kalba parašyto straipsnio pabaigoje turi būti pateikta išsami santrauka (2200 spaudos ženklų, t. y. vieno puslapio apimties) ir reikšminiai žodžiai lietuvių ir anglų kalbomis. Santraukoje turi atsispindėti pagrindinės straipsnyje analizuojamos problemos, išvados ir pasiūlymai.
- Informacija apie autorių (-ius) pateikiama lietuvių ir anglų kalbomis (autoriaus (-ių) vardai ir pavardės, moksliniai laipsniai ir vardai, atstovaujama institucija, pareigos, mokslinių tyrimų kryptys).

Straipsnio priėmimas

- Redkolegijai pateikiama elektroninė straipsnio versija žurnalo elektroninio publikavimo sistemoje **Open Journal System (OJS)**, parengta MS Word programa Times New Roman 12 pt raidžių dydžio šriftu. Straipsnio tekstas turi būti 1,5 intervalu. Straipsnio apimtis 12–18 puslapių (apie 45 600 spaudos ženklų), mokslinių recenzijų – 2–7 puslapių (apie 20 000 spaudos ženklų), puslapiai sunumeruojami. Atskiru redaktorių kolegijos nutarimu gali būti leidžiama spausdinti ir didesnės apimties mokslinius straipsnius bei mokslines recenzijas.
- Paveikslai, schemas, diagramos lentelės, nuotraukos spausdinamos ten, kur minimos tekste. Didesnės apimties grafiniai rinkmenys gali būti įdėti lapo viršuje arba apačioje per visą jo plotą. Paveikslų, schemų, diagramų, lentelių, nuotraukų plotis negali būti didesnis kaip 84 mm (per teksto stulpelį) arba 175 mm (per visą puslapį). Tinkamiausi grafinių rinkmenų formatai – Tagged Image Format File (TIFF), Word for Windows, Corel Draw, Excel. Nuotraukos (spalvotos ir nespalvotos) turi būti geros kokybės, ryškios ir tinkamos reprodukuoti. Paveikslai, schemas, diagramos, lentelės, nuotraukos numeruojami eilės tvarka. Paveikslų, schemų, diagramų, nuotraukų pavadinimai nurodomi jų apačioje, lentelių – viršuje.
- Kiekvieną straipsnį recenzuoja ne mažiau kaip du redaktorių kolegijos paskirti recenzentai – aktyvūs mokslininkai; bent vienas iš recenzentų turi būti ne redaktorių kolegijos narys. Recenzentai yra skiriami konfidencialiai. Priimtą spaudai straipsnį autorius turi pataisyti, atsižvelgdamas į recenzentų ir redaktorių pastabas, arba motyvuotai paaiškinti, kodėl į jas nebuvo atsižvelgta. Pataisyto straipsnio elektroninė kopija pateikiama redaktorių kolegijai ne vėliau kaip po dviejų savaičių po recenzijos gavimo.

Pagal aukščiau nurodytus reikalavimus parengtus mokslinius straipsnius prašome pateikti mokslo darbų „Sveikatos politika ir valdymas“ vykdančiajam redaktoriui OJS sistemoje: <http://spv.mruni.eu>

**INFORMATION FOR AUTHORS OF THE JOURNAL
“HEALTH POLICY AND MANAGEMENT”**

Article structure:

- The title of an article;
- Name and surname of the author(s);
- An institution (scholarly or other) the author(s) is representing: its title, address, telephone, email;
- The date of submitting the article to the managing editor of the board of editors of “Health Policy and Management”;
- Summary (at least 600 symbols) in the language the article is written in. The annotation should briefly present the content of the article, identify the main issues analysed;
- The keywords (5–8 main concepts);
- Introduction. It should address the topicality of the topic of the article, identify the purpose of the scholarly analysis, its object, applied methods and prior coverage of the issue;
- The main text of the article – the analysis of scholarly research. It is recommended to divide the text into parts and subparts (e.g. 1.2.1., 2.2.1., etc.);
- The article should be finalized with conclusions summarizing considerations or solutions – substantiated results of the research and recommendations should be provided;
- All sources referred to in the article should be provided in the list of bibliography at the end of the article. The bibliography should follow the conclusions in an alphabetical order. References in the main text should be made in footnotes, numbered consecutively in Arabic numbers, at the bottom of each page providing the bibliographic references of the cited source. It is advisable that the authors use newest scholarly sources (published in last five years) and at least five of them should be published in publications included in recognized international data bases. The rules and examples on drafting the bibliography and inclusion of references in en main text could be found in the Internet webpage of „Health Policy and Management“: <https://www3.mruni.eu/ojs/health-policy-and-management>
- If an article is published in Lithuanian, it should be followed by a detailed summary (2200 symbols, i.e. at least one page long) and keywords in English. If an article is published in English, it should be followed by a detailed summary (2200 symbols, i.e. at least one page long) and keywords in Lithuanian. If an article is published in German and French, should be followed by a detailed summary (2200 symbols, i.e. at least one page long) and keywords in Lithuanian and English. The summary must reflect all issues analyzed in an article, its conclusions and recommendations.
- The information about the author(s) is provided in Lithuanian and English: the name and surname of the author, scholarly names and degrees, an institution the author represents, position, and research fields.

Submission of articles

- Authors should submit electronic copie of the manuscript of the electronics publishing **Open Journal System (OJS)**, prepared by using MS Word program with Times New Roman fonts, 12 pt size. The text of the article should be 1, 5-spaced throughout.
- The article should be 12-18 pages (approximately 45 600 symbols), scholarly reviews should be 2-7 pages (approximately 20 000 symbols), the pages must be numbered. Upon a separate permission of the board of editors, a longer article or scholarly review may be published. Author(s) sign one printed copy of an article and indicates the date of submission. Together with the printed text of an article, an electronic version of the text of the publication should be submitted.
- Information on author(s) should be provided on a separate page: name and surname, place of employment and its address, number of the work and mobile telephones, fax, email. This data is necessary to ensure the direct and operative communication of the board of directors, scholarly reviewers and employees of the Centre of Publishing (editors, editorstranslators, and layout editors) and the author(s). In case there are few authors, the person responsible for communication with the board of editors should be indicated.
- Pictures, schemes, diagrams, tables and photographs printed at the place of reference in the text. Large graphic files could be placed at the top or the bottom of a page, or at the bottom, fully stretching across the page. The width of the pictures, schemes, diagrams, tables should not be over 84 mm (per column) or 175 mm (per page). The best suitable formats of graphic files: Tagged Image Format File (TIFF), Word for Windows, Codel Draw, Excel. Photographs (colour and monochrome) must be of good quality, sharp and suitable for reproduction. Pictures, schemes, diagrams, tables and photographs are numbered in an alphabetical order. Titles of pictures, schemes, diagrams, and photographs are indicated at their bottom, and titles of tables are placed at the top.
- An article should be reviewed by at least two active scholars appointed by the board of editors; at least one of the reviewers should not be a member of the board of editors. The reviewers are appointed confidentially. The author(s) must correct an accredited article in accordance with the commentaries of the reviewers and editors or provide a substantiated explanation, why they have not been incorporated. The corrected version in electronic format of an article should be provided to the board of Editos not later than in two weeks after the reception of the review.

Please submit the scholarly articles prepared in accordance with the stipulated requirements to the executive editor of „Health Policy and Management“ in OJS: <http://hpm.mruni.eu>

SVEIKATOS POLITIKA IR VALDYMAS 1(10)

Mokslo darbai

Redagavo: lietuvių kalba Asta Drungilienė
anglų kalba Rita Sliesarevaitė
Maketavo Marius Vaidaugas

2016 11 29

Tiražas 100 egz. Užsakymas 09275.

Mykolo Romerio universitetas

Parengė spaudai UAB „Baltic Printing House“

Svajonės g. 40, LT-94101, Klaipėda

El. paštas info@balticprinting.com

www.balticprinting.com

Spausdino UAB „Baltijos kopija“

Kareivių g, 13B, Vilnius

www.kopija.lt

El. paštas info@kopija.lt

HEALTH POLICY AND MANAGEMENT 1(10)

Research Papers

Lithuanian copy editor Asta Drungilienė
English copy editor Rita Sliesarevaitė
Layout Marius Vaidaugas

2016 11 29

Number of copies published 100. Order 09275.

Mykolas Romeris University

Issued by UAB „Baltic Printing House“

Svajonės str. 40, LT-94101, Klaipėda

E-mail: info@balticprinting.com

www.balticprinting.com

Printed by UAB „Baltijos kopija“

Kareivių str, 13B, Vilnius

www.kopija.lt

E-mail: info@kopija.lt