

Daiva GRIKŠIENĖ

DAKTARO DISERTACIJA

POKYČIŲ VALDYMO MODELIAVIMAS
LIETUVOS AMBULATORINĖSE ASMENS
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE

SOCIALINIAI MOKSLAI,
VADYBA (S 003)
VILNIUS, 2021

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

Daiva Grikšienė

POKYČIŲ VALDYMO MODELIAVIMAS
LIETUVOS AMBULATORINĖSE ASMENS
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE

Daktaro disertacija
Socialiniai mokslai, vadyba (S 003)

Vilnius, 2021

Mokslo daktaro disertacija rengta 2017–2021 metais Mykolo Romerio universitete pagal Vytauto Didžiojo universitetui su Klaipėdos universitetu, Mykolo Romerio universitetu ir Vilniaus universitetu Lietuvos Respublikos švietimo, mokslo ir sporto ministro 2019 m. vasario 22 d. įsakymu Nr. V-160 suteiktą doktorantūros teisę.

Moksliniai vadovai:

prof. dr. Vainius Smalskys (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003), 2018–2021 m.;

prof. dr. Alvydas Raipa (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003), 2017–2018 m.

Mokslo daktaro disertacija ginama Vytauto Didžiojo universiteto, Klaipėdos universiteto, Mykolo Romerio universiteto ir Vilniaus universiteto Šiaulių akademijos vadybos mokslo krypties taryboje:

Pirmininkas:

prof. dr. Tadas Sudnickas (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003).

Nariai:

prof. dr. Irena Bakanauskienė (Vytauto Didžiojo universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003);

prof. dr. Rimantas Stašys (Klaipėdos universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003);

prof. dr. Asta Valackienė (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003);

prof. dr. Inesa Vorončuka (Latvijos universitetas, Latvijos Respublika, socialiniai mokslai, ekonomika, S 004).

Daktaro disertacija bus ginama viešame Vadybos mokslo krypties tarybos posėdyje 2021 m. lapkričio 19 d. 10 val. Mykolo Romerio universitete, I-414 auditorijoje.

Adresas: Ateities g. 20, LT-08303 Vilnius.

Daktaro disertacijos santrauka išsiųsta 2021 m. spalio 19 d.

TURINYS

| | |
|---|-----|
| SĄVOKŲ SĄVADAS..... | 5 |
| SANTRUMPŲ SĄVADAS..... | 7 |
| LENTELIŲ SĄVADAS..... | 8 |
| PAVEIKSLŲ SĄVADAS..... | 9 |
| ĮVADAS..... | 11 |
| 1. TEORINIS POKYČIŲ VALDYMO MODELIAVIMAS VIEŠAJAME SEKTORIUJE | 19 |
| 1.1. Pokyčių valdymo procesas modelių taikymo kontekste..... | 19 |
| 1.2. Pokyčių valdymo trikdžių atsiradimo prielaidos ir tipologizavimas..... | 28 |
| 1.3. Organizacijų pasirengimas kuriant palankią aplinką pokyčių įgyvendinimui..... | 37 |
| 1.4. Teorinis ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų pokyčių valdymo modelis..... | 46 |
| 2. POKYČIŲ VALDYMO AMBULATORINĖSE ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE TYRIMAS | 53 |
| 2.1. Pokyčių valdymo Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose apžvalga | 53 |
| 2.1.1. Strateginių dokumentų ir teisinės bazės, reglamentuojančios Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimo bei pokyčių valdymo taikymo galimybes, analizė..... | 54 |
| 2.1.2. Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigų pasirengimo pokyčių valdymui specifika ir jos vertinimas | 62 |
| 2.1.3. Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo pokyčiai ir jų valdymo praktika | 73 |
| 2.1.4. Lietuvos sveikatos priežiūros strateginių programų ir inovacinių projektų valdymas..... | 79 |
| 2.1.5. Informacinių technologijų vieta sveikatos priežiūros įstaigose tobulinant pokyčių valdymą..... | 85 |
| 2.2. Ekspertų požiūriai į pokyčių valdymą bei jo trikdžius sveikatos sektoriuje | 89 |
| 2.2.1. Interviu metodo pagrindimas ir tyrimo metodika | 89 |
| 2.2.2. Interviu duomenų analizė | 95 |
| 2.2.2.1. Ekspertų požiūris į pokyčių įgyvendinimą sveikatos sektoriuje | 95 |
| 2.2.2.2. Pokyčių valdymo trikdžiai sveikatos sektoriuje..... | 97 |
| 2.2.2.3. Pokyčių įgyvendinimo trikdžių valdymo priemonės | 99 |
| 2.2.2.4. Organizacijų pasirengimas įgyvendinant pokyčius | 100 |
| 2.2.2.5. Pokyčių įgyvendinimas Europos Sąjungos šalių sveikatos sektoriuje | 102 |
| 2.3. Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovų apklausos rezultatai | 103 |
| 2.3.1. Apklausos metodo pagrindimas ir tyrimo metodika | 103 |
| 2.3.2. Tyrime dalyvavusių respondentų socialinis portretas..... | 107 |
| 2.3.3. Pokyčių valdymo samprata ir pagrindiniai tikslai | 110 |
| 2.3.4. Pokyčių įgyvendinimo tendencijos..... | 123 |

| | |
|---|-----|
| 2.3.5. Sėkmingo pokyčių įgyvendinimo veiksniai ir trikdžiai | 126 |
| 2.3.6. Pokyčių įgyvendinimo aplinka ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose | 140 |
| 2.3.7. Hipotezių tikrinimas..... | 145 |
| 2.3.8. Siekiamų pagrindinių tikslų, veiksnių, didžiausių trikdžių įgyvendinant pokyčius ir įstaigų pasirengimo valdymui skirtumai..... | 147 |
| 2.4. Konceptualus pokyčių valdymo modelis Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms | 152 |
| IŠVADOS | 158 |
| REKOMENDACIJOS, TOLESNIŲ TYRIMŲ KRYPTYS | 163 |
| LITERATŪRA | 165 |
| PRIEDAI | 183 |
| SANTRAUKA..... | 233 |
| MOKSLINIŲ PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS | 251 |
| SUMMARY | 257 |

SĄVOKŲ SĄVADAS

Ambulatorinė asmens sveikatos priežiūros įstaiga – asmens sveikatos priežiūros įstaiga, teikianti pirmines ambulatorines ir (ar) antrines specializuotas sveikatos priežiūros paslaugas.

Empirinis tyrimas – socialinių faktų, įvykių, būdingai pasireiškiančių tiriamuosiuose reiškiniuose, objektuose, procesuose, nustatymas ir apibendrinimas tiesioginiu ar tarpiniu registravimu (Tidikis, 2003).

Koncepcija – kūrinio, veiklos sumanymas; mintinis projektas, planas; konstruktyvios veiklos principas. Teoriniu ir empiriniu lygmeniu sudaryta bei pagrįsta, mokslinių pažiūrų į tam tikrus socialinius ar kitus reiškinius sistema (Walliman, 2006).

Modelis – dirbtinė realybės rekonstrukcija, atskleidžianti esminius nagrinėjamo reiškinio aspektus ir ryšį su kitais reiškiniais (Rios, 2013).

Monitoringas – ilgalaikis kokio nors reiškinio, sistemos stebėjimas (Tarptautinių žodžių žodynas, 2013).

Pasipriešinimas – dažniausiai varginantis, nepageidaujamas elementas, kuris suklaidina pokyčių procesus arba, blogiausiu atveju, paverčia pokyčius neįgyvendinamais (Sveningsson, Sorgarde, 2020).

Pokytis – pokyčių proceso rezultatas, reiškiantis tam tikrus pasikeitimus.

Pokyčių procesas – keturių etapų pokyčių procesas: 1) pokyčių poreikis, 2) vizijos pristatymas, 3) veiksmų planas, 4) įgyvendinimas.

Pokyčių valdymas – pasikartojantis, laipsniškas atsinaujinimo procesas, apimantis organizacijos struktūros, krypties, gebėjimų tenkinti klientų ir organizacijos darbuotojų poreikius, judėjimą link ateities vizijos (Moran, Brightman; 2000).

Pokyčių valdymo išorės trikdžiai – išorės aplinkos sąlygojami veiksniai, trikdantys ar lėtinantys pokyčių proceso eigą.

Pokyčių valdymo įgyvendinimas – pokyčių valdymo veiksniai, susiję su skirtingų tikslų bei poreikių įgyvendinimu, organizacijos lyderio vaidmeniu, suinteresuotųjų įtaka, paslaugų teikimo aplinka bei įvairaus pobūdžio apribojimais ir trikdžiais.

Pokyčių valdymo procesas – devynių etapų pokyčių valdymo procesas: 1) strategijos formavimas ir rengimas, 2) suinteresuotųjų šalių įtraukimas, 3) programos sukūrimas, 4) atsakomybių priskyrimas, 5) pokyčių valdymo proceso trikdžių identifikavimas, 6) pokyčių valdymo proceso priemonių taikymas, 7) kontrolė, 8) rezultato vertinimas, 9) grįžtamojo ryšio taikymas.

Pokyčių valdymo proceso modelis – pokyčių valdymo proceso seka, reprezentuojanti taikomą požiūrį į pokyčių procesą.

Pokyčių valdymo vidaus trikdžiai – vidaus aplinkos sąlygojami veiksniai, trikdantys ar lėtinantys pokyčių proceso eigą.

Viešasis valdymas – nuolatinis pokyčių veiklos modernizavimo ir reformų kiti- mo procesas, turintis keisti nusistovėjusias tradicines valdymo sistemas, diegti naujas

viešojo sektoriaus valdymo technologijas, taikyti naujojo valdymo patirtį (Bovaird, Loffler, 2009).

Viešojo valdymo sprendimų priėmimo būdai – procesai, kuriais įvairūs suinteresuotieji subjektai sąveikauja tarpusavyje, nepriklausomai nuo jų tikslų ar pasiektų rezultatų, apimantys suinteresuotųjų šalių dalyvavimą; skaidrumą; lygių galimybių principą (lytis, etninės grupės, amžius, religija ir kt.); etinį ir sąžiningą elgesį; atskaitomybę; tvarumą ir kt. (Bovaird, Loffler, 2009).

SANTRUMPŲ SAŲADAS

- ASPI** – asmens sveikatos priežiūros įstaiga (-os)
AASPI – ambulatorinė (ės) asmens sveikatos priežiūros įstaiga (-os)
BVP – bendrasis vidaus produktas
ES – Europos Sąjunga
EAHM – Europos ligoninių vadovų asociacija (angl. *European Association of Hospital Managers*)
ESI – elektroninė sveikatos istorija
ESPBI IS – elektroninė sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema
IPR – išankstinė pacientų registracija
ISACA – tarptautinė profesinė asociacija, orientuota į informacinių technologijų valdymą
JTO – Jungtinių tautų organizacija
LGVS – Lietuvos gydytojų vadovų sąjunga
LSSO – Lietuvos slaugos specialistų organizacija
LR – Lietuvos Respublika
LR SAM – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija
MedVAIS – nacionalinė medicininių vaizdų archyvavimo ir mainų informacinė sistema
METAS – Medicinos elektroninė tobulinimo administravimo sistema
NESS – Nacionalinės elektroninės sveikatos sistema
NVO – nevyriausybinė (-ės) organizacija (-os)
EBPO – Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija
POLA – Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacija
PSO – Pasaulio sveikatos organizacija
PASP – pirminė asmens sveikatos priežiūra
PAASP – pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra
TLK – teritorinė (-ės) ligonių kasa (-os)
VASPVT – Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos
VLK – Valstybinė ligonių kasa

LENTELIŲ SĄVADAS

| | | |
|--------------------|---|-----|
| 1 lentelė. | Pokyčių valdymo sampratos..... | 19 |
| 2 lentelė. | Pokyčių valdymo trikdžių klasifikavimas | 29 |
| 3 lentelė. | Organizacinio pasipriešinimo pokyčiams priežastys..... | 35 |
| 4 lentelė. | Pokyčių valdymo trikdžių priežastys ir jų valdymo priemonės | 37 |
| 5 lentelė. | Pokyčių valdymo trikdžių valdymo metodai | 42 |
| 6 lentelė. | Veiksniai, padedantys sumažinti ar panaikinti pokyčių valdymo trikdžius | 51 |
| 7 lentelė. | Svarbiausi sveikatos sistemos valdymo veiksniai | 55 |
| 8 lentelė. | Lietuvos sveikatos apsaugos politiką reglamentuojantys dokumentai 1992–2025 m. | 57 |
| 9 lentelė. | Nacionalinės nuostatos dėl sveikatos sistemos pertvarkos | 58 |
| 10 lentelė. | Lietuvos sveikatos sistemos stiprybės, silpnybės, galimybės ir grėsmės..... | 65 |
| 11 lentelė. | Siektinas išsaugotų gyvybių skaičius įgyvendinus Lietuvos sveikatos programą 2020..... | 68 |
| 12 lentelė. | Sveikatos reformų sritys..... | 69 |
| 13 lentelė. | Sveikatos priežiūros išlaidos, palyginti su BVP (proc.) | 76 |
| 14 lentelė. | Europos valstybių sveikatos politikos formavimo bei įgyvendinimo principai | 77 |
| 15 lentelė. | Daugiakriterinio analizės modelio taikymas 2014–2020 m. laikotarpio sveikatos sektoriaus prioritetams nustatyti | 84 |
| 16 lentelė. | E. sveikatos siekiniai Lietuvoje..... | 86 |
| 17 lentelė. | Ekspertų interviu tyrimo kriterijai ir indikatoriai..... | 94 |
| 18 lentelė. | Pagrindiniai šalies sveikatos apsaugos sistemos strateginiai tikslai ir tobulinimo kryptys..... | 96 |
| 19 lentelė. | Vidaus ir išorės trikdžiai įgyvendinant strateginius pokyčius | 98 |
| 20 lentelė. | ES šalių ekspertų siūlomi valdymo pokyčiai siekiant patenkinti gyventojų poreikius ir lūkesčius | 102 |
| 21 lentelė. | Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovų apklausos tyrimo kriterijai ir indikatoriai | 105 |
| 22 lentelė. | Tyrimo dalyvavusių respondentų socialinis portretas | 108 |
| 23 lentelė. | Programų ir projektų įgyvendinimo veiksnių vertinimas..... | 137 |
| 24 lentelė. | Pokyčių įgyvendinimo tikslai, veiksniai, trikdžiai ir įstaigų pasirengimas (pasiskirstymas pagal respondentų amžių)..... | 149 |
| 25 lentelė. | Pokyčių įgyvendinimo tikslai, veiksniai, trikdžiai ir įstaigų pasirengimas (pasiskirstymas pagal respondentų darbo stažą)..... | 151 |

PAVEIKSLŲ SAŲVADAS

| | |
|--|-----|
| 1 pav. Disertacinio darbo rengimo loginė schema | 17 |
| 2 pav. Pokyčių valdymo proceso teorijų tipologija..... | 21 |
| 3 pav. McKinsey 7-S pokyčių valdymo modelis | 22 |
| 4 pav. Šešių žingsnių proceso valdymo etapai..... | 23 |
| 5 pav. E. Huse ir K. Lewin pokyčių valdymo modelių palyginimas..... | 25 |
| 6 pav. W. Burke – G. Litwin „priežasties-pasekmės“ pokyčių valdymo modelis..... | 26 |
| 7 pav. Organizacinių pokyčių kaita | 27 |
| 8 pav. Pasipriešinimo pokyčiams priežastys..... | 33 |
| 9 pav. Individualaus pasipriešinimo pokyčiams priežastys..... | 34 |
| 10 pav. Sėkmingos organizacijos veiklos valdymo principai..... | 46 |
| 11 pav. Teorinis ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų pokyčių valdymo modelis..... | 48 |
| 12 pav. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos struktūra | 64 |
| 13 pav. Lietuvos išlaidos sveikatos priežiūrai ES šalių kontekste..... | 67 |
| 14 pav. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų valdymo analizės struktūra..... | 71 |
| 15 pav. Europos Sąjungos šalių sveikatos priežiūros sistemų vertinimas | 72 |
| 16 pav. Sveikatos išlaidos vienam gyventojui (2017 m.) | 75 |
| 17 pav. Vidutinis vienam gyventojui tenkančių sveikatos priežiūros išlaidų augimas (2009–2017 m.) | 75 |
| 18 pav. Strateginio planavimo dokumentų rengimo struktūra..... | 80 |
| 19 pav. Lietuvos sveikatos programos strateginis tikslas, pagrindinis planuojamų pokyčių rodiklis, tikslai ir uždaviniai..... | 81 |
| 20 pav. 2019–2021 metų planuojami strateginiai tikslai ir programos..... | 83 |
| 21 pav. E. sveikatos sistemos kūrimo etapai ir investicijų šaltiniai..... | 88 |
| 22 pav. Tyrimo imties dydžio skaičiavimas. | 107 |
| 23 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių, proc. | 109 |
| 24 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą, proc. | 109 |
| 25 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal stažą, proc. | 110 |
| 26 pav. Pokyčių valdymo samprata, proc..... | 111 |
| 27 pav. Pagrindiniai tikslai siekiant įgyvendinti pokyčius, vnt | 112 |
| 28 pav. Pagrindiniai tikslai siekiant įgyvendinti pokyčius (pasiskirstymas pagal amžių)..... | 114 |
| 29 pav. Pagrindiniai tikslai siekiant įgyvendinti pokyčius (pasiskirstymas pagal darbo stažą)..... | 117 |
| 30 pav. Kokybiškų ar naujų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas (pasiskirstymas pagal darbo stažą, proc.)..... | 118 |
| 31 pav. Kokybiškų ir naujų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas (pasiskirstymas pagal amžių, proc.)..... | 119 |
| 32 pav. Modernių technologijų taikymas įstaigos valdyme ir kokybiškų paslaugų teikime (pasiskirstymas pagal darbo stažą, proc.)..... | 120 |

| | |
|---|-----|
| 33 pav. Modernių technologijų taikymas įstaigos valdyme ir teikiant kokybiškas paslaugas (pasiskirstymas pagal amžių, proc.) | 121 |
| 34 pav. Žmogiškųjų išteklių valdymas (pasiskirstymas pagal darbo stažą, proc.)..... | 122 |
| 35 pav. Žmogiškųjų išteklių valdymas (pasiskirstymas pagal amžių, proc.)..... | 122 |
| 36 pav. Lietuvos teisinės bazės, reglamentuojančios sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo didinimą, aplinka (pasiskirstymas pagal darbo stažą, proc.)..... | 124 |
| 37 pav. Pokyčių valdymo procesai (proc.)..... | 125 |
| 38 pav. Pokyčių valdymo organizacinių priemonių sritys (proc.)..... | 126 |
| 39 pav. Svarbiausi veiksniai siekiant sėkmingai įgyvendinti pokyčius (vnt.)..... | 127 |
| 40 pav. Svarbiausi veiksniai siekiant sėkmingai įgyvendinti pokyčius (pasiskirstymas pagal darbo stažą, proc.)..... | 129 |
| 41 pav. Svarbiausi veiksniai siekiant sėkmingai įgyvendinti pokyčius (pasiskirstymas pagal amžių, proc.)..... | 131 |
| 42 pav. Didžiausi trikdžiai įgyvendinant pokyčius (pasiskirstymas pagal darbo stažą, proc.)..... | 133 |
| 43 pav. Didžiausi trikdžiai įgyvendinant pokyčius (pasiskirstymas pagal amžių, proc.)..... | 135 |
| 44 pav. Veiksniai sėkmingam programų ir projektų įgyvendinimui (vnt.)..... | 137 |
| 45 pav. Veiksniai sėkmingam programų ir projektų įgyvendinimui (proc.)..... | 139 |
| 46 pav. Pokyčių valdymo strategija (proc.)..... | 140 |
| 47 pav. Pokyčių įgyvendinimo finansiniai šaltiniai (proc.)..... | 141 |
| 48 pav. Pokyčių proceso vertinimas (proc.)..... | 142 |
| 49 pav. Pokyčių proceso vertinimas (proc.)..... | 143 |
| 50 pav. Įstaigos pasirengimas pokyčių valdymui (pasiskirstymas pagal darbo stažą, proc.)..... | 144 |
| 51 pav. Įstaigos pasirengimas pokyčių valdymui (pasiskirstymas pagal amžių, proc.)..... | 145 |
| 52 pav. Konceptualus pokyčių valdymo modelis Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms..... | 154 |

ĮVADAS

Temos aktualumas. XXI amžiuje vykstantys nuolatiniai pokyčiai viešojo valdymo srityje skatina naujus tyrinėjimus ir vertinimus. Pokyčiai viešajame valdyme suponuoja iššūkį organizacijoms išlikti konkurencingoms gerinant paslaugų prieinamumą bei formuojant organizacinio patrauklumo įvaizdį. Kintant politinei, ekonominei ir socialinei padėčiai, vienu svarbiausių viešojo valdymo reformų tikslu tampa naujų strategijų formavimas ir įgyvendinimas. Visuomenės pokyčiai vertinami kaip esminė sąlyga suvokti ir realizuoti įvairių veiklų tobulinimo bei kokybės vadybos gerinimo galimybes. Toks pokyčių normų ir standartų suvokimas bei vertinimas leidžia formuotis naujoms vertybėms ir naujiems idealams, sistemingai spręsti esminius pokyčių valdymo raidos ir pažangos klausimus, įgyvendinti naujus vystymosi tikslus, atsirasti žinių ir pažinimo naujoms sritims (Sveningsson, Sorgarde, 2020; Moran, 2019; Melnikas, 2002). Šiuolaikinio viešojo valdymo tyrimuose galima išskirti veiksnius, kurie daro įtaką pokyčių valdymo aplinkai ir veiksniams. Valdymas dažniausiai apibrėžiamas kaip sąveika, kurioje dalyvauja vyriausybė, kitos viešosios įstaigos, privatus sektorius ir pilietinė visuomenė sprendžiant visuomenines problemas (Meuleman, 2008). Valstybės institucijos formuojamos siekiant taupyti išteklius, gerinti viešųjų paslaugų kokybę, tobulinti viešosios politikos formavimą ir įgyvendinimą (Chlivickas, Domarkas ir kt., 2010).

Mokslininkai (Ginter ir kt., 2018; Sveningsson, Sorgarde, 2020) pabrėžia, kad vieni svarbiausių veiksnių, skatinančių viešojo sektoriaus modernizavimą, siejami su valstybės biudžeto lėšų taupymu, teikiamų paslaugų prieinamumu ir kokybe, kontrole bei atskaitomybe. Todėl nauji strateginiai sprendimai, programos ir projektai skiriami socialinių struktūrų vystymui, organizacinės elgsenos teorijos tobulinimui ir praktikos sklaidai, nes tik tokia pokyčių valdymo plėtra gali realizuoti socialinių grupių lūkesčius ir teikiamų viešojo sektoriaus paslaugų kokybę ir prieinamumą. Viešojo sektoriaus pokyčių valdymas šiandien yra esminė naujojo viešojo valdymo struktūrų organizacinės veiklos dalis, apimanti be išimties visų viešojo sektoriaus veiklų kompleksą, akcentuojanti inovacinių reformų būtinumą viešųjų organizacijų strateginėse orientacijose. Pokyčių valdymo kontekstualumo suvokimui bei palankios terpės inovatyviems pokyčiams užtikrinti reikia kompleksinio viešojo valdymo, reiškiančio, kad pokyčių valdymas negali būti izoliuotas nuo kitų viešojo valdymo sisteminių ir subsisteminių darinių, veiklos elementų ir veiklos sėkmę lemiančių veiksnių, galimybių ir tam tikros rizikos, dažniau susijusios su pokyčių mechanizmų valdymo įgyvendinimo komponentais. Modernus viešasis valdymas, dažniausiai suvokiamas kaip metavaldymas, yra svarbi visos visuomenės, valstybės investicija, nuolatinis valdymo formų ir metodų kaitos procesas užtikrinant reformų inovacines charakteristikas, socialiai orientuotų tikslų kūrimą, naujų, kompleksinių strateginių uždavinių įgyvendinimą. XXI a. pradžioje formuojamas naujas požiūris į naujosios viešosios vadybos teorines ir praktines nuostatas, naujų sprendimų rengimą, geriausių kokybės vadybos formų analizavimą, naujo lygmens kontrolės, atsakomybės ir atskaitomybės įvedimą bei viešųjų institucijų pajėgumų atsinaujinimą (Raipa, 2016). Svarbiausiu tikslu išlieka siekis modernių technologijų pagalba optimizuoti viešąjį valdymą, vystyti, formuoti ir

įgyvendinti strategines kryptis teikiant kokybiškas paslaugas ir kuriant viešąsias gėrybes remiantis naujomis viešojo dalyvavimo formomis (Raipa, Bartkus, 2013; Sakalas ir kt., 2016; Skrickienė ir kt., 2018).

Viešojo valdymo reformomis siekiama pritaikyti viešąjį sektorių prie nuolat kintančios aplinkos. Sveikatos sistemų procesų veikimas vis dar nėra optimalus daugelyje šalių, turinčių įvairias socialines, ekonomines, politines charakteristikas. Kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pacientams, atsižvelgiant į pacientų charakteristikas, sveikatos priežiūros sistemos ypatybes, biudžeto ir kitus aspektus, labai priklauso nuo organizacinių struktūrų ir procesų kūrimo (Crown ir kt., 2017). Naujausi tyrimai parodė, kad minėti skirtumai gali būti susiję su skirtingomis sveikatos priežiūros sistemų organizacinėmis savybėmis ir valdymo struktūromis (Fattore, Tediosi, 2013).

Temos iširtumas. XX a. antroje pusėje ir ypač paskutiniaisiais dešimtmečiais viešojo valdymo kaitos metodologija plačiai analizuota tokių autorių kaip G. Fredericson (1999), Ch. Hood (1991), R. Denhardt, D. Osborne, T. Gaebler (1992), M. Harmon, W. Parsons (2001), W. Dunn (2006), J. M. Bryson (2006) ir kitų viešojo valdymo srities specialistų. Teoretikai apibendrina visus XX a. antros pusės viešojo valdymo teorijos ir praktikos laimėjimus. Šiuose darbuose buvo istoriškai įvertinta klasikinė tradicinė vēberinė-vilsoninė viešojo valdymo teorija ir praktika (Shafritz, Ott, 1992). Vēliau kiti mokslininkai (B. Guy Peters (2010), J. E. Lane (2001, 2009), D. Kettl (2000), Ch. Pollitt, G. Bouckaert (2003), T. Bovaird, E. Lofler (2009) viešojo valdymo pokyčius analizavo kaip viešojo sektoriaus veiklos efektyvumo sąlygą, sėkmingų viešojo valdymo reformų sudedamąją dalį, jų įgyvendinimo aplinką, sąlygas, faktorius, veiksnius ir rizikos elementus.

Užsienio šalių viešojo sektoriaus mokslininkai Jr. Lynn, C. Heinrich ir C. Hill (1999, 2001), H. Simon (2003), M. Potuček (2004), G. Mulgan (2004), G. Fredericson (2005), L. Meuleman (2008), T. Bovaird ir E. Loffer (2009), J. E. Lane (2001, 2009), D. McNabb (2009), D. Kettl ir J. Fesler (2009), E. Klijn (2010), St. Osborne ir L. Brown (2011, 2013), B. Guy Peters (2013, 2015) ir kiti, savo teorinėse išvalgose, siekdami išskirti naujojo viešojo valdymo kriterijus, organizacinės elgsenos teorijos tobulinimą ir praktikos kaitos sklaidą įvardija kaip vieną esminių naujojo viešojo valdymo veiksmų, tiesiogiai įtakančių pokyčių viešajame sektoriuje plėtros sėkmę. Autorių nuomone, tokia pokyčių valdymo kaitos trajektorija įgalina efektyviau spręsti organizacijų pokyčių valdymo procesų iššūkius bei realizuoti socialinių grupių lūkesčius.

Viešojo sektoriaus pokyčių valdymas šiandien yra itin svarbi naujojo viešojo valdymo struktūrų veiklos dalis. Todėl inovatyvių valdymo pokyčių realizavimo užtikrinimui reikalingas kompleksinis viešasis valdymas, suprantamas kaip įvairių formų ir praktikos veiksnys, būtinas sėkmingam pokyčių įgyvendinimui. Viešojo sektoriaus tyrinėtojai daug dėmesio skiria vidaus ir išorės aplinkos veiksniams. Analizuojami organizacijų pasirengimo pokyčių veiklos vertinimo aspektai (Lee, 1971; Hall, Schneider, 1972; Balfour, Weschler, 1990; Osborne, Patrick, 1991; Vaser ir kt., 1998; Dunn, 2006; Fernander, Rainey, 2006; Pestoff, Brandsen, 2010), strateginių uždavinių planavimo formos (Alter, 1999; Bouckaert, 2003; Pollitt, 2003, 2011; Halligan, 2008; Hayward, 2010; Laegreid, Verhoest, 2010; Raina, 2018), ypatingai pabrēžiamas žinių valdymas,

žmogiškųjų išteklių svarba ir lyderystė (Pettigrew, 1990; Nonaka, Takeuchi, 1995; Tiwana, 2002; Walker, 2002; Bryson, Crosby, 2005; Bryson, Crosby ir kt., 2006; Slavin, Woodard, 2006; Axell, Gash, 2008; Osborne, Brown, 2011; Raina, 2018), taip pat tarpsektorinės partnerystės transformacijos veiksnių įtaka (Harding, 1990; Seddon, 1999; O'Toole, 2000; Knox, 2002; Borgatti, Foster, 2003; Ball, Magin, 2005; Castels, 2005; Rhodes ir kt., 2005; McQuaid, 2010; Fernandez, 2010, 2011; Pitts, 2011), tinklų ir tinklaveikos sąveikos vieta viešojo valdymo procese (Axelrod, 1984; Williamson, 1996; Sydow, 2004; Moulart, Cabaret, 2006; Owen-Smith, Powel, 2008; Bland ir kt., 2010; Moliterno, Mahony, 2011; Bason, 2014). Analizuojant pokyčių valdymo viešosiose įstaigose aspektus, ypatingas dėmesys skiriamas ir tokiems viešojo valdymo klausimams, kaip darbuotojų įtraukimas į pokyčių valdymo procesus (Belbin, 1996; Kellman, 2005, McNabb, 2009).

Diskusijos apima vidinių ir išorinių pasipriešinimo pokyčiams faktorių identifikavimą ir jų valdymo priemonių taikymą. Pasipriešinimo priežastis ir jų sprendimo būdus analizavo M. Weber (1947), M. Deutsch, R. Krauss (1960), R. Zajonc (1965), J. Wilson (1989), K. Thompson, F. Luthans (1990), L. Kiel (1994), N. Thom, A. Ritz (2004), S. Oreg (2006), S. Sveningsson, N. Sogarde (2020).

Lietuvoje pokyčių valdymą analizavo P. Zakarevičius (2003), B. Melnikas ir kt. (2000), S. Stoškus, D. Beržinskienė (2005), D. Lodienė (2005), A. Vasiliaskas, E. Laumenskaitė (2006), R. Korsakienė (2006), J. Ruževičius, D. Klimas (2009), E. Chlivickas ir kt. (2010), A. Sakalas ir kt. (2016). Tačiau šių mokslininkų darbuose dažniausiai nagrinėjama pokyčių valdymo patirtis privačiame sektoriuje. Viešojo sektoriaus pokyčių valdymą savo darbuose tyrinėjo A. Guogis, D. Gudelis (2003), V. Smalskys (2010), D. Gudelis, A. Patapas (2010), P. Papšienė (2010), A. Raipa (2012, 2013, 2014, 2016, 2017). I. Bakanauskienė (2008) analizavo žmogiškųjų išteklių valdymo plėtros kryptis, organizacijų aplinkos veiksnius, turinčius įtakos žmogiškųjų išteklių valdymo veikloms. Ž. Martinaitis, V. Narkošis (2009) nagrinėjo Lietuvos viešojo sektoriaus naujoves, administracinę kultūrą ir struktūrinius gebėjimus naujojo viešojo valdymo sąlygomis, V. Giedraitytė (2016) vertino inovacinių pokyčių valdymo charakteristikų turinį, B. Melnikas (2009) analizavo pažangos ir pokyčių procesų valdymo problemas bei aktyvinimo galimybes, S. Pivoras (2012), E. Chlivickas (2012) nagrinėjo viešųjų organizacijų mokslinių teorijų pritaikymą valdant pokyčius moderniaame viešajame sektoriuje, tačiau tyrimų, kompleksiskai ir išsamiai analizuojančių pokyčių valdymo kaitą sveikatos apsaugos sistemoje ir ypač ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – AASPI) daktaro disertacijose, mokslinėse monografijose nėra. Nors pokyčių valdymo asmens sveikatos priežiūros institucijose problematika randama įvairiuose sveikatos sistemos valdymo kryptis tiriančių autorių darbuose. 2016, 2017, 2018 m. A. Raipos, K. Štaro ir disertantės straipsniuose išskiriamos esminės kryptys ir tendencijos, valdant pokyčius ir inovacijas sveikatos apsaugos sistemoje modernaus viešojo valdymo kontekste, taip pat atliktos pokyčių valdymo XXI a. sveikatos priežiūros sistemoje Budinčio gydytojo tarnybos veiklos analizė ir asmens sveikatos priežiūros įstaigos specialistų užimtumo analizės vertinimas metavaldymo kontekste atskleidė, kad inovacijų diegimas viešajame sektoriuje tiesiogiai sietinas su metavaldymo elementų šiuolaikinio viešojo valdymo proceso kaita.

Apibendrinant analizuotus šaltinius, galima teigti, kad mokslinėje literatūroje tyrėjai atkreipia dėmesį į tokias pokyčių valdymo ir su juo susijusių reiškinų problematikas: pokyčių valdymo kaitos raiška ir įtaka plačiaja prasme asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, teisinės bazės pokyčiai kokybiškų paslaugų teikimo užtikrinimui ir prieinamumo gerinimui, asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansinių išteklių perskirstymo svarba naujojo viešojo valdymo sąlygomis. Taigi, pokyčių valdymo kaitos naujojo viešojo valdymo kontekste ir veiklos procesų bei struktūros analizė vertinimo aspektu yra aktualus tyrimų objektas tiek teorinio modeliavimo, tiek ir praktiniu požiūriais: jo platesniam ir išsamesniam tyrimui ir skiriamas šis disertacinis darbas.

Mokslinė problema – koks pokyčių valdymo modelis tinka Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms?

Ginamieji tyrimo teiginiai:

1. Žinomi pokyčių valdymo proceso modeliai nėra pakankamai adaptuoti ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, kai organizacijų vadovams reikia priimti sprendimą dėl būtinų pokyčių įgyvendinimo, trikdžių atsiradimo ir jų valdymo priemonių taikymo.
2. Pokyčių valdymo proceso modelis ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms reprezentuoja devynių etapų pokyčių valdymo procesą: 1) strategijos formavimas ir rengimas, 2) suinteresuotųjų šalių įtraukimas, 3) programos sukūrimas, 4) atsakomybių priskyrimas, 5) pokyčių valdymo proceso trikdžių identifikavimas, 6) pokyčių valdymo proceso priemonių taikymas, 7) kontrolė, 8) rezultato vertinimas, 9) grįžtamojo ryšio taikymas.
3. Jaunesnio amžiaus (iki 39 m.) ir trumpesnę darbo stažą (iki 5 metų) turintys ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovai, siekdami pokyčių įgyvendinimo, daugiau dėmesio skiria vadovų kompetencijai ir informacinių technologijų taikymui, o vyresnio amžiaus ir ilgesnę darbo stažą turintys įstaigų vadovai daugiau dėmesio skiria finansinių išteklių užtikrinimui ir žmogiškųjų išteklių motyvavimo priemonėms.
4. Pasirengimo pokyčių valdymo srityje vertinimas priklauso nuo aktyvaus vadovo dalyvavimo siūlant ir vertinant inovatyvias pokyčių idėjas, tuo tarpu vertinimas nepriklauso nuo per pastaruosius 5 metus įstaigoje įdiegtų naujų arba optimizuotų pokyčių valdymo proceso organizacinių priemonių.

Objektas – pokyčių valdymas Lietuvos ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose.

Tikslas – išanalizavus pokyčių valdymo teorinius – metodologinius principus bei apibendrinus empirinius tyrimo rezultatus, suformuoti konceptualų pokyčių valdymo modelį Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms.

Siekiant iškelto tikslo, disertacijoje sprendžiami **uždaviniai**:

1. Išanalizuoti pokyčių valdymo proceso modelių struktūrų skirtumus.
2. Atlikti pokyčių valdymo proceso trikdžių bei jų valdymo priemonių teorinę analizę.

3. Parengti teorinį pokyčių valdymo modelį Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms.
4. Vadovaujantis teoriniu pokyčių valdymo proceso modeliu, empiriškai išnagrinėti pokyčių valdymo aplinką Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose.
5. Atlikti ES šalių ekspertų ir Lietuvos ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovų empirinį (kokybinį ir kiekybinį) tyrimą. Empiriniu tyrimu patikrinti, kiek ir kaip parengtas teorinis pokyčių valdymo modelis gali būti papildytas, pakeistas jo turinys (iš dalies), adaptuotas ir priimtinas Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms kaip konceptualus modelis.

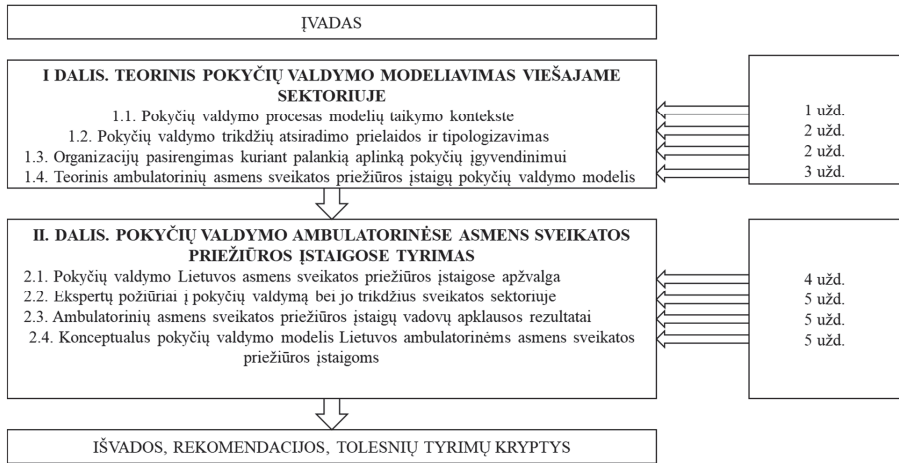
Disertacijoje taikomi šie pagrindiniai **mokslinio tyrimo metodai**:

- *Literatūros analizė* atlikta identifikuojant pokyčių valdymo modelius, etapus, procesus, jų nuoseklumą, taip pat formuojant pokyčių valdymo sampratos apibrėžimą.
- *Sintezė ir apibendrinimas* naudoti siekiant išanalizuoti pokyčių valdymo modelių proceso struktūrų skirtumus, pokyčių valdymo vidaus ir išorės trikdžius, jų valdymo priemonės, taip pat pokyčių valdymo proceso aplinką.
- *Antrinių duomenų ir dokumentų analizė* vertinant Lietuvos strateginių dokumentų ir teisės aktų sveikatos priežiūros sistemos pokyčių valdymo veiklos ypatumus.
- *Modeliavimas* formuojant pokyčių valdymo procesą Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms.
- Tyrimui pagrįsti naudojamas kokybinio ir kiekybinio tyrimo dermės mišrus metodų prieigos metodas – *nuosekli nagrinėjamoji strategija* (angl. *Sequential exploratory strategy*), pagal kurią duomenys renkami dviem etapais su pradiniu kokybinių ir antruoju kiekybinių duomenų rinkimu. Antroji duomenų bazė remiasi pradinės duomenų bazės rezultatais. Ši strategija pasirinkta todėl, kad ji yra tinkamiausia aiškinant ir interpretuojant ryšius, kai pirminis tyrimo tikslas yra išanalizuoti fenomeną.
- Tyrimo duomenims surinkti naudojamas *kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu metodas*, kuriuo siekiama nustatyti veiksnius, lemiančius pokyčių valdymo kaitą Lietuvoje ir ES, išskirti svarbiausius organizacijų pasirengimo inovatyvių pokyčių įgyvendinimui veiksnius, trikdžius ir pasipriešinimo faktorius bei pateikti pokyčių valdymo tobulinimo sveikatos sektoriuje strategines nuostatas. Tyrimo klausimų duomenys buvo analizuojami vadovaujantis *kokybinės turinio analizės metodu* tokiomis formomis: *klasifikavimo* (identifikuojamos kategorijos, subkategorijos – išskiriami organizacijų pasirengimo pokyčių įgyvendinimui veiksniai ir trikdžiai sveikatos sektoriuje, pateikiamos jų valdymo tobulinimo strateginės nuostatos), *lyginimo* (lyginami teiginiai ir nuomonės vienos temos kontekste), *interpretacijos* (remiantis tyrimo duomenimis daromos tyrėjo išvalgos).
- Tyrimo imčiai sudaryti naudojamas *tikslinės atrankos metodas* (angl. *purposeful sampling*). Naudojant šį metodą galima gauti išsamių ir kompleksinių duomenų, tuo metu turint galimybę klausti ir papildomų klausimų, paliekant ekspertams

pakankamai laisvės reikšti savo mintis plačiau ir nenumatytais aspektais. Siekiant tikslingai atrinkti atstovus, dalyvaujančius tyrime, remiamasi *trigubos spiralės modeliu*, kuriuo pagrįstas pokyčių valdymo proceso aspektas ir į tyrimą įtraukiami valdžios, akademinės bendruomenės ir visuomeninių organizacijų ekspertai, kad būtų kompleksišškai įvertintas ir pateiktas pasirengimas pokyčių valdymui ir įgyvendinimo trikdžių valdymo priemonių taikymas. Ekspertai parinkti kriterinės atrankos metodu, jiems suformulavus atrankos kriterijus. Tyrimo metu atsižvelgta į tai, kad kokybinio tyrimo imties pakankamumas dažniausiai grindžiamas „*duomenų prisotinimo*“ principu, t. y. duomenų rinkimas vykdomas, kol pasiekiamas kategorijų prisotinimas (imant interviu nebe gaunama naujos informacijos). Todėl kokybinio tyrimo imtis suformuluota taip, kad ji būtų pakankama pateikti patikimus tyrimo rezultatus, tačiau nebūtų duomenų pasikartojimo.

- Kiekybinio tyrimo imties pagrindinis atrankos kriterijus – aktyvus ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos vadovo dalyvavimas sveikatos politikos formavimo klausimais, dalyvavimas rengiant bei įgyvendinant teisės aktus ir programas. Tyrimo imtis skaičiuota vadovaujantis dažnai moksliniuose tyrimuose naudojama formule. Tyrimo duomenims surinkti naudojama *anketinė apklausa* ir *klasifikavimas* siekiant nustatyti veiksnius, lemiančius pokyčių valdymo kaitą Lietuvoje, bei identifikuoti AASPI pasirengimą pokyčiams, pasipriešinimo faktorius, jų sumažinimo ar panaikinimo priemones, diagnozuoti pokyčių valdymo kaitos AASPI būklę (privalumus ir trūkumus, pasiekimus ir ribotumus, pagrindines tobulinimo kryptis).
- Empirinio tyrimo duomenims apdoroti, analizuoti ir įvertinti naudotas *MS Office* paketas, SPSS programa.

Disertacinį darbą sudaro teorinė, dokumentų analizė ir empirinis tyrimas, kurių pagrindu formuojamas conceptualus pokyčių valdymo modelis Lietuvos AASPI. Pav. 1 pateikiama disertacinio darbo rengimo loginė schema, kurioje vaizduojama atskirų disertacijos dalių, skyrių ir poskyrių rengimo eiga bei nagrinėjamų reiškinių sąveika.



1 pav. Disertacinio darbo rengimo loginė schema

Šaltinis: parengta autorės.

Darbo mokslinis naujumas ir teorinis reikšmingumas.

1. Disertacijoje suformuluotas pokyčių valdymo apibrėžimas, atskleidžiantis pokyčių valdymo proceso ypatumus, sudaro sąlygas tęsti mokslinius tyrimus pokyčių valdymo analizės aspektais.
2. Išanalizuota pokyčių valdymo modelių įvairovė, atlikta pokyčių valdymo modelių lyginamoji analizė leido identifikuoti skirtingus pokyčių valdymo proceso etapus (strategijos formavimas ir rengimas, suinteresuotųjų šalių įtraukimas, programos sukūrimas, atsakomybių priskyrimas, pokyčių valdymo proceso trikdžių identifikavimas, pokyčių valdymo proceso priemonių taikymas, kontrolė, rezultato vertinimas, grįžtamojo ryšio taikymas), kurių analizė leido suformuoti tinkamiausią teorinį pokyčių valdymo modelį.
3. Parengtas metodologinis instrumentas (teorinis pokyčių valdymo modelis) pokyčių valdymui ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose sudaro prielaidas išankstiniam dimensijų ir pritaikomumo galimybių vertinimui modeliuojant pokyčius Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos sistemos institucijose, tobulinant ir efektyvinant pokyčių valdymo procesus.

Praktinis darbo reikšmingumas.

1. Pateiktos praktinės pokyčių valdymo ir įgyvendinimo priemonės (proceso struktūra, etapai, trikdžiai ir jų valdymas) ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose užtikrina organizacijai naudingą pokyčių įgyvendinimo rezultatą.

2. Papildyti pokyčių valdymo atvejų tyrimai asmens sveikatos priežiūros įstaigose sudaro prielaidas atlikti lyginamąją pokyčių valdymo procesų praktikos analizę.
3. Teorinio ir empirinio tyrimo duomenų pagrindu suformuotas conceptualus pokyčių valdymo modelis pritaikomas praktikoje identifikuojant konkrečios Lietuvos ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos pasirengimo inovatyvių pokyčių valdymui veiksnius; nustatant konkrečios ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos galimus pokyčių valdymo vidaus ir išorės pasipriešimo faktorius; identifikuojant pokyčių valdymo proceso vidaus ir išorės valdymo priemones bei tinkamai ir sėkmingai pasirengiant pokyčių valdymo procesų įgyvendinimui.

Darbo struktūra ir apimtis. Disertacinį darbą sudaro įvadas, dvi dalys, darbo išvados, rekomendacijos bei santraukos lietuvių ir anglų kalbomis.

Pirmojoje disertacinio darbo dalyje atliekama literatūros analizė pokyčių valdymo sampratos ir procesų bei turinio srityse, analizuojama pokyčių valdymo modelių įvairovė. Šioje dalyje taip pat formuluojama pokyčių samprata ir jos taikymo galimybės pokyčių valdymo modelių kontekste, nagrinėjamos pokyčių valdymo trikdžių atsiradimo prielaidos, pateikiamas trikdžių tipologizavimas. Jų pagrindu išskiriami pokyčių valdymo vidaus ir išorės trikdžiai, trikdžių atsiradimo priežastys bei jų valdymo priemonės, kurių analizė leidžia įvertinti būtinybę ir galimybę modifikuoti pokyčių valdymo procesą atsižvelgiant į specifinius organizacijų pasirengimo rodiklius, kuriant palankią pokyčių įgyvendinimo aplinką. Nagrinėti bei identifikuoti teoriniai pokyčių valdymo aspektai suteikė galimybę suformuoti teorinį pokyčių modelį, kuris leidžia pasirengti pokyčių proceso įgyvendinimui.

Antrojoje dalyje pristatomas pokyčių valdymo Lietuvos AASPI tyrimas. Strateginių dokumentų ir teisės aktų analizės pagrindu atliekama pokyčių valdymo proceso politinės, teisinės ir paslaugų gavėjų aplinkos sąlygų Lietuvos AASPI analizė, pristatoma Lietuvos pokyčių valdymo sveikatos sistemoje patirtis ir vertinimas, Lietuvos AASPI pasirengimo pokyčių valdymui specifika, finansavimo tvarkos pokyčiai ir jų valdymo praktika bei strateginių programų ir inovacinių projektų valdymo specifika. Pristatomas pokyčių valdymo ES šalių ekspertų ir Lietuvos AASPI vadovų empirinis (kokybinis ir kiekybinis) tyrimas. Empirinio tyrimo rezultatais disertacijoje grindžiami svarbiausi organizacijų pasirengimo inovatyvių pokyčių įgyvendinimui veiksniai, įvertinama pokyčių valdymo aplinka ir svarbiausi vidaus bei išorės trikdžiai įgyvendinant strateginius pokyčius, metodai ir priemonės, padedančios sumažinti ar panaikinti pokyčių valdymo trikdžius, formuojamas conceptualus pokyčių valdymo modelis Lietuvos AASPI, pateikiamos išvalgos bei tolesnių tyrimų perspektyvos.

Darbo apimtis (be literatūros sąrašo, priedų ir santraukų) yra 164 puslapiai. Darbe pateiktos 25 lentelės ir 52 paveiksai. Literatūros sąrašą sudaro 332 šaltiniai. Darbo pabaigoje pateikti 6 priedai.

1. TEORINIS POKYČIŲ VALDYMO MODELIAVIMAS VIEŠAJAME SEKTORIUJE

Šioje disertacinio darbo dalyje atliekama literatūros analizė pokyčių valdymo sampratos ir procesų bei turinio srityse, pateikiama ir analizuojama pokyčių valdymo modelių įvairovė, jų panašumai bei skirtumai. Pokyčių valdymo struktūros vizualizavimui taikomi algoritmai, leidžiantys užtikrinti skirtingų modelių struktūrų palyginamumą bei formuojantys būsimo pokyčių valdymo modelio pagrindą. Šioje dalyje taip pat formuluojama pokyčių samprata ir jos taikymo galimybės pokyčių valdymo modelių kontekste, nagrinėjamos pokyčių valdymo trikdžių atsiradimo prielaidos, pateikiamas trikdžių tipologizavimas. Jų pagrindu išskiriami pokyčių valdymo vidaus ir išorės trikdžiai, trikdžių atsiradimo priežastys bei jų valdymo priemonės. Pokyčių valdymo trikdžių bei jų valdymo priemonių analizė leidžia įvertinti būtinybę ir galimybę modifikuoti pokyčių valdymo procesą atsižvelgiant į specifinius organizacijų pasirengimo rodiklius, kuriant palankią pokyčių įgyvendinimo aplinką. Nagrinėti bei identifikuoti teoriniai pokyčių valdymo aspektai suteikė galimybę suformuoti teorinį pokyčių modelį, kuris leidžia pasirengti pokyčių proceso įgyvendinimui.

1.1. Pokyčių valdymo procesas modelių taikymo kontekste

Pokyčių valdymas yra viena iš tyrinėjamų valdymo sričių (Davies ir kt., 1966; Peters ir kt., 2015), tačiau vadybos literatūroje nėra vieningos pokyčių valdymo sampratos. 1 lentelėje pateikiamos būdingos pokyčių valdymo sampratos (žr. 1 lentelę).

1 lentelė. Pokyčių valdymo sampratos

| Autorius (-iai) | Pokyčių valdymo apibrėžimas |
|---|--|
| H. Dempster, A. Wildavsky (1979) | Pokyčių valdymas – įvairūs veikiantys veiksniai organizacijos viduje ir išorėje. |
| S. Krasner (1988) | Pokyčių valdymas – procesas, suprantamas kaip vienas iš būdų pasiekti organizacijos užsibrėžtų tikslų ir įgyvendinti numatytą organizacijos viziją. |
| M. Poole, A. Van de Ven (2004) | Pokyčių valdymas – organizacijos veiklos kryptių, tikslų ir perspektyvų gairės, organizacijos sprendimų strateginių kryptių nustatymas ir įgyvendinimas. |
| V. Schmidt (2006) | Pokyčių valdymas – idėjų įgyvendimo procesas. |
| P. Zakarevičius (2006) | Pokyčių valdymas – pokyčių numatymas, jų galimų neigiamų pasekmių pašalinimas bei privalumų panaudojimas. |
| J. Bersėnaitė ir kt. (2006); B. Hurn (2012) | Pokyčių valdymas – tai suplanuota veikla pakeisti organizacijos esamą padėtį į pageidaujamą, susiduriant su išskylančiais iššūkiais ir galimybėmis. Apima naujos vizijos formavimą bei visų lygių darbuotojų įtraukimą ir pasipriešinimo pokyčiams įveikimą. |

1 lentelė. Pokyčių valdymo sampratos (tęsinys)

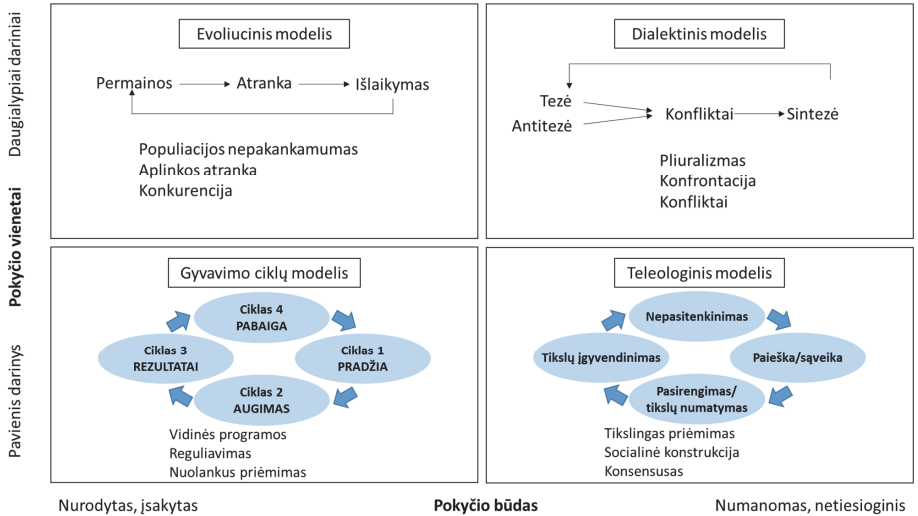
| Autorius (-iai) | Pokyčių valdymo apibrėžimas |
|--|---|
| T. Creasey (2009); E. Laumenskaitė, A. Vasiliauskas (2006) | Pokyčių valdymas – procesas, kuris pirmiausia turi būti nukreiptas taip, kad padėtų darbuotojams prie jų prisitaikyti ir tinkamai įgyvendinti užsibrėžtas veiklas. |
| W. Rothwell ir kt. (2009) | Pokyčių valdymas – tai procesas, kuris padeda darbuotojams organizacijoje identifikuoti pokyčius jų aplinkoje ir planuoti, kaip elgtis skirtingose situacijose. |
| S. Videikienė, L. Šimanskienė (2014); R. Raina (2018) | Pokyčių valdymas – nuoseklus procesas, kuriuo siekiama sistemingai pereiti į pageidaujamą būseną, apimantis organizacinių pokyčių poreikio identifikavimą, rizikos įvertinimą, pasirengimą juos priimti ar inicijuoti bei organizacijos gebėjimą suvaldyti iškilusius iššūkius. Taip pat sėkmingas pokyčių valdymas yra procesas, reikalaujantis kompleksinių žinių, organizacijos pasirengimo priimti pokyčius, vadovų ir darbuotojų kompetencijos bei noro keistis. Akcentuotina, kad pokyčių įgyvendinimas kiekvienos organizacijos atveju yra skirtingas, tačiau nestabiliuose organizacijose jų valdymas tampa būtinybe. |
| B. Peters ir kt. (2015) | Pokyčių valdymas – procesas, kuris dažniausiai vystosi laipsniškai kartu su esminiais skirtumais bei naujomis institucinėmis formomis. |
| Raipa ir kt. (2016) | Pokyčių valdymas – objektyvus bendrųjų visuomenės egzistencijos procesų padarinys, kuris reikalauja keisti požiūrį ir įtvirtinti inovatyvius siekius pertvarkant nusistovėjusią tradicinę valdymo tvarką. |

Šaltinis: sudaryta autorės.

1 lentelėje matyti, kad literatūros šaltiniuose pokyčių valdymas traktuojamas nevienodai. H. Dempster, A. Wildavsky (1979), S. Krasner (1988), M. Poole, A. Van de Ven (2004) pokyčių valdymą apibrėžia kaip procesą siekiant įgyvendinti numatytus tikslus; S. Videikienė, L. Šimanskienė (2014), R. Raina (2018) apibūdina kaip nuoseklų, sistemingą procesą įgyvendinant organizacijos viziją, tačiau pabrėžia, kad būtina įvertinti organizacijos pasirengimą pokyčiams, darbuotojų ir vadovų kompetencijas bei galimą (tikėtiną) pasipriešinimą; J. Bersėnaitė ir kt. (2006); B. Hurn (2012), T. Creasey (2009), E. Laumenskaitė, A. Vasiliauskas (2006), B. Peters ir kt. (2015) akcentuoja laipsnišką prisitaikymo pokyčiams procesą siekiant organizacijai pereiti į pageidaujamą būseną ir įtraukiant visas suinteresuotąsias puses.

S. Videikienės, L. Šimanskienės (2014), R. Raina (2018) apibrėžimas („nuoseklus procesas, kuriuo siekiama sistemingai pereiti į pageidaujamą būseną, apimantis organizacinių pokyčių poreikio identifikavimą, rizikos įvertinimą, pasirengimą pokyčius inicijuoti ar priimti bei organizacijos gebėjimą suvaldyti iškilusius iššūkius“) neriboja pokyčių valdymo proceso elementų ir etapų, todėl yra tinkamas analizuoti pokyčių valdymą AASPI. Atsižvelgiant į pasirinktą pokyčių valdymo apibrėžimą, pritaikyta ši pokyčio samprata: pokytis – pokyčių proceso rezultatas, reiškiantis perėjimą į pageidaujamą būseną.

Siekiant identifikuoti pokyčių valdymo veiksmų seką, atlikta vadybos literatūros turinio analizė, kuri atskleidė, kad nėra vienos visuotinai priimtoms nuomonės dėl pokyčių valdymo proceso turinio, elementų ir etapų sekos. Siekiami sklandžiai valdyti pokyčius, mokslininkai sukūrė teorijas, kurių ištakas galima pastebėti dar XX a. pradžioje (Collier, 1945). Autoriai N. Poole, A. Van de Ven (2004) suskirstė šias teorijas į keturių tipų modelius (žr. 2 pav.):



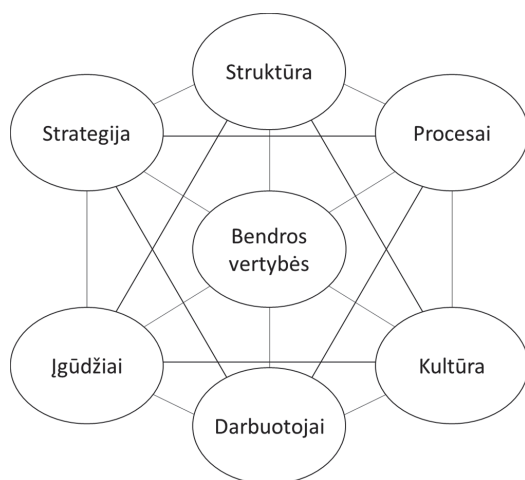
2 pav. Pokyčių valdymo proceso teorijų tipologija

Šaltinis: Poole, Van de Ven, 2004.

Kaip matyti 2 pav., pokyčių valdymo procesus galima vertinti kaip „pasikartojančią permainų, atrankos ir būklės išlaikymo seką, atsirandančią tarp tam tikros grupės (populiacijos) subjektų“, sąlygojamų vidaus ir išorės aplinkos veiksnių ir konkurencijos sąlygų (evoliucinis/atrankos pokyčių modelis) (Giedraitytė, 2016). Šiame modelyje organizacijose pokyčiai vyksta palaipsniui, keičiantis aplinkai, prisitaikoma prie naujų vidinių ir išorinių jėgų. Pokyčių procesas taip pat gali būti vertinamas kaip dviejų ar daugiau subjektų konkurencija tarpusavyje ar konfrontacija dėl dominavimo ir kontrolės (dialektinis/konfliktinių pokyčių modelis). Šioje teorijoje stabilumas ir pokyčiai aiškinami vertinant jėgų pusiausvyrą tarp pokyčių iniciatorių ir palaikančių *status quo* poziciją, todėl šiuo atveju galutinis pokyčių rezultatas organizacijoje bus nulemtas daugumą tenkinančių sprendimų. Pokyčių procesas gali vykti ir pagal numatytą vienodą įvykių seką etapais ar fazėmis (gyvavimo ciklų pokyčių modelis). Nagrinėjant teleologinį modelį, prioritetas teikiamas tikslo formavimui, pokyčių įgyvendinimo veiksams, pažangos vertinimui ir, jei yra būtinybė, pokyčių plano modifikavimui. Tokiu atveju organizacija aktyviai siekia tikslo pasitelkdama naujas strategijas bei ankstesnę patirtį (Poole ir Van de Ven, 2004). Atlikta vadybos literatūros turinio analizė pokyčių

procesą leidžia pagrįstai suskirstyti į 4 etapus: 1) pokyčių poreikis, 2) vizijos pristatymas, 3) veiksmų planas, 4) įgyvendinimas.

K. Lewin (1975 m.) buvo pirmasis tyrėjas, išsamiai pradėjęs tyrinėti organizacijos pokyčių valdymą. Jis apibrėžia „trijų etapų“ planuojamų pokyčių procesą, kurį aiškina trimis terminais – „atšildymas“, „veiksmas“ ir „užšaldymas“. McKinsey 7-S modelyje, kaip ir K. Lewin, pirmiausia identifikuojamos organizacijos stipriosios ir silpnosios pusės, padedančios įgyvendinti pokyčius, tačiau, skirtingai nei K. Lewin „trijų etapų“ modelyje, Waterman ir kt. (1980) analizuojamame 7-S modelyje visus elementus (bendros vertybės, struktūra, procesai, kultūra, darbuotojai, įgūdžiai, strategija) susieja tarpusavyje ir siūlo nagrinėti kompleksiskai vienu metu. Taip pat pataria organizacijos strategiją formuluoti taip, kad būtų pasiekti organizaciniai tikslai, įskaitant strateginį ketinimą. 3 pav. pateikta modelio schema parodo sistemos organizacinių elementų tarpusavio ryšius (Waterman ir kt., 1980: 20).



3 pav. McKinsey 7-S pokyčių valdymo modelis

Šaltinis: Waterman ir kt., 1980: 18.

Modelio centre pateiktos bendrosios vertybės, susijusios su jų poveikiu ir svarba kitiems pateiktiems elementams, tokiems kaip organizacijos struktūra, strategija, procesai, kultūra, darbuotojai ir įgūdžiai. Veiklos procesai, organizacinė kultūra, darbuotojai ir jų įgūdžiai atspindi organizacijos personalo gebėjimus ir kompetencijas įgyvendinti pokyčius pageidaujama tikslui pasiekti (Leibbrandt, Botha, 2014).

A. S. Judson (1991) papildo K. Lewin modelį ir pateikia penkių žingsnių pokyčių valdymo seką: (1) pokyčių analizavimas ir planavimas; (2) informavimas apie pokyčius; (3) pritarimas; (4) perėjimas iš *status quo* į pageidaujamą būseną; ir (5) pasikeitimo sustiprinimas (Al-Haddad, 2014). R. M. Kanter ir kt. (1992) nurodo 10 žingsnių, apimančių: 1) organizacijos ir jos pokyčių poreikio analizę, 2) vizijos ir bendros krypties

kūrimą, 3) atsiskyrimą nuo praeities, 4) skubos jausmą, 5) tvirtą lyderio vaidmenį, 6) politinį rėmimą, 7) įgyvendinimo plano parengimą, 8) tinkamą struktūrą, 9) darbuotojų įtraukimą, 10) pokyčių sustiprinimą ir įtvirtinimą. 1996 m. Kotter (1996) sėkmingai organizacinei pertvarai pasiūlė kitą aštuonių pakopų pokyčių metodą (Kamuti, 2013; Viktorsson, 2014).

P. Jones, J. Palmer, C. Osterweil ir D. Whitehead (1996) išskiria keturis pokyčių proceso etapus (Barvydienė, Pundzienė, 2001):

1. Inicijavimas. Pokyčių pradžia. Šis procesas priklauso nuo pokyčių būtinybės suvokimo ir motyvacijos keistis, turimų išteklių, darbuotojų pasirengimo dalyvauti pokyčių procese.
2. Įgyvendinimas. Praktinis pokyčių vykdymas. Jį lemia organizacijos kaitos charakteristikos, vidaus ir išorės veiksniai.
3. Institucionalizavimas. Parodo, ar ir kaip naujovės bus pritaikytos kasdieniui veiklai.
4. Rezultatai. Daugiausia dėmesio kreipiama į apibrėžtų kriterijų įgyvendinimą ir apima pasiektus rezultatus (Fullan, 1997).

R. Raina (2018) teigia, kad visi planuojami pokyčiai vyksta keturiais etapais: *1 etapas*. Identifikavimas (pokyčių poreikio nustatymas analizuojant problemas, trūkumus, grėsmes ir galimybes); *2 etapas*. Sprendimo kūrimas (planų, kaip pasiekti pageidaujama būseną, sukūrimas); *3 etapas*. Plano įgyvendinimas (pasirenkant tinkamas intervencijas pageidaujamai organizacijos būsenai pasiekti); *4 etapas*. Rezultatų įvertinimas (atsižvelgiant į atliktus veiksmus ir pritaikant „naują pagerintą“ procesą), o pokyčių valdymo proceso etapai gali būti nustatomi vadovaujantis siūloma „šešių žingsnių proceso“ eiga (žr. 4 pav.).



4 pav. Šešių žingsnių proceso valdymo etapai.

Šaltinis: parengta autorės vadovaujantis R. Raina, 2018.

I žingsnis (Vizijos numatymas): Vizija nurodo kryptį pokyčių procesui. Siekiant tai įgyvendinti, itin svarbus visų suinteresuotųjų šalių palaikymas ir reikalingų išteklių užtikrinimas (Raina, 2018).

II žingsnis (Suinteresuotųjų šalių įtraukimas): Suinteresuotosios šalys apima nevyriausybinės organizacijas, vadovus, darbuotojus, kuriems pokyčiai daro įtaką tiesiogiai ar netiesiogiai. Jų įtraukimas veikia kaip organizacinių pokyčių katalizatorius (Cook ir kt., 2007).

III žingsnis (Derybos): Svarbu ugdyti darbuotojus ir kitus suinteresuotuosius, vertinant pokyčių būtinybę ir jų naudą tam, kad būtų sukurtas abipusis vadovų ir darbuotojų tarpusavio supratimas, kuris palengvintų pokyčių veiklos procesą (Sun, 2006). Darbuotojams, kurie nėra pasirengę paremti pokyčių procesus, turi būti pasiūloma palikti organizaciją arba keisti požiūrį (Raina, 2018).

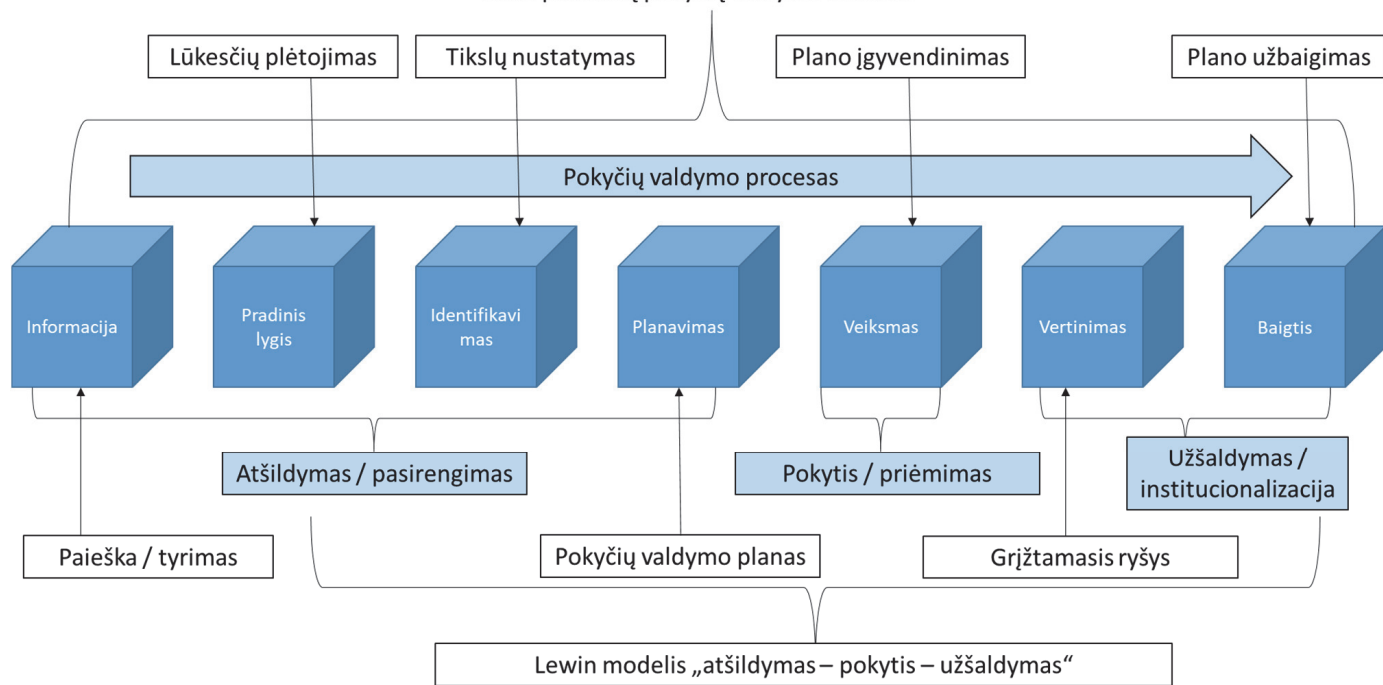
IV žingsnis (Susidomėjimas procesu): Pokyčių vadovai turi įtraukti ir motyvuoti darbuotojus bei pašalinti netikėjimo ir kitas baimes (Seijts ir Latham, 2005), taip pat formuoti požiūrį „gali padaryti“, kas gali daryti didelę įtaką pokyčių procesams.

V žingsnis (Plano parengimas): Dažniausiai pokyčių idėjas inicijuoja vadovai, svarbu tai aptarti su suinteresuotosiomis šalimis. Pokyčių lyderiai, rengdami pokyčių planą, turi siekti maksimaliai atsižvelgti į vadovų, pokyčių konsultantų ir kitų suinteresuotųjų šalių požiūrius ir idėjas, pilnavertiškai įtraukti juos į pokyčių plano formavimą (Sun, 2006).

VI žingsnis (Įgyvendinimas): Pokyčių iniciatoriai ir vykdytojai turi būti pasirengę susidurti su iškilusiais iššūkiais ar sudėtingomis situacijomis, kurios gali paveikti pokyčių įgyvendinimą. Vadovai turi gebėti priimti pagrįstus ir savalaikius sprendimus net ir krizinėse situacijose siekiant pasitikėjimo ir trikdžių minimizavimo (Cook ir kt., 2007).

E. Huse septynių pakopų modelyje pradiniam lygyje parengiamas pokyčių proceso veiklos planas. Tyrimų, paieškos stadijoje identifikuojamos organizacinės problemos ir prognozuojama tikimybė jas išspręsti. Pradiniam veiksmo etape suderinami veiklos planai ir nustatomi tikslūs įgyvendinimo terminai bei tolesniame etape atliekamas veiklų vertinimas siekiant nustatyti pokyčių plano įgyvendinimo sėkmę. Organizacijai sėkmingai įgyvendinus planuotus pokyčius, jų įgyvendinimo procesas sąlyginai baigiasi, nors pokyčių valdymas dažniausiai turi permanentinį (nenutrūkstamą) pobūdį. Žemiau pateikiamas septynių pakopų modelis išryškina sudėtingą organizacinių pokyčių pobūdį, kurį R. Raina (2018) pateikia Huse planuojamų valdymo pokyčių modelio ir Lewin trijų etapų „atšildymas-veiksmas-užšaldymas“ pokyčių modelio palyginimo kontekste (žr. 5 pav.).

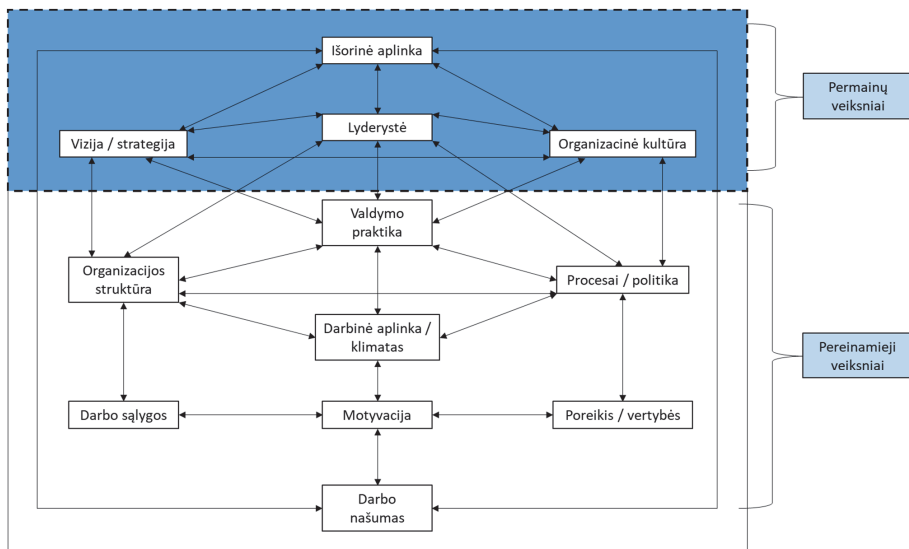
Huse planuotų pokyčių valdymo modelis



5 pav. E. Huse ir K. Lewin pokyčių valdymo modelių palyginimas

Šaltinis: R. Raina, 2018: 34.

Vertinant W. Burke ir G. Litwin „priežasties-pasekmės“ modelį, pabrėžiami du skirtingi pokyčių valdymo lygiai. Pirmasis lygis yra susijęs su pereinamuoju etapu, apimančiu organizacinės struktūros, procesų ir valdymo praktikos pokyčius siekiant pagerinti organizacijos veiklos ir teikiamų paslaugų kokybę. Antrasis – permainų etapo – lygis apima organizacijos misiją, strategiją, lyderystę ir kultūrą. Šie veiksniai turi tiesioginę įtaką pereinamiesiems veiksniams (žr. 6 pav.).



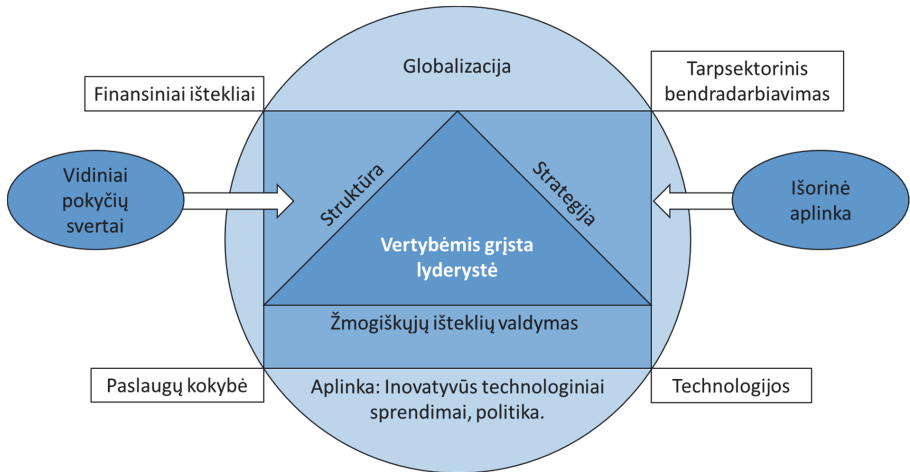
6 pav. W. Burke – G. Litwin „priežasties-pasekmės“ pokyčių valdymo modelis

Šaltinis: W. Burke, 2000.

W. Burke ir G. Litwin „priežasties-pasekmės“ modelis jungia dvylika kintamųjų, darančių įtaką pokyčių procesams. Permainių veiksniams priskiriami išorinės aplinkos, lyderystės, misijos/strategijos veiksniai suponuoja organizacijos pokyčių tikslą, o darbo kultūra daro įtaką darbuotojų veiklos rezultatams. Modelyje įtraukta motyvacija kaip vienas iš veiksnių, turinčių įtakos organizacijos augimui ir rezultatams. Pereinamiesiems veiksniams priskiriama valdymo praktika, apimanti politiką, organizacijos struktūrą, darbinę aplinką, darbo sąlygas, vertybes ir darbo našumą.

Apibendrinant skirtingų autorių analizuotus pokyčių valdymo modelius, galima teigti, kad visi modeliai pasižymi keliomis bendromis savybėmis (vizija, strategija, žmogiškųjų išteklių valdymas, organizacijos darbo kultūra, lyderystė, organizacijos aplinka). Kaip matyti 7 pav., organizacijų pokyčiams įtakos turi vidiniai ir išoriniai veiksniai bei paslaugų teikimo aplinka. Vidiniai veiksniai apima organizacijos strategiją, organizacinę struktūrą, žmogiškųjų išteklių valdymą, lyderystę, optimalų organizacijos dydį, vidaus politiką ir naujos organizacijos darbo kultūros ir organizacinės elgsenos plėtojimą. Išoriniams veiksniams priskiriami globalizacija, naujų inovatyvių

technologijų diegimas ir vystymas, organizacijų bendradarbiavimas su kitomis šalies ir tarptautinėmis institucijomis (Raina, 2018).



7 pav. Organizacinių pokyčių kaita

Šaltinis: adaptuota remiantis R. Raina, 2018.

Visų autorių pateiktų modelių tikslas suponuojamas į organizacijos siekį pertvarkyti esamą būseną į pageidaujamą. McKinsey modelis parodė, kokia svarbi pabrėžtų kintamųjų tarpusavio sąveika organizacijai įgyvendinant pokyčių procesą. W. Burke ir G. Litwin priešasties-pasekmės ryšio modelis (2000), be vadovavimo ir išorinės aplinkos, papildomai apima darbo kultūrą ir darbuotojų vaidmenį kuriant vizijos planą. E. Huse septynių pakopų modelis papildė K. Lewin trijų etapų modelį, kuriame dominuoja pagrindiniai valdymo etapai: tikslų nustatymas, plano sudarymas, įgyvendinimas ir vertinimas. Išanalizuoti pokyčių valdymo modeliai (K. Lewin „trijų etapų“, McKinsey 7-S, A. S. Judson penkių žingsnių, R. M. Kanter ir kt. 10 žingsnių, Kotter aštuonių pakopų, P. Jones, J. Palmer, C. Osterweil ir D. Whitehead keturių etapų, R. Raina šešių žingsnių, E. Huse septynių pakopų, W. Burke ir G. Litwin „priešasties-pasekmės“) suteikė galimybę išskirti 6 pokyčių valdymo proceso etapus: 1) strategijos formavimas ir rengimas, 2) suinteresuotųjų šalių įtraukimas, 3) programos sukūrimas, 4) atsakomybių priskyrimas, 5) kontrolė, 6) rezultato vertinimas.

Apibendrinant galima teigti, kad organizacijų pokyčių valdymo įgyvendinimą lemia pokyčių valdymo veiksniai, susiję su skirtingų tikslų bei poreikių įgyvendinimu, organizacijos lyderio vaidmeniu, suinteresuotųjų įtaka, paslaugų teikimo aplinka bei įvairaus pobūdžio apribojimais ir trikdžiais, kurie plačiau analizuojami 1.2 poskyryje.

1.2. Pokyčių valdymo trikdžių atsiradimo prielaidos ir tipologizavimas

Pokyčių valdymo trikdžių nustatymas, jų atsiradimo priežasčių analizė ir vertinimas, priemonių joms šalinti pritaikymas – ypač svarbi pokyčių valdymo organizacijoje sritis (Zakarevičius, 2003). Disertaciniame darbe vartojama Lietuvių kalbos žodyne (2008) pateikta trikdžių samprata, kur trikdys apibrėžiamas kaip „poveikis, trikdantis kieno veikimą, funkcionavimą“. Vadovaujantis minėta samprata, pokyčių valdymo trikdžiai apibrėžiami kaip vidaus ir išorės aplinkos sąlygojami veiksniai, trikdantys ar ribojantys pokyčių proceso eigą.

Pokyčių valdymo ir įgyvendinimo procese itin svarbią vietą užima kontraprenerystė. Šis terminas apibūdinamas kaip kompleksinis reiškinyss organizacijoje, atsirandantis dėl įvairių priežasčių. Kontrapreneriškas nuostatas dažnai skatina skepticizmas dėl tikėtino santykinai ilgo ir lėto pokyčių įgyvendinimo (Raipa, Urbanavičius, 2004). Mokslinėje literatūroje (Kotter, 1995; Jucevičius, 1996; Valackienė, 2005; Zakarevičius, 2003; Grybienė, Šimbelis, 2009 ir kt.) akcentuojama, kad pokyčių valdymu siekiama efektyviai ir ekonomiškai valdyti pasipriešinimą, kad būtų užtikrintas sklandus perėjimas nuo dabartinės prie pageidaujamos būsenos. Organizacijų vadovai pasipriešinimą pokyčiams laiko kliūtimi, o atsiradęs pasipriešinimas yra įspėjamasis signalas, rodantis, kad pokyčių planas neatitinka įgyvendinimo ar tobulinimo galimybių ir suponuoja neigiamas pasekmes (Raina, 2018). Tačiau pasipriešinimas yra natūrali reakcija į planuojamus ir vykdomus organizacijos pokyčius, o vadovai turi būti tam tinkamai pasirengę. Laiku neįvertinus ir nesuvaldžius pasipriešinimo veiksnių ir veiksmų, gali būti neigiamai paveikta visa organizacija, todėl pokyčių sėkmė priklauso nuo to, kaip organizacija geba sumažinti neigiamą pasipriešinimo poveikį, kad pasiektų maksimalią pokyčių naudą (Raina, 2018 cit. pagal Coetsee, 1999: 205). E. Dent, S. Goldberg (1999) teigia, kad organizacijoje darbuotojai priešinasi ne patiems pokyčiams, o veiklos pobūdžio ar komforto lygio pasikeitimui darbinėje aplinkoje (Dent, Goldberg, 1999). S. Piderit (2000) pasipriešinimą pokyčiams apibūdina kaip „gynybos mechanizmą, kuriam įtakos turi žmogaus elgesys ir kurį sukelia nusivylimas ar nerimas“ (Piderit, 2000). Daliai darbuotojų organizacijose kyla abejonių dėl susiaurėjusių perspektyvų darbe; baimė dėl sumažėjusios įtakos dalyvauti priimant sprendimus, darbo sudėtingumo, turimų profesinių įgūdžių nepakankamumo; nuogąstavimų dėl netinkamos būsimos organizacinės struktūros bei nenoras ir baimė prisiimti atsakomybę už numatomus pokyčius.

K. Weick (1993) pabrėžia tam tikrą svarbą valdant socialinius procesus dėl darbuotojų išpareigojimo organizacijai. Išskiriami psichologiniai veiksniai, tokie kaip socialinis supaprastinimas (t.y. tendencija, skatinanti greitus rezultatus atliekant paprastas užduotis kitų darbuotojų akyse), socialinis slenkstis (t. y. reiškinys, kai darbuotojai nerodo iniciatyvos tikslui pasiekti dirbdami grupėje) ir konkurencingumo tyrimas atsižvelgiant į grupių dinamiką. R. Zajonc (1965) tyrinėjo, kaip narystė (kartu veikiančios grupės) gali padidinti grupės narių psichologinį nerimą, kuris stipriai lemia grupės sėkmingos veiklos galimybes. M. Deutsch ir R. Krauss (1960) atliko klasikinį eksperimentą ir įrodė, kaip grėsmių naudojimas gali iš esmės pakeisti santykius grupėje bei lemti darbo rezultatus. Pokyčiai organizacijose dažnai sukelia darbuotojų

pasipriešinimą, nes kiekvienas asmuo ar komanda, priklausomai nuo pokyčių suvokimo ir įtakos, skirtingai vertina situaciją. Kaip teigia T. Pukšto (2000), su šia problema susiduria organizacijos, kurios skiria nepakankamai dėmesio pokyčių valdymui. Tai itin aktualu asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (toliau – ASPĮ), nes minėtos įstaigos yra specifinės ir sudėtingos struktūros, sunkiai valdomos organizacijos, kurias reikia keisti, atsižvelgiant į visuomenės reikalavimą didinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę. Analizuojant pokyčių valdymo procesus, pokyčių valdymo trikdžiai, atsižvelgiant, kokioje aplinkoje jie atsiranda, yra skirstomi į vidaus ir išorės trikdžius (žr. 2 lentelę).

2 lentelė. Pokyčių valdymo trikdžių klasifikavimas

| Trikdžiai | Trikdžių grupės | Trikdžių atsiradimo prielaidos | Autorius (-iai) |
|------------------|---|--|--|
| Vidaus | Strateginiai trikdžiai | Nekokybiškai valdomos organizacijos ir teikiamos paslaugos; kompetencijos trūkumas; vengimas investuoti į „ankstyvius“ sprendimus; vadovų palaikymo trūkumas. | A. Alberti (2003); V. Domarkas, V. Juknevičienė (2006). |
| | Žinių ir informacijos sklaidos trikdžiai | Darbuotojų tarpusavio bendradarbiavimo stoka ar grįžtamojo ryšio nebuvimas; neįsitraukimas į pokyčių procesą; darbuotojų pasipriešinimas pokyčiams; skirtingai ar netinkamai suprantama pokyčių nauda organizacijai; dažna vadovų ir personalo kaita; kompetencijos ir įgūdžių stoka, kurios kelia grėsmę bei trukdo realizuoti jau anksčiau pradėtus pokyčių įgyvendinimo etapus. | J. Kamensky (2011); L. Nelson, H. Svara (2012). |
| | Finansiniai trikdžiai | Finansinių išteklių trūkumas; veiklos ir proceso plano nenumatymas, dėl ko organizacijose pasitenkinama kasdieniais apsiribojimais. | S. Borins (2006, 2014); P. Ginter ir kt. (2018). |
| | Darbo kultūros trikdžiai | Nepalankios dominuojančios darbuotojų ideologinės nuostatos; pasipriešinimas pokyčiams dėl nežinomybės. | G. Mulgan ir D. Albury (2003); IdeA (2005). |
| | Rizikos trikdžiai | Rizikos valdymo įgūdžių trūkumas; ateities baimė ir abejonės dėl darbų įgyvendinimo, dažnai apibrėžiamo konservatyvumu; pokyčių naudos nesuvokimas; noras išlaikyti status quo. | S. Tan (2004); S. S. Page (2005); Sveningsson ir N. Sorgarde (2020). |

2 lentelė. Pokyčių valdymo trikdžių klasifikavimas (tęsinys)

| Trikdžiai | Trikdžių grupės | Trikdžių atsiradimo prielaidos | Autorius (-iai) |
|------------------|----------------------------------|---|--|
| Išorės | Paslaugų gavėjų trikdžiai | Visuomenės skepticizmas ir abejonės; gyventojų pasipriešinimas; gyventojų neįtraukimas į pokyčių procesus; „tinklinio“ mąstymo trūkumas; privataus sektoriaus konkurencija. | S. Tan (2004); L. Perry, D. Buckwalter (2010); S. Sveningsson ir N. Sorgarde (2020). |
| | Politiniai trikdžiai | Politinės paramos trūkumas; nepalankus politinis klimatas; organizacijoms dažnai tenka laviruoti tarp skirtingų interesų grupių, vertybių ir įtvirtintų taisyklių bei suinteresuotųjų poreikių. | G. Mulgan ir D. Albury (2003); IdeA (2005). |
| | Teisiniai trikdžiai | Teisinio reguliavimo griežtumas ir nelankstumas; kontroliuojančių institucijų biurokratizmas. | S. Page (2005); G. Goldkuh (2009); S. Borins (2006, 2014); Ch. Bason (2014). |

Šaltinis: sudaryta autorės.

Atlikus vadybos literatūros turinio analizę, pastebima, kad pokyčių valdymo vidaus trikdžiai yra klasifikuojami į strateginius, žinių ir informacijos duomenų sklaidos, finansinius, darbo kultūros ir rizikos. Pirmiausia išskiriami organizacijų strateginiai trikdžiai, tokie kaip vadovų vengimas investuoti į „ankstyvius“ sprendimus, valdymo kompetencijos trūkumą bei teikiamų paslaugų kokybę (Alberti, 2003; Domarkas, Juknevičienė, 2006). Žinių ir informacijos sklaidos trikdžiais įvardijami darbuotojų tarpusavio bendradarbiavimo stoka ar grįžtamojo ryšio nebuvimas; darbuotojų neįsitraukimas į pokyčių procesą ir pasipriešinimas pokyčiams (dėl baimės, pokyčių naudų nesuvokimo ar skirtingai, netinkamai suprantamos pokyčių naudų organizacijai, noras išlaikyti *status quo*); dažna vadovų ir personalo kaita, taip pat kompetencijos ir įgūdžių stoka, kurios kelia grėsmę bei trukdo realizuoti jau anksčiau pradėtus pokyčių įgyvendinimo etapus (Kamensky, 2011; Nelson, Svava, 2012). Pabrėžiama finansinių trikdžių svarba dėl išteklių didinimo galimybių ribotumo (Borins, 2006, 2014; Ginter ir kt., 2018). G. Mulgan ir D. Albury (2003), IdeA (2005) akcentuoja darbo kultūros trikdžius, suvokiamus kaip nepalankios dominuojančios darbuotojų ideologinės nuostatos, o autoriai rizikos trikdžiams priskiria rizikos valdymo įgūdžių trūkumą, kuris pasireiškia baime dėl ateities bei abejonėmis dėl darbinių funkcijų įgyvendinimo galimybių (Tan, 2004; Page, 2005; Sveningsson, Sorgarde, 2020).

Pokyčių valdymo išorės trikdžiai klasifikuojami į paslaugų gavėjų, politinius ir teisinius. Paslaugų gavėjų trikdžiams priskiriami visuomenės skepticizmas ir abejonės;

gyventojų pasipriešinimas; gyventojų neįtraukimas į pokyčių procesus; „tinklinio“ mąstymo trūkumas; privataus sektoriaus konkurencija (Tan, 2004; Perry, Buckwalter, 2010; Sveningsson, Sorgarde, 2020). Politiniais trikdžiais įvardijami politinės paramos trūkumas; nepalankus politinis klimatas; organizacijoms dažnai tenka laviruoti tarp skirtingų interesų grupių, vertybių ir įtvirtintų taisyklių bei suinteresuotųjų poreikių (Mulgan, Albury, 2003; IdeA, 2005). Teisiniams trikdžiams priskiriami teisinio reguliavimo griežtumas ir nelankstumas; tikrumo (*lex certa*) ir aiškumo (*lex concreta*) stoka; kontroliuojančių institucijų biurokratizmas (Page, 2005; Goldkuh, 2009; Borins, 2006, 2014; Bason, 2014).

Atlikus mokslinės literatūros analizę, galima teigti, kad mokslininkai, klasifikuodami pokyčių valdymo trikdžius, dažniausiai juos skirsto į strateginius, žinių ir informacijos sklaidos, finansavimo, darbo kultūros, rizikos, paslaugų gavėjų, politinius ir teisinius trikdžius. Minėti trikdžiai skirtingai veikia planuojamus organizacijos pokyčius, pasireiškia pasipriešinimu pokyčiams, neįsitraukimu į pokyčių procesus, kompetencijos ir įgūdžių stoka, kurie kelia grėsmę bei trukdo realizuoti pokyčių įgyvendinimo etapus, todėl pokyčių valdymo trikdžiai gali būti skirstomi į atsirandančius organizacijos vidaus ir išorės aplinkos kontekste.

Pokyčių valdymo vidaus ir išorės trikdžiai

Mokslinėje literatūroje (Župerkienė, Tuminienė, Župerka, 2020) pažymima, kad dėl sudėtingos asmens sveikatos priežiūros įstaigų organizacinės struktūros ir sveikatos sektoriaus specifikos, pokyčių valdymas ir įgyvendinimas kelia nuolatinius iššūkius asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovams. Pokyčiams svarbūs strateginiai sprendimai, žinių ir informacijos sklaida siekiant grįžtamojo ryšio, finansiniai išteklių, darbo kultūra, todėl pageidaujama rezultatų siekis didėjančios konkurencinės aplinkos sąlygomis skatina priimti pokyčių sprendimus pirmiausia įvertinus vidinių trikdžių riziką, atsižvelgiant į sveikatos priežiūros paslaugų gavėjų lūkesčius.

Strateginiai trikdžiai. Rengiantis pokyčiams, vadovai tiesiogiai ar netiesiogiai privalo priimti strateginius sprendimus. Sėkmingi pokyčiai dažniausiai yra tada, kai sprendimai yra nuoseklūs ir atitinka pagrindinius situacijų kintamuosius. Daugelis mokslininkų daro prielaidą, kad pasipriešinimas pokyčiams yra natūralus ir savaime vykstantis procesas. Pasipriešinimas akivaizdžiai yra neigiamas pokyčių aspektas, kenkiantis pokyčių progresui, pasireiškiantis nekokybišku organizacijų valdymu ir jų teikiamomis nekokybiškomis paslaugomis; kompetencijos trūkumu, vengimu investuoti į „ankstyvius“ sprendimus, vadovų palaikymo trūkumu (Alberti, 2003; Domarkas, Juknevičienė, 2006). Bendradarbiaujant, sprendžiant sudėtingas organizacines problemas, lyderystė yra akivaizdžiai svarbi siekiant sėkmingų rezultatų (Bryson, Crosby ir kt., 2006; Ansell, Gash, 2008). B. Crosby ir J. Bryson (2005) pabrėžia, kaip svarbu tarpusavio supratimo, politinės ir etinės lyderystės praktika, skirta padėti skirtingoms suinteresuotosioms šalims suvokti visuomenines problemas, nustatyti tikslus ir uždavinius, priimti reikiamus realius sprendimus dėl jų įgyvendinimo, remiantis visų veiklos sektorių, organizacinių struktūrų integruotos tarpusavio sąveikos, paremtos strateginio valdymo, logistikos, inovacinės politikos viešojo valdymo principais.

Žinių ir informacijos duomenų sklaidos trikdžiai. R. Raina (2018) teigia, kad organizacija, įgyvendindama žinių ir informacijos sklaidą, turėtų atsižvelgti į penkis svarbiausius kriterijus, būtinus sistemingam pokyčių valdymo procesui užtikrinti: 1) *darbuotojus* (aukštos kvalifikacijos personalas gerinantis bendrą organizacijos veiklą); 2) *procesus* (apimančius geriausios praktikos pritaikymą ir žinių sklaidą, sistemų ir procedūrų sukūrimą efektyviam organizacijos funkcionavimui); 3) *technologijas* (formuojant inovatyvias proceso koncepcijas, diegiant naujausias technologijas ir metodikas, gerėja organizacijos veikla, kuri daro įtaką veiklos rezultatams); 4) *struktūrą* (organizacijos struktūra turi palengvinti žinių valdymo programų įgyvendinimą ir skatinti tarpdisciplininį bendradarbiavimą); 5) *kultūrą* (organizacijos darbuotojai net ir naujausiomis technologijomis negebės pasiekti rezultato, jei nebus sudarytos sąlygos tinkamai darbo kultūrai).

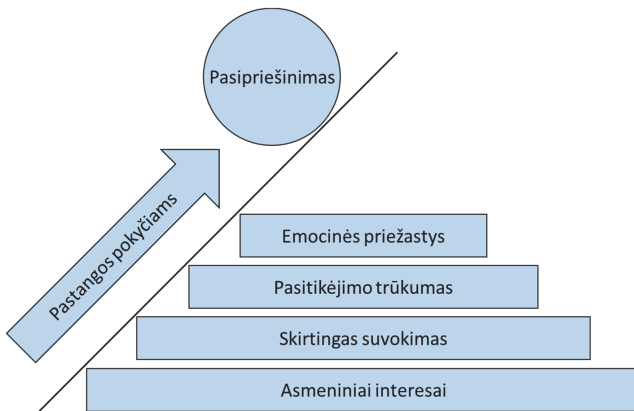
Žinių valdymo procesas apima informacijos iš visų galimų šaltinių gavimą, kaupimą ir panaudojimą siekiant pagerinti organizacijos veiklą ir darbo našumą. Tuo pat metu siekiama individualias žinias paversti organizacijos žiniomis. Šis procesas yra būtinas organizacijos naujų pokyčių valdymo formų paieškai ir jų įgyvendinimui bei pažangos plėtrai.

Finansiniai trikdžiai. Augantis sveikatos priežiūros paslaugų poreikis (pvz., dėl demografinės šalies padėties mažėjančių PSD mokėtojų skaičiaus, brangstančių medicinos technologijų ir kt.) neatitinka sveikatos sistemos finansavimo galimybių – valstybės finansinės galimybės didinti viešąjį finansavimą sveikatos priežiūros sektoriui yra abejotinos, atsižvelgiant į, be kita ko, šiuo metu esantį skiriamų lėšų sveikatos apsaugai skirtumą lyginant su ES vidurkiu. Tai yra iššūkis tinkamam asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikio užtikrinimui ir galimybei gyventojams gauti saugią ir kokybišką sveikatos priežiūrą (Raipa, Štaras, Čepuraitė, 2017). Asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansavimas yra svarbus kriterijus, kuris parodo, kokiais ištekliais gali disponuoti kiekviena įstaiga, planuojanti veiklos pokyčius. Finansiniams trikdžiams priskiriami finansinių išteklių trūkumas, veiklos ir proceso plano nenumatymas, todėl organizacijose pasitenkinama kasdieniniais apsiribojimais (Borins, 2006, 2014; Ginter ir kt., 2018). Ženklaus finansinių išteklių pokyčių valdymo galimybės dėl lėšų trūkumo dažnai yra ribotos, todėl būtini veiksmai ir sprendimai, kaip subalansuoti finansinius išteklius, ieškoti kitų papildomų finansavimo šaltinių bei tobulinti organizacijų valdymo efektyvumą.

Darbo kultūros trikdžiai. Pasipriešinimui pokyčiams priskiriami pagrindiniai veiksniai: darbuotojų baimė dėl galimai prastų rezultatų (pvz., tai sąlygoja darbo užmokesčio sumažėjimas, darbo krūvio padidėjimas), pokyčių naudos nesuvokimas ir nežinoma organizacijos ateitis (Dubrin, Ireland, 1993). Mokslinėje literatūroje akcentuojama darbuotojų tarpusavio bendradarbiavimo stoka ar grįžtamojo ryšio nebuvimas; neįsitraukimas į pokyčių procesą; pasipriešinimas pokyčiams; skirtingai ar netinkamai suprantama pokyčių nauda organizacijai; dažna vadovų ir personalo kaita; kompetencijos ir įgūdžių stoka, visi šie veiksniai kelia grėsmę bei trukdo realizuoti jau anksčiau pradėtus pokyčių įgyvendinimo etapus (Kamensky, 2011; Nelson, Svara, 2012). Pokyčiai yra sudėtingas ir ilgas procesas, kuriuo keičiama ir organizacijos kultūra. Organizacijos kultūra apibrėžiama kaip bendrų vertybių sistema, eksponuojanti skirtingus organizacijos kultūros objektus (Peters, Waterman, 1982). E. Schein (1990) ir J. Wilson (1989) suprato kultūrą kaip konkrečios grupės ar organizacijos narių bendrus įsitiki-

nimus, vertybes ir prielaidas. Organizacinės kultūros lygis ir personalo mikroklimatas daro įtaką pokyčių valdymo procesui, o organizacijos kultūra ir jos sukurta veiklos aplinka tiesiogiai veikia pasirengimo būseną, reikalingą atsinaujinimui ar veiklos pokyčiams. P. Eckel, B. Hill ir M. Green (1998) nustatė, kad organizacinė kultūra yra viena iš keturių pagrindinių organizuoto pokyčių planavimo charakteristikų. Pasipriešinimas pokyčiams organizacijose pradžioje gali būti nepastebimas, neigiama reakcija gali susiformuoti lėtai ir pasireikšti neproporcingai staiga, todėl situaciją suvaldyti gali būti sudėtinga. Pasipriešinimas pokyčiams paprastai prasideda nuo vieno asmens ir dažniausiai organizacijoje plinta geometrine progresija. Todėl asmenys, atsakingi už pokyčių valdymo įgyvendinimo sėkmę, turi imtis neatidėliotinių individualių ir/ar bendrųjų prevencinių priemonių jau tuomet, kai pirmieji pasipriešinimo požymiai pastebimi individualiame lygmenyje (Raina, 2018). J. Kotter, dešimtmetį stebėjęs daugiau nei 100 organizacijų, remdamasis savo atliktu tyrimu, paskelbtu 1995 m. (Kotter, 1995), teigia, kad tik 30 proc. pokyčių veiklos iniciatyvų yra sėkmingos. Mokslininkas teigia, kad organizacijoms siekiant įgyvendinti gana sudėtingas pokyčių veiklas, darbuotojai dažniausiai pritaria naujai suformuotai ar pageidaujamai įstaigos vizijai ir sutinka ją įgyvendinti, tačiau vėlesniuose įgyvendinimo etapuose atsiradusios kliūtys ir trikdžiai dažnai tinkamai ir laiku neįvertinamos (Kotter, 1995).

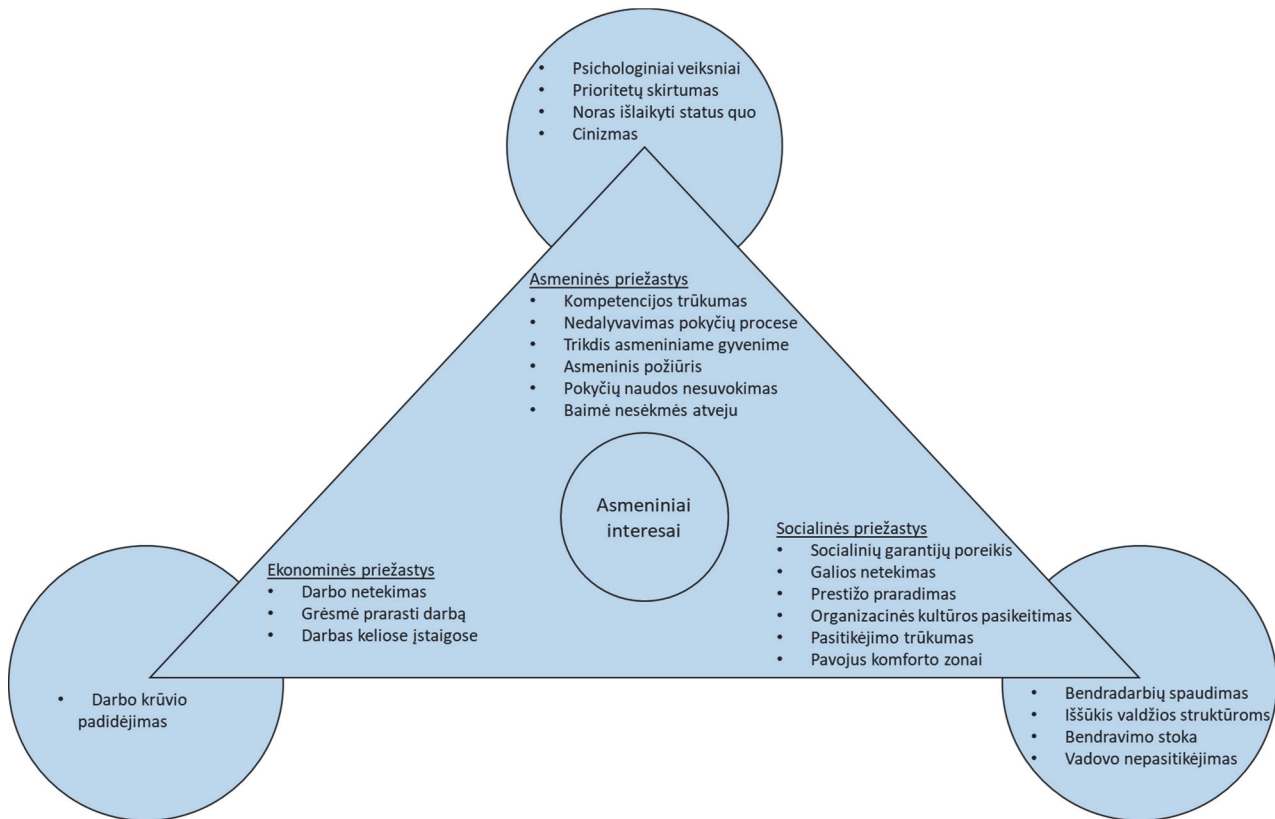
Rizikos trikdžiai. Kiekvieną organizaciją gali veikti daug skirtingų pasipriešinimo priežasčių, o poveikį individualiam lygmeniui galima suskirstyti į keturias kategorijas: a) ekonomines, b) skirtingo suvokimo, c) nepasitikėjimo, d) emocines. Kaip matyti 8 pav., veikiant nurodytoms priežastims, nuolydžio kampas statesnis. Tai reiškia, kad pasipriešinimas, atsiradus kiekvienai papildomai priežastiai, bus didesnis.



8 pav. Pasipriešinimo pokyčiams priežastys

Šaltinis: R. Raina, 2018.

Darbuotojai, priešindamiesi pokyčiams organizacijose, dažniausiai stengiasi apsaugoti savo asmeninius interesus, kuriuos galima suskirstyti į tris priežastis: a) ekonomines, b) socialines, c) asmenines, tai pavaizduota 9 pav.



9 pav. Individualaus pasipriešinimo pokyčiams priežastys

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Raina, 2018, Sakalas ir kt., 2016, Dent, Goldberg, 1999.

Kaip matyti 9 pav., ekonominės priežastys kyla dėl darbo praradimo ar grėsmės jį prarasti bei tikėtina didesnio darbo krūvio. Pasipriešinimą pokyčiams gali sukelti darbo/organizacinės kultūros pasikeitimas, socialinių garantijų netekimas bei bendradarbiavimo trūkumas. Asmeninės priežastys gali būti susijusios su kompetencijos trūkumu, perkvalifikavimu bei poreikiu mokytis įgyjant naujų įgūdžių pasikeitus darbo sąlygoms, asmeninio gyvenimo trikdžiais, patirtu nusivylimu, žema saviverte, jaučiama baime dėl prastų darbo rezultatų, nepagarba vadovybei (Rumelt, 1995, Maurer, 1996, Raina, 2018). Pasipriešinimo poveikis priklauso nuo paveiktų darbuotojų skaičiaus ir galimos jų įtakos organizacijoje. Skirtingi autoriai organizacinio pasipriešinimo priežastis vertina ir apibūdina įvairiai (žr. 3 lentelę):

3 lentelė. Organizacinio pasipriešinimo pokyčiams priežastys

| Autoriai | Priežastys |
|---|---|
| I.Ansoff (1990) | Greitas ir sudėtingas pokyčių procesas, kuriam darbuotojai neparengti. |
| R.Rumelt (1995); D.Waddell, A.Sohal (1998) | Trūksta veiksmingos ir vieningos strateginės vizijos ir neretai vadovybės pritarimo pokyčiams. |
| K.Klein, J.Sorra (1996) | Skirtumas tarp darbo organizavimo vertybių ir pokyčio vertės gali sukelti neigiamą reakciją. |
| J.Lorenzo (2000) | Ankstesnė patirtis gali išsivystyti į pesimistinę nuomonę apie pokyčius ir darbuotojai gali būti nepasirengę prisiimti rizikos. |
| D.Waddell, A.Sohal (1998) | Darbuotojų ir vadovų suvokimo skirtumas, interesų susidūrimas ar pasitikėjimo trūkumas. |
| R.Raina (2018) | Darbuotojai įsitikinę, kad kliūtys yra neišvengiamos. Stiprūs darbuotojų nesutarimai dėl pokyčių pobūdžio. Vietos politika ir vertybių sistema gali sustiprinti pasipriešinimą. Organizacinių prioritetų įvairiuose lygiuose priešprieša. |

Šaltinis: *adaptuota pagal R. Raina, 2018.*

Daugelio pokyčių pasekmių paveikti darbuotojai patiria tam tikrą emocinį diskomfortą. Net pokyčiai, kurie atrodo pozityvūs ir racionalūs, gali sukelti abejones, stresą ir būti prieštarinai interpretuojami. A. Grybienė, D. Šimbelis (2009) pabrėžia, kad organizacinių pokyčių metu ieškant sėkmingiausios strategijos, būtina nustatyti tikslus sprendimų kriterijus, kuriuos pirmiausia reikėtų apibrėžti atsižvelgiant į organizacijos ekonominius, psichologinius ir kultūrinius aspektus ir taikyti sprendimų priėmimo modelį pasirenkant geriausią alternatyvią strategiją, siekiant įgyvendinti iš anksto numatytus tikslus.

Pokyčiams palanki politinė, teisinė aplinka bei paslaugų gavėjų, kaip viešųjų vertybių vartotojų, įtraukimas ir dalyvavimas pokyčių procesuose vertinami kaip viena

esminių prielaidų siekiant sėkmingai įgyvendinti pokyčių procesus sveikatos sektoriuje, tačiau šioje aplinkoje atsirandantys veiksniai dažnai tampa pokyčių procesus ribojančiais ar lėtinančiais trikdžiais.

Paslaugų gavėjų trikdžiai. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizacijų iššūkiams spręsti reikalingas strateginis pokyčių valdymo požiūris, besiremiantis tokiomis vertybėmis, kaip visuotinumumas; kokybė; teisingumas; solidarumas; piliečių įtraukimas priimant sprendimus; sveikatos ekspertų įtraukimas į visas politikos formavimo ir įgyvendinimo sritis; sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas; sprendimų rengimas, remiantis pagrįstais moksliniais įrodymais, ir organizacijų pasirengimo praktika įgyvendinti pokyčius. Paslaugų gavėjų trikdžiams priskiriami visuomenės skepticizmas ir abejonės; gyventojų pasipriešinimas; gyventojų neįtraukimas į pokyčių įgyvendinimo procesus; „tinklinio“ mąstymo trūkumas; privataus sektoriaus konkurencija (Tan, 2004; Perry, Buckwalter, 2010; Sveningsson, Sorgarde, 2020).

Politiniai trikdžiai. Įvairių valdymo struktūrų bendradarbiavimas, optimizuojant sveikatos priežiūros įstaigų ilgalaikes strategines nuostatas ir inovacinius veiklos procesus, įgalina siekti politikos formuotojų ir tiesioginių sprendimų rengėjų bei įgyvendintojų atsakingo požiūrio į pasirengimą pokyčių įgyvendinimui. Politiniais trikdžiais įvardijami tokie veiksniai: politinės paramos trūkumas; nepalankus politinis klimatas; laviravimas tarp skirtingų interesų grupių, vertybių ir įtvirtintų taisyklių bei suinteresuotųjų poreikių tenkinimas (Mulgan, Albury, 2003; IdeA, 2005). Taip pat išskiriami ilgalaikės sveikatos politikos strategijos nebuvimas arba, pasikeitus šalies politinei valdžiai, trumpalaikiai populistiniai tikslai, atspindintys valdančiosios (-ių) partijos (-jų) interesus; pagrindinių partijų sutarimo nebuvimas dėl ilgalaikės sveikatos politikos tikslų; politinės kultūros stoka; sveikatos problemų panaudojimas politinėms spekuliacijoms ir rinkiminei retorikai; dažna sveikatos apsaugos ministrų kaita bei lobizmas.

Teisiniai trikdžiai. Itin svarbią vietą valdymo turinyje vaidina organizacijų teisinė ir socialinė atsakomybė dalyvaujant valdymo pokyčių procesuose, siekiant skaidrumo ir viešumo principų įgyvendinimo, visuomenės kontrolės įtvirtinimo, pačių organizacinių struktūrų moralinių įsipareigojimų reikšmės išaugimo, socialinės fragmentacijos ir konfliktų bei socialinių įtampos laukų mažinimo ir išeliminavimo (Bourgeon, 2010). ES šalyse esamas teisinis reguliavimas adaptuojamas pagal ES patvirtintus standartus atsižvelgiant ir vadovaujantis direktyvomis bei reglamentais, tačiau dėl dažnų pasikeitimų, jų griežtumo ir nelankstumo autoriai tai įvardina kaip teisinius trikdžius (Page, 2005; Goldkuh, 2009; Borins, 2006, 2014; Bason, 2014).

Išanalizavus įvairius vidaus ir išorės pokyčių valdymo trikdžius, galima daryti išvadą, kad vidaus pokyčių valdymo aplinka, o taip pat specifinė išorės aplinka, sąlygojanti galimų politinių, teisinių ir paslaugų gavėjų pokyčių valdymo trikdžių atsiradimą, reikalauja specifinių trikdžių valdymo priemonių identifikavimo, įvertinimo ir atitinkamų sprendimų priėmimo, pokyčių valdymo procesų optimizavimo taikymui.

1.3. Organizacijų pasirengimas kuriant palankią aplinką pokyčių įgyvendinimui

Pokyčių valdymo trikdžių priežastys ir jų valdymo priemonės įvairių mokslininkų analizuotos jau prieš kelis dešimtmečius (žr. 4 lentelę).

4 lentelė. Pokyčių valdymo trikdžių priežastys ir jų valdymo priemonės

| Autoriai | R. Kreitner (1992) | R. Griffin (1993) | R. Aldag, T. Stearns (1991) | J. Schermerhorn (1989) | A. Dubrin, R. Ireland (1993) | E. Dent, S. Goldberg (1999) | S. Piderit (2000) |
|--------------------------------------|--------------------|-------------------|-----------------------------|------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------|
| Trikdžių priežastys | | | | | | | |
| Netikėtumas | ✓ | | | | | | |
| Inercija | ✓ | | | | | | |
| Nesusisipratimas | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | |
| Emocinis šalutinis poveikis | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | |
| Pasitikėjimo trūkumas | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ |
| Nesėkmės baimė | ✓ | | | | ✓ | ✓ | ✓ |
| Asmenybės konfliktai | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ |
| Prasta mokymų kokybė | ✓ | | | | ✓ | ✓ | |
| Pavojus darbo/komforto saugumui | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | |
| Darbo grupės išskaidymas | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ |
| Baimė dėl prastų rezultatų | | | | | ✓ | ✓ | ✓ |
| Pokyčių klaidos | | | | | ✓ | ✓ | ✓ |
| Neužtikrintumas | | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ |
| Trikdžių valdymo priemonės | | | | | | | |
| Kvalifikacija | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | |
| Dalyvavimas | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Palengvinimas | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | |
| Derybos | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Manipuliacija | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Priverstinis įpareigojimas/nurodymas | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | |
| Diskusija | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Finansinė nauda | | | | | ✓ | | |
| Politinė parama | | | | | ✓ | ✓ | |

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis Dent, Goldberg, 1999, Piderit, 2000.

R. Kreitner (1992) akcentuoja, kad pokyčiams priešinasi darbuotojai, kurių veikla yra tiesiogiai veikiami pokyčių proceso. J. Schermerhorn (1989), R. Aldag, T. Stearns (1991) ir R. Griffin (1993) pokyčių valdymo trikdžių priežastims priskiria pasitikėjimo vadovais bei tolerancijos darbe trūkumą. Šie autoriai trikdžius rekomenduoja įveikti dalyvavimu bendrose darbuotojų ir vadovų diskusijose, darbuotojų mokymu/švietimu, darbų supaprastinimu ar palengvinimu, derybomis (paskatų pasiūlymas, manipuliacija, galiausiai minimas ir priverstinis įpareigojimas/nurodymas) (Kotter, Schlesinger, 1979; Schermerhorn, 1989; Aldag, Stearns, 1991; R. Griffin, 1993).

Tobulinant viešųjų organizacijų pasirengimą valdyti pokyčius, mokslininkai (Dent, Goldberg, 1999, Piderit, 2000) svarbiausiais aspektais įvardija suformavimą naujų organizacinių tikslų ir sudarymą naujų strateginių uždavinių įgyvendinimo planų, apimančių vidinių ir išorinių organizacijos galimybių, organizacijos išteklių, taip pat vadovų ir darbuotojų kompetencijos lygmens įvertinimą. Mokslininkai akcentuoja palankios aplinkos kūrimą organizacijoje, darbuotojų motyvacijos skatinimą, veiklos vadybos kriterijų ir rodiklių nustatymą bei nuolatinį vertinimą.

D. McNabb, modeliudamas organizacijų pasirengimą pokyčių valdymui, išskiria svarbiausius veiksnius (McNabb, 2009):

- Organizacijos galimybės analizuoti pokyčių valdymą;
- Organizacinė kultūra, kaip vertybių sistema, determinuojanti pokyčių valdymo kokybę;
- Pozityvus organizacijų klimatas, kaip esminis veiksnys;
- Organizacinių struktūrinių vienetų sutelkimas (integracija, kooperacija, tinkla-veika ir kt.).

Šiuolaikinių organizacinių struktūrų veikla siejama su tarpsektorine partneryste, tinklų sudarymu, tradicinio viešojo valdymo evoliucija organizacijos kultūroje (Silverman, 2009).

D. McNabb (2009) išskyrė penkis organizacinių pokyčių sėkmės veiksnius, lemiančius teigiamą pokyčių įgyvendinimo organizacijose rezultatą: 1) veiksminga, visiškai priimta lyderystė, apimanti ne tik aukščiausio lygio vadovus; 2) visuotinai pripažįstama idėja, kad krizė kelia susirūpinimą dėl organizavimo ir problemų sprendimo; 3) bendra vizija, kokia bus pertvarkyta organizacija artimoje ar ilgalaikėje perspektyvoje (laikotarpiu nuo penkerių iki dešimties metų), ir strateginių planų, padėsiančių organizacijai pasiekti tikslą, išdėstymas; 4) ištekliai ir noras priimti kardinalius sprendimus, reikalingus strateginio pertvarkymo plane išdėstytų veiksmų ir veiklos sėkmingam įgyvendinimui (vykdymui); 5) tikslų ir rezultatų matavimas (metrikos), įskaitant pažangos matavimus nuo pirmojo pokyčių įgyvendinimo etapo aprašymo, susitarant dėl galutinės vizijos ir planų, reikalingų organizacijų transformacijoms ir galiausiai įgyvendinti planuojamus transformacinius pokyčius (McNabb, 2009).

S. Kelman (2005) pabrėžė, kad itin svarbu įtraukti darbuotojus į pokyčių įgyvendinimą, nes darbuotojų nepasitenkinimas ir pusiausvyros nebuvimas organizacijose dažnai yra kliūtis sėkmingoms organizacinių pokyčių iniciatyvoms ir jų įgyvendinimui. Bet kuriuo atveju, pagrindinių organizacijos permainų procesas turi būti specialiai adaptuotas, kad atitiktų konkrečios organizacijos esminius tikslus, uždavinius

bei funkcinės veiklos aplinkybes. Be vieno ar visų šių iniciatyvių pokyčių struktūrinių elementų, nesėkmių tikimybė išlieka. Kartu reikia pažymėti, kad pokyčių iniciatyvų įgyvendinimas tampa sudėtingesnis, kai viešųjų įstaigų vadovai yra priversti dažniau naudoti nematerialias paskatas (Steinhaus, Perry, 1996). Pasak G. Wollner (1992), pasirengimas pokyčiams yra siejamas su organizacinėmis kompetencijomis, palankiomis vidinėmis ir išorinėmis poveikio aplinkybėmis.

Atlikus vadybos literatūros turinio analizę, galima teigti, kad mokslininkai, klasifikuodami pokyčių valdymo priemones, dažniausiai jas skirsto į lyderystės, supažindinimo su įstaigos vizija, tikslais ir strategija, išteklių užtikrinimu, motyvacinių priemonių taikymu, įtraukimu ir palaikymu, žinių ir informacijos sklaida, organizacinės kultūros gerinimu, tinklaveikos, tarpsektorinio bendradarbiavimo, paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimu. Išskiriamos priemonės skirtingai veikia planuojamus organizacijos pokyčių trikdžius, pasireiškia tinkamos strategijos formavimu, politikos kūrimu, įgyvendinimu, vertinimu, tęstinumu, siejamais su organizacijų struktūrų, jų veiklos procesų ir atliekamų priskirtų politinių, ekonominių ir socialinių funkcijų pokyčiais, todėl pokyčių valdymo priemonės turi būti skirstomos atsižvelgiant į pritaikymą organizacijos vidaus ir išorės aplinkos kontekste.

Vidaus ir išorės pokyčių valdymo priemonės

Pokyčių valdymo struktūros pažinimas yra traktuotinas kaip viena esminių sąlygų realizuoti įvairias valdymo tobulinimo, kokybės gerinimo galimybes. Pokyčių pasekmių bei su jomis tiesiogiai susijusių standartų kaitos vertinimas leidžia kryptingai spręsti organizacijų pokyčių įgyvendinimo klausimus. Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų pokyčių valdymo procese mokslininkai išskiria tikslų vystymą; naujų struktūrų formavimą; žinių ir pažinimo sklaidą; technologijų ir organizacinių formų sukūrimą, leidžiančias pasiekti aukštesnę kokybės lygį bei paskatinti esminius kokybės valdymo pokyčius (Melnikas, 2002). *Pokyčių valdymo vidaus priemonės* priskiriamos lyderystė, supažindinimas su įstaigos vizija, tikslais ir strategija, išteklių užtikrinimas, motyvacinių priemonių taikymas, įtraukimas ir palaikymas, žinių ir informacijos sklaida, organizacinės kultūros gerinimas.

Lyderystė. Pastebėtina, kad nemažai autorių (Gouldner, 1960; Lee, 1971; Hall, Schneider, 1972; Mowday ir kt., 1979; Beckhard, Harris, 1987; Balfour, Wechsler, 1990; Moran, Brightman, 2001) akcentuoja būtinybę viešosioms organizacijoms sukurti naujus būdus prisitaikyti prie kintančių aplinkos sąlygų ir tinkamai valdyti išteklius, ugdyti vadovų gebėjimą įžvelgti ir prognozuoti keletą pokyčių įgyvendinimo kryptį vienu metu, identifikuoti ir prisiimti reikiamo laipsnio rizikos atsakomybę. Pozityvus organizacijos darbuotojų požiūris į pokyčius grįstas jų asmenine iniciatyva ir yra būtina prielaida organizacinių pokyčių įgyvendinimui (Moon, 2000, Ginter ir kt., 2018). Pokyčių valdyme itin svarbus vaidmuo tenka organizacijos lyderiui. Vadovas turi gebėti prognozuoti būsimą pokyčių veiklos aplinką ir jos poveikį organizacijai. Viena vertus, lyderis privalo būti empatiškas ir kompetentingas, kad galėtų efektyviai vadovauti organizacijai pokyčių proceso metu, užtikrinant organizacijos vizijos ir tikslų įgyvendinimą. Sėkmingas lyderis apibūdinamas kaip ambicingas, drąsus, ryžtingas,

sąžiningas, pavyzdys savo komandai, turintis bendravimo ir žmogiškųjų išteklių valdymo įgūdžių. Taigi, pokyčių lyderis turi būti įžvalgus, numatantis trikdžius, grėsmes, pasekmes ir sėkmės perspektyvas, nes aiškumas ir tikslumas yra svarbūs aspektai planuojant veiklos pokyčius ir formuojant bei motyvuojant savo komandą, siekiant pageidaujamo tikslo (Ginter ir kt., 2018; Kotter, 1996). Kita vertus, pokyčių lyderiai turi būti ir komunikatoriai, kurie vadovaujasi pagarba aplinkiniams ir turi gebėjimų įveikti pasipriešinimą pokyčiams. Nepaisant to, net gabus lyderis vienareikšmiškai negali atlikti pokyčių vienas – pokyčiai reikalauja stiprios vadovaujamos komandos. W. Kessler teigia, kad absoliutus, tvirtas ir nuolatinis organizacijos lyderio įsipareigojimas komunuoti, vadovauti ir remti darbuotojus yra būtinas sėkmingiems didelio masto pokyčiams. Pokyčių valdymo proceso lyderiai susiduria su daugybe iššūkių pradedant darbuotojų motyvacija ir baigiant svarbiu sprendimu keisti organizacijos *status quo* bei su juo susijusius interesus (Kessler, 2002).

Istaigos vizija, tikslai ir strategija. Pokyčių valdymas tampa daugiau strateginio pobūdžio paradigma realizuojant bendrą organizacijos misiją, ateities viziją, pagrindines vertybes, tikslus ir strategijas, kuriose vadovai ir organizacinis personalas apibrėžia organizacijos darbuotojų lūkesčius. Įgyvendinant tokius planus, galima vertinti, ar gerai suplanuota ir įgyvendinta institucinė žmogiškųjų išteklių politika bei programos, ir nustatyti, kaip sėkmingai jos prisidėjo prie tikslų ir užduočių įgyvendinimo. Toks strateginis žmogiškojo kapitalo valdymo požiūris, siekiant pagerinti organizacijos veiklos rezultatus tiek trumpuoju, tiek ilguoju laikotarpiu, yra svarbi investicija į žmogiškųjų išteklių planavimą, apimanti valdymo ir vadovavimo įgūdžių tobulinimą, reikalavimų ir individualių darbuotojų gebėjimų įvertinimą, numatymą bei kitas viešojo valdymo pokyčių struktūros dedamąsias.

H. Watson ir T. Carte nustatė, kad viešosios organizacijos pokyčių valdymo eigoje yra labiau suvaržytos procedūrų pasirinkimu; procesų formavimą lemia politinės jėgos; veikia daugiau išorinių formalių patikrų ir jų veiksmų specifikacijų; turi mažiau savarankiškumo kontroliuoti sprendimų priėmimą bei žmogiškuosius išteklius; yra mažiau pajėgios kurti paskatas darbuotojų veiklai (Watson, Carte, 2000). Organizacijos pokyčių vizija turėtų prasidėti aprašymu, ką organizacija privalo įvykdyti, kad galėtų veiksmingai įgyvendinti pokyčius. Norint pasiekti pageidaujamą rezultatą, strateginis planas turėtų prasidėti aiškiai apibrėžtu supratimu, kokie įvykiai ar grėsmės įtakojo pokyčių būtinybę, nurodant, kas turi būti atlikta (numatytu laikotarpiu).

Finansiniai ištekliai. Skirtingose ES valstybėse narėse sveikatos sistemų finansavimas grindžiamas įvairiais principais, kurie iš esmės pažymi, kad sveikatos priežiūros sistemų finansavimas turi:

1. Skatinti kokybiškų (angl. *quality*) (prieinamų, saugių, tinkamų, efektyvių, veiksmingų, kt.) sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams;
2. Užtikrinti teisingą (angl. *fair*) išteklių paskirstymą, apmokant ASPĮ už teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir pasiektus rezultatus;
3. Tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų skatinti konkurenciją, didinančią jų veiklos efektyvumą (angl. *economical efficiency*), t.y. užsibrėžtų tikslų (rezulta-

tų) pasiekimą minimaliais ištekliais ar maksimalių tikslų (rezultatų) pasiekimą turimais ištekliais bei veiksmingumą (angl. *clinical effectiveness*), t. y. užsibrėžtų sveikatinimo tikslų (rezultatų) pasiekimą;

4. Didinti sveikatos sistemos skaidrumą (angl. *transparency*), t. y. motyvuoti sveikatos sistemos dalyvius veikti skaidriai, vadovaujantis šiuolaikiniais sveikatos ekonomikos, etikos bei mokslo įrodymais pagrįstos medicinos (angl. *evidence based medicine*) ir sveikatos priežiūros vadybos (angl. *health care management*) principais;
5. Skatinti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų kooperaciją (angl. *co-operation*) ir integraciją (angl. *integration*), užtikrinant sveikatos priežiūros tęstinumą;
6. Skatinti racionalų (angl. *rational*) ir efektyvų (angl. *efficient*) sveikatos priežiūros ribotų išteklių panaudojimą;
7. Skatinti sveiką gyvenseną, sveikatos ugdymą ir stiprinimą, sveikatos išsaugojimą, ligų prevenciją bei ankstyvą diagnostiką, kaip prielaidą ilgalaikiam išlaidų sveikatos priežiūrai mažinimui.

ES šalių lėšos, skiriamos sveikatos sektoriui, stipriai lemia ekonominius ir socialinius veiksmus, pavyzdžiui, finansavimo dalis, kuri tenka sveikatos ir socialiniam sektoriui tenkinant gyventojų poreikius. Lietuvoje 1997 m. buvo pereita nuo biudžetinio finansavimo modelio prie draudiminės medicinos ir medicininių paslaugų apmokėjimo sveikatos priežiūros įstaigoms per ligonių kasas modelio. Pereinant prie šio modelio, buvo tikimasi, kad, valstybinio valdymo institucijoms atsisakius finansavimo funkcijos, bus realizuoti sutartiniai valdymo pokyčiai, t. y. valdžios ir sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimas taps skaidresnis. Taip pat buvo tikimasi, kad tai padidins ekonominį ir finansinį sveikatos priežiūros įstaigų savarankiškumą, kuris leis racionaliai naudoti gaunamas lėšas. Dabartiniame laikotarpyje didėjant paslaugų kiekiui ir, atitinkamai, finansavimo poreikiams, kuriuos lemia senstanti visuomenė, valstybės lėšomis draudžiamų privalomuoju sveikatos draudimu gyventojų skaičiaus didėjimas, mažėjantis PSD įmokų mokėtojų skaičius; brangstančios medicinos technologijos ir pan., ženkliai viešojo finansavimo didinimo galimybės yra ribotos. Dėl to būtini veiksmai, kaip subalansuoti esamus sveikatos apsaugos finansavimo šaltinius, ieškoti kitų papildomų finansavimo išteklių, tobulinti institucijų atsakomybę už pokyčių valdymo efektyvumą. Nepaisant to, tokios statistinės pokyčių valdymo sveikatos finansavimo srityje išvados leidžia teigti, kad sveikatos apsaugos institucijoms būtina žymiai aktyviau ir efektyviau optimizuoti pokyčių procesus ieškant vidinių finansinių resursų.

Motyvacija / įtraukimas ir palaikymas. Siekiant pokyčių įgyvendinimo, būtina identifikuoti darbuotojų nepasitenkinimą jau pradinuose etapuose. J. Kotter ir L. Schlesinger (1979), remdamiesi savo tyrimu, rekomendavo šešis metodus, kaip pritaikyti motyvacines priemones pokyčių įgyvendinimui (žr. 5 lentelę):

5 lentelė. Pokyčių valdymo trikdžių valdymo metodai

| Metodas | Dažniausios situacijos | Privalumai | Trūkumai |
|--|--|---|--|
| Švietimas + tarpusavio bendradarbiavimas | Informacijos trūkumas ar netiksli informacija, analizė. | Įtikinti darbuotojai dažniausiai padės įgyvendinti pokyčius. | Gali užimti labai daug laiko, jei dalyvauja daug darbuotojų. |
| Dalyvavimas + įsitraukimas | Iniciatoriai neturi visos reikiamos informacijos pokyčiams suprojektuoti, o kiti asmenys įgauna didelę galią priešintis. | Darbuotojai bus įtraukti į pokyčių įgyvendinimo planą. | Gali užimti labai daug laiko, jei dalyvių funkcijos paskirstytos netinkamai. |
| Parama + palaikymas | Darbuotojai priešinasi dėl prisitaikymo problemų. | Tinkamas, kai yra korekcinė problemų. | Gali užtrukti, reikalauja didelių finansinių išteklių. |
| Derybos + susitarimas | Darbuotojas ar darbuotojų grupė permainingu metu patirs nuostolių, ši grupė turi didelę galią priešintis. | Kartais tai yra itin lengvas būdas išvengti didelio pasipriešinimo. | Daugeliu atvejų tai didelių finansinių išteklių reikalaujantis būdas. |
| Manipuliacija + pasirinkimas | Neveiksni taktika arba proceso įgyvendinimas, reikalaujantis didelių finansinių išteklių. | Didelių finansinių išteklių nereikalaujantis pasipriešinimo problemų sprendimo būdas. | Problemos ateityje dėl darbuotojų pojūčio, kad jais manipuliuojama. |
| Aiški + numanoma prievarta | Greitis yra labai svarbus ir pokyčių iniciatoriai turi jį taisyti. | Galimybė įveikti bet kokį pasipriešinimą. | Galima rizika dėl skubotumo. |

Šaltinis: Kotter, Schlesinger, 1979.

Šiais metodais siekiama išspręsti keturias pagrindines trikdžių priežastis, tokias kaip pokyčių naudą nesuvokimas, darbuotojų neįsitraukimas į pokyčių procesą, darbuotojų ir vadovybės bendradarbiavimo trūkumas bei tarpusavio pasitikėjimo stoka:

1. *Švietimas ir tarpusavio bendradarbiavimas.* Šiuo metodu siekiama paveikti ir įtikinti darbuotojus apie pokyčių naudą ir būtinybę, tačiau tokio pobūdžio programai reikalingas laikas, pastangos, kompetentingi iniciatoriai.
2. *Dalyvavimas ir įsitraukimas.* Manoma, jei darbuotojai yra įtraukti į pokyčių valdymą, jie emociškai įsijaučia siekdami pokyčių, todėl svarbiu akcentu tampa darbuotojų motyvacija.
3. *Parama ir palaikymas.* Tam, kad bet kuris pokyčių procesas vyktų sėkmingai, vadovų palaikymas turi svarų vaidmenį mažinant darbuotojų baimę ir nerimą pereinant iš dabartinės į pageidaujamą būseną. Kuo aukštesnis emocinės paramos ir pasitikėjimo lygis, tuo mažesnis pasipriešinimo lygis.

4. *Derybos ir susitarimas*. Siekiant sumažinti darbuotojų pasipriešinimą, vadovai siūlo paskatas ir motyvuoja pokyčių proceso dalyvius.
5. *Manipuliacija ir pasirinkimas*. Šiuo metodu siekiama panaudoti autoritetą ar galią manipuluoti pokyčių valdymo proceso palaikymui. Tai yra faktinio ir potencialaus atlygio derinys, padedantis palaikyti pokyčių procesą ir sumažinti pasipriešinimo grėsmę. Tam tikromis aplinkybėmis toks būdas yra nereikalaujantis didelių finansinių išlaidų ir lengvas gauti asmens ar grupės paramą.
6. *Aiški ir numanoma prievarta*. Kartais vadovai gali panaudoti valdžią, kad priverstų priimti siūlomus pokyčius. Šis metodas apima darbuotojų perkėlimą į kitas pareigas, neigiamų rezultatų vertinimą ir netgi pokyčiams besipriešinančių darbuotojų atleidimą (Kotter, Schlesinger, 1979).

Žinios ir informacija. Pagrindinis žinių valdymo tikslas – suteikti žinomomis formomis darbuotojams prieinamą informaciją, skirtą pagerinti organizacijos vykdomą veiklą. Mokslininkai žinių sąvoką apibūdina veiksmis, padedančiais priimti reikiamus sprendimus, remiantis patvirtinta informacija. M. Stankovsky (2005) žinių ir informacijos sklaidą apibūdina kaip kompleksinę priemonę, naują tarpdisciplininį modelį, nagrinėjantį visus žinių aspektus organizacijos kontekste, taip pat ir žinių kūrimą, kodifikavimą, dalijimąsi ir tai, kaip ši veikla skatina mokymąsi ir naujovių diegimą. Minėta sąvoka apima duomenų bazes, dokumentus, strategijas, procedūras ir anksčiau nekaupimą kompetenciją bei atskirų darbuotojų patirtis (Duhon, 1998). Kiti autoriai žinių valdymą analizuoja kaip procesą, apimantį jo kūrimą, saugojimą, paskirstymą, dalijimąsi organizacijos viduje ir šio proceso įtaką organizacijos vystymuisi. Tarpdisciplininis požiūris žinių valdymą apibrėžiamas kaip „veiksmingas mokymosi procesas, susijęs su žinių analize, panaudojimu ir dalijimusi, kuriam naudojama tinkama technologija ir kultūrinė aplinka siekiant padidinti organizacijos intelektinį kapitalą ir pokyčių valdymo procesų tobulinimą“ (Jashapara, 2004). G. Probst ir kt. (1999), A. Karčiauskas (2003) žinių ir informacijos sklaidą apibūdina kaip dinamišką ir savaimę atsirandantį procesą, kuris kinta informacijos poreikio eigoje. Autoriai pabrėžia, kad konkurenciniam pranašumui įgyti būtinas tikslingas ir sistemingas žinių valdymas. Kiti autoriai (Girdauskienė, Savanevičienė, 2007; Barkauskas, Barkauskienė, 2011) žinių ir informacijos sklaidos procesą apibrėžia kaip besikeičiantį darbuotojų patirties, vertybių, ekspertinių išvalgų ir intucijų derinį, skirtą įvertinti ir pritaikyti naują patirtį bei informaciją įgyvendinant valdymo formų ir metodų kaitą. Personalo kompetencija tiesiogiai įtakoja organizacinę kultūrą, įskaitant organizacinę tvarką, procesus, sistemas ir normas (šis apibrėžimas yra panašus į daugelį žmogiškojo kapitalo apibrėžčių). Žinių valdymas turi tiek socialinę, tiek ir technologinę pusę. Kadangi žinių valdymo praktika sutelkia dėmesį į žmogiškąją informacijos naudojimo dalį, todėl žinių valdymas yra svarbi informacinių, organizacinių ir tarporganizacinių komunikacinių formų bei technologijų valdymo priemonė (Alavi, Tiwana, 2002; Sveningsson, Sorgarde, 2020).

Organizacinė kultūra. Norėdami keisti organizacinės veiklos procesus, organizacijų vadovai pirmiausia turi identifikuoti elementus, kurie egzistuoja veiklos procese, kad organizacinė struktūra galėtų veikti sėkmingai įgyvendinant misiją – tai pagrįn-

diniai sėkmės veiksniai, kurie itin svarbūs naujų strategijų formavimui (Alter, 1999). Formuojant naują organizacinę struktūrą itin svarbus išsamus vadovų ir darbuotojų kompetencijų peržiūrėjimas siekiant realizuoti naujų iššūkių reikalaujančias užduotis. Visa tai suponuoja organizacinės kultūros pokyčių būtinybę pokyčių valdymo pasirengimo procese.

Pokyčių valdymo išorės priemonėms priskiriami tinklai ir tinklaveika, tarpsektorinis bendradarbiavimas, paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas.

Tinklai ir tinklaveika. Tinklai yra apibūdinami kaip veiklos forma ar organizacinė struktūra, siejama su struktūriniais pokyčiais, veikiant aplinkos veiksniams (Kazlauskienė, Urbanskienė, 2005). Siekiant, kad tinklaveika būtų veiksminga, svarbu sugebėti kurti naujus, novatoriškus sprendimus, tačiau informacijos pasidalijimas ir bendradarbiavimas pavienių asmenų ar interesų grupių dažnai vertinami rizikingai. Keitimasis informacija su pokyčių proceso dalyviais gali suponuoti situaciją, kai atskiri subjektai pritaiko informaciją savo naudai (Axelrod, 1984; Williamson, 1996). Pasitikėjimas tampa tam tikra rizika, kai tinklų dalyviai turi skirtingą požiūrį į iškilusias problemas, tokias kaip tikslingumas, sprendimų formų praktika ir jų įgyvendinimo formos, metodai bei procedūros. Todėl galima teigti, kad pokyčių valdyme tinklaveika tampa modernia ir efektyvia priemone, padedanti ugdyti pasitikėjimą ir siekti rezultatų tik esant griežtai parengtų veiklos principų, tinklinių struktūrų elgsenos bei etiškų tarpusavio santykių kontekstualumui.

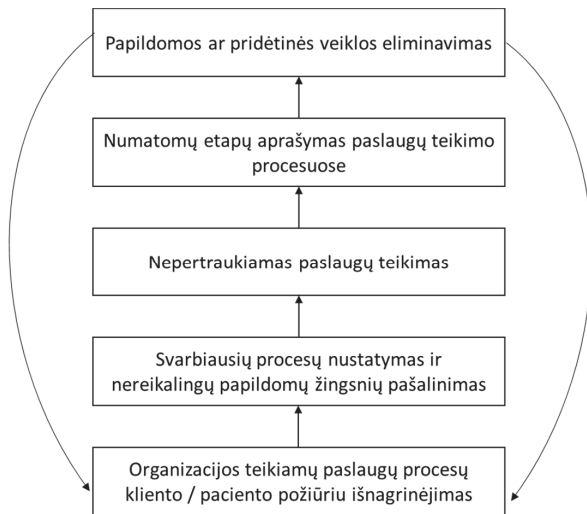
Pasak J. Sydow (2004), gana daug literatūros šaltinių analizuoja organizacijų formas, kurios remiasi įvairiais tarporganizaciniais tinklais. Egzistuoja įvairios tinklų tipologijos, t. y. bandoma pagrįsti, kaip jie yra struktūrizuoti, kaip veikia ir kaip vystosi tinklų dinamika laiko atžvilgiu. Tačiau tarporganizacinių tinklų plėtra, kaip itin platus organizacinės veiklos objektas, nėra pakankamai ištirta. Tinklų veiklos sisteminė analizė padeda suprasti, kaip tarpusavio bendradarbiavimas gerina organizacijų pokyčių valdymo veiklą ir teikiamų paslaugų kokybę (Sydow, 2004). Tinklaveika apibūdinama ir kaip partnerystė, tarpusavio santykiai, koalicijos, bendradarbiavimo susitarimai. D. Brass ir kt. (2004) tinklą apibūdina kaip „mazgų ir taškų rinkinį“, susijusį tarpusavio ryšiais. Tačiau santykiai tarp tinklo narių pirmiausia yra nehierarchiniai, o nariai turi vykdomos veiklos autonomiją. Tinklo narius sieja formalūs ar neformalūs ryšiai, informacijos srautai, finansiniai ištekliai. T. Moliterno ir D. Mahony (2011) atkreipia dėmesį, kad tinklaveika organizacijų teorijoje dažniausiai nagrinėjama organizacijų kiekiu bei jų tarpusavio ryšiais, ir rekomenduoja tyrinėti daugiapakopiu lygmeniu. R. Putnam (2002) pažymi, kad socialiniai pažintiniai tinklai yra naudingi visuomenei, piliečių grupėms, sprendžiant tam tikras susidariusias situacijas ar problemas, o tokio pobūdžio veikla socialinio kapitalo teorijoje vadinama asmeniniais ar vidaus socialiniais santykiais (Vilkas, Bučaitė-Vilkė, 2009). XXI a. naujo tipo organizacinėse struktūrose tinklai tampa esmine struktūrine sąveikos forma, padedanti organizacijoms keistis tarpusavyje informacija, perteikti patirtį, patikrinti tinklo dalyvių ir atskirų organizacijų pasitikėjimą, o tinklaveika užtikrina šių procesų sklaidą bei tampa vienu iš pagrindinių pokyčių valdymo kertiniu veiksmu. Ypatingai tai svarbu kuriant viešąją vertę, kada taikomi modernūs tarporganizacinės sąveikos modeliai ir formos.

Tarpsektorinis bendradarbiavimas. Teoretikai, viešojo sektoriaus politikos formuotojai, vadovai tyrinėja naujas partnerystės formas ir siekia į valdymo pokyčių formavimą, planavimą, administravimą bei įgyvendinimą įtraukti daugiau suinteresuotųjų šalių. „Tarpsektorinė partnerystė“ apima skirtingų sąvokų ir praktinės veiklos supratimą ir yra vartojama apibūdinti tarporganizacinių santykių tipams, formoms ir metodams. Paslaugų teikimo partnerystės samprata atsirado devintajame XX a. dešimtmetyje kaip viešųjų ir privačių organizacijų sąveikos formas apibūdinanti nuostata (Knox, 2002). OECD (1990:18) apibrėžė partnerystės procesą, kaip oficialios kooperacijos sistemą, pagrįstą teisiškai įpareigojančiais arba neoficialiais susitarimais, kooperatyviniais darbo santykiais ir abipusiai priimtinais planais tarp kelių organizacinių darinių. A. Harding (1990) apibrėžia privačią ir viešąją partnerystę, kaip “veiksma, grindžiamą viešojo ir privataus sektoriaus dalyvių susitarimu, kuris padeda gerinti valstybės ekonomiką ir jos piliečių gyvenimo kokybę”.

Partnerystė reiškia susitarimų tarp susitariančiųjų šalių dalijimąsi valdymo patirtimi. Susitarime paprastai apibrėžiami pagrindiniai punktai (Seddon, 1999): 1) oficialiai įvardijami tikslai, bendros veiklos, atsakomybės formos bei dalyvavimo partnerystėje principai; 2) iš anksto susitariama dėl programose ar projektuose išskylančių klausimų ir jų sprendimo būdų bei trukmės; 3) visos šalys susitaria dėl programose ir projektuose galimų korekcijų; 4) daugelis partnerystės formų numato, kad visos šalys dalijasi rizika, pvz., galimu išlaidų viršijimu.

Bendros veiklos formomis grindžiamos partnerystės atvejais: iniciatyvos, greitas reagavimas ir aiškios sprendimų priėmimo procedūros, kurių valdymas artimas paslaugų teikimui; nuoseklus požiūris į rezultatų vertinimą su išmatuojamais rodikliais, kurie yra aiškiai apibrėžti reguliariais, tinkamais intervalais bei nustatytais procedūromis. Ši sistema apima daug mechanizmų, procesų, institucijų ir santykių (įskaitant partnerystes), kur piliečiai, grupės ir organizacijos gali išreikšti savo interesus, teises ir pareigas (Nelson, Zadek, 2000). Naujajai viešajai vadybai evoliucionuojant į naująjį viešąjį valdymą, pertvarkomi biurokratinių struktūrų vaidmenys, atsiranda naujos atsakomybės formos, išauga reikalavimai paslaugų kokybės rodikliams, todėl padidėja pokyčių valdymo efektyvumas (Considinc, 2000).

Paslaugų kokybė ir prieinamumas. R. Moran ir kt. (2019) išskyrė penkis sėkmingos organizacijos veiklos valdymo tobulinimo principus, kuriais remiantis organizacijos galėtų tobulinti pasirengimą pokyčių įgyvendinimui (žr. 10 pav.).



10 pav. Sėkmingos organizacijos veiklos valdymo principai

Šaltinis: parengta autorės remiantis Moran ir kt., 2019.

Kaip matyti 10 pav., dabartiniame organizacinio pokyčių valdymo etape teikiamų ir planuojamų paslaugų procesų identifikavimas tampa svarbiausia sąlyga organizacijos veiklos efektyvumui didinti siekiant veiklos produktyvumo, užtikrinant visų rūšių organizacinius išteklius, atnaujinant organizacinę kultūrą, priimant ir įgyvendinant kryptingus sprendimus, palaipsniui kuriant viešąją vertę, kaip visos organizacijos kryptingų pokyčių rezultatą.

Pokyčių valdymo aplinkybių analizė suteikė galimybę identifikuoti papildomus etapus (pokyčių valdymo proceso trikdžių identifikavimas, pokyčių valdymo proceso priemonių ir grįžtamojo ryšio taikymas) pokyčių valdymo procese ir patvirtino teiginį, kad žinomi pokyčių valdymo proceso modeliai nėra pakankamai adaptuoti ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, kai organizacijų vadovams reikia priimti sprendimą dėl būtinų pokyčių įgyvendinimo, trikdžių atsiradimo ir jų valdymo priemonių taikymo.

1.4. Teorinis ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų pokyčių valdymo modelis

Remiantis atlikta mokslinės literatūros šaltinių analize, šioje dalyje pateikiamas teorinis AASPI pokyčių valdymo modelis vadovaujantis mokslinio modeliavimo metodu, t. y. tam tikrų objektų, jų sistemų arba procesų santykių ir elgsenos atskleidimas sudarant ir tyrinėjant modelius (Tidikis, 2003).

Modelio poreikis. Sveikatos apsaugos sistemoje dėl reikšmingų aplinkos pokyčių organizacijos siekia radikalių pokyčių, kurie keičia esminius organizacijos veiklos pagrindus (Blumenthal, Haspeslagh, 1994; Goodstein, Burke, 1991). Įgyvendindamos po-

kyčius, organizacijos siekia įgyti naują konkurencinį pranašumą (Hutt, Walker, Frankwick, 1995; Marshak, 1993; Nadler, Tushman, 1990). Tam, kad ASPĮ pokyčių programa būtų sėkminga, organizacija turi objektyviai atsižvelgti į vidinę ir išorinę aplinką, ir remdamasi šia analize, formuoti savo viziją ir pokyčių strategijas atsižvelgdama į įstaigos tikslus. Visi minėti veiksniai turi svarbų vaidmenį pokyčių įgyvendinimo procesui.

Modelio problemos formulavimas. Viešojo sektoriaus pokyčių valdymas šiandien yra itin svarbi naujojo viešojo valdymo struktūrų veiklos dalis, todėl pokyčių valdymui užtikrinti reikalingas kompleksinis viešasis valdymas, suprantamas kaip įvairių formų ir praktikos veiksnių, reikšmingas sėkmingam pokyčių įgyvendinimui. Pagrindiniai pokyčių valdymo AASPI metodologiniai aspektai apima pokyčių valdymo kaitos aspektus darant įtaką viešojo sektoriaus modernizavimui, viešojo pokyčių valdymo kaip viešojo sektoriaus veiklos efektyvumo sąlygai, sėkmingų viešojo valdymo reformų sudedamajai daliai, jų įgyvendinimo aplinkai, sąlygoms, veiksniams ir rizikos elementams (Peters, 2010; Kettl, 2000; Pollitt, Bouckaert, 2003; Bovaird, Lofler, 2009).

Viešojo sektoriaus pokyčių įgyvendinimui įtakos turi vidaus ir išorės aplinkos veiksniai, tokie kaip organizacijų pasirengimo pokyčiams veiklos vertinimas (Balfour, Weschler, 1990; Osborne, Patrick, 1991; Fernander, Rainey, 2006; Pestoff, Brandsen, 2010), strateginių uždavinių planavimo svarba (Bouckaert, 2003; Pollitt, 2003, 2011; Laegreid, Verhoest, 2010; Raina, 2018), žinių valdymas, žmogiškieji išteklių ir lyderystė (Bryson, Crosby, 2005; Bryson, Crosby ir kt., 2006; Osborne, Brown, 2011; Raina, 2018), taip pat tarpsektorinė partnerystė (Seddon, 1999; O'Toole, 2000; Knox, 2002; Borgatti, Foster, 2003; Rhodes ir kt., 2005; McQuaid, 2010; Fernandez, 2010, 2011), tinklų ir tinklaveikos proceso vieta (Bland ir kt., 2010; Moliterno, Mahony, 2011; Bason, 2014). Analizuojant pokyčių valdymo viešosiose įstaigose klausimus, itin svarbus darbuotojų įtraukimas į pokyčių procesus (Belbin, 1996; Kellman, 2005, McNabb, 2009).

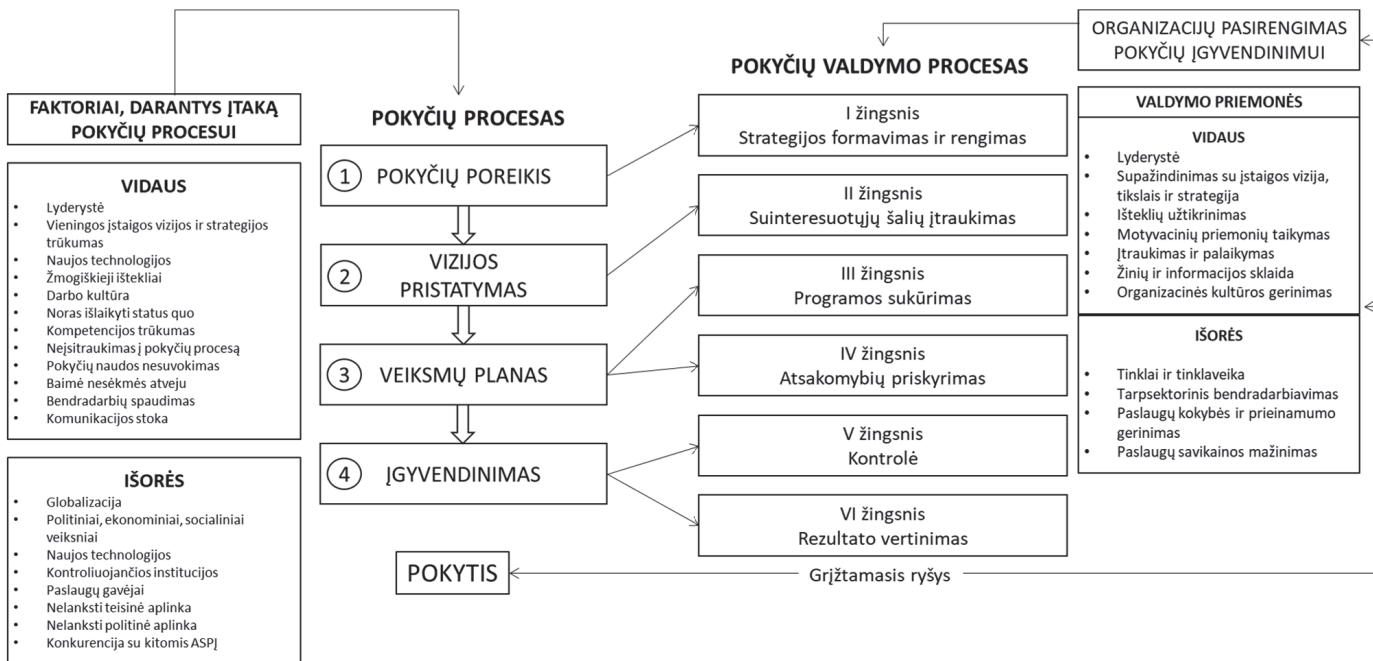
Mokslininkų (Weber, 1947; Deutsch, Krauss, 1960; Zajonc, 1965; Wilson, 1989; Thompson, Luthans, 1990; Kiel, 1994; Thom, Ritz, 2004; Oreg, 2006) vidiniai ir išoriniai pasipriešinimo faktoriai bei jų valdymo priemonių taikymas dažniausiai nagrinėjami kaip pavieniai pokyčių valdymo proceso aspektai, veikiantys tam tikras proceso dalis, jų nesujungiant į bendrą pokyčių valdymo kaitos procesą.

Modeliavimo tikslas – remiantis išanalizuotos mokslinės literatūros šaltiniais sukonstruoti teorinį kompleksinį AASPI pokyčių valdymo modelį.

Dalykinė sritis – vidaus ir išorės aplinkos veiksnių įtaka viešojo sektoriaus pokyčių valdymo procesui ir valdymo priemonių taikymas siekiant sumažinti pasipriešinimo faktorių įtaką pokyčių proceso eigai.

Modeliavimo ribos. AASPI pokyčių valdymo proceso modelis yra universalus. Atliekamas empirinis tyrimas AASPI, tačiau teoriniame modelyje nedetalizuojama konkretus AASPI.

Metodai. AASPI pokyčių valdymo proceso modelis formuojamas vadovaujantis mokslinės literatūros analizės, lyginimo, loginio skirstymo ir klasifikavimo bei interpretavimo metodais. Atlikus empirinį tyrimą (aprašymas 2 dalyje), teorinis modelis papildomas tyrimo duomenimis ir parengiamas conceptualus pokyčių valdymo modelis Lietuvos AASPI.



11 pav. Teorinis ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų pokyčių valdymo modelis

Šaltinis: parengta autorės.

Atlikus mokslinės literatūros analizę (plačiau 1.1 – 1.3 skyriuose), disertacijoje pasirinkta analizuoti organizacijose vykdomus pokyčius siekiant tobulinti organizacijos veiklą ir teikiamų paslaugų prieinamumą bei kokybę.

Modelis konstruojamas remiantis R. Raina (2018) planuojamų pokyčių keturių etapų principu: identifikavimu (pokyčių poreikio nustatymas analizuojant problemas, trūkumus, grėsmes ir galimybes organizacijos pažangai); sprendimo kūrimu (planų, kaip pasiekti pageidaujamą būseną, sukūrimas, modelyje pateikiama vizijos pristatymu); plano sukūrimu (pasirenkant tinkamas intervencijas norimai organizacijos būklei pasiekti); įgyvendinimu ir rezultatų įvertinimu (atsižvelgiant į atliktus veiksmus ir pritaikant „naują pagerintą“ procesą) (Raina, 2018).

Kaip matyti 11 paveiksle, pokyčių valdymo proceso modelio pagrindu pasirinkus šešių žingsnių etapų struktūrą: strategijos rengimas (įstaigos pageidaujamos būsenos numatymas), suinteresuotųjų šalių įtraukimas (tai gali būti politikai, nevyriausybines organizacijos, įstaigos darbuotojai, kitos viešojo sektoriaus organizacijos ar privataus sektoriaus atstovai), programos sukūrimas (detalaus ir tikslaus pokyčių veiklos plano sudarymas), atsakomybių priskyrimas (būtina numatyti dalyvius ir jų vaidmenį šiame procese), kontrolė (pokyčių proceso ir terminų įgyvendinimo koordinavimas) bei rezultato vertinimas (įgyvendinto pokyčio analizė), pokyčių valdymo procesas papildytas šiais etapais:

- pokyčių valdymo proceso trikdžių identifikavimas;
- pokyčių valdymo proceso priemonių taikymas;
- grįžtamojo ryšio taikymas.

Suformuotas teorinis pokyčių valdymo proceso modelis ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms patvirtino teiginį, kad pokyčių valdymo įgyvendinimo sąlygoms būtinas devynių etapų pokyčių valdymo procesas: 1) strategijos formavimas ir rengimas; 2) suinteresuotųjų šalių įtraukimas; 3) programos sukūrimas; 4) atsakomybių priskyrimas; 5) pokyčių valdymo proceso trikdžių identifikavimas; 6) pokyčių valdymo proceso priemonių taikymas; 7) kontrolė; 8) rezultato vertinimas; 9) grįžtamojo ryšio taikymas.

Vadovaujantis mokslinės literatūros analize (plačiau 1.2.1 poskyryje), modelio schemoje pavaizduota, kad įvairūs vidaus ir išorės trikdžiai gali veikti pokyčių procesą ir daryti įtaką net ir pradiniam organizacijų pasirengimo pokyčių proceso įgyvendinimo etape. Modelio schemoje nurodoma, kaip vidaus (lyderystė; vieningos įstaigos vizijos ir strategijos trūkumas; naujos technologijos; žmogiškieji ištekliai; darbo kultūra; darbuotojų noras išlaikyti *status quo*; kompetencijos trūkumas; darbuotojų neištraukimas į pokyčių procesą; pokyčių naudą nesuvokimas; nesėkmės baimė; bendradarbių spaudimas priešintis; tarpusavio komunikacijos stoka) ir išorės (globalizacija; politiniai, ekonominiai, socialiniai veiksniai; naujos technologijos; kontroliuojančios institucijos; paslaugų gavėjai; nelanksti teisinė sistema – vientisos teisinio reguliavimo politikos ir strategijos nebuvimas, nelanksti politinė aplinka – ilgalaikės strategijos ir programos, kuri būtų suderinta su visomis politinėmis partijomis ir judėjimais nebuvimas; konkurencija su kitomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis) faktoriai veikia pokyčių procesą. Pokyčių sėkmė daugiausia priklauso nuo to, kaip organizacija

geba sumažinti pasipriešinimo poveikį, kad pasiektų maksimalią pokyčių naudą, ir motyvuoti visas veikiamas šalis palaikyti pokyčių proceso eigą (Raina, 2018). Valdant pasipriešinimo faktorius, mokslininkų teigimu, siūloma taikyti priemones, tokias kaip darbuotojų kvalifikacijos kėlimas, darbuotojų įtrauktis į pokyčių procesus, vadovo su-
pratimas ir palaikymas, diskusijų, derybų ir manipuliacijų metodai, finansinės paskatos (plačiau 1.3.1 poskyryje) (Dent, Goldberg, 1999; Piderit, 2000).

Vadovaujantis mokslinės literatūros analize (plačiau 1.3 skyriuje), tinkamas organizacijų pasirengimas pokyčių įgyvendinimui užtikrina pokyčių proceso įgyvendinimo sėkmę. Svarbu ugdyti vadovų gebėjimą matyti keletą pokyčių įgyvendinimo krypčių vienu metu, identifikuoti ir priimti reikiamo laipsnio rizikos atsakomybę, analizuoti jos įveikimo būdus, taip pat įtikinti ir motyvuoti darbuotojus. Itin svarbu pokyčių reikalingumu ir neišvengiamumu įtikinti organizacijų darbuotojus ir visas suinteresuotąsias šalis. Remiantis moksliniais šaltiniais (Belbin, 1996; Moran, Brightman, 2001; Ginter ir kt., 2018; Moran, 2019), modelyje išskiriamos pagrindinės valdymo priemonės organizacijų pasirengimui.

Vidaus valdymo priemonės: (1) *lyderystė* vaidina itin svarbų vaidmenį valdant pokyčius. Vadovas turi turėti būsimų pokyčių viziją, numatyti jos įtaką organizacijai ir galutinį pokyčių rezultatą. Labai svarbu įkvėpti komandą ir sugebėti naudojantis įgytomis bei įgimtomis lyderio savybėmis, efektyviai vadovauti organizacijai pokyčių proceso metu, kad užtikrintų organizacijos vizijos įgyvendinimą. Sėkmingas lyderis privalo būti ambicingas, drąsus, ryžtingas, sąžiningas, tapti pavyzdžiu savo komandai, turėti bendravimo, žmogiškųjų išteklių valdymo įgūdžių, mokėti išlikti ramus krizių ar sudėtingų situacijų metu (Bryson, Crosby ir kt., 2006; Ansell, Gash, 2008); (2) *supažindinimas su įstaigos vizija, tikslais ir strategija* (darbuotojai turi būti susipažinę su organizacijos vizija ir siektiniais uždaviniais); (3) *motyvacinų priemonių taikymas* (darbuotojų skatinimas, finansinis ar nefinansinis, kaip pagyrimas ar padėka, kaip vienas iš veiksmų, turinčių įtakos organizacijos rezultatams ir augimui (Burke, 2000; Raina, 2018); (4) *palaikymas, dalyvavimas ir įtraukimas* (vadovui svarbu įtraukti darbuotojus į pokyčių procesą, darbuotojų palaikymas pokyčių procese ir bendravimas taip pat padeda skatinti prasmingas vadovo ir darbuotojų diskusijas, kurios skatina ryžtą ir abipusį pasitikėjimą, taip pat sumažina pasipriešinimo pokyčiams lygį, kuris yra būtinas norint sėkmingai įgyvendinti pokyčių planą (McNabb, 2009; Osborne, 2010); (5) *žinių ir informacijos sklaida* (siekdamos skatinti dalijimosi žiniomis kultūrą, organizacijos turi skatinti darbuotojus dalintis gerąja praktika ir patirtimi) (Raina, 2018); (6) *organizacinės kultūros gerinimas* (organizacijos kultūra susijusi su darbuotojų nuostatomis, vertybėmis ir elgesiu, turinčiu įtakos tiek žmonių, tiek organizacijos funkcionavimui. Pozityvi ir tinkama darbo kultūra ugdo darbuotojų atsivaimą, o tai pagerina organizacijos veiklą (Raina, 2018).

Išorės valdymo priemonės: (1) *tarpsektorinis bendradarbiavimas* (pabrėžiama kokybė ir rezultatai, iniciatyvos, greitas reagavimas ir aiškios sprendimų priėmimo procedūros, kurių valdymas svarbus paslaugų teikimui, ir nuoseklus požiūris į rezultatų peržiūrą su išmatuojamais rodikliais, kurie yra aiškiai apibrėžti ir vertinami reguliariais intervalais bei nustatytais procedūromis (Rhodes ir kt., 2003); (2) *tinklai* (orientuoti

į veiklos rezultatus, o ne į patį veiklos procesą, kaip esminė struktūrinė forma, padedanti organizacijoms keistis tarpusavyje informacija, perteikti patirtį, patikrinti tinklo dalyvių ir atskirų organizacijų pasitikėjimą, o tinklaveika užtikrina šių procesų eigą ir rezultatus); (3) *paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas bei paslaugų savikainos mažinimas* (McQuaid, 2010; Castells, 2005; Bučinskas ir kt., 2013).

Kadangi ASPĮ pokyčius skirtingai veikia vidiniai ir išoriniai veiksniai bei paslaugų teikimo aplinka, itin svarbu juos tinkamai įvertinti ir tik tuomet formuluoti organizacijos pokyčių strategiją. Vadovaujantis moksline literatūros analize, teoriniame modelyje išskirti veiksniai, padedantys sumažinti ar panaikinti pokyčių valdymo trikdžius ar pasipriešinimo faktorius (žr. 6 lentelę). Vienas veiksnys gali sumažinti arba panaikinti ne vieną, o kelis trikdžius siekiant sėkmingo pokyčių įgyvendinimo.

6 lentelė. *Veiksniai, padedantys sumažinti ar panaikinti pokyčių valdymo trikdžius*

| Veiksniai Trikdžiai | vadovų kompe- tencija | pokyčių valdymo proceso vertini- mas | finan- sinių išteklų užtikri- nimas | žmo- giškųjų išteklų motyvavimo modelio diegimas | organi- zacinės kultūros forma- vimas | infor- macijos sklaida ir perso- nalo tar- pusavio komuni- kacija | infor- macinių techno- logijų taiky- mas | galimų trikdžių identi- fikavi- mas ir rizikos valdy- mas | nuolati- nis per- sonalo moky- masis/ kvalifi- kacijos kėlimas |
|---|-----------------------------|--|---|---|---|--|---|--|---|
| finansinių išteklų trūkumas | + | | + | + | + | + | + | + | + |
| žemas kom- piuterinis raštingumas | + | + | | + | | | + | | |
| organizaci- nės kultūros trūkumas | + | | | | + | | | | |
| žmogiškųjų išteklų motyvavimo sistemos trūkumas | + | | | + | + | + | | | + |
| vadovų kompeten- cija | + | | + | + | | + | | | + |
| savalaikis problemy/ trikdžių neidentifika- vimas | + | + | + | + | + | + | + | + | |

Šaltinis: sudaryta autorės, vadovaujantis Balfour, Weschler, 1990; Osborne, Patrick, 1991; Bouckaert, 2003; Pollitt, 2003, 2011; Fernander, Rainey, 2006; Bryson, Crosby ir kt., 2006; Pestoff, Brandsen, 2010; Osborne, Brown, 2011; Raina, 2018.

Modelio pritaikymo galimybės. Teorinis pokyčių valdymo proceso modelis AASPI sudaro galimybę:

1. Parengti optimalią pokyčių valdymo strategiją atsižvelgiant į įstaigos pokyčių viziją, poreikį ir galimybes.
2. Identifikuoti vidaus ir išorės pasipriešinimo faktorius, galinčius trikdyti pokyčių proceso eigą.
3. Pasirengti pokyčių proceso įgyvendinimui pasirenkant tinkamiausias vidaus ir išorės valdymo priemones.
4. Priskirti atsakomybes vertinant etapinius ir galutinius rezultatus.

Naudojant pokyčių valdymo proceso modelį bei patikslinus jį konkrečių įstaigų duomenimis, galima identifikuoti konkrečios AASPI galimus vidaus ir išorės pasipriešinimo faktorius, reikalingas pokyčių valdymo proceso priemones bei tinkamai ir sėkmingai pasirengti pokyčių valdymo procesų įgyvendimui.

Apibendrinant galima teigti, kad identifikuoti esminiai teoriniai aspektai leidžia suformuoti teorinį pokyčių valdymo modelį Lietuvos AASPI, kurį sudaro svarbiausi organizacijų pasirengimo inovatyvių pokyčių įgyvendinimui būtini veiksniai, galimi trikdžiai, įtaką darantys vidiniai ir išoriniai pasipriešinimo faktoriai, būtinos jų valdymo tobulinimo priemonės, suinteresuotųjų asmenų įtaka bei grįžtamasis ryšys. Sukonstruotas teorinis pokyčių valdymo modelis suteikia galimybę pasirengti pokyčių proceso įgyvendinimui pasirenkant tinkamiausias valdymo priemones, parengti optimalias pokyčių valdymo strategijas atsižvelgiant į įstaigos tikslus, priskirti atsakomybes vertinant etapinius ir galutinius rezultatus.

Pirmosios disertacinio darbo dalies rengimas, skirtingų pokyčių valdymo modelių, pokyčių valdymo proceso analizė leido identifikuoti esminius pokyčių valdymo etapus, praktinę organizacijų patirtį šioje srityje, o tai suteikė galimybę disertacijos autorei pasirengti Lietuvos asmens sveikatos priežiūros sistemoje vykstančių pokyčių analizei, įvertinti sveikatos politikos įgyvendinimo principus bei panaudoti įgytą mokslinio tiriamojo darbo patirtį modeliuojant empirinio tyrimo užduotis, pasirinkti tinkamą empirinio tyrimo metodologiją rengiant ir tikrinant conceptualų pokyčių valdymo modelį.

2. POKYČIŲ VALDYMO AMBULATORINĖSE ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE TYRIMAS

Disertaciniame darbe mokslinio tyrimo pagrindu yra pasirinktas epistemologinis (gnoseologinis) mokslinio pažinimo principas, t. y. kompleksinis požiūris į problemas, kaip visuomos, analizę. Dalis pasirinktų tyrimo metodų (analitinė sintezė, lyginimo ir apibendrinimo ir kt.) tam tikra prasme sietini ir su fenomenologiniais (jutiminio pažinimo, asmeninės patirties, tiriamo objekto išskirtinumo) principais. Esminiai tyrimo metodologijos principai remiasi sisteminiu-procesiniu požiūriu, t. y. procesų ir sistemų teorijų pagrindais (Creswell, 2013). Autorės parengtoje disertacijoje vyrauja pozityvistinė konstruktyvistinė tyrimo prieiga, t. y. remiamasi prielaidomis, kad mokslinių žinių, t. y. teorijos bei organizacinės veiklos praktikos tyrimas gali suteikti gana išsamių ir tikslių duomenų, leidžiančių tobulinti organizacijų kompleksinę veiklą įgyvendinant ir valdant pokyčius. Antroje dalyje, atsižvelgus į pirmoje disertacinio darbo dalyje pateiktą teorinį pokyčių valdymo modeliavimą viešajame sektoriuje, pokyčių proceso trikdžių ir jų valdymo priemonių diskursą, taip pat vadovaujantis parengtu teoriniu pokyčių valdymo proceso modeliu, pateikiamas pokyčių valdymo Lietuvos ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose tyrimas. Ambulatorinė dalis pasirinkta todėl, kad apsilankymai pas šeimos gydytojus sudaro 80 proc. visų pacientų konsultacijų. Šeimos gydytojų institucija tampa pirmuoju paciento kontaktu su sveikatos apsaugos sistema, įvertinančiu problemos rimtumą, numatančiu veiksmus, kaip, su kuo, kada, kaip greitai, kokiomis priemonėmis spręsti išylančias problemas bei nuolat stebinčiu jų būklę. Tyrimą sudaro trys etapai, kurių metu 1) strateginių dokumentų ir teisės aktų analizės pagrindu atliekama pokyčių valdymo proceso politinės, teisinės ir paslaugų gavėjų aplinkos sąlygų Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose analizė; 2) ekspertų interviu pagrindu identifikuojami svarbiausi organizacijų pasirengimo pokyčių įgyvendinimui veiksniai, trikdžiai ir pasipriešinimo faktoriai bei pateikiamos jų valdymo tobulinimo strateginės nuostatos; 3) Lietuvos ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovų apklausos duomenų analizės pagrindu nustatomi pagrindiniai tikslai, veiksniai ir trikdžiai siekiant įgyvendinti pokyčius AASPI, įvertinama pokyčių valdymo aplinka Lietuvos AASPI. Išanalizavus ir apibendrinus tyrimo rezultatus, formuojamas teoriniais ir empiriniais duomenimis paremtas konceptualus pokyčių valdymo proceso modelis Lietuvos AASPI.

2.1. Pokyčių valdymo Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose apžvalga

Siekiant išanalizuoti pokyčių valdymo proceso politinės, teisinės ir paslaugų gavėjų aplinkos sąlygas Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose, buvo pasirinktas strateginių dokumentų ir teisės aktų analizės metodas. Dokumentų analizės metodas – duomenų rinkimas, kai dokumentai naudojami kaip pagrindiniai informacijos šaltiniai. Šis metodas suteikia galimybę identifikuoti nagrinėjamo reiškinio oficialią poziciją, nustatytus veiklos procesus bei jų kaitą. Struktūrinė analizė padeda išsiaiškinti reiškinio funkcionavimą struktūrizuotoje socialinėje aplinkoje bei išskirti procesų tarpusavio ryšius (Tidikis, 2003).

Tyrimo tikslas – išanalizuoti politinės, teisinės ir paslaugų gavėjų aplinkos sąlygas Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir pateikti pokyčių valdymo Lietuvos sveikatos sistemos vertinimo teorines prielaidas.

Tyrimo uždaviniai:

1. išanalizuoti Lietuvos sveikatos sistemos valdymo aspektus;
2. pateikti rekomendacijas dėl optimalaus AASPI pokyčių valdymo modelio taikymo Lietuvoje vertinant valdymo formas, teisinę bazę, organizacinius, struktūrinius pokyčius ir kaitos procesus, institucijų atskaitomybės ir atsakomybės aspektus; vadovų lyderystės ir organizacinės kultūros lygmenį bei finansinių ir žmogiškųjų išteklių Lietuvos AASPI viešojo pokyčių valdymo kokybinius ir kiekybinius parametrus.

Tyrimo objektas – Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigų politinė, teisinė ir paslaugų gavėjų aplinka.

Tyrimo atlikimo laikotarpis: 2019 m. vasario mėn. – rugsėjo mėn.

Tyrimo duomenys: Siekiant identifikuoti Lietuvos sveikatos sistemos valdymo aspektus, buvo naudojamas teisinių dokumentų analizės metodas. Siekiant nustatyti Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigų pokyčių valdymo formas buvo naudojama struktūrinė analizė. Tyrimo metu naudoti tokie duomenų šaltiniai kaip Pasaulio sveikatos organizacijos, Europos Komisijos, Lietuvos sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo pagrindiniai strateginiai dokumentai ir teisės aktai, taip pat viešai prieinama institucijų ir įstaigų skelbiama informacija. Analizei naudotos 2019 m. spalio 1 d. strateginių dokumentų bei 2020 m. sausio 1 d. teisės aktų redakcijos. Lietuvos strateginiai dokumentai ieškoti oficialiame Teisės aktų registre (<http://www.e-tar.lt>), Seimo dokumentų paieškos sistemoje (<http://e-seimas.lrs.lt/portal/documentSearch/lt>) bei atskirų įstaigų teisės aktų bei dokumentų paieškos sistemose.

Siekiant išsiaiškinti Lietuvos sveikatos sistemos valdymo aspektus, asmens sveikatos priežiūros įstaigų pokyčių valdymo formas, organizacinius, struktūrinius pokyčius ir kaitos procesus, institucijų atskaitomybės ir atsakomybės aspektus, strateginiai dokumentai bei teisės aktai buvo analizuoti naudojant raktinius žodžius „sveikatos priežiūros sistema“, „sveikatos priežiūros sistemos valdymas“, „sveikatos priežiūros sistemos struktūriniai pokyčiai“.

2.1.1. Strateginių dokumentų ir teisinės bazės, reglamentuojančios Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimo bei pokyčių valdymo taikymo galimybes, analizė

Sveikatos apsaugos sistemoje (kaip ir kitose srityse) yra būtinas nuolatinis vykstančių procesų ir įgyvendinamų pokyčių vertinimas, apimantis kompleksinių vertinimo metodų taikymą (įskaitant mokslinių tyrimų stebėsenos ir rezultatų sistemas). Stebėseną yra viena iš svarbiausių visuomenės sveikatos analizės priemonių, apimančių duomenų rinkimą, jų sisteminimą, vertinimą, interpretavimą ir sklaidą, kuri būtina ligų prevencijai ir kontrolei. Taip pat svarbus įgyvendinamų intervencinių priemonių poveikio taikymas visuomenės sveikatos įvertinimui (Jamison ir kt., 2006).

Nuo 1998 m. Lietuvos sveikatos programų pagrindu vykstantis ilgalaikis pokyčių valdymo planavimas sveikatinimo veiklos srityse atskleidė tiek šalies sveikatos sistemos privalumus (galimybę vertinti sveikatos rodiklių atitiktį numatytiems siekiniams bei indikuoti intervencijas), tiek išryškėjusius trūkumus (silpnas strateginiuose dokumentuose numatytų bei einamojo planavimo dokumentuose numatomų rodiklių sąryšis, netolygi sveikatos rodiklių dinamika ir kt.).

Lietuvos sveikatos apsauga integravosi į pasaulinę sveikatos apsaugos erdvę, sukurti nacionalinės sveikatos sistemos teisiniai pagrindai, įsteigtos institucijos, atsakingos už visuomenės sveikatą, asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir medicininių technologijų vertinimo sistemą, draudiminį sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą. Sukurta sistema įrodė savo tvarumą 2008–2009 m. pasaulinės ekonominės krizės akivaizdoje (Vykdytų sveikatos sistemos valdymo ir finansavimo reformų analizė, 2013), todėl sveikatinimo tikslų ir prioritetų darnos didinimas, pritaikant kitų šalių gerąją valdymo praktiką ar jos elementus, yra kur kas praktiškesnis ir efektyvesnis pokyčių planavimo, valdymo ir įgyvendinimo metodas.

Sveikatos apsaugos sistemos pokyčių valdymas vertinamas pagal sveikatos sektoriui adaptuotą ir Jungtinių Tautų organizacijos rekomenduotą gero valdymo modelį bei principus, integruojant PSO siūlomus sveikatos sistemos valdymo svarbiausius parametrus, Pasaulio Banko ir kitų šalių pagrindinius pokyčių valdymo aspektus, rekomendacijas, ir apima šiuos pagrindinius veiksniai:

7 lentelė. Svarbiausi sveikatos sistemos valdymo veiksniai

| Veiksniai | Aprašymas |
|--|---|
| Strateginė vizija | Ilgalaikė vizija, plėtros strategija, šalies atsakomybė, užtikrinant sveikatos priežiūrą, ir sveikatos priežiūros vieta bendrame šalies raidos ir plėtros tendencijų kontekste, darniai veikiančios įgyvendinimo mechanizmai. |
| Dalyvavimas ir orientacija į sutarimą (konsensusą) | Suinteresuotųjų grupių įtraukimas, galimybė dalyvauti sprendimų priėmimo ir orientacija į sprendimų priėmimą. |
| Teisės viršenybė | Sveikatos sistemos teisinis pagrindas, nešališkumas, tarpinstitucinis bendradarbiavimas, skaidrūs reguliavimo mechanizmai. |
| Skaidrumas Informavimas | Institucijų, procesų informacijos prieinamumas, stebėsenos mechanizmai. |
| Atsakomybė | Atsižvelgimas į suinteresuotųjų grupių poreikius ir atsakomybė nacionaliniu ir vietos lygmenimis. |
| Lygybė ir įtraukimas | Nediskriminavimas lyties, pajamų, religijos, kilmės ir kt. pagrindu, veikiančios interesų identifikavimo ir apsaugos schemos. |
| Atskaitomybė | Vidinė ir išorinė atskaitomybė. |
| Įrodymais pagrįstas valdymas | Sprendimų priėmimas vadovaujantis argumentais ir įrodymais, informacijos prieinamumas, patikimumas, tinkamumas ir kt. |
| Etika | Sveikatos priežiūros ir tyrimų sveikatos srityje etikos užtikrinimas. |

Šaltinis: *Vykdytų sveikatos sistemos valdymo ir finansavimo reformų analizė, SEC, 2011.*

Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros (toliau – PSP) reforma pradėta 1995 m. remiantis Danijos, Jungtinės Karalystės ir Kanados patirtimi. Planavimas apėmė esamų išteklių panaudojimą ir persikirstymą, darbo organizavimo pokyčius, privlomojo sveikatos draudimo įvedimą ir kt. Nepaisant to, kad Lietuvos PSP yra viena svarbiausių visos sveikatos sistemos grandžių, šių paslaugų plėtra priklauso nuo sveikatos apsaugos politikos formuotojų ir skirtingų profesionalų požiūrio į pokyčių valdymo tobulinimą. Per pastaruosius 15 metų pradinių reformos uždavinių (pvz., vidaus ir vaikų ligų gydytojų perkvalifikavimas) buvo iš dalies įgyvendinti. Minėtu laikotarpiu įvesta šeimos gydytojo institucija bei apibrėžtos tolesnės PSP plėtros Lietuvoje gairės.

Naujausia EBPO ataskaita (2018) atskleidžia, kad Lietuva turi vykdyti pokyčius ir iš esmės gerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą. Tam pasiekti reikalingi tikslingi sprendimai, konstruktyvesnės partnerystės formos. Lietuva turi remtis savo ir kitų EBPO šalių valdymo ir stebėsenos vertinimo pavydžiais. Akivaizdu, kad tik turint visuomenės sveikatos mokslinių tyrimų duomenis galima formuoti sveikatos politikos pokyčiams darančius įtaką šalies politinius, ekonominius, socialinius bei aplinkosauuginius procesus (OECD, 2018).

P. Ginter ir kt. (2018) teigia, kad pokyčiai veikia visas ekonominio-socialinio gyvenimo sritis, tačiau per pastaruosius dešimtmečius daugiausia pokyčių patyrė sveikatos sistemos sektorius (Ginter ir kt., 2018). Reikšmingi sveikatos sistemos pokyčiai vyksta dėl daugelio veiksnių, tokių kaip politinės iniciatyvos ir įstatymų leidybos; tarptautinės ir vidaus ekonomikos sąveikos; demografinių ir gyvenimo būdo pokyčių; technologinės pažangos bei esminių integruotų asmens sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimo pokyčių. Siekiant sukurti modernią, galinčią tenkinti gyventojų poreikius sveikatos priežiūros sistemą, būtina atsižvelgti į pasaulinėje ir nacionalinėje praktikoje pasiteisinusius veiklos pokyčių valdymo algoritmus ir tobulinti bei pertvarkyti atgyvenusius sprendimus. Europos Komisija, atsižvelgdama į besikeičiančius Europos regiono gyventojų poreikius, pradėjo skatinti sveikatos priežiūros sistemų kaitos iniciatyvas, kuriomis pabrėžiama į gyventojų poreikius orientuota sveikatos priežiūra (European Commission, 2012).

Lietuvos Respublikos strateginiai dokumentai, reglamentuojantys sveikatos apsaugą. Sveikatos apsaugos, sveikatos priežiūros arba sveikatinimo veiklos plėtojimosi ideologija suprantama kaip esminių ir reikšmingiausių pokyčių kryptių bei jų įgyvendinimo priemonių susitarimas (Murauskienė, 2000). Apie būtinybę reformuoti bei plėtoti Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą buvo kalbama dar 1989 m. Lietuvos gydytojų VI suvažiavime. Šiandien sveikatos priežiūros reformavimo ir modernizavimo problemos yra toliau identifikuojamos ir jų sprendimui skiriamas ypatingas dėmesys, kuris atsispindi sveikatos politiką reglamentuojančiuose dokumentuose (žr. 8 lentelę):

8 lentelė. Lietuvos sveikatos apsaugos politiką reglamentuojantys dokumentai 1992–2025 m.

| Eil. Nr. | Dokumentai |
|-----------------|---|
| 1. | Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcija, patvirtinta Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimu Nr. 1-1939 (1991, Nr. 33-893) |
| 2. | Lietuvos Respublikos Konstitucija, paskelbta 1992 m. spalio 25 d. Nr. 220-0; (1992, Nr.33-1014) |
| 3. | Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, priimtas 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562 (nauja redakcija nuo 2010-03-01 Nr. XI-499, 2009-11-19, 2009, Nr. 145-6425 (2009-12-08)) |
| 4. | Lietuvos sveikatos programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII-833 (1998, Nr. 64-1842) |
| 5. | Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, priimtas 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552 (nauja įstatymo redakcija: 1998 m. gruodžio 23 d. Nr. VIII-946, 1998, Nr.112-3099 (1998.12.23)) |
| 6. | Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, priimtas 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367 (nauja įstatymo redakcija: Nr. VIII-940,1998.11.24, 1998, Nr. 109-2995 (1998.12.11)) |
| 7. | Lietuvos Respublikos draudimo įstatymas, priimtas 2003 m. rugsėjo 18 d. Nr. IX-1737 (nauja įstatymo redakcija nuo 2016-01-01: Nr. XI-2277, 2012-10-16) |
| 8. | Valstybės ilgalaikės raidos strategija, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. lapkričio 12 d. nutarimu Nr. IX-1 187 (2002, Nr. 113-5029) |
| 9. | Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategija, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 15 d. įsakymu Nr. V-718 |
| 10. | Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija, patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimu Nr. 335 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“ (2003, Nr. 28-1147; Nr. I 14-5132) |
| 11. | Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-1026 „Dėl ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (nauja redakcija nuo 2020-07-01 Nr. V-1357, 2020-06-02) |
| 12. | Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. rugsėjo 30 d. nutarimas Nr. 1244 (2009, Nr. 121-5212; 2011, Nr. 8-350) |
| 13. | Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo“ (nauja redakcija nuo 2019-10-22) |
| 14. | Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 m. gruodžio 9 d. nutarimas Nr. 1291 „Dėl nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programos patvirtinimo“ |

Šaltinis: sudaryta autorės.

Vertinant šiuos dokumentus, kurie atspindi pagrindines pokyčių sveikatos sektoriuje strategijas, itin svarbi Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija, parengta pagal Lietuvos gydytojų VI suvažiavimo, įvykusio 1989 m. gegužės mėn., rezoliuciją ir patvirtinta LR Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio mėn. Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje išvardinti pagrindiniai sveikatos sistemos pertvarkos pokyčių tobulinimo, valdymo ir įgyvendinimo tikslai bei uždaviniai.

8 lentelėje pateikti Lietuvos sveikatos apsaugos politiką reglamentuojantys dokumentai atskleidžia, kad Lietuvos sveikatos sektoriuje vykdytos reformos leido pertvarkyti sveikatos sistemą iš biudžetinės į draudiminės medicinos, pakeičiant paslaugų teikimo ir apmokėjimo, medikamentų kompensavimo tvarkas ir įdiegiant naują sveikatos sistemos kokybės vadybos reglamentavimą.

Valdymo ir organizavimo srityje:

- Valstybinis sveikatos politikos formavimas; nacionalinės sveikatos programos įgyvendinimas; sveikatos draudimo įdiegimas;
- įvairių organizacijų tarpusavio bendradarbiavimo nustatymas; privataus sektoriaus formavimas;
- valstybės ir savivaldos institucijų funkcijų numatymas ir atsakomybių apibrėžimas.

Finansavimo srityje:

- prioritetinių sveikatos sistemos plėtojimo programų rengimas; medicinos pagalbos prieinamumo užtikrinimas stiprinant PSP, medicinos personalo kvalifikacijos kėlimo prioritetinis finansavimas; valstybinių prevencinių programų finansavimas;
- pakankamas finansinių resursų užtikrinimas mokslo ekspertams siekiant medicinos ir farmacijos mokslo pažangos.

Lentelėje palyginamos trijų Vyriausybės programos, atspindinčios nacionalinėje sveikatos koncepcijoje suformuotus pokyčius sveikatos apsaugos pokyčių valdymo srityse (žr. 9 lentelę).

9 lentelė. Nacionalinės nuostatos dėl sveikatos sistemos pertvarkos

| Dokumentas | Valdymas ir organizavimas |
|---|---|
| 1991 m. Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija | Parengti ir vykdyti nacionalinę sveikatos programą. Vyriausybės funkcijų apibrėžimas, įskaitant tarpžinybinio bendradarbiavimo užtikrinimą. SAM, Lietuvos gydytojų sąjunga ir savivaldybės nustato specializuotos medicinos pagalbos įstaigų skaičių bei jų profilius. |
| 2008 m. Vyriausybės programa | „Parengti ir pateikti Seimui tvirtinti tolesnės sveikatos apsaugos sistemos plėtros 2008–2012 m. strateginį planą, jame numatant konkrečias jo įgyvendinimo priemones, terminus, atsakingus vykdytojus, plano vykdymo nuolatinę stebėseną ir kontrolę“ (Lietuvos Respublikos Seimo 2008 m. gruodžio 10 d. nutarimas Nr. XI-52). |

9 lentelė. Nacionalinės nuostatos dėl sveikatos sistemos pertvarkos (tęsinys)

| Dokumentas | Valdymas ir organizavimas |
|---|--|
| 2012 m. Vyriausybės programa | <p>Patvirtinti naują nacionalinę 2013–2020 m. asmens sveikatos apsaugos programą. Pertvarkyti onkologinę pagalbą įkuriant Nacionalinį vėžio institutą, integruojant pagrindines universiteto klinikas, pavedant administruoti onkologinių ligų registrą bei koordinuoti onkologinių ligų prevenciją, profilaktiką ir gydymą ruošiant organizacinės pagalbos metodikas.</p> <p>Optimizuoti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos valstybės ir savivaldybių pavaldumo sveikatos priežiūros įstaigų tinklą sukuriant klasterius bei nustatant specializuotus sveikatos priežiūros teikimo centrus.</p> <p>Ypatingą dėmesį skirti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai išplečiant šeimos gydytojų institucijos atsakomybę bei peržiūrėti finansavimo galimybes (Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XI-51).</p> |
| 2016 m. Vyriausybės programa | <p>Toliau plėtoti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę savivaldoje, įgalinant vietines institucijas skatinti privataus ir viešojo sektoriaus bendradarbiavimą, pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų kompetencijos atsakomybių išplėtimą sprendimų priėmimui.</p> <p>Įgalinti regionų koordinavimų tarybas aktyviau priimti sprendimus mažinant atskirtis ir sveikatos paslaugų netolygumus šalyje, siūlant koncentruoti stacionarias asmens sveikatos priežiūros paslaugas bei keičiant jų administravimą, taikant naujus valdymo pokyčių modulius bei pritaikant gerąją kitų šalių praktiką (Lietuvos Respublikos Seimo 2016 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XIII-82).</p> |
| Dokumentas | Finansavimas |
| 1991 m. Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija | <p>Prioritetinis finansavimas pirminės grandies medicinos įstaigų bazių stiprinimui, medicinos personalo kvalifikacijos kėlimui ir jų skatinimo sistemos diegimui (skatinamosios sistemos sukūrimui ir pritaikymui). Valstybinių prevencinių programų prioritetinis finansavimas.</p> |
| 2008 m. Vyriausybės programa | <p>„Pertvarkyti mokesčių surinkimą į Privalomojo sveikatos draudimo fondą, nustatant atskirą sveikatos draudimo mokesť. Skatinti papildomą savanoriškąjį sveikatos draudimą“. Siekiant mažinti korupcijos apraiškas sveikatos apsaugos sistemoje, „nustatyti oficialias priemokas už sveikatos priežiūros paslaugas, dalį šių lėšų skiriant medikų darbo užmokesčiui didinti“ (Lietuvos Respublikos Seimo 2008 m. gruodžio 10 d. nutarimas Nr. XI-52).</p> |
| 2012 m. Vyriausybės programa | <p>„Tobulinti apmokėjimą už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas“. Didinti šeimos gydytojų skatinimą už kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, „sukurti asmens sveikatos priežiūros specialistų, ypač dirbančių mažiau išvystytuose šalies regionuose, skatinimo sistemą“. Tobulinti sveikatos draudimo modelį, integruojant privalomąjį ir papildomąjį (savanoriškąjį) sveikatos draudimą“ (Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XI-51).</p> |

9 lentelė. Nacionalinės nuostatos dėl sveikatos sistemos pertvarkos (tęsinys)

| Dokumentas | Valdymas ir organizavimas |
|---|--|
| 2016 m. Vyriausybės programa | „Parengti įrodymais ir gerąją tarptautinę praktiką pagrįstą sveikatos paslaugų vertės apskaičiavimo metodiką ir pagal ją perskaičiuoti teikiamų ASPĮ paslaugų įkainius. Išlaikyti centralizuoto lėšų skirstymo principo taikymą konkreitiems nacionaliniams uždaviniams įgyvendinti, dideliems sveikatos apsaugos centrums statyti ar ypač brangiai ir unikaliai įrangai įsigyti. Vertinti paslaugų teikimo tinklo optimizavimo galimybes, sutaupyti infrastruktūros išlaikymo lėšas skiriant darbo užmokesčiui“ (Lietuvos Respublikos Seimo 2016 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XIII-82). |
| Dokumentas | Visuomenės sveikata |
| 1991 m. Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija | Sveikatos išsaugojimo, jos stiprinimo bei ligų profilaktikos prioritetas. |
| 2008 m. Vyriausybės programa | Kryptys nenumatytos. |
| 2012 m. Vyriausybės programa | Diegti sveikos gyvensenos principus. Didinti savivaldybių atsakomybę už gyventojų sveikatos stiprinimo ir ugdymo veiklą, plėtoti savivaldybėse visuomenės sveikatos biurų tinklą, diegti visuomenės sveikatos gerinimo programas, skatinti nevyriausybinės pacientų teisėms atstovaujančias organizacijas aktyviai dalyvauti sprendžiant visuomenės ir asmens sveikatos problemas. Skirti dėmesį visuomenės sveikatos stebėsenai. Teikti daugiau sveikatos grąžinimo paslaugų gyventojams. Mažinti sveikatos paslaugų teikimo netolygumus, ypač kaimo gyventojams. Vykdyti priklausomybės ligų prevenciją, valstybės ir savivaldybių lėšomis įgyvendinant visuomenės sveikatos gerinimo programas (Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XI-51). |
| 2016 m. Vyriausybės programa | „Stiprinti sveikatos stebėsenos sistemą. Plėsti visuomenės sveikatos paslaugų mastą, mokyti gyventojus sveikos gyvensenos pagrindų. Stiprinti ambulatorinių medicinų ir socialinės priežiūros įstaigų tinklą bei jų teikiamų paslaugų įvairovę, kartu skatinant bendradarbiavimą su sveikatos apsaugos srityje dirbančiomis nevyriausybinėmis, pacientų organizacijomis ir siekiant didesnės sveikos visuomenės ir pacientų įtraukties į sveikatos išsaugojimą ir ligų gydymą“ (Lietuvos Respublikos Seimo 2016 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XIII-82). |
| Dokumentas | Farmacija |
| 1991 m. Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija | Valstybės garantijos aprūpinant gyventojus būtiniais vaistais, skatinant racionalų vaistų vartojimą; plėtojant nacionalinės farmacijos produktų gamybą. |

9 lentelė. Nacionalinės nuostatos dėl sveikatos sistemos pertvarkos (tęsinys)

| Dokumentas | Valdymas ir organizavimas |
|------------------------------|--|
| 2008 m. Vyriausybės programa | Kryptys nenumatytos. |
| 2012 m. Vyriausybės programa | Parengti priemonės farmacijos sektoriaus veiklos tobulinimui ir kokybiškų farmacinių paslaugų teikimui, plėsti vaistinių tinklą, didinti vaistų viešųjų pirkimų skaidrumą. Taikyti medicininių prekių įsigijimo būdus, kurie užtikrintų konkurencinę medicininių prekių kainą (Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XI-51). |
| 2016 m. Vyriausybės programa | „Iš esmės peržiūrėti vaistų politiką. „Formuoti skaidrią kompensuojamųjų vaistų vartojimo politiką ir viešai skelbti vaistų kompensavimo komisijų darbo protokolus ir sprendimus, įskaitant ir vaizdo bei garso įrašus. Siekti reikšmingai sumažinti generinių vaistų kainas“ (Lietuvos Respublikos Seimo 2016 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XIII-82). |

Šaltinis: sudaryta autorės.

9 lentelėje pateiktos 2008, 2012 ir 2016 m. Vyriausybės programose numatytos priemonės dalinai įgyvendintos. Nagrinėjant Vyriausybės programos įgyvendinimo plano, patvirtinto Vyriausybės 2017 m. kovo 13 d. nutarimu Nr. 167, vykdymą 2018 m. pažangos ataskaitoje (XVII Vyriausybės programos įgyvendinimo plano vykdymo pažanga 2019 m. kovo 6 d.), nurodoma, kokios priemonės įgyvendintos 2018 m. kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir prieinamumo didinimo užtikrinimui. Įgyvendinant strateginį projektą „Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų plėtra ir pacientų registracijos pas specialistą sistemos pertvarka“, patvirtintos „naujos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros gyventojų amžiaus grupės ir perskaičiuotos kiekvienos amžiaus grupės metinės bazinės kainos, PASP papildomai skirta 25 mln. Eur ir išplėtos PAASP nuotolinės sveikatos priežiūros paslaugos: nuo 2019 m. rugsėjo 1 d. šeimos medicinos paslaugas teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos įgalinamos skirti pacientams pakartotinius tyrimus ir vaistų receptus pratęsti nuotoliniu būdu“ (XVII Vyriausybės programos įgyvendinimo plano vykdymo pažanga 2019 m. kovo 6 d.). Prailgintas elektroninių nedarbingumo pažymėjimų ambulatoriškai gydomiems asmenims išdavimo terminas. Įteisintas išankstinis pacientų registravimas, įvertinta galimybė šeimos gydytojo komandą papildyti naujais nariais, išplėta šeimos gydytojo bei bendrosios praktikos slaugytojų kompetencija. Taip pat patvirtinta pacientų registravimo asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti informacinė sistema, kuri sudaro sąlygas vykdyti vieningą pacientų registravimą ir asmens sveikatos priežiūros paslaugos laukimo terminų stebėseną paciento lygmenyje, o tai įgalins atlikti objektyviais duomenimis grįstą pacientų kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigas srautų analizę. Taip pat įgyvendinamas strateginis projektas „Slaugos paslaugų plėtra“, kurio tikslas – ilgalaikės slaugos paslaugų teikimas pagal poreikį padidinus slaugytojų savarankiškumą ir išplėtus ambulatorines bei įdiegus

inovatyvias mobilies laugos paslaugas (XVII Vyriausybės programos įgyvendinimo plano vykdymo pažanga 2019 m. kovo 6 d.).

Vykdamt strateginį projektą „Infrastruktūros pertvarka ir pritaikymas gyventojų poreikiams, efektyvumo paskatų sukūrimas“, nuo 2018 m. gegužės 1 d. papildomai skirta 99,5 mln. Eur asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinėms kainoms indeksuoti, tuo tikslu pakeisti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, už kurias mokama Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, baziniai įkainiai. Padidinti įkainiai sudarė sąlygas atitinkamas paslaugas teikiantiems specialistams darbo užmokestį padidinti apie 20 proc. Įgyvendinamas strateginis projektas „Naujų sveikos gyvensenos prevencijos paskatų sukūrimas“, kurio tikslas iki 2023 m. sumažinti gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo netolygumus regionuose bei pagerinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą (XVII Vyriausybės programos įgyvendinimo plano vykdymo pažanga 2019 m. kovo 6 d.).

Apibendrinant galima teigti, kad Lietuvos sveikatos apsauga iš esmės integravo si į ES medicininių paslaugų rinką: sukurti nacionalinės sveikatos sistemos teisiniai pagrindai, įsteigtos institucijos, atsakingos už visuomenės ir asmens sveikatą, medicininių technologijų vertinimo kokybės, taip pat sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo sistemą. Per pastaruosius metus sveikatos sektoriaus organizacijų pokyčių valdymas įgauna naujas tendencijas optimizuojant vykstančius procesus, jiems keliamus reikalavimus bei atsakomybes, siekiant ne tik viešojo sektoriaus sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybės ir efektyvumo, bet ir organizacinės kultūros bei darbuotojų motyvacijos pokyčių, formuojant naujas vertybes ir įsitikinimus.

2.1.2. Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigų pasirengimo pokyčių valdymui specifika ir jos vertinimas

Svarbiausias pasirengimo sveikatos priežiūros pokyčių procesui tikslas yra ilgalaikis geresnės visuomenės sveikatos siekis, kryptingai formuojant pokyčių valdymą, atsižvelgiant į šalies politines nuostatas, ekonomikos išsivystymą, sveikatos ir socialinio sektoriaus būklę. Formuojant sveikatos priežiūros organizavimo nuostatas įvairiose šalyse didžiausias skirtumas stebimas tarp strategijų ir objektų, nors jie dažniausiai rengiami remiantis PSO strategijomis (Janušonis, 2008). Pagrindinė sveikatos priežiūros formavimo strategija – PSO suformuluoti „sveikata visiems“ principai, išvystyti ir tikslinti vykusiose tarptautinėse konferencijose Almatoje (WHO, 1978), Otavoje (WHO, 1986), Adelaidėje (WHO, 1988), Sandsvole (WHO, 1991), Džakartoje (WHO, 1997), Nursultane (Astanoje) (WHO, 2018).

V. Grabauskas (2004) išskyrė pagrindinius asmens sveikatos priežiūros formavimo etapus Lietuvoje:

- nacionalinės sveikatos koncepcijos kūrimo bei pradinio jos įgyvendinimo etapas (1989–1993);
- sveikatos apsaugos reformos biuro funkcionavimo etapas (1993–1996);
- nacionalinės sveikatos programos kūrimo bei pradinio jos įgyvendinimo etapas (1996–2000);

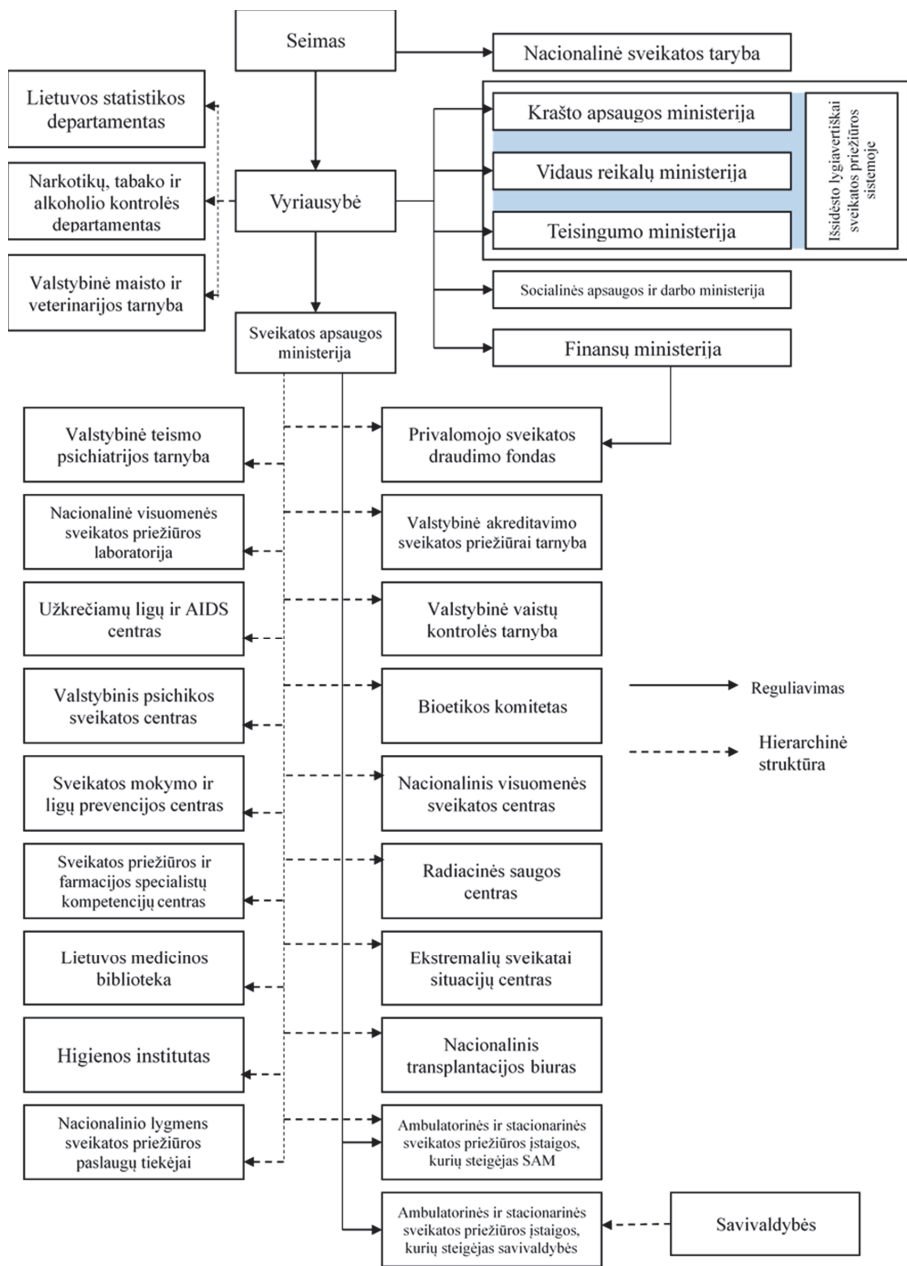
- nacionalinės sveikatos tarybos atsiradimo etapas (1998–2000);
- pasirengimo Europos Sąjungos narystei etapas (2000–2004);
- narystės Europos Sąjungoje etapas (nuo 2004 m.) (Janušonis, 2004).

Visi šie etapai yra svarbūs ateities sveikatinimo veiklos gairių apibrėžimui ir įvertinimui.

Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (toliau – EBPO) (angl. OECD – *Organisation for Economic Co-operation and Development*) analizė (OECD *Reviews of Health Systems: Lithuania* 2018) rodo, kad per paskutinius dvidešimt metų Lietuvoje formavosi nauji valdymo, finansavimo ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos pokyčiai.

Pažymėtina, kad Lietuvoje viešosios įstaigos atlieka svarbų vaidmenį reglamentuojant, organizuojant ir teikiant sveikatos priežiūros paslaugas. Dauguma Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų yra ne pelno siekiančios organizacijos. Sveikatos viešosios politikos gaires nustato Lietuvos Respublikos Seimas teisės aktais, o Vyriausybė – valstybės valdymo programomis. SAM pokyčių valdymą realizuoja rengdama strategines programas ir planus, kuriuose nurodomi prioritetai ir programos įgyvendinimo būdai. Iki šiol programų vertinimas buvo pažeidžiama sritis, todėl tarpžinybinis ir tarpinstitucinis koordinavimas bei bendradarbiavimas yra ypač svarbūs dabartiniam strateginiam planavimui. Finansų, Socialinės apsaugos ir darbo bei Švietimo, mokslo ir sporto, Vidaus reikalų, Krašto apsaugos ir Susisiekimo ministerijų veikla taip pat atlieka svarbų vaidmenį sveikatos priežiūros sektoriuje tiesiogiai ar netiesiogiai darydamos įtaką gyventojų sveikatai didinant tikėtiną gyvenimo trukmę.

Nuo 1990 m. šalyje buvo vykdomos kelios sveikatos priežiūros reformos, atspindinčios viešojo administravimo ir viešosios politikos pokyčius, atsižvelgiant į skirtingus reformų etapus. 1990 m. pradžioje pagrindinis sveikatos politikos tikslas buvo teisinės ir reguliavimo sistemos kūrimas formuojant naujas ekonomines ir politines realijas posovietinėje Lietuvoje. Pirmasis etapas apėmė keturių pagrindinių teisės aktų priėmimą: Sveikatos sistemos įstatymo (1994 m.), Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo (1996 m.), Sveikatos draudimo įstatymo (1996 m.) ir Visuomenės sveikatos įstatymo (2002 m.). 1997 m. įvesta privalomojo sveikatos draudimo sistema, įkurtas Privalomojo sveikatos draudimo fondas ir Valstybinė ligonių kasa siekiant finansuoti ir administruoti šią sistemą, o tai sąlygojo Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos perėjimą nuo planinio biudžetinio finansavimo mechanizmo prie draudiminio.



12 pav. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos struktūra

Šaltinis: Murauskienė, L., Janoniene, R., Veniute, M., van Ginneken, E., Karanikolas, M. Lithuania: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(2):19.

Kaip matyti 12 pav., sveikatos apsaugos sistemos pokyčių valdyme dalyvauja itin daug suinteresuotųjų sveikatos sistemos elementų, kurie vienaip ar kitaip sąlygoja pokyčių valdymo sėkmę. Dabartinę Lietuvos sveikatos sistemos politiką formuoja Seimas, Nacionalinė sveikatos taryba, taip pat įgyvendinančios institucijos: Lietuvos Respublikos Vyriausybė, Sveikatos apsaugos ministerija ir jai pavaldžios institucijos, kaip Valstybinė ligonių kasa, Valstybė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba, Visuomenės sveikatos centrai, savivaldybės, asmens ir visuomenės sveikatos viešieji ir privatūs paslaugų teikėjai. Sveikatos priežiūros politikos formavime taip pat dalyvauja nacionalinės nevyriausybinės sveikatos organizacijos: Lietuvos gydytojų vadovų sąjunga (LGVS), Lietuvos gydytojų sąjunga, Lietuvos slaugos specialistų organizacija (LSSO), Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacija (POLA), Lietuvos diabeto asociacija, Vaistų gamintojų asociacija, Lietuvos medikų sąjūdis ir kt.

Sveikatos priežiūros pokyčių formavimo ir įgyvendinimo Lietuvoje aplinka nagrinėtina naudojant SSGG analizę, pateikta Sveikatos sektoriaus prioritetų 2014–2020 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo laikotarpiu galutinėje strateginio vertinimo ataskaitoje (žr. 10 lentelę). Stiprybės akcentuoja didėjančių dėmesį PASP, taip pat didėjančių pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis. Finansinių išteklių trūkumas bei paslaugų prieinamumas ir kokybė įvardijami kaip silpnosios sveikatos priežiūros formavimo pusės. Informacinių technologijų vystymas ir organizacinės struktūros tobulinimas nurodo sveikatos priežiūros galimybes. Gyventojų senėjimas, emigracija ir ryškūs netolygumai šalyje sveikatos paslaugų prieinamumo, sveikatos paslaugų vartojimo ir padarinių sveikatai požiūriu kelia realias grėsmes sveikatos politikos formavimo procesui.

10 lentelė. Lietuvos sveikatos sistemos stiprybės, silpnybės, galimybės ir grėsmės

| Stiprybės | Silpnybės |
|---|---|
| <p>Įdiegta privalomojo sveikatos draudimo sistema, užtikrinanti Lietuvos gyventojų teisę į sveikatos priežiūrą ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto lėšų išlaidų kontrolę. Teisės aktuose aiškiai nurodytos pacientų teisės.</p> <p>Sukurta pirminės sveikatos priežiūros sistema su šeimos gydytojo – „vartininko“ funkcijomis.</p> <p>Sukurtos ir įgyvendinamos įvairios lėtinių ligų antrinės prevencijos programos.</p> <p>Didėjantis dėmesys reabilitacijai, ilgalaikiai slaugai ir paliatyviajai priežiūrai.</p> <p>Pastaraisiais metais skirtos didelės investicijos ASP į plėtrai siekiant reformų tikslų.</p> <p>Gyventojų teigiamai vertinama Lietuvos sveikatos priežiūros sistema.</p> | <p>Palyginus su kitomis ES valstybėmis, Lietuvoje sveikatai skiriama mažai lėšų.</p> <p>Didelė pacientams tenkanti tiesioginių išlaidų našta (mokamos paslaugos).</p> <p>Paslaugų prieinamumo apribojimai.</p> <p>Visuomenės sveikatos vaidmuo ir sąsajos su asmens sveikata.</p> |

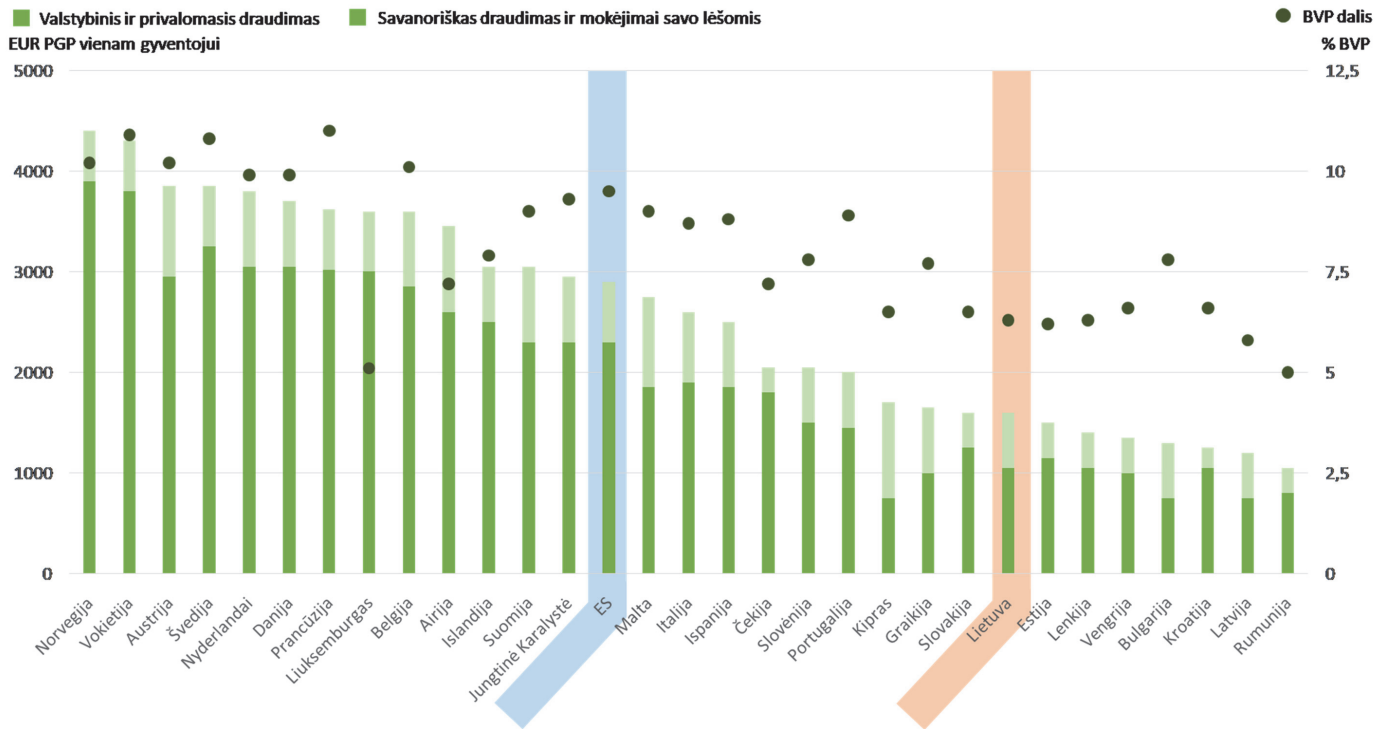
10 lentelė. Lietuvos sveikatos sistemos stiprybės, silpnybės, galimybės ir grėsmės (tęsinys)

| Galimybės | Grėsmės |
|---|--|
| Organizacinės kokybės gerinimas. Geriau koordinuojama valstybės ir savivaldos institucijų sveikatos sistemos politika. | Neigiami demografiniai pokyčiai: gyventojų senėjimas ir didelė migracija. Bloga gyventojų sveikata. |
| Privataus sektoriaus ir NVO įtraukimas formuojant ir įgyvendinant sveikatos politiką. | Iššūkiai sektoriaus plėtros tvarumui. |
| Veiksmingesnis žmogiškųjų išteklių panaudojimas. | Nepakankama sveikatos priežiūros sektoriaus veiklos kokybė, sauga ir veiksmingumas. |
| E. sveikatos sistemos sprendimų diegimas. | Ryškūs netolygumai šalyje sveikatos paslaugų prieinamumo, sveikatos paslaugų vartojimo ir padarinių sveikatai požiūriu. Išsamių ir patikimų duomenų trūkumas. |

Šaltinis: *Sveikatos sektoriaus prioritetų 2014–2020 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo laikotarpiu galutinė strateginio vertinimo ataskaita, 2013.*

Valstybės pareiga saugoti asmenis nuo grėsmių sveikatai, jos užtikrinimo akivaizdi išraiška yra Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategija (toliau – Strategija), kurią įgyvendindama Vyriausybė 2015 m. gruodžio 9 d. priėmė Nacionalinę visuomenės sveikatos priežiūros 2013–2023 metų plėtros programą (toliau – Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros plėtros programa). Programos strateginėse nuostatose įtvirtinti nacionaliniai visuomenės sveikatos priežiūros politikos tikslai ir uždaviniai, gyventojų sveikatos lygio siekiami rodikliai, išskirti Europos Komisijos komunikato „Europa 2020“ bei Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regiono strateginio politikos dokumento „Sveikata 2020“. Be kita ko, visuose dokumentuose akcentuojama, kad tik „sveika visuomenė yra sumanios, tvarios ir įtraukios ekonomikos prielaida“. Lietuvos gyventojų sveikatos sistemos pokyčiai gali būti užtikrinti atsižvelgiant į strategines kryptis: socialinės atskirties ir sveikatos netolygumų regionuose mažinimas; sveikesnės gyvenamos skatinimo ir kokybiškesnių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo (Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos užsakyму pagal 2011 m. sausio 17 d. pasirašytą paslaugų viešojo pirkimo pardavimo sutartį Nr. S3). Todėl ne be pagrindo pagrindiniame strateginiame dokumente, skirtame Lietuvos sveikatos sistemos klausimams, užsibrėžiama siekti pailginti tikėtiną gyventojų gyvenimo trukmę, sumažinti sveikatos priežiūros netolygumus. Pastebėtina, kad šiam pagrindiniam tikslui pasiekti Strategijoje užsibrėžiami net trys iš keturių tikslų, iš esmės siejami su visuomenės sveikatos sritimi, nes tik vykdant aktyvią prevenciją, galima pasiekti pagedaujamą sveikos visuomenės rezultatą.

Lietuvoje išlaidos sveikatos priežiūrai yra vienos mažiausių ES. 2017 m. išlaidos sveikatos sektoriui sudarė 6,5 proc. BVP (ES vidurkis – 9,8 proc.) (žr. 13 pav.).



13 pav. Lietuvos išlaidos sveikatos priežiūrai ES šalių kontekste
Šaltinis: 2019 m. EBPO sveikatos statistiniai duomenys (2017 m. duomenys).

Šiame kontekste atkreiptinas dėmesys ir į politinio pobūdžio strateginius dokumentus – Septynioliktosios Vyriausybės programą, kurioje akcentuojama, kad nors „sveikata nėra tikslas savaime, tačiau, netekus sveikatos, visi kiti tikslai netenka prasmės. Įvairūs tyrimai rodo, kad vienas piniginių vienetų, investuotas į sveikatos stiprinimo programas, sutaupo nuo 3 iki 5 piniginių vienetų“ (Lietuvos Respublikos Seimo 2016 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XIII-82). Tai nacionalinės svarbos uždavinys, turintis įtakos pokyčiams ne tik visuomenės gyvenimo kokybei, bet ir makroekonomikai. Šioje programoje numatyti pagrindiniai pokyčių valdymo tikslai: „formuoti veiksmingą ir skaidrią sveikatos apsaugos sistemą; plėtoti veiksmingą ligų prevenciją, ankstyvąją diagnostiką ir šeimos mediciną; įgyvendinti aktyvią kovos su žalingais įpročiais programą; stiprinti psichikos sveikatos paslaugas ir siekti sveikatos politikos visose srityse“ (Lietuvos Respublikos Seimo 2016 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XIII-82).

Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) Europos regiono valstybių narių patvirtinta strategija „Sveikata 2020“ pagrįsta skirtinga šalių sukaupta patirtimi sveikatos sistemos srityje visame PSO Europos regione. Šioje Strategijoje suformuoti penki pagrindiniai tikslai, kurie įvardinami pagrindiniais siekiniais sveikatos politikos formavimui visuose jos įgyvendinimo lygmenyse (The New European Policy for Health – Health 2020):

1. Bendras darbas sveikatos labui;
2. Geresnės sveikatos siekis (sukūrimas);
3. Bendrų strateginių tikslų suformavimas;
4. Spartesnė žinių ir inovacijų sklaida;
5. Dalyvavimo skatinimas (augimas).

2020 m. siekiniai (rodikliai) buvo prognozuojami, atsižvelgiant į Lietuvos visuomenės sveikatos rodiklių dinamikos tendencijas, įvertinus teigiamą patirtį atskirose sveikatinimo srityse, nustačius rodiklius (dažniausiai – ES pasiekimus), siekiant greitinti teigiamus pokyčių procesus sveikatos sektoriuje (žr. 11 lentelę).

11 lentelė. *Siektinas išsaugotų gyvybių skaičius įgyvendinus Lietuvos sveikatos programą 2020*

| Mirties priežastys | Siektinas išsaugotų gyvybių skaičius | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|--------------|---------|
| | 2011–2015 m. | 2016–2020 m. | Iš viso |
| Kraujotakos sistemos ligos | 3839 | 11 518 | 15 357 |
| Išorinės mirties priežastys | 2539 | 7616 | 10 155 |
| Piktybiniai navikai | 892 | 2675 | 3567 |
| Viškinimo sistemos ligos | 46 | 1368 | 1825 |
| Infekcinės ir parazitinės ligos | 233 | 698 | 931 |
| Iš viso | 7549 | 23 875 | 31 835 |

Šaltinis: PSO duomenų bazė. SEC paskaičiavimai, 2011.

Lietuvos Nepriklausomybės atkūrimas ir Konstitucijos priėmimas sudarė sąlygas aktyviai įtraukti piliečius į politikos formavimo procesą. Tam buvo reikalinga palanki

politinė, institucinė ir teisinė sistema. Šalis turėjo siekti politinės kultūros kaitos, kur atvirumas ir pilietiškumas numatomi politikos formavimo procesuose. Lietuvos Vyriausybė išklėlė tikslą sukurti atvirą valdžią, kuri gebėtų efektyviai valdyti pokyčius, spręsti socialinius ir ekonominius iššūkius, taikyti inovacines priemones ir technologijas. Išskirtos svarbiausios prioritetinės/probleminės sveikatos reformų sritys (žr. 12 lentelę):

12 lentelė. *Sveikatos reformų sritys*

| Eil. Nr. | Prioritetinės/probleminės sveikatos reformų sritys |
|----------|--|
| 1. | Nacionalinės sveikatos teisės sistemos sukūrimas ir plėtra |
| 2. | Sveikatos priežiūros įstaigų decentralizacija |
| 3. | Sveikatos sistemos valdymo organizavimas nacionaliniu, regioniniu ir bendruomenės lygmenimis (TLK – regionų plėtros tarybos – savivaldybės gydytojo institucija) |
| 4. | Privalomojo sveikatos draudimo/ biudžetinio finansavimo plėtros didinimas už valstybės draudžiamuosius |
| 5. | Biudžetinių sveikatos priežiūros įstaigų reorganizavimas į viešąsias įstaigas |
| 6. | Viešojo sveikatos sektoriaus įstaigų valdymo tobulinimas diegiant naujus viešojo valdymo metodus |
| 7. | Pirminės sveikatos priežiūros plėtra ir specializuotų ambulatorinių paslaugų prioritetinio vystymo programa |
| 8. | Tvaraus sveikatos sektoriaus finansavimo užtikrinimas |
| 9. | Medicinos specialistų rengimo pertvarka universitetuose ir kolegijose |
| 10. | Informacinių technologijų ir skaitmeninių sprendimų taikymas sveikatos sektoriuje |
| 11. | Valdymo skaidrumo ir viešumo plėtra į sprendimų priėmimą ir jų vertinimą įtraukiant medikų bendruomenės ir visuomenės bei kitų suinteresuotųjų pusių atstovus (TLK stebėtojų tarybos, savivaldybių bendruomenių sveikatos tarybos, Nacionalinės sveikatos taryba, sveikatos priežiūros įstaigų stebėtojų tarybos) |
| 12. | Sveikatos priežiūros kokybės vadybos vystymas/gerinimas (lokalaus medicinos audito tarnybos kūrimas, medicinos įstaigų licencijavimas ir išorinis auditas, diagnostikos ir gydymo metodikų bei protokolų diegimas naudojant ISO (International Standard Organization) – tarptautinės standartų organizacijos kokybės vadybos sistemų standartus) |
| 13. | Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros plėtra ir pacientų registracijos pas specialistą sistemos pertvarka |
| 14. | Ligoninių tinklo optimizavimo ir restruktūrizavimo programa |
| 15. | Visuomenės sveikatos priežiūros efektyvumo užtikrinimas ir plėtra |
| 16. | Vaistų prieinamumo gerinimo ir kainų mažinimo programa |
| 17. | Sveikatos priežiūros paslaugų dalinis privatizavimas |
| 18. | Pacientų žalos atlyginimo „be kaltės“ modelis |

Šaltinis: *Vykdytų sveikatos sistemos valdymo ir finansavimo reformų analizė, 2011.*

Kaip matyti 12 lentelėje, svarbiausios prioritetinės sveikatos reformų sritys apima valdymo reorganizavimo, finansavimo užtikrinimo ir informacinių technologijų diegimo aplinką.

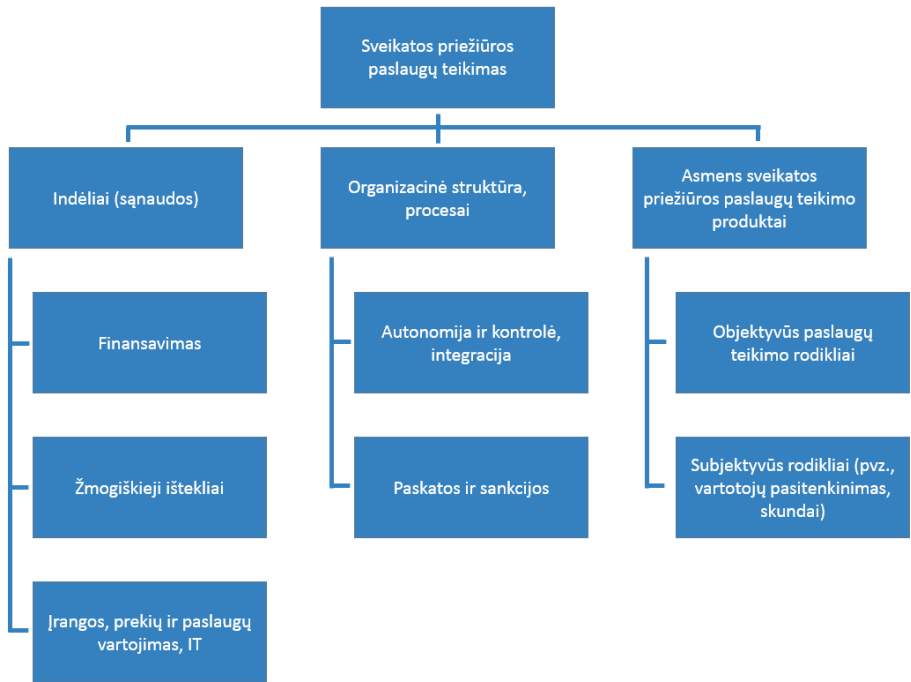
Lietuvos Vyriausybės programos sveikatos srities įgyvendinimo tikslas – užtikrinti kokybišką ir prieinamą PASP teikimą. PASP tinklas apima išplėstą paslaugų spektrą teikiančias AASPI ir visuomenės sveikatos institucijas (Lietuvos Respublikos Seimo 2016 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XIII-82). Svarbiausioms gyventojų sveikatai esamoms ir būsimoms problemoms spręsti reikalingas strateginis pokyčių valdymo požiūris, besiremiantis tokiomis vertybėmis, kaip visuotinumumas; kokybė; teisingumas; solidarumas; piliečių įtraukimas priimant sprendimus; sveikatos ekspertų įtraukimas į visas politikos formavimo ir įgyvendinimo sritis; sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas; sprendimų rengimas remiantis moksliniais įrodymais ir pasirengimo praktika įgyvendinti pokyčius.

Buvęs Europos Komisijos narys J. Daili yra pabrėžęs, kad sveikatos apsaugos pokyčių valdymo reikalavimai kyla nepaisant ribotų sveikatos apsaugai skiriamų finansinių išteklių ir šiandien kaip niekada anksčiau akivaizdus poreikis rasti sprendimus aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugoms teikti (Daili, 2012). Naujasis požiūris ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reformavimas reikalingas dėl problemiško sveikatos priežiūros paslaugų paklausos ir pasiūlos santykio. Akivaizdu, jog ryškėjant epidemiologiniams pokyčiams (augant lėtinių susirgimų, psichikos, onkologinių bei gyvenimo būdo sukeltų ligų skaičiui), keičiantis demografinėms tendencijoms (ilgėjant vidutinei gyvenimo trukmei, didėja reikalavimai bei išlaidos senyvo amžiaus gyventojų sveikatos priežiūrai), išliekant gana didelei socialinei atskirčiai regionuose, prastėjant aplinkos kokybei (klimato kaita, užterštumas, cheminių medžiagų vartojimas), plintant vartotojiškam požiūriui, augant naujoms mokslo ir medicinos inovacijų galimybėms, sveikatos apsaugos sistema susiduria su vis didesniais iššūkiais ir pacientų lūkesčiais, kaip ryškėjančios sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymo regionuose problemos (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos analizė „Lietuvos e. sveikatos strategija: kontekstas, rekomendacijos ir įgyvendinimo rekomendacijos», 2007).

Apibrėžiant strategines sveikatos sektoriaus pokyčių modernizavimo užduotis, reikalinga nustatyti svarbiausias šiuolaikinio valdymo procesų kaitos aplinkybes, struktūrą, identifikuoti teorinius pokyčių valdymo modelius ir jų taikymo galimybes pokyčių įgyvendinimui. Toks požiūris šiuolaikiniame viešojo valdymo etape išreiškiamas „metavaldymo“ determinantais, o jo struktūrinė – funkcinė dekompozicija orientuoja į permanentinį valdymo struktūrų modernizavimo procesą (Peters, 2010).

Analizuojant pokyčių valdymą sveikatos priežiūros įstaigose, PSO rekomenduoja naudoti analizės modelį, pavaizduotą 14 pav., kurį sudaro trys svarbiausios dalys – indėliai (sąnaudos), organizacinės struktūros ir procesų bei asmens sveikatos priežiūros paslaugų produktai. PSO modelis yra papildytas kolegialaus valdymo modelio teoriniu pagrindu, kuris svarbus vertinant asmens sveikatos įstaigų pokyčių valdyme dalyvaujančius veikėjus, jų kompetenciją priimant sprendimus bei pagrindinius organizavimo ir finansavimo principus.

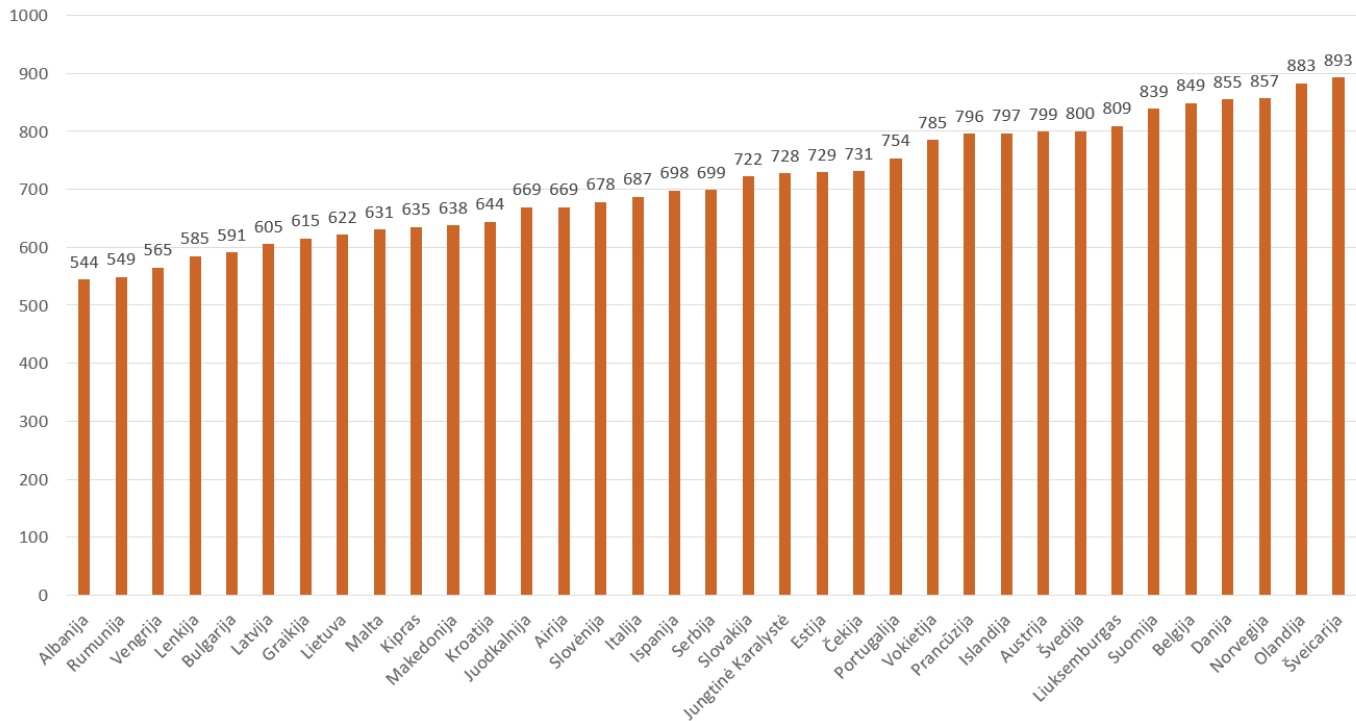
Nuo 2004 m. „Euro Health Consumer Index“ (EHCI) įvairiose šalyse skelbia platų lyginamųjų leidinių apie sveikatos priežiūros sistemas spektrą. ES valstybių narių pasirengimas sveikatos priežiūros sistemų veiklos pokyčiams leidiniuose analizuojamas



14 pav. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų valdymo analizės struktūra

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis PSO asmens įstaigų valdymo modeliu „Provision of personal and non-personal health services: proposal for monitoring, 2002.

ir vertinamas vartotojų požiūriu. 2019 m. pradžioje „Euro Health Consumer Index“ atliktas tyrimas atskleidė Europos sveikatos priežiūros institucijų veiklos rezultatų kaitos tendencijas. Palyginamojoje analizėje vertinamos šešios vartotojams svarbiausios Europos sveikatos priežiūros sistemos sritys: pacientų teisės ir informacija, gydymo laukimo laikas, gydymo rezultatai, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, prevencija ir medikamentai. Pacientai tarp Europos šalių geriausiai vertina Šveicarijos, Nyderlandų ir Danijos sveikatos priežiūros sistemas. Viena vertus, 2019 m. duomenimis, Lietuva ES sveikatos priežiūros sistemų įvertinimo šalių sveikatos sistemos rikiuotėje iš 31 (2017 m.) vietos pakilo į 28, t. y. pagal ES metinio sveikatos priežiūros sistemų tyrimo rezultatus Lietuva užima 28 vietą iš 35. Kita vertus, Lietuva aplenkė tik Albaniją, Rumuniją, Vengriją, Lenkiją, Bulgariją, Latviją ir Graikiją (žr. 15 pav.). Mažesni šių šalių balai tyrimo autorių aiškinami ne pablogėjusia ar bloga sveikatos priežiūros sistema šalyje, o nepalankia sveikatos priežiūros sistemos vystymosi ar plėtojimo eiga bei pasirengimu pokyčių valdymui šalyje nei ES vidurkis. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos pokyčių rodikliai, pavyzdžiui, pacientų teisės ir informacija, medicininės kortelės įrašų prieinamumas ir galimybė sužinoti objektyvią diagnozę, buvo gerai įvertinti, tačiau gydymo rezultatai ir medikamentų skyrimas, pacientų nuomone, ne itin gerai (Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2018).



15 pav. Europos Sąjungos šalių sveikatos priežiūros sistemų vertinimas

Šaltinis: Euro Health Consumer Index 2018.

Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme (priimtas 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367 (nauja įstatymo redakcija: Nr. VIII-940,1998.11.24) teigiama, kad įstaigos steigėjas (SAM, savivaldybės, švietimo ir mokslo įstaigos) turi teisę priimti, keisti, papildyti viešosios įstaigos nuostatus, nustatyti privalomas veiklos užduotis bei organizuoti viešąjį konkursą Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau – LNSS) viešosios įstaigos administracijos vadovo pareigoms užimti bei nutraukti sutartį su vadovu. Taip pat steigėjas turi teisę steigti LNSS viešosios įstaigos filialus, reorganizuoti, likviduoti LNSS viešąją įstaigą. Tačiau verta analizuoti ir įvertinti, kiek steigėjas praktikoja šias funkcijas ir kiek riboja įstaigos autonomiją kasdienėje veikloje. Tikėtina, kad įstaigų autonomija tarpusavyje skirsis, priklausomai nuo steigėjų galimybių ir motyvacijos įgyvendinti jiems numatytas funkcijas (pvz. darbo santykių nutraukimas su įstaiga). Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme (priimtas 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367 (nauja įstatymo redakcija: Nr. VIII-940,1998.11.24) įteisinti ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų valdymo organai. Kiekviena LNSS viešoji asmens sveikatos priežiūros įstaiga privalo turėti stebėtojų tarybą, patariamuosius valdymo organus – gydymo ir slaugos tarybas.

Neoliberalios politikos plėtimasis XX a. devintojo dešimtmečio pradžioje ir nušivylimas „demokratijos trūkumu“, kuris buvo stebimas dešimtajame dešimtmetyje, šiandien skatina socialinius judėjimus visame pasaulyje, o tai didina galimybes įtraukti piliečius į sprendimų priėmimo procesus ir viešąją atskaitomybę. Vienas iš metodų, naudojamų valstybės ir gyventojų dialogui skatinti, yra sveikatos priežiūros institucinių dalyvavimo erdvių kūrimas, kuriame piliečiai kartu su sveikatos politikos formuotojais, vadovais, profesionalais ir kitais visuomenės nariais turi galimybę diskutuoti apie formuojamą sveikatos sistemos politiką, strategijas, programas, viešųjų paslaugų teikimo prioritetus ir finansines investicijų galimybes bei prioritetus viešosios sveikatos sistemos politikos procese, o tai itin svarbūs pokyčiai vertinant ir kuriant teisinę aplinką, analizuojant valstybės strategijų, programų ir projektų formavimą.

Apibendrinant galima teigti, kad sveikatos priežiūros sektorius Lietuvoje išgyveno pokyčius, kurie iš esmės pakeitė viešojo sektoriaus valdymo, finansavimo ir paslaugų teikimo modelius. Per paskutinius dvidešimt metų strateginių pokyčių valdymo principai iš esmės keitėsi ES bei Lietuvos sveikatos apsaugos sistemose. Sveikatos sektoriaus valdymo pokyčiams įvertinti reikšmę turi laikas, nes pokyčių rezultatai (pozityvūs ar negatyvūs) išryškėja tik praėjus tam tikram laikotarpiui, todėl šiame poskyryje esminis dėmesys ir buvo nukreiptas į svarbiausias Lietuvos ir Europos Sąjungos sveikatos priežiūros sistemos sritis, šių sistemų vertinimą, analizę, palyginimą ir galimybę prognozavimui siekiant suformuoti ateities viziją bei strategijas remiantis geriausiomis pokyčių vadybos praktikomis.

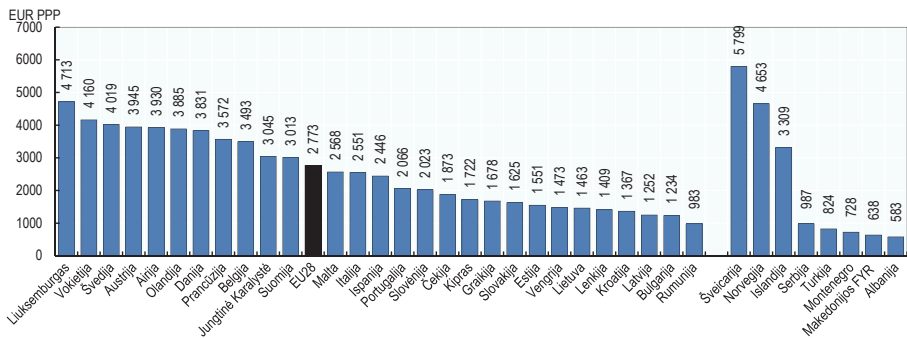
2.1.3. Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo pokyčiai ir jų valdymo praktika

Per pastaruosius dešimtmečius Lietuva iš esmės pakeitė sveikatos sistemos finansavimą (Lietuvos Respublikos 1994 m. liepos 19 d. sveikatos sistemos įstatymas Nr. I-552, Lietuvos Respublikos 1996 m. birželio 6 d. sveikatos priežiūros įstaigų

įstatymas Nr. I-1367). Sukurta nacionalinė sveikatos teisė, įkurtos ir veikia specializuotos institucijos, atsakingos už asmens sveikatos priežiūros paslaugų pirkimą (Valstybinė ir teritorinės ligonių kasos), sveikatos paslaugų ir medicininių technologijų kokybės plėtrą (Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūrai tarnyba, Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba), suformuotas visuomenės sveikatos institucijų tinklas (Lietuvos Respublikos 1996 m. liepos 9 d. metrologijos įstatymas Nr. I-1452, Lietuvos Respublikos 2000 m. balandžio 11 d. standartizacijos įstatymas Nr. VIII-1618, Lietuvos Respublikos 2000 m. gegužės 11 d. biomedicininii tyrimų etikos įstatymas Nr. VIII-1679, Lietuvos Respublikos 1998 m. spalio 6 d. atitikties įvertinimo įstatymas Nr. VIII-870).

Nustatytas glaudus ryšys tarp bendro šalies pajamų lygio ir šalies gyventojų skiriamų lėšų sveikatos priežiūrai. ES šalių lėšas, skiriamas sveikatos sektoriui, ryškiai įtakoja šalies ekonominiai veiksniai ir galimybės, pavyzdžiui, finansavimo dalis, kuri tenka sveikatos ir socialiniam sektoriui tenkinant gyventojų poreikius. Lėšos, skiriamos gyventojų sveikatos priežiūrai – tai, visų pirma, investicija. Todėl itin svarbu užtikrinti pakankamą sveikatos sistemos finansavimą. Pagrindinis Lietuvos sveikatos sistemos finansavimo šaltinis yra PSDF biudžetas, kurio poreikis Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūrai nuolat didėja. PSDF biudžeto lėšos kartu su rezervo lėšomis 2018 m. siekė apie 1,9 mlrd. Eur ir sudarė daugiau kaip 80 proc. visų valdžios sektoriaus sveikatos priežiūrai skiriamų lėšų (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2019–2021 metų strateginis veiklos planas, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. sausio 14 d. įsakymas Nr. V-53). Vienam asmeniui tenkančios išlaidos sveikatai 2017 m. Lietuvoje siekė 1 605 Eur (ES - 2 884 Eur vienam asmeniui). „Maždaug du trečdaliai (67 proc.) išlaidų sveikatai finansuojama PSDF biudžeto lėšomis, t. y. daug mažiau nei vidutiniškai ES (79 proc.). Likęs išlaidų sveikatai trečdalis padengiamas asmeninėmis gyventojų lėšomis“ (už paslaugas, kurios nėra įtrauktos į draudimo paketą) ir tai yra viena didžiausių santykinii dalių visoje ES (OECD, 2019). Tai reiškia, kad sveikatos apsaugos finansavimas labai priklauso nuo pagrindinio finansavimo šaltinio. Didėjant medicininių paslaugų paklausai ir, atitinkamai, finansavimo poreikiams, kuriuos lemia didelis valstybės lėšomis draudžiamų privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – PSD) gyventojų skaičius; mažėjantis PSD įmokų mokėtojų skaičius; brangstančios medicinos technologijos ir pan., žymaus viešojo finansavimo (valstybės biudžeto, PSDF) didinimo galimybės yra ribotos, todėl būtini veiksmai ir sprendimai, kaip subalansuoti dabartinius sveikatos sistemos finansinius išteklius, ieškoti kitų papildomų finansavimo šaltinių, tobulinti institucijų valdymo efektyvumą.

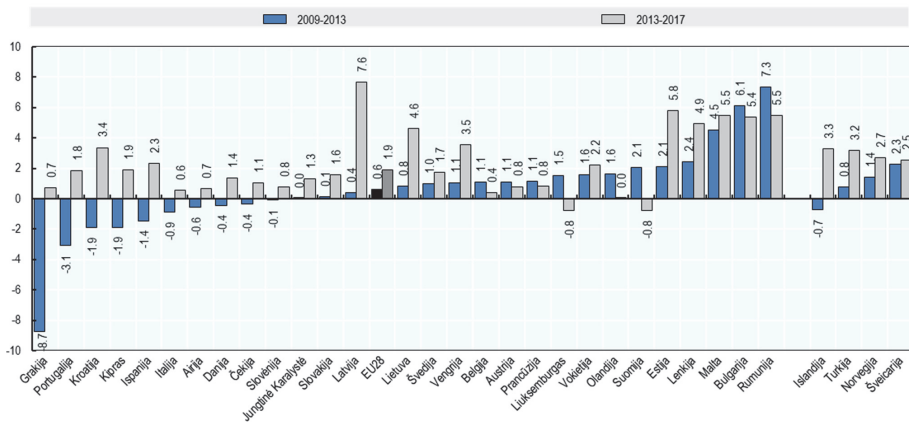
2017 m. duomenimis, atsižvelgiant į vieną iš pagrindinių rodiklių, atspindinčių šalies ekonomikos išsivystymo lygį (BVP), didžiausias pajamas gaunančių šalių, tokių kaip Liuksemburgas, Norvegija ar Šveicarija, sveikatos išlaidos vienam gyventojui yra didžiausios. Per metus Liuksemburgas vienam gyventojui skiria didžiausių lėšų dalį – sveikatos išlaidos sudaro 4713 Eur, Lietuva – 1463 Eur, o Albanija – tik 583 Eur. Vidutiniškai ES šalių sveikatos išlaidų vidurkis vienam gyventojui sudaro 2773 Eur, todėl, galima teigti, kad Lietuvoje sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui yra du kartus mažesnės nei ES vidurkis (žr. 16 pav.) (OECD Reviews of Health Systems: Lithuania 2018, 2018).



16 pav. Sveikatos išlaidos vienam gyventojui (2017 m.)

Šaltinis: OECD Health Statistics 2018, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. <http://dx.doi.org/10.1787/888933835345>

Visose ES šalyse sveikatos išlaidos vienam gyventojui kiekvienais metais didėjo apie 1,9 proc. lyginant su 2013 m., o Lietuvos – 0,8 proc. (žr. 17 pav.) (OECD Health Statistics, 2018; Eurostat Database).



17 pav. Vidutinis vienam gyventojui tenkančių sveikatos priežiūros išlaidų augimas (2009–2017 m.)

Šaltinis: OECD Health Statistics 2018, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Database.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansavimas yra svarbus kriterijus, kuris nurodo, kokiais ištekliais gali disponuoti kiekviena įstaiga, planuojanti veiklos pokyčius. Analizuojant asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansinę veiklą, svarbu palyginti ne tik PSDF lėšomis formuojamą biudžetą, bet ir galimus skirtingus finansavimo šaltinius. Lietuvoje sveikatos priežiūros įstaigos yra finansuojamos iš kelių galimų skirtingų finansavimo šaltinių: PSDF, savivaldybių biudžeto, valstybės investicinių programų (VIP), ES struktūrinių fondų, užsienio valstybių ir tarptautinių organizacijų lėšų bei gyventojų priemokų.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansavimą iš PSDF numato LR Sveikatos draudimo įstatymas (2003 m. rugsėjo 18 d. Nr. IX-1737 (nauja įstatymo redakcija nuo 2016-01-01: Nr. XI-2277, 2012-10-16, Žin., 2012, Nr. 127-6385 (2012-11-03)), kuris nustato PSDF biudžeto sudarymo, pajamų ir išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms ir vaistams bei medicinos pagalbos priemonėms (toliau – MPP) kompensavimo iš PSDF biudžeto pagrindus. Asmens sveikatos priežiūros paslaugos yra apmokamos iš PSDF biudžeto per teritorines ligonių kasas. Priklausomai nuo įstaigos teikiamų paslaugų spektro ir lygio, skiriasi finansavimo iš PSDF mechanizmas – už PASP paslaugas įstaigoms apmokama pagal prisirašiusių prie įstaigos gyventojų skaičių, už ambulatorines paslaugas – pagal atliktų gydytojų specialistų konsultacijų skaičių. Pagrindinio sveikatos priežiūros Lietuvoje finansavimo šaltinio – PSDF – išlaidos 2019 m. padidėjo 15,5 proc. (2018 m. siekė 1,76 mlrd. Eur, 2017 m. – 1,56 mlrd. Eur). Šie pokyčiai siejami su šalies BVP augimu, todėl kasmet didėjo galimybės PSDF biudžeto lėšomis finansuoti vis daugiau naujų gydymo technologijų, didinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų įkainius, įtraukti naujus medikamentus ir MPP į kompensavimo sistemą bei atitinkamai didinti sveikatos priežiūros darbuotojų darbo užmokestį (VLK, 2020).

Asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansų valdymo kontrolė yra svarbus kriterijus, kuris parodo, kaip efektyviai naudojamos PSDF biudžeto lėšos bei pasiskirsto ir kinta procentinė dalis lėšų, skiriamų darbo užmokesčiui, medikamentams ir įrangai bei kt. reikmėms. Analizuojant pokyčius pirminės ir antrinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų valdyme, itin svarbūs tokie rodikliai, kaip įstaigų kaštų valdymo efektyvumas, t.y. ar įstaigos sugeba veikti rinkos sąlygomis ir užtikrinti tinkamą lėšų paskirstymą darbuotojų užmokesčiui, medikamentams bei įrangai.

Sveikatos sistemos finansavimo struktūrą atspindi nacionalinių sveikatos sąskaitų duomenys (žr. 13 lentelę).

13 lentelė. Sveikatos priežiūros išlaidos, palyginti su BVP (proc.)

| | Sveikatos priežiūros išlaidos, palyginti su bendruoju vidaus produktu proc. | | | | |
|--|---|------|------|------|------|
| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Gydymas | 3,06 | 2,99 | 3,19 | 3,34 | 3,24 |
| Reabilitacija | 0,19 | 0,18 | 0,18 | 0,17 | 0,19 |
| Ilgalaikė (sveikatos) priežiūra | 0,47 | 0,54 | 0,56 | 0,55 | 0,54 |
| Pagalbinės paslaugos | 0,32 | 0,32 | 0,34 | 0,33 | 0,36 |
| Medicinos prekės | 1,91 | 1,93 | 1,94 | 1,98 | 1,87 |
| Prevencija | 0,08 | 0,11 | 0,13 | 0,14 | 0,14 |
| Valdymas, sveikatos priežiūros sistemos ir finansavimo administravimas | 0,11 | 0,13 | 0,13 | 0,11 | 0,09 |
| Funkcijos, iš viso | 6,14 | 6,22 | 6,48 | 6,62 | 6,44 |

Šaltinis: Statistikos departamentas, 2019 (duomenys apskaičiuoti naudojant 2011 m. EBPO, Eurostato ir PSO Sveikatos sąskaitų sistemos metodiką).

Finansinis autonomiškumas yra dar vienas svarbus kriterijus vertinant bendrą sveikatos priežiūros įstaigų autonomijos lygį. Asmens sveikatos priežiūros įstaigas galima skirstyti į dvi dalis – LNSS priklausančias ir nepriklausančias įstaigas. Remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymu, įstaigos, kurios yra sudariusios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, priklauso LNSS. Šios įstaigos už PSDF lėšų panaudojimą finansiškai atsiskaito teritorinėms ligonių kasoms ir steigėjams. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatyme (2003 m. rugsėjo 18 d. Nr. IX-1737 (nauja įstatymo redakcija nuo 2016-01-01: Nr. XI-2277, 2012-10-16, Žin., 2012, Nr. 127-6385 (2012-11-03))) nurodyta, kad „teritorinės ligonių kasos sudaro sutartis su sveikatos priežiūros įstaigomis, šiose sutartyse nustatytu laiku bei tvarka apmoka joms už draudžiamiesiems suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir medicinos pagalbos priemones bei kontroliuoja savo veiklos zonoje asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, kiekį, taip pat ar suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos atitinka nustatytus reikalavimus“ (Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas (2003 m. rugsėjo 18 d. Nr. IX-1737 (nauja įstatymo redakcija nuo 2016-01-01: Nr. XI-2277, 2012-10-16, Žin., 2012, Nr. 127-6385 (2012-11-03))).

Rengiant Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimu Nr. XI-1430 Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenis, buvo atlikta Europos valstybių sveikatos politikos formavimo bei įgyvendinimo (valdymo, finansavimo, kt.) pokyčių analizė, vadovaujantis šiais pasirinktais principais (žr. 14 lentelę):

14 lentelė. Europos valstybių sveikatos politikos formavimo bei įgyvendinimo principai

| Eil. Nr. | Principai | Apibūdinimas |
|----------|--------------------|--|
| 1. | Teisumo | Teisė siekti aukščiausio savo sveikatos lygio neribojant kitų žmonių teisės. |
| 2. | Solidarumo | Sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos jų neskirstant pagal gyventojų sumokėtų įmokų dydį. |
| 3. | Prieinamumo | Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygos ekonominiu, komunikaciniu ir organizaciniu aspektais. |
| 4. | Priimtino | Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygos medicinos mokslo principų ir medicinos etikos reikalavimų atitiktis aspektais. |
| 5. | Lygybės | Sveikatos priežiūros prieinamumas gyventojams, nepriklausomai nuo amžiaus, rasės, tautybės, lyties, socialinės grupės. |
| 6. | Pagrįstumo | Sprendimai priimami remiantis mokslo įrodymais. |
| 7. | Visapusiškumo | Gyventojams turi būti suteikta galimybė gauti tinkamą sveikatos priežiūrą. |
| 8. | Laisvo pasirinkimo | Piliečiai turi teisę rinktis gydytoją ir sveikatos priežiūros įstaigą. |

14 lentelė. Europos valstybių sveikatos politikos formavimo bei įgyvendinimo principai (tęsinys)

| Eil. Nr. | Principai | Apibūdinimas |
|----------|---|--|
| 9. | Pinigai seka paskui pacientą | Paslaugų gavėjams turi būti suteikta teisė gauti apmokėjamą iš sveikatos draudimo fondų už jam suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas. |
| 10. | Sąžiningos konkurencijos | Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai veikia iš dalies valstybės reguliuojamoje rinkoje. |
| 11. | Sveikatos politikos tęstinumo ir nuoseklumo | Turi būti užtikrintas sveikatos priežiūros politikos tęstinumas, nepriklausomai nuo politinių partijų įtakos ir kaitos. |
| 12. | Lygiateisiškumo | Visi sveikatos sistemos dalyviai yra lygiateisiai partneriai. |
| 13. | Integralumo | Turi būti užtikrintas darnus, holistinis požiūris į individo ir visuomenės sveikatą. |

Šaltinis: Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011- 2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms paslaugų įkainius tvirtina SAM, už įstaigų suteiktas paslaugas apmoka VLK per penkis teritorinius padalinius. Finansškai teritorinės ligonių kasos sveikatos priežiūros įstaigas kontroliuoja pagal suteiktų paslaugų apimtį ir jų teikimo tvarką. Taigi, tiek SAM per įkainių nustatymą, tiek VLK per paslaugų apimtį kontrolę (nustatomi paslaugų apimčių limitai kiekvienai įstaigai), iš dalies riboja LNSS priklausančių sveikatos priežiūros įstaigų finansinę autonomiją.

Kitos institucijos, galinčios riboti asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansinę autonomiją, yra LNSS viešųjų įstaigų steigėjai – SAM, Universitetai, savivaldybių tarybos. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos su steigėjais finansiniu aspektu atsiskaito už jų naudojamą turtą. Nors asmens sveikatos priežiūros įstaigos su steigėjų pritarimu gali priimti svarbius sprendimus dėl biudžeto sudarymo ir paskirstymo, vis dėlto LR sveikatos sistemos įstatymu numatyta pakankamai didelė autonomija įstaigoms, kadangi steigėjas turi galimybę įgalinti pačią įstaigą patvirtinti biudžeto pajamų ir išlaidų apimtį. Taip pat šiame įstatyme numatyta, kad steigėjas tvirtina įstatus, kuriuose turi būti aiškiai apibrėžta finansinių išteklių naudojimo tvarka bei reglamentuota finansinės veiklos kontrolė, atskaitomybė ir atsakomybė. Steigėjai tvirtina metines įstaigų finansines veiklos ataskaitas, kur didžioji dalis nuo 40 iki 60 proc. skiriama darbo užmokesčio fondui ir nuo 2 iki 10 proc., priklausomai nuo asmens sveikatos priežiūros įstaigos tipo, medikamentams ir gydymui. Likusi lėšų dalis naudojama kitoms veikloms (pvz. komunalinėms, ryšio paslaugoms). Šią dalį leidžiama patvirtinti įstaigų vadovams suderinus su stebėtoju, gydymo ir slaugos tarybomis.

Galima teigti, kad daugiau nei dvidešimt metų vykstančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų sistemos reformos nulėmė teigiamus pokyčius teikiamų paslaugų optimizavimo ir plėtros srityse. Nepaisant to, pažanga, gerinant sveikatos priežiūros

sektorius rezultatus Lietuvoje, anot Europos Komisijos, yra nedidelė (SWD (2019) 1014, Komisijos tarnybų darbinis dokumentas „Šalies ataskaita. Lietuva 2019“, Briuselis, 2019). Tokios statistinės pokyčių valdymo sveikatos finansavimo srityje išvados leidžia teigti, kad sveikatos apsaugos institucijoms būtina žymiai aktyviau ir efektyviau ieškoti galimybių optimizuojant pokyčių valdymą ir finansų srityje.

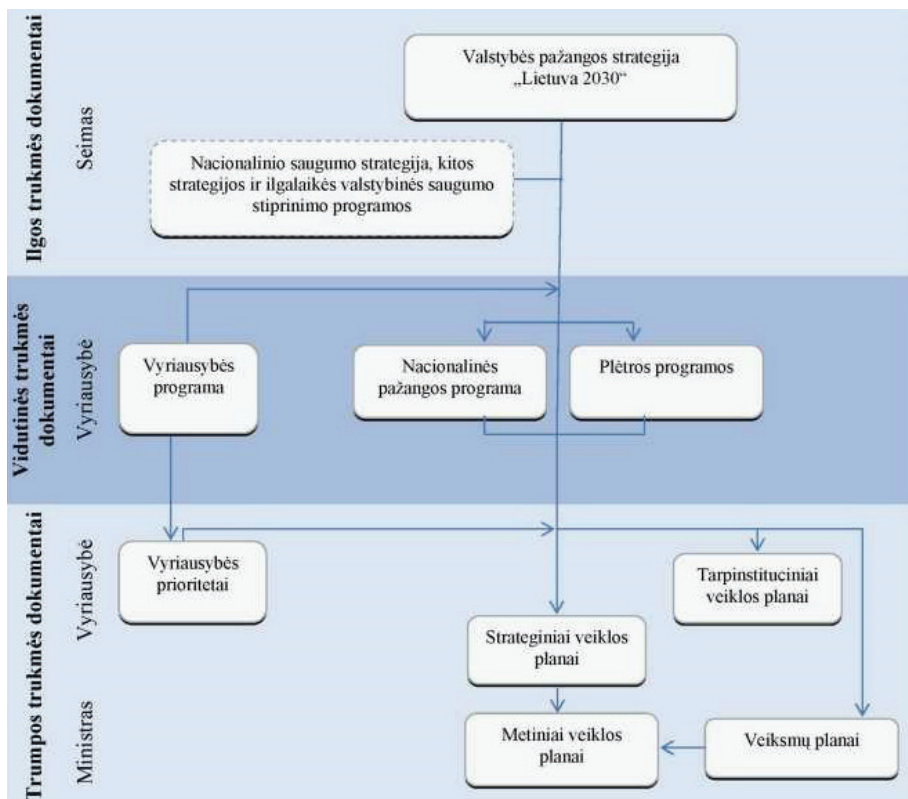
2.1.4. Lietuvos sveikatos priežiūros strateginių programų ir inovacinių projektų valdymas

Naujojo viešojo valdymo ideologijoje strateginis valdymas suprantamas kaip viešojo valdymo intensyvių plėtros galimybių taikymas siekiant tikslingų ir sistemingų pokyčių organizacijose. Įvairių valdymo struktūrų bendradarbiavimas, optimizuojant sveikatos priežiūros įstaigų ilgalaikes strategines nuostatas ir inovacinius veiklos procesus, įgalina siekti politikos formuotojų ir tiesioginių sprendimų rengėjų bei įgyvendintojų atsakingo požiūrio į pasirengimą pokyčių įgyvendinimui.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. birželio 6 d. nutarimu Nr. 827 (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2019 m. vasario 13 d. nutarimo Nr. 136 redakcija), Strateginio planavimo metodika, Valstybės planavimo dokumentai rengiami pagal patvirtintą tvarką:

- ilgos trukmės (10 ir daugiau metų) – Valstybės pažangos strategija, Nacionalinio saugumo strategija, kitos strategijos, tvirtinamos Lietuvos Respublikos Seimo;
- vidutinės trukmės – Lietuvos Respublikos Vyriausybės programa (iki 4 metų), Nacionalinės pažangos programa (7–9 metai), tarpžinybinės programos, tvirtinamos Vyriausybės;
- trumpos trukmės (iki 3 metų) – tarpinstituciniai veiklos planai, Vyriausybės veiklos prioritetai ir planuojami pasiekti rezultatai, tvirtinami Vyriausybės (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. birželio 6 d. nutarimas Nr. 827, 2019 m. vasario 13 d. nutarimo Nr. 136 redakcija).

Vyriausybės programos įgyvendinimo plano, patvirtinto Vyriausybės 2017 m. kovo 13 d. nutarimu Nr. 167, vykdymo 2018 m. pažangos ataskaitoje (XVII Vyriausybės programos įgyvendinimo plano vykdymo pažanga 2019 m. kovo 6 d.) nurodoma, kad 2018 m. buvo koreguota „projektų, finansuojamų iš valstybės biudžeto lėšų, rengimo, vertinimo ir atrankos tvarka – visi nauji investicijų projektai turi būti pagrįsti taikant sąnaudų ir naudos analizės metodiką, atliekama jų alternatyvų analizė, investicinių projektų atrankai taikomi atitinkamos srities atrankos kriterijai, patikslintos vertinimo ir investicijų įgyvendinamų projektų stebėsenos tvarkos“ (XVII Vyriausybės programos įgyvendinimo plano vykdymo pažanga 2019 m. kovo 6 d.).



18 pav. Strateginio planavimo dokumentų rengimo struktūra

Šaltinis: Strateginio planavimo metodikos 1 priedas (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. spalio 16 d. nutarimo Nr. 1257 redakcija).

„Valstybės pažangos strategija yra visuomenės, socialinių partnerių ir politinių partijų susitarimas dėl valstybės ilgalaikės vizijos, ilgalaikių prioritetų, jų įgyvendinimo kryptių ir siekiamos pažangos rodiklių“ (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. birželio 6 d. nutarimas Nr. 827, 2019 m. vasario 13 d. nutarimo Nr. 136 redakcija). Kiti planavimo dokumentai turi būti suderinti su Valstybės pažangos strategijos nuostatomis atsižvelgiant į Vyriausybės strateginės analizės centro (toliau – Centro) teikiamas rekomendacijas. Centro pagrindinis tikslas yra suformuoti politikos kokybės gerinimą, kryptingai siekti, kad į politikos formavimo ir pokyčių joje įgyvendinimo procesą būtų integruota analitinė informacija ir mokslinės žinios, nes veikla ir funkcijos nukreiptos į viešąjį valdymą, strateginės reikšmės teisės aktų poveikio vertinimo valstybės sistemoms bei viešosios politikos inovacijas ir pokyčius valstybės tarnautojų analitinių gebėjimų ugdyme. Valstybės pažangos strategijos rengimą koordinuoja Lietuvos Respublikos Vyriausybė.

Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programa (toliau – Programa), patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimu Nr. XII-964, nustato svei-

katinimo veiklos tikslus ir uždavinius, siekiamus sveikatos lygio rodiklius, kurie būtini siekiant įgyvendinti Valstybės pažangos strategijoje „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gegužės 15 d. nutarimu Nr. XI-2015 „Dėl Valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ patvirtinimo“, iškeltą strateginį tikslą (žr. 19 pav.). Lietuvoje PAASP paslaugos valstybės sveikatos sistemos pokyčių valdymo programose įvardijamos prioritetine sritimi.

| | | | | |
|---------------------------------|---|--|--|---|
| STRATEGINIS TIKSLAS | Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos strateginis tikslas – pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyvenę ilgiau, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai | | | |
| | Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (iki 2025 m. pasiekti, kad bendrosios vidutinės būsimo gyvenimo trukmės riba būtų 77,5 metų amžius) | | | |
| PAGRINDINIS RODIKLIS | | | | |
| TIKSLAI | 1. Sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį | 2. Sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką | 3. Formuoti sveiką gyvenseną ir jos kultūrą | 4. Užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius |
| UŽDAVINIAI | 1.1. Sumažinti skurdo lygį ir nedarbą | 2.1. Kurti saugias darbo ir sveikas buitines sąlygas, didinti prekių ir paslaugų vartotojų saugumą | 3.1. Sumažinti alkoholinių gėrimų, tabako vartojimą, neteisėtą narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimą ir prienamumą | 4.1. Užtikrinti sveikatos sistemos tvarumą ir kokybę, plėtojant sveikatos technologijas, kurių efektyvumas pagrįstas mokslo įrodymais |
| | 1.2. Sumažinti socialinę ekonominę gyventojų diferenciaciją šalies ir bendruomenių lygmeniu | 2.2. Kurti palankias sąlygas saugiai leisti laisvalaikį | 3.2. Skatinti sveikos mitybos įpročius | 4.2. Plėtoti sveikatos infrastruktūrą ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugą, prienamumą ir į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą |
| | | 2.3. Mažinti avaringumą ir traumų kelių eismo įvykiuose skaičių | 3.3. Ugdyti optimalaus fizinio aktyvumo įpročius | 4.3. Gerinti motinos ir vaiko sveikatą |
| | | 2.4. Mažinti oro, vandens ir dirvožemio užterštumą, triukšmą | | 4.4. Stiprinti lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir kontrolę |
| | | | | 4.5. Plėtoti Lietuvos e. sveikatos sistemą (Lietuvos e. sveikatos sistemos infrastruktūros ir sprendimų plėtra, Lietuvos e. sveikatos sistemos integracija į ES e. sveikatos erdvę) |
| | | | | 4.6. Užtikrinti sveikatos priežiūrą krizių ir ekstremaliųjų situacijų atvejais |

19 pav. Lietuvos sveikatos programos strateginis tikslas, pagrindinis planuojamų pokyčių rodiklis, tikslai ir uždaviniai

Šaltinis: Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964.

Programos strateginis tikslas – įgyvendinti pokyčių valdymo priemones siekiant ženklaus progreso sveikatinimo kompleksinėse srityse.

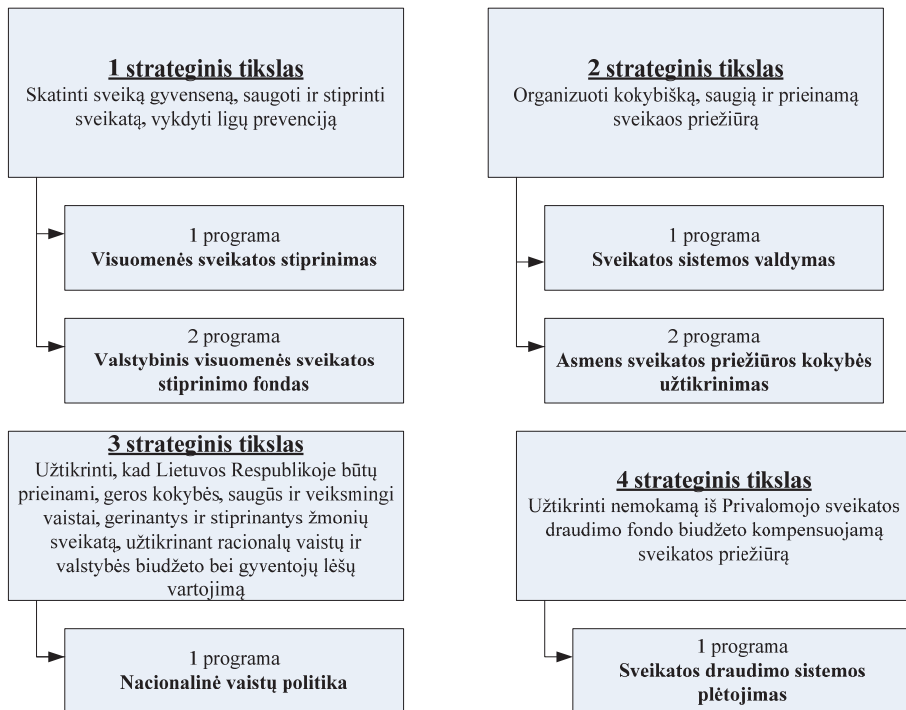
Tarptautinė ir Lietuvos geroji patirtis rodo, kad pokyčių valdymo užduotys gali būti pasiektos suderinus pagrindinius sveikatinimo Programoje numatytus tikslus:

- saugios socialinės aplinkos formavimas, sveikatos netolygumų ir socialinės atskirties mažinimas;
- sveikatai palankios gyvenamosios ir fizinės darbo aplinkos sukūrimas;
- sveikos gyvensenos formavimas;
- sveikatos priežiūros, orientuotos į gyventojų poreikius, užtikrinimas (Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964).

Minėtame dokumente įtvirtintos nuostatos, kad veiksmingą gyventojų ir viešojo sektoriaus įtraukimą į visuomenės sveikatos gerinimo veiklą įmanoma pasiekti vykdant pokyčius valstybės teisinio reguliavimo aplinkoje bei užtikrinant pakankamus finansinius resursus. Valstybės ir savivaldybių institucijos, siekdamos efektyvesnio sveikatos sistemos valdymo, turi laikytis numatytų įsipareigojimų:

- įgyvendinti pokyčių valdymo strategines reformas, programas ir projektus siekiant didinti sveikatinimo proceso veiksmingumą, tenkinant visuomenės poreikius ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros grandyje;
- tobulinti asmens sveikatos priežiūros sistemos darbuotojų kvalifikaciją, remtis tarptautinės inovacinės veiklos praktika sveikatinimo institucijų veikloje, kurių efektyvumas yra pagrįstas mokslo įrodymais, tobulinti ir keisti nusistovėjusias metodikas užsakant mokslinius tyrimus.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. sausio 14 d. įsakymu Nr. V-53 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2019-2021 metų strateginio veiklos plano patvirtinimo“ patvirtintame 2019-2021 metų strateginiame veiklos plane numatyti svarbiausi pokyčių tikslai ir strateginės programos jų įgyvendinimui (žr. 20 pav.).



20 pav. 2019–2021 metų planuojami strateginiai tikslai ir programos

Šaltinis: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. sausio 14 d. įsakymas Nr. V-53.

Viešųjų institucijų valdymo gerinimas. LR SAM kartu su Higienos institutu (projekto partneris), įgyvendina 2014–2020 metų Europos Sąjungos fondų investicijų veiksmų programos 10 prioriteto „Visuomenės poreikius atitinkantis ir pažangus viešasis valdymas“ 10.1.1-ESFA-V-912 priemonės „Nacionalinių reformų skatinimas ir viešojo valdymo institucijų veiklos gerinimas“ „Sveikatos srities viešojo valdymo institucijų efektyvumo ir gebėjimų tobulinimas, diegiant įrodymais grįsto valdymo priemones“ (Nr. 10.1.1-ESFA-V-912-01-0010) projektą (toliau – Projektas). Daugia-pakopio analizės metodo prioritetams nustatyti taikymo galimybės ir struktūra pateikta 15 lentelėje.

15 lentelė. *Daugiakriterinio analizės modelio taikymas 2014–2020 m. laikotarpio sveikatos sektoriaus prioritetams nustatyti*

| Pagrindiniai žingsniai | Analizei reikalinga informacija | Intervencijos lygmuo (individas, šeima, bendruomenė) | Sveikatos sektoriaus kompetencija | Kitų sektorių kompetencija | Makroekonominė politika |
|---------------------------------|--|---|---|---|---|
| 1. Problemų nustatymas | Gyventojų sveikatos rodikliai (lytis, amžius, geografinė vietovė ir kt.); vertinama ligų sukeliama našta (DALY ir kt., matavimo vienetai). | | | | |
| 2. Priežasčių nustatymas | Renkama informacija apie rizikos veiksnius, sukeliančius atitinkamas ligas. | Atliekama veiksmų, dėl kurių kyla atitinkamų ligų našta, analizė individo, šeimos ir bendruomenės lygmenimis. | Atliekama sveikatos politikos, sveikatos priežiūros paslaugų analizė. | Atliekama kitų sektorių, pvz., švietimo, aplinkos, darbo saugos ir t. t., įtakos ligų sukeliamai naštai analizė. | Atliekama makroekonominės politikos, pvz., biudžeto, viešojo administravimo, įtakos ligų sukeliamai naštai analizė. |
| 3. Alternatyvų paieška | Renkama informacija apie taikomas intervencines priemones ir galimas alternatyvas. | Renkama informacija apie veiksmingas intervencines priemones (pagal intervencijos lygmenį). | Renkama informacija apie veiksmingas intervencines priemones sveikatos politikos ir sveikatos paslaugų teikimo srityse. | Renkama informacija apie veiksmingas intervencines priemones kitose srityse, pvz., apie sveikos mitybos mokymus mokykloje ir pan. | Renkama informacija apie veiksmingas intervencines priemones makroekonominės politikos srityje (sveikatos apsaugos biudžeto formavimas ir kt.). |
| 4. Kriterijų parinkimas | Nustatomi vertinimo kriterijai: paplitimas, sveikatos skirtumų mažinimas, tikslinės amžiaus grupės ir kt. | | | | |
| 5. Alternatyvų vertinimas | Kiekvienos alternatyvos poveikio vertinimas pagal pasirinktus kriterijus. Vertinimas atliekamas remiantis mokslinės literatūros duomenimis, konsultuojantis su specialistais, organizuojant ekspertų diskusijas ar atliekant apklausą. | | | | |
| 6. Kriterijų svarbos nustatymas | Kriterijų svarbos nustatymas pagal suinteresuotųjų subjektų atliktų apklausų rezultatus. | | | | |
| 7. Sprendimų priėmimas | Atliekama vertinimo rezultatų analizė. Nustatomos geriausios nurodytos problemos sprendimo alternatyvos. | | | | |
| 8. Jautrumo analizė | Išryškinami svarbiausi veiksniai, galintys turėti daugiausiai įtakos gautiems vertinimo rezultatams. | | | | |

Šaltinis: 2014–2020 m. laikotarpio sveikatos sektoriaus prioritetams nustatyti

Igyvendinant Septynioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės (toliau – Vyriausybė) programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2016 m. gruodžio 13 d.

nutarimu Nr. XIII-82 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“ nuostatas bei Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijoje, patvirtintoje LRS 2014 m. birželio 26 d. nutarimu XII-964, nustatytus tikslus, iškyla poreikis optimizuoti visų lygių pokyčių valdymą, siekiant sveikatos sistemos viešojo valdymo institucijų (tame tarpe ir pirminio bei antrinio lygio paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų) „veiklos efektyvumo, diegiant įrodymais pagrįstas valdymo priemones bei skatinant sisteminį ir struktūrizuotą mokslo įrodymų panaudojimą formuojant ir įgyvendinant sveikatos politiką“ (Lietuvos Respublikos Seimo 2016 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XIII-82 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“).

2.1.5. Informacinių technologijų vieta sveikatos priežiūros įstaigose tobulinant pokyčių valdymą

Organizaciniai pokyčiai glaudžiai susiję su skaitmeninių inovacijų procesų diegimu sveikatos sektoriuje. E. sveikata, kuri plačiąja prasme apima šiuolaikinių IRT panaudojimą organizuojant ir teikiant nepertraukiamas ir į pacientą orientuotas sveikatos priežiūros paslaugas, yra neatsiejama sveikatos apsaugos valdymo sistemos dalis. Skaitmeninės technologijos keičia viešųjų paslaugų teikimo procesus visose valstybės veiklos srityse, įskaitant sveikatos priežiūrą. PSO, įvertinusi e. sveikatos efektyvumą ir naudą, skatina ir rekomenduoja diegti e. sveikatos priemones visame pasaulyje. Tai viena iš svarbiausių PSO rekomendacijų siekiant pokyčių valdymo tobulinimo, pertvarkant Lietuvos sveikatos sistemos sektorių. „Tai sveikatos apsaugos, medicinos informatikos ir administracinės veiklos visuma, užtikrinama diegiant IRT organizacines veiklos naujoves bei naujus įgūdžius ir skirta sveikatinimo (asmens, visuomenės, farmacijos) paslaugoms tobulinti operatyviai pateikiant ir gaunant išsamią veiklai reikalingą informaciją“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151). IRT reikšmė žmogaus gyvenime neginčijamai auga: technologijos skverbiasi į viešojo valdymo procesus, daro ženklį įtaką viešųjų paslaugų teikimo pokyčių valdymui. Nacionaliniu mastu įdiegta ESPBI IS vertinama, kaip užtikrinanti saugią, veiksmingą, kokybišką, į pacientą ir paslaugų teikėjus orientuotą ir sklandžią sveikatos priežiūros sistemą. Daugėja moksliniais tyrimais ir praktine IRT diegimo patirtimi paremtų įrodymų, leidžiančių teigti, kad IRT diegimas nacionalinės sveikatos sistemos mastu turėtų būti vertinamas kaip procesas, kuris ne tik reikalauja pokyčių valdymo strategijų formavimo, kryptų, metodų, pagal kuriuos pokyčiai būtų įgyvendinami skirtinguose sveikatos priežiūros valdymo lygiuose, bet ir daug sudėtingesnių strateginių nuostatų ir programų bei projektų, nei tie, kuriais tradiciškai yra vadovaujama (Jankauskienė ir kt., 2015).

Dar 2007 m. patvirtintoje Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 metų plėtros strategijoje akcentuojama, kad „e. sveikata daro įtaką visai sveikatos apsaugai“ nuo paslaugų teikimo iki sveikatos politikos formavimo pasitelkiant modernias IRT (Lietuvos e. sveikatos sistemos 2007-2015 metų plėtros strategija). E. sveikata gerina visuomenės sveikatos informacijos prieinamumą ir piliečių rūpinimąsi savo sveikata, leidžia efektyviau panaudoti turimus išteklius teikiant sveikatos priežiūros paslaugas. IRT diegimas, kaip valdymo inovacinė priemonė, yra būtina intervencinių priemonių įgyvendinimo prielaida. IRT reikalingos ir kaip informavimo bei komunikavimo kanalas, kaip medicininių

duomenų archyvavimo priemonė. IRT pritaikymas įgyvendinant intervencines priemones yra susijęs su šiais e. sveikatos siekiniais (žr. 16 lentelę):

16 lentelė. E. sveikatos siekiniai Lietuvoje

| Eil. Nr. | Siekiniai |
|----------|---|
| 1. | Viena prieigos platforma prie e. sveikatos paslaugų gyventojams ir sveikatos priežiūros specialistams; |
| 2. | Sudarytos sąlygos pacientui gauti informaciją elektroniniu būdu apie jo sveikatos įrašus ir kitą su sveikata susijusią informaciją, galimybė pareikšti valią ir tvarkyti įgaliojimus, susijusius su prieiga prie asmens elektroninės sveikatos istorijos (ESI) duomenų; |
| 3. | Galimybė keistis duomenimis su Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba, „So-Dra“, Sveidra, gauti reikiamą gyventojų demografinę informaciją iš Gyventojų registro; |
| 4. | Sudarytos sąlygos pateikti nuasmenintą informaciją analizei, ligų prevencijai, stebėsenai ir mokslinei veiklai; |
| 5. | Gydytojo-paciento-vaistinininko sąsajos užtikrinimas, t. y. visų šio proceso dalyvių tapatybės patvirtinimas (elektroniniu parašu ar kt. būdais), kompensuojamųjų vaistų išrašymo kontrolės gerinimas; |
| 6. | Visų Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų, turinčių reikiamą techninę ir programinę įrangą medicininiam vaizdams kurti ir perduoti vaizdus į sistemą (MedVAIS); |
| 7. | Besidubliuojančių kitose sveikatos priežiūros įstaigose tyrimų skaičiaus sumažinimas; |
| 8. | Paciento gydymo kokybės užtikrinimas, gydymo klaidų ir neatitikčių skaičiaus sumažinimas; |
| 9. | Vaistų sąveikų tikrinimo sistema (automatiškas vaistų sąveikų tikrinimas kiekvieno e. recepto išrašymo metu); |
| 10. | Lengviau valdomi pacientų srautai ir naudingesnis žmogiškųjų išteklių užimtumas sveikatos priežiūros įstaigose (IPR – saugi paciento autentifikacija (e. valdžios vartai), integracija su e. sveikata (ESPBI IS), srautų valdymas, automatinis ataskaitų teikimas Sveidra IS, specialisto paieška pagal paslaugą (specializaciją), naudojantis IPR lengvai pasiekiamas e. sveikatos portalo turinys (ESI, e. receptai, med. vaizdai, įgaliojimai atstovavimui). |

Šaltinis: parengta autorės.

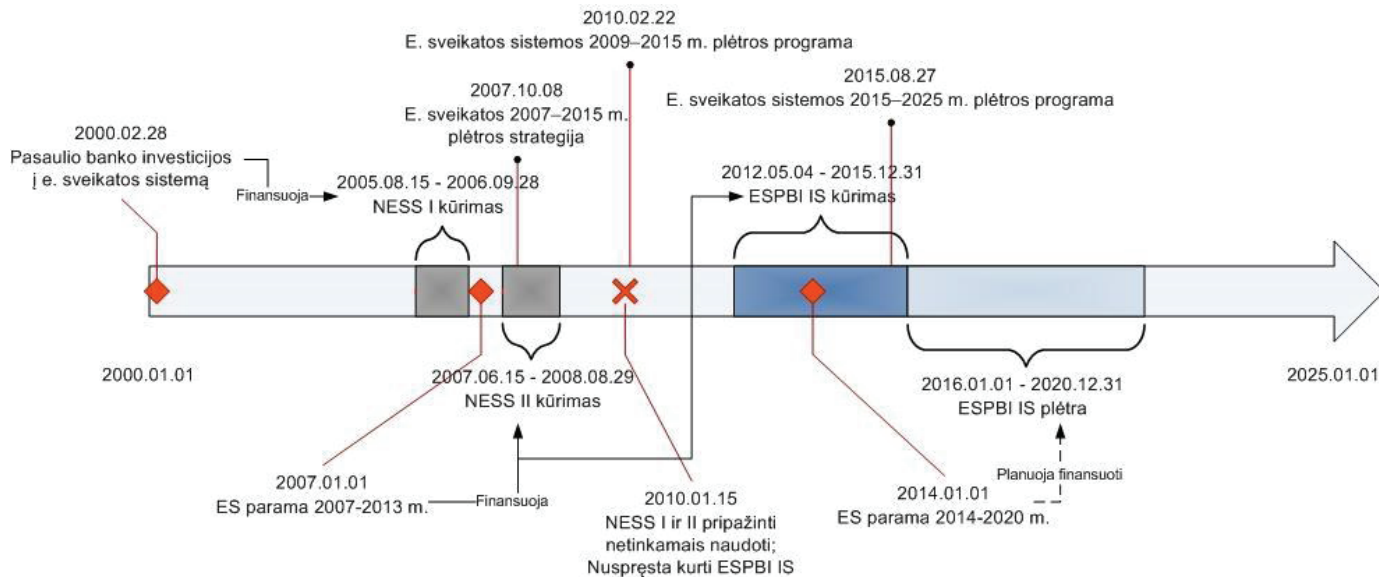
Atlikus e. sveikatos sistemos strateginių dokumentų ir 2009–2015 m. parengtų ir įgyvendintų projektų analizę ir vertinimą, galima išskirti svarbiausius e. sveikatos tikslus, sudarančius sąlygas pokyčių valdymui teikiant kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas:

- bendradarbiavimas ir medicininių duomenų apsikeitimas tarp sveikatos priežiūros sektoriaus dalyvių per nacionalinę duomenų mainų platformą ESPBI IS;
- elektroninės skaitmeninių vaizdų saugyklos sukūrimas, sudarant prieigos galimybę sveikatos priežiūros specialistams matyti ir vertinti medicininius vaizdus;
- elektroninio recepto modelio įgyvendinimas;
- lokalių sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų (HIS) vystymas ir plėtra, sudarant sąlygas integruoti SPĮ HIS su centrine ESPBI sistema.

Europos Komisijai 2004 m. paskelbus ES strateginį dokumentą e. sveikatos klausimu – „E. sveikata: sveikatos priežiūros paslaugų gerinimas Europos gyventojams – veiksmų planas Europos e. sveikatos erdvei“ (COM (2004) 356 Final e-Health – Making Healthcare Better for European Citizens: An Action Plan for a European e-Health Area), kuriame konstatuojama, kad e. sveikata yra trečia didžiausia Europos sveikatos sektoriaus valdymo sritis“ (Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 m. plėtros strategija), dauguma šalių ėmėsi politinių sprendinių ir inovatyvių organizacinių priemonių, įskaitant pokyčių valdymo strategijų ir jų įgyvendinimo planų rengimą. Diegiant informacinių technologijų sprendimus Lietuvoje siekiama „pagerinti sveikatos priežiūrą ir gydymą, užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę paciento atžvilgiu, sumažinti gydymo klaidų skaičių, parengti saugią, autorizuotą prieigą prie pacientų sveikatos ir ligų dokumentų“ (Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 m. plėtros strategija).

Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės, įvertinusi e. sveikatos sistemos trečiojo plėtros etapo (2012–2015 m.) audito metu surinktą medžiagą, duomenimis, Lietuvoje e. sveikatos sistema veikia ne visu pajėgumu, o naudojimasis išlieka ženkliai pasyvus. ESPBI IS buvo kuriama užtikrinti vieną prieigą šalies gyventojams ir sveikatos priežiūros specialistams prie e. sveikatos paslaugų. Per e. sveikatos portalą www.esveikata.lt duomenis į centrinę informacinę sistemą yra sudaryta galimybė teikti ir lokalių elektroninių sistemų neturinčioms ASPĮ. Tačiau nustatyta, kad „šios sistemos strateginio planavimo dokumentai buvo parengti ir patvirtinti, bet nesuderinti tarpusavyje, taip pat ne visi sistemos plėtros programos rezultatai pasiekti“ (Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės valstybinio audito ataskaita, 2017). Audito ataskaitoje pažymima, kad „visais sistemos plėtros etapais sprendimai kurti IS buvo priimami atsiradus finansavimo galimybėms“ (Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės valstybinio audito ataskaita, 2017), o ne nustatius veiklos poreikius. Viena iš svarbiausių 2017 m. Valstybės kontrolės audito ataskaitoje minimų neatitiktųjų yra „e. sveikatos sistemos 2015–2025 m. plėtros programoje kartojamos ankstesnio laikotarpio klaidos: numatytas tik vienas programos kokybinis vertinimo kriterijus, nesukurti sistemos naudojimo skatinimo/sankcijų mechanizmai, planuojami nepasiteisinantys telemedicinos sprendimai“ (Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės valstybinio audito ataskaita, 2017). 2015 m. buvo patvirtinta Lietuvos e. sveikatos sistemos 2015–2025 m. plėtros programa (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. rugpjūčio 27 d. įsakymas Nr. V-1006), o vėliau ir jos priemonių planas (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. liepos 4 d. įsakymas Nr. V-890).

Tarptautinės ISACA organizacijos standarto CobIT 4.1 nuostatose atkreiptinas dėmesys į tarptautinę valdymo gerąją praktiką inicijuojant ir įgyvendinant pokyčius – kuriant informacines sistemas, specialistai rekomenduoja jas kurti remiantis veiklos, kuri yra skaitmenizuojama, poreikiu (Tarptautinės ISACA organizacijos standartas CobIT 4.1). Audito ataskaitoje taip pat akcentuota, kad „visuose e. sveikatos sistemos plėtros etapuose funkcijų kūrimo poreikis kyla atsiradus galimybei pasinaudoti užsienio investicijomis – iš pradžių atsiranda galimybė gauti užsienio paramą, tuomet inicijuojamas IS kūrimas ir plėtra. Šis principas kartojasi visuose sistemos kūrimo etapuose (NESS I, NESS II, ESPBI IS)“ (Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolės valstybinio audito ataskaita, 2017) (žr. 21 pav.).



21 pav. E. sveikatos sistemos kūrimo etapai ir investicijų šaltiniai

Šaltinis: Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės 2017-04-26 valstybinio audito ataskaita.

Nacionaliniu mastu įdiegta informacinė sistema ir sukurta elektroninės sveikatos infrastruktūra pastaruju metu vertinamos kaip pagrindinės sąlygos, užtikrinančios saugią, veiksmingą, kokybišką, į vartotojus orientuotą ir sklandžią sveikatos priežiūros sistemą.

Per paskutinius penkerius metus tiek Lietuvos, tiek ir ES šalių sveikatos pokyčių valdymas išklė naujus organizacijų socialinės atsakomybės reikalavimus siekiant ne tik viešojo sektoriaus sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybės ir veiklos efektyvumo, bet ir organizacinės kultūros bei darbuotojų motyvacijos pokyčių, formuojant naujas vertybes ir įsitikinimus. Tai įpareigojo naujų organizacijų vystymosi priemonių rengimą, strateginio požiūrio į jų kultūros formavimą bei vystymą.

2.2. Ekspertų požiūriai į pokyčių valdymą bei jo trikdžius sveikatos sektoriuje

2.2.1. Interviu metodo pagrindimas ir tyrimo metodika

Tyrimui pagrįsti disertacijos autorė pasirinko kokybinio ir kiekybinio tyrimo dermės mišrių metodų prieigą – *nuoseklią nagrinėjamąją strategiją* (angl. *Sequential exploratory strategy*), pagal kurią duomenys renkami dviem etapais su pradiniu kokybinių ir antruoju kiekybinių duomenų rinkimu. Antroji duomenų bazė remiasi pradinės duomenų bazės rezultatais. Ši strategija pasirinkta todėl, kad ji yra tinkamiausia aiškinant ir interpretuojant ryšius, kai pirminis tyrimo tikslas yra išanalizuoti fenomeną (Creswell, 2013, p. 276). Minėtą tyrimo dizainą tikslinga taikyti šiame tyrime, kadangi kokybinis tyrimas naudojamas fenomeno atsiradimui paaiškinti (kodėl ir kaip), išvystyti teorijai, atskleisti individualią patirtį ir nuomonę, o kiekybiniame tyrime keliami klausimai dėl priežastingumo, aplinkos poveikio ir vertinimo svarbos (Fetters, Curry, Creswell, 2013). Taigi, disertaciniame darbe kokybinio tyrimo metu atsiradusios įžvalgos buvo transformuotos į atitinkamas kategorijas kiekybiniam tyrimui. Būtent ši strategija įgalina tyrėją naudojant mažą tiriamųjų grupę sukurti instrumentą ir tuomet, naudojant jį, surinkti kiekybinius duomenis (Kardelis, 2017), kas ir buvo padaryta kuriant ir validuojant kiekybinės apklausos instrumentą. Atliekant kokybinį tyrimą, siekiama atskleisti tiriamojo reiškinio *visybę* (angl. *entirety*) jo kasdieniame kontekste. Kokybinio tyrimo metu siekiama apibūdinti socialinį pasaulį ir jo aplinką tiriant, kaip juos suvokia kiti dalyviai (Gaižauskaitė, Valavičienė, 2016). Kokybiniais tyrimais plėtojamos empiriniai faktai analizuotos teorijos, kai vyrauja skirtingi požiūriai (Flick, 2014). Atliekant kokybinį tyrimą, tyrėjo ir tyrimo dalyvio (eksperto) sąveika yra kur kas glaudesnė nei atliekant kiekybinį tyrimą, todėl kokybiniai tyrimai leidžia surinkti asmeninius dalyvių požiūrius, nuomones bei patirtį (Creswell, 2009). Kokybinis tyrimas pasirinktas kaip pagrindinis disertacijos empirinis tyrimas, siekiant nustatyti svarbiausius organizacijų pasirengimo inovatyvių pokyčių veiksmus bei trikdžius įgyvendinant pokyčius sveikatos sektoriuje.

Kokybinio tyrimo hipotezės nebuvo formuluojamos iki empirinio tyrimo pradžios, nes buvo remiamasi nuostata, kad „hipotezių formulavimas yra (arba gali būti) tik vienas iš empirinio tyrimo rezultatų“ (Žydžiūnaitė, 2006:26). Tyrimo duomenų forma

pasirinktas individualus kryptingasis (iš dalies struktūruotas) atvirų klausimų ekspertų interviu, kai tyrimu siekiama giliau ir išsamiau palyginti tam tikrus atvejus ar socialines kategorijas. Kryptingasis (iš dalies struktūruotas) individualus atvirų klausimų ekspertų interviu pasirinktas dėl ekspertų kompetencijos, patirties ir praktikos, kadangi „interviu metu tyrėjas gali lengviau suprasti tiriamą objektą, atskleisti netikėtus ir iš anksto nenumatytus tiriamos problemos aspektus“ (Bitinas, Rupšienė, Žydžiūnaitė, 2008; Valackienė, Mikėnė, 2008; Gaižauskaitė, Valavičienė, 2016). Disertacijoje siekiama identifikuoti strateginius sveikatos sistemos pokyčius, jų įgyvendinimo trikdžius, valdymo priemones ir tobulinimo kryptis ES šalių kontekste. Interviu duomenys taip pat buvo naudojami rengiant ir koreguojant Lietuvos AASPI vadovų apklausos anketą siekiant palyginti ekspertų ir vadovų požiūrį į tuos pačius ar panašius reiškinius, vertinant vadovų apklausos rezultatus ir formuojant pokyčių valdymo modelį Lietuvos AASPI.

Pagrindinis kokybinio **tyrimo tikslas** – identifikuoti pokyčių proceso veiksnius ir pasipriešinimo faktorius bei pateikti jų valdymo tobulinimo strategines nuostatas sėkmingam pokyčių įgyvendinimui sveikatos sektoriuje. Taip pat siekiama išsiaiškinti, kokie politiniai sprendimai ar faktoriai galėtų sumažinti pasipriešinimą įgyvendinant pokyčius sveikatos apsaugos sistemoje. Taigi, disertacinio darbo kokybinio tyrimo tikslas kreipiamas į individualias ekspertų išvalgas, kompetencijas ir patirtis perspektyvoje formuojant valdymo pokyčius sveikatos sektoriuje.

Tyrimo uždaviniai:

1. Identifikuoti ekspertų išskiriamus svarbiausius organizacijų pasirengimo inovatyvių pokyčių įgyvendinimui veiksnius, trikdžius ir pasipriešinimo faktorius bei pateikti jų valdymo tobulinimo strategines nuostatas.
2. Pateikti pokyčių valdymo sveikatos sektoriuje tobulinimo strategines nuostatas.

Tyrimo objektas – organizacijų pasirengimo pokyčių įgyvendinimui veiksniai, trikdžiai bei jų valdymo priemonių nustatymas sveikatos sektoriuje.

Tyrimo atlikimo laikotarpis: 2019 m. birželio – rugpjūčio mėn.

Ekspertų atranka. Kokybinio tyrimo rezultatų pagrįstumas ir prasmingumas yra susiję su pasirinktų atvejų gautos informacijos turtingumu, todėl kryptingasis (iš dalies struktūruotas) individualus interviu buvo atliekamas su ekspertais (naudojant tokį metodą galima gauti išsamių ir kompleksinių duomenų, tuo metu turint galimybę klausti ir papildomų klausimų, paliekant ekspertams pakankamai laisvės reikšti savo mintis plačiau ir nenumatytais aspektais) (Bitinas, Rupšienė, Žydžiūnaitė, 2008). Siekiant tikslingai atrinkti atstovus, dalyvaujančius tyrime, remtasi trigubos spirālės modeliu, kuriuo pagrįstas pokyčių valdymo proceso aspektas ir į tyrimą įtraukti **valdžios, akademinės bendruomenės ir visuomeninių organizacijų** ekspertai, kad būtų kompleksiška įvertintas ir pateiktas pasirengimas pokyčių valdymui ir įgyvendinimui trikdžių valdymo priemonių taikymas. Ekspertai parinkti kriterinės atrankos metodu, jiems suformulavus atrankos kriterijus. Taip pat tyrimo metu atsižvelgta į tai, kad kokybinio tyrimo imties pakankamumas dažniausiai grindžiamas „duomenų pri-

sotinio“ principu, t. y. duomenų rinkimas vykdomas tol, kol pasiekiamas kategorijų prisotinimas (imant interviu nebegaunama naujos informacijos). Todėl kokybinio tyrimo imtis suformuota taip, kad ji būtų pakankama pateikti patikimus tyrimo rezultatus, tačiau nebūtų duomenų pasikartojimo. Interviu pasirinkti ekspertai, kurių domėjimosi sritis ar profesinės veiklos laukas yra susijęs su pokyčių proceso valdymu sveikatos sektoriuje. Disertaciniame tyrime pakviesta dalyvauti 14 su tiriamu objektu susijusių ekspertų. Tyrime sutiko dalyvauti 9 ekspertai (N9): 4 Europos Sąjungos gydytojų vadovų asociacijos nariai (angl. European Association of Hospital Managers) ir 5 Lietuvos politikos, valdžios, mokslo ir visuomenės atstovai (Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos prezidentas, buvęs Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministrai bei Lietuvos Respublikos Seimo nariai). Atsakymą dalyvauti 5 ekspertai argumentavo užimtumu.

Trigubos spiralės modelio **valdžios** dedamajai atstovaujantiems ekspertams iškelti kriterijai:

- 1) profesinė patirtis metais disertacinio tyrimo tematikoje (ne mažesnė nei 15 metų),
- 2) užimamos pareigos, atitinkančios disertacinio tyrimo tematiką (buvęs Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministrai),
- 3) taikomų profesinių kompetencijų lygmuo – dalyvavimas aukščiausio lygio šalies medicinos srities valdyme ir politikoje (savivaldos ar nacionaliniu lygmeniu).

Nacionaliniu lygmeniu įtrauktos 2 institucijos – Lietuvos Respublikos Seimas ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Dalyvauti tyrime atrinkti 3 valdžios dedamajai atstovaujantys ekspertai – 2 Lietuvos Respublikos Seimo nariai ir 1 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos atstovas. Vienas iš Lietuvos Respublikos Seimui atstovaujančių ekspertų – Lietuvos gydytojas, diplomatas, politinis bei visuomenės veikėjas, turintis patirties asmens sveikatos priežiūros įstaigų valdyme (buvęs Respublikinės Klaipėdos ligoninės vedėjas, buvęs Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų generalinis direktorius), taip pat dalyvaujantis aukščiausio lygio šalies medicinos srities politikoje (buvęs Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras). Ekspertui suteiktas nepaprastojo pasiuntinio ir įgaliotojo ministro diplomatinis rangas. 2011–2013 m. Neringos savivaldybės tarybos narys, Neringos savivaldybės meras.

Antrasis ekspertas – buvęs LR sveikatos apsaugos ministras. 2011–2012 m. LR Seimo pirmininko pavaduotojas. Nuo 2015 m. Vilniaus savivaldybės tarybos narys.

Trečiasis pasirinktas ekspertas – gydytojas psichiatras, įkūręs Kauno miesto jaunimo narkologijos pagalbos centrą, taip pat Nacionalinę tabako kontrolės koaliciją, šios organizacijos prezidentas, Nacionalinės sveikatos tarybos narys. 2009–2012 m. ministro pirmininko visuomeninis patarėjas narkotikų, alkoholio ir tabako vartojimo prevencijos klausimais. Buvęs Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras.

Trigubos spiralės modelio **akademinės bendruomenės** dedamajai atstovaujantiems ekspertams iškelti kriterijai:

- 1) profesinė patirtis metais disertacinio tyrimo tematikoje (ne mažesnė nei 20 metų sveikatos priežiūros ar politikos mokslų srityje),
- 2) pagrindinė veiklos sritis privalo būti mokslas ir studijos,
- 3) taikomų profesinių kompetencijų lygmuo – aukščiausio lygio vadovo pareigos ir aukšto lygio mokslininkai, aktyvūs disertacinio tyrimo tematikoje.

Į tyrimą įtraukiamas ekspertas – Prancūzijos ligoninių asociacijos vadovas, įgijęs socialinių inovacijų ir pokyčių vadybos magistro laipsnį (Strasbūro universitete). Ekspertas yra Prancūzijos ligoninių direktorių asociacijos ADH (Association des Directeurs Hospital) generalinis sekretorius, EAHM (Europos ligoninių vadovų asociacija) mokslinio pakomitečio prezidentas ir EAHM valdybos narys, aktyviai dalyvaujantis įvairiuose tarptautiniuose mokslo tyrimų grupėse. Pasirinktas ekspertas taip pat yra EAHM psichikos sveikatos grupės narys, prancūzų asociacijos ADESM (Association des Etablissements publics de Sant Mentale) atstovas.

Taip pat įtraukiamas ekspertas – Vokietijos gydytojų vadovų asociacijos prezidentas, Europos ligoninių vadovų asociacijos (EAHM) valdybos narys, nuo 2010 iki 2014 m. EAHM prezidentas. Dirbo korporacinėse ir organizacinėse konsultacijose ligoninėse „MEDIPLAN Hamburg“, „Diakonissen Mutterhaus“ bendrovės „Rotenburg / Wmm“ vykdomosios valdybos narys ir „Diakoniekrankenhaus“ generalinis direktorius, buvo „Residenz-Kliniken GmbH“ ir „Residenz Rehakliniken GmbH“ generalinis direktorius Brėmene, sveikatos paslaugų valdymo srityje paskelbęs straipsnių, nuolat dalyvaujantis tarptautinėse konferencijose, organizuojantis studentų tarptautines studijų mainų praktikas.

Trigubos spiralės modelio **visuomeninių organizacijų** dedamajai atstovaujantiems ekspertams iškelti kriterijai:

- 1) profesinė patirtis metais disertacinio tyrimo tematikoje (ne mažesnė nei 35 metai sveikatos priežiūros ar politikos srityje),
- 2) užimamos pareigos, atitinkančios disertacinio tyrimo tematiką (asociacijų visuomeninių judėjimų ir jiems prilygstančių organizacijų prezidentai);
- 3) taikomų profesinių kompetencijų lygmuo – aukščiausio lygio vadovo pareigos, priklausymas tarptautinėms visuomeninėms sveikatos srities organizacijoms, artimoms disertacinio tyrimo tematikai ir dalyvavimas aukščiausio lygio medicinos srities politikoje.

Atsižvelgiant į tai, pasirinktas ekspertas yra Atėnų pagrindinės ligoninės „Elpis“ vadovas, turintis humanitarinių mokslų diplomą ir magistro darbą (Kipro universitetas), susijusį su ligoninių valdymu. Eksperto mokslinių tyrimų interesai yra sutelkti į sveikatos apsaugos politiką, susijusią su sveikatos priežiūros sistemomis, ypatingą dėmesį skiriant Europos ir lyginamosioms sveikatos sistemoms bei politikai, sprendžiant klausimus, susijusius su ligoninių valdymu. Jis yra Graikijos sveikatos paslaugų vadybos asociacijos ir EAHM valdybos narys, sveikatos paslaugų valdymo srityje paskelbęs straipsnių ir žurnalo „Health Review“ vyriausiasis redaktorius.

Antrasis ekspertas – Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos prezidentas, EAHM valdybos narys, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos kolegijos narys, Vilniaus m. sav. Bendruomenės sveikatos tarybos narys, E. sveikatos valdybos narys, LR SAM darbo grupės „Pasiūlymams dėl sveikatos sistemos struktūrinių pokyčių (su poveikio vertinimu) pateikti bei teisės aktų projektams parengti“ narys, Privalomojo sveikatos draudimo tarybos narys. Vilniaus mero nominuotas vienu iš labiausiai sosti- nės bendruomenei nusipelnusių žmonių (2006).

Trečiasis ekspertas – buvęs Europos ligoninių vadovų asociacijos prezidentas bei vi-

ceprezidentas, šiuo metu – Airijos gydytojų vadovų asociacijos prezidentas. Ekspertas buvo paskirtas HSE Dublino vidurio Leinsterio regiono operacijų direktoriumi, Korko universitetinės ligoninės paslaugų vadybininku.

Remiantis suformuotais kriterijais, atrinkti ekspertai apklausai raštu (interview) (žr. 1 priedą). Priede pateiktoje lentelėje taip pat atsispindi ekspertų užimamos pareigos ir patirtis atitinkamoje institucijoje bei veiklos srityje. Visi tyrime dalyvaujantys ekspertai užima vadovaujamas pareigas ir turi patirties sveikatos politikos formavimo klausimais, aktyviai dalyvaujant teisės aktų ir programų rengime bei įgyvendinime. Tyrimo duomenys skelbiami laikantis konfidencialumo principo (duomenys pateikiami taip, kad tyrimo metu gauti atsakymai nebūtų galimi identifikuoti pagal tyrimo ekspertų vardus ir pavardes). Ekspertai taip pat buvo informuojami apie tyrimo rezultatų sklaidos kryptis ir jų asmeninės informacijos konfidencialumo užtikrinimą.

Naudotas kryptingasis (iš dalies struktūruotas) individualus interview, kuriame buvo pateikti iš anksto suplanuoti ir eilės tvarka parengti klausimai. Interview klausimai buvo pateikti lietuvių ir anglų kalbomis (žr. 2 ir 3 priedus). Visą klausimyną sudarė atviri klausimai, kad ekspertai galėtų laisvai ir nevaržomai išreikšti savo nuomonę. Atsižvelgiant į ekspertų pageidavimus dėl užimtumo, visi klausimynai buvo užpildyti ir atsiųsti el. paštu. Kai kuriais atvejais, ekspertai išreiškė norą būti supažindinti su apibendrintais tyrimo rezultatais. Tyrimo klausimų duomenys buvo analizuojami vadovaujantis *kokybinės turinio analizės metodu* tokiomis formomis: *klasifikavimo* (identifikuojamos kategorijos, subkategorijos – išskiriami organizacijų pasirengimo pokyčių įgyvendinimui veiksniai ir trikdžiai sveikatos sektoriuje, pateikiamos jų valdymo tobulinimo strateginės nuostatos), *lyginimo* (lyginami teiginiai ir nuomonės vienos temos kontekste), *interpretacijos* (remiantis tyrimo duomenimis formuojamos tyrėjo išvalgos).

Vadovaujantis disertacijos 1 ir 2 dalių teoriniais šaltiniais bei dokumentais, klausimyne išskirtos penkios tyrimo klausimų grupės, kuriomis siekiama išsiaiškinti vadovų nuomonę apie pokyčius sveikatos sektoriuje, identifikuoti pokyčių valdymo trikdžius sveikatos sektoriuje, nustatyti pokyčių įgyvendinimo trikdžių valdymo priemonės, organizacijų pasirengimą pokyčių įgyvendinimui bei išsiaiškinti nuomonę apie pokyčius ES šalių sveikatos sektoriuje. Visoms penkioms tyrimo klausimų grupėms numatyti tyrimo indikatoriai bei juos pagrindžiantys mokslinės literatūros šaltiniai (žr. 17 lentelę).

17 lentelė. Ekspertų interviu tyrimo kriterijai ir indikatoriai

| | Tyrimo klausimų grupių kriterijai | Tyrimo indikatoriai | Šaltiniai |
|------|--|---|---|
| I. | Išsiaiškinti nuomonę apie pokyčių įgyvendinimą sveikatos sektoriuje | Dabartinis šalies sveikatos sektoriaus vertinimas; svarbiausi šalies sveikatos apsaugos sistemos strateginiai tikslai; svarbiausi teigiami pokyčiai, įvykę šalies sveikatos sektoriuje. | Ginter ir kt., 2018; OECD, 2018. |
| II. | Identifikuoti pokyčių valdymo trikdžius sveikatos sektoriuje | Svarbiausi vidaus ir išorės trikdžiai įgyvendinant strateginius pokyčius. | Ansoff, 1990; Rumelt, 1995; Waddell, Sohal, 1998; Klein, Sorra, 1996; Lorenzo, 2000; Raina, 2018. |
| III. | Identifikuoti pokyčių įgyvendinimo trikdžių valdymo priemonės | Metodai, priemonės, padedantys suvaldyti pokyčių valdymo trikdžius; veiksmai, politiniai sprendimai, padedantys sumažinti pasipriešinimą įgyvendinant pokyčius. | Kotter, Schlesinger, 1979; Grybienė, Šimbelis, 2009; Raina, 2018. |
| IV. | Organizacijų pasirengimas pokyčių įgyvendinimui | Svarbiausi organizacijų pasirengimo inovatyvių pokyčių įgyvendinimui veiksniai; veiksmai ir metodai, telkiant žmogiškuosius išteklius; dabartinis sveikatos finansavimo vertinimas, prioritetingas finansavimo kryptys 2030 m.; informacinių technologijų įtaka optimizuojant sveikatos sektoriaus valdymo procesus. | Gouldner, 1960; Lee, 1971; Hall, Schneider, 1972; Mowday ir kt., 1979; Beckhard, Harris, 1987; Balfour, Wechsler, 1990; Belbin, 1996; Moran, Brightman, 2001, Moran, 2019. |
| V. | Išsiaiškinti nuomonę apie pokyčių įgyvendinimą ES šalių sveikatos sektoriuje | Valdymo pokyčiai siekiant patenkinti gyventojų poreikius ir lūkesčius; metodai ar priemonės, padedančios sumažinti atskirti/netolygumus sveikatos srityje. | Peters ir Perre, 1998; Lynn ir kt., 2001; Hartley, 2005; Abelson, Gauvin, 2006; Osborne, 2010; Celik, Ozsoy, 2016. |

Šaltinis: sudaryta autorės.

2.2.2. Interviu duomenų analizė

2.2.2.1. Ekspertų požiūris į pokyčių įgyvendinimą sveikatos sektoriuje

Siekiant išsiaiškinti ekspertų požiūrį į pokyčių įgyvendinimą sveikatos sektoriuje, ekspertų buvo prašoma pateikti dabartinį šalies sveikatos sektoriaus vertinimą, svarbiausius šalies sveikatos apsaugos sistemos strateginius tikslus, taip pat svarbiausius teigiamus pokyčius, įvykusius šalies sveikatos sektoriuje.

Dažniausiai ekspertai nurodė, kad dabartinę sveikatos sistemą vertina kaip „besivystančią ir persitvarkančią bei prisitaikančią prie naujų iššūkių tiek Lietuvoje, tiek ES. Tie iššūkiai yra nulemti politinių, ekonominių, socialinių ir aplinkosauginių pasekmių“ (N4). Ekspertai pabrėžė, kad Lietuvoje sukurtas tikras sveikatos apsaugos sistemos fenomenas – „sistemos finansavimas yra skurdus, medikų atlyginimai neleistinai maži, o gydytojų kompetencija ir paslaugų kokybė atitinka aukštai išvystytų užsienio valstybių standartus“. Ekspertų (N2) nuomone, galiojanti draudiminė sveikatos apsaugos sistema „akivaizdžiai parodė, kad ji yra ženkliai pranašesnė už buvusį biudžetinį finansavimą“, o biudžetinių sveikatos priežiūros įstaigų transformavimas į viešąsias įstaigas „suteikė pastarosioms, kad ir nepakankamą, bet ženkliai didesnę savarankiškumą“. Visa sveikatos apsaugos sistemos vystymosi raida per atkurtos Lietuvos Nepriklausomybės laikotarpį parodė, kad sveikatos sistema „nors ir buvo deklaruojama, nebuvo laikoma prioritetine valstybės politikos sritimi“. Kiti ekspertai (N2) akcentavo 2009 m. ekonominę krizę, „padariusią didelę įtaką sveikatos apsaugos sistemai“. Sistema nebuvo pasirengusi susidoroti su „sumažintomis pajamomis ir didėjančiais gyventojų poreikiais“ (N2).

Ekspertų įvardijamus pagrindinius šalies sveikatos apsaugos sistemos strateginius tikslus ir tobulinimo kryptis galima suskirstyti į tris grupes, kurios apima valdymo, ekonominių ir socialinių problemų prioritetines kryptis (žr. 18 lentelę).

18 lentelė. Pagrindiniai šalies sveikatos apsaugos sistemos strateginiai tikslai ir tobulinimo kryptys

| Tikslų grupė | Prioritetinė kryptis | Tikslai |
|--------------|---|--|
| Valdymo | Pirminės asmens sveikatos priežiūros plėtra | Naujo PASP tinklo plėtra; nacionalinės sveikatos priežiūros kokybės valdymo infrastruktūros diegimas; ilgalaikė slaugos ir globos integracija, ambulatorinių paslaugų plėtra; neefektyvus ir nesaugaus aktyvaus gydymo įstaigų tinklo peržiūra; psichikos sutrikimų turinčių pacientų, slaugomų pacientų deinstitutionalizacija; paliatyviosios slaugos ir hospisų plėtra; klasterių vystymas; greitosios pagalbos įstaigų centralizacija ir skubios pagalbos vystymas išnaudojant skubios pagalbos gydytojus; visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos integracija: komandos plėtra įtraukiant gyvenamosios ir visuomenės sveikatos biuro specialistus; psichologinės pagalbos paslaugų plėtra. |
| | Inovatyvių ir personalizuotų skaitmeninių priemonių, skirtų sveikatos stiprinimui ir ligų prevencijai, sukūrimas ir įdiegimas | Inovatyvių skaitmeninių priemonių, skirtų gerinti sveikatos raštingumą, sukūrimas ir taikymas atskiriems asmenims, bendruomenėms, pažeidžiamoms gyventojų grupėms; inovatyvių sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos priemonių sukūrimas, įdiegimas ir taikymas pirminiame ir antriniame sveikatos priežiūros lygmenyse. |
| Socialinė | Šalies gyventojų sveikatos gerinimas | Gyventojų sveikatos stiprinimas ir išsaugojimas; visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo optimizavimas; siektinas gyventojų tikėtinos gyvenimo trukmės pailginimas iki 78–80 metų. |
| | Žmogiškųjų resursų vertinimas | Specialistų poreikio įvertinimas; specialistų ruošimo ir tobulinimo programų įvertinimas; specialistų, darbuotojų ir darbdavių mokymai, švietimas ir konsultavimas, sveikatos stiprinimo ir prevencijos fizinės ir psichikos sveikatos rizikos veiksnių valdymo ir darbo aplinkos gerinimo srityse; naujų modernių viešojo valdymo modulių taikymas; nacionalinio strateginio plano dėl žmogiškųjų išteklių parengimas. |
| | Parama prioritetiniams projektams ir iniciatyvoms | Visuomenės sergamumo psichikos ir elgesio sutrikimais ir savižudybių skaičiaus visose amžiaus grupėse, ypač vaikų, mažinimas. |

18 lentelė. Pagrindiniai šalies sveikatos apsaugos sistemos strateginiai tikslai ir tobulinimo kryptys (tęsinys)

| Tikslų grupė | Prioritetinė kryptis | Tikslai |
|--------------|---|--|
| Ekonominė | Ekonominės socialinės atskirties regionuose mažinimas | Asmens bei visuomenės sveikatos teikiamų paslaugų infrastruktūros tobulinimas ir efektyvinimas; sveikatos politikos kompleksiško užtikrinimas, integracija su kitų sričių sektoriais mažinant atskirtį regionuose, gerinant medicininių paslaugų kokybę bei prieinamumą. |
| | Finansavimo išteklių perskirstymas | Asmens sveikatos paslaugų įkainių vertinimas įtraukiant visas sąnaudas, įskaitant į medicininių paslaugų kaštus; kompensuojamųjų medikamentų skyrimo tvarkos bei ligų ir vaistų sąrašo tobulinimas; sveikatos apsaugos sistemos finansavimo tvarumo užtikrinimas. |

Šaltinis: parengta autorės.

Apibrėždami svarbiausius teigiamus pokyčius, įvykusius šalies sveikatos sektoriuje bei jų priežastis, ekspertai (N3) nurodė, kad ryškūs pokyčiai įvyko 2004 m., Lietuvai įstojus į ES. Minėti ekspertai akcentavo, kad šalies teisinė įstatyminė bazė iš dalies adaptuojama prie ES standartų, direktyvų ir reglamentų, taip pat „įgalino modernizuoti infrastruktūrą tiek atnaujinant ir modernizuojant sveikatos priežiūros įstaigų medicinines technologijas, medicininę įrangą, įstaigų veiklos procesus bei pertvarkant žmoniškųjų išteklių kompetencijų tobulinimą“. Ekspertų nuomone, itin svarbus pokytis buvo sveikatos sistemos pertvarka „įdiegiant šeimos gydytojo instituciją“ (N2) ir šios institucijos plėtra, taip pat „pirminių psichikos sveikatos centrų ir visuomenės sveikatos biurų įkūrimas“ (N3), skubios pagalbos gydytojų paruošimas ir „pirmieji tikri skubios pagalbos skyriai Kauno ir Santaros klinikose“, giminingų diagnozių grupių (DRG) sistemos įdiegimas, klasterių sistemos įteisinimas (infarkto, insulto, politraumų, perinatalinės priežiūros) ir specializuotų medicininių paslaugų centrų įkūrimas (chirurgija, neurochirurgija, onkologija, kardiologija ir kt.) (N1).

2.2.2.2. Pokyčių valdymo trikdžiai sveikatos sektoriuje

Siekiant identifikuoti pokyčių valdymo trikdžius ir pasipriešinimo faktorius sveikatos sektoriuje, ekspertų buvo prašoma nurodyti svarbiausius vidaus ir išorės trikdžius įgyvendinant strateginius pokyčius, kuriuos galima suskirstyti į penkias grupes, apimančias valdymo, finansavimo, politinių, teisinių ir bendradarbiavimo aplinkos problemų prioritetines kryptis (žr. 19 lentelę).

19 lentelė. *Vidaus ir išorės trikdžiai įgyvendinant strateginius pokyčius*

| Aplinka | | Trikdžiai |
|------------------|---------------------------------|---|
| Vidaus trikdžiai | Valdymas | Vadovų ir medicininio personalo pasipriešinimas inovacijoms, pokyčiams valdyme optimizuojant paslaugų teikimą. Pokyčių baimė. Sveikatos raštingumo stoka. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės vertinimo mechanizmų trūkumas. Specifinių įgūdžių trūkumas. Sumažėjęs noras keistis. Organizacijos nelanksti struktūra ir vidinė kultūra. Nepakankama vadovų kompetencija. |
| | Finansavimas | Netinkamas pajamų ir išlaidų subalansavimas. |
| Išorės trikdžiai | Politinė aplinka | Ilgalaikės sveikatos politikos strategijos nebuvimas arba pasikeitus šalies politinei valdžiai trumpalaikiai populistiniai tikslai, atspindintys valdančiosios (-iųjų) partijos (-jų) interesus. Pagrindinių partijų sutarimo nebuvimas dėl ilgalaikės sveikatos politikos tikslų. Politinės kultūros stoka. Sveikatos problemų panaudojimas politinėms spekuliacijoms ir rinkiminei retorikai. Dažna sveikatos apsaugos ministrų kaita. Lobizmas. |
| | Teisinė aplinka | Netobula teisinė įstatyminė bazė, biurokratiniai trikdžiai ją tobulinant. |
| | Bendradarbiavimo aplinka | Aukštas korupcijos lygis sveikatos sektoriuje ir gyventojų nepasitikėjimas medicininėmis paslaugomis teikėjais. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo stoka. |

Šaltinis: *parengta autorės.*

Apibrėždami svarbiausius vidaus ir išorės trikdžius įgyvendinant strateginius pokyčius, net 5 ekspertai nurodė, kad ilgalaikės sveikatos politikos strategijos nebuvimas arba pasikeitus šalies politinei valdžiai trumpalaikiai populistiniai tikslai, atspindintys valdančiosios (-iųjų) partijos (-jų) interesus bei dažna sveikatos apsaugos ministrų kaita daro neigiamą įtaką šalies sveikatos sektoriui. Minėti ekspertai pažymėjo, kad šalies teisinė įstatyminė bazė iš dalies adaptuojama prie ES standartų, direktyvų ir reglamentų, tačiau ji vis dar netobula dėl biurokratinių trikdžių ją tobulinant. Ekspertų nuomone, itin svarbu atkreipti dėmesį į vadovų ir medicininio personalo pasipriešinimą inovacijoms, pokyčiams valdyme bei optimizuojant paslaugų teikimą, nes dažniausiai pasipriešinimas kyla dėl pokyčių baimės (N4).

Vertinant ekspertų atsakymus, galima teigti, kad pagrindiniai ekspertų įvardijami sveikatos sektoriaus pokyčių įgyvendinimo trikdžiai ir pasipriešinimo faktoriai iš

esmės sutampa su disertacijos teorinėje dalyje analizuojamais trikdžiais. Pabrėžtina, kad sveikatos sektoriaus pokyčių įgyvendinimo trikdžiai ir pasipriešinimo faktoriai ekspertų dažniausiai siejami su vidaus (valdymo, finansavimo) ir išorės (politinės, teisinės, bendradarbiavimo aplinkos) esminiais aspektais.

2.2.2.3. Pokyčių įgyvendinimo trikdžių valdymo priemonės

Siekiant identifikuoti pokyčių įgyvendinimo trikdžių valdymo priemones, ekspertų buvo prašoma nurodyti metodus ir priemones, kurie, jų nuomone, galėtų padėti suvaldyti pokyčių valdymo trikdžius, taip pat pasiūlant galimus sprendimus bei veiksmus, darant įtaką pasipriešinimo mažinimui siekiant sklandžiai įgyvendinti pokyčius sveikatos sektoriuje.

Įvardindami pokyčių įgyvendinimo trikdžių valdymo priemones, ekspertai (N6) nurodė dalyvavimo procese svarbą visų suinteresuotųjų pusių, tokių kaip „politinių partijų ir tiesiogiai susijusių sričių, kaip socialinės, aplinkos apsaugos, švietimo, vidaus reikalų bei finansų ministerijų, pacientų atstovų, sveikatos priežiūros organizatorių, sutarimas dėl prioritetų išgryninimo ir bendro komunikato pasirašymo bei atskomybės ir įsipareigojimų laikymosi“. Ekspertų (N5) nuomone, pokyčių įgyvendinimas bus sėkmingas tik „dirbant kartu su sprendimus priimančiais asmenimis“, kuriems turi būti aktualus „nuolatinis įsipareigojimas siekti pagrindinių sveikatos sistemos tikslų, tokių kaip dėmesys gyventojų poreikiams“, sistemingai ir palaipsniui „siekiant pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų ir gyvenimo kokybę“. Pasak ekspertų, siekiant mažinti korupcijos apraiškas sveikatos apsaugos sistemoje, reikalinga „diegti informacinių technologijų sprendimus visuose valdymo ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygiuose“ (N3), o skaidrinant šiuos procesus „kiek įmanoma daugiau konsoliduoti viešųjų pirkimų procesus“ (N1) ir turėti „efektyvius sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo rodiklius, jų stebėseną ir galimybę visuomenei suprantamu būdu pademonstruoti esamus trūkumus ir numatomų sprendimų galimybes“ (N1). Vadovaujantis „Transparency International“ skelbiamu Korupcijos suvokimo indekso duomenimis, 2018 m. Lietuvai skirti 59 balai iš 100 galimų (kuo aukštesnis balas, tuo šalis korupcijos atžvilgiu yra skaidresnė) ir 38 vieta iš 180 šalių sąrašė, kuriose suvokimas apie šalyje paplitusias korupcijos apraiškas yra mažiausias. Taip pat ekspertai (N3) nurodo tokias trikdžių valdymo priemones, kaip „visuomenės ir asmens sveikatos specialistų sveikatos raštingumo didinimas“. Ekspertų (N2) nuomone, reikėtų reglamentuoti PSDF biudžeto įstatymo pajamų ir išlaidų struktūrą (dabar ji nėra reglamentuota iš viso), nurodant, kad „lėšos valstybės deleguotoms funkcijoms vykdyti turi būti detaliizuotos pagal kiekvieną funkciją atskirai tiek pajamų, tiek išlaidų dalyje“. Tai padėtų iš valstybės biudžeto užsitikrinti didesnę šiems tikslams skiriamų lėšų apimtį, priklausomiesiems įsipareigojimams įvykdyti ir teisingesnę bei proporcingesnę jų paskirstymą priskirtoms ir deleguotoms valstybės funkcijoms įgyvendinti. Ekspertai (N1) taip pat pabrėžia, kad „glaudesnis viešojo ir privataus sektorių bendradarbiavimas suteiktų galimybę, pavyzdžiui, „įdarbinti“ šiuo metu pilnai neišnaudojamą medicininę įrangą“.

Nurodydami politinius sprendimus ir veiksmus pasipriešinimo mažinimui, įgyvendinant pokyčius sveikatos sektoriuje, ekspertai įvardino „kompetencijų tobulinimą

sveikatos priežiūros politikų, organizatorių bei vadovų lygmenyje“ (N4), nes „politinė sistema turi įgyti kompetencijų, būtinų sistemos finansavimo pokyčių ir naujų vystymo kryptių“ (N2), o šių pokyčių sėkmingam įgyvendinimui būtinas „sistemiškas ir tikslingas planavimas“ (N1). Pasak ekspertų, toks pasirengimas apima „aiškius ir detalius paruoštų projektų pristatymus savivaldos, regioniniu bei nacionaliniu mastu“ (N1), taip pat „diskusiją su visomis suinteresuotomis grupėmis“ (N1). Kaip itin svarbus veiksnys, akcentuojamas „didesnis sveikatos priežiūros specialistų įsitraukimas į pokyčių komunikaciją“ (N3).

Vertinant rezultatus, galima teigti, kad ekspertų įvardintos pokyčių įgyvendinimo trikdžių identifikavimo priemonės iš esmės sutampa su mokslinėje literatūroje (Alberti, 2003; Kotter, Schlesinger, 1979; Grybienė, Šimbelis, 2009; Raina, 2018; Ginter ir kt., 2018) analizuojamomis priemonėmis, kurios dažniausiai siejamos su politine valia įgyvendinti reformas, finansinių išteklių užtikrinimu, kompetencijų tobulinimu sveikatos priežiūros politikų, organizatorių bei vadovų lygmenyje, diskusija su visomis suinteresuotomis grupėmis, tarpinstituciniu bendradarbiavimu, investicijomis į inovacinę veiklą, naujų medicininių technologijų diegimą bei didesniu sveikatos priežiūros specialistų įsitraukimu į pokyčių įgyvendinimo procesus.

2.2.2.4. Organizacijų pasirengimas įgyvendinant pokyčius

Siekiant išsiaiškinti organizacijų pasirengimą įgyvendinant pokyčius, ekspertų buvo prašoma pateikti, jų manymu, svarbiausius organizacijų pasirengimo inovatyvių pokyčių įgyvendinimui veiksnius, taip pat veiksmus ir metodus, formuojant žmogiškųjų išteklių politiką bei nurodyti informacinių technologijų įtaką optimizuojant sveikatos sektoriaus valdymo procesus.

Išskirdami svarbiausius organizacijų pasirengimo inovatyvių pokyčių įgyvendinimui veiksnius, daugiausiai, 5 ekspertai, nurodė dažniausiai mokslinėje literatūroje (Seijts, Latham, 2005; Raina, 2018; Ginter ir kt., 2018) analizuojamus veiksnius sėkmingam pokyčių įgyvendinimo pasirengimui, tokius kaip lyderystė ir darbuotojų įtraukimas į pokyčių procesą bei motyvacija. Ekspertai (N2) akcentuoja „visų lygių darbuotojų įsitraukimą ir vienodą pokyčių tikslo suvokimą“, taip pat 4 ekspertai įvardino „pakanamą sveikatos raštingumą“ bei „įgalinančio vadovo buvimą“. Ekspertai pabrėžė, kad organizacijų pasirengimas pokyčių įgyvendinimui turi būti pradėtas nuo „strateginių tikslų parengimo“ (N6), taip pat „suderinto ir patvirtinto ilgalaikio organizacijos strateginio veiklos plano, įvertinant išorės ir vidaus veiksnius bei supažindinant darbuotojus su būsimais pokyčiais, pagrindžiant poreikį tai atlikti, bei laukiamais rezultatais“ (N3). Kiti ekspertai išskiria sveikatos priežiūros vadybos aspektus, kaip „sveikatos priežiūros tikslų įgyvendinimo procesą“ (N1) naudojant žmogiškuosius, finansinius ir techninius išteklius, kurie apima „strateginę ir operatyvinę valdymo veiklą, tokią kaip rezultatų vertinimas ir žmogiškųjų bei finansinių išteklių valdymas“ (N2).

Vertinant žmogiškųjų išteklių pokyčių valdymo sritį, ekspertai nurodo „darbuotojų gebėjimų ir kompetencijų ugdymą“, cituodami S. Robbins 4 vystymosi procesus: įsisavinimas, vystymasis, asmenybės tobulinimo motyvacija ir palaikymas (N5). Ekspertų nuomone, tinkamam žmogiškųjų išteklių valdymui svarbus koordinuojančių,

kontroliuojančių, vykdančių institucijų (organizacijų) darbuotojų kompetencijos tobulinimas, taip pat tarpinstitucinis bendradarbiavimas su nevyriausybinėmis organizacijomis, vietos valdžios institucijomis, keičiantis gerąja tarptautine šalių praktika (N2). Pasak ekspertų, „savirealizacijos ir profesinio augimo galimybė organizacijoje“ ar „galimybė keisti ir gerinti organizaciją (LEAN filosofijos diegimas institucijoje)“ gali turėti stiprų poveikį organizacijos pokyčių procesams (N1).

Didžioji dalis ekspertų teigia, kad šiuo metu galiojanti draudiminė sveikatos apsaugos sistema yra ženkliai pranašesnė už buvusį biudžetinį finansavimą, o biudžetinių sveikatos priežiūros įstaigų transformavimas į viešąsias įstaigas suteikė pastarosioms, kad ir nepakankamą, bet ženkliai didesnę finansinę savarankiškumą (N4). Ekspertų nuomone, deklaruojamas prioritetas pirminei asmens sveikatos priežiūrai, tačiau finansiniais ištekliais neskirti“ ir pabrėžia, kad finansavimo modelį vertintų teigiamai, jei būtų „įgyvendintas principas ir į paslaugų įkainius būtų įskaičiuoti turto nusidėvėjimo bei amortizacijos kaštai, kurie leistų įstaigoms tinkamai subalansuoti lėšas“ (N3). Kita dalis ekspertų siūlo skatinti viešas diskusijas apie sveikatos sistemos biudžetą, kuris turi būti vertinamas ne kaip finansinė našta, o kaip plėtros priemonė, daugiausia dėmesio skiriant visuomenės gerovei (N1).

Ekspertų teigimu, informacinės technologijos „keičia sveikatos priežiūros sistemą ir artimoje ateityje pakeis žmogiškųjų išteklių dalį“ (N8). E. sveikatos technologijų plėtros tikslas – „pagerinti ir pacientą orientuotą priežiūrą ir tuo pačiu teikti prieinamą informaciją pacientams, medicininių paslaugų teikėjams, administratoriams ir politikos formuotojams“, o „inovacijos pareikalaus naujų savo srities specialistų“ (N5). Ekspertų (N2) nuomone, dabartinės investicijos medicininei įrangai ir informacinių technologijų pritaikymas įstaigų valdymo procesuose priklauso nuo finansavimo. Todėl ekspertai pabrėžia, kad „reikėtų siekti ir paslaugų įkainių įskaičiuoti amortizacinius atskaitymus“ ir įstaigų biudžete numatyti dalį lėšų skirti inovatyvių investicinių projektų įgyvendinimui, taip pat akcentuoja, kad visuose lygmenyse „būtina atlikti skaitmeninimą ir vietinių bei centrinių institucijų informacinių sistemų integraciją“ (N3). Ekspertai pabrėžia, kad nauji sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modeliai (nuotolinės sveikatos priežiūros paslaugos taikant e. sprendimus; ambulatorinių slaugos paslaugų plėtra, gerinant paslaugų prieinamumą; bendrosios praktikos slaugytojų savarankiškumo didinimas; telemedicina ir kt.) ir „duomenų, susijusių su informacija apie paciento sveikatą, konsolidavimas vienoje duomenų bazėje (ESPBI IS)“ gali būti naudojami siekiant pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo efektyvumą ir savalaikiškumą (N5). Ekspertai siūlo „diegti ir plėtoti informacinių ir ryšių technologijų priemonėmis teikiamas nuotolines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, tokias kaip „šeimos gydytojas – pacientas“, „šeimos gydytojas – gydytojas specialistas“, „slaugytojas – šeimos gydytojas“, „ambulatorinės grandies slaugytojas – stacionaro grandies slaugytojas“ (N1). Taip pat įvardijama paslaugų kokybės ir saugumo stebėsenos modulių įteisinimo svarba bei „išankstinės pacientų registracijos ir pacientų srautų valdymo būtinybė“ (N2). Vienas ekspertas tarp informacinių technologijų priemonių, optimizuojant valdymo procesus, paminėjo „telemedicinos ir nuotolinių konsultacijų galimybę“ ir „mobilios sveikatos platformos pacientams diegimą“.

2.2.2.5. Pokyčių įgyvendinimas Europos Sąjungos šalių sveikatos sektoriuje

Siekiant išsiaiškinti nuomonę apie pokyčių įgyvendinimą ES šalių sveikatos sektoriuje, ekspertų buvo prašoma nurodyti valdymo pokyčius siekiant patenkinti gyventojų poreikius ir lūkesčius, taip pat metodus ar priemones, jų manymu, galinčius sumažinti atskirtį ar netolygumus sveikatos srityje.

Ekspertai, įvardindami galimus valdymo pokyčius siekiant pagerinti visuomenės poreikius ir lūkesčius, dažniausiai nurodė informacinių technologijų plėtrą sveikatos sistemoje. Ekspertų atsakymai suskirstyti pagal tris siūlomas (teisinės, informacinių technologijų diegimo ir bendradarbiavimo) priemonių grupes (žr. 20 lentelę).

20 lentelė. ES šalių ekspertų siūlomi valdymo pokyčiai siekiant patenkinti gyventojų poreikius ir lūkesčius

| Priemonių grupės | Priemonės |
|--|---|
| Teisinės priemonės | ES teisinės bazės suvienodinimas; etiško valdymo įvedimas, atsižvelgiant į žmogaus teises ir besikeičiančias visuomenės struktūras bei poreikį reaguoti į naujus iššūkius, užtikrinant visiems vienodas galimybes naudotis aukštos kokybės prieinamomis sveikatos priežiūros ir socialinėmis paslaugomis. |
| Informacinių technologijų diegimo priemonės | Technologijų diegimas visuose sveikatos sektoriaus valdymo lygmenyse siekiant pagerinti paslaugų prieinamumą, kokybę bei veiksmingumą; paslaugų teikimo sistemos modernizavimas: paslaugų standartų įvedimas ir taikymas; naujų standartų patvirtinimas paslaugų teikimui taikant skaitmenines technologijas; e. sveikatos duomenų apsikeitimo tarp šalių galimybė. |
| Bendradarbiavimo priemonės | Gerosios praktikos sklaida tarp bendrijos narių bei naujų modernių technologijų taikyme; šalių bendradarbiavimas brangių medikamentų ir įrangos įsigijimo srityje. |

Šaltinis: parengta autorės.

Ekspertų nuomone, vyriausybės turėtų „iš naujo persvarstyti ir nustatyti Europos socialines vertybes, kuriomis grindžiama sveikatos priežiūros sistema, užtikrinant jos tvarų vystymąsi“ (N4). Siekiant mažinti atskirtį sveikatos priežiūros srityje, ekspertai siūlo „efektyvių, inovatyvių sveikatos priežiūros paslaugų“ ir jų teikimo modelių, sprendimų, skirtų gerinti kokybiškų, veiksmingų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą regionų ir tikslinių grupių gyventojams, taip pat inovatyvių modelių „išbandymas pilotiniais projektais“, jų vertinimas, diegimas, plėtra bei įgyvendinimo stebėseną (N4). Ekspertai nurodo itin svarbių pasaulinėje praktikoje pasiteisinusių „ligų valdymo praktikų diegimą“ kartu stiprinant pacientų raštingumą bei sveikatos priežiūros specialistų žinias, kvalifikaciją, tobulinimąsi, grįstą mokslo įrodymais, bei tiks-

linių gyventojų grupių „įgalinimo aktyviai dalyvauti sveikatos priežiūros veikloje didinama“ (N1). Pabrėžiama būtinybė investicijomis stiprinti „pacientų, nevyriausybiinių organizacijų, vietos bendruomenių ir sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimą“, skatinant lygiavertę partnerystę bei didinant sveikatos raštingumą (N3). Ekspertų (N1) nuomone, vertinant Lietuvos sveikatos priežiūros specialistų migracijos mastus, būtų tikslinga į valstybės strateginius dokumentus įrašyti siekį, kad ir „Lietuvoje iki tam tikros datos būtų pasiekta proporcija, jog medikų atlyginimai atitinkamai 5 (gydytojų) ir 3 kartus (slaugytojų) būtų didesni už Lietuvos darbo užmokesčio vidurkį“. Ekspertai pabrėžia, kad „išsprendus valstybės įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis padidinimo problemą“, atsirastų galimybė „ženkliesiems ir spartesniems medikų atlyginimo didinimui“ (N1).

Apibendrinant teiginius, galima daryti išvadą, kad ekspertų įvardijami sveikatos sektoriaus pokyčių įgyvendinimo trikdžiai ir pasipriešinimo faktoriai bei siūlomos valdymo tobulinimo strateginės priemonės iš esmės sutampa su disertacijos teorinėje dalyje identifikuotais esminiais aspektais. Pabrėžtina, kad sveikatos sektoriaus pokyčių įgyvendinimo trikdžiai ir pasipriešinimo faktoriai ekspertų dažniausiai siejami su vidaus (valdymo – aiškios pokyčių įgyvendinimo koncepcijos pasirinkimu; finansavimo optimizavimu – ribotų išteklių tinkamas paskirstymas) ir išorės (politinės, teisinės, bendradarbiavimo aplinkos – skaidrinimas ir visų suinteresuotųjų įtraukimas) esminiais aspektais.

2.3. Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovų apklausos rezultatai

2.3.1. Apklausos metodo pagrindimas ir tyrimo metodika

Siekiant identifikuoti pagrindinius pokyčių įgyvendinimo tikslus, pokyčių valdymo proceso trikdžius, pasipriešinimo faktorius ir įvertinti pokyčių įgyvendinimo aplinką Lietuvos AASPĮ, tyrime buvo pasirinkta atlikti Lietuvos AASPĮ vadovų apklausą. Apklausą yra vienas iš dažniausiai tyrimuose naudojamų struktūruotų duomenų rinkimo metodų ir „pirminės sociologinio pobūdžio informacijos gavimo būdų“ (Kardelis, 2017), kur kiekvienas respondentas atsako į tuos pačius klausimus išdėstytais tokia pačia tvarka pagal vienodas instrukcijas. Apklausos metodas suteikia galimybę „kiekybiškai aprašyti požymių reikšmių pasiskirstymą tiriamoje populiacijoje“ (Gaižauskaitė, Mikėnė, 2014). Šis metodas taikomas siekiant nustatyti ryšius tarp teorijos ir faktų (empirinių duomenų). Itin svarbu, kad klausimynas atspindėtų tyrimo kontekstą ir atsakytų į tyrime iškeltus probleminius klausimus (Žydžiūnaitė, 2011, Kardelis, 2017).

Pagrindinis **kiekybinio tyrimo tikslas** – nustatyti pokyčių valdymo trikdžius ir įvertinti pokyčių įgyvendinimo aplinką AASPĮ, įvertinus tyrime dalyvavusių vadovų nuomonę.

Tyrimo uždaviniai:

1. Identifikuoti pagrindinius tikslus siekiant įgyvendinti valdymo pokyčius AASPĮ.
2. Nustatyti svarbiausius veiksnius siekiant sėkmingai įgyvendinti pokyčius AASPĮ.

3. Identifikuoti svarbiausius organizacijų pasirengimo inovatyvių pokyčių sprendimų įgyvendinimui veiksniai ir pokyčių valdymo trikdžius AASPI.
4. Įvertinti pokyčių valdymo aplinką Lietuvos AASPI.

Tyrimo objektas – organizacijų pasirengimo inovatyvių pokyčių įgyvendinimui veiksniai, trikdžiai ir pokyčių valdymo aplinka.

Tyrimo atlikimo laikotarpis: 2019 m. liepos – rugsėjo mėn.

Tyrimo strategija. Naudota neakivaizdinio pobūdžio elektroninė apklausa sistemoje www.apklausa.lt. Apklausoje anketą sudarė įvadinė dalis, anketos pildymo informacija ir 28 uždari bei pusiau uždari klausimai. Klausimyną sudarė klausimai su pasirinkimu iš kelių alternatyvių atsakymų, vertinimo skalės, verbalinių dažnių skalės ir Likerto skalės (žr. 4 priedą). Ekspertų interviu rezultatai naudojami kaip klausimyno formuluočių konstravimo pagrindas. Kiekvienas tam tikrų indikatorių blokas buvo pildomas konkrečiais klausimais ar teiginiais, kurie taip pat ekspertų interviu buvo koreguojami ir supaprastinami. Sudarius pirminį tyrimo instrumentą – klausimyną – atliktas pilotinis tyrimas, kurio tikslas – identifikuoti neaiškius ar sunkiai suprantamus klausimus, teiginius ar formuluotes. Taip pat buvo siekiama išsiaiškinti, ar respondentes supranta ir aiški klausimyno pildymo instrukcija ir eiga.

Tyrimo dalyvavusių AASPI vadovų socialinį portretą atskleidžiantys klausimai formuluoti vadovaujantis bendromis apklausų anketų klausimų sudarymo rekomendacijomis (Gaižauskaitė, Mikėnė, 2014; Kardelis, 2017). Tyrimo objektą atskleidžiantys klausimai formuluoti remiantis teorinio pokyčių valdymo modelio struktūriniais elementais ir jų tarpusavio sąveika (žr. 1.4 skyrių). Kai kurių klausimų formuluotės papildytos ar pakoreguotos atsižvelgiant į tam tikrus antrinių duomenų, strateginių dokumentų, teisės aktų analizės bei ekspertų tyrimo metu išskirtus aspektus (žr. 2.1–2.2 skyrius). Klausimyne išskirtos penkios tyrimo klausimų grupės, kuriomis siekiama apibrėžti tyrimo dalyvavusių ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovų socialinį portretą, išsiaiškinti vadovų pokyčių valdymo sampratą, pagrindinius tikslus įgyvendinant pokyčius sveikatos priežiūros įstaigose ir pokyčių įgyvendinimo tendencijas, identifikuoti sėkmingo pokyčių įgyvendinimo veiksniai ir trikdžius bei pokyčių įgyvendinimo aplinką (žr. 21 lentelę). Kiekvienoje klausimų grupėje išskirti tyrimo indikatoriai, klausimų moksliniai šaltiniai ir duomenų analizės metodai. Klausimyno patikimumas įvertintas paskaičiuojant klausimų suderinamumo Kronbacho a koeficientą (klausimynas laikomas patikimu, kai mažiausia a reikšmė laikoma 0,7 (Gaižauskaitė, Mikėnė, 2014)). Klausimyno Kronbacho koeficientas $a = 0,972$, t. y. $a > 0,7$, todėl klausimynas laikomas patikimu. Klausimyno validumas užtikrinamas pateikiant pagrindinių sąvokų apibrėžimus, nurodant tam tikrų reiškinių pavyzdžius, taip pat klausimus aptariant su keliais sveikatos priežiūros mokslo srities specialistais bei sveikatos priežiūros įstaigų vadovais.

21 lentelė. Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovų apklausos tyrimo kriterijai ir indikatoriai

| Tyrimo kriterijai ir indikatoriai | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|--|
| | Tyrimo klausimų grupių kriterijai | Tyrimo indikatoriai | Šaltiniai | Duomenų analizės metodai |
| I. | Apibrėžti tyrime dalyvavusių ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovų socialinį portretą. | Lytis; amžius; išsilavinimas; pareigos darbo stažas. | I. Gaižauskaitė, S. Mikėnė, 2014; Gaižauskaitė, Valavičienė, 2016; K. Kardelis, 2017. | Vienmatės dažnių lentelės; sąsajų lentelės. |
| II. | Išsiaiškinti vadovų pokyčių valdymo sampratos ir pagrindinių tikslų įgyvendinant pokyčius sveikatos priežiūros įstaigose suvokimą. | Pokyčių valdymo sąvoka; svarbiausi tikslai įgyvendinant pokyčius sveikatos priežiūros įstaigose. | Greiner, 1972; Salamon, 1989; Nadler, Tushman, 1990; Goodstein, Burke, 1991; Garvey, 1997; Peters, Pierre, 1998; Kettl, 2000; Videikienė, Šimanskienė, 2014; Ginter ir kt., 2018; Raina, 2018. | Vienmatės dažnių lentelės; sąsajų lentelės. |
| III. | Išsiaiškinti pokyčių įgyvendinimo tendencijas ambulatorinėse ASPĮ. | Teisinės bazės vertinimas; per pastaruosius 5 metus įstaigoje įdiegti pokyčių valdymo modeliai; sritys, kuriose per 5 metus įstaigoje buvo įdiegtos ar optimizuotos pokyčių valdymo proceso organizacinės veiklos priemonės. | Morauskienė, 2013; OECD, 2018; Ginter ir kt., 2018. | Vienmatės dažnių lentelės; sąsajų lentelės. |
| IV. | Identifikuoti sėkmingo pokyčių įgyvendinimo veiksnius ir trikdžius. | Svarbiausi veiksniai siekiant sėkmingai įgyvendinti pokyčius; didžiausi trikdžiai įgyvendinant pokyčius; svarbiausi veiksniai, darantys įtaką sėkmingam programų ir projektų įgyvendinimui. | Gouldner, 1960; Lee, 1971; Hall, Schneider, 1972; Mowday ir kt., 1979; Beckhard, Harris, 1987; Balfour, Wechsler, 1990; I. Ansoff, 1990; R. Rumelt, 1995; K. Klein, J. Sorra, 1996; R. Belbin, 1996; D. Waddell, A. Sohal, 1998; D. Waddell, A. Sohal, 1998; R. Raina, 2018. | Vienmatės dažnių lentelės; sąsajų lentelės; koreliacinė analizė. |
| V. | Identifikuoti pokyčių įgyvendinimo aplinką. | Pokyčių valdymo strategija; finansiniai ištekliai; pokyčių procesų vertinimas; įstaigos pasirengimas valdyti pokyčius. | Beckhard, Harris, 1987; Balfour, Wechsler, 1990; R. Belbin, 1996; Moran, Brightman, 2001. | Vienmatės dažnių lentelės; sąsajų lentelės. |

Šaltinis: sudaryta autorės.

Respondentų atranka. Kiekybinio tyrimo respondentai – netikimybinė imtis, atrinkti ekspertinės imties pagrindu. Anketinės apklausos tyrime sutiko dalyvauti Lietuvos gydytojų vadovų sąjunga (toliau – LGVS) – ne pelno siekianti organizacija, vienišanti juridinius asmenis, turinčius teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas, ir fizinius asmenis, dirbančius vadovaujantį darbą sveikatos priežiūros ar sveikatinimo paslaugas teikiančiose įstaigose.

LGVS savo veiklą pradėjo 1991 m. kovo 27 d. Dabartinė šios sąjungos teisinė forma – asociacija. Šiuo metu asociacijai priklauso virš 140 narių (tarp kurių universiteto, Respublikinės, regioninės ir rajoninės ligoninės; poliklinikos; pirminės sveikatos priežiūros centrai; psichiatrijos ligoninės; greitosios medicinos pagalbos stotys; sanatorijos; psichikos sveikatos centrai; reabilitacijos bei slaugos ligoninės ir kt.). 1996 m. rugpjūčio 31 d. LGVS priimta į Europos ligoninių vadovų asociaciją (angl. European Association of Hospital Managers (toliau - EAHM)). EAHM buvo įkurta 1970 m. Tai yra 27 pirmaujančių ligoninių valdymo asociacijų, esančių 26 Europos šalyse, atstovaujanti daugiau kaip 16 000 atskirų narių, skėtinė asociacija. EAHM yra viena didžiausių ligoninių valdymo asociacijų pasaulyje. Ji atstovauja valstybinių ir privačių ligoninių vadovams Europos Sąjungoje ir tarptautiniu lygiu. LGVS teikia siūlymus Lietuvos Respublikos Vyriausybei ir Lietuvos Respublikos Seimui, SAM ir kt. ministerijoms, savivaldybėms bei organizacijoms sveikatos politikos formavimo klausimais; organizuoja įvairius renginius, dalyvauja teisės aktų ir programų rengime bei įgyvendinime. LGVS taip pat rengia mokymus, seminarus ir konferencijas ASPĮ vadovams darbo organizavimo, pokyčių valdymo temomis, taip pat vykdo ir tarptautinį bendradarbiavimą su kitomis užsienio šalyse esančiomis sveikatos priežiūros organizacijomis, vertindama geriausias praktikas. LGVS kartu su EAHM rengia kongresus ir konferencijas.

Tyrimo imtis. Reprezentatyvios imties sudarymas yra viena iš svarbiausių sėkmingo tyrimo sąlygų, t. y. imtis turi kuo tiksliau atspindėti populiaciją, iš kurios ji sudaryta ir užtikrinti mažą imties paklaidą (Pukėnas, 2009). Mokslininkai patikimiausiomis laiko didelių apimčių atsitiktines imtis (Kardelis, 2002). Imtis laikoma reprezentatyvia, jei ji atspindi turimos problemos galimų reikšmių proporcijas populiacijoje. Generalinė aibė – visuma stebėjimo vienetų, esamų toje srityje, kuriai skiriamos tyrimo išvados. Remiantis mokslinių tyrimų praktika, reprezentatyvios imties skaičius nustatomas pagal generalinės aibės visumą, tačiau disertaciniame darbe nustatyti generalinės aibės dydį yra itin sudėtinga. Pagrindinis atrankos kriterijus – aktyvus AASPI vadovo dalyvavimas sveikatos politikos formavimo klausimais, dalyvavimas rengiant bei įgyvendinant teisės aktus ir programas. Tyrimo imtis skaičiuota vadovaujantis dažnai moksliniuose tyrimuose naudojama formule (žr. 22 pav.) (Gaižauskaitė, Mikėnė, 2014), kur n – imties dydis, t – Stjudento koeficientas (pasirinktas 95 proc. patikimumo lygmuo, $t = 1,96$), p – atsakymų pasiskirstymas (50 proc., $p = 0,5$), Δ – imties paklaidos dydis (tikslumas 8 proc., $\Delta = 0,08$; remiantis statistikos literatūra (Rudzkiėnė, 2005), kai siekiama eksperimentiškai įvertinti tam tikrus veiksnius ir palyginti gautus skirtumus, galimas ir didesnis nei 5 proc. paklaidos dydis), N – populiacijos dydis ($N=148$, viešųjų AASPI skaičius Lietuvoje, vadovaujantis 2019 m. VLK duomenimis (VLK, 2019).

$$n = \frac{t^2 N p (1 - p)}{\Delta^2 N + t^2 p (1 - p)} = \frac{1,96^2 * 148 * 0,5(1 - 0,5)}{0,08^2 * 148 + 1,96^2 * 0,5(1 - 0,5)} = 74,512057 \approx 75$$

22 pav. Tyrimo imties dydžio skaičiavimas.

Šaltinis: parengta autorės, vadovaujantis Gaižauskaitė, Mikėnė, 2014.

Remiantis tokia imties dydžio apskaičiavimo logika, kad imtis būtų pakankama, reikalinga apklausti (n) 75 AASPI vadovus. Vadovaujantis VLK duomenimis, 2019 m. Lietuvoje viešųjų AASPI skaičius – 148 (prisirašiusių gyventojų skaičius – 1991205), privačių sveikatos priežiūros centrų – 217 (prisirašiusių gyventojų skaičius – 994654). Kadangi kiekybinio tyrimo pagrindinis atrankos kriterijus pasirinktas aktyvūs AASPI vadovo dalyvavimas sveikatos politikos formavimo klausimais, dalyvavimas rengiant bei įgyvendinant teisės aktus ir programas, informacija apie vykdomą tyrimą AASPI buvo paskelbta tarpininkaujant LGVS prezidentui. LGVS priklauso virš 140 narių, iš kurių – 102 AASPI. Todėl el. paštu LGVS 102 AASPI vadovams buvo išsiųsta nuoroda į apklausos anketą. Apklausos anketas atsakė 82 respondentai. Tyrimo imties dydis – 82 AASPI vadovai. 22 pav. pateiktoje formulėje pasirinktas Studento koeficientas $t = 1,96$ garantuoja 95 proc. patikimumo lygmenį 75 respondentų imčiai, kaip apskaičiuota pagal 22 pav. formulę. Kadangi tyrimo imtis yra didesnė (tyrime dalyvavo 82 respondentai), tyrimo rezultatų patikimumas yra dar didesnis nei 95 proc.

Apklausos duomenys apdoroti naudojant kompiuterinį statistinių programų paketą IBM SPSS Statistics 23.0 bei „Microsoft Office Exel 2007“ programą. Tyrimo duomenų analizei buvo naudoti vienmatės dažnių lentelių, sąsajų lentelių (cross-tabulation) bei koreliacinės analizės metodai. Dažnių lentelės sudaromos siekiant apskaičiuoti kintamojo reikšmės pasikartojimą statistinėje eilutėje ar jo dalį procentais (Gaižauskaitė, Mikėnė, 2014). Vienmatė dažnių lentelė parodo atskiuro kintamojo reikšmės pasiskirstymą imtyje (Bilevičienė, Jonušas, 2011). Sąsajų lentelės naudojamos siekiant nustatyti, kaip kintamieji susiję tarpusavyje. Koreliacinės analizės pagalba buvo siekiama nustatyti tiriamo objekto apibūdinančių duomenų tarpusavio sąsajas ir priklausomybę. Priklausomybė reiškia vieno kintamojo įtaką kitam, o ryšys – bendrą kintamųjų kitimą. Koreliacijos koeficientas parodo, ar kintamųjų kitimas yra susietas (Bilevičienė, Jonušas, 2011).

Hipotezių tikrinimui pasirinktas reikšmingumo lygmuo α , kuris lygus 0,05 (Kardelis, 2017). Hipotezė H_0 atmetama, nes tokio laipsnio tikimybė patvirtina, kad skirtumai nėra gauti atsitiktiniu būdu, ir daroma išvada, kad koreliacija yra statistiškai reikšminga, kai apskaičiuotoji reikšmė (p-level) yra mažesnė už pasirinktą reikšmingumo lygmenį α (p-level < 0,05). Jei apskaičiuotoji reikšmė (p-level) yra didesnė ar lygi reikšmingumo lygmeniui α (p-level \geq 0,05), tuomet koreliacija nereikšminga, o kintamieji vienas nuo kito nepriklauso.

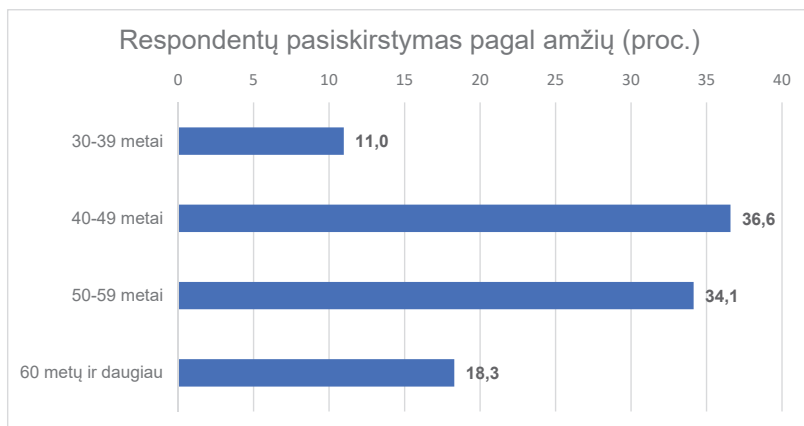
2.3.2. Tyrime dalyvavusių respondentų socialinis portretas

Tyrime dalyvavo 82 respondentai, tarp kurių 28 moterys (34,1 proc.) ir 54 vyrai (65,9 proc.) (žr. 22 lentelę). Vertinant respondentų pasiskirstymą pagal amžių, reikėtų pabrėžti, kad visi tyrimo dalyviai priklauso amžiaus grupei virš 30 metų. 9 respondentai (11 proc.) nurodė, jog priklauso amžiaus grupei nuo 30 iki 39 metų, 30 respondentų (36,6 proc.) nuo 40 iki 49 metų, 28 respondentai (34,1 proc.) priklauso amžiaus grupei nuo 50 iki 59 metų ir 15 respondentų (18,3 proc.) nurodė, jog jiems yra 60 ar daugiau metų (žr. 23 pav.).

22 lentelė. Tyrime dalyvavusių respondentų socialinis portretas

| | | proc. | N |
|---------------------------------------|--|-------|----|
| Lytis | Moterys | 34,1 | 28 |
| | Vyrai | 65,9 | 54 |
| Amžius | iki 29 metų | 0,0 | 0 |
| | 30–39 metai | 11,0 | 9 |
| | 40–49 metai | 36,6 | 30 |
| | 50–69 metai | 24,1 | 28 |
| | 60 metų ir daugiau | 18,3 | 15 |
| Išsilavinimas | Aukštasis neuniversitetinis | 1,2 | 1 |
| | Aukštasis universitetinis (bakalauro laipsnis) | 3,7 | 3 |
| | Aukštasis universitetinis (magistro laipsnis) | 74,4 | 61 |
| | Mokslų daktaro laipsnis | 20,7 | 17 |
| Užimamos pareigos | Įstaigos direktorius/vyr. gydytojas. | 84,1 | 69 |
| | Įstaigos direktorius/vyr. gydytojo pavaduotojas. | 15,9 | 13 |
| Darbo stažas dabartinėje darbovietėje | iki metų | 8,5 | 7 |
| | 1–5 metai | 26,8 | 22 |
| | 6–10 metų | 37,8 | 31 |
| | 11–20 metų | 17,1 | 14 |
| | Daugiau nei 20 metų | 9,8 | 8 |

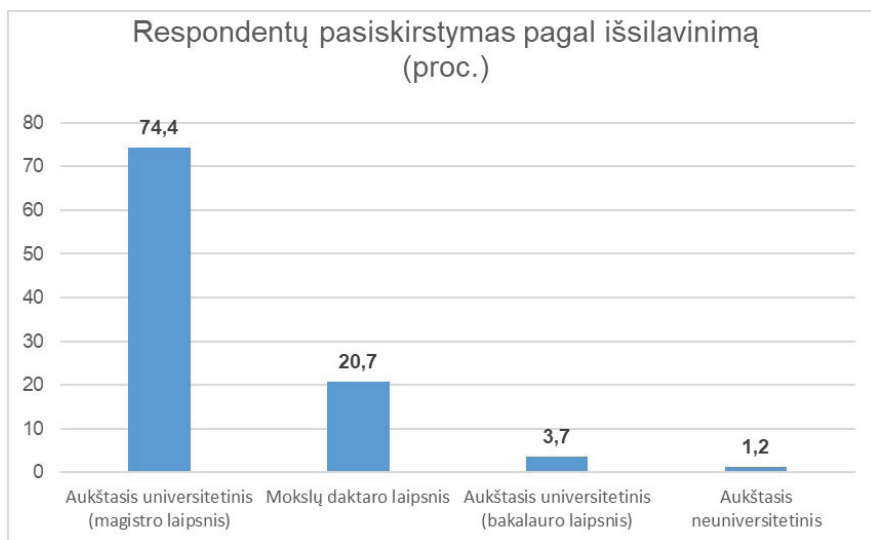
Šaltinis: parengta autorės.



23 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių, proc.

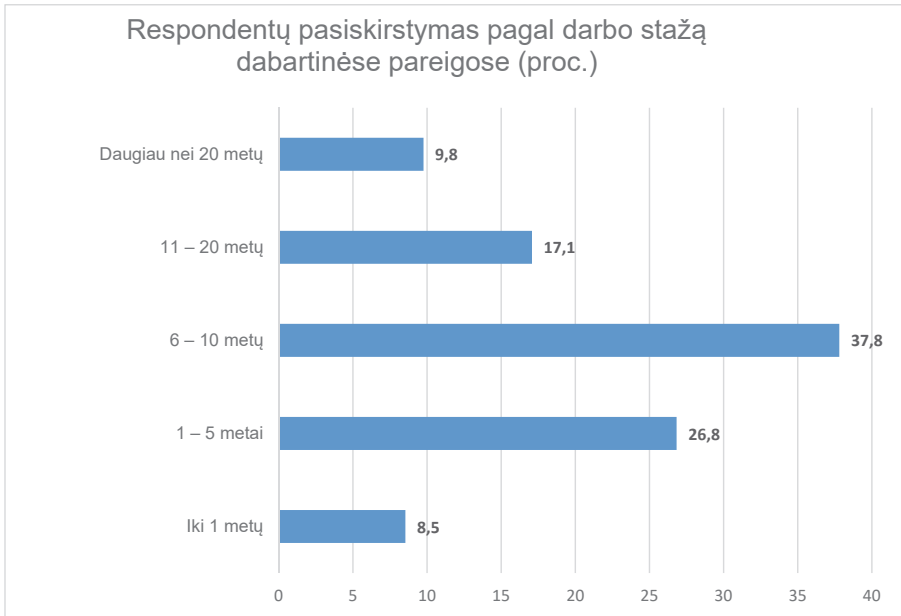
Šaltinis: parengta autorės.

69 respondentai (84,1 proc.) nurodė užimantys įstaigos direktoriaus ar vyr. gydytojo pareigas, 13 respondentų (15,9 proc.) nurodė užimantys įstaigos direktoriaus ar vyr. gydytojo pavaduotojo pareigas. Didžioji tyrimo dalyvių dalis (61 respondentas – 74,4 proc.) nurodė turintys aukštąjį universitetinį magistro laipsnį, 17 tyrimo dalyvių (20,7 proc.) turintys mokslų daktaro laipsnį, 3 tyrimo dalyviai (3,7 proc.) aukštąjį universitetinį bakalauro laipsnį ir 1 tyrimo dalyvis (1,2 proc.) aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą (žr. 24 pav.).



24 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą, proc.

Šaltinis: parengta autorės.



25 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal stažą, proc.

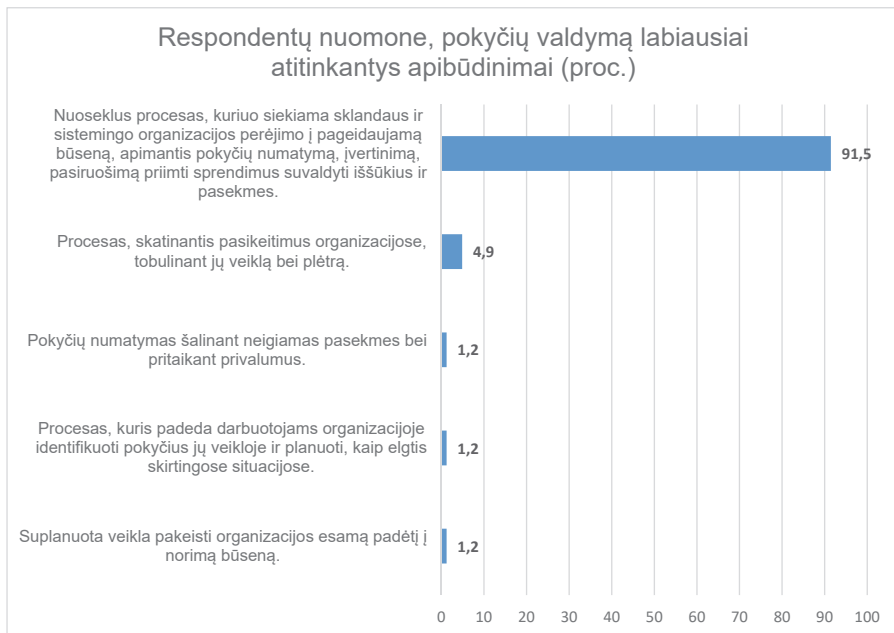
Šaltinis: parengta autorės.

Vertinant anketinės apklausos atsakymus, matome, kad didžioji dalis respondentų įstaigoms vadovauja nuo 6 iki 10 metų (37,8 proc. arba 31 respondentas), mažiausiai – iki 1 metų (8,5 proc. arba 7 respondantai) (žr. 25 pav.), todėl, darytina išvada, kad didžioji dalis vadovų turi pakankamos patirties ir yra gerai susipažinę su Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos sistemoje vykstančiais pokyčių valdymo procesais, trikdžiais, inovacijomis ir teisine aplinka.

2.3.3. Pokyčių valdymo samprata ir pagrindiniai tikslai

Vertinant tyrime dalyvavusių respondentų žinias apie pokyčius ir pokyčių valdymo tendencijas jų atstovaujamoje AASPI, buvo siekiama išsiaiškinti respondentams priminiausią pokyčių valdymo sampratą ir požiūrį į pagrindinius siekius įgyvendinant pokyčius sveikatos priežiūros įstaigose.

Siekiant identifikuoti tyrime dalyvavusių AASPI vadovų suvokiamą pokyčių valdymo sampratą, buvo prašoma iš suformuotų ir anketoje pateiktų teiginių pasirinkti, jų nuomone, išsamiausią ir tiksliausiai apibūdinantį pokyčių valdymą (žr. 26 pav.)



26 pav. Pokyčių valdymo samprata, proc.

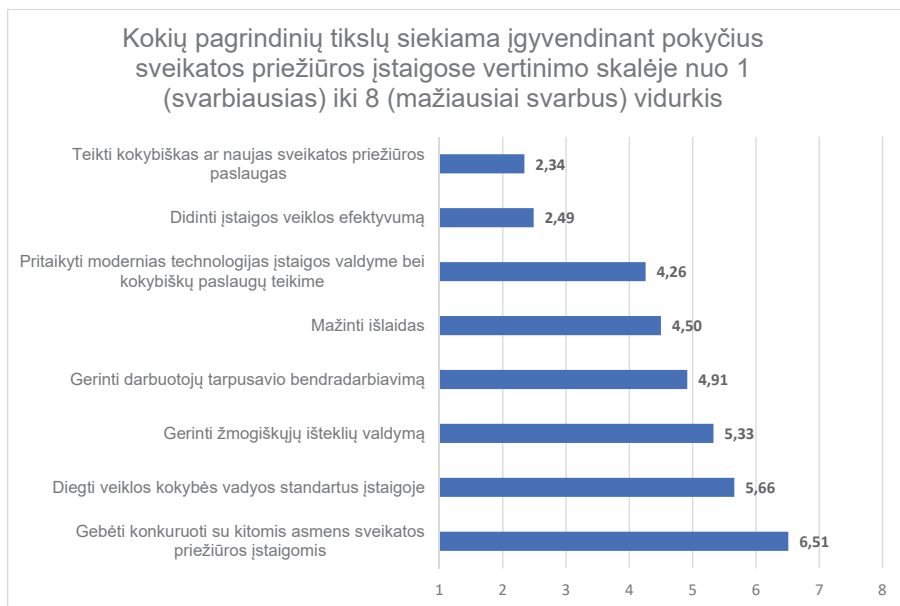
Šaltinis: parengta autorės.

Net 91,5 proc. respondentų nurodė dažniausiai mokslinėje literatūroje autorių (Greiner, 1972; Salamon, 1989; Nadler, Tushman, 1990; Goodstein, Burke, 1991; Garvey, 1997; Peters, Pierre, 1998; Kettl, 2000; Videikienė, Šimanskienė, 2014; Ginter ir kt., 2018; Raina, 2018) aprašomą pokyčių valdymo sampratą, kad „pokyčių valdymas yra nuoseklus procesas, kuriuo siekiama sklandaus ir sistemingo organizacijos perėjimo į pageidaujamą būseną, apimantis pokyčių numatymą, įvertinimą, pasiruošimą priimti sprendimus suvaldyti iššūkius ir pasekmes“ (75 respondentai). 4,9 proc. respondentų nurodė teiginį, kuriame dėmesys skiriamas organizacijos darbuotojams („pokyčių valdymas – tai procesas, kuris padeda darbuotojams organizacijoje identifikuoti pokyčius jų veikloje ir planuoti, kaip elgtis skirtingose situacijose“) (4 respondentai). Ir tik po 1,2 proc. respondentų pasirinko teiginius: „pokyčių valdymas yra suplanuota veikla pakeisti organizacijos esamą padėtį į norimą būseną“, „pokyčių valdymas yra procesas, skatinantis pasikeitimus organizacijose, tobulinant jų veiklą bei plėtrą“ bei „pokyčių numatymas šalinant neigiamas pasekmes bei pritaikant privalumus“.

Įvertinus respondentų nuomonę dėl pokyčių valdymui labiausiai tinkančio apibūdinimo, tiek mokslinėje literatūroje (Nadler, Tushman, 1990; Goodstein, Burke, 1991; Garvey, 1997; Peters, Pierre, 1998; Kettl, 2000; McNabb, 2009; Videikienė, Šimanskienė, 2014) aprašyti teiginiai, tiek AASPI vadovų atsakymuose išreikštos

nuomonės sutampa, t.y. pokyčių valdymas yra nuoseklus procesas, kuriuo siekiama sklandaus ir sistemingo organizacijos perėjimo į pageidaujamą būseną, jis apima pokyčių numatymą, įvertinimą, pasiruošimą priimti sprendimus suvaldyti iššūkius ir pasekmes.

Pokyčių valdymą siejant su organizacijos užsibrėžtais tikslais, įgyvendinimo priemonėmis ir laukiamais rezultatais, buvo siekiama nustatyti požiūrį į pagrindinius siekius įgyvendinant pokyčius sveikatos priežiūros įstaigose. Tyrimo dalyvių buvo prašoma įvertinti teiginius nuo svarbiausio iki mažiausiai svarbaus skalėje nuo 1 iki 8 (kur 1 – svarbiausias, 8 – mažiausiai svarbus) (žr. 27 pav.).



27 pav. Pagrindiniai tikslai siekiant įgyvendinti pokyčius, vnt.

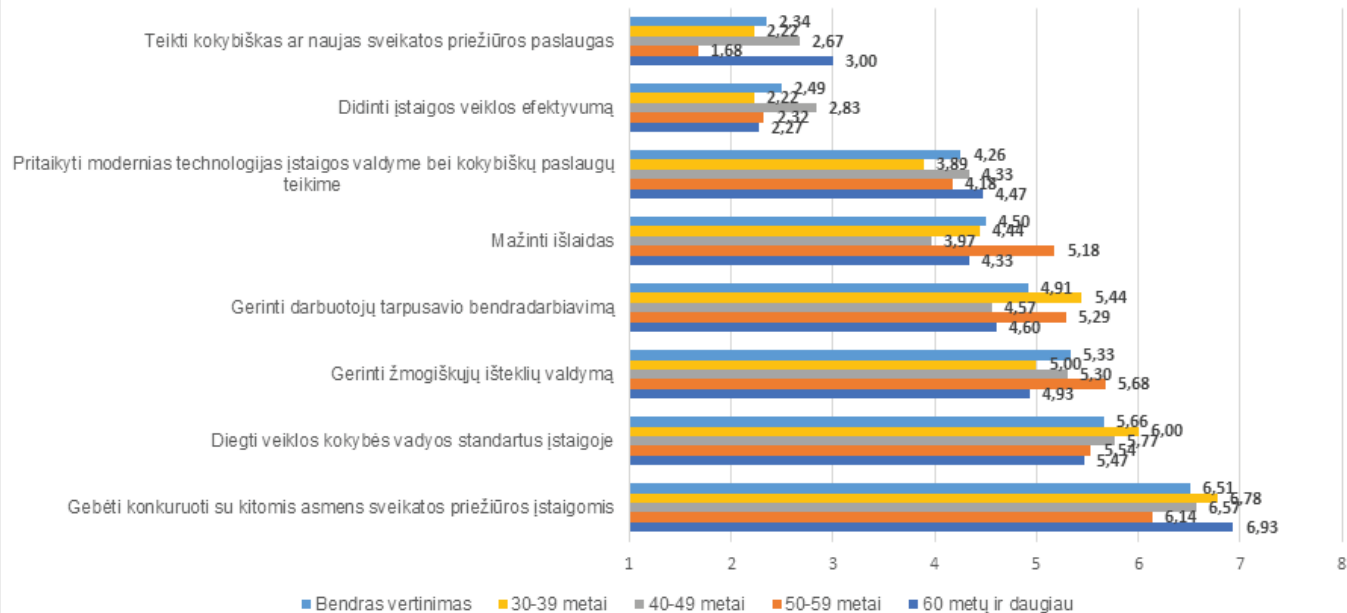
Šaltinis: parengta autorės.

Apibendrinant visų tyrimo dalyvių atsakymus, apskaičiuojamas teiginių vertinimo vidurkis. Kuo jis mažesnis, tuo teiginys labiau vertinamas, kaip svarbus. Respondentai dažniausiai nurodė, kad svarbiausias tikslas, kurio siekiama įgyvendinant pokyčius sveikatos priežiūros įstaigose, yra kokybiškų ar naujų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas (vertinimų vidurkis 2,34), antroje vietoje nurodytas įstaigos veiklos efektyvumo didinimas (vertinimų vidurkis 2,49), trečioje vietoje – modernių technologijų taikymas įstaigos valdyme ir teikiant kokybiškas paslaugas (vertinimų vidurkis 4,26). Mažiausiai svarbūs nurodyti tokie tikslai, kaip veiklos kokybės vadybos standartų diegimas įstaigoje (vertinimų vidurkis 5,66) ir gebėjimas konkuruoti su kitomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis (vertinimų vidurkis 6,51). Pirmosios trys tikslų grupės,

kaip kokybiškų ar naujų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, įstaigos veiklos efektyvumo didinimas ir modernių technologijų taikymas įstaigos valdyme ir teikiant kokybiškas paslaugas sutampa su ekspertų ir mokslinėje literatūroje (Kettl, 2000; Ginter ir kt., 2018) pateiktais pagrindiniais pokyčių valdymo tikslais, tačiau pabrėžtina, kad respondentai rečiau nurodo tokius ekspertų ir tyrėjų (Watson, Carte, 2000; Walker, 2002; McNabb, 2009; Raina, 2018) nurodomus siektinus tikslus, kaip žmoniškųjų išteklių valdymo gerinimas ar darbuotojų tarpusavio bendradarbiavimo gerinimas, kurių įgyvendinimui derėtų skirti didesnę dėmesį.

Palyginus skirtingoms amžiaus grupėms priklausančių respondentų teiginių vertinimo vidurkius matyti, jog didžiausi skirtumai išryškėja vertinant, kiek tikslas teikti kokybiškas ar naujas sveikatos priežiūros paslaugas yra svarbus. Didžiausią svarbą jam teikia 50–59 metų amžiaus grupei priklausantys respondentai (vertinimų vidurkis 1,68), antroje vietoje 30–39 metų amžiaus grupei priklausantys respondentai (vertinimų vidurkis 2,22), trečioje vietoje 40–49 metų amžiaus grupei priklausantys respondentai (vertinimų vidurkis 2,67), o mažiausiai iš visų amžiaus grupių svarbos šiam tikslui teikia 60 metų ir vyresni respondentai (vertinimų vidurkis 3) (žr. 28 pav.)

Kokių pagrindinių tikslų siekiama įgyvendinant pokyčius sveikatos priežiūros įstaigose
vertinimo skalėje nuo 1 (svarbiausias) iki 8 (mažiausiai svarbus) vidurkis
(pasiskirstymas pagal amžių)



28 pav. Pagrindiniai tikslai siekiant įgyvendinti pokyčius (pasiskirstymas pagal amžių)

Šaltinis: parengta autorės.

Įstaigos veiklos efektyvumo didinimą, kaip svarbesnį tikslą, nurodo 30–39 metų amžiaus grupei priklausantys respondentai, mažiausiai svarbos šiam tikslui skiria 40–49 metų respondentai (vertinimų vidurkis 2,83). 30–39 metų amžiaus respondentai skiria daugiausia dėmesio modernių technologijų pritaikymui įstaigos valdyje bei teikiant kokybiškas paslaugas lyginant su kitomis amžiaus grupėmis (vertinimų vidurkis 3,89), mažiausiai dėmesio tam skyrė 60 metų ir vyresni respondentai (vertinimų vidurkis 4,47). Vertinant rezultatus, 30–39 metų amžiaus grupės respondentai prioritetą teikia modernių technologijų pritaikymui įstaigos valdyje bei teikiant kokybiškas paslaugas, tačiau kitų amžiaus grupių respondentai rečiau nurodo ekspertų ir tyrėjų (Moran, Brightman, 2001; Celik, Ozsoy, 2016; Moran, 2019) pateikiamą priemonę diegti ir plėtoti informacines technologijas sveikatos priežiūros įstaigose siekiant pokyčių įgyvendinimo.

Išlaidų mažinimą mažiau svarbiu tikslu nei kitų amžiaus grupių respondentai nurodo 60 metų ir vyresni tyrimo dalyviai (vertinimų vidurkis 5,18), svarbesniu nei kitiems respondentams minėtas tikslas buvo 40–49 metų respondentams (vertinimų vidurkis 3,97). Taip pat 40–49 metų ir 60 metų bei vyresni respondentai išlaidų mažinimui teikia daugiau dėmesio nei modernių technologijų pritaikymui įstaigos valdyje bei teikiant kokybiškas paslaugas (40–49 metų respondentų vertinimo vidurkiai 3,97 ir 4,33; 60 metų ir vyresnių respondentų vertinimų vidurkiai 4,33 ir 4,47).

Įstaigos veiklos efektyvumo didinimui įgyvendinant pokyčius sveikatos priežiūros įstaigose prioritetą teikia 30–39 metų, 60 metų ir vyresni tyrimo dalyviai lyginant su kitų amžiaus grupių respondентаis (vertinimų vidurkiai 2,22 ir 2,27). 30–39 metų respondentų vertinimai nuo kitų amžiaus grupių skiriasi vertinant žmogiškųjų išteklių valdymą ir darbuotojų tarpusavio bendradarbiavimo gerinimą, kaip pagrindinius tikslus (vertinimų vidurkiai 5 ir 5,44).

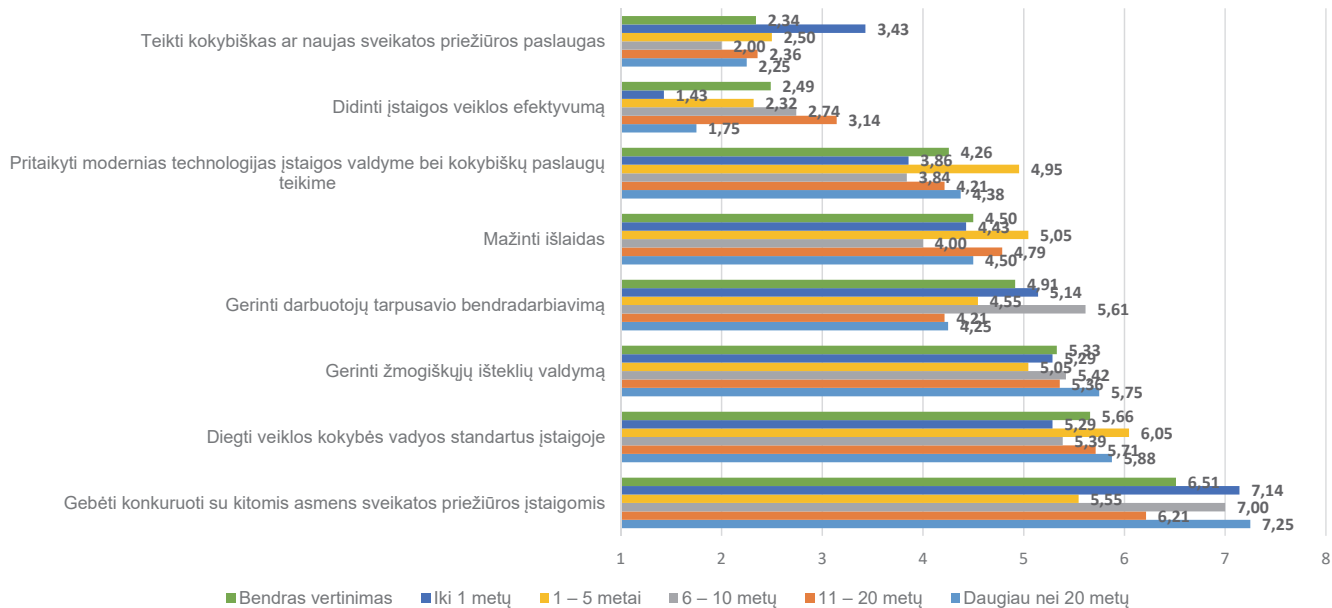
Lyginant respondentų atsakymus pagal darbo stažą užimamose pareigose, išryškėja skirtumai vertinant tikslus (žr. 29 pav.). Iki 1 metų dabartines pareigas užimantys respondentai svarbiausiu tikslu nurodo įstaigos veiklos efektyvumo didinimą (vertinimų vidurkis 1,43). Minėtai respondentų grupei kokybiškų ar naujų sveikatos priežiūros paslaugų diegimas yra ženkliai mažiau svarbus tikslas nei kitoms respondentų grupėms (vertinimų vidurkis 3,43), veiklos kokybės standartų diegimas iki 1 metų dabartines pareigas užimantiems respondentams yra tiek pat svarbus tikslas, kaip žmogiškųjų išteklių valdymo gerinimas (vertinimų vidurkiai 5,29).

Tyrimo dalyviams, dabartines pareigas užimantiems nuo 1 iki 5 metų, įstaigos veiklos efektyvumo didinimas yra svarbiausias tikslas (vertinimų vidurkis 2,32), tačiau išlaidų mažinimas minėtai respondentų grupei yra gerokai mažiau svarbus tikslas, nei kitoms tyrimo dalyvių grupėms (vertinimų vidurkis 5,05). Veiklos kokybės vadybos standartų diegimui dabartines pareigas užimantiems nuo 1 iki 5 metų respondentų grupė taip pat teikia mažiau svarbos (vertinimų vidurkis 6,05).

Dabartines pareigas 6–10 metų užimantys tyrimo dalyviai kokybiškų ar naujų sveikatos priežiūros paslaugų teikimui skiria daugiau dėmesio nei kiti tyrimo dalyviai (vertinimų vidurkis 2), o darbuotojų tarpusavio bendradarbiavimo gerinimą nurodo mažiau svarbiu tikslu nei likusieji tyrimo dalyviai (vertinimų vidurkis 5,61).

11–20 metų užimamose pareigose dirbantys respondentai iš visų respondentų grupių skiria mažiausiai dėmesio įstaigos veiklos efektyvumo didinimui (vertinimų vidurkis 3,14), o darbuotojų tarpusavio bendradarbiavimą nurodo svarbesniu tikslu nei išlaidų mažinimą lyginant su kitais tyrimo dalyviais (vertinimo vidurkiai 4,21 ir 4,79). Vertinant daugiau nei 20 metų pareigas užimančių respondentų atsakymus, matyti, jog tyrimo dalyviai ženkliai svarbesniu tikslu nei kiti tyrimo dalyviai nurodo įstaigos veiklos efektyvumo didinimą (vertinimų vidurkis 1,75). Palyginus žmoniškųjų išteklių valdymo gerinimą ir gebėjimą konkuruoti su kitomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis minėta respondentų grupė nurodo kaip mažiau svarbius tikslus (vertinimo vidurkiai 5,75 ir 7,25).

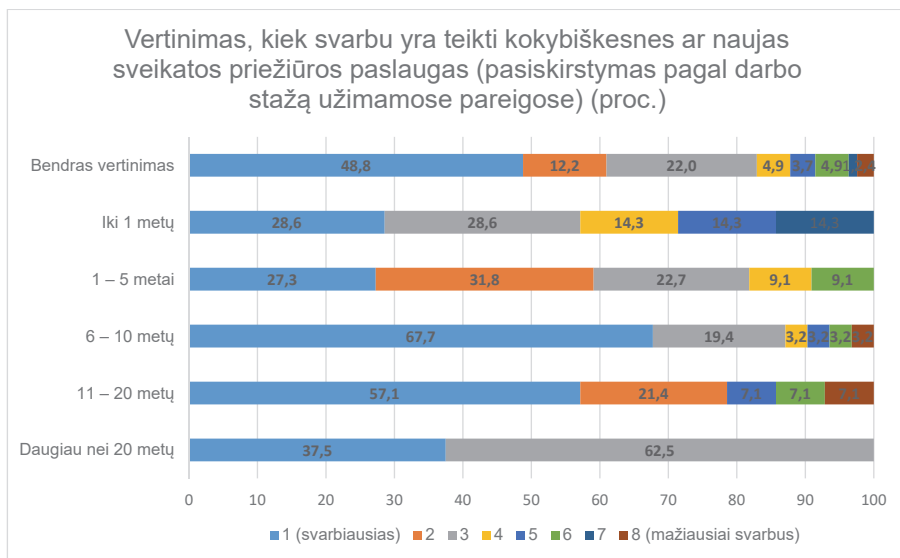
Kokių pagrindinių tikslų siekiama įgyvendinant pokyčius sveikatos priežiūros įstaigose
vertinimo skalėje nuo 1 (svarbiausias) iki 8 (mažiausiai svarbus) vidurkis
(pasiskirstymas pagal darbo stažą užimamose pareigose)



29 pav. Pagrindiniai tikslai siekiant įgyvendinti pokyčius (pasiskirstymas pagal darbo stažą)

Šaltinis: parengta autorės.

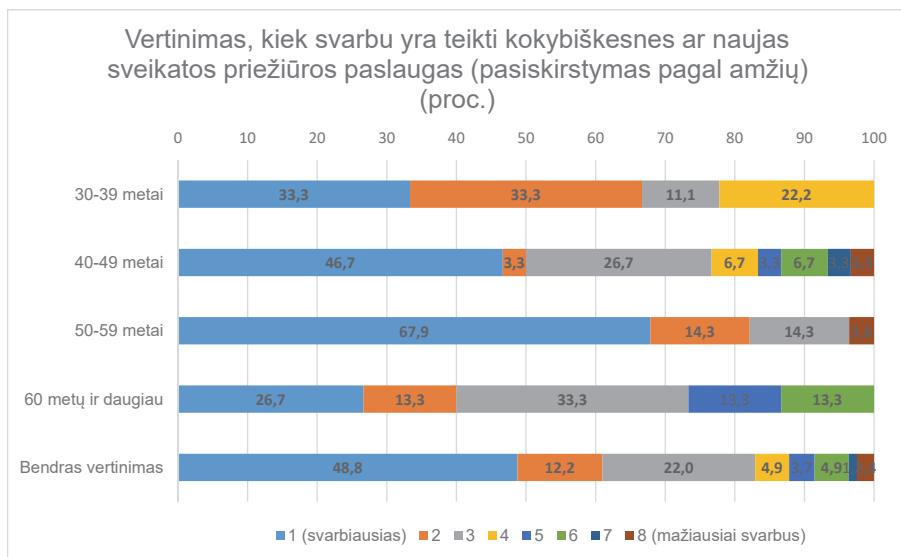
Vertinant respondentų atsakymus teikti kokybiškesnes ar naujas sveikatos priežiūros paslaugas skiriant balus nuo 1 iki 8 vertinimo skalėje (kur 1 – svarbiausias, 8 – mažiausiai svarbus), išryškėja skirtumas tarp pareigas daugiau nei 20 metų užimančių respondentų ir kitų tyrimo dalyvių grupių. Daugiau nei 20 metų pareigas užimančios respondentų grupės šį tikslą vertino kaip patį svarbiausią (37,5 proc.) arba skyrė 1 balo vertinimą, o 62,5 proc. minėtos grupės respondentų skyrė 3 balus (žr. 49 pav.). Mažiausią svarbą šiam tikslui skyrė 11–20 metų pareigas užimančios respondentų grupės (po 7,1 proc. skyrė 8 ir 6 balus) ir iki 1 metų pareigas užimančios respondentų grupės (14,3 proc.) (žr. 30 pav.).



30 pav. *Kokybiškų ar naujų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas (pasiskirstymas pagal darbo stažą, proc.)*

Šaltinis: parengta autorės.

Lyginant, kaip skirtingų amžiaus grupių tyrimo dalyviai vertino, kiek svarbu yra teikti kokybiškesnes ar naujas sveikatos priežiūros paslaugas, ženkliai išsiskiria 50–59 metų respondentų (67,9 proc.) vertinimai. Šios grupės respondentai šį tikslą įvertino kaip svarbiausią, skirdami 1 balą iš 8 (14,3 proc.). Tarp šios grupės tyrimo dalyvių buvo ir daugiausia patį mažiausią įvertinimą pagal svarbą skyrusių – 3,6 proc. (žr. 31 pav.).

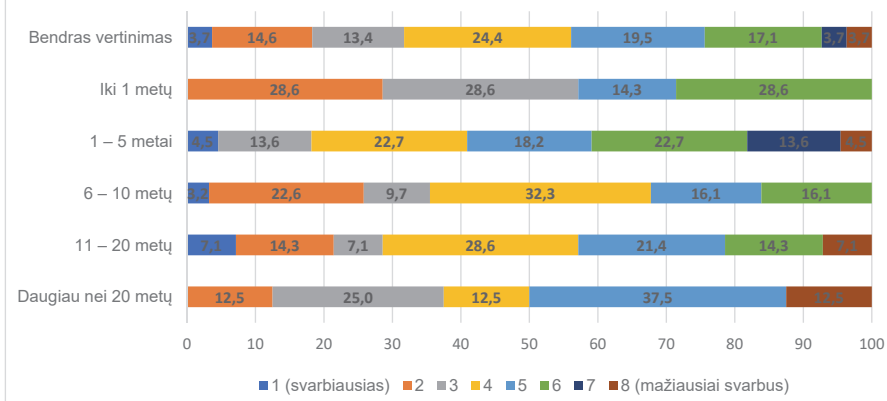


31 pav. *Kokybiškų ir naujų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas (pasiskirstymas pagal amžių, proc.)*

Šaltinis: parengta autorės.

Vertinant, kiek svarbu yra pritaikyti modernias technologijas įstaigos valdyme bei kokybiškame paslaugų teikime, ir lyginant respondentų atsakymus pagal darbo stažą, matyti, jog mažiausią įvertinimą skyrusių respondentų yra tarp pareigas daugiau nei 20 metų užimančių tyrimo dalyvių ir pareigas užimančių 11–20 metų (12,5 proc. ir 7,1 proc.). Nė vienas tyrimo dalyvis šio tikslo neįvardijo kaip paties svarbiausio iki 1 metų ir daugiau nei 20 metų pareigas užimančių respondentų grupėse. Dauguma (59 proc.) 1–5 metus dabartines pareigas užimančių respondentų skyrė mažesnę svarbą turinčius balus (5–8), taip pat 50 proc. daugiau nei 20 metų dabartines pareigas užimančių skyrė 5–8 balus (žr. 32 pav.).

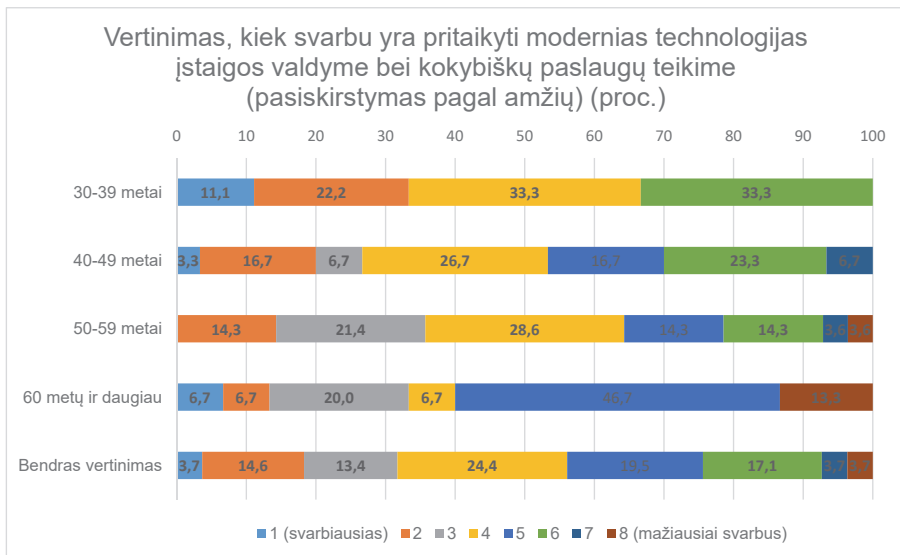
Vertinimas, kiek svarbu yra pritaikyti modernias technologijas
įstaigos valdyme bei kokybiškų paslaugų teikime
(pasiskirstymas pagal darbo stažą užimamose pareigose)
(proc.)



32 pav. Modernių technologijų taikymas įstaigos valdyme ir kokybiškų paslaugų teikime (pasiskirstymas pagal darbo stažą, proc.)

Šaltinis: parengta autorės.

Palyginus, kaip skirtingoms amžiaus grupėms priklausantys respondentai vertina modernių technologijų pritaikymo įstaigos valdyme bei teikiant kokybiškas paslaugas svarbą, išsiskyrė 60 metų ir vyresnių respondentų grupė. 13,3 proc. minėtos grupės respondentų skyrė mažiausią įvertinimą, nė vienas 50–59 metų amžiaus respondentas neįvertino šio tikslo, kaip svarbiausio, įgyvendinant pokyčius sveikatos priežiūros įstaigose, o 60 metų ar vyresni respondentai šį tikslą vertina, kaip svarbų (daugiau nei 50 proc. šios amžiaus grupės tyrimo dalyvių skyrė mažesnius nei 4 balus) (žr. 33 pav.), todėl, darytina išvada, kad vyresnio amžiaus AASPI vadovams modernių technologijų pritaikymas įstaigos valdyme bei kokybiškų paslaugų teikime nėra tiek svarbus, kiek akcentuojamas mokslininkų (Waddell, A. Sohal, 1998; Raina, 2018; Ginter ir kt., 2018; Moran ir kt., 2019).

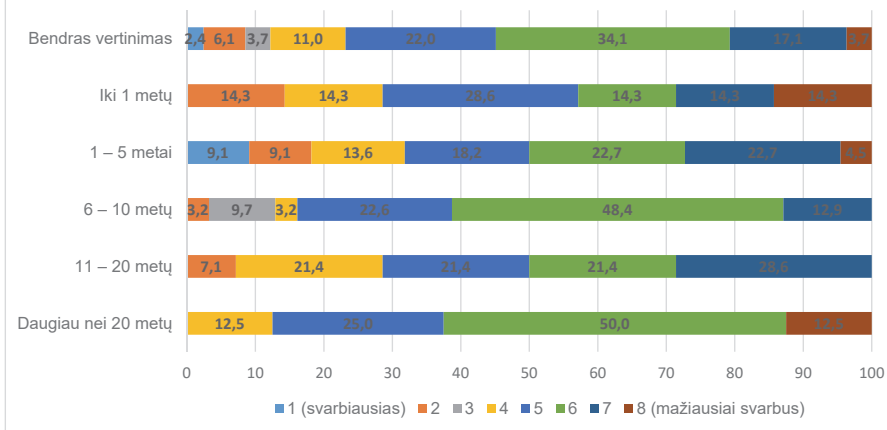


33 pav. *Modernių technologijų taikymas įstaigos valdyme ir teikiant kokybiškas paslaugas (pasiskirstymas pagal amžių, proc.)*

Šaltinis: parengta autorės.

Vertinant, kiek svarbus tikslas yra gerinti žmogiškųjų išteklių valdymą įgyvendinant pokyčius sveikatos priežiūros įstaigose, pastebėta, kad tik 9,1 proc. 1–5 metus dabartines pareigas užimančių respondentų įvardijo šį tikslą, kaip svarbiausią, ir skyrė aukščiausią įvertinimą. Nė vienas kitoms amžiaus grupėms priklausantis respondentas neskyrė šiam tikslui didžiausios svarbos. Mažiausią svarbą šiam tikslui skyrusių buvo tarp tyrimo dalyvių, užimančių pareigas iki 1 metų (14,3 proc.) ir daugiau nei 20 metų pareigas užimančių respondentų (12,5 proc.) (žr. 34 pav.). Vertinant gautus rezultatus, darytina išvada, kad 1–5 metus dabartines pareigas užimantys respondentai rečiau nurodo ekspertų ir tyrėjų (Watson, Carte, 2000; Walker, 2002; McNabb, 2009; Raina, 2018) nurodomus siektinus tikslus, kaip žmogiškųjų išteklių valdymo gerinimas ar darbuotojų tarpusavio bendradarbiavimo gerinimas, kurie sveikatos priežiūros įstaigų valdyme itin svarbūs.

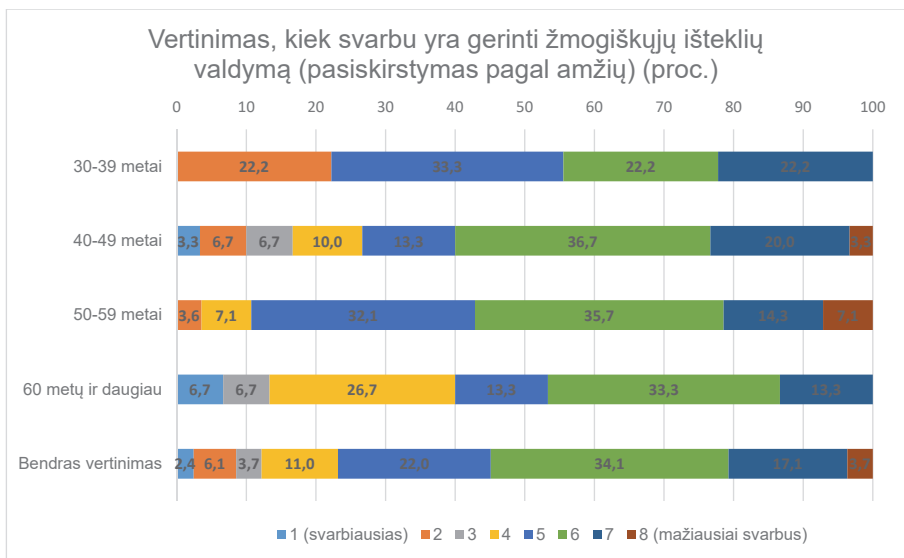
Vertinimas, kiek svarbu yra gerinti žmogiškųjų išteklių valdymą (pasiskirstymas pagal darbo stažą užimamose pareigose) (proc.)



34 pav. Žmogiškųjų išteklių valdymas (pasiskirstymas pagal darbo stažą, proc.)

Šaltinis: parengta autorės.

Vertinimas, kiek svarbu yra gerinti žmogiškųjų išteklių valdymą (pasiskirstymas pagal amžių) (proc.)



35 pav. Žmogiškųjų išteklių valdymas (pasiskirstymas pagal amžių, proc.)

Šaltinis: parengta autorės.

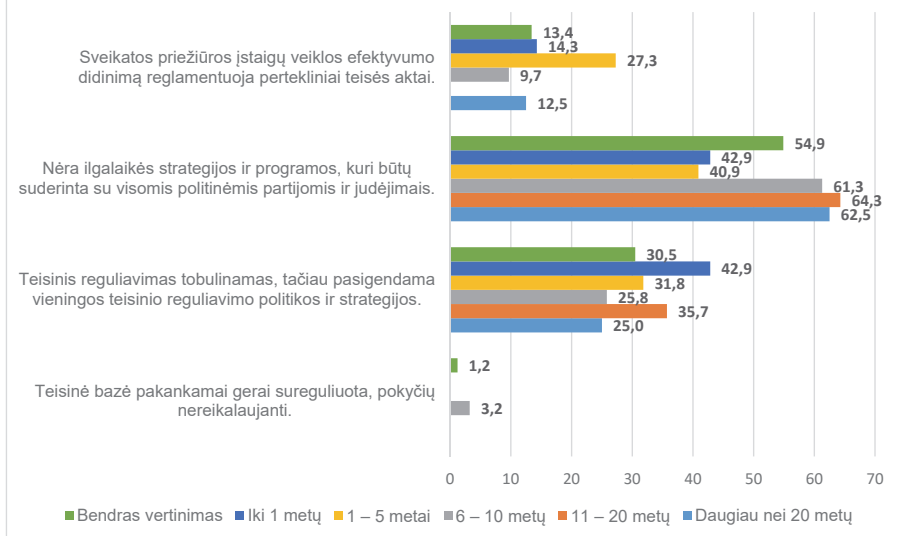
Lyginant tyrimo dalyvių žmogiškųjų išteklių valdymo gerinimo vertinimą pagal amžiaus grupes, matyti, jog didžiausios svarbos tikslui gerinti žmogiškųjų išteklių valdymą pokyčių įgyvendinimo procese sveikatos priežiūros įstaigose neskyrė nė vienas 30–39 metų amžiaus grupei priklausantis respondentas, o tarp 50–59 metų amžiaus respondentų grupės buvo daugiausiai skyrusių mažiausios svarbos įvertinimą (7,1 proc.) (žr. 35 pav.). Vertinant tyrimo duomenis, galima teigti, kad visų amžiaus grupių respondentai rečiau nurodo ekspertų ir tyrėjų (Watson, Carte, 2000; Walker, 2002; McNabb, 2009; Raina, 2018) mokslinėje literatūroje nurodomus siektinus tikslus, kaip žmogiškųjų išteklių valdymo gerinimas ar darbuotojų tarpusavio bendradarbiavimo gerinimas.

2.3.4. Pokyčių įgyvendinimo tendencijos

Tyrimo dalyvių buvo prašoma įvertinti Lietuvos teisinę bazę, reglamentuojančią sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo didinimą, modernizuojant ir skaitmeninant įstaigos vidinius veiklos procesus, todėl respondentų buvo prašoma pasirinkti vieną, jų nuomone, labiausiai tinkantį teiginį.

Teisinę bazę, kaip pakankamai gerai sureguliuotą, nereikalaujančią pokyčių, nurodė tik vienas 6–10 metų darbo stažą turintis respondentas (1,2 proc.) (žr. 36 pav.). Net 54,9 proc. respondentų, vertindami Lietuvos teisinę bazę, reglamentuojančią sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo didinimą, modernizuojant ir skaitmeninant vidinius veiklos procesus, nurodė teiginį „nėra ilgalaikės strategijos ir programos, kuri būtų suderinta su visomis politinėmis partijomis ir judėjimais“. Minėtam teiginiui, kaip tiksliausiai apibūdinančiam dabartinę Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos teisinę situaciją, pritarė didžioji dalis visų amžiaus grupių respondentų lyginant pagal darbo stažą užimamose pareigose. Pabrėžtina, jog šį teiginį dažniausiai pasirinko 11–20 metų pareigas užimančių tyrimo dalyvių (64,3 proc.), 20 ir daugiau metų pareigas užimančių (62,5 proc.), 6–10 metų pareigas užimančių (61,3 proc.). Vertinant respondentų nurodytus teiginius, apibūdinančius Lietuvos teisinę bazę, reglamentuojančią sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo didinimą, modernizuojant ir skaitmeninant vidinius veiklos procesus, pažymėtina, kad teisinės aplinkos trikdžiai arba ilgalaikės strategijos nebuvimas, pasikeitus šalies politinei valdžiai, buvo įvardinti ir mokslinėje literatūroje (Rumelt, 1995; Waddell, Sohal, 1998; Lorenzo, 2000; Ginter ir kt., 2018). Nors ekspertai išskyrė trumpalaikius populistinius tikslus, atspindinčius valdančiosios (-ųjų) partijos (-jų) interesus, pagrindinių partijų sutarimo nebuvimą dėl ilgalaikės sveikatos politikos tikslų bei politinės kultūros stoką, bet taip pat pabrėžė koreguotiną teisinę bazę bei biurokratinis trikdžius ją tobulinant.

Lietuvos teisinės bazės, reglamentuojančios sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo didinimą, modernizuojant ir skaitmeninant vidinius veiklos procesus, vertinimas (pasiskirstymas pagal darbo stažą užimamose pareigose) (proc.)



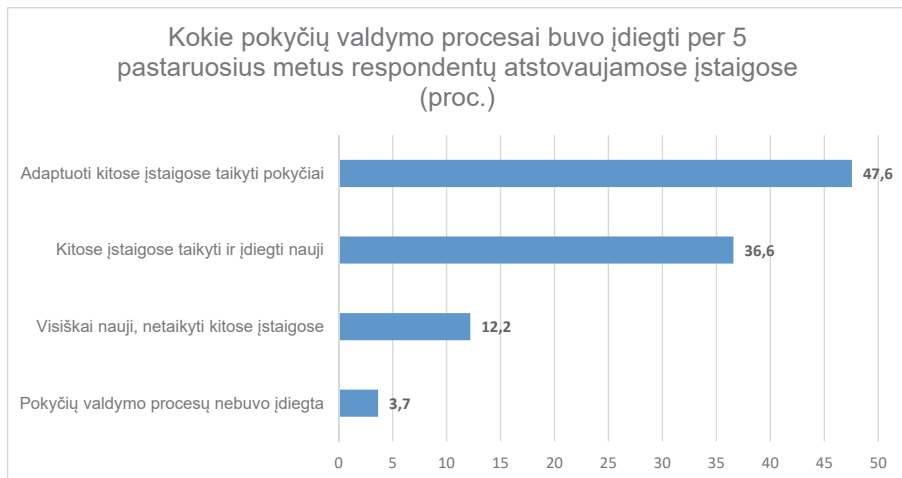
36 pav. Lietuvos teisinės bazės, reglamentuojančios sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo didinimą, aplinka (pasiskirstymas pagal darbo stažą, proc.)

Šaltinis: parengta autorės.

Teiginį „teisinis reguliavimas tobulinamas, tačiau pasigendama vieningos teisinio reguliavimo politikos ir strategijos“ nurodė net 30,5 proc. visų tyrimo dalyvių. Daugiausia ši teiginį pasirinkusių buvo tarp iki 1 metų (42,9 proc.) ir 11–20 metų dabartines pareigas užimančių tyrimo dalyvių. Iki 1 metų dabartines pareigas užimantys respondentai vienodai pritarė teiginiams „nėra ilgalaikės strategijos ir programos, kuri būtų suderinta su visomis politinėmis partijomis ir judėjimais“ bei „teisinis reguliavimas tobulinamas, tačiau pasigendama vieningos teisinio reguliavimo politikos ir strategijos“ – šiuos teiginius, kaip tiksliausiai apibūdinančius Lietuvos teisinę bazę, pasirinko po 42,9 proc. respondentų, dabartines pareigas užimančių iki 1 metų. Teiginiui „sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo didinimą reglamentuoja pertekliniai teisės aktai“ nurodė 1–5 metus dabartines pareigas užimantys tyrimo dalyviai daugiau nei kitos grupės (27,3 proc., bendras vertinimas 13,4 proc.).

Siekiant išsiaiškinti pokyčių valdymo procesų diegimo tendencijas AASPI, buvo tiriami per pastaruosius 5 metus pradėti diegti kitose įstaigose adaptuoti arba įdiegti pokyčių valdymo procesai. Tyrimo dalyvių buvo prašoma nurodyti, kokie pokyčių

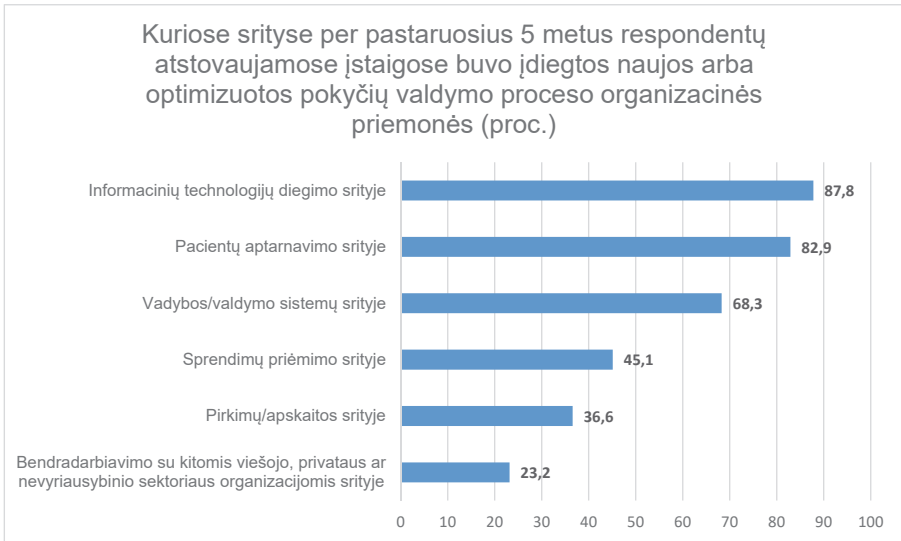
valdymo procesai buvo įdiegti įstaigoje, kurioje jie šiuo metu dirba, per pastaruosius 5 metus. Respondentų buvo prašoma nurodyti vieną labiausiai tinkantį atsakymo variantą. 47,6 proc. tyrimo dalyvių nurodė, jog buvo adaptuoti kitose įstaigose taikyti pokyčiai. 36,6 proc. nurodė, kad tai buvo kitose įstaigose taikyti ir įdiegti nauji pokyčių valdymo procesai. 12,2 proc. nurodė, jog buvo įdiegti visiškai nauji, netaikyti kitose įstaigose ir tik 3,7 proc. tyrimo dalyvių nurodė, kad pokyčių valdymo procesų jų įstaigose diegta nebuvo (žr. 37 pav.).



37 pav. Pokyčių valdymo procesai (proc.)

Šaltinis: parengta autorės.

Tyrimo dalyvių buvo prašoma įvardinti sritis, kuriose per pastaruosius 5 metus jų įstaigose buvo įdiegtos naujos arba optimizuotos pokyčių valdymo proceso organizacinės priemonės (žr. 38 pav.).



38 pav. Pokyčių valdymo organizacinių priemonių sritys (proc.)

Šaltinis: parengta autorės.

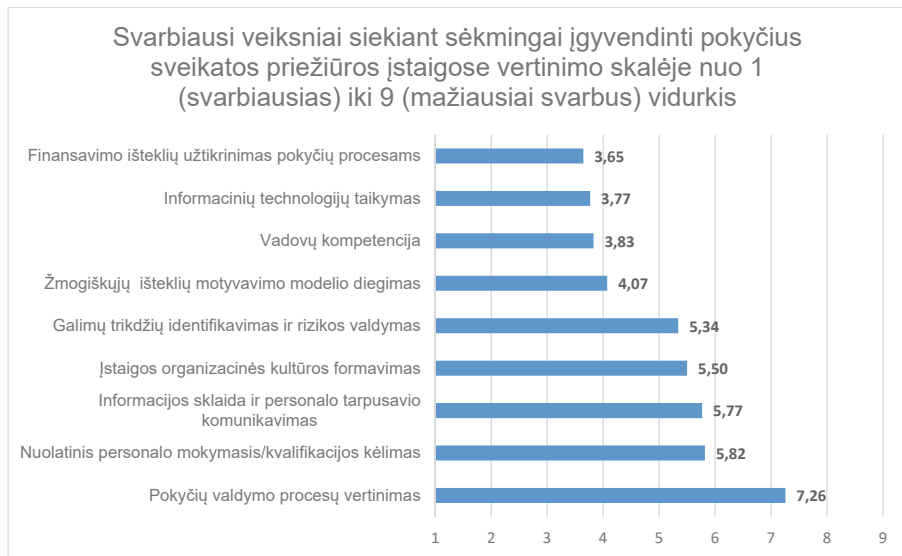
Respondentai dažniausiai nurodė, kad pokyčių procesai optimizuoti informacinių technologijų diegimo srityje (87,8 proc.), antroje vietoje nurodyta pacientų aptarnavimo sritis (82,9 proc.), trečioje – vadybos/valdymo sritis (68,3 proc.). 23,2 proc. tyrimo dalyvių nurodė, kad šios priemonės įgyvendintos bendradarbiavimo su kitomis viešojo, privataus ar nevyriausybinio sektoriaus organizacijomis srityje. Teiginį, jog įstaigoje nebuvo diegti pokyčių valdymo procesai, pažymėjo 1,2 proc. respondentų. Tyrimo dalyviams buvo palikta galimybė įrašyti savo variantą, jeigu pateikti atsakymų variantai neatitinka jų veiklos sričių, tačiau nė vienas tyrimo dalyvis nenurodė kitų sričių, kuriose būtų buvę įdiegtos minėtos priemonės (žr. 38 pav.).

Vertinant gautus rezultatus, galima daryti išvadą, kad, diegiant pokyčių valdymo procesus AASPI, dažniausiai adaptuojami kitose įstaigose taikomi pokyčiai, ypatingą dėmesį skiriant informacinių technologijų diegimo optimizavimui, mažiau dėmesio viešųjų pirkimų ir finansų apskaitos sritims. Tokie rezultatai iš esmės atspindi prieš tai aptartus pokyčių valdymo siekiamus tikslus, kuriuose respondentai mažiau dėmesio skyrė sričiai, susijusiai su žmogiškųjų išteklių valdymu.

2.3.5. Sėkmingo pokyčių įgyvendinimo veiksniai ir trikdžiai

Vertinant tyrimo dalyvių atsakymus dėl veiksnių, kurie, jų nuomone, yra svarbiausi siekiant sėkmingai įgyvendinti pokyčius sveikatos priežiūros įstaigose, skalėje nuo 1 (svarbiausias) iki 9 (mažiausiai svarbus) ir apskaičiavus vertinimų vidurkius, paaiškėjo, jog svarbiausiu veiksniumi respondentai nurodė finansinių išteklių užtikrinimą po-

kyčių procesams (vertinimų vidurkis 3,65), informacinių technologijų taikymą (vertinimų vidurkis 3,77), vadovų kompetenciją (3,86 proc.). Mažiausiai svarbiu veiksmu įvardintas pokyčių valdymo procesų vertinimas (vertinimų vidurkis 7,26) (žr. 39 pav.).



39 pav. Svarbiausi veiksniai siekiant sėkmingai įgyvendinti pokyčius (vnt.)

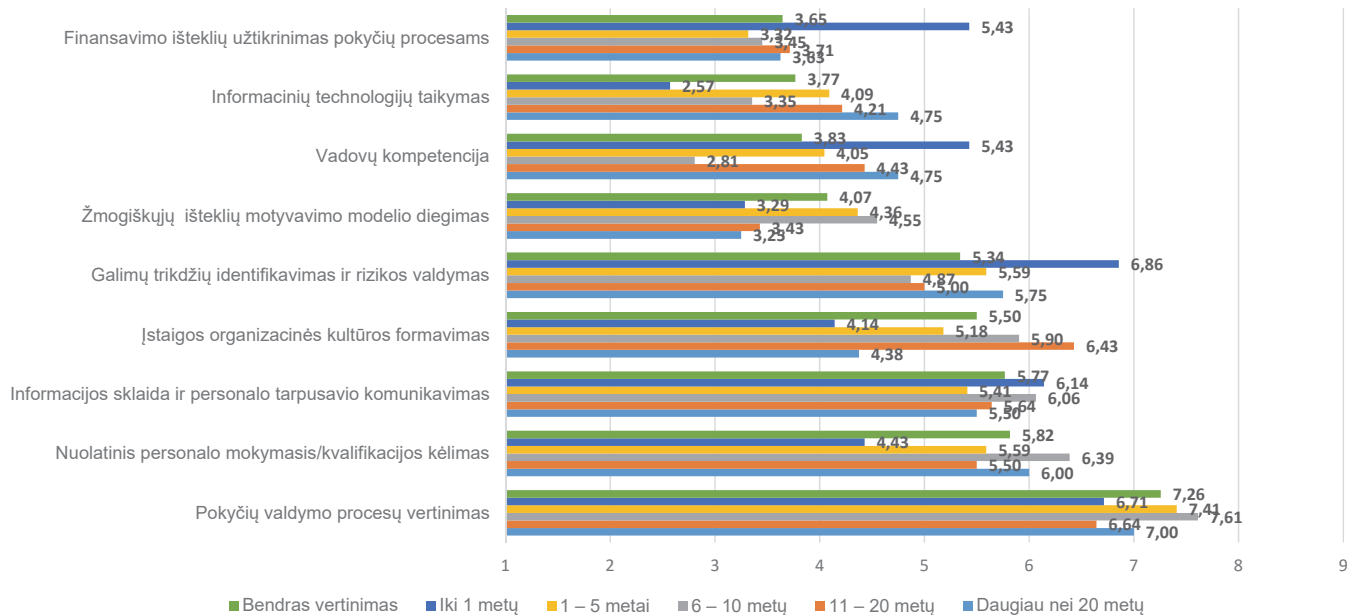
Šaltinis: parengta autorės.

Lyginant skirtingų veiksmų vertinimą pagal respondentų darbo stažą užimamose pareigose, pastebėti skirtumai tarp atskirų tyrimo dalyvių grupių. Respondentams, dabartines pareigas užimantiems iki 1 metų, svarbiausiu veiksmu yra informacinių technologijų taikymas (vertinimų vidurkis 2,57). Minėtai respondentų grupei ženkliai svarbesnis veiksnys nei kitiems tyrimo dalyviams, yra žmoniškųjų išteklių motyvavimo modelio diegimas (vertinimų vidurkis 3,29), taip pat ir įstaigos organizacinės kultūros formavimas (vertinimų vidurkis 4,14). Ženkliai mažiau dėmesio nei kiti tyrimo dalyviai minėta respondentų grupė skiria tiek bendrai svarbiausiu veiksmu nurodytam finansinių išteklių užtikrinimui (vertinimų vidurkis 5,43), vadovų kompetencijai (vertinimų vidurkis 5,43) bei galimų trikdžių identifikavimui ir rizikos valdymui (vertinimų vidurkis 6,86). 1–5 metus dabartines pareigas užimančių respondentų vertinimas nuo bendro vertinimo iš esmės nesiskyrė (žr. 40 pav.).

Vertinant 6–10 metų pareigas užimančių respondentų nuomonę, įvardijant veiksmus, siekiant sėkmingai įgyvendinti pokyčius sveikatos priežiūros įstaigose, pastebėta, jog svarbiausiu veiksmu minėta respondentų grupė nurodo vadovų kompetenciją (vertinimų vidurkis 2,81), svarbesniu veiksmu nei kiti tyrimo dalyviai nurodo galimų trikdžių identifikavimą (vertinimų vidurkis 4,87); mažiau svarbos nei kiti tyrimo dalyviai skiria žmoniškųjų išteklių motyvavimo sistemos diegimui (vertinimų

vidurkis 4,55) ir nuolatiniam personalo mokymuisi/kvalifikacijos kėlimui (vertinimų vidurkis 6,39) bei pokyčių valdymo procesų vertinimui (vertinimų vidurkis 7,61). Vertinant gautus rezultatus, galima teigti, kad AASPI vadovų svarbiausių veiksmų, siekiant sėkmingai įgyvendinti pokyčius, vertinimas iš esmės sutampa su ekspertų ir tyrėjų (Mowday ir kt., 1979; Beckhard, Harris, 1987; Balfour, Wechsler, 1990; Moran, Brightman, 2001; Silverman, 2009, McNabb, 2009) akcentuojamais naujų organizacinių tikslų ir naujų strateginių uždavinių įgyvendinimo sudarymo planais, apimančiais vidinių ir išorinių organizacijos galimybių įvertinimą, organizacijos išteklių, taip pat vadovų ir darbuotojų kompetencijos lygmenį. Taip pat mokslininkai (Ginter ir kt., 2018; Moran ir kt., 2019) pabrėžia palankios aplinkos kūrimą organizacijoje, darbuotojų motyvacijos skatinimą, veiklos vadybos kriterijų ir rodiklių nustatymą bei nuolatinį veiklos vertinimą.

Svarbiausi veiksniai siekiant sėkmingai įgyvendinti pokyčius sveikatos priežiūros įstaigose vertinimo skalėje nuo 1 (svarbiausias) iki 9 (mažiausiai svarbus) vidurkis (pasiskirstymas pagal darbo stažą užimamose pareigose)



40 pav. Svarbiausi veiksniai siekiant sėkmingai įgyvendinti pokyčius (pasiskirstymas pagal darbo stažą, proc.)

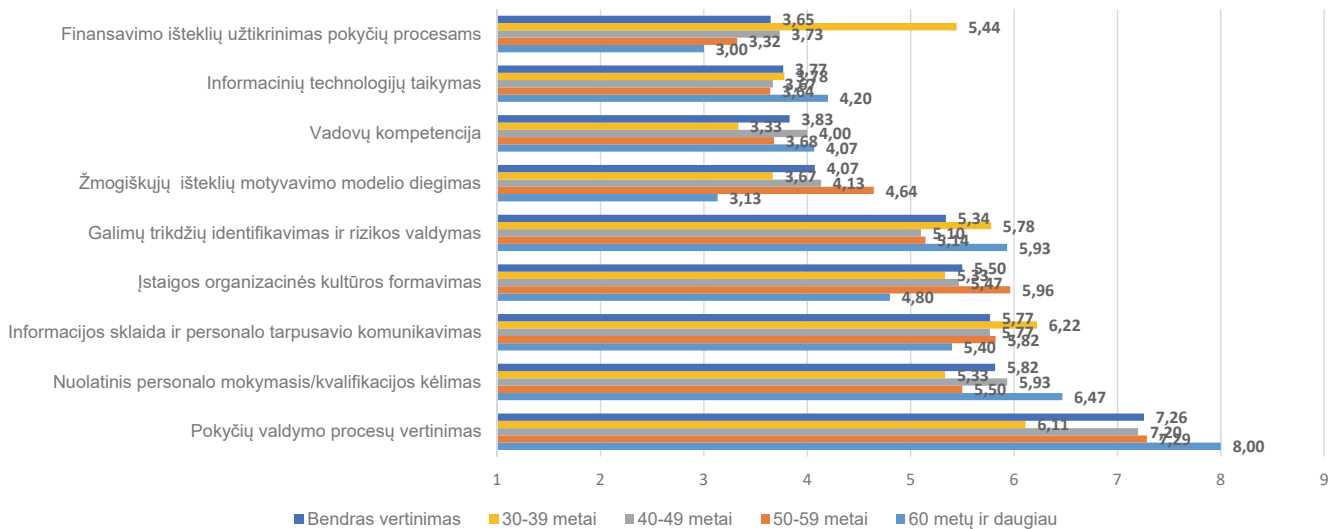
Šaltinis: parengta autorės.

11–20 metų dabartines pareigas užimantys respondentai iš kitų išsiskyrė tuo, kad svarbiausiu veiksniu įvardija žmogiškųjų išteklių motyvavimo modelio diegimą (vertinimų vidurkis 3,43), daugiau dėmesio, nei kiti tyrimo dalyviai, skiria galimų trikdžių identifikavimui ir rizikos valdymui (vertinimų vidurkis 5,34), mažiau svarbiu veiksniu nei kiti tyrimo dalyviai, nurodo įstaigos organizacinės kultūros formavimą (vertinimo vidurkis 6,43).

Daugiau nei 20 metų dabartines pareigas užimantys respondentai svarbiausiu veiksniu nurodė žmogiškųjų išteklių motyvavimo modelio diegimą (vertinimų vidurkis 3,25), ženkliai daugiau dėmesio nei kiti respondentai, skyrė įstaigos organizacinės kultūros formavimui (vertinimų vidurkis 4,38), mažiausiai svarbos iš visų veiksnių tyrimo dalyviai skyrė informacinių technologijų taikymui (vertinimų vidurkis 4,75).

Palyginus tyrimo dalyvių atsakymų pasiskirstymą pagal amžių, pastebėti ryškūs skirtumai. 30–39 metų respondentai mano, kad svarbiausias veiksnys yra vadovų kompetencija (vertinimų vidurkis 3,33). Minėta respondentų grupė mažiau dėmesio nei kitų amžiaus grupių respondentai teikia finansinių išteklių užtikrinimui pokyčių procesams (vertinimų vidurkis 5,44) bei informacijos sklaidai ir personalo tarpusavio komunikavimui (vertinimų vidurkis 6,22), tačiau svarbesniu veiksniu nei kitų amžiaus grupių respondentai nurodė pokyčių valdymo procesų vertinimą (vertinimų vidurkis 6,11) (žr. 41 pav.).

Svarbiausi veiksniai siekiant sėkmingai įgyvendinti pokyčius sveikatos priežiūros įstaigose vertinimo skalėje nuo 1 (svarbiausias) iki 9 (mažiausiai svarbus) vidurkis (pasiskirstymas pagal amžių)



41 pav. Svarbiausi veiksniai siekiant sėkmingai įgyvendinti pokyčius (pasiskirstymas pagal amžių, proc.)

Šaltinis: parengta autorės.

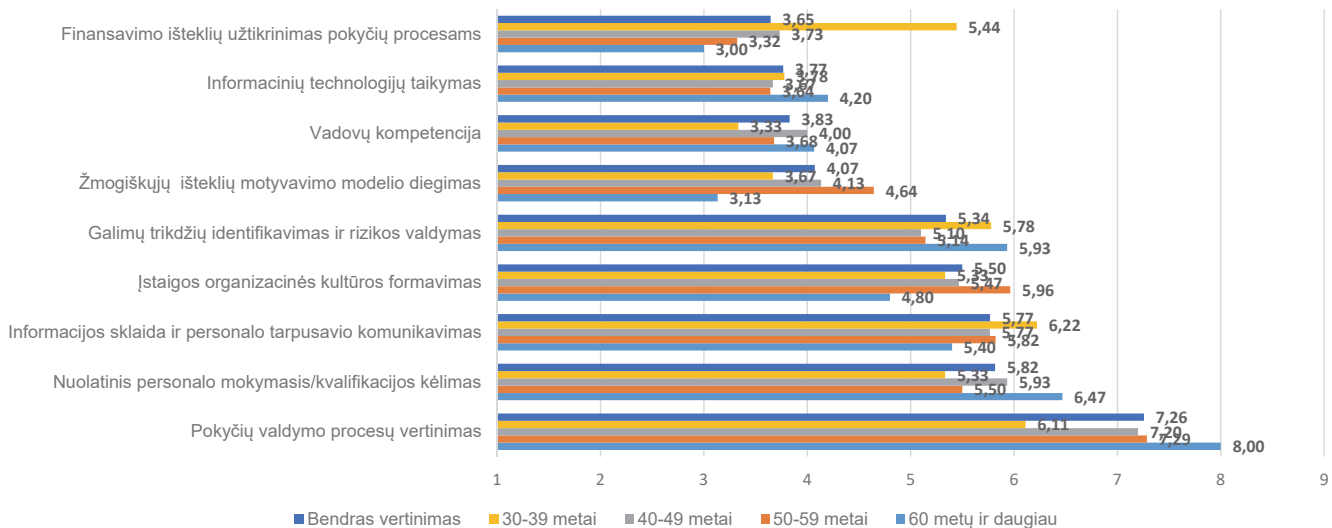
50–59 metų amžiaus respondentų vertinimas iš kitų tyrimo dalyvių išsiskyrė tuo, kad minėti respondentai žymiai mažiau dėmesio nei kiti skyrė tokiems veiksniams kaip žmogiškųjų išteklių motyvavimo modelio diegimas (vertinimų vidurkis 4,64) ir įstaigos organizacinės kultūros formavimas (vertinimų vidurkis 5,96).

60 metų ar vyresni respondentai ženkliai daugiau nei kiti respondentai skyrė dėmesio tokiems veiksniams, kaip finansinių išteklių užtikrinimas pokyčių procesams (vertinimų vidurkis 3), žmogiškųjų išteklių motyvavimo modelio diegimas (vertinimų vidurkis 3,13), įstaigos organizacinės kultūros formavimas (vertinimų vidurkis 4,8), informacijos sklaida ir personalo tarpusavio komunikavimas (vertinimų vidurkis 5,4). Mažiau svarbiais veiksniais nei kitų amžiaus grupių respondentai 60 metų ir daugiau tyrimo dalyviai įvardijo vadovų kompetenciją (vertinimų vidurkis 4,07), informacinių technologijų taikymą (vertinimų vidurkis 4,2), galimų trikdžių identifikavimą ir rizikos valdymą (vertinimų vidurkis 5,93), nuolatinį personalo mokymąsi/kvalifikacijos kėlimą (vertinimų vidurkis 6,47) bei pokyčių valdymo procesų vertinimą (vertinimų vidurkis 8). Atlikto empirinio tyrimo analizė patvirtino teiginį, kad jaunesnio amžiaus (iki 39 m.) ir trumpesnį darbo stažą (iki 5 metų) turintys ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovai, siekdami pokyčių įgyvendinimo, daugiau dėmesio skiria vadovų kompetencijai ir informacinių technologijų taikymui, o vyresnio amžiaus ir ilgesnį darbo stažą turintys įstaigų vadovai daugiau dėmesio skiria finansinių išteklių užtikrinimui ir žmogiškųjų išteklių motyvavimo priemonėms.

Tyrimo dalyvių buvo prašoma įvertinti nuo svarbiausio (1 balas) iki mažiausiai svarbaus (9 balai) didžiausius trikdžius įgyvendinant pokyčius sveikatos priežiūros įstaigose. Svarbiausiais trikdžiais tyrimo dalyviai nurodo finansinių išteklių trūkumą (vertinimų vidurkis 3,34), vadovų kompetenciją (vertinimų vidurkis 4,06) ir žmogiškųjų išteklių motyvavimo priemonių trūkumą (vertinimų vidurkis 4,2). Identifikuotas mažiausiai svarbus ar mažiausiai įtakos turintis trikdys yra įgyvendinamų valdymo pokyčių procesų kontrolės trūkumas (vertinimų vidurkis 6,82).

Palyginus respondentų vertinimus pagal darbo stažą užimanose pareigose, pastebėtas ryškus skirtumas tarp dabartines pareigas iki 1 metų užimančių respondentų ir kitų tyrimo dalyvių. Minėta respondentų grupė nurodo, jog didžiausi trikdžiai įgyvendinant pokyčius sveikatos priežiūros įstaigose yra įstaigos organizacinės kultūros trūkumas (vertinimų vidurkis 2,86), žemas kompiuterinis raštingumas bei žmogiškųjų išteklių motyvavimo sistemos trūkumas (vertinimų vidurkis 3,71). Ženkliai mažiau dėmesio nei kiti tyrimo dalyviai, minėta respondentų grupė skiria vadovų kompetencijai (vertinimų vidurkis 6,57) ir finansinių išteklių trūkumui (vertinimų vidurkis 4,29) (žr. 42 pav.). Tyrimo rezultatus galima paaiškinti tuo, kad dabartines pareigas iki 1 metų užimantys respondentai gali būti dar neperpratę įstaigos organizacinės kultūros ir finansinių išteklių pokyčių valdymo procesų.

Svarbiausi veiksniai siekiant sėkmingai įgyvendinti pokyčius sveikatos priežiūros įstaigose vertinimo skalėje nuo 1 (svarbiausias) iki 9 (mažiausiai svarbus) vidurkis (pasiskirstymas pagal amžių)



42 pav. Didžiausi trikdžiai įgyvendinant pokyčius (pasiskirstymas pagal darbo stažą, proc.)

Šaltinis: parengta autorės.

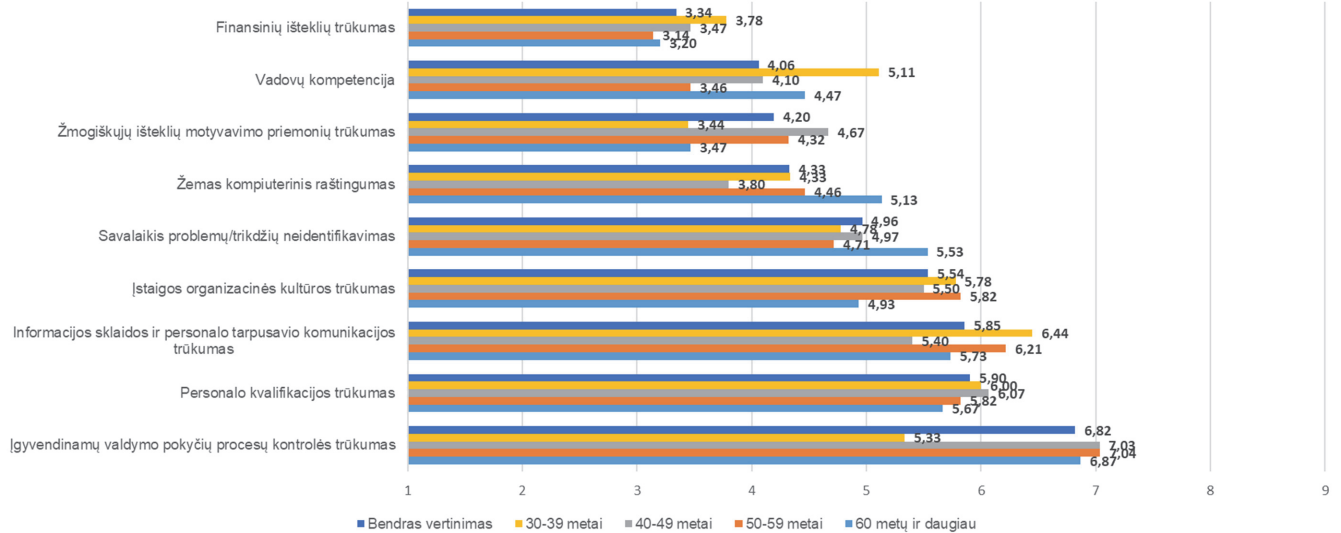
6–10 metų dabartines pareigas užimantys respondentai išsiskyrė tuo, kad ženkliai daugiau dėmesio nei kiti tyrimo dalyviai skyrė vadovų kompetencijai. Minėtos tyrimo dalyvių grupės vertinimu, vadovų kompetencija yra pats svarbiausias trikdys (vertinimų vidurkis 2,97), mažiau dėmesio nei kiti tyrimo dalyviai skyrė informacijos sklaidos ir personalo tarpusavio komunikacijos trūkumui (vertinimų vidurkis 6,58).

11–20 metų dabartines pareigas užimantys respondentai mažiau dėmesio, lyginant su kitais tyrimo dalyviais, teikia tokiems veiksniams, kaip žmogiškųjų išteklių motyvavimo priemonių trūkumas (vertinimų vidurkis 5,21), įstaigos organizacinės kultūros trūkumas (vertinimų vidurkis 6,86). Svarbesniais trikdžiais įvardija savalaikį problemų/trikdžių neidentifikavimą – šį trikdį minėta respondentų grupė nurodo antroje vietoje pagal svarbą (vertinimų vidurkis 3,79), informacijos sklaidos ir personalo tarpusavio komunikacijos trūkumą (vertinimų vidurkis 5), personalo kvalifikacijos trūkumą (vertinimų vidurkis 5,36) bei įgyvendinamų valdymo pokyčių procesų kontrolės trūkumą (vertinimų vidurkis 6,21).

Daugiau nei 20 metų dabartines pareigas užimantys repondentai prioritetą skyrė finansinių išteklių trūkumui (vertinimų vidurkis 2,75), žmogiškųjų išteklių motyvavimo priemonių trūkumui (vertinimų vidurkis 3,25), įstaigos organizacinės kultūros trūkumui (vertinimų vidurkis 3,38 – šį trikdį minėti respondentai nurodo antroje vietoje pagal svarbą). Daug mažiau dėmesio nei kiti tyrimo dalyviai skiria įgyvendinamų valdymo pokyčių procesų kontrolės trūkumui (vertinimų vidurkis 7,88).

Palyginus, kokius didžiausius trikdžius įvardija skirtingo amžiaus respondentai, pastebėti skirtumai tarp skirtingo amžiaus tyrimo dalyvių vertinimų. 30–39 metų amžiaus respondentai mažiau nei kiti tyrimo dalyviai pabrėžia finansinių išteklių trūkumą (vertinimo vidurkis 3,78), vadovų kompetenciją (vertinimų vidurkis 5,11), informacijos sklaidos ir personalo tarpusavio komunikacijos trūkumą (vertinimo vidurkis 6,44), daugiau svarbos, kaip galimam trikdžiui, jie teikia įgyvendinamų valdymo pokyčių procesų kontrolės trūkumui (vertinimo vidurkis 5,33) (žr. 43 pav.).

Didžiausi trikdžiai įgyvendinant pokyčius sveikatos priežiūros įstaigose vertinimo skalėje nuo 1 (svarbiausias) iki 9 (mažiausiai svarbus) vidurkis (pasiskirstymas pagal amžių)



43 pav. Didžiausi trikdžiai įgyvendinant pokyčius (pasiskirstymas pagal amžių, proc.)

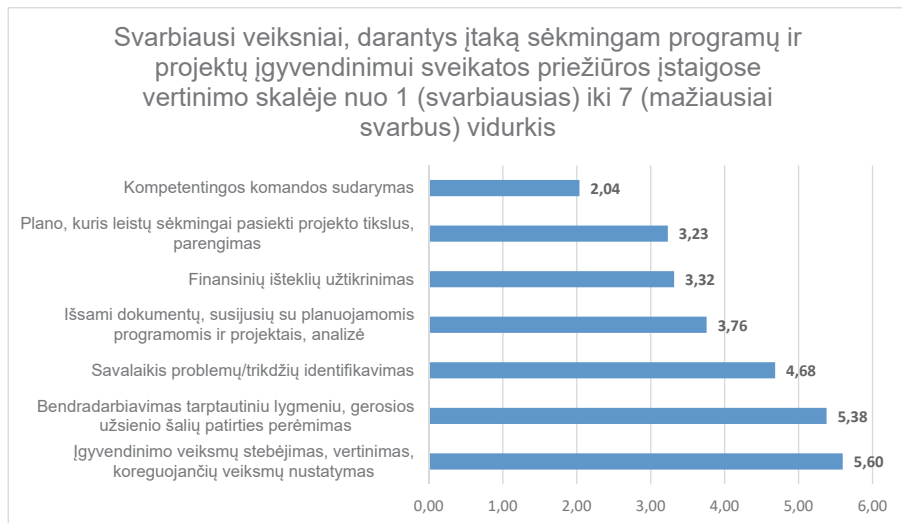
Šaltinis: parengta autorės.

40–49 metų amžiaus respondentai, įgyvendindami pokyčius AASPI, daugiau dėmesio skiria tokiems galimiems trikdžiams, kaip žemas kompiuterinis raštingumas (vertinimų vidurkis 3,8), finansinių išteklių trūkumas (vertinimų vidurkis 3,47), informacijos sklaidos ir personalo tarpusavio komunikacijos trūkumas (vertinimų vidurkis 5,4), mažiau dėmesio nei kiti tyrimo dalyviai, skiria žmogiškųjų išteklių motyvavimo priemonių trūkumui (vertinimų vidurkis 4,67), personalo kvalifikacijos trūkumui (vertinimų vidurkis 6,07) bei įgyvendinimo valdymo pokyčių procesų kontrolės trūkumui (vertinimų vidurkis 7,03).

50–59 metų respondentai svarbesniais veiksniais nei kiti tyrimo dalyviai, nurodo finansinių išteklių trūkumą (vertinimų vidurkis 3,14), vadovų kompetenciją (vertinimų vidurkis 4,06), mažiau dėmesio teikia įgyvendinamų valdymo pokyčių procesų kontrolės trūkumui (vertinimų vidurkis 7,04).

60 metų ir vyresni respondentai, lyginant su kitomis amžiaus grupėmis, mažiau dėmesio teikė žemam kompiuteriniam raštingumui (vertinimų vidurkis 5,13) ir savalaikiam problemų/trikdžių neidentifikavimui (vertinimų vidurkis 5,53), kaip galimiems trikdžiams įgyvendinant pokyčius AASPI.

Siekiant identifikuoti veiksnius, darančius įtaką sėkmingam programų ir projektų įgyvendinimui sveikatos priežiūros įstaigose, tyrimo dalyvių buvo prašoma pateiktus veiksnius įvertinti skalėje nuo 1 (svarbiausias) iki 7 (mažiausiai svarbus). Daugiausiai tyrimo dalyvių svarbiausiu veiksniumi įvardijo kompetentingos komandos sudarymą (vertinimų vidurkis 2,04), antroje vietoje nurodytas veiksnys – plano, kuris leistų sėkmingai pasiekti projekto tikslus, parengimas (vertinimų vidurkis 3,23), trečioje – finansinių išteklių užtikrinimas (vertinimų vidurkis 3,23). Mažiausiai svarbos iš išvardintų veiksnių respondentai teikė įgyvendinimo veiksmų stebėjimui, vertinimui, koreguojančių veiksnių nustatymui (vertinimų vidurkis 5,6) bei bendradarbiavimui tarptautiniu lygmeniu, gerosios užsienio šalių praktikos perėmimui (vertinimų vidurkis 5,38) (žr. 44 pav.).



44 pav. Veiksniai sėkmingam programų ir projektų įgyvendinimui (vnt.)

Šaltinis: parengta autorės.

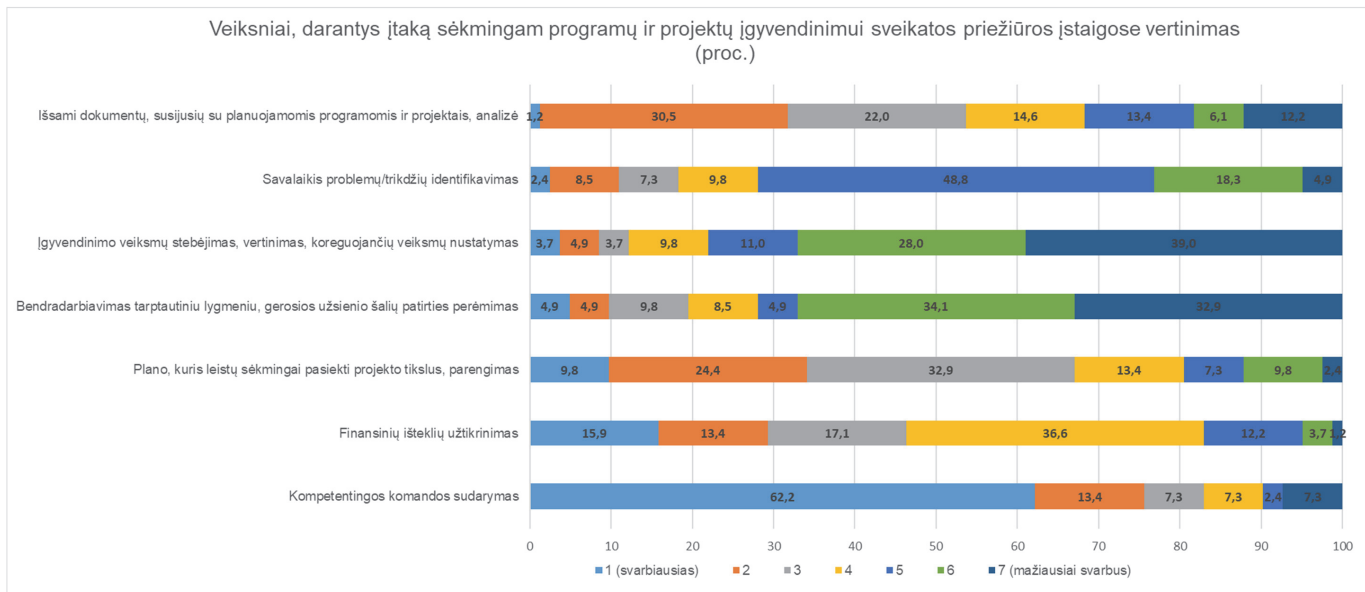
Vertinant respondentų atsakymus apie veiksnius, darančius įtaką sėkmingam programų ir projektų įgyvendinimui sveikatos priežiūros įstaigose, pastebėtas ryškus skirtumas vertinant veiksnį – kompetentingos komandos sudarymą (žr. 23 lentelę). Net 62,2 proc. tyrimo dalyvių minėtą veiksnį įvertino kaip patį svarbiausią ir skyrė 1 balą; 82,9 proc. respondentų šį veiksnį įvertino labiau nei vidutiniškai svarbų (skyrė 1, 2 arba 3 vertinimo balus). Tik 10 proc. respondentų minėtą veiksnį įvertino mažiau nei vidutiniškai svarbų ir skyrė mažesnę vertinimo balą nei 4.

23 lentelė. Programų ir projektų įgyvendinimo veiksmų vertinimas

| Veiksniai, darančys įtaką sėkmingam programų ir projektų įgyvendinimui sveikatos priežiūros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|
| Kompetentingos komandos sudarymas | 62,2 | 13,4 | 7,3 | 7,3 | 2,4 | | 7,3 |
| Finansų išteklių užtikrinimas | 15,9 | 13,4 | 17,1 | 36,6 | 12,2 | 3,7 | 1,2 |
| Plano, kuris leistų sėkmingai pasiekti projekto tikslus, parengimas | 9,8 | 24,4 | 32,9 | 13,4 | 7,3 | 9,8 | 2,4 |
| Bendradarbiavimas tarptautiniu lygmeniu, gerosios užsienio šalių patirties perėmimas | 4,9 | 4,9 | 9,8 | 8,5 | 4,9 | 34,1 | 32,9 |
| Įgyvendinimo veiksmų stebėjimas, vertinimas, koreguojančių veiksmų nustatymas | 3,7 | 4,9 | 3,7 | 9,8 | 11,0 | 28,0 | 39,0 |
| Savalaikis problemų/trikdžių identifikavimas | 2,4 | 8,5 | 7,3 | 9,8 | 48,8 | 18,3 | 4,9 |
| Išsami dokumentų, susijusių su planuojamomis programomis ir projektais, analizė | 1,2 | 30,5 | 22,0 | 14,6 | 13,4 | 6,1 | 12,2 |

Šaltinis: parengta autorės.

Ne mažiau svarbus respondentų pažymėtas veiksnys, darantis įtaką sėkmingam projektų įgyvendinimui, – finansinių išteklių užtikrinimas, net 4 vertinimo balus skyrė 36,6 proc. tyrimo dalyvių. Daugiau nei pusė tyrimo dalyvių mažiau nei vidutiniškai svarbius įvertino tokius veiksnius, kaip įgyvendinimo veiksmų stebėjimas, vertinimas, koreguojančių veiksmų nustatymas (78 proc. respondentų skyrė nuo 5 iki 7 vertinimo balų), savalaikis problemų/trikdžių identifikavimas bei bendradarbiavimas tarptautiniu lygmeniu, gerosios užsienio šalių patirties perėmimas (po 72 proc. respondentų skyrė nuo 5 iki 7 vertinimo balų) (žr. 45 pav.).



45 pav. Veiksniai sėkmingam programų ir projektų įgyvendinimui (proc.)

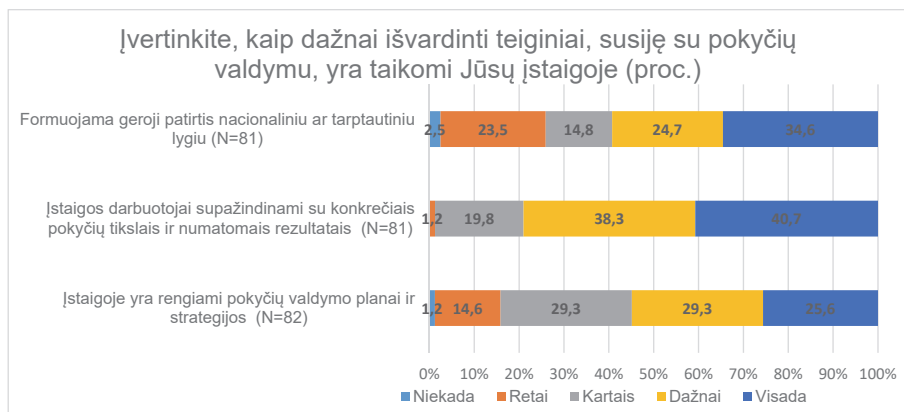
Šaltinis: parengta autorės.

2.3.6. Pokyčių įgyvendinimo aplinka ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose

Siekiant identifikuoti pokyčių įgyvendinimo aplinką AASPI, tyrimo dalyvių buvo prašoma įvardinti, kokie veiksmai, susiję su pokyčių valdymu, yra taikomi jų vadovaujamoje įstaigoje. Su pokyčių įgyvendinimu susiję veiksmai, kaip pokyčių valdymo strategijos ir planų rengimas, finansavimo šaltiniai, darbuotojų įtraukimas į pokyčių procesus, buvo vertinami naudojant Likerto skalę. Toks nuomonių vertinimo metodas leidžia įvertinti bendrą respondento nuomonę apie tam tikrus objektus ir nustatyti, kurie iš jų yra vertinami pozityviau (Dikčius, 2011). Siekiant identifikuoti AASPI vadovų pasirengimą pokyčiams, įstaigos pasirengimo pokyčių valdymo srityje vertinimas buvo atliekamas naudojant vieną atsakymo variantą.

Vertinant pokyčių valdymo strategijos formavimą ir planų rengimą, 40,7 proc. respondentų nurodė, jog įstaigos darbuotojai visada supažindinami su konkrečiais pokyčių tikslais ir numatomais rezultatais. Į minėtą klausimą nei vienas tyrimo dalyvis neatsakė neigiamai, 1,2 proc. respondentų nurodė, jog įvardinti teiginiai įstaigoje yra atliekami retai. 34,6 proc. respondentų nurodė, kad įstaigoje geroji patirtis nacionaliniu ar tarptautiniu lygiu yra formuojama visada. Į šį klausimą atsakė 81 respondentas. 2,5 proc. iš jų nurodė, jog nacionaliniu ar tarptautiniu lygiu gerą patirtimi nesidalinama. 23,5 proc. respondentų nurodė, jog patirtimi dalinamasi retai.

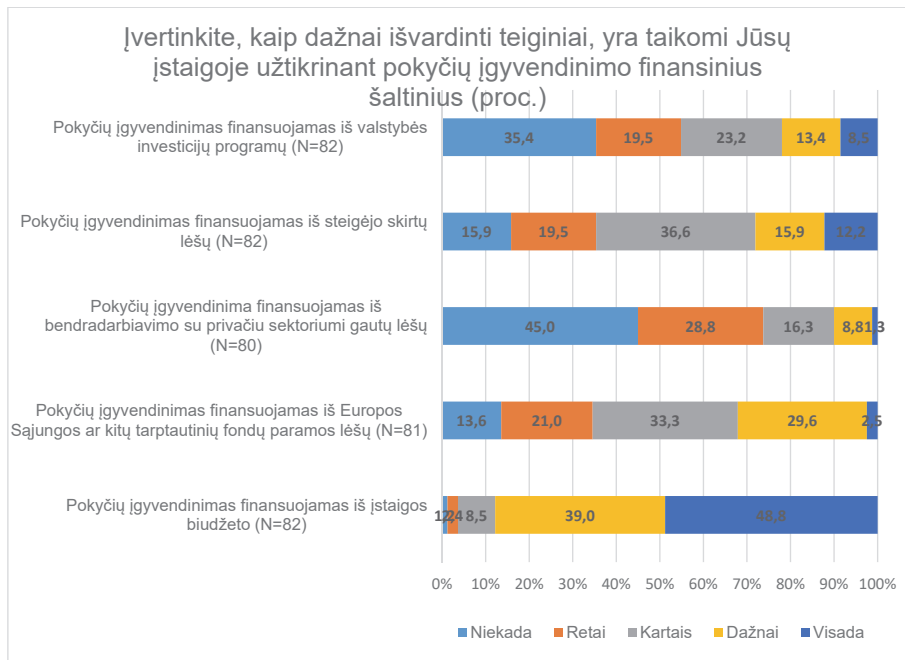
Iš visų tyrimo dalyvių, 25,6 proc. nurodė, jog įstaigoje pokyčių valdymo planai ir strategijos yra rengiamos visada. 1,2 proc. nurodė, jog įstaigoje pokyčių valdymo planai ir strategijos nerengiamos, 14,6 proc. nurodė, kad planai ir strategijos yra rengiamos retai (žr. 46 pav.).



46 pav. Pokyčių valdymo strategija (proc.)
Šaltinis: parengta autorės.

Vertinant pokyčių įgyvendinimo finansavimo šaltinius, pastebima, kad didžioji dalis respondentų (48,8 proc.) nurodė, kad pokyčių įgyvendinimas visada yra finansuojamas iš įstaigos biudžeto, o 39 proc. respondentų nurodė, kad pokyčių įgyvendi-

nimas yra dažnai finansuojamas iš įstaigos biudžeto ir tik 2,4 proc. teigia, kad pokyčių įgyvendinimas yra retai finansuojamas iš įstaigos biudžeto. 1,2 proc. tyrimo dalyvių neskiria pokyčių įgyvendinimui finansavimo iš įstaigos lėšų (žr. 47 pav.).



47 pav. Pokyčių įgyvendinimo finansiniai šaltiniai (proc.)

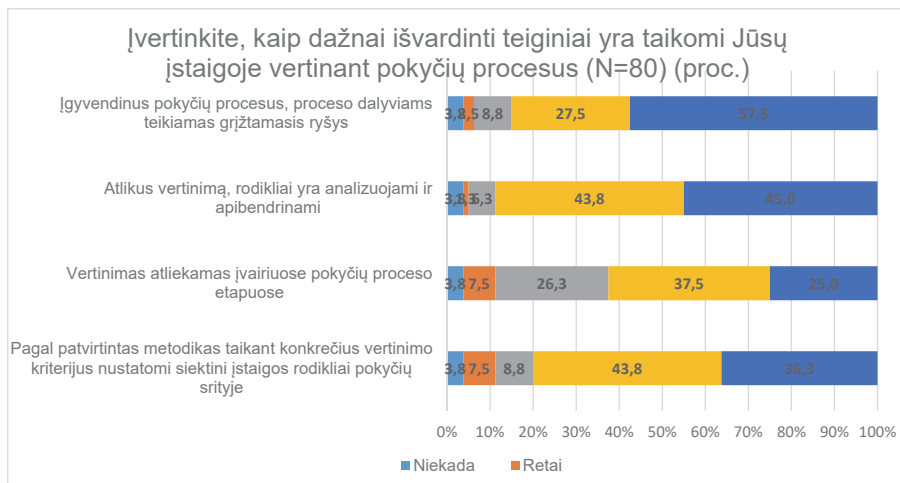
Šaltinis: parengta autorės.

Rečiausiai pokyčių įgyvendinimo užtikrinimo finansiniai šaltiniai yra lėšos, gautos iš bendradarbiavimo su privačiu sektoriumi (45 proc. iš 80 į šį klausimą atsakiusių respondentų nurodė, kad lėšomis, gautomis iš bendradarbiavimo su privačiu sektoriumi pokyčiai įstaigoje nėra finansuojami, 28,8 proc. nurodė, kad minėtomis lėšomis pokyčiai finansuojami retai ir tik 1,3 proc. nurodė, kad lėšomis, gautomis iš bendradarbiavimo su privačiu sektoriumi pokyčiai įstaigoje finansuojami visada) ir lėšos, gautos iš valstybės investicijų programų (35,4 proc. respondentų nurodė, kad vadovaujamoje įstaigoje minėtu finansavimo šaltiniu nėra finansuojami, 19,5 proc. nurodė, kad pokyčiai įstaigoje finansuojami retai; 8,5 proc. nurodė, kad lėšomis, gautomis iš valstybės investicijų programų pokyčiai įstaigoje finansuojami visada).

15,9 proc. respondentų nurodė, kad įstaigose pokyčių įgyvendinimo finansavimas nėra užtikrinamas iš steigėjo lėšų, 13,6 proc. (iš viso ši teiginį vertino 81 respondentas) nurodė, jog pokyčių įgyvendinimas nėra finansuojamas iš Europos Sąjungos ar kitų tarptautinių fondų paramos lėšų.

Vertinant, kokie veiksmai yra vykdomi įstaigoje vertinant pokyčių procesus, atsakymus pateikė 80 respondentų iš 82. Daugiausia tyrimo dalyvių (57,5 proc.) nurodė, kad,

įgyvendinus pokyčių procesus, dalyviams teikiamas grįžtamasis ryšys visada, 43,8 proc., kad dalyviams teikiamas grįžtamasis ryšys dažnai; 3,8 proc. nurodė, kad grįžtamasis ryšys neteikiamas, 2,5 proc. nurodė, kad grįžtamasis ryšys teikiamas retai (žr. 48 pav.).



48 pav. Pokyčių proceso vertinimas (proc.)
Šaltinis: parengta autorės.

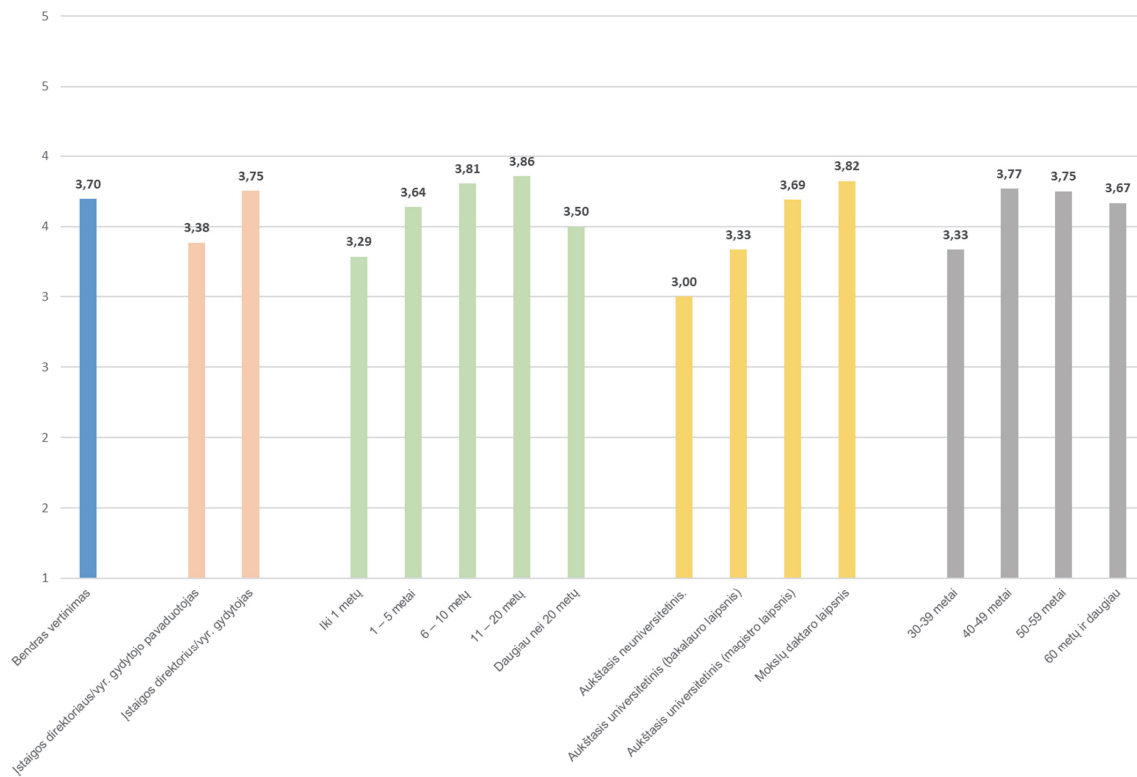
45 proc. tyrimo dalyvių nurodė, kad, atlikus vertinimą, rodikliai yra analizuojami ir apibendrinami visada, 3,8 proc. nurodė, kad rodikliai nėra analizuojami ir apibendrinami, 1,3 proc. – kad analizė ir apibendrinimas atliekami retai.

Palyginus su kitais pokyčių vertinimo veiksmais, mažiausiai respondentų nurodė, kad jų įstaigoje visada yra atliekamas vertinimas įvairiuose pokyčių proceso etapuose, taip teigia 25 proc. respondentų. 36,3 proc. respondentų nurodė, kad tai visada yra daroma pagal patvirtintas metodikas taikant konkrečius vertinimo kriterijus nustatomi siektini įstaigos veiklos rodikliai pokyčių proceso srityje. Tiek pat respondentų nurodė, jog minėtos veiklos vertinant pokyčių procesus yra niekada neatliekamos (3,8 proc.) arba kad atliekamos retai (7,5 proc.).

Tyrimo dalyvių paprašius įvertinti atstovaujamos įstaigos pasirengimą pokyčių valdymo srityje penkių balų skalėje (1 – labai blogai, 2 – blogai, 3 – vidutiniškai, 4 – gerai, 5 – labai gerai), nė vienas tyrimo dalyvis nenurodė, jog atstovaujamos įstaigos pasirengimą pokyčiams vertintų „labai blogai“. Blogai savo įstaigos pasirengimą įvertino ir 2 balus skyrė tik 3 respondentai (3,7 proc.). Daugiausia buvo pasirengimą vertinusių „gerai“ ir skyrusių 4 balus iš 5 galimų (28 respondentai arba 51,2 proc.), taip pat didelė respondentų dalis atstovaujamos įstaigos pasirengimą vertino „vidutiniškai“ ir skyrė 3 vertinimo balus (28 respondentai arba 34,1 proc.) (žr. 49 pav.).

Geriausiai savo įstaigos pasirengimą pokyčių valdymo srityje vertina 11–20 metų bei 6–10 metų savo dabartinės pareigas užimančių respondentų (vertinimų vidurkiai 3,86 ir 3,81 balo) bei mokslų daktaro laipsnį turintys respondentai (vertinimų vidurkis 3,82 balo).

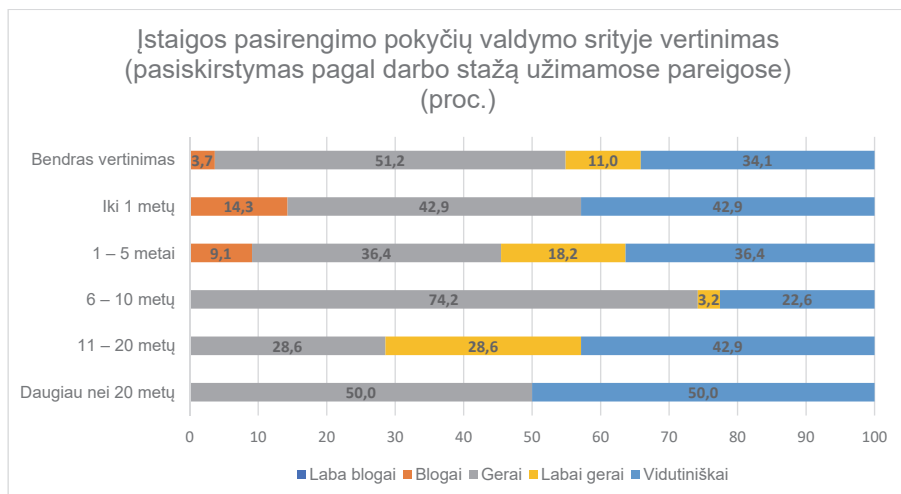
Įstaigos pasirengimo pokyčių valdymo srityje vertinimų vidurkis skalėje nuo 1 iki 5, kur 1 - labai blogai, 2 - blogai, 3 - vidutiniškai, 4 - gerai, 5 - labai gerai.



49 pav. Pokyčių proceso vertinimas (proc.)

Šaltinis: parengta autorės.

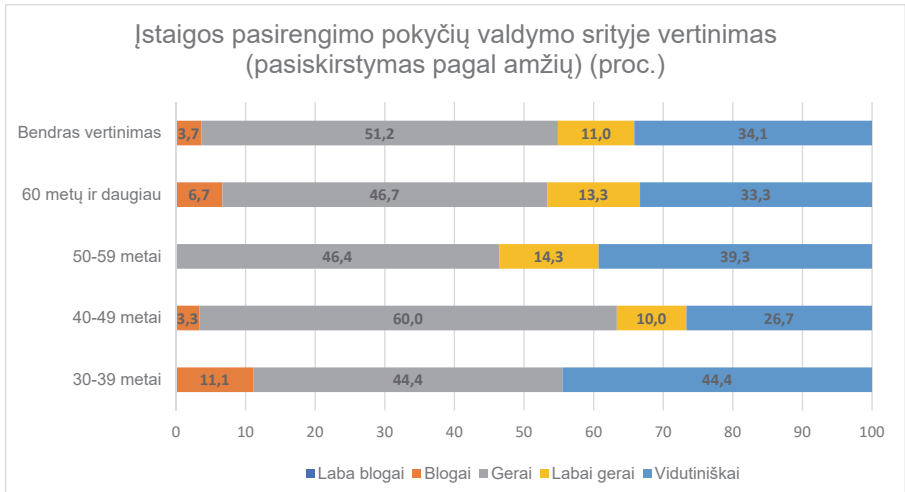
Siekiant identifikuoti įstaigų pasirengimą pokyčių valdymo srityje, respondentų buvo prašoma pasirengimą įvertinti penkių balų skalėje nuo 1 (labai blogai) iki 5 (labai gerai). Vertinant gautus rezultatus, pastebima, jog įstaigos pasirengimą blogai yra linkę vertinti tik iki 1 metų (14,3 proc.) ir nuo 1 iki 5 metų įstaigai vadovaujantys tyrimo dalyviai (9,1 proc.). Daugiausia vadovaujamos įstaigos pasirengimą pokyčių valdymo srityje labai gerai vertinančių yra tarp daugiau nei 11–20 metų vadovaujamas pareigas užimančių tyrimo dalyvių (28,6 proc.). Nė vienas tyrimo dalyvis, dabartines pareigas užimantis iki 1 metų ir daugiau nei 20 metų, įstaigos pasirengimo pokyčiams neįvertino labai gerai (žr. 50 pav.).



50 pav. Įstaigos pasirengimas pokyčių valdymui (pasiskirstymas pagal darbo stažą, proc.)

Šaltinis: parengta autorės.

Palyginus, kaip vadovaujamos įstaigos pasirengimą pokyčių valdymo srityje vertina skirtingų amžiaus grupių respondentai, matyti, jog nė vienas 30–39 metų respondentas pasirengimo nevertina labai gerai. Taip pat daugiausia minėtos amžiaus grupės respondentų (11,1 proc.) pasirengimą įvertino blogai.



51 pav. Įstaigos pasirengimas pokyčių valdymui (pasiskirstymas pagal amžių, proc.)

Šaltinis: parengta autorės.

Minėtos amžiaus grupės tyrimo dalyvių atstovaujamos įstaigos vadovai pasirengimą pokyčiams vertina blogai (palyginimui bendras vertinimas rodo, kad tik 3,7 proc. visų respondentų pasirengimą vertina blogai). Tuo tarpu nė vienas 50–59 metų respondentas atstovaujamos įstaigos pasirengimo pokyčių valdymo srityje nevertina blogai (žr. 51 pav.)

2.3.7. Hipotezių tikrinimas

Tyrimo metu, siekiant nustatyti, ar pasirengimo pokyčių valdymo srityje vertinimas priklauso nuo aktyvaus vadovo dalyvavimo siūlant ir įvertinant inovatyvias pokyčių idėjas, suformuluotos šios hipotezės:

H_0 – pasirengimo pokyčių valdymo srityje vertinimas nepriklauso nuo aktyvaus vadovo dalyvavimo siūlant ir įvertinant inovatyvias pokyčių idėjas;

H_1 – pasirengimo pokyčių valdymo srityje vertinimas priklauso nuo aktyvaus vadovo dalyvavimo siūlant ir įvertinant inovatyvias pokyčių idėjas.

Analizės rezultatai pateikiami Chi-Square Tests lentelėse (žr. 5 priedą). Stebimojo reikšmingumo lygmens p-level reikšmė yra 0,000. P-level = 0,000 < α = 0,05, todėl hipotezė H_0 atmetama ir patvirtinama H_1 hipotezė, kurioje teigiama, kad pasirengimo pokyčių valdymo srityje vertinimas priklauso nuo aktyvaus vadovo dalyvavimo siūlant ir įvertinant inovatyvias pokyčių idėjas.

Taip pat iškeltos hipotezės, susijusios su pasirengimo pokyčių valdymo srityje vertinimu ir per pastaruosius 5 metus įstaigoje įdiegtų naujų arba optimizuotų pokyčių valdymo proceso organizacinių priemonių:

H_0 – pasirengimo pokyčių valdymo srityje vertinimas nepriklauso nuo per pastaruosius 5 metus įstaigoje įdiegtų naujų arba optimizuotų pokyčių valdymo proceso organizacinių priemonių;

H_1 – pasirengimo pokyčių valdymo srityje vertinimas priklauso nuo per pastaruosius 5 metus įstaigoje įdiegtų naujų arba optimizuotų pokyčių valdymo proceso organizacinių priemonių.

Analizės rezultatai pateikiami Chi-Square Tests lentelėse (žr. 5 priedą). Stebimojo reikšmingumo lygmens p-level reikšmė yra 0,086. $P\text{-level} = 0,086 > \alpha = 0,05$, todėl hipotezės H_0 atmesti negalima.

Atlikta empirinio tyrimo analizė patvirtino teiginį, kad pasirengimo pokyčių valdymo srityje vertinimas priklauso nuo aktyvaus vadovo dalyvavimo, siūlant ir vertinant inovatyvias pokyčių idėjas, o vertinimas nepriklauso nuo per pastaruosius 5 metus įstaigoje įdiegtų naujų arba optimizuotų pokyčių valdymo proceso organizacinių priemonių. Galima teigti, kad įstaigų pasirengimas pokyčiams valdymo srityje tiesiogiai sąlygoja aktyvų vadovo dalyvavimą pokyčių procese, todėl AASPI vadovai, siekdami tinkamai pasirengti pokyčiams, privalo aktyviai įsitraukti ir dalyvauti teikiant bei įvertinant inovatyvias pokyčių idėjas.

Ryšiui tarp šių kintamųjų išmatuoti buvo naudojamas Spearman koreliacijos koeficientas. Šis koeficientas yra taikomas ranginių (tvarkos) kintamųjų tarpusavio koreliacijos dydžiui išmatuoti (Čekanavičius, Murauskas, 2000). Abiejų klausimų kintamieji buvo matuojami 9 balų skalėse, kurios gali būti traktuojamos kaip rangų skalės. Todėl buvo pasirinktas būtent tokių kintamųjų ryšio stiprumo matavimui naudojamas Spearman koreliacijos koeficientas. Šis koeficientas gali kisti nuo -1 (absolūtus neigiamas ryšys) iki $+1$ (absolūtus teigiamas ryšys). Anot Dancey ir Reidy (2007), koeficientų reikšmės galima interpretuoti tokiu būdu:

- $\pm 0,7$ ir daugiau – labai stiprus ryšys;
- $\pm 0,4\text{--}0,6$ – stiprus ryšys;
- $\pm 0,3$ – vidutinis ryšys;
- $\pm 0,2$ – silpnas ryšys;
- mažiau nei $\pm 0,2$ – labai silpnas, nenagrinėtinas ryšys.

Nors moksliniuose tyrimuose galima rasti ir kitų šių reikšmių interpretacijų (pvz.: Chan, 2003; Schober ir kt., 2018), tačiau jos iš esmės nesiskiria nuo aukščiau pateiktosios. Todėl tolesnėje analizėje pateikiamos tik tos koreliacijos tarp kintamųjų, kurių reikšmė yra didesnė nei $\pm 0,2$. Toks ryšys yra pakankamai stiprus, todėl jis bus pateikiamas išvadose. Kitais atvejais, net jei ryšys yra statistiškai reikšmingas, jis nebus naudojamas analizėje.

Analizuojant ryšį tarp pasirengimo pokyčių valdymo srityje ir aktyvaus vadovo dalyvavimo siūlant ir vertinant inovatyvias pokyčių idėjas, gautas Spearman koeficientas lygus $+0,181$, t. y. respondentai, kurie mano, kad vadovas aktyviai dalyvauja, geriau vertina įstaigos pasirengimą pokyčiams, tačiau ryšys nėra statistiškai reikšmingas ($p=0,103$).

2.3.8. Siekiamų pagrindinių tikslų, veiksnių, didžiausių trikdžių įgyvendinant pokyčius ir įstaigų pasirengimo valdymui skirtumai

Analizuojant ryšį tarp veiksnių, kurie yra svarbiausi siekiant įgyvendinti pokyčius įstaigose ir didžiausių trikdžių įgyvendinant pokyčius įstaigose, matoma, kad yra aiškus simetrinis ryšys tarp tas pačias sritis atspindinčių veiksnių. Respondentai, kurie teikia daugiau svarbos žmogiškųjų išteklių motyvacijos modelio diegimui, taip pat mano, kad svarbesnis yra žmogiškųjų išteklių motyvavimo priemonių trūkumas. Atitinkamai, respondentai, kurie mano, kad pokyčių sėkmei svarbesnis yra informacinių technologijų taikymas, taip pat didesnę svarbą kaip galimam pokyčių trikdžiui teikia žemam kompiuteriniam raštingumui. Tas pats ryšys (Spearman koeficientai svyruoja nuo +0,328 iki +0,588, visais atvejais koeficiento reikšmingumas $p \leq 0,01$; žr. 6 priedą) matomas ir visų kitų porų atvejais. Visais atvejais koeficientas rodo statistiškai reikšmingą ryšį, taigi, galima teigti, kad tai nėra statistiniu požiūriu atsitiktinė sąsaja.

Kiti pakankamai stiprūs ir paminėtini ryšiai yra neigiama koreliacija (Spearman koeficientai atitinkamai $-0,259$ ($p \leq 0,01$) ir $-0,220$ ($p \leq 0,05$)) tarp žmogiškųjų išteklių motyvacijos modelio diegimo svarbos sėkmei, personalo kvalifikacijos ir įgyvendinamų valdymo pokyčių procesų kontrolės trūkumo kaip trikdžių svarbos vertinimo. Tai reiškia, kad respondentai, kurie daugiau svarbos teikia personalo motyvacijos modelio diegimui, mano, kad personalo kvalifikacijos ir pokyčių procesų kontrolės trūkumo, kaip trikdžių identifikavimo sėkmingiems pokyčiams įgyvendinti, svarba yra mažesnė. Ir atvirkščiai. Dar vienas analogiškas neigiamas ryšys yra tarp finansavimo išteklių užtikrinimo svarbos sėkmei ir įstaigos organizacinės kultūros trūkumo svarbos kaip trikdžio pokyčiams. Respondentai, kuriems finansavimo išteklių užtikrinimas atrodo svarbesnis, mažiau reikšmės teikia organizacinės kultūros trūkumui ir atvirkščiai.

Empirinio tyrimo metu nustatyta, jog Lietuvos AASPI pokyčių valdymo procesams būdingi visi teoriniame pokyčių valdymo modelyje nurodyti trikdžiai ir jų valdymo priemonės.

Remiantis empirinio tyrimo rezultatais, nustatyta, kad, įgyvendinant pokyčius AASPI, 30–39 m. amžiaus įstaigų vadovai kaip svarbiausių tikslų siekia įstaigos veiklos efektyvumo didinimo; modernių technologijų taikymo įstaigos valdyme ir kokybiškų paslaugų teikime; žmogiškųjų išteklių valdymo gerinimo; darbuotojų tarpusavio bendradarbiavimo gerinimo srityse. 50–59 m. amžiaus vadovai kaip svarbiausią tikslą nurodo kokybiškų ar naujų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, 60 m. ir daugiau – įstaigos veiklos efektyvumo didinimą. Kaip pagrindinius veiksnius, įgyvendinant pokyčius, 30–39 m. amžiaus respondentai įvardija vadovų kompetenciją ir pokyčių valdymo proceso vertinimą, 60 m. ir vyresni tyrimo dalyviai nurodo finansinių išteklių užtikrinimą, žmogiškųjų išteklių motyvavimo modelio diegimą, organizacinės kultūros formavimą, informacijos sklaidą ir personalo tarpusavio komunikacijos svarbą. Didžiausiais trikdžiais įgyvendinant pokyčius 30–39 m. amžiaus vadovai įvardija įgyvendinamų valdymo pokyčių procesų kontrolės trūkumą, 40–49 m. amžiaus – žemą kompiuterinį raštingumą, informacijos sklaidą ir personalo tarpusavio komunikacijos trūkumą, 50–59 m. amžiaus respondentai nurodo finansinių išteklių trūkumą ir vadovų kompetenciją.

Apibendrinant galima teigti, kad 30–39 m. amžiaus AASPI vadovams įgyvendinant pokyčius svarbiausia įstaigos veiklos efektyvumo didinimas ir modernių technologijų taikymas įstaigos valdyme ir mažiausiai svarbu informacijos sklaida bei personalo tarpusavio komunikacija. Vyresnio amžiaus AASPI vadovams svarbiausia įstaigos veiklos efektyvumo didinimas ir kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, tačiau ne itin svarbu informacinių technologijų diegimas ir taikymas įstaigos valdyme.

24 lentelėje pateikti susisteminti išryškėję skirtingų amžiaus grupių respondentų atsakymų skirtumai tarp siekiamų pagrindinių tikslų, veiksmų, didžiausių trikdžių, įgyvendinant pokyčius, ir įstaigų pasirengimo pokyčių valdymui.

24 lentelė. Pokyčių įgyvendinimo tikslai, veiksniai, trikdžiai ir įstaigų pasirengimas (pasiskirstymas pagal respondentų amžių)

| Respondentų amžiaus grupė | Svarbiausi tikslai | Mažiausiai svarbūs tikslai | Pagrindiniai veiksniai įgyvendinant pokyčius | Mažiausiai svarbūs veiksniai įgyvendinant pokyčius | Didžiausi trikdžiai | Įstaigos pasirengimas pokyčių valdymui |
|---------------------------|--|---|--|---|--|--|
| 30–39 m. | Įstaigos veiklos efektyvumo didinimas; modernių technologijų taikymas įstaigos valdyme ir kokybiškų paslaugų teikime; žmogiškųjų išteklių valdymo gerinimas; darbuotojų tarpusavio bendradarbiavimo gerinimas. | | Vadovų kompetencija; pokyčių valdymo proceso vertinimas. | Finansinių išteklių užtikrinimas; informacijos sklaida ir personalo tarpusavio komunikacija. | Įgyvendinamų valdymo pokyčių procesų kontrolės trūkumas. | Blogai; vidutiniškai; gerai. |
| 40–49 m. | | Įstaigos veiklos efektyvumo didinimas; modernių technologijų taikymas įstaigos valdyme ir kokybiškų paslaugų teikime. | | | Žemas kompiuterinis raštingumas; informacijos sklaidos ir personalo tarpusavio komunikacijos trūkumas. | Blogai; vidutiniškai; gerai; labai gerai. |
| 50–59 m. | Kokybiškų ar naujų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas. | | | Žmogiškųjų išteklių motyvavimo modelio diegimas; organizacinės kultūros formavimas. | Finansinių išteklių trūkumas; vadovų kompetencija. | Vidutiniškai; gerai; labai gerai. |
| 60 m. ir daugiau | Įstaigos veiklos efektyvumo didinimas. | Modernių technologijų taikymas įstaigos valdyme ir kokybiškų paslaugų teikime. | Finansinių išteklių užtikrinimas; žmogiškųjų išteklių motyvavimo modelio diegimas; organizacinės kultūros formavimas; informacijos sklaida ir personalo tarpusavio komunikacija. | Vadovų kompetencija; informacinių technologijų taikymas; galimų trikdžių identifikavimas ir rizikos valdymas. | | Blogai; vidutiniškai; gerai; labai gerai. |

Šaltinis: parengta autorės.

AASPI vadovai, dabartines pareigas užimantys iki 1 metų, 1–5 metų ir daugiau nei 20 metų, svarbiausiu tikslu įgyvendinant pokyčius įstaigose nurodo įstaigos veiklos efektyvumo didinimą, dabartines pareigas užimantys 6–10 metų svarbiausiu tikslu įvardija kokybiškų ar naujų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, 11–20 metų pareigas užimantys respondentai – darbuotojų tarpusavio bendradarbiavimo gerinimą. Pagrindiniais veiksniais įgyvendinant pokyčius įstaigų vadovai, dabartines pareigas užimantys iki 1 metų ir 1–5 metų, įvardija informacinių technologijų taikymą, žmogiškųjų išteklių motyvavimo modelio diegimą, organizacinės kultūros formavimą; 6–10 metų pareigas užimantys respondentai nurodo vadovų kompetenciją ir galimų trikdžių identifikavimą bei rizikos valdymą; 11–20 metų ir daugiau nei 20 metų darbo stažą turintys respondentai pagrindiniais veiksniais įvardija žmogiškųjų išteklių motyvavimo modelio diegimą, galimų trikdžių identifikavimą ir rizikos valdymą bei organizacinės kultūros formavimą.

Didžiausiais trikdžiais įgyvendinant pokyčius AASPI iki 1 metų darbo stažą dabartinėse pareigose turintys respondentai nurodo organizacinės kultūros trūkumą, žemą kompiuterinį raštingumą ir žmogiškųjų išteklių motyvavimo sistemos trūkumą; 6–10 metų dabartines pareigas užimantys vadovai įvardijo vadovų kompetenciją, 11–20 metų darbo stažą turintys respondentai – savalaikį problemų/trikdžių neidentifikavimą, o daugiau nei 20 metų dabartines pareigas užimantys respondentai nurodė finansinių išteklių trūkumą, žmogiškųjų išteklių motyvavimo priemonių trūkumą ir organizacinės kultūros trūkumą.

25 lentelėje pateikti susisteminti išryškėję respondentų, turinčių skirtingą darbo stažo dabartinėse pareigose, atsakymų skirtumai tarp siekiamų pagrindinių tikslų, veiksnių, didžiausių trikdžių įgyvendinant pokyčius ir įstaigų pasirengimo pokyčių valdymui.

25 lentelė. Pokyčių įgyvendinimo tikslai, veiksniai, trikdžiai ir įstaigų pasirengimas (pasiskirstymas pagal respondentų darbo stažą)

| Respondentų darbo stažas dabartinėse pareigose | Svarbiausi tikslai | Mažiausiai svarbūs tikslai | Pagrindiniai veiksniai įgyvendinant pokyčius | Mažiausiai svarbūs veiksniai įgyvendinant pokyčius | Didžiausi trikdžiai | Įstaigos pasirengimas pokyčių valdymui |
|--|--|---|---|---|---|--|
| Iki 1 metų | Įstaigos veiklos efektyvumo didinimas. | Kokybiškų ar naujų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas; žmogiškųjų išteklių valdymo gerinimas. | Informacinių technologijų taikymas; žmogiškųjų išteklių motyvavimo modelio diegimas; organizacinės kultūros formavimas. | Finansinių išteklių užtikrinimas; vadovų kompetencija; galimų trikdžių identifikavimas ir rizikos valdymas. | Organizacinės kultūros trūkumas; žemas kompiuterinis raštingumas; žmogiškųjų išteklių motyvavimo sistemos trūkumas. | Blogai; vidutiniškai; gerai. |
| 1–5 metai | Įstaigos veiklos efektyvumo didinimas. | Išlaidų mažinimas; veiklos kokybės vadybos standartų diegimas. | Informacinių technologijų taikymas; žmogiškųjų išteklių motyvavimo modelio diegimas; organizacinės kultūros formavimas. | Finansinių išteklių užtikrinimas; vadovų kompetencija; galimų trikdžių identifikavimas ir rizikos valdymas. | | Blogai; vidutiniškai; gerai; labai gerai. |
| 6–10 metų | Kokybiškų ar naujų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas. | Darbuotojų tarpusavio bendradarbiavimo gerinimas. | Vadovų kompetencija; galimų trikdžių identifikavimas ir rizikos valdymas. | Žmogiškųjų išteklių motyvavimo modelio diegimas; nuolatinis personalo mokymasis/kvalifikacijos kėlimas; pokyčių valdymo procesų vertinimas. | Vadovų kompetencija. | Vidutiniškai; gerai; labai gerai. |
| 11–20 metų | Darbuotojų tarpusavio bendradarbiavimo gerinimas. | Įstaigos veiklos efektyvumo didinimas; modernių technologijų taikymas įstaigos valdyme ir kokybiškų paslaugų teikime. | Žmogiškųjų išteklių motyvavimo modelio diegimas; galimų trikdžių identifikavimas ir rizikos valdymas. | Organizacinės kultūros formavimas. | Savalaikis problemų/trikdžių neidentifikavimas. | Vidutiniškai; gerai; labai gerai. |
| Daugiau nei 20 metų | Įstaigos veiklos efektyvumo didinimas. | Žmogiškųjų išteklių valdymo gerinimas; gebėjimas konkuruoti su kitomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis; modernių technologijų taikymas įstaigos valdyme ir kokybiškų paslaugų teikime. | Žmogiškųjų išteklių motyvavimo modelio diegimas; organizacinės kultūros formavimas. | Informacinių technologijų taikymas. | Finansinių išteklių trūkumas; žmogiškųjų išteklių motyvavimo priemonių trūkumas; organizacinės kultūros trūkumas. | Vidutiniškai; gerai. |

Šaltinis: parengta autorės.

Apibendrinant galima teigti, kad iki 1 metų ir 1–5 metų dabartines pareigas užimantiems AASPI vadovams įgyvendinant pokyčius svarbiausias tikslas yra įstaigos veiklos efektyvumo didinimas ir informacinių technologijų taikymas įstaigoje, mažiausiai svarbu finansinių išteklių užtikrinimas ir vadovo kompetencija. Ilgesnį darbo stažą turintiems AASPI vadovams svarbiausias tikslas – įstaigos veiklos efektyvumo didinimas ir kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, tačiau ne itin svarbu informacinių technologijų diegimas ir taikymas įstaigos valdyme. Geriausiai savo įstaigos pasirengimą pokyčių valdymo srityje vertina 11–20 metų bei 6–10 metų savo dabartines pareigas užimančių respondentų bei mokslų daktaro laipsnį turintys respondentai.

2.4. Konceptualus pokyčių valdymo modelis Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms

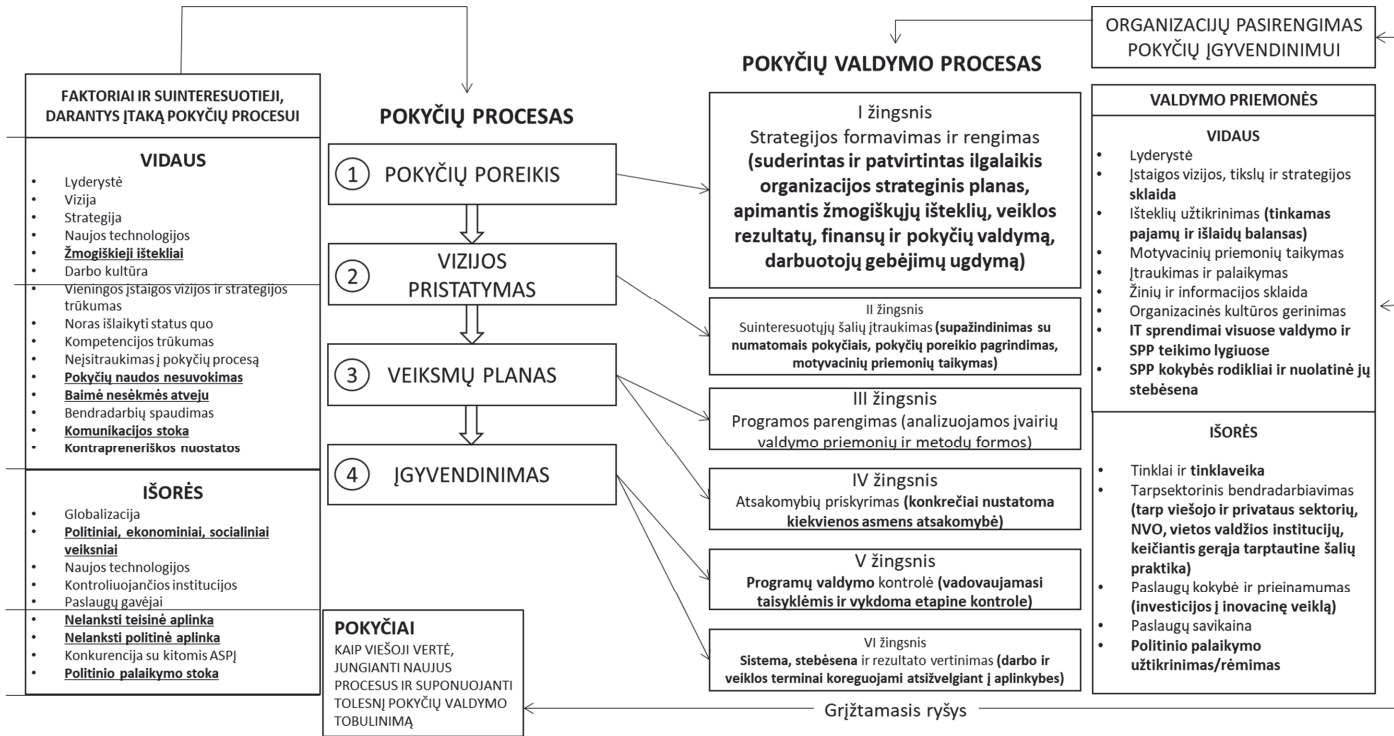
Teorinio pokyčių valdymo modelio pagrindu atliktas empirinis tyrimas leidžia tyrimo duomenimis papildžius teorinį pokyčių valdymo modelį, konstruoti konceptualų pokyčių valdymo modelį Lietuvos AASPI. Pagal Lietuvių kalbos žodyną *konceptija*: (lot. *conceptio* – suvokimas, supratimas): 1. daikto, reiškinių, proceso samprata; apgalvotas veikimo planas; 2. kūrinių, veiklos sumanymas; mintinis projektas, planas; konstruktyvios veiklos principas (<https://www.lietuviuzodynas.lt/terminai/Konceptija>). Disertacijoje *konceptualus pokyčių valdymo modelis* savo prasme atitinka termino *konceptija* reikšmės *veiklos projektas, planas*, nes šis modelis yra sukonstruotas papildžius teorinį pokyčių valdymo modelį iš empirinio tyrimo duomenų išplaukiančiais apibendrinimais ir yra skirtas Lietuvos AASPI pokyčių proceso įgyvendinimui. Šis modelis ir iš jo išplaukiančios rekomendacijos yra pagrindiniai disertacijos rezultatai, orientuoti į praktinius pritaikymus. Kartu šis modelis turi ir nemenką teorinę reikšmę, nes įneša naujų elementų į disertacijos teorinėje dalyje apibendrintą teorinį modelį. Modelis pateikiamas disertacijos antros dalies baigiamajame skyriuje kaip dviejų disertacijos dalių galutinis rezultatas. Kadangi šio modelio suformavimui daug reikšmės turėjo disertacijos antros dalies empirinio tyrimo duomenų analizė, modelis pateikiamas tiriamosios dalies pabaigoje.

Teorinis pokyčių valdymo modelis suformuotas remiantis R. Raina (2018) **pokyčių proceso** keturių etapų principu: identifikavimu (modelyje pavaizduota pokyčių poreikio nustatymas analizuojant problemas, trūkumus, grėsmes ir galimybes organizacijai augti); sprendimo kūrimu (planų, kaip pasiekti pageidaujamą būseną, sukūrimas, modelyje nurodoma vizijos pristatymu); veiksmų plano sukūrimu (pasirenkant tinkamas intervencijas norimai organizacijos būklei pasiekti); įgyvendinimu ir rezultatų įvertinimu (atsižvelgiant į atliktus veiksmus ir pritaikant naują procesą) (Raina, 2018). Konceptualaus modelio schemoje, kaip ir teoriniame modelyje, remiantis D. McNabb (2009), **pokyčių valdymo procesas** suskirstytas šešių žingsnių etapais: strategijos formavimas ir rengimas (įstaigos pageidaujamos būsenos numatymas – suderintas ir patvirtintas ilgalaikis organizacijos strateginis planas, apimančias žmogiškųjų išteklių, veiklos rezultatų, finansų ir pokyčių valdymą, darbuotojų

gebėjimų ugdymą), suinteresuotųjų šalių įtraukimas (tai gali būti politikai; nevyriausybinės organizacijos; įstaigos darbuotojai – supažindinimas su numatomais pokyčiais, pokyčių poreikio pagrindimas, motyvacinių priemonių taikymas; kiti viešojo ar privataus sektoriaus atstovai), programos parengimas (analizuojamos įvairių valdymo priemonių ir metodų formos, detalaus ir tikslaus pokyčių programos priemonių plano sudarymas), atsakomybių priskyrimas (būtina numatyti dalyvius ir jų vaidmenį šiame procese, konkrečiai nustatoma kiekvieno asmens atsakomybė), programų valdymo kontrolė (pokyčių proceso ir terminų įgyvendinimo koordinavimas, vadovaujamas taisyklėmis ir vykdoma etapine kontrole) bei stebėseną ir rezultato vertinimas (įgyvendinamų pokyčių analizė, darbo ir veiklos terminai koreguojami atsižvelgiant į aplinkybes) (McNabb, 2009).

Teorinio ir empirinio tyrimo duomenų pagrindu suformuoto konceptualaus pokyčių valdymo modelio Lietuvos AASPĮ schema pateikta 52 paveiksle. Paveiksle pa-vaizduoti pagrindiniai tarpusavio priklausomybės ryšiais susieti pokyčių valdymo elementai: iš atskirų keturių etapų sudarytas pokyčių procesas, veikiamas **išorės ir vidaus faktorių** bei parodomas **organizacijų pasirengimas pokyčių įgyvendinimui** pasitelkiant šešių žingsnių veiklos principą į **pokyčių valdymo procesą**, kuriam gali turėti įtakos skirtingos **valdymo priemonės**. Pokyčių valdymo eigos ir rezultatų vertinimas (Osborne, 2010; Ginter ir kt., 2018) atliekamas taikant **grįžtamąjį ryšį**. Pokyčių valdyme grįžtamasis ryšys suprantamas kaip pokyčių įgyvendintojų informacijos ir gautų rezultatų pasidalinimas su **suinteresuotais asmenimis**. Teorinio ir empirinio tyrimų duomenimis, suinteresuoti asmenys gali būti sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai, politinių partijų ir tiesiogiai susijusių sričių, kaip socialinės, aplinkos apsaugos, švietimo, vidaus reikalų bei finansų ministerijų atstovai, pacientai, sveikatos priežiūros organizatoriai, nevyriausybinių organizacijų atstovai.

Pokyčių proceso rezultatas – pokyčiai konceptualaus pokyčių valdymo Lietuvos AASPĮ modelyje naudojama samprata (McNabb, 2009; Ginter ir kt, 2018) patvirtinta ir empirinio tyrimo (ekspertų interviu ir AASPĮ vadovų apklausos) duomenimis.



52 pav. Konceptualus pokyčių valdymo modelis Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms

Šaltinis: parengta autorės.

Mokslinėje literatūroje (Balfour, Wechsler, 1990; Ansoff, 1990; Rumelt, 1995; Klein, Sorra, 1996; Belbin, 1996; Waddell, Sohal, 1998; Waddell, A. Sohal, 1998; Ginter ir kt., 2018) nurodoma, kad pokyčių procesas gali būti veikiamas išorės (nelanksti teisinė ir politinė aplinka, konkurencija su kitomis ASPĮ) ir vidaus (vieningos įstaigos vizijos ir strategijos trūkumas, noras išlaikyti *status quo*, kompetencijos trūkumas, neįsitraukimas į pokyčių procesą, pokyčių naudą nesuvokimas, baimė nesėkmės atveju, bendradarbių spaudimas, komunikacijos stoka) **faktorių**. Atlikto empirinio tyrimo rezultatai taip pat atskleidė, jog Lietuvos AASPĮ yra veikiamos itin plataus spektro faktorių: išorės (ilgalaiškės sveikatos politikos strategijos nebuvimas arba pasikeitus šalies politinei valdžiai pristatomi trumpalaikiai populistiniai tikslai, atspindintys valdančiųjų partijų interesus; pagrindinių partijų sutarimo nebuvimas dėl ilgalaiškės sveikatos politikos tikslų; žema politinė kultūra; sveikatos problemų naudojimas politinėms spekuliacijoms ir rinkiminei retorikai; dažna sveikatos apsaugos ministrų kaita; lobizmas; netobula teisinė įstatyminė bazė, biurokratiniai trikdžiai ją tobulinant; aukštas korupcijos lygis sveikatos sektoriuje ir gyventojų nepasitikėjimas medicininių paslaugų teikėjais; tarpinstitucinio bendradarbiavimo stoka) ir vidaus (vadovų ir medicininio personalo pasipriešinimas inovacijoms, valdymo procesų naujovėms optimizuojant paslaugų teikimą; pokyčių baimė; sveikatos raštingumo stoka; sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybės vertinimo trūkumas; specifinių valdymo įgūdžių trūkumas; nelanksčios vidaus organizacinės struktūros; nepakankamos vadovų vadybinės kompetencijos; netinkamas pajamų ir išlaidų subalansavimas).

Apibendrinant svarbiausius vidaus ir išorės trikdžius įgyvendinant strateginius pokyčius, galima daryti išvadą, kad ilgalaiškės sveikatos politikos strategijos nebuvimas arba pasikeitus šalies politinei valdžiai trumpalaikiai populistiniai tikslai, atspindintys valdančiosios (-ių) partijos (-jų) interesus, bei dažna sveikatos apsaugos ministrų kaita daro neigiamą įtaką šalies sveikatos sektoriui. Kadangi šalies teisinė įstatyminė bazė iš dalies adaptuojama prie ES standartų, direktyvų ir reglamentų, tačiau ji vis dar netobula dėl biurokratinių trikdžių ją tobulinant, itin svarbu atkreipti dėmesį į vadovų ir medicininio personalo pasipriešinimą inovacijoms, pokyčiams valdyme bei optimizuojant paslaugų teikimą, nes dažniausiai pasipriešinimas kyla dėl pokyčių baimės. Remiantis teoriniais ir empiriniais duomenimis, konceptualaus pokyčių valdymo Lietuvos AASPĮ modelyje faktoriai ir suinteresuotieji dalyviai, darantys įtaką pokyčių procesui, pateikiami atskirų pokyčių proceso etapų kontekste. Nurodoma, kad įtakos turi išorės pozityvūs (globalizacija; politiniai, ekonominiai, socialiniai veiksniai; naujos technologijos; kontroliuojančios institucijos; paslaugų gavėjai) ir išorės negatyvūs (nelanksti teisinė ir politinė aplinka, konkurencija su kitomis ASPĮ, politinio palaikymo stoka) faktoriai. Modelyje pateikiami vidaus pozityvūs (lyderystė; vizija; strategija; naujos technologijos; žmogiškieji išteklių; darbo kultūra) ir vidaus negatyvūs (vieningos įstaigos vizijos ir strategijos trūkumas; noras išlaikyti *status quo*; kompetencijos trūkumas; neįsitraukimas į pokyčių procesą; pokyčių naudą nesuvokimas; baimė nesėkmės atveju; bendradarbių spaudimas; komunikacijos stoka; kontrapreneriškos nuostatos). Remiantis empirinio tyrimo duomenimis, dažniausiai ekspertų įvardijami svarbiausi vidaus ir išorės trikdžius įgyvendinant strateginius pokyčius – nelanksti

teisinė ir politinė sistema, politinio palaikymo stoka, žmogiškųjų išteklių, komunikacijos stoka, pokyčių naudos nesuvokimas bei pokyčių baimė nesėkmės atveju modelio schemeje žr. 52 pav. pavaizduoti **paryškintu** ir **pabrauktu** šriftu).

Mokslinėje literatūroje, analizuojant pokyčių **valdymo priemones**, pažymima, kad itin svarbus darbuotojų įtraukimas į pokyčių procesus (Belbin, 1996; Kellman, 2005, McNabb, 2009), strateginių uždavinių planavimas (Bouckaert, 2003; Pollitt, 2003, 2011; Laegreid, Verhoest, 2010; Raina, 2018), žinių valdymas, žmogiškieji ištekliai ir lyderystė (Bryson, Crosby, 2005; Bryson, Crosby ir kt., 2006; Osborne, Brown, 2011; Raina, 2018), taip pat tarpsektorinė partnerystė (Seddon, 1999; O'Toole, 2000; Knox, 2002; Borgatti, Foster, 2003; Rhodes ir kt., 2005; McQuaid, 2010; Fernandez, 2010, 2011), tinklų ir tinklaveikos procesas (Bland ir kt., 2010; Moliterno, Mahony, 2011; Bason, 2014). Empirinio tyrimo metu nustatytos svarbiausios pokyčių įgyvendinimo trikdžių valdymo priemonės, kaip politinių partijų ir tiesiogiai susijusių sričių, kaip socialinės, aplinkos apsaugos, švietimo, vidaus reikalų bei finansų ministerijų, pacientų atstovų, sveikatos priežiūros organizatorių, sutarimas dėl prioritetų išgryninimo ir atsakomybės bei įsipareigojimų laikymosi, nuolatinis įsipareigojimas siekti pagrindinių sveikatos sistemos tikslų, tokių kaip dėmesys gyventojų poreikiams, sistemingai ir palaipsniui siekti gerinti sveikatos priežiūros paslaugų ir gyvenimo kokybę, visuomenės ir sveikatos specialistų sveikatos raštingumo didinimas, glaudesnis viešojo ir privataus sektorių bendradarbiavimas. Nurodydami politinius sprendimus ir veiksmus pasipriešinimo mažinimui įgyvendinant pokyčius sveikatos sektoriuje, ekspertai įvardino kompetencijų tobulinimą sveikatos priežiūros politikų, organizatorių bei vadovų lygmenyje, sistemingą ir tikslingą planavimą, aiškų ir detalų paruoštų projektų pristatymą savivaldos bei nacionaliniu mastu, diskusiją su visomis suinteresuotomis grupėmis bei didesnę sveikatos priežiūros specialistų įsitraukimą į pokyčių komunikaciją.

Empirinio tyrimo metu nustatyta, kad pokyčių valdymo veikla AASPI yra itin plataus spektro: suderintas ir patvirtintas ilgalaikis organizacijos strateginis veiklos planas, įvertinant išorės ir vidaus veiksnius bei supažindinant darbuotojus su numatomais pokyčiais, pagrindžiant poreikį tai atlikti, bei laukiamais rezultatais, sveikatos priežiūros tikslų įgyvendinimo procesą, strateginę ir operatyvinę valdymo veiklą, tokią kaip žmogiškųjų išteklių ir veiklos rezultatų valdymas, finansų ir pokyčių valdymas, darbuotojų gebėjimų ir kompetencijų ugdymas; taip pat tarpinstitucinis bendradarbiavimas su viešuoju ir privačiu sektoriais, nevyriausybėmis organizacijomis, vietos valdžios institucijomis, keičiantis gerąja tarptautine šalių praktika, savirealizacijos ir profesinio augimo galimybė organizacijoje; informacinių technologijų sprendimų diegimas visuose valdymo ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygiuose; sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo rodikliai, jų stebėseną ir galimybę visuomenei suprantamu būdu pateikti esamus trūkumus ir galimų sprendimų perspektyvas, siejamas su politine valia įgyvendinti reformas, finansinių išteklių valdymu, investicijomis į inovacinę veiklą, naujų medicininių technologijų diegimu.

Remiantis teoriniais ir empiriniais duomenimis, konceptualaus pokyčių valdymo Lietuvos AASPI modelyje organizacijų pasirengimui pokyčių įgyvendinimui turinčios įtakos pokyčių proceso valdymo priemonės pateikiamos atskirų pokyčių proceso eta-

pų kontekste. Nurodoma, kad būdingiausios išorės (tinklai ir tinklaveika; tarpsektoriinis bendradarbiavimas (tarp viešojo ir privataus sektorių, NVO, vietos valdžios institucijų, keičiantis gerąja tarptautine šalių praktika); paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas (investicijos į inovacinę veiklą); paslaugų savikainos mažinimas; politinio palaikymo užtikrinimas/rėmimas) ir vidaus (lyderystė; įstaigos vizija, tikslų ir strategijos sklaida; išteklių užtikrinimas (tinkamas pajamų ir išlaidų balansas); motyvacinių priemonių taikymas; įtraukimas ir palaikymas; žinių ir informacijos sklaida; organizacinės kultūros gerinimas; informacinių technologijų sprendimų taikymas visuose valdymo ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygiuose; sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodikliai ir nuolatinė jų stebėseną) valdymo priemonės (modelio schemoje žr. 52 pav. pavaizduota **paryškintu** šriftu).

Parengtas conceptualus pokyčių valdymo modelis Lietuvos AASPI leidžia pasirengti konkrečios AASPI pokyčių proceso įgyvendinimui pasirenkant tinkamiausias vidaus ir išorės valdymo veiklas, identifikuoti faktorius, galinčius daryti įtaką pokyčių proceso eigai, priskirti atsakomybes vertinant etapinius ir galutinius veiklos rezultatus bei pokyčių įgyvendinimo aplinkos veiksnius.

IŠVADOS

Siekiant parengti konceptualų pokyčių valdymo modelį Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, kurio pagalba būtų galima identifikuoti svarbiausius veiksnius ir valdymo priemonės sėkmingam pokyčių įgyvendinimui bei nustatyti trikdžius ir pasipriešinimo faktorius, disertacijoje atliktas teorinis pokyčių valdymo diskursas ir empirinis pokyčių valdymo Lietuvos ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose tyrimas. Atlikus teorinę analizę ir antrinių šaltinių duomenų studiją bei empirinį tyrimą, pateikiamos išvados:

1. *Išnagrinėtos pokyčių valdymo procesų teorinės nuostatos leidžia įvertinti būtinybę ir galimybę modifikuoti pokyčių valdymo procesą atsižvelgiant į specifinius organizacijų pasirengimo rodiklius, sukuriant palankią pokyčių įgyvendinimo aplinką:*

- 1.1. Vadybos literatūros turinio analizė atskleidė, kad nėra vieningos nuomonės dėl pokyčių valdymo sampratos, pokyčių valdymo turinio ar pokyčių etapų skaičiaus, tačiau leidžia pagrįstai teigti, kad pokyčių proceso struktūrą sąlygoja pokyčių valdymo aplinka. Pritaikytas S. Videikienės, L. Šimanskienės (2014), R. Raina (2018) apibrėžimas, pokyčių valdymą apibūdinantis kaip nuoseklų procesą, kuriuo siekiama sistemingai pereiti į pageidaujamą būseną, šis procesas apima organizacinių pokyčių poreikio identifikavimą, rizikos įvertinimą, pasirengimą pokyčius inicijuoti ir/ ar priimti bei organizacijos gebėjimą suvaldyti iškilusius iššūkius. Minėtas apibrėžimas neriboja pokyčių valdymo proceso elementų ir etapų taikymo specifinėms organizacijoms, todėl yra tinkamas analizuoti pokyčių valdymą ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Pasiūlyta pokyčio samprata (pokytis – pokyčių proceso rezultatas, reiškiantis perėjimą į pageidaujamą būseną), kuri sudaro prielaidas gilintis į pokyčių valdymo proceso aplinką ir veiksnius ir suteikia erdvės naujiems moksliniams tyrimams bei diskusijoms.
- 1.2. Atlikus mokslinės literatūros analizę, galima pagrįstai teigti, kad pokyčių valdymo trikdžiai klasifikuojami į vidaus (strateginiai, žinių ir informacijos sklaidos, finansiniai, darbo kultūros, rizikos) ir išorės (paslaugų gavėjų, politiniai ir teisiniai). Minėti trikdžiai skirtingai veikia planuojamus organizacijos pokyčius, pasireiškia pasipriešinimu pokyčiams, neįsitraukimu į pokyčių procesus, kompetencijos ir įgūdžių stoka, kuri kelia grėsmę bei trukdo realizuoti pokyčių įgyvendinimą. Atlikta pokyčių valdymo trikdžių analizė atskleidė, kad vidaus pokyčių valdymo aplinka, o taip pat specifinė išorės aplinka, sąlygojanti galimų politinių, teisinių ir paslaugų gavėjų pokyčių valdymo trikdžių atsiradimą, reikalauja specifinių trikdžių valdymo priemonių identifikavimo, įvertinimo ir atitinkamų sprendimų priėmimo taikymo pokyčių valdymo procesų optimizavime.
- 1.3. Atlikta vadybos literatūros turinio analizė pokyčių valdymo procesą leidžia pagrįstai suskirstyti į 6 etapus: 1) strategijos formavimas ir rengimas, 2) suinteresuotųjų šalių įtraukimas, 3) programos sukūrimas, 4) atsakomybių priskyrimas, 5) kontrolė, 6) rezultato vertinimas. Pokyčių valdymo aplinkybių analizė suteikė galimybę identifikuoti papildomus etapus (pokyčių valdymo

proceso trikdžių identifikavimas, pokyčių valdymo proceso priemonių taikymas, grįžtamojo ryšio taikymas) pokyčių valdymo procese ir patvirtino teiginį, kad žinomi pokyčių valdymo proceso modeliai nėra pakankamai adaptuoti ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, kai organizacijų vadovams reikia priimti sprendimą dėl būtinų pokyčių įgyvendinimo, trikdžių atsiradimo ir jų valdymo priemonių taikymo.

- 1.4. Identifikuojant metodologiškai svarbius pokyčių valdymo ir reformų pagrindinius etapus, siūlytina stiprinti strateginio valdymo sritį taikant įrodymais grįstus principus, užtikrinant visų rūšių organizacinius išteklius, vystant organizacinę kultūrą, stiprinant nuolatinio tobulėjimo kultūrą, siekiant tapti besimokančiomis organizacijomis, kuriančiomis pridėtinę vertę visuomenei kaip kokybiškų viešojo sektoriaus paslaugų rezultatą.
- 1.5. Remiantis mokslinės literatūros duomenimis, teigtina, kad esant išbalansuotai viešojo sektoriaus žmogiškųjų išteklių valdymo sistemai, mažėja darbuotojų motyvacija ir produktyvumas. Akcentuotina, kad pokyčių procesų įgyvendinimą trikdo darbuotojų pasipriešinimas, kuris dėl daugelio priežasčių yra atviras arba paslėptas ir daro įtaką organizacijos pokyčių valdymo procesams, todėl svarbu į pokyčių procesus įtraukti darbuotojus bei suinteresuotas puses, tokias kaip darbuotojų profesinės sąjungos ir asociacijos.
2. **Atlikta kompleksinė pokyčių valdymo Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose analizė, leidžia daryti prielaidas apie pokyčių valdymo praktikos taikymo galimybes Lietuvos sveikatos sistemoje ir jos svarbiausioje grandyje – pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose:**
 - 2.1. Atlikta Lietuvos sveikatos sistemos strateginių dokumentų ir teisės aktų analizė leidžia teigti, kad svarbiausias pasirengimo sveikatos priežiūros pokyčių tikslas yra ilgalaikis geresnės visuomenės sveikatos siekis, kryptingai formuojant pokyčių valdymą, atsižvelgiant į šalies politines nuostatas, ekonomikos išsivystymą, sveikatos ir socialinio sektoriaus būklę.
 - 2.2. Įvertinus mokslinės literatūros duomenis, nustatyta, kad skaitmeninės technologijos daro ženklų įtaką viešųjų paslaugų teikimo pokyčių valdymo procesui. Nacionaliniu mastu kuriama ir diegiama ESPBI IS pastaruoju metu vertinama kaip pagrindinė sąlyga, užtikrinanti saugią, veiksmingą, kokybišką, į pacientą orientuotą ir sklandžią sveikatos priežiūros sistemą.
3. **Išanalizuotų teorinių viešojo sektoriaus pokyčių valdymo metodologinių aspektų pagrindu parengtas ir charakterizuotas teorinis pokyčių valdymo modelis, pagrįstas jo poreikis bei pritaikymo galimybės Lietuvos ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Pokyčių valdymo modelio poreikis Lietuvos ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygmenyje grindžiamas siekiu modernizuoti ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų valdymą, gerinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą bei atliepti visuomenės poreikius:**
 - 3.1. Teorinis pokyčių valdymo proceso modelis ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms sudaro galimybę identifikuoti pasipriešinimo faktorius,

galinčius trikdyti pokyčių proceso eigą, pasirengti pokyčių proceso įgyvendinimui identifikuojant ir parenkant tinkamiausias valdymo priemones bei parengti optimalias pokyčių valdymo strategijas atsižvelgiant į užsibrėžtus įstaigos tikslus, priskiriant atsakomybes ir nuolat vertinant pokyčių įgyvendinimo rezultatus.

3.2. Pokyčių valdymo proceso modelio pagrindu pasirinkus šešių žingsnių etapų struktūrą (strategijos rengimas, suinteresuotųjų šalių įtraukimas, programos sukūrimas, atsakomybių priskyrimas, kontrolė bei rezultato vertinimas), pokyčių valdymo procesas papildytas šiais etapais:

- pokyčių valdymo proceso trikdžių identifikavimas;
- pokyčių valdymo proceso priemonių taikymas;
- grįžtamojo ryšio taikymas.

3.3. Suformuotas teorinis pokyčių valdymo proceso modelis ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms patvirtino teiginį, kad pokyčių valdymo įgyvendinimo sąlygoms būtinas devynių etapų pokyčių valdymo procesas: 1) strategijos formavimas ir rengimas, 2) suinteresuotųjų šalių įtraukimas, 3) programos sukūrimas, 4) atsakomybių priskyrimas, 5) pokyčių valdymo proceso trikdžių identifikavimas, 6) pokyčių valdymo proceso priemonių taikymas, 7) kontrolė, 8) rezultato vertinimas, 9) grįžtamojo ryšio taikymas.

4. ***Atliktas pokyčių valdymo Lietuvos ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose empirinis tyrimas leido identifikuoti svarbiausius šalies sveikatos apsaugos sistemos strateginius tikslus, esminius organizacijų pasirengimo inovatyvių pokyčių įgyvendinimui veiksnius, vidaus ir išorės trikdžius įgyvendinant pokyčius, informacinių technologijų įtaką optimizuojant sveikatos sektoriaus valdymo pokyčių procesus:***

4.1. Empirinio tyrimo metu nustatyta, kad pagrindiniai šalies sveikatos apsaugos sistemos strateginiai tikslai ir tobulinimo kryptys siejamos su pirminės sveikatos priežiūros plėtra, inovatyvių ir personalizuotų skaitmeninių metodų ir priemonių, skirtų sveikatos stiprinimui ir ligų prevencijai, sukūrimu ir įdiegimu, naujų modernių viešojo valdymo modelių taikymu, žmogiškųjų išteklių pokyčių valdymu, parama prioritetiniams projektams ir iniciatyvoms, numatytoms Nacionalinėje sveikatos programoje, integracija su kitų sričių sektoriais mažinant atskirtį regionuose, gerinant medicininių paslaugų kokybę bei prieinamumą.

4.2. Remiantis empirinio tyrimo rezultatais, ekspertų įvardinti sveikatos sektoriaus pokyčių įgyvendinimo trikdžiai ir pasipriešinimo faktoriai dažniausiai susiję su bendraisiais valdymo veiksniais (vadovų ir medicininio personalo pasipriešinimas inovacijoms, pokyčiams valdyme bei optimizuojant paslaugų teikimą, pokyčių baimė, sveikatos priežiūros paslaugų ir vertinimo mechanizmų trūkumas) ir politiniais veiksniais (ilgalaiškės sveikatos politikos strategijos nebuvimas, pagrindinių valdančiųjų partijų sutarimo nebuvimas dėl ilgalaiškės sveikatos politikos tikslų), o ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovai didžiausiais trikdžiais įgyvendinant pokyčius ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose nurodo organizacinės kultūros trūkumą, žemą kompiuterinį raštingumą ir žmogiškųjų išteklių

motyvavimo sistemos trūkumą; vadovų kompetenciją, problemų/trikdžių neidentifikavimą, finansinių išteklių trūkumą.

- 4.3. Empirinio tyrimo metu nustatyta, kad ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovai, daugiau svarbos teikiantys personalo motyvacijos modelio diegimui, teigia, kad personalo kompetencijos ir pokyčių procesų įgyvendinimo kontrolės trūkumo kaip trikdžių sėkmingiems pokyčiams svarba yra mažesnė, ir atvirksčiai. Taip pat nustatyta, kad ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovai, kuriems finansavimo išteklių pritraukimas ir užtikrinimas atrodo svarbesnis, mažiau reikšmės teikia organizacinės kultūros trūkumui, ir atvirksčiai.
 - 4.4. Ekspertų siūlomos pokyčių valdymo tobulinimo strateginės nuostatos dažniausiai siejamos su politine valia įgyvendinti reformas, vadovų skatinimu priimti įrodymais grįstus sprendimus, stiprinant vadovų lyderystės ir vadovavimo kompetencijas, finansinių išteklių užtikrinimu, tarpinstituciniu bendradarbiavimu, investicijomis į inovacinę aplinką ir veiklą, naujų medicininių technologijų diegimu. Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovai svarbiausiomis nuostatomis įvardija kompetentingos komandos sudarymą, tinkamo pokyčių įgyvendinimo plano parengimą, informacinių technologijų diegimą. Pabrėžtina, kad ekspertų ir ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovų įvardijamos sveikatos sektoriaus siūlomos valdymo tobulinimo strateginės nuostatos iš esmės sutampa su disertacijos teorinėje dalyje identifikuotais esminiais aspektais, tokiais kaip tarpinstitucinio bendradarbiavimo skatinimas, būtinybė viešosioms organizacijoms susikurti naujus preventinius modelius, prisitaikyti prie kintančių sąlygų ir tinkamai bei racionaliai valdyti turimus finansinius ir žmogiškuosius išteklius numatant perspektyvinius įgyvendinamų pokyčių rezultatus.
 - 4.5. Atlikto empirinio tyrimo analizė patvirtino teiginį, kad jaunesnio amžiaus (iki 39 m.) ir trumpesnį darbo stažą (iki 5 metų) turintys ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovai, siekdami pokyčių įgyvendinimo, daugiau dėmesio skiria vadovų kompetencijai ir informacinių technologijų taikymui, tuo tarpu vyresnio amžiaus ir ilgesnį darbo stažą turintys įstaigų vadovai daugiau dėmesio skiria finansinių išteklių užtikrinimui ir žmogiškųjų išteklių motyvavimo priemonėms. Empirinis tyrimas taip pat patvirtino teiginį, kad pasirengimo pokyčių valdymo srityje vertinimas priklauso nuo aktyvaus vadovo dalyvavimo siūlant inovatyvias pokyčių idėjas, tuo tarpu minėtas vertinimas nepriklauso nuo per pastaruosius 5 metus įstaigoje įdiegtų naujų arba optimizuotų pokyčių valdymo proceso organizacinių priemonių. Geriausiai savo įstaigos pasirengimą pokyčių valdymo srityje vertina 11–20 metų bei 6–10 metų dabartines pareigas užimančių respondentų bei mokslų daktaro laipsnį turintys respondentai.
5. *Vadovaujantis teoriniais ir antrinių šaltinių bei empirinio tyrimo duomenimis, suformuotas konceptualus pokyčių valdymo modelis Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms grindžiamas tokiais principais:*

- 5.1. Konceptualaus pokyčių valdymo modelio Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms pagrindą sudaro: organizacijų pasirengimas pokyčių įgyvendinimui; pokyčių procesas ir įgyvendinimo eiga; teikiamas grįžtamasis ryšys apie pokyčių proceso rezultatus ir sukuriamą vertę.
- 5.2. Teorinio ir empirinio tyrimų pagrindu, identifikuoti svarbiausi veiksniai siekiant sėkmingo pokyčių įgyvendinimo valdymo procesų srityje: *išorės* (tinklai ir tinklaveika, tarpsektorinis bendradarbiavimas tarp viešojo ir privataus sektorių, NVO, vietos valdžios institucijų, užsienio šalių organizacijų, keičiantis gerąja tarptautine šalių praktika), paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas (investicijos į inovacinę veiklą), paslaugų savikainos mažinimas, politinio palaikymo užtikrinimas/rėmimas) ir *vidaus* (lyderystė, įstaigos vizijos, tikslų ir strategijos sklaida, išteklių užtikrinimas (tinkamas pajamų ir išlaidų balansas), motyvacinių priemonių taikymas, darbuotojų įtraukimas į pokyčių procesus ir palaikymas, žinių ir informacijos sklaida, organizacinės kultūros gerinimas, informacinių technologijų sprendimai visuose valdymo ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygiuose, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodikliai ir nuolatinė jų stebėseną).
- 5.3. Konceptualaus pokyčių valdymo modelyje išskirti suinteresuotieji dalyviai ir faktoriai, darantys įtaką organizacijų pokyčių procesams: *vidaus pozityvūs* (lyderystė, vizija, strategija, naujos technologijos, žmogiškieji ištekliai, darbo kultūra) ir *negatyvūs* (vieningos įstaigos vizijos ir strategijos trūkumas, noras išlaikyti *status quo*, kompetencijos trūkumas, neįsitraukimas į pokyčių procesą, pokyčių naudą nesuvokimas, nesėkmės baimė, bendradarbių spaudimas, komunikacijos stoka, kontrapreneriškos nuostatos), taip pat *išorės pozityvūs* (globalizacija, politiniai, ekonominiai, socialiniai veiksniai, naujos technologijos, kontroliuojančios institucijos, paslaugų gavėjai) ir *negatyvūs* (nelanksti teisinė ir politinė aplinka, konkurencija su kitomis ASPĮ, politinio palaikymo stoka).
- 5.4. Suformuotas konceptualus pokyčių valdymo modelis Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms taikomas siekiant įvertinti pokyčių valdymo eigą, identifikuoti konkrečios asmens sveikatos priežiūros įstaigos pokyčių procesų aplinkos sąlygas, lemiančias pasipriešinimo faktorių pokyčių valdymo procese atsiradimą. Modelis leidžia pasirenkti konkrečios ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų pokyčių proceso įgyvendinimui pasirenkant tinkamiausias išorės ir vidaus valdymo priemones, identifikuoti vidaus ir išorės faktorius, galinčius daryti įtaką pokyčių procesui, bei priskirti atsakomybes vertinant etapinius ir galutinius rezultatus.
- 5.5. Empirinio tyrimo analizė atskleidė, kad analizuoti probleminiai klausimai ir ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų pokyčių įgyvendinimo aplinkos neigiami aspektai reikalauja tolesnio mokslininkų dėmesio, siekiant identifikuoti problemas ir trikdžius bei numatyti naujus strateginius valdymo tikslus, įtraukiant valdžios atstovus, sveikatos priežiūros įstaigų vadovus, darbuotojus, pacientus ir kitus suinteresuotuosius dalyvius. Siūlytina nagrinėti ir vertinti Lietuvos bei užsienio šalių gerąją pokyčių valdymo patirtį bei analizuoti atskirus jų taikymo ir įgyvendinimo aspektus.

REKOMENDACIJOS, TOLESNIŲ TYRIMŲ KRYPTYS

Centrinės valdžios institucijoms (Lietuvos Respublikos Seimui, Nacionalinei sveikatos tarybai, Lietuvos Respublikos Vyriausybei, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai):

1. Įvertinus Lietuvos sveikatos sistemos pokyčius ir jų valdymą politikos formavimo ir įgyvendinimo perspektyvoje, rekomenduojama patvirtinti ilgalaikę sveikatos politikos strategiją suderinus su visomis suinteresuotomis grupėmis (politinėmis partijomis), NVO, pacientų organizacijomis, asociacijomis ir kt.
2. Tyrimo metu nustačius finansinių išteklių trūkumą, kaip vieną pagrindinių pokyčių įgyvendinimo proceso trikdžių asmens sveikatos priežiūros įstaigose, siūloma nacionaliniu lygmeniu užtikrinti asmens sveikatos priežiūros pokyčių valdymo procesų finansavimą:
 - asmens sveikatos priežiūros įstaigų biudžeto struktūroje dalį lėšų numatyti/planuoti struktūros bei valdymo pokyčių įgyvendinimui;
 - inicijuoti, tarpininkauti bei skatinti Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigas dalyvauti Europos Sąjungos finansuojamuose projektuose perimant ir pritaikant kitų šalių pokyčių valdymo gerąją patirtį.
3. Įvertinus Lietuvos gyventojų sveikatos rodiklius, inicijuoti rezoliucijos pasirašymą visoms parlamentinėms partijoms, patvirtinant ilgalaikę sveikatos politikos strategiją iki 2030 metų, bei patvirtinti sveikatos programą, įtraukiant visus suinteresuotus atstovus.

Vietos valdžios institucijoms (savivaldybių administracijoms, kurios yra AASPI steigėjos):

1. Įpareigoti įstaigų vadovus teikti siūlymus dėl naujų iniciatyvų valdymo pokyčių taikyme optimizuojant sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybę ir prieinamumą;
2. Užtikrinti valdymo pokyčių įgyvendinimo ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose kontrolę bei įstaigų vadovų atsakomybę;
3. Teikti rekomendacijas nurodant geriausias praktikas Lietuvos ir Europos Sąjungos šalių kontekste, efektyvinant asmens sveikatos priežiūros įstaigų valdymą;
4. Optimizuoti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų tinklą gerinant paslaugų prieinamumą ir kokybę.

Ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms:

1. Atlikto empirinio tyrimo rezultatai leidžia teigti, jog vadovų ir medicininio personalo pasipriešinimas inovacijoms daro įtaką pokyčių įgyvendinimo procesams bei paslaugų teikimo optimizavimui, todėl siūlytina aktyviau dalyvauti tarptautiniuose ir nacionaliniuose projektuose perimant gerąją pokyčių valdymo patirtį.

Lietuvos gydytojų vadovų asociacijai:

1. Siūlytina rengti tarptautines konferencijas bei mokymus sveikatos sistemos, sveikatos priežiūros įstaigų pokyčių valdymo tematika.

2. Kviesti tarptautinius ekspertus, kurie įgyvendino sėkmingus pokyčių įgyvendinimo projektus savo šalyse.

Švietimo ir mokslo įstaigoms:

1. Siekiant ugdyti būsimų sveikatos priežiūros specialistų, sveikatos priežiūros įstaigų vadovų ir administratorių kompetencijas pokyčių valdymo srityje, į sveikatos politikos ir administravimo studijų programas įtraukti asmens sveikatos priežiūros įstaigų pokyčių valdymo modelių taikymo principus;
2. Moksliniuose tyrimuose daugiau dėmesio skirti užsienio šalių ir Lietuvos sveikatos sistemos pokyčių valdymo gerosios patirties analizei ir atvejo studijoms, trikdžių ir jų valdymo priemonių kompleksiniams tyrimams bendrame Lietuvos sveikatos sistemos kontekste.

Disertaciniame darbe analizuotas pokyčių valdymas Lietuvos AASPI atskleidė ir daugiau aktualių klausimų, kurių nagrinėjimui būtina skirti daugiau dėmesio. Būsimuose tyrimuose tikslinga išsamiau nagrinėti sritis, kurios disertaciniame darbe buvo pristatomos fragmentiškai bendrame sveikatos sistemos pokyčių valdymo kontekste. Pateikiamos tolesnių tyrimų sritys:

1. Užsienio šalių ir Lietuvos sveikatos sistemų pokyčių valdymo geroji patirtis.
2. Privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų Lietuvoje pokyčių valdymo geroji patirtis.
3. Stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų Lietuvoje pokyčių valdymo geroji patirtis ir atvejo analizė.
4. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovų, administratorių ir kitų darbuotojų požiūris lyginamuoju aspektu į pokyčių valdymo procesus asmens sveikatos priežiūros įstaigose.
5. Aplinkos veiksnių įtaka pokyčių įgyvendinimui organizacijose, trikdžių ir jų valdymo priemonių kompleksinis tyrimas bendrame Lietuvos sveikatos sistemos kontekste įtraukiant visas LNSS (privačias ir viešąsias) ambulatorines ir stacionarines asmens sveikatos priežiūros įstaigas.
6. Pokyčių valdymo asmens sveikatos priežiūros įstaigose tyrimas atsižvelgiant į įstaigų darbuotojų skaičių ir teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų spektrą.
7. Pokyčių valdymo empirinis (kokybinis ir kiekybinis) tyrimas Lietuvos AASPI palyginant disertacinio darbo rezultatus su naujai atlikto tyrimo gautais rezultatais.
8. Atlikti AASPI, kurios taikė konceptualų pokyčių valdymo modelį, vadovų apklausos tyrimą.

LITERATŪRA

Mokslinė literatūra

1. Abelson, J., Gauvin, P. (2006). Assessing the Impact of Public Participation: Concepts, Evidence and Policy Implications. *Canadian Policy Research Network*, 16-18.
2. Alavi, M., Tiwana, A. (2002). Knowledge Integration in Virtual Teams: The Potential Role of KMS. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 12(53), 1029–1037.
3. Alberti, A. (2003). The Critical Role of Innovation in Public Administration in Promoting Economic and Social Development. UNPAN, Beirut.
4. Aldag, R., Stearns, T. (1991). *Management* (2nd ed.). Cincinnati, OH: South-Western Publishing.
5. Aleknienė, A., Diskienė, D., Marčinskas, A. (2006). Viešojo administravimo institucijų organizacinės 1. kultūros plėtra. *Viešasis administravimas*, 2(10): 27–36.
6. Al-Haddad, S. (2014). *Successful organizational change: Aligning change type with methods*. (Doctoral dissertation), University of Central Florida. (3015)
7. Alter, S. (1999). *Information Systems: a Management Perspective*. 3rd ed. Reading, MA: Addison-Wesley.
8. Ansell, C., Gash, A. (2008). Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research Theory*, 18(4), 71–543.
9. Ansoff, I. (1988). *Developing Business Strategies* (2nd ed.). Chichester: David A. Aaker Wiley.
10. Axelrod, R. (1984). *The Evolution of Cooperation*. New York: Basic Books.
11. Bagdonienė, L., Bagdonas, E. (2004). *Organizacijų vadyba: mokomoji knyga*. Kaunas: Technologija.
12. Bakanauskienė, I. (2008). *Personalo valdymas*. Kaunas: Vytauto Didžiojo universiteto leidykla.
13. Balfour, D., Wechsler, B. (1990). Organizational Commitment: a Reconceptualization and Empirical Test of Public-private Differences. *Review of Public Personnel Administration*, 10(3), 23–40.
14. Ball, M., Maginn, P. (2005). Urban Change and Conflict: Evaluating the Role of Partnerships in Urban Regeneration in llic UK. *Housing Studies*, 2(1), 9–28.
15. Bann, C. (2010). Reforming the Staffing Process in the European Union Institutions: Moving the Scared Cow out of the Road. *International Review of Administrative Sciences*, 78(1), 5–25.
16. Barvydienė, V., Pundzienė, A. (2001). Kaitos organizacijoje problematiškumas ir sėkmės prielaidos. *Pedagogika*. 51, 110–121.
17. Bason, Ch. (2014). *Leading Public Sector Innovation: Co-creating for a Better Society*. Chicago: Policy Press.
18. Beckhard, R., Harris, B. (1987). *Organizational Transitions*, 2nd ed. Boston: Addison-Wesley.

19. Belbin, R. (1996). *The Coming Shape of the Organization*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
20. Bersėnaitė, J., Šaparnis, G., Šaparnienė, D. (2006). Pokyčių valdymas besimokančioje organizacijoje: darbuotojų nuomonių raiška. *Socialiniai tyrimai*, 1(7), 19–28.
21. Bitinas B., Rupšienė L., Žydyūnaitė V. (2008b). *Kokybinių tyrimų metodologija*. II dalis. Klaipėda: s. Jokužio spaustuvė-leidykla, 155 p.
22. Bland, T., Bruk, B., Kim, D., Taylor Lee, K. (2010). Enhancing Public Sector Innovation: Examining the Network-Innovation Relationship. *The Innovation Journal*, 15(3), 1–18.
23. Borgatti, S., Foster, P. (2003). The Network Paradigm in Organizational Research: a Review and Typology. *Journal of Management*, 29(6), 991–1013.
24. Borins, S. (1998). *Innovating With Integrity. How Local Heroes Are Transforming American Government*. Washington D. C., *Georgetown University Press*, 64.
25. Borins, S. (2006). *The Challenge of Innovating in Government*. Washington: IBM Centre for the Business of Government.
26. Borins, S. (2014). *The Persistence of Innovation in Government*. Washington: Brookings Institution Press.
27. Bovaird, T., Loffler, E. (2009). *Public Management and Governance*. London: Routledge, 10–213.
28. Brass, D. ir kt. (2004). Taking Stock of Networks And Organizations: A Multilevel Perspective. *Academy of Management Journal*, 6(47), 795–817.
29. Brass, D. J., Galaskiewicz, J., Greve, H. R., & Tsai, W. (2004). Taking Stock of Networks and Organizations: A Multi-level Perspective. *Academy of Management Journal*, 47, 795–817.
30. Bryson, J., Crosby, B., Stone, M. (2006). The Design and Implementation of Cross-sector Collaborations: Propositions from the Literature. *Public Administration Review*, 66, 44–55.
31. Bučinskis, A. ir kt. (2013). Tinklaveika viešojo valdymo struktūroje. *Regional Formation and Development Studies*, 2(10), 46–56.
32. Bučinskis, A., Raipa, A., Giedraitytė, V. (2012). Inovacinių procesų valdymo viešajame sektoriuje dekompozicija: metodologinis aspektas. *Tiltai*, 59(2), 1–14.
33. Buivydas, R. (2010). Lietuvos sveikatos sistema. Iš *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras.
34. Buivydas, R., Černiauskas, G., Štaras, K. (2011). Vykdytų sveikatos sistemos valdymo ir finansavimo reformų analizė. Įvadinė sutarties vykdymo ataskaita, Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras ir VšĮ Viešosios politikos ir vadybos institutas Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos užsakymu pagal 2011 m. birželio 27 d. pasirašytą paslaugų teikimo sutartį Nr. S-117.
35. Burbulytė-Tsiskarishvili, G., Normantė, I. (2013). Lietuvos regionų (apskričių) pirminės modernizacijos rodiklių kaita 2000–2011 metais. *Regional Formation and Development Studies*, 2, 58–67.
36. Cameron, E., Green, M. (2020). *Making Sense of Change Management: A Complete Guide to the Models, Tools and Techniques of Organizational Change*. Fifth edition. London: New York, NY: Kogan Page.

37. Castells, M. (2005). *Tinklaveikos visuomenės raida*. Vilnius: Poligrafija ir informatika.
38. Celik, A., Ozsoy, N. (2016). Organizational Change: Where Have We Come From and Where Are We Going? *International Journal of Academic Research in Accounting Finance and Management Sciences*, 6(1), p. 134–141.
39. Chan, Y. (2003). Biostatistics 104: Correlational Analysis. *Singap Med J*;44(12):614–619.
40. Chlivickas, E. (2012). Žmogiškųjų išteklių potencialo viešajame sektoriuje ugdymas. Iš *Modernus viešasis valdymas* (ed. A. Raipa), 145–164.
41. Chlivickas, E. ir kt. (2009). *Įvadas į viešąjį valdymą*. Atsakingasis redaktorius A. Raipa. Mokomoji knyga. Kaunas: Technologija.
42. Coetsee, L. (1999). From Resistance to Commitment. *Public Administration Quarterly*, 23, 204–222.
43. Collier, J. (1945). United States Indian Administration as a Laboratory of Ethnic Relations. *Social Research*, 12, 275–276.
44. Considine, M. (2000). Contract Regimes and Reflexive Governance: Comparing Employment Service Reforms in the United Kingdom, the Netherlands, New Zealand and Australia. *Public Administration*, 78(3), 613–38.
45. Cook, J., Holley, D., Andrew, D. (2007). A Stakeholder Approach to Implementing E-learning in a University. *British Journal of Educational Technology*, 38(5), 784–794.
46. Cottam, A., Ensor, J., Band, Ch. (2001). A Benchmark Study of Strategic Commitment to Innovation. *European Journal of Innovation Management*, 2(4), 88–94.
47. Creasey, T. (2009). Defining Change Management. Helping Others Understand Change Management in Relation to Project Management and Organizational Change. Prieiga per internetą: <<http://www.changemanagement.com/Prosci-Defining-Change-Management-2009.pdf>>, [žiūrėta 2019 03 14].
48. Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. London, California: Sage Publications.
49. Crosby, B., Bryson, J. (2005). *Leadership for the Common Good: Tackling Public Problems in a Shared-power World*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
50. Crown, W. ir kt. (2017). Constrained Optimization Methods in Health Services Research-An Introduction: Report 1 of the ISPOR Optimization Methods Emerging Good Practices Task Force. *Value in Health*, 20, 310–319.
51. Čekanavičius, V., Murauskas, G. (2000). *Statistika ir jos taikymai*. Vilnius: TEV.
52. Daly, M. (2003). Governance and Social Policy. *Journal of Social Policy*, 32(1), 113–128.
53. Dancy C., Reidy, J. (2007). *Statistics Without Maths for Psychology*. Pearson Education.
54. Davenport, T. (1997). Known Evils, Common Pitfalls of Knowledge Management. CIO Magazine.
55. Davies, O., Dempster, M., Wildavsky, A. (1966). A Theory of the Budgetary Process. *American Political Science Review*, 60(3), 529–547.

56. Dempster, M., Wildavsky, A. (1979). On Change: Or, There is No Magic Size for an Increment. *Political Studies*, 27(3), 371–389.
57. Denhardt, R., Catlaw, T. (2014). *Theories of Public Administration*. 7th Edition. Wadsworth Publishing Co Inc.
58. Denison, D. R. (1990). *Corporate Culture and Organizational Effectiveness*. New York: Wiley.
59. Dent, E., Goldberg, S. (1999). Challenging Resistance to Change. *Journal of Applied Behavioral Science*, 25–41.
60. Deutsch, M., Krauss, R. (1960). The Effect of Threat Upon Interpersonal Bargaining. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 61(2), 181–189.
61. Dikčius, V. (2011). *Anketos sudarymo principai*. Vilniaus universitetas, p. 58.
62. Dingwrth, K., Paltberg, P. (2006). Global Governance as a Perspective on World Politics. *Global Governance*, 12, 185–203.
63. Domarkas, V., Juknevičienė, V. (2010). Inovacijų vaidmuo viešojo administravimo organizacijų veikloje absorbcinio gebėjimo aspektu. *Viešoji politika ir administravimas*, 31, 77–90.
64. Dror, Y. (2004). Strategic Brain for Central Government. In M. Potuček (Eds.), *The Capacity to Govern in Central and Eastern Europe*, Bratislava: NISPAcee, 15–27.
65. Dubrin, A., Ireland, R. (1993). *Management and Organization* (2nd ed.). Cincinnati, OH: South-Western Publishing.
66. Duhon, B. (1998). It's All in Our Heads. *Inform*, 12(8), 8–13.
67. Dunn, W. (2006). *Viešosios politikos analizė*. Vilnius: Homo Liber, 58–59.
68. Eckel, P., Hill, B., Green, M. (1998). En Route to Transformation. On Change: an Occasional Paper Series of the ACE Project on Leadership and Institutional Transformation. *Washington, DC: American Council on Education*.
69. Fagerberg, J. (2006). Innovation. A Guide to the Literature. Pp. 1–27 in J. Fagerberg, D.C. Mowery & R.R. Nelson (Eds.). *The Oxford Handbook of Innovation*. Oxford, UK: Oxford University Press.
70. Fattore, G., Tediosi, F. (2013). The Importance of Values in Shaping How Health Systems Governance and Management Can Support Universal Health Coverage. *Value in Health*, 1(16), 19–23.
71. Ferlie, E. (2007). Complex Organizations and Contemporary Public Sector Organizations. *International Public Administration Review Journal*, 10(2), 153–165.
72. Fernandez, S., Rainey, H. G. (2006). Managing Successful Organizational Change in the Public Sector. *Public Administration Review*, 66(2), 168–176.
73. Feters, M. D., Curry, L. A., Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs—principles and practices. *Health services research*, 48(6pt2), 2134–2156.
74. Frederickson, H. (1999). The Repositioning of American Public Administration. *PS: Political Science and Politics*, 32, 701–711.
75. Frederickson, H. (2005). Whatever Happened to Public Administration? Governance, Governance, Everywhere. In E. Ferle, Jr. Lynn, Ch. Pollitt (eds.) *The Oxford Handbook of Public Management*, New York, Oxford: University Press.

76. Fredericson H., Smith, K. (2003). *The Public Administration Theory Primer*. West-view Press, 129–130.
77. Fullan, M. (1997). *Changing our Schools: Linking School Effectiveness and School Improvement*. Buckingham: Open University Press.
78. Fullan, M., Stiegelbauer, S. (1991). *The New Meaning of Educational Change*. London: Cassell.
79. Gaižauskaitė, I., Mikėnė, S. (2014). *Socialinių tyrimų metodai: apklausa*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
80. GAO. (2005). *21st century challenges: transforming government to meet current and emerging challenges*. Washington, DC: U.S. Government Accountability Office, Report GAO-05-229T (July 13).
81. Garvey, G. (1997). *Facing the Bureaucracy: Living and Dying in a Public Agency*. San Francisco: Jossey-Bass.
82. Giedraitytė, V., Raipa, A. (2012). Inovacijų įgyvendinimo trukdžiai šiuolaikiniame viešajame valdyme. *Viešoji politika ir administravimas*, 11(2), 187–197.
83. Ginter, P. ir kt. (2018). *Strategic Management of Health Care Organizations*. Hoboken, New Jersey: Wiley.
84. Girdauskienė, L., Savanevičienė, A. (2007). Organizacijos dydžio ir žinių valdymo procesų tarpusavio ryšys. Kaunas: Technologija, 29–35.
85. Goldkuh, G. (2009). Innovation In A Regulated Environment? Legal Barriers For E Government Development. *International Journal of Public Information Systems*, 2, 77–95.
86. Goodnow, F. (1992). Politics and Administration. In: Sharfritz, J., Hyde, A. (eds.). *Classics of Public Administration*. Belmont: Wadsworth.
87. Goodstein, L.; Burke, W. (1991). Creating Successful Organization Change. *Organisational Dynamics*, 19(4), 4.
88. Gooler, D. (1996). Changing the Way We Live and Learn in the Information Age. In R. M. Smith and Associates (Eds.), *Learning to Learn Across the Lifespan*. San Francisco: Jossey-Bass.
89. Gouldner, H. (1960). Dimensions of Organizational Commitment. *Administrative Science Quarterly*, 4(4), 468–490.
90. Greiner, L. E. (1972). Evolution and Revolution as Organisations Grow. *Harvard Business Review* (July/August), 37–46.
91. Griffin, R. (1993). *Management* (4th ed.). Boston: Houghton Mifflin.
92. Grybienė, A., Šimbelis, D. (2009). Pokyčiai organizacijose: pasipriešinimo pokyčių valdymas. Kaunas: Technologija.
93. Gudelis, D., Patapas, A. (2010). Naujoji viešoji vadyba. Iš: V. Smalskys (red.) *Viešasis valdymas* (p. 123–136). Vilnius: MRU.
94. Guogis, A., Gudelis, D. (2003). Naujosios viešosios vadybos taikymo teoriniai ir praktiniai aspektai. *Viešoji politika ir administravimas*, 4, 26–34.
95. Hall, D., Schneider, B. (1972). Correlates of Organizational Identification as a Function of Career Pattern and Organizational Type. *Administrative Science Quarterly*, 17(3), 340–350.

96. Harding, A. (1990). Public-Private Partnerships in Urban Regeneration. In M. Campbell (ed.) *Local Economic Policy*, London: Cassell.
97. Hartley, J. (2005). Innovation in Governance and Public Services: Past and Present. *Public Money and Management*, 25(1), 27–34.
98. Hastorf, A., Cantril, H. (1954). They Saw a Game: A Case Study. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49, 129–134.
99. Hill, K., Lynn, L. (2009). *Public Management. A Three Dimensional Approach*. Washington: D. C. CQ Press.
100. Hood, Ch. (1991). A Public Administration for All Seasons. *Public Administration*, 69(1), 3–17. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_lt_lithuanian.pdf
101. Hurn, B. (2012). Management of Change in a Multinational Company. *Industrial and Commercial Training*. 44(1), p. 41–46. Prieiga per internetą: <<http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?issn=00197858&volume=44&issue=1&articleid=17014382&show=html>>[žiūrėta 2019 04 03]. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/00197851211193417>.
102. IDEa. (2005). Innovation in Public Services. Literature Review. Žiūrėta 2019 m. vasario 13 d. <http://www.idea.gov.uk/idk/aio/1118552>
103. Isett, K. (2011). Networks in Public Administration Scholarship: Understanding Where We Are and Where We Need to Go. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 21(1), 157–173.
104. Isin, G., Wood, K. (1999). *Citizenship and Identity*. London: Sage.
105. Iš tuomečio Europos Komisijos nario, atsakingo už sveikatos ir vartotojų reikalų politiką, Johno Daili Italijos ambasadoje Vašingtone 2012 m. birželio 28 d. pasakytos kalbos.
106. Jakubavičius, A., Strazdas, R., Gečas, K. (2003). *Inovacijos procesai, valdymo modeliai, galimybės*. <http://www.inovacijos.lt/index.php?-1742732791>
107. Jamison D., Breman J., Measham A. et al. (Eds.). (2006). *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd edition. Washington (DC): World Bank.
108. Jankauskienė, D. ir kt. (2015). E. sveikatos plėtros integruotos transformacijos: suinteresuotųjų pusių tinklo perspektyva. Vilnius: MRU.
109. Janušonis, V. (2008). Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra: sampratos, sąsajos, kryptys, vadybiai aspektai. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė, p. 49–50.
110. Jashapara, A. (2004). *Knowledge Management: An Integrated Approach*. Harlow, Essex: Prentice Hall, p. 12.
111. Jucevičius, R. (1996). *Strateginis organizacijų vystymas*. Kaunas: Technologija.
112. Juknevičienė, V. (2006). Laikmečio iššūkiai viešojo administravimo žmogiškųjų išteklių valdymui. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, 1(6), 96–102.
113. Juozulynas, A., Jurgėlas, A., Venalis, A., Šalyga, J., Stukas, R., Dobrovolskij, V. (2014). Sveikatos integralumas ir valdymas – Klaipėda: Druka, p. 24.
114. Kamensky, J. (2011). The Next New Thing in Performance Management. *PA Times*, 34(5), 6–14.
115. Karačiauskas, A. (2003). Žinių ir inovacijos lenktynės. *Kultūros barai*, 4, 14–20.

116. Kardelis, K. (2017). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Vilnius: Mokslo ir inovacijų leidybos centras.
117. Katz, N., Lazer, D., Arrow, H., Contractor, N. (2004). Network Theory and Small Groups. *Small Group Research*, 35(3), 307–332.
118. Kazlauskienė, E., Urbanskienė, R. (2005). Conceptual Approaches to the Network Development of Catering Enterprises in the Region. *Socialiniai mokslai*, 2(58), 53–63.
119. Keeton, K., Mengistu, B. (1992). The Perception of Organizational Culture by Management Level: Implications for Training and Development. *Public Productivity and Management Review*, 16(2), 205–213.
120. Kelman, S. (2005). *Unleashing Change: A Study of Organizational Renewal in Government*. Washington, DC: Brookings Institution Press.
121. Kennett, P. (2008). *Governance, the State and Public Policy in a Global Age*. P. Kenen (ed.) Governance. Globalization and Public Policy. Cheltenham: Edward Elgar.
122. Kessler, W. (2002). Company Transformation: Case Study of Lockheed Martin Aeronautics Company. *Information-Knowledge-Systems Management*, 1(3), 7–9.
123. Kettl, D. (2000). *The Global Public Management Revolution: A Report on the Transformation of Governance*. Washington, DC: Brookings Institution.
124. Kettl, D., Fesler, J. (2009). *The Politics of Administrative Process*. Washington: D. C. CQ Press.
125. Kiel, L. (1994). *Managing Chaos and Complexity in Government*. San Francisco: Jossey-Bass.
126. Kjacr, A. (2004). *Governance*. Cambridge: Polity Press.
127. Klein, K., Sorra, J. (1996). The Challenge of Innovation Implementation. *Academy of Management Review*, 21(A), 22–42.
128. Klimas, D., Ruževičius, J. (2009). Procesinio valdymo pokyčių diegimo organizacijoje metodologiniai aspektai. *Verslo ir teisės aktualijos*, 4, 73.
129. Knox, C. (2002). *Review of Public Administration: Partnerships*, Belfast: Office of the First Minister and Deputy First Minister.
130. Korsakienė, R. (2006). Organizacinių pokyčių valdymas: teoriniai ir praktiniai aspektai. *Verslas: teorija ir praktika*, 7(4).
131. Kotter, J. (1995). Leading Change: Why Transformation Efforts Fail. *Harvard Business Review*, 12(5), March-April.
132. Kotter, J. (1996). *Leading Change*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
133. Kotter, J., Schlesinger, L. (1979). Choosing Strategies for Change. *Harvard Business Review*, March-April, 106–114.
134. Kotter, P., Heskett, L. (1992). *Culture and Performance*. New York: Free Press.
135. Krasner, S. (1988). Sovereignty: An Institutional Perspective. *Comparative Political Studies*, 21(1), 66–94.
136. Kreitner, R. (1992). *Management* (5th ed.). Boston: Houghton Mifflin.
137. Kuipers, B., Higgs, M., Kickert, W., Tummars, L., Grandia, J., Van der Voet, J. (2013). Managing Change in Public Organizations: A Review of the Literature Between 2000 and 2010. *Public Administration*.

138. Kumpienė, J., Sužiedelytė, O. (2010). Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos re-
struktūrizavimas. Iš: *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*. Vilnius: Svei-
katos ekonomikos centras, 208–247.
139. Laegreid, P., Verchoest, K. (2010). *Governance and Public Sector Modernization*.
London: Palgrave Mc Millan.
140. Larkin, T., Larkin, S. (1994). *Communicating Change: How to Win Employee
Support for New Business Direction*. New York: McGraw Hill, Inc.
141. Laumenskaitė, E., Vasiliauskas, A. (2006). Strateginiai pokyčiai ir savivalda orga-
nizacijose. *Pinigų studijos*, 1, 23–35.
142. Lee, S. (1971). An Empirical Analysis of Organizational Identification. *Academy
of Management Journal*, 14(2), 213–226.
143. Leibbrandt, J., Botha, C. (2014). Strategy And Planning As An Enabler For Strat-
egy Execution In South African Municipalities. *International Business and Eco-
nomics Research Journal*, 13(6), 1231–1240.
144. Lewin, K. (1975). *Field Theory in Social Science: Selected Theoretical Papers*. West-
port: Greenwood.
145. Lienhard, A. (2006). Public Private Partnership (PPPs) in Switzerland: Experienc-
es-Risks- Potentials. *International Review of Public Administration*, 72(4), 547–563.
146. Lynn, Jr., Heinrich, C., Hill, C. (1999). The Empirical Study of Governance: Theories,
Models, Methods. Presented at the Workshop on Models and Methods for the Empir-
ical Study of Governance, University of Arizona, Tucson, Arizona, April 23–May 1.
147. Lynn, Jr., Heinrich, C., Hill, C. (2000). Studying Governance and Public Manage-
ment: Why? How? In *Governance and Performance: New Perspectives*, Carolyn Hein-
rich, Laurence E. Lynn Jr. (Eds.). Washington, DC: Georgetown University Press.
148. Lynn, Jr., Heinrich, C., Hill, C. (2001). *Improving Governance: A New Logic for
Empirical Research*. Washington, DC: Georgetown University Press.
149. Lodienė, D. (2005). Pokyčių samprata ir jų valdymo suvokimas. *Organizacijų
vadyba*, Kaunas: VDU, 33, 99–110.
150. Lorenzo, J. (2000). Barreras en los procesos de cambio en las organizaciones: es-
tudio de un caso. Paper presented at the X Congreso Nacional de ACEDE, Ovie-
do (Spain).18.
151. *Managing Change and Transition*. Harvard Business Essentials. Boston: Harvard
Business School Press, 2003.
152. Martinaitis, Ž., Nakrošis, V. (2009). Explaining Innovations in the Lithuanian
Public Sector: New Public Management, Administrative Culture and Structural
Capacities. *The Lithuanian Political Science Yearbook*. Institute of International
Relations and Political Science, 83–97.
153. Maurer, R. (1996). Using Resistance to Build Support for Change. *The Journal of
Quality and Participation*, 19(3), 56–66.
154. McNabb, D. (2009). *The New Face of Government*. New York: CRC Press, 16–23.
155. McQuaid, R. (2010). Theory of Organization Partnership: Partnership Advan-
tages, Disadvantages and Success Factor, In S. Osborne (ed.). *The New Public
Governance*. London: Routledge, 127–161.

156. Melian-Gonzalez, A., Batista-Canino, R., Sanchez-Medina, A. (2010). Identifying and Assessing Valuable Resources and Core Capabilities in Public Organizations. *International Review of Administrative Sciences*, 76(1), 98–99.
157. Melnikas, B. (2002). *Transformacijos*. Vilnius: Vaga, 20–23.
158. Melnikas, B. (2009). Socialinė ekonominė raida : vadybinė elgsena ir refleksyvumas globalizacijos ir krizių sąlygomis. *Viešasis administravimas*, 3(4), 24–36.
159. Melnikas, B., Jakubavičius, A., Strazdas, R. (2000). *Inovacijos: verslas, vadyba, konsultavimas*. Vilnius: Lietuvos inovacijų centras.
160. Moliterno, T., Mahony, D. (2011). Network Theory of Organization: A Multilevel Approach. *Journal of Management*, 2(37), 443–467.
161. Moon, M. (2000). Organizational Commitment Revisited in New Public Management: Motivation, Organizational Culture and Managerial Level. *Public Performance and Management Review*, 2(24), 177–194.
162. Moran, J., Brightman, B. (2001). Leading Organization Change. *Career Development International*, 6(2), 12.
163. Moran, R. ir kt. (2019). Health Research Systems in Change: the Case of ‘Push the Pace’ in the National Institute for Health Research. *Health Research policy and systems*, 17(1), 37.
164. Moolaert, F., Cabaret, K. (2006). Planning, Networks, and Power Relations: Is Democratic Planning Under Capitalism Possible? *Planning Theory*, 1 (5), 51–70.
165. Mowday, R., Steers, R., Porter, L. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14, 224–247.
166. Mulgan, G. (2004). Strategy in Government: The United Kingdom Experience. In: M. Potuček (ed.). *The Capacity of to Govern in Central and Eastern Europe*. Bratislava: NISPAcee, 32–59.
167. Mulgan, G., Albury, D. (2003). *Innovation in the Public Sector*. London: Strategy Unit.
168. Murauskienė, L. (2000). Sveikatos priežiūros valdymas. Iš: *Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras.
169. Murauskienė, L., Janonienė, R., Veniute, M., van Ginneken, E., Karanikolos, M. (2013). Lithuania: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 15(2), 1–150.
170. Nadler, D., Tushman, M. (1990). Beyond the Charismatic Leader: Leadership and Organisational Change. *California Management Review*, 32(2), 77–97.
171. Nelson, J., Zadek, S. (2000). *Partnership Alchemy: New Social Partnerships in Europe*. Copenhagen: Copenhagen Centre.
172. Nelson, L., Svava, H. (2012). Form of Government Still Matters: Fostering Innovation in U.S. Municipal Governments. *The American Review of Public Administration*, 42(3), 257–281.
173. Newman, J. (2005). *Remaking Governance: Peoples. Politics and rite Public Sphere*. Bristol: Policy Press.
174. Nonaka I., Takeuchi, H. (1995). *The Knowledge-creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*. Oxford: University Press, 284.

175. Nonaka, I. (1991). The Knowledge Creating Company. *Harvard Business Review*, 69, 96–104.
176. O'Toole, L. (2000). Research on Policy Implementation: Assessment and Prospects. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 20, 263–288.
177. Olsen, J. (2013). The Institutional Basis of Democratic Accountability. *West European Politics*, 36(3), 447–473.
178. Oreg, S. (2006). Personality, Context and Resistance to Organizational Change. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 1(15), 73–101.
179. Osborne, D., Gaebler, T. (1992). *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. New York, NY: Penguin.
180. Osborne, D., Plastrik, P. (1991). *Banishing Bureaucracy*. Reading, MA. London: Addison-Wesley.
181. Osborne, St. (2010). Delivering Public Services: Time for a New Theory? *Public Management Review*, 12(1), 1–10.
182. Ostaševičius, V., Kriaučionienė, M., Kaunelienė, V. (2007). *Inovacijų valdymas*. Lietuvos pramoninkų konfederacijos kartu su Kauno technologijos, Mykolo Romerio ir Vilniaus Gedimino technikos universitetais vykdytas projektas „Verslumo ugdymas Mykolo Romerio, Kauno technologijos ir Vilniaus Gedimino technikos universitetuose socialinių ir inžinerinių mokslų srityse“. Vilnius: Lietuvos pramonininkų konfederacija.
183. Ostrom, E. Doing Institutional Analysis Digging Deeper than Markets and Hierarchs. (2005). In C. Menard, M. Shirley (Eds.) *Handbook of New Institutional Economics*, Springer: Copyrighted Material.
184. Ouchi, W. (1981). *Theory Z: How American Business Can Meet the Japanese Challenge*. New York: Avon Books.
185. Owen-Smith, J., Powell, W. (2008). Networks and Institutions. In R. Greenwood et. al (ed.) (p. 596–624) *The Handbook of Organizational Institutionalism*, New York: Sage.
186. Page, S. (2005). What's New About the New Public Management? Administrative Change in the Human Services. *Public Administration Review*, 65(6), 713–727.
187. Papšienė, P. (2010). Viešojo sektoriaus reformos poveikis žmoniškųjų išteklių vadybai. *Management theory and studies for rural business and infrastructure development*, 20(1).
188. Parsons, W. (2001). *Viešoji politika*. Vilnius: Eugrimas, 512–513.
189. Pascale, R., Athos, A. (1981). *The Art of Japanese Management*. London: Penguin Books.
190. Perry, L., Buckwalter, D. (2010). The Public Service of the Future. *Public Administration Review*, 70(1), 238–245.
191. Pestoff, V., Brandsen, I. (2010). Governance and Third Sector. In Osborne, St. (ed.), *The New Public Governance*. London: Routledge.
192. Peters, B. (2010). Meta-Governance and Public Management. In Osborne, St. (ed.) *The New Public Governance*. London: Routledge.
193. Peters, G. (2010). The New Public Governance?: Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance. In Osborne, St. (ed.) *The New Public Governance*, 31.

194. Peters, G., Erkkila, T., Von Maravic, P. (2015). *Public Administration*. London: Routledge.
195. Peters, G., Pierre, J. (1998). Governance Without Government? Rethinking Public Administration. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 8, 223–244.
196. Peters, T., Waterman, R. (1982). *In Search of Excellence*. New York: Harper and Row.
197. Pettigrew, A. (1990). Organizational Climate: Two Constructs in Search of a Role. In B. Schneider (ed.), *Organizational Climate and Culture*. San Francisco: Jossey-Bass, 413–423.
198. Piderit, S. (2000). Rethinking Resistance and Recognizing Ambivalence: A Multidimensional View of Attitudes Toward an Organizational Change. *Academy of Management*, 25(4), 783–794.
199. Pivoras, S. (2012). Viešųjų organizacijų teorijos. Iš *Modernus viešasis valdymas* (ed. A. Raipa), 31–48.
200. Pivoras, S. (2012). Viešųjų organizacijų teorijos. Iš: A. Raipa (red.), *Modernus viešasis valdymas*. Kaunas: Vitae Litera, 31.
201. Pollitt, Ch., Bouckaert, G. (2003). *Viešojo valdymo reforma*. Vilnius: Algarvė, 31.
202. Poole, M., Van de Ven, A. (2004). *Handbook of Organizational Change and Innovation Challenge*. Oxford: University Press.
203. Poole, M., Van de Ven, A. (2004). Theories of Organizational Change and Innovation Processes. Iš: M. Poole, A. Van de Ven (red.), *Handbook of Organizational Change and Innovation* (psl. 374–397). Oxford: University Press.
204. Probst, G., Raub, S., Romhardt, K. (1999). *Managing Knowledge: Building Blocks for Success*. Chichester: John Wiley&Sons.
205. Pukšto, T. (2000). Neužmigti ant laurų, arba pokyčių valdymo įvadas. *Vadovo pasaulis*, 2, 5–8.
206. Puškorius, S., Raipa, A. (2002). Teoriniai viešojo sektoriaus veiklos modernizavimo aspektai. *Viešoji politika ir administravimas*, 2, 9–17.
207. Putnam, R. (2002). *Democracies in Flux: the Evolution of Social Capital in Contemporary Society*.
208. Quinn, R. (1996). *Deep Change: Discovering the Leader Within*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
209. Raipa A. Strateginis valdymas: Metodologinės paieškos. (2010). *Viešoji politika ir administravimas*, 32, 151–153.
210. Raipa, A. (2009). Šiuolaikinio viešojo valdymo pokyčių kryptys ir tendencijos. *Viešoji politika ir administravimas*, 30, 22–32.
211. Raipa, A. (2010). Metodologiniai viešojo valdymo demokratizavimo aspektai. *Viešoji politika ir administravimas*, 32, 7–18.
212. Raipa, A. (2011). Naujojo viešojo valdymo indikatorių diagnozavimo galimybės. *Viešoji politika ir administravimas*, 10(2), 167–182.
213. Raipa, A. (2012). Metodologiniai viešojo valdymo aspektai. Iš: A. Raipa (red.), *Modernus viešasis valdymas*, Kaunas: Vitae Litera, 11–12.
214. Raipa, A. (2012). Naujojo viešojo valdymo dekompozicijos analizė. Iš: A. Raipa (red.), *Modernus viešasis valdymas*, Kaunas: Vitae Litera, 245–246.

215. Raipa, A. (2016). Metavaldymo samprata ir struktūra. *Viešojo politika ir administravimas*, 4(15), 523–537.
216. Raipa, A. ir kt. (2012). *Modernus viešasis valdymas*. Iš: A. Raipa (red.), Kaunas: Technologija, 17.
217. Raipa, A., Smalskys, V., Giedraitytė, V., Nefas, S. (2016). Šiuolaikinio viešojo administravimo pagrindai, Vilnius: Registrų centras.
218. Raipa, A., Štaras, K., Čepuraitė, D. (2017). Strateginiai finansavimo valdymo iššūkiai ir uždaviniai Europos Sąjungos valstybių sveikatos apsaugos sistemose. *Viešasis administravimas*. Nr. 1–2 (53–54).
219. Raipa, A., Urbanavičius, D. (2004). Visuotinė kokybės vadyba viešajame sektoriuje. Iš: A. Raipa (red.), *Viešojo administravimo efektyvumas*, Kaunas: Technologija, 132–133.
220. Raina, R. (2018). *Change Management and Organizational Development*. Thousand Oaks: SAGE Publications India Pvt Ltd.
221. Rhodes, J., Tyler, P., Brennan, A. (2003). New Developments in Area-based Initiatives in England: The Experience of the SRB. *Urban Studies*, 40(8), 1399–1426.
222. Rhodes, R. (1997). *Understanding Governance: Policy Networks, Governance and Accountability*. Buckingham: Open University Press.
223. Rios, D. (2013). Models and Modelling in the Social Sciences. *Perspectives on Science*, 21(2), 221–225.
224. Rogers, E. (2003). *Diffusion of Innovations*. 5th ed. New York: Free Press.
225. Rosen E. (2007). *Viešojo sektoriaus produktyvumo didinimas. Sąvokos ir praktika*. Vilnius: Knygiai.
226. Rothwell, W. J., Stavros, J. M., Sullivan, R. L., Sullivan, A. (2009). In *Practicing Organization Development: A Guide for Leading Change*. John Wiley and Sons. Prieiga per internetą: <http://books.google.lt/books?id=eAyEgk6BBhwC&prints=ec=frontcover&hl=lt&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>, [žiūrėta 2019 03 15].
227. Rudzkienė, V. (2005). *Socialinė statistika*. Vilnius : MRU Leidybos centras.
228. Rumelt, R. (1995). Inertia and Transformation. In C. A. Montgomery (ed.), *Resource-Based and Evolutionary Theories of the Firm* (pp. 101–132). Boston, MA: Springer.
229. Salamon, L. (1989). *Beyond Privatization: The Tasks of Government Action*. Washington, DC: Urban Institute Press.
230. Schein, E. (1990). *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
231. Schermerhorn, J. (1989). *Management for Productivity* (3rd ed.). New York: John Wiley.
232. Schmidt, V. (2006). *Democracy in Europe: The EU and National Politics*. Oxford: University Press.
233. Schober, Patrick MD, PhD, MMedStat; Boer, Christa PhD, MSc; Schwarte, Lothar A. MD, PhD, MBA. (2018). Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesthesia & Analgesia: Volume 126 – Issue 5 – p 1763–1768*.
234. Scott T, Mannion R, Davies HOT, Marshall MN. (2003). Implementing Culture Change in Health Care: Theory and Practice. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(2), 111–118.

235. Seijts, G., Latham, G. (2005). Learning Versus Performance Goals: When Should Each Be Used? *Academy of Management*, 19(1), 124–131.
236. Seilius A. (1994). *Firmos kūrimas ir valdymas*. Klaipėda: KU.
237. Shafritz, J., Ott, J. (1992). *Classics of Organization Theory*. Belmont: Wadsworth Publishing Company, 25–28.
238. Silverman, M. (2009). *Compliance Management for Public, Private or Nonprofit Organizations*. New York: McGraw Hill, 96–97.
239. Simon, H. (2003). *Administracinė elgsena*. Vilnius: Knygiai, 19–26.
240. Sydow, J. (2004). Network Development by Means of Network Evaluation? *Human Relations*, 2(57), 201–220.
241. Skrickienė, L., Čepuraitė, D., Štaras, K. (2018). Besimokanti organizacija šiuolaikinio viešojo valdymo kontekste. *Sveikatos mokslai: Sveikatos ekonomika ir vadyba*, 1(28), 57–66.
242. Slavin, A., Woodard, J. (2006). *Enterprise Transformation: Lessons Learned, Pathways to Success*. Sandia National Laboratories.
243. Smalskys, V. (2010). Viešojo administravimo modernizavimo priežastys ir tendencijos. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, 1(17), 90–100.
244. Sorensen, B. (2002). The Strength of Corporate Culture and the Reliability of Firm Performance. *Administrative Science Quarterly*, 47, 70–91.
245. Stankovsky, M. A. (Ed.). (2005). *Advances in knowledge management: University research toward an academic discipline*. Burlington, MA: Elsevier Butterworth-Heinemann.
246. Steinhaus, C., Perry, J. (1996). Organizational Commitment: Does Sector Matter? *Public Productivity and Management Review*, 19(3), 278–288.
247. Stone, W., Harrison, I., Feldman, P. (2005). Organizational Climate of Staff Working. Conditions and Safety – An Integrative Model. *Advances in Patient Safety. From Research to Implement: Agency for Healthcare Research and Quality*, 1, Research Findings US.
248. Stoškus, S., Beržinskienė, D. (2005). *Pokyčių valdymas*. Šiauliai: ŠU.
249. Strazdas, R., Jakubavičius, A., Gečas, K. (2003). *Inovacijos. Finansavimas, rizikos kapitalas*. 2003. <http://www.inovacijos.lt/index.php?-1742732791>.
250. Sun, T. (2006). Leading Sustainable Change Through Self-discovery: A Values Accountability System Defined. United Nations Global Forum: Business as an Agent of World Benefit: Management Knowledge Leading Positive Change. Case Western Reserve University.
251. Sveningsson, S., Sorgarde, N. (2020). *Managing Change in Organizations*. SAGE Publications, 248 p.
252. Swan, J., Scarborough, H. (2005). The Politics of Networked Innovation. *Human Relations*, 7(58), 913–943.
253. Šimanskienė, L. ir kt. (2015). *Organizacinės kultūros vaidmuo organizacijos veikloje*. Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development, 2(37), 310–320.

254. Šimanskienė, L., Sandu, L. (2013). Organizacinės kultūros vertinimo metodai. *Regional Formation and Development Studies*, 2(10), 201–210.
255. Šimanskienė, L., Venckutė, V., Župerkienė, E. (2003). *Kultūrinių skirtingumų įtaka valdymui*. Tiltai. Klaipėda: KU. (13):440–451.
256. Tan, S. (2004). The Consequences of Innovation. *The Innovation Journal*, 9(3), 1–43.
257. Terré i Ohme, E. (2002). *Guide for Managing Innovation. Part I: Diagnosis*. <http://www.inovacijos.lt/index.php?-1742732791> [2018-10-18].
258. The new European policy for health – HEALTH 2020: vision, values, main directions and approaches, WHO RC for Europe, 61-st session, Baku, Azerbaijan, 12–15 Sep, 2011.
259. Thom, N., Ritz, A. (2004). *Viešoji vadyba. Inovaciniai viešojo sektoriaus valdymo metmenys*. Vilnius: MRU.
260. Thompson, K., Luthans, F. (1990). Organizational Culture: A Behavioral Perspective. In Benjamin Schneider (ed.) *Organizational Climate and Culture*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 319–344.
261. Valackienė, A. (2005). *Krizių valdymas ir sprendimų priėmimas: mokomoji knyga*. Kaunas: Technologija.
262. Vasu, M., Stewart, D., Garson, G. (1998). *Organizational Behavior and Public Management*. New York: Marcel Becker.
263. Videikienė, S., Šimanskienė, L. (2013). Pokyčių valdymo sėkmės veiksniai organizacijose. *Visuomenės saugumas ir viešoji tvarka*, 10, 339–356.
264. Videikienė, S., Šimanskienė, L. (2014). Pokyčių valdymo kliūtys organizacijose: teoriniai ir praktiniai aspektai. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*. Prieiga per internetą: http://vddb.elaba.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:J.04~2014~ISSN_2335-8750.N_70.PG_107-120/DS.002.0.01.ARTIC
265. Vilkas, M., Bučaitė-Vilkė, J. (2009). Besiformuojanti tinklaveikos teorija. *Ekonomika ir vadyba*, 14, 1001–1006.
266. Waddell, D., Sohal, A. (1998). Resistance: A Constructive Tool for Change Management. *Management Decision*, 36(8), 543–548.
267. Walker, D. (2002). *Managing for Results: Using Strategic Human Capital Management to Drive Transformational Change*. Testimony before the National Commission on the Public Service (July 15). Washington, DC: General Accounting Office. Retrieved November 15, 2007 from www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/1a/4b/a7/pdf
268. Watson, H., Carte, T. (2000). Executive Information Systems in Government Organizations. *Public Productivity and Management Review*, 23(3), 371–382.
269. Weber, M. (1947). *The Theory of Social and Economic Organization* (translated by A. Henderson and T. Parsons), T. Parsons (ed.). New York: Free Press.
270. Weick, K. (1993). Sensemaking in Organizations: Small Structures with Large Consequences. In J. Murnighan (ed.) *Social Psychology in Organizations: Advances in Theory and Research*, New York: Prentice Hall.
271. Williamson, O. (1996). *The Mechanisms of Governance*. Oxford: University Press.

272. Wilson, J. (1989). *Bureaucracy: What Government Agencies Do and How They Do It*. New York: Basic Books.
273. Wollner, G. (1992). The Law of Producing Quality. *Quality Progress*, 35–40.
274. Zajonc, R. (1965). Social Facilitation. *Science*, 149, 269–274.
275. Zakarevičius, P. (2003). *Pokyčiai organizacijose: priežastys, valdymas, pasekmės*. Kaunas: VDU.
276. Zakarevičius, P. (2006). Pokyčių organizacijose kliūtys ir priežastys. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, 38, 183–194.
277. Zaveckienė, A., Čiegis, R. (2014). Organizacinės kultūros įtaka sveikatos priežiūros įstaigų veiklai. *Visuomenės sveikata*, 1 priedas, 75–82.
278. Žydžiūnaitė, V. (2011). *Baigiamojo darbo rengimo metodologija*. Klaipėda: Klaipėdos valstybinė kolegija.
279. Župerkienė, E.; Tuminiene, V.; Župerka, A. (2020). The Involvement of Employees of the Regional Health-care Institution in Change Management. *Regional Formation & Development Studies*, 1(30), 134–142.

Teisės aktai, antriniai šaltiniai

1. European Commission. (2010). Europe 2020 A strategy for smart, sustainable and inclusive growth [interaktyvus]. Communication from the Commission. Brussels, 3.3.2010 COM(2010) 2020 final <<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52010DC2020>>.
2. European Commission. (2011). Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council establishing Horizon 2020 – The Framework Programme for Research and Innovation (2014-2020) [interaktyvus]. Brussels, 30.11.2011 COM(2011) 809 final <<http://www.cor.europa.eu>>.
3. European Commission. (2012). Taking forward the Strategic Implementation Plan of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing [interaktyvus]. Communication from the Commission to the European Parliament and Council. Brussels, COM/2012/083 final <http://ec.europa.eu/health/ageing/docs/com_2012_83_en.pdf>.
4. Eurostat Statistics Database. WHO Global Health Expenditure Database. 2014.
5. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century [interaktyvus]. <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1>.
6. Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2018. <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>
7. Konstitucinio Teismo 2002 m. liepos 11 d., 2005 m. rugsėjo 29 d., 2009 m. rugsėjo 2 d. Nutarimai.
8. Konstitucinio Teismo 2002 m. sausio 14 d., 2004 m. sausio 26 d., 2005 m. rugsėjo 29 d., 2009 m. rugsėjo 2 d., 2009 m. gruodžio 11 d., 2011 m. birželio 21 d. nutarimai.
9. Konstitucinio Teismo 2009 m. rugsėjo 2 d. nutarimas.

10. Lietuvos Respublikos Seimo 2008 m. gruodžio 10 d. nutarimas Nr. XI-52 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“.
11. Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XI-51 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“.
12. Lietuvos Respublikos Seimo 2016 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XIII-82 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“.
13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymas Nr. V-811 „Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 m. plėtros strategijos patvirtinimo“.
14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007-10-09 įsakymu Nr. V-811 patvirtinta Lietuvos e. sveikatos sistemos 2007–2015 metų plėtros strategija.
15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. birželio 18 d. įsakymas Nr. V-570 „Dėl e. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos įgyvendinimo priemonių plano patvirtinimo“.
16. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151 „Dėl e. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos patvirtinimo“.
17. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151 „Dėl e. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programos patvirtinimo“.
18. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. rugpjūčio 27 d. įsakymas Nr. V-1006 „Dėl Lietuvos e. sveikatos sistemos 2015–2025 metų plėtros programos patvirtinimo“.
19. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. liepos 4 d. įsakymas Nr. V-890 „Dėl Lietuvos e. sveikatos sistemos 2015–2025 metų plėtros programos įgyvendinimo priemonių plano patvirtinimo“.
20. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. liepos 17 d. įsakymas Nr. V-878 „Dėl Lietuvos e. sveikatos sistemos 2017–2025 metų plėtros programos patvirtinimo“.
21. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. kovo 29 d. įsakymas Nr. V-362 „Dėl Lietuvos e. sveikatos sistemos 2018–2025 metų plėtros programos įgyvendinimo priemonių plano patvirtinimo“.
22. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. sausio 14 d. įsakymas Nr. V-53 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2019–2021 metų strateginio veiklos plano patvirtinimo“.
23. Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės 2017-04-26 valstybinio audito ataskaita Nr. VA-2017-P-900-3-12 „Elektroninės sveikatos sistemos kūrimas“.
24. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. birželio 6 d. nutarimas Nr. 827 „Dėl Strateginio planavimo metodikos patvirtinimo“ (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2019 m. vasario 13 d. nutarimo Nr. 136 redakcija).
25. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimas Nr. 335 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“ (interaktyvus) [žiūrėta 2019-03-17]. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalActPrint/lt?jfwid=-lgjt7z p3&actualEditionId=loXEbByEVw&documentId=TAIS.207037&category=TAD>

26. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimas Nr. 647 „Dėl antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“ (interaktyvus) [žiūrėta 2019-03-17].
27. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.279370/soamyCEOpK>
28. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimas Nr. 1654 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“.
29. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 m. gruodžio 9 d. nutarimas Nr. 1290 „Dėl ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo“.
30. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 m. gruodžio 9 d. nutarimas Nr. 1291 „Dėl Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programos patvirtinimo“
31. Lietuvos statistikos departamento duomenys. 2016.
32. Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategija, patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. birželio 26 d. nutarimu Nr. XII-964.
33. Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Lietuvos sveikatos statistika 2017, 2018.
34. Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolės 2011 metų veiklos ataskaita, 2012 m. kovo 23 Nr. Y-1.
35. Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2013–2023 metų plėtros programa, patvirtinta Vyriausybės 2015 m. gruodžio 9 d. nutarimu Nr. 1291.
36. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. (2006). Žmonių ištekliai sveikatos priežiūroje. Vilnius: VĮ Seimo leidykla „Valstybės žinios“, p. 112.
37. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2019). State of Health in the EU. Lietuva. 2019 m. sveikatos būklės šalyse apžvalga. Paimta 2019 m. gruodžio 14 d. iš
38. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) Reviews of Health Systems: Lithuania 2018, 2018.
39. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). (1990). Partnerships/or Rural Development. Paris: OECD.
40. Remtasi Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos analize „Lietuvos e. sveikatos strategija: kontekstas, rekomendacijos ir įgyvendinimo rekomendacijos“, 2007.
41. Septynioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2016 m. gruodžio 13 d. nutarimu Nr. VIII-82. Prieiga per internetą: <http://www.lsadps.lt/index.php/septynioliktos-lietuvos-respublikos-vyriausybes-programa>
42. Sveikatos sektoriaus prioritetų 2014–2020 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo laikotarpiu galutinė strateginis vertinimas. Galutinė vertinimo ataskaita. Vilnius, 2013, 82 p.
43. SWD (2019) 1014, Komisijos tarnybų darbinis dokumentas „Šalies ataskaita. Lietuva 2019“, Briuselis, 2019.

44. Tarptautinės ISACA organizacijos standartas CobIT 4.1 (angl. Control Objectives for Information and related Technologies), PO10, AI1, AI2, AI6 procesai.
45. Transparency International Lietuvos skyrius, Korupcijos suvokimo indeksas 2018. Tyrimo rezultatai.
46. Valstybės pažangos strategija „Lietuvos pažangos strategija 2030“.
47. Valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gegužės 15 d. nutarimu Nr. XI-2015 (Žin., 2012, Nr. 61-3050).
48. Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2019 m. vasario 8 d. įsakymas Nr.T1-190-(1.1) „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų 2019 m. konsoliduotų tikrinimų vietoje plano tvirtinimo“ pakeitimo“.
49. Vykdytų sveikatos sistemos valdymo ir finansavimo reformų analizė. Galutinė sutarties vykdymo ataskaita. Projekto „Sisteminė sveikatos sektoriaus vykdomų reformų analizė siekiant geresnio Europos Sąjungos sveikatos politikos įgyvendinimo“ metu įvykdytų analizių ir tyrimų rezultatų sisteminė apžvalga ir išvados. Galutinė sutarties vykdymo ataskaita. Rengėjai: UAB „Sveikatos ekonomikos centras“, VšĮ Viešosios politikos ir vadybos institutas, 2013 m. vasario 21 d.
50. VšĮ „Sveikatos priežiūros vertinimo nepriklausoma agentūra“, UAB „Sveikatos ekonomikos centras“ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos užsakyму“ pagal 2011 m. sausio 17 d. pasirašytą paslaugų viešojo pirkimo pardavimo sutartį Nr. S 3. Sveikatos sistemos reformų analizės atlikimas. Galutinė ataskaita.
51. Walliman, N. (2006). *Sage Course Companions: Social research methods*: SAGE Publications Ltd.
52. WHO Regional Office for Europe. (2009). How Can Health systems respond to population ageing? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/64966/E92560.pdf>.
53. WHO Regional Office for Europe. (2012a). Health 2020 Policy Framework and Strategy. Regional Committee for Europe Sixty- second Session Copenhagen: WHO Regional Office for Europe .<http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/171209/RC61sc3-Eng.pdf>.

PRIEDAI

1 priedas

Tyrimui pasirinktų institucijų atstovų (ekspertų) sąrašas

| Insti- tucinė | Šalis | Institucija | Eksperto pareigos | Patirtis (metais) | | |
|-----------------------------------|------------|---|--|-------------------|--------------------|--------------|
| | | | | Parei- gose | Institu- cijoje | Sri- tyje |
| Valdžia | Lietuva | Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija | Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras | 4 | 4 | 22 |
| | Lietuva | Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija | Buęs Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras | 3 | 15 | 17 |
| | Lietuva | Lietuvos Respublikos Seimas | Lietuvos Respublikos Seimo narys | 15 | 20 | 40 |
| Akademinė bendruomenė | Prancūzija | Centre National de l'expertise Hospitalière | Prancūzijos ligoninių direktorių asociacijos generalinis sekretorius, EAHM mokslinio pakomitečio prezidentas ir AEHM valdybos narys | 10 | 15 | 20 |
| | Vokietija | Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V (Vokietijos gydytojų vadovų sąjunga) | Vokietijos gydytojų vadovų sąjungos prezidentas. Rotenburgo (Wümme) „Diakoniekrankenhaus“ gGmbH Vykdomasis direktorius | 11 | 14 | 35 |
| Vistomeninės organizacijos | Lietuva | Lietuvos gydytojų vadovų sąjunga | Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos prezidentas. Europos ligoninių vadovų asociacijos (EAHM) valdybos narys | 3 | 18 | 35 |
| | Graikija | Hellenic Health Services Management Association (Graikijos gydytojų vadovų sąjunga) | Graikijos gydytojų vadovų sąjungos prezidentas. Atėnų pagrindinės ligoninės „Elpis“ vadovas. Graikijos sveikatos paslaugų vadybos asociacijos (HHSMA) valdybos narys ir Europos ligoninių vadovų asociacijos (EAHM) valdybos narys | 4 | 14 | 38 |
| | Airija | Health Management Institute of Ireland (HMI) | Airijos gydytojų vadovų asociacijos prezidentas | 4 | 32 | 43 |

Šaltinis: sudaryta autorės.

2 priedas

Tyrimo „Pokyčių procesų valdymas Lietuvos ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose“ klausimynas ekspertams

Gerbiamas Eksperte,

Mykolo Romerio universiteto Viešojo administravimo institute atliekamas mokslinis tyrimas, kurio tikslas – identifikuoti pokyčių proceso trikdžius asmens sveikatos priežiūros įstaigų veikloje ir pateikti jų valdymo tobulinimo strategines priemones.

Minėtam tikslui pasiekti svarbi Jūsų nuomonė. Pasidalijimas Jūsų žiniomis ir patirtimi padės tobulinti pokyčių valdymą asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Tyrimo išvados ir rekomendacijos bus pateiktos suinteresuotiems asmenims centriniame ir vietos valdžios lygmenyse.

Interviu atsakymai bus naudojami tik moksliniais tikslais, o rezultatai bus pristatyti vadovaujantis anonimiškumo principu, todėl tikimės, kad Jūsų atsakymai padės gauti tikslus ir objektyvius tyrimo rezultatus.

Iš anksto dėkojame už Jūsų atsakymus ir bendradarbiavimą !

Anketą sudarė dokt. Daiva Čepuraitė. Vadovas Prof. dr. Vainius Smalskys. Konsultantas: prof. Alvydas Raipa. Pasiteiravimui el. paštas daiva.cepuraite@gmail.com

1. Kaip Jūs vertinate dabartinę Jūsų šalies sveikatos apsaugos sistemą?
2. Kokie, Jūsų nuomone, yra svarbiausi strateginiai Jūsų šalies sveikatos apsaugos sistemos tikslai ir tobulinimo kryptys per artimiausius 10 metų?
3. Kokie, Jūsų nuomone, svarbiausi teigiami pokyčiai įvyko Jūsų šalies sveikatos sektoriuje per paskutinius 10 metų? Kas sąlygojo jų atsiradimą?
4. Kokie, Jūsų nuomone, svarbiausi trikdžiai įgyvendinant strateginius pokyčius sveikatos sektoriuje?
5. Kaip manote, ar įmanoma ir kokiomis priemonėmis šiuos trikdžius kompleksiskai eliminuoti?
6. Kokie veiksmai ar politiniai sprendimai, Jūsų nuomone, galėtų sumažinti pasi-priešinimą įgyvendinant pokyčius sveikatos apsaugos sistemoje?
7. Kokius, Jūsų nuomone, išskirtumėte svarbiausius organizacijų pasirengimo inovatyvių pokyčių įgyvendinimui veiksnius?
8. Kaip Jūs vertinate dabartinį sveikatos finansavimo (investicijų į sveikatą) modelį Jūsų šalyje? Ar yra numatytos prioritetingos finansavimo kryptys 2030 m.?
9. Kokie, Jūsų nuomone, veiksmai ir metodai yra svarbiausi kuriant žmogiškuosius išteklius (kvalifikacijos kėlimas, pasikeitimas gerosios praktikos patirtimi tarp Europos Sąjungos šalių)?
10. Kaip Jūs vertinate dabartinę, kurie ir kaip informacinių technologijų modeliai labiau lemia sveikatos apsaugos sistemą optimizuojant vadybos/valdymo procesus bei gerinant pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą?
11. Kokie, Jūsų nuomone, turėtų būti valdymo pokyčiai Europos Sąjungos šalyse siekiant patenkinti gyventojų poreikius ir lūkesčius?

12. Kaip, Jūsų nuomone, būtų galima sumažinti atskirtį/netolygumus sveikatos srityje Europos Sąjungos šalyse narėse? (užtikrinti sveikatos politikos nuoseklumą, tarptautiniu mastu dalintis duomenimis apie sveikatą, užtikrinti visuotinę galimybę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis ir nepertraukiamumą).

Ekspertas Nr. 1

1. Kaip Jūs vertinate dabartinę Jūsų šalies sveikatos apsaugos sistemą?

Atsižvelgiant į esamą sistemos finansavimą, esamą sveikatos sistemą vertinu gerai. Jei vertinti dešimtbalėje skalėje vertinčiau 8 balais.

2. Kokie, Jūsų nuomone, yra svarbiausi strateginiai Jūsų šalies sveikatos apsaugos sistemos tikslai ir tobulinimo kryptys per artimiausius 10 metų?

Tolimesnė pirminės sveikatos priežiūros plėtra.

Ilgalaikės slaugos globos integracija, ambulatorinių paslaugų plėtra.

Elektroninės sveikatos vystymas: duomenų atvėrimas, dirbtinio intelekto panaudojimas, bevielių, mobilių, nutolusių technologijų panaudojimas, procesų automatizavimas.

Neefektyvus ir nesaugaus aktyvus gydymo įstaigų tinklo peržiūra.

Psichikos sutrikimų turinčių pacientų, slaugomų pacientų deintitucionalizacija.

Paliatyvios slaugos ir hospisų plėtra.

Klasterių vystymas.

Greitosios pagalbos įstaigų centralizacija ir skubios pagalbos vystymas išnaudojant skubios pagalbos gydytojus.

Visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos integracija: komandos plėtra įtraukiant gyvensenos medicinos ir kitus gyvensenos keitimo specialistus.

Psichologinės pagalbos paslaugų plėtra.

3. Kokie, Jūsų nuomone, svarbiausi teigiami pokyčiai įvyko Jūsų šalies sveikatos sektoriuje per paskutinius 10 metų? Kas sąlygojo jų atsiradimą?

Vienas svarbiausių pokyčių buvo sistemos pasikeitimas įdiegiant šeimos gydytojo instituciją ir šios institucijos plėtra.

Taip pat pirminių psichikos sveikatos centrų ir visuomenės sveikatos biurų atsiradimas.

Skubios pagalbos gydytojų atsiradimas ir pirmieji tikri skubios pagalbos skyriai Kauno ir Santaros klinikose.

DRG sistemos įdiegimas.

Klasterių sistemos atsiradimas (infarkto, insulto, politraumų, perinatalinės priežiūros).

Sudėtingų paslaugų centralizacija (chirurgija ir kt.).

4. Kokie, Jūsų nuomone, svarbiausi trikdžiai įgyvendinant strateginius pokyčius sveikatos sektoriuje?

Sveikatos raštingumo stoka.

Politinio sutarimo nebuvimas ir žema politinė kultūra.

Negebėjimas įsiklausyti į tarptautines rekomendacijas.

Sveikatos klausimų. Naudojimas politinėms spekuliacijoms ir rinkiminei retorikai.

5. Kaip manote, ar įmanoma ir kokiomis priemonėmis šiuos trikdžius kompleksškai eliminuoti?

Didinti visuomenės ir sveikatos specialistų sveikatos raštingumą.

Turėti efektyvius sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklius, jų stebėseną ir galimybę visuomenei suprantamu būdu pademonstruoti esamus trūkumus ir galimų sprendimų galimybes.

6. Kokie veiksmai ar politiniai sprendimai, Jūsų nuomone, galėtų sumažinti pasipriešinimą įgyvendinant pokyčius sveikatos apsaugos sistemoje?

Didesnis sveikatos priežiūros specialistų įsitraukimas į pokyčių komunikaciją.

Aktyvaus gydymo paslaugų organizavimo gražinimas iš savivaldos į nacionalinį lygmenį.

Nacionalinis susitarimas dėl sistemos finansavimo ir vystymo kryptių.

7. Kokius, Jūsų nuomone, išskirtumėte svarbiausius organizacijų pasirengimo inovatyvių pokyčių įgyvendinimui veiksnius?

Pakankamas sveikatos raštingumas.

Visų lygių darbuotojų įsitraukimas ir vienodas tikslo suvokimas.

Įgalinančio vadovo buvimas.

8. Kaip Jūs vertinate dabartinį sveikatos finansavimo (investicijų į sveikatą) modelį Jūsų šalyje? Ar yra numatytos prioritetingos finansavimo kryptys 2030 m.?

Jei bus įgyvendintas principas, kuomet į paslaugų įkainius bus įskaičiuoti turto nusidėvėjimo ir amortizacijos kaštai, kurie leis įstaigoms kaupti lėšas investicijoms, finansavimo modelį vertinčiau kaip gerą.

Prioritetingos strateginės sistemos vystymo kryptys numatytos Lietuvos sveikatos strategijoje. Su tuo turėtų būti susiję ir finansavimo prioritetai.

9. Kokie, Jūsų nuomone, veiksmai ir metodai yra svarbiausi kuriant žmogiškuosius išteklius (kvalifikacijos kėlimas, pasikeitimas gerosios praktikos patirtimi tarp Europos Sąjungos šalių)?

Savairealizacijos ir profesinio augimo galimybė organizacijoje.

Galimybė keisti ir gerinti organizaciją (LEAN filosofijos diegimas institucijoje).

Galimybė (laiko ir finansinė) nuolatiniam kompetencijos kėlimui.

10. Kaip Jūs manote, kurie ir kaip informacinių technologijų modeliai labiau lemia sveikatos apsaugos sistemą optimizuojant vadybos/valdymo procesus bei gerinant pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą?

Paslaugų kokybės ir saugumo stebėsenos modulių egzistavimas.

Išsankstinės pacientų registracijos ir srautų valdymo galimybė.

Duomenų apsikeitimo tarp padalinių ir institucijų galimybė.

Telemedicinos ir nuotolinių konsultacijų galimybė.
Nutolusių prietaisų pacientų stebėsenai diegimas.
Mobilios sveikatos platformos pacientams diegimas.

11. Kokie, Jūsų nuomone, turėtų būti valdymo pokyčiai Europos Sąjungos šalyse siekiant patenkinti gyventojų poreikius ir lūkesčius?

E-sveikatos duomenų apsaugos tarp šalių galimybė.
Sveikatos technologijų vertinimo apsaugos galimybė.
Šalių bendradarbiavimas brangių medikamentų ir įrangos įsigijimo srityje.

12. Kaip, Jūsų nuomone, būtų galima sumažinti atskirtį/netolygumus sveikatos srityje Europos Sąjungos šalyse narėse? (užtikrinti sveikatos politikos nuoseklumą, tarptautiniu mastu dalintis duomenimis apie sveikatą, užtikrinti visuotinę galimybę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis ir nepertraukiamumą)

Keisti sveikatos srities reguliavimą iš dabartinio modelio, kuomet dauguma sprendimų palikta šalių narių kompetencijai, į modelį, kuris galioja mokesčių ir kitai politikai (nustant minimalius standartus ir nustatant direktyvius įpareigojimus šalims).

Ekspertas Nr. 2

1. Kaip Jūs vertinate dabartinę Jūsų šalies sveikatos apsaugos sistemą?

Lietuvoje sukurtas tikras sveikatos apsaugos sistemos fenomenas – sistemos finansavimas yra skurdus, medikų atlyginimai neleistinai maži, o gydytojų kompetencija ir paslaugų kokybė atitinka aukštai išvystytų užsienio valstybių standartus. Lietuvos medikai itin pageidaujami ir laukiami bet kurioje užsienio valstybėje.

Galiojanti draudiminė sveikatos apsaugos sistema akivaizdžiai parodė, kad ji yra ženkliai pranašesnė už buvusį biudžetinį finansavimą, o biudžetinių sveikatos priežiūros įstaigų transformavimas į viešąsias įstaigas suteikė pastarosioms, kad ir nepakanamą, bet ženkliai didesnę savarankiškumą.

Visa sveikatos apsaugos sistemos vystymosi raida per atkurtos Nepriklausomybės laikotarpį parodė, kad sveikatos sistema nebuvo laikoma prioritetine valstybės politikos sritimi. Tai galima teigti remiantis eile argumentų, kuriuos trumpai apibūdinsime žemiau. Tai taip pat galima teigti ir remiantis pagrindiniais Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliais, kurie yra visos valstybės vykdomos politikos pasekmė – pirmiausia žemu vidutinės gyvenimo trukmės rodikliu.

2. Kokie, Jūsų nuomone, yra svarbiausi strateginiai Jūsų šalies sveikatos apsaugos sistemos tikslai ir tobulinimo kryptys per artimiausius 10 metų?

Užtikrinti, kad sveikatos politika būtų kompleksiška, integruota su kitų sričių sektoriais ir mažinti atskirtį regionuose, gerinant medicininių paslaugų kokybę bei prieinamumą.

Siekti, kad gyventojų tikėtina gyvenimo trukmė būtų 78–80 metų

3. Kokie, Jūsų nuomone, svarbiausi teigiami pokyčiai įvyko Jūsų šalies sveikatos sektoriuje per paskutinius 10 metų? Kas sąlygojo jų atsiradimą?

Tai susiję pagrįste su įstojimu į EU. Nauji reglamentai bei direktyvos integruojantis į bendrijos erdvę.

Žymūs pokyčiai įvyko pasinaudojus finansine parama iš EU, tiek atnaujinant ir modernizuojant sveikatos priežiūros įstaigų medicininių technologijas, įrangas, infrastruktūros bei žmogiškųjų išteklių tobulinimo srityse

4. Kokie, Jūsų nuomone, svarbiausi trikdžiai įgyvendinant strateginius pokyčius sveikatos sektoriuje?

Valstybė jau daugelį metų visą eilę valstybės funkcijų yra delegavusi apmokėjimui iš PSDF biudžeto, tačiau tam nėra skiriamos lėšos arba skiriamos nepakankamos. Lėšų skyrimo tendencija neadekvati šioje srityje vykdomai politikai. Skiriamų funkcijų kiekis auga, o finansavimas keleriopai mažėja.

Kitas trikdys, dažna ministrų kaita, nebuvimas bendro politinio sutarimo su kitomis politinėmis partijomis, lobizmas nacionaliniu mastu.

Deklaruojamas prioritetas pirminei sveikatos priežiūrai, tačiau realiai nepakankams finansavimas stabdo pokyčius pirminėje grandyje.

5. Kaip manote, ar įmanoma ir kokiomis priemonėmis šiuos trikdžius kompleksiskai eliminuoti?

Manau įmanoma tik bendru visų suinteresuotųjų pusių sutarimu pasirašant bendrą veiksmų ir atsakomybių deklataciją.

Kita vertus reiktų reglamentuoti PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo pajamų ir išlaidų struktūrą (dabar ji nėra reglamentuota iš viso), nurodant, kad lėšos valstybės deleguotoms funkcijoms turi būti detalizuotos pagal kiekvieną funkciją atskirai tiek pajamų, tiek išlaidų dalyje. Tai padėtų iš valstybės biudžeto užsitikrinti didesnę šiems tikslams skiriamų lėšų apimtį ir teisingesnį bei proporcingesnį jų paskirstymą priskirtoms valstybės funkcijoms įgyvendinti.

6. Kokie veiksmai ar politiniai sprendimai, Jūsų nuomone, galėtų sumažinti pasipriešinimą įgyvendinant pokyčius sveikatos apsaugos sistemoje?

Dabartinė septynioliktoji Vyriausybė buvo pateikusi ne vieną tinklo restruktūrizavimo variantą eidama aukščiau įvardintu pirmuoju optimizavimo keliu, tačiau (bent jau iki šiol) taip pat buvo priversta atsitraukti.

Pasiūlymas. Tai sudėtingas klausimas ir pasiūlymams reiktų pasirengti labai atsakingai, tačiau, nežiūrint to, pabandysime šiuo klausimu pateikti keletą idėjų. Mūsų nuomone, sveikatos priežiūros tinklo optimizavimą tikslinga būtų tęsti pagal schemą, pagal kurią dalis klausimų būtų sprendžiama nacionaliniu lygiu, kita dalis apskričių ir rajonų lygmenyje.

Visus veiksmus reiktų aptarti su visuomene.

7. Kokius, Jūsų nuomone, išskirtumėte svarbiausius organizacijų pasirengimo inovatyvių pokyčių įgyvendinimui veiksnius?

Strateginių tikslų parengimas ir darbuotojų supažindinimas su būsimais pakyčiais bei laukiamais rezultatais.

8. Kaip Jūs vertinate dabartinį sveikatos finansavimo (investicijų į sveikatą) modelį Jūsų šalyje? Ar yra numatytos prioritetingės finansavimo kryptys 2030 m.?

Lietuvoje sukurtas tikras sveikatos apsaugos sistemos fenomenas – sistemos finansavimas yra skurdus, medikų atlyginimai neleistinai maži, o gydytojų kompetencija ir paslaugų kokybė atitinka aukštai išvystytų užsienio valstybių standartus. Lietuvos medikai itin pageidaujami ir laukiami bet kurioje užsienio valstybėje.

Galiojanti draudiminė sveikatos apsaugos sistema akivaizdžiai parodė, kad ji yra ženkliai pranašesnė už buvusį biudžetinį finansavimą, o biudžetinių sveikatos priežiūros įstaigų transformavimas į viešąsias įstaigas suteikė pastarosioms, kad ir nepakankamą, bet ženkliai didesnę savarankiškumą. Visa sveikatos apsaugos sistemos vystymosi raida per atkurtos Nepriklausomybės laikotarpį parodė, kad sveikatos sistema nebuvo laikoma prioritetinga valstybės politikos sritimi. Tai galima teigti remiantis eile argumentų, kuriuos trumpai apibūdinsime žemiau. Tai taip pat galima teigti ir remiantis pagrindiniais Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliais, kurie yra visos valstybės vykdomos politikos pasekmė – pirmiausia žemu vidutinės gyvenimo trukmės rodikliu.

Nepateisinamai didelis atotrūkis tarp privalomojo sveikatos draudimo įmokos, mokamos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis, ir dirbančiųjų mokamos įmokos, kuris atitinkamai laikotarpiais skyrėsi net 7 kartus. Dabar šis skirtumas yra sumažėjęs iki 3.

9. Kokie, Jūsų nuomone, veiksmai ir metodai yra svarbiausi kuriant žmogiškuosius išteklius (kvalifikacijos kėlimas, pasikeitimas gerosios praktikos patirtimi tarp Europos Sąjungos šalių)?

Valstybėse, kurios vertina labai atsakingą mediko darbą ir šiai profesijai įgyti reikalingą gyvenimo metų skaičių, formuoja politiką, kurios rezultate gydytojų atlyginimai yra 5 ar daugiau kartų didesni už valstybės visų dirbančiųjų atlyginimo vidurkį. Slaugytojos šiose valstybėse gauna 3 kartus aukštesnius atlyginimus negu šalies vidutinis darbo užmokestis.

Pasiūlymas. Nespręsdami ryžtingai ir iš esmės šios problemos prarandame daug nuostabių jaunų specialistų, įgijusių išsilavinimą ir profesiją Lietuvoje, o savo gebėjimus realizuojančių užsienio valstybėse. Suprantama toks sprendimas nėra Sveikatos apsaugos ministerijos kompetencijos klausimas, siekiant jį išspręsti būtinas esminis politinės valdžios apsisprendimas dėl valstybės prioritetų išdėstymo ir valstybės finansų paskirstymo.

10. Kaip Jūs manote, kurie ir kaip informacinių technologijų modeliai labiau lemia sveikatos apsaugos sistemą optimizuojant vadybos/valdymo procesus bei gerinant pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą?

Dabartinė investicijos medicininei įrangai, IT taikymas valdymo procesuose, ir kitoms investicinėms priemonėms sistema ir investicinių lėšų paskirstymas labai priklausomi nuo subjektyvių veiksnių. Net ir ypatingomis pastangomis surasti šioje

sirtyje proporcingą visų įstaigų finansavimą būtų labai sudėtinga. Todėl reikėtų siekti į paslaugų kainas įskaičiuoti amortizacinius atskaitymus ir pačiose įstaigose kaupti juos investicinių projektų įgyvendinimui.

Manau, būtina visuose lygmenyse atlikti skaitmeninimą ir sistemų, vietinių ir centrinių, integraciją.

11. Kokie, Jūsų nuomone, turėtų būti valdymo pokyčiai Europos Sąjungos šalyse siekiant patenkinti gyventojų poreikius ir lūkesčius?

Kalbant apie Europos Sąjungą, tai teisinės įstatyminės bazės suvienodinimas, sklaidą gerosios praktikos tarp bendrijos narių bei naujų modernių technologijų diegimas sveikatos sektoriuje

Jeigu šiandien mokslininkai, profesionalai ar politikai projektuotų Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ant balto popieriaus lapo šis projektas tikrai nebūtų adekvatus turimai dabartinei šių įstaigų tinklo kopijai. Siektino racialesnio ir optimaliesnio sveikatos priežiūros įstaigų tinklo modelio įgyvendinimas galėjo būti vykdomas dviem būdais: „drąstišku“ ir ryžtingu vienkartinu sprendimu arba palaipsniui šio tinklo optimizavimu. Lietuva buvo pasirengusi eiti pirmuoju keliu, tačiau, nesugebėjusi įveikti pasipriešinimo, jo atsisakė ir pasuko antruoju keliu.

12. Kaip, Jūsų nuomone, būtų galima sumažinti atskirtį/netolygumus sveikatos srityje Europos Sąjungos šalyse narėse? (užtikrinti sveikatos politikos nuoseklumą, tarptautiniu mastu dalintis duomenimis apie sveikatą, užtikrinti visuotinę galimybę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis ir nepertraukiamumą)

Nepateisinamai maži medikų atlyginimai, netgi lyginant juos ne su gaunamais Vakarų valstybėse, o vertinant juos kitų Lietuvos ūkio sričių atlyginimų lygio kontekste.

Įvertinant Lietuvos medikų migracijos mastus ir tempus, tikslinga būtų į valstybės strateginius dokumentus įrašyti siekį, kad ir Lietuvoje iki tam tikros datos būtų pasiektą proporcija, jog medikų atlyginimai atitinkamai 5 (gydytojų) ir 3 kartus (slaugytojų) būtų didesni už Lietuvos darbo užmokesčio vidurkį. Beje, ankstesnėse kadencijose tokie nuostatai, įrašyti į Sveikatos sistemos plėtros metmenų projektą buvo pritarusi Vyriausybė, tačiau pasibaigus tuometinei Seimo kadencijai klausimas nepasiekė finišo. Reikia pabrėžti, kad išsprendus valstybės įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis padidinimo problemą, atsirastų galimybę ženklėsniam ir spartesniam medikų atlyginimo didinimui.

Ekspertas Nr. 3

1. Kaip Jūs vertinate dabartinę Jūsų šalies sveikatos apsaugos sistemą?

Vertinu gerai. Tačiau reikia pastebėti, kad sveikatos sistema pasimetusi ir kryžkelėje tarp gydymo ir sveikatinimo. Finansinis ketverių metų gerbūvis nedavė jokio postūmio kur ir kaip einama. Daug fragmentinių sprendimų. Neišnaudojamas PSDF rezervas, sukuria neaiškumo ir subjektyvaus vertinimo įspūdį.

2. Kokie, Jūsų nuomone, yra svarbiausi strateginiai Jūsų šalies sveikatos apsaugos sistemos tikslai ir tobulinimo kryptys per artimiausius 10 metų?

Tinklo optimizavimas. Socialinių paslaugų teikimo, kurios nebūdingos sveikatos apsaugai atsisakymas ir perdavimas kitoms institucijoms. Teisinga vaistų politika.

3. Kokie, Jūsų nuomone, svarbiausi teigiami pokyčiai įvyko Jūsų šalies sveikatos sektoriuje per paskutinius 10 metų? Kas sąlygojo jų atsiradimą?

Vyko tinklo optimizavimas, vaistų politika. Privalomojo sveikatos mokesčio surinkimo ir administravimo tvarkos pakeitimai. Rytų ir Vakarų Lietuvos kardiologijos projektų įgyvendinimas.

4. Kokie, Jūsų nuomone, svarbiausi trikdžiai įgyvendinant strateginius pokyčius sveikatos sektoriuje?

Pagrindiniai trikdžiai yra politinės valdžios neryžtingumas, blaškymasis. Trigubas gydymo įstaigų pavaldumas (ministerija, universitetai, savivaldybės) neleidžia tinkamai jas administruoti. Įstaigų vadovams nuolat tenka laviruoti tarp trijų galios polių. Privati gydymo sistema yra nedidelė ir neįtakinga.

5. Kaip manote, ar įmanoma ir kokiomis priemonėmis šiuos trikdžius kompleksiskai eliminuoti?

SAM turėtų atsisakyti gydymo įstaigų steigėjo funkcijų ir tapti sveikatos politiką formuojanti institucija.

6. Kokie veiksmai ar politiniai sprendimai, Jūsų nuomone, galėtų sumažinti pasipriešinimą įgyvendinant pokyčius sveikatos apsaugos sistemoje?

Pasipriešinimą galima įveikti stipria politine valia, geru finansavimu ir nuolatiniu komunikavimu su visuomene. Viešieji ryšiai turi dirbti ir teikti naudą ne ministrui, ne ligoninės vadovui, o pačiai sistemai.

7. Kokius, Jūsų nuomone, išskirtumėte svarbiausius organizacijų pasirengimo inovatyvių pokyčių įgyvendinimui veiksnius?

E.sveikatos sistemos įgyvendinimas.

8. Kaip Jūs vertinate dabartinį sveikatos finansavimo (investicijų į sveikatą) modelį Jūsų šalyje? Ar yra numatytos prioritetingos finansavimo kryptys 2030 m.?

Neįmanoma įvertinti to, ko nėra. Nesutvarkius gydymo įstaigų tinklo visos investicijos bus subjektyvios, fragmentiškos ir neracionalios.

9. Kokie, Jūsų nuomone, veiksmai ir metodai yra svarbiausi kuriant žmogiškuosius išteklius (kvalifikacijos kėlimas, pasikeitimas gerosios praktikos patirtimi tarp Europos Sąjungos šalių)?

10. Kaip Jūs manote, kurie ir kaip informacinių technologijų modeliai labiau lemia sveikatos apsaugos sistemą optimizuojant vadybos/valdymo procesus bei gerinant pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą?

11. Kokie, Jūsų nuomone, turėtų būti valdymo pokyčiai Europos Sąjungos šalyse siekiant patenkinti gyventojų poreikius ir lūkesčius?

Manau, kad ES šalyse turi pradėti formuoti bendras sveikatos politikos kryptis. Konkurencija tarp šalių perviliojant gydytojus ir slaugytojas ekonomiškai suprantamas, bet sistemiškai neteisingas.

12. Kaip, Jūsų nuomone, būtų galima sumažinti atskirtį/netolygumus sveikatos srityje Europos Sąjungos šalyse narėse? (užtikrinti sveikatos politikos nuoseklumą, tarptautiniu mastu dalintis duomenimis apie sveikatą, užtikrinti visuotinę galimybę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis ir neperturamumą)

Europos komisaras atsakingas už sveikatos ir maisto apsaugą yra pats neįtakingiausias komisaras. Reikia gryninti jo veiklą, paliekant tik sveikatos apsaugos funkcijas. Bendra ES politika vaistų klausimų būtų didelis žingsnis į priekį. Dabar dažniausiai girdimas PSO balsas, bet visiškai negirdima ir nepastebima ES komisijos veikla.

Ekspertas Nr. 4

1. Kaip Jūs vertinate dabartinę Jūsų šalies sveikatos apsaugos sistemą?

Dabartinę sveikatos sistemą vertinu kaip besivystančią ir persitvarkančią bei pritaikančią prie naujų iššūkių, tiek šalyje tiek ES, kurie yra sąlygoti politinių, ekonominių, socialinių, aplinkosauginių pasekmių.

2. Kokie, Jūsų nuomone, yra svarbiausi strateginiai Jūsų šalies sveikatos apsaugos sistemos tikslai ir tobulinimo kryptys per artimiausius 10 metų?

Vienas iš pagrindinių tikslų - gerinti šalies gyventojų sveikatą, rūpintis jos stiprinimu ir išsaugojimu, optimizuoti visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, ypač prieinamumą, nes sveikata tiesiogiai susijusi su darbingumu, o tai veiksmingai įtakoja darbo našumą, mažina socialinę atskirtį ir sveikatos netolygumus bei prisideda prie ekonomikos augimo.

Pritaikymas inovatyvių ir personalizuotų skaitmeninių priemonių, skirtų sveikatos stiprinimui ir ligų prevencijai sukūrimas ir įdiegimas. Inovatyvių skaitmeninių priemonių, skirtų gerinti sveikatos raštingumą, sukūrimas ir taikymas atskiriems asmenims, bendruomenėms, pažeidžiamoms gyventojų grupėms. Inovatyvių sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos priemonių sukūrimas, įdiegimas ir taikymas pirminiaame ir antriniame sveikatos priežiūros lygmenyse.

Parama prioritetiniams projektams ir iniciatyvoms, skirtoms mažinti visuomenės sergamumą psichikos ir elgesio sutrikimais ir savižudybių skaičių visose amžiaus grupėse, ypač vaikų.

Mažinti ekonominę socialinę atskirtį regionuose bei tobulinti ir efektyvinti asmens bei visuomenės sveikatos teikiamų paslaugų infrastruktūrą.

Peržiūrėti asmens sveikatos paslaugų įkainius įtraukiant visas sąnaudas, įskaitant ir medicininių paslaugų kaštus Farmacijos srityje tobulinti kompensuojamųjų medikamentų skyrimo tvarką bei ligų ir vaistų sąrašą.

Žmogiškųjų resursų srityje – įvertinti specialistų poreikį, peržiūrėti specialistų ruošimo ir tobulinimo programas. Specialistų, darbuotojų ir darbdavių mokymai, švietimas ir konsultavimas, sveikatos stiprinimo ir prevencijos intervencijos fizinės ir psichikos sveikatos rizikos veiksnių valdymo ir darbo aplinkos gerinimo srityse, naujų modernių viešojo valymo modulių taikymas.

3. Kokie, Jūsų nuomone, svarbiausi teigiami pokyčiai įvyko Jūsų šalies sveikatos sektoriuje per paskutinius 10 metų? Kas sąlygojo jų atsiradimą?

Tai sąlygojo šalies viduje ir išorėje vykstantys pokyčiai, kurie vienaip ar kitaip paveikė ir sveikatos sektorių.

Tai ekonominiai, teisiniai, socialiniai, demografiniai, be abejo emigracija ir naujų modernių ir inovatyvių technologijų atsiradimas tiesiogiai turėjo įtakos į gyventojų sveikatą ir gyvenimo trukmę.

Ryškūs pokyčiai įvyko pasinaudojus Europos sąjungos finansine parama 2004 metais Lietuvai įstojus į ES. Tai įgalino modernizuoti infrastruktūrą tiek atnaujinant ir modernizuojant sveikatos priežiūros įstaigų medicininės technologijas, įrangas, bei žmogiškųjų išteklių kompetencijų tobulinimas.

Nemažiau svarbu, kad šalies teisinė įstatyminė bazė adaptuojama prie ES standartų ir reglamentų.

4. Kokie, Jūsų nuomone, svarbiausi trikdžiai įgyvendinant strateginius pokyčius sveikatos sektoriuje?

Nebuvimas ilgalaikės sveikatos politikos strategijos, arba pasikeitus šalies politinei valdžiai deklaruojami, kurie atspindi trumpalaikius valdančiosios, -ųjų partijų interesus.

Nebuvimas pagrindinių partijų sutarimo, dėl sveikatos ilgalaikės politikos tikslų, tokių, kaip, kad sveikata svarbiausias arba vienas iš pagrindinių ir svarbiausių valstybės rūpesčių.

Kitas trukdis – netobula teisinė įstatyminė bazė, biurokratiniai trikdžiai ją tobulinanant.

Aukštas korupcijos lygis sveikatos sektoriuje ir gyventojų nepasitikėjimas medicininių paslaugų teikėjais.

Lobizmas.

Vadovų ir medicininio personalo pasipriešinimas inovacijoms, pokyčiams valdyme bei optimizuojant paslaugų teikimą.

5. Kaip manote, ar įmanoma ir kokiomis priemonėmis šiuos trikdžius kompleksškai eliminuoti?

Reikalingas visų suinteresuotojų pusių: politinių partijų ir tiesiogiai susijusių sričių, kaip socialinės, aplinkos apsaugos, švietimo, vidaus reikalų bei finansų ministerijų, pacientų atstovų, sveikatos priežiūros organizatorių, sutarimas dėl prioritetų išgryninimo ir bendro komunikato pasirašymo bei atskomybės ir įsipareigojimų laikymosi.

Diegti IT sprendimus visuose valdymo ir paslaugų teikimo lygiuose mažinant korupcijos apraiškas.

Įmanomai daugiau konsoliduoti viešųjų pirkimų procesus skaidrinant šiuos procesus.

6. Kokie veiksmai ar politiniai sprendimai, Jūsų nuomone, galėtų sumažinti pasipriešinimą įgyvendinant pokyčius sveikatos apsaugos sistemoje?

Kompetencijų tobulinimas sveikatos priežiūros politikų, organizatorių bei vadovų lygmenyje.

Aiškus ir detalus paruoštų projektų pristatymai savivaldos, regioniu bei nacionaliniu mastu.

Diskusija su visomis suinteresuotomis grupėmis.

7. Kokius, Jūsų nuomone, išskirtumėte svarbiausius organizacijų pasirengimo inovatyvių pokyčių įgyvendinimui veiksnius?

Suderintas ir patvirtintas ilgalaikis organizacijos strateginis veiklos planas, įvertinant išorės ir vidaus veiksnius bei supažindinant darbuotojus su būsimais pokyčiais, pagrindžiant porikį tai atlikti bei laukiamais rezultatais.

8. Kaip Jūs vertinate dabartinę sveikatos finansavimo (investicijų į sveikatą) modelį. Jūsų šalyje? Ar yra numatytos prioritinės finansavimo kryptys 2030 m.?

Galiojanti draudiminė sveikatos apsaugos sistema akivaizdžiai parodė, kad ji yra ženkliai pranašesnė už buvusį biudžetinį finansavimą, o biudžetinių sveikatos priežiūros įstaigų transformavimas į viešąsias įstaigas suteikė pastarosioms, kad ir nepakankamą, bet ženkliai didesnę finansinį savarankiškumą.

Yra deklaruojamas prioritetas pirminei asmens sveikatai, tačiau finansiškai šis prioritetas neremiamas.

Prioritinės kryptys yra numatytos, tačiau finansai neskirti

9. Kokie, Jūsų nuomone, veiksmai ir metodai yra svarbiausi kuriant žmogiškuosius išteklius (kvalifikacijos kėlimas, pasikeitimas gerosios praktikos patirtimi tarp Europos Sąjungos šalių)?

Gebėjimų ir kompetencijų ugdymas, koordinuojančių, kontroliuojančių, vykdančių institucijų (organizacijų) darbuotojų kompetencijos tobulinimas, tarpinstitucinis tarpvalstybinis bendradarbiavimas viešuoju ir privačiu sektoriais, NVO, vietos valdžios institucijomis stiprinimas ir kokybės gerinimas, keičiantis gerąją šalių praktika.

10. Kaip Jūs manote, kurie ir kaip informacinių technologijų modeliai labiau lemia sveikatos apsaugos sistemą optimizuojant vadybos/valdymo procesus bei gerinant pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą?

Duomenų susijusių su informacija apie paciento sveikatą konsoliduoti vienoje duomenų bazėjėmESPBI IS.

Diegti ir plėtoti informacinių ir ryšių technologijų priemonėmis teikiamas nuotolines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas („šeimos gydytojas–pacientas“, „šeimos gydytojas–gydytojas specialistas“, „slaugytojas–šeimos gydytojas“, „ambulatorinės grandies slaugytojas–stacionaro grandies slaugytojas“

11. Kokie, Jūsų nuomone, turėtų būti valdymo pokyčiai Europos Sąjungos šalyse siekiant patenkinti gyventojų poreikius ir lūkesčius?

Paslaugų sistemos modernizavimas: paslaugų standartų įvedimas ir taikymas; veiklos ir teikiamų paslaugų skaitmenizavimas; informacinių technologijų diegimas visuose valdymo lygmenyse, tikslu pagerinti paslaugų prieinamumą, kokybę bei veiksmingumą.

12. Kaip, Jūsų nuomone, būtų galima sumažinti atskirtį/netolygumus sveikatos srityje Europos Sąjungos šalyse narėse? (užtikrinti sveikatos politikos nuoseklumą, tarptautiniu mastu dalintis duomenimis apie sveikatą, užtikrinti visuotinę galimybę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis ir nepertraukiamumą)

Efektyvių, inovatyvių sveikatos priežiūros paslaugų ir jų teikimo modelių, sprendimų, skirtų gerinti kokybiškų, veiksmingų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą regionų ir tikslinių grupių gyventojams, taip pat siekiant mažinti sveikatos būklės ir sveikatos priežiūros netolygumus, išbandymas pilotiniais projektais, diegimas ir plėtra, įgyvendinimo stebėseną ir efektyvumo vertinimas, inovatyvių paslaugų teikimo modelių naudos ir kaštų analizė, sveikatos technologijų vertinimas. Pasaulinėje praktikoje pasiteisinsiu ligų valdymo praktikų diegimas, kartu stiprinant pacientų raštingumą bei sveikatos priežiūros specialistų žinias, kvalifikaciją, grįstą mokslo įrodymais. Tikslinių gyventojų grupių įgalinimo aktyviai dalyvauti sveikatos priežiūros veikloje didinimas.

Investicijomis stiprinti pacientų, NVO, vietos bendruomenių ir sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimą, skatinant lygiavertę partnerystę bei didinant sveikatos raštingumą.

Ekspertas Nr. 5

1. Kaip vertinate dabartinę sveikatos sistemą savo šalyje?

Įvairių ligoninių vertinimą daugiausiai atlieka:

- ARS „Agence régionale de la Santé“, kuri atstovauja sveikatos apsaugos ministerijai kiekviename regione
- HAS „Haute Autorité en Santé“ - nacionalinė akreditavimo agentūra.

2. Kokie, Jūsų nuomone, yra svarbiausi strateginiai tikslai ir kryptys, siekiant pagerinti Jūsų šalies sveikatos sistemą per artimiausius 10 metų?

Plėtoti ambulatorinį gydymą

Glaudesnis bendradarbiavimas tarp ligoninių ir ambulatorinio gydymo įstaigų

Tai ypač taikytina senyvo amžiaus žmonių bei lėtinių ligų gydymui

Siekti efektyvumo, nes finansavimas yra ribotas, o priežiūra brangsta (daug senyvo amžiaus žmonių, kuriems reikia daugiau gydymo, naujos brangesnės terapijos ir pan.)

Plėtoti prevenciją (Prancūzija turi pagerinti šią sritį)

Siekti, kad medicinos ir paramedicinos darbuotojų profesija taptų patrauklesnia

3. Kokie, Jūsų nuomone, yra svarbiausi teigiami pokyčiai Jūsų šalies sveikatos sektoriuje per paskutinius 10 metų? Kas lėmė jų atsiradimą?

Geresni medikamentai (farmacijos pramonė kuria naujus produktus)

Geresnė diagnostika (magnetinio rezonanso tyrimai, echoskopas...)

4. Kokie, Jūsų manymu, yra svarbiausi trukdžiai įgyvendinant strateginius pokyčius sveikatos sektoriuje?

Nežinau.

5. Kaip manote, ar yra įmanoma ir kokiomis priemonėmis šiuos trukdžius kompleksiskai pašalinti?

6. Jūsų nuomone, kokie veiksmai ar politiniai sprendimai galėtų padėti sumažinti pasipriešinimą įgyvendinant pokyčius sveikatos priežiūros sistemoje?

Papildomos priemonės: finansinė, politinė, organizacinė pagalba

Viskas, kas padėtų sumažinti stresą keliantį popierizmą (svarbu daugiau laiko skirti pacientams bei personalui, ir mažiau laiko administravimo reikmėms).

Glaudus bendradarbiavimas tarp priimančių sprendimus ir aukščiausio lygio ligoninių vadovų (medicinos ir administravimo).

7. Kokie, Jūsų nuomone, yra svarbiausi organizacijų pasirengimo inovatyvių pokyčių įgyvendinimui veiksniai?

Glaudus bendradarbiavimas tarp sprendimų priėmėjų ir aukščiausio lygio ligoninių vadovų (medicinos ir administravimo). Bet tikras darbas, o ne „dalyvavimu grindžiamas valdymas, kai viskas jau nuspręsta“.

8. Kaip vertinate dabartinį sveikatos priežiūros finansavimo (investicijų į sveikatą) modelį Jūsų šalyje? Ar yra numatytos prioritetingos finansavimo sritys 2030 m.?

9. Kokie, Jūsų nuomone, veiksmai ir metodai yra svarbiausi plėtojant žmogiškuosius išteklius (profesinės kvalifikacijos tobulinimas, keitimasis gerosios praktikos patirtimi tarp ES šalių)?

Sudaryti patrauklias sąlygas (finansines, bet pirmiausia komunikacijos lygiu), kad įdomūs žmonės galėtų vesti mokymo programas.

Organizuoti ir užtikrinti nuolatinį gydytojų, slaugytojų mokymą...

10. Kaip manote, kaip ir kokie informacinių technologijų modeliai daro didesnę įtaką sveikatos priežiūros sistemai optimizuojant vadybos/valdymo procesus bei gerinant pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą?

Neturi nuomonės.

11. Jūsų požiūriu, kokie turėtų būti valdymo pokyčiai Europos Sąjungos šalyse, siekiant patenkinti gyventojų poreikius ir lūkesčius?

Neturiu politinės nuomonės, kuria galėčiau pasidalyti, nes atsakau kaip specialistas.

12. Kaip, Jūsų nuomone, galima sumažinti nelygbę sveikatos priežiūros srityje ES valstybėse narėse? (siekiant užtikrinti sveikatos politikos nuoseklumą, dalytis sveikatos duomenimis tarptautiniu mastu, užtikrinti visuotinę teisę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis ir jų tęstinumą)

Stiprinti prevenciją (alkoholizmo, narkotikų, rūkymo, odos ir virškinimo sistemos vėžio...)

Sudaryti patrauklias sąlygas (finansines, bet pirmiausia komunikacijos lygiu), kad įdomūs žmonės galėtų vesti mokymo programas.

Ekspertas Nr. 6

1. Kaip vertinate dabartinę sveikatos sistemą savo šalyje?

Gyventojų senėjimas ir visos jo pasekmės: solidarumu pagrįstas finansavimas.

Kvalifikuotų darbuotojų trūkumas.

Sveikatos paslaugų teikimo užtikrinimas kaimo vietovėse.

Tolesnis finansavimo sistemos vystymas, kuris užtikrintų medicinos ir slaugos efektyvumą bei rezultatų kokybę.

2. Kokie, Jūsų nuomone, yra svarbiausi strateginiai tikslai ir kryptys, siekiant pagerinti Jūsų šalies sveikatos sistemą per artimiausius 10 metų?

Užtikrinti visoje šalyje teikiamą medicininę ir slaugos priežiūrą bei tinkamą prieinamumą prie sistemos.

Užtikrinti solidarų sveikatos sistemos finansavimą.

Pritraukti pakankamai kvalifikacijai gauti ir dirbti sveikatos priežiūros srityje.

Optimizuoti struktūras ir procesus, kurie padėtų užtikrinti aukštą produktyvumą, puikią kokybę ir pacientų saugą.

3. Kokie, Jūsų nuomone, yra svarbiausi teigiami pokyčiai Jūsų šalies sveikatos sektoriuje per paskutinius 10 metų? Kas lėmė jų atsiradimą?

Kokybės valdymo sistemų plėtimas ir pacientų saugos didinimas.

Gerinant struktūrų produktyvumą, efektyvumą ir kokybę, gerėja procesų našumas bei kokybė.

4. Kokie, Jūsų manymu, yra svarbiausi trukdžiai įgyvendinant strateginius pokyčius sveikatos sektoriuje?

Nepakankamas valstybės investicijų finansavimas.

Didėjantis kvalifikuotų darbuotojų trūkumas.

Sumažėjęs noras keistis ir ginti interesus.

Nelanksčios struktūros ir kultūra.

Lyderystės/vadovų stoka.

Maži atlyginimai už medicinines paslaugas.

5. Kaip manote, ar yra įmanoma ir kokiomis priemonėmis šiuos trukdžius kompleksiskai pašalinti?

Taip, bet tai užtruks, nes esančios sistemos yra labai sudėtingos ir jas galima pakeisti tik palaipsniui.

Daug įmanoma pakeisti transformuojant struktūras ir procesus, susijusius su skaitmeninimu. Tačiau tam būtinas aktyvus projektavimas ir tokios kultūros pritaikymas visuomenėje bei institucijose.

6. Jūsų nuomone, kokie veiksmai ar politiniai sprendimai galėtų padėti sumažinti pasipriešinimą įgyvendinant pokyčius sveikatos priežiūros sistemoje?

Skaidrumas teikiant informaciją ir bendraujant su susijusiais asmenimis.

Aiškūs tikslai ir strategijos pokyčiams vykdyti.

Kurti aplinką, skatinančią naujoves ir lankstumą.

7. Kokie, Jūsų nuomone, yra svarbiausi organizacijų pasirengimo inovatyvių pokyčių įgyvendinimui veiksniai?

8. Kaip vertinate dabartinę sveikatos priežiūros finansavimo (investicijų į sveikatą) modelį Jūsų šalyje? Ar yra numatytos prioritetinės finansavimo sritys 2030 m.?

Modelis yra geras, tačiau jį reikia toliau tobulinti.

Turi būti patikimas investicijų finansavimas.

Pasikeitė tiekimo struktūra (ligoninės, praktika ir kt.).

9. Kokie, Jūsų nuomone, veiksmai ir metodai yra svarbiausi plėtojant žmogiškuosius išteklius (profesinės kvalifikacijos tobulinimas, keitimasis gerosios praktikos patirtimi tarp ES šalių)?

Jaunų žmonių skatinimas dirbti sveikatos priežiūros srityje.

Keitimasis patirtimi instituciniu lygiu.

Stažuotojų mainų programos.

Bendrų profesinių kvalifikacijų standartų kūrimas.

10. Kaip manote, kaip ir kokie informacinių technologijų modeliai daro didesnę įtaką sveikatos priežiūros sistemai optimizuojant vadybos/valdymo procesus bei gerinant pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą?

Informacinės technologijos daug ką pakeis struktūrose ir procesuose. Kad šie pokyčiai būtų teigiami, juos būtina aktyviai planuoti. Ne viskas, ką galima įgyvendinti, turi prasmę.

Algoritmai būtų ypač naudingi diagnostikai.

Telemedicina sudarys sąlygas naujiems diagnostikos ir gydymo procesams.

11. Jūsų požiūriu, kokie turėtų būti valdymo pokyčiai Europos Sąjungos šalyse, siekiant patenkinti gyventojų poreikius ir lūkesčius?

Norint atsakyti į šį klausimą reikia žinoti šalių valdymo ypatumus.

Tačiau tikriausiai galima išskirti šias sąlygas:

- Pripažinimas, kad sveikatos priežiūra yra pagrindinė visuotinės svarbos paslauga.
- Supratimas, kad žmogaus sveikata, kaip ir švietimas, yra būtina sąlyga sėkmingai visuomenės ateičiai.

12. Kaip, Jūsų nuomone, galima sumažinti nelygybę sveikatos priežiūros srityje ES valstybėse narėse? (siekiant užtikrinti sveikatos politikos nuoseklumą, dalytis sveikatos duomenimis tarptautiniu mastu, užtikrinti visuotinę teisę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis ir jų tęstinumą)

Šiuo metu Europos Sąjungos sutartyse numatyta, kad valstybės narės yra atsakingos už sveikatos priežiūrą savo šalyse. Istoriskai sistemos vystėsi labai skirtingai.

Nepaisant to, sąlygas galima suvienodinti keičiantis patirtimi ir mokantis vieniems iš kitų (gerosios praktikos patirtys).

Pagal direktyvą dėl pacientų teisių bent jau buvo bandyta suteikti pacientams galimybę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis kitose valstybėse.

Ekspertas Nr. 7

1. Kaip vertinate dabartinę sveikatos sistemą savo šalyje?

Ekonominė krizė padarė didelę įtaką (Graikijos) sveikatos sistemai. Sistema nebuvo pasirengusi susidoroti su didėjančiais gyventojų poreikiais ir sumažintomis išlaidomis. Vis dėlto sveikatos sistemoje buvo įvykdyta daug pokyčių (kai kurie per labai trumpą laiką, todėl ne visada sėkmingi) ir atkurta visuotinė aprėptis (kuomet beveik 2,5 mln. gyventojų neteko sveikatos draudimo).

2. Kokie, Jūsų nuomone, yra svarbiausi strateginiai tikslai ir kryptys, siekiant pagerinti Jūsų šalies sveikatos sistemą per artimiausius 10 metų?

Būtina užtikrinti finansavimą sistemos tvarumui, sukurti naują pirminės sveikatos priežiūros tinklą, įdiegti nacionalinę sveikatos priežiūros kokybės valdymo infrastruktūrą, parengti nacionalinį strateginį planą dėl netinkamo žmogiškųjų išteklių paskirstymo persvarstymo, suteikti institucinį vaidmenį pacientams, pilnai įgyvendinti elektroninių medicinos įrašų programą ir pagerinti sveikatos priežiūros organizacijų valdymą.

3. Kokie, Jūsų nuomone, yra svarbiausi teigiami pokyčiai Jūsų šalies sveikatos sektoriuje per paskutinius 10 metų? Kas lėmė jų atsiradimą?

Nacionalinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizacijos sukūrimas; klinikinių ir e. receptų išrašymo gairių; nacionalinės e. receptų sistemos, internetinės programos „Diavgeia“ (Aiškumas) viešojo sektoriaus skaidrumui ir DRG (Diagnosis Related Group – pacientų grupės pagal diagnozę) mokėjimo sistemos sukūrimas. Deja, seniai reikalingos reformos anksčiau buvo sustojusios. Tarptautinių skolintojų įvesta šalies ekonominio koregavimo programa paskatino daugybę pokyčių sveikatos sektoriuje nuo 2010 m.

4. Kokie, Jūsų manymu, yra svarbiausi trukdžiai įgyvendinant strateginius pokyčius sveikatos sektoriuje?

Mes susiduriame su didelėmis problemomis planuojant ir racionaliai skirstant sveikatos priežiūros išteklius. Be to, trūksta sveikatos priežiūros paslaugų priežiūros ir vertinimo mechanizmų. Nesugebėjimas imtis permainų visada buvo būdingas (Graikijos) sveikatos priežiūros sistemai, ir tai daugiausia nulėmė politinės sąlygos, bei didelis suinteresuotųjų šalių medicinos srityje pasipriešinimas.

5. Kaip manote, ar yra įmanoma ir kokiomis priemonėmis šiuos trukdžius kompleksiskai pašalinti?

Taip, įmanoma, mes esame tai darę anksčiau ir vėl galime tai padaryti. Norint valdyti pokyčius ekonominės krizės sąlygomis, reikia tvirto pasiryžimo siekti pagrindinių sveikatos sistemos tikslų, tokių kaip išlaikyti visuotinę gyventojų aprėptį, sutelkti dėmesį į gyventojų poreikius, pagerinti sveikatos priežiūros kokybę ir ieškoti tinkamų sprendimų formuojant įrodymais pagrįstą politiką.

6. Jūsų nuomone, kokie veiksmai ar politiniai sprendimai galėtų padėti sumažinti pasipriešinimą įgyvendinant pokyčius sveikatos priežiūros sistemoje?

Pirma, turi būti pasiektas politinis sutarimas dėl būtinų pokyčių. Antra, yra tikrai aišku, jog pokyčiai įvyks – tai yra neišvengiama, todėl turime viską gerai suplanuoti, jei norime, kad šios reformos būtų sėkmingos.

7. Kokie, Jūsų nuomone, yra svarbiausi organizacijų pasirengimo inovatyvių pokyčių įgyvendinimui veiksniai?

Vadovavimo sveikatos priežiūrai profesionalizacija. Vadovavimo gebėjimų trūkumas visuose lygiuose yra įvardinta kaip pagrindinė kliūtis siekiant pasaulinių sveikatos tikslų. Sveikatos priežiūros valdymas, apibrėžiamas kaip sveikatos priežiūros tikslų įgyvendinimo procesas naudojant žmogiškuosius, finansinius ir techninius išteklius, apima ir strateginį, ir operatyvųjį valdymą, t. y., žmogiškųjų išteklių valdymas, veiklos valdymas ir tobulinimas, finansų valdymas, pokyčių valdymas.

8. Kaip vertinate dabartinį sveikatos priežiūros finansavimo (investicijų į sveikatą) modelį Jūsų šalyje? Ar yra numatytos prioritetingos finansavimo sritys 2030 m.?

Nuo krizės pradžios išlaidos sveikatos apsaugai sumažėjo ketvirtadaliu, ir šis Graikijos rodiklis yra vienas žemiausių Europos Sąjungoje. Daugiau nei 40% sumokama iš savo lėšų, o tai nemaža namų ūkiams tenkanti našta. Ateinančiais metais reikia persvarstyti ir paskatinti viešas diskusijas dėl sveikatos biudžeto, kuris turi būti vertinamas ne kaip finansinė našta, o kaip priemonė pagerinti žmonių gerovę.

9. Kokie, Jūsų nuomone, veiksmai ir metodai yra svarbiausi plėtojant žmogiškuosius išteklius (profesinės kvalifikacijos tobulinimas, keitimasis gerosios praktikos patirtimi tarp ES šalių)?

Pagrindinė žmogiškųjų išteklių valdymo koncepcija yra organizacijų aprūpinimas kvalifikuotais darbuotojais. Pasak Stepheno Robbinso, žmogiškųjų išteklių vystymas apima keturias funkcijas: įsigijimas, kvalifikacijos kėlimas, motyvavimas ir darbuotojo tobulėjimo palaikymas. Šis procesas gali vykti arba pačiose organizacijose, arba dalyvaujant susitikimuose/suvažiavimuose, mokymo programose nacionaliniu ar tarptautiniu lygiu.

10. Kaip manote, kaip ir kokie informacinių technologijų modeliai daro didesnę įtaką sveikatos priežiūros sistemai optimizuojant vadybos/valdymo procesus bei gerinant pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą?

Informacinės ir klinikinės technologijos keičia teikiamas sveikatos paslaugas. Elektroninės sveikatos technologijos leidžia pagerinti pacientų priežiūrą. Informacija yra prieinama ir pacientams, ir gydytojams, ir paslaugų teikėjams.

Atsirado nauji priežiūros modeliai (e.sveikata, paslaugų teikimas elektroniniu būdu, priežiūra namuose, išmaniųjų telefonų sveikatos programos, nuotolinė diagnostika ir kt.). Jie gali būti naudojami siekiant pagerinti priežiūros efektyvumą ir savalaikiškumą, taip pat paslaugų prieinamumą pacientams.

11. Jūsų požiūriu, kokie turėtų būti valdymo pokyčiai Europos Sąjungos šalyse, siekiant patenkinti gyventojų poreikius ir lūkesčius?

Įdiegti etišką valdymą, ypač žmogaus teisių srityje, užtikrinant visiems vienodas galimybes naudotis aukštos kokybės ir prieinamomis sveikatos priežiūros ir socialinėmis paslaugomis, atsižvelgiant į besikeičiančias visuomenės struktūras ir naujus poreikius.

12. Kaip, Jūsų nuomone, galima sumažinti nelygybę sveikatos priežiūros srityje ES valstybėse narėse? (siekiant užtikrinti sveikatos politikos nuoseklumą, dalytis sveikatos duomenimis tarptautiniu mastu, užtikrinti visuotinę teisę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis ir jų tęstinumą)

ES remia ir papildo valstybių narių politiką socialinės įtraukties ir socialinės apsaugos srityse teikdama politines gaires ir finansinę paramą reformoms.

Nepaisant to, Europos šalys turėtų efektyviai naudoti savo mokesčių ir išmokų sistemą, kad sumažintų labai didelę pajamų nelygybę, nes vyriausybės yra atsakingos už sveikatos politikos formavimą ir už sveikatos paslaugų, bei medicininės priežiūros organizavimą ir teikimą. Tai apima sveikatos paslaugų ir medicininės priežiūros valdymą, bei sveikatos ir socialinei apsaugai skirtų išteklių paskirstymą. Vyriausybės turėtų atkurti Europos socialines vertybes, kuriomis grindžiama sveikatos priežiūros sistema, užtikrinant tvarų jos vystymąsi.

Ekspertas Nr. 8

1. Kaip Jūs vertinate dabartinę Jūsų šalies sveikatos apsaugos sistemą?

Svarbiausią vietą sveikatos sistemoje užima šeimos gydytojas. Itin svarbi medicininė informacija apie pacientą, nes yra būtina užtikrinti, kad gydytojas turėtų galimybę tinkamai susipažinti su paciento ligos istorija ir gauti savilaikę informaciją.

2. Kokie, Jūsų nuomone, yra svarbiausi strateginiai Jūsų šalies sveikatos apsaugos sistemos tikslai ir tobulinimo kryptys per artimiausius 10 metų?

Per artimiausius dešimt penkiolika metų sveikatos apsaugoje bus naudojami dro-nai. Jau dabar atokiose Britų Kolumbijos (Kanada) gyvenvietėse jie naudojami aprūpi-nant gyventojus medicininėmis priemonėmis.

3. Kokie, Jūsų nuomone, svarbiausi teigiami pokyčiai įvyko Jūsų šalies sveikatos sektoriuje per paskutinius 10 metų? Kas sąlygojo jų atsiradimą?

E. sveikatos informacinės sistemos įgyvendinimas.

4. Kokie, Jūsų nuomone, svarbiausi trikdžiai įgyvendinant strateginius pokyčius sveikatos sektoriuje?

Sveikatos priežiūros įstaigų vadovų neįvertinimas, lyderystės nebuvimas, žmoniškųjų išteklių trūkumas.

5. Kaip manote, ar įmanoma ir kokiomis priemonėmis šiuos trikdžius kompleksiskai eliminuoti?

Įmanoma priimančiam tam tikrus politinius sprendimus tenkinant gyventojų lūkesčius.

6. Kokie veiksmai ar politiniai sprendimai, Jūsų nuomone, galėtų sumažinti pasipriešinimą įgyvendinant pokyčius sveikatos apsaugos sistemoje?

Būtina suteikti didesnę paramą sveikatos priežiūros įstaigų vadovams, nes šiuo metu jie nėra pakankamai vertinami. Tinkamas sveikatos priežiūros įstaigų vadovų darbo įvertinimas, jų idėjų įgyvendinimas leistų ženkliai optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų darbą.

7. Kokius, Jūsų nuomone, išskirtumėte svarbiausius organizacijų pasirengimo inovatyvių pokyčių įgyvendinimui veiksnius?

Strateginių tikslų parengimas ir darbuotojų supažindinimas su būsimais pokyčiais bei laukiamais rezultatais.

8. Kaip Jūs vertinate dabartinį sveikatos finansavimo (investicijų į sveikatą) modelį Jūsų šalyje? Ar yra numatytos prioritetingos finansavimo kryptys 2030 m.?

Penktadalį sveikatos reikalams išleidžiamų lėšų galėtų būti panaudojami tikslingiau. Taip pat reikėtų sumažinti netikslingą lėšų panaudojimą. Derėtų sumažinti mažai naudos teikiančių medicininių intervencijų skaičių ir siekti išvengti perteklinių diagnozių, kai nustatomos ligos, kurių simptomai pasireiškėtų vėliau negu numatoma žmogaus gyvenimo trukmė.

9. Kokie, Jūsų nuomone, veiksmai ir metodai yra svarbiausi kuriant žmogiškuosius išteklius (kvalifikacijos kėlimas, pasikeitimas gerosios praktikos patirtimi tarp Europos Sąjungos šalių)?

Manau, kad svarbiausia yra mokytis iš geriausių, todėl pasikeitimas gerosios praktikos patirtimi tarp Europos Sąjungos šalių yra būtinas siekiant tobulinti sveikatos sistemą ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei prieinamumą.

10. Kaip Jūs manote, kurie ir kaip informacinių technologijų modeliai labiau lemia sveikatos apsaugos sistemą optimizuojant vadybos/valdymo procesus bei gerinant pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą?

Neturi nuomonės.

11. Kokie, Jūsų nuomone, turėtų būti valdymo pokyčiai Europos Sąjungos šalyse siekiant patenkinti gyventojų poreikius ir lūkesčius?

Neprieštarauju gydytojų migracijai, judėjimui Europos Sąjungos ribose, tačiau, manau, kad neteisinga, kai medikai, į kurių išsilavinimą investavo Europos valstybės,

nusprendžia palikti žemyną. Mokslus baigiantys gydytojai turėtų išsipareigoti dirbti arba savo šalyje, arba bent jau kitoje Europos valstybėje. Turėtų būti priimti atitinkami sprendimai ES lygmenyje.

12. Kaip, Jūsų nuomone, galima sumažinti nelygybę sveikatos priežiūros srityje ES valstybėse narėse? (siekiant užtikrinti sveikatos politikos nuoseklumą, dalytis sveikatos duomenimis tarptautiniu mastu, užtikrinti visuotinę teisę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis ir jų tęstinumą)

Neturi nuomonės.

Questionnaire to Experts
„Change Governance in Health Care Institutions“

Dear Expert,

Mykolas Romeris University Institute of Public Administration carries out research aimed at identifying changes governance disruptions in the activities of health care institutions and providing strategic tools for their improvement.

Your opinion is important to achieve this goal. Sharing your knowledge and experience will help to improve change governance in health care institutions. The findings and recommendations of the study will be made available to stakeholders at central and local government levels.

Interview responses will only be used for scientific purposes and the results will be presented on an anonymous basis so we hope that your answers will help you to get accurate and objective results.

Thank you in advance for your answers and cooperation!

The questionnaire consisted of PhD student Daiva Čepuraitė. Head Prof. PhD Vainius Smalskys. Consultant: Prof. PhD Alvydas Raipa.

Inquiry email: daiva.cepuraite@gmail.com.

1. How do you evaluate your current health system in your country?
2. In your opinion, what are the most important strategic goals and directions for improvement in your country's health system over the next 10 years?
3. In your opinion, what are the most important positive developments in your country's health sector over the last 10 years? What led to their occurrence?
4. What constraints do you consider being the most important in implementing strategic changes in the health sector?
5. Do you think it is possible and what are the means to eliminate these constraints taking an integrating approach?
6. In your opinion, what actions or political decisions might help reduce resistance to change in the healthcare system?
7. What key factors would you consider the most important in preparing organizations for implementing innovative changes?
8. How do you assess the current health financing (investing in health) model in your country? Are there priority funding lines foreseen for 2030?
9. What do you believe are the most important actions and methods for developing human resources (improvement of professional qualifications, exchange of good practice among EU countries)?
10. In your opinion, in what way and which information technology models have more impact on the healthcare system when optimizing management/ governance processes as well as improving the quality and accessibility to healthcare for patients?

11. In your point of view, what changes should be made in governance in the European Union countries to meet the people's needs and expectations?
12. What are your views on how health inequalities can be reduced in the EU Member States? (to ensure consistency of health policies, share health data internationally, ensure universal access to healthcare and its continuity)

Ekspertas Nr. 5

1. How do you evaluate your current health system in your country?

Yes the evaluation of the different hospitals are done, principally by

- the ARS "Agence régionale de la Santé", which represents the health Ministry, in each region
- the HAS "Haute Autorité en Santé" which is the national accreditation agency.

2. In your opinion, what are the most important strategic goals and directions for improvement in your country's health system over the next 10 years?

Develop the ambulant care

Work more together between the hospitals and the ambulant care

This also specially for elderly care and chronic diseases

Be more efficient because finances are limited but care is always becoming more expensive (many elderly people who need more cure, new therapies that are more expensive...)

Develop prevention (France has to increase in this topic)

Let the medical and paramedical jobs become more attractive

3. In your opinion, what are the most important positive developments in your country's health sector over the last 10 years? What led to their occurrence?

Better medicine (pharma industries develop new products)

Better diagnosis (Magnetic Resonance Images, scanner...)

4. What constraints do you consider being the most important in implementing strategic changes in the health sector?

I don't know.

5. Do you think it is possible and what are the means to eliminate these constraints taking an integrating approach?

6. In your opinion, what actions or political decisions might help reduce resistance to change in the healthcare system?

Accompanying measures : financial, political, organizational help

Everything that gives as a result to decrease the paper stress (it is important to give more time for patients and staff, and to ask less time for administrative stuff).

work hand in hand with the decision makers and the top managers (medical and administrative) of hospitals

7. What key factors would you consider the most important in preparing organizations for implementing innovative changes?

work hand in hand with the decision makers and the top managers (medical and administrative) of hospitals. But a real work, not “make as it is a participative management if everything is yet decided)

8. How do you assess the current health financing (investing in health) model in your country? Are there priority funding lines foreseen for 2030?

9. What do you believe are the most important actions and methods for developing human resources (improvement of professional qualifications, exchange of good practice among EU countries)?

Be attractive (on financial level but first of all on the communication level) in order to let interesting people enter the teaching programs

Organize and pay the continuous training of physicians, nurses...

10. In your opinion, in what way and which information technology models have more impact on the healthcare system when optimizing management/ governance processes as well as improving the quality and accessibility to healthcare for patients?

11. In your point of view, what changes should be made in governance in the European Union countries to meet the people’s needs and expectations?

I have no political opinion to share as I answer as a professional.

12. What are your views on how health inequalities can be reduced in the EU Member States? (to ensure consistency of health policies, share health data internationally, ensure universal access to healthcare and it’s continuity)

Increases prevention (alcoholism, drugs, tobacco, skin and digestive cancer...)

Be attractive (on financial level but first of all on the communication level) in order to let interesting people enter the teaching programs in each country.

Ekspertas Nr. 6

1. How do you evaluate your current health system in your country?

The aging of the population with all its consequences: solidarity financing; Lack of skilled workers;

Ensuring the supply of rural health services.

The further development of a financing system that ensures both the effectiveness and quality of medical and nursing outcomes.

2. In your opinion, what are the most important strategic goals and directions for improvement in your country’s health system over the next 10 years?

Ensuring nationwide medical and nursing care and adequate access of people to the system.

Securing a solidary financing of the health system.

Gaining enough people to qualify and work in health care.

Optimization of structures and processes that combine high productivity with excellent quality and patient safety.

3. In your opinion, what are the most important positive developments in your country's health sector over the last 10 years? What led to their occurrence?

Expand quality management systems and increase patient safety.

Increasing efficiency, effectiveness and quality in structures, processes resulting in higher productivity and quality.

4. What constraints do you consider being the most important in implementing strategic changes in the health sector?

Insufficient state investment financing.

Increasing skills shortage.

Reduced willingness to change and defend interests.

Rigid structures and cultures.

Deficits in leadership.

Disincentives in the remuneration of medical services.

5. Do you think it is possible and what are the means to eliminate these constraints taking an integrating approach?

Yes, but it will take time because they are enormously complex systems that can only be changed incrementally.

Much will be possible in the possible transformation of structures and processes associated with digitization. But it requires proactive design and requires an adaptation of cultures in society as well as in the institutions.

6. In your opinion, what actions or political decisions might help reduce resistance to change in the healthcare system?

Transparency through information and communication with the people affected.

Clear goals and strategies for achieving them.

Creating a climate of inspiration for new things and promoting resilience.

7. What key factors would you consider the most important in preparing organizations for implementing innovative changes?

8. How do you assess the current health financing (investing in health) model in your country? Are there priority funding lines foreseen for 2030?

The model is good but needs to be developed further.

Investment financing must be reliable.

There is a change in the supply structure (hospitals, practices, etc.).

9. What do you believe are the most important actions and methods for developing human resources (improvement of professional qualifications, exchange of good practice among EU countries)?

Create young people's enthusiasm for work in health care.

Exchange of experience at the institutional level.
Exchange programs of trainees.
Development of common standards for qualifications.

10. In your opinion, in what way and which information technology models have more impact on the healthcare system when optimizing management/ governance processes as well as improving the quality and accessibility to healthcare for patients?

Information technology will change many things in structures and processes. For this change to be positive, an active design of the change is necessary. Not everything that seems feasible makes sense.

Algorithms will support diagnostics in particular.

Telemedicine will enable new processes in diagnostics and therapy.

11. In your point of view, what changes should be made in governance in the European Union countries to meet the people's needs and expectations?

Answering this question requires knowing the governance of the countries. Therefore, a rating prohibits.

However, the following conditions probably apply:

- The recognition that health care is a key element in services of general interest.
- The realization that human health, like education, is a prerequisite for a successful future for a society.

12. What are your views on how health inequalities can be reduced in the EU Member States? (to ensure consistency of health policies, share health data internationally, ensure universal access to healthcare and it's continuity)

- The Treaties on the European Union currently foresee that Member States are responsible for health care in their countries. The systems have grown very differently historically.
- Nevertheless, an approximation of conditions can be achieved through the exchange of experience and mutual learning (best practice).
- At least an attempt has been made through the Patient Directive to allow patients access to healthcare across borders.

Ekspertas Nr. 7

1. How do you evaluate your current health system in your country?

The economic crisis has had a major impact on (Greece's) health system. The system was not prepared to cope with cut spending and the increasing needs of the population. Still, the health system has undergone a huge number of changes (some in a very short time, thus not always successful) and the universal coverage restored (when nearly 2.5 million people had lost their health insurance coverage).

2. In your opinion, what are the most important strategic goals and directions for improvement in your country's health system over the next 10 years?

Must ensure funding for the system sustainability, establish a new primary care network, introduce a national healthcare quality management infrastructure, draw a national strategic plan for the revision of human resource maldistribution, give institutional role to patients, the full implementation of electronic medical records and to improve governance of healthcare organizations.

3. In your opinion, what are the most important positive developments in your country's health sector over the last 10 years? What led to their occurrence?

The creation of the National Organization for Healthcare Provision, the development of clinical and e-prescribing guidelines, the national e-prescription system, the Diavgeia (Clarity) online programme for the public sector transparency and the DRG payment system. Alas, in the past the long-needed reforms stagnated. The country's Economic Adjustment Programme imposed by international lenders has acted as a catalyst to tackle an unprecedentedly large number of changes in the health sector since 2010.

4. What constraints do you consider being the most important in implementing strategic changes in the health sector?

We face substantial problems in planning and rational allocation of health care resources. Moreover, the mechanisms for supervising and evaluating health care services are scarce. The inability to bring about change has always been a major characteristic of the (Greek) health care system, caused mainly by political conditions and the substantial resistance from medical stakeholders.

5. Do you think it is possible and what are the means to eliminate these constraints taking an integrating approach?

Yes, it is possible, we did it before and we can do it again. The managing of change in the context of economic crisis requires a steady commitment to key health system goals, such as sustaining universal population coverage, a focus on population needs, a goal to improve the quality of care and a strategic reliance on evidence-informed policy-making to find appropriate solutions.

6. In your opinion, what actions or political decisions might help reduce resistance to change in the healthcare system?

Firstly, the political system must gain consensus for the needed changes. Secondly, one thing is certain: changes are going to happen, it's an inevitable fact. Therefore, must be well planned if we want these reforms to be successful.

7. What key factors would you consider the most important in preparing organizations for implementing innovative changes?

The professionalization of healthcare management. The lack of managerial capacity at all levels has been cited as a key constraint in the achievement of global health targets. Healthcare management – defined as the process of achieving healthcare objectives through human, financial, and technical resources – includes strategic and operational management activities such as human resources management, performance management and improvement, financial management, governance and change management.

8. How do you assess the current health financing (investing in health) model in your country? Are there priority funding lines foreseen for 2030?

Health expenditure has fallen by a quarter since the onset of the crisis, and Greece now has one of the lowest levels of health spending in the European Union. Over 40% of this is paid out-of-pocket, placing a considerable burden on households. For years to come, there is a need to rethink and to promote a public debate on the health budget, which must be viewed not as a financial burden but as a developmental tool, with a focus on the prosperity of people.

9. What do you believe are the most important actions and methods for developing human resources (improvement of professional qualifications, exchange of good practice among EU countries)?

The main concept of human resources management is to make qualified staff for organizations. According to Stephen Robbins, the development is a process of 4 functions: acquisition, development, motivation and maintenance of human development. This process could take place either into organizations, or to take educational shape through congresses and training programs in national or international level.

10. In your opinion, in what way and which information technology models have more impact on the healthcare system when optimizing management/ governance processes as well as improving the quality and accessibility to healthcare for patients?

Information technology and clinical technology are altering health services. The rise of e-health technology is improving patient-centered care and at the same time providing accessible information to patients, clinicians and providers.

New models of care have emerged (telehealth, e-delivery of services, care delivered in home, smartphone health apps, remote diagnosis etc) and can be used to improve the efficiency and timeliness of care delivery, as well as patients' access to services.

11. In your point of view, what changes should be made in governance in the European Union countries to meet the people's needs and expectations?

To introduce the ethical governance and especially in respect of human rights, ensuring equal access for all to high-quality, affordable healthcare and social services, against a backdrop of changing structures in society and the need to respond to new demands.

12. What are your views on how health inequalities can be reduced in the EU Member States? (to ensure consistency of health policies, share health data internationally, ensure universal access to healthcare and it's continuity)

The EU supports and complement the Member States' policies in the fields of social inclusion and social protection, through policy guidance and financial support for reforms.

Nevertheless, the european countries should use their tax and benefit system effectively to reduce very high income inequalities, for it is governments' responsibility the

definition of their health policy and for the organisation and delivery of health services and medical care, which includes the management of health services and medical care and the allocation of the resources assigned to health and social security. Governments should reset the European social values underlying the health care system, ensuring its sustainable development.

Ekspertas Nr. 8

1. How do you evaluate your current health system in your country?

Family doctors play the most important role in the health system. Medical information on the patient is essential, as it is necessary to ensure that physicians have a proper access to patients' medical history and timely information.

2. In your opinion, what are the most important strategic goals and directions for improvement in your country's health system over the next 10 years?

In the next ten to fifteen years drones will be used in health care. They are already being used in remote settlements of British Columbia (Canada) to provide the population with medical supplies.

3. In your opinion, what are the most important positive developments in your country's health sector over the last 10 years? What led to their occurrence?

Implementation of e-health information system.

4. What constraints do you consider being the most important in implementing strategic changes in the health sector?

Underestimation of managers of healthcare institutions, lack of leadership, lack of human resources.

5. Do you think it is possible and what are the means to eliminate these constraints taking an integrating approach?

It is possible if certain policy decisions are made to meet expectations of the population.

6. In your opinion, what actions or political decisions might help reduce resistance to change in the healthcare system?

It is necessary to provide a greater support for managers of healthcare institutions, as they are currently underestimated. Proper evaluation of the work of managers of healthcare institutions and implementation of their ideas would allow to significantly optimize the work of healthcare institutions.

7. What key factors would you consider the most important in preparing organizations for implementing innovative changes?

Preparation of strategic objectives and acquainting employees with future changes and expected results.

8. How do you assess the current health financing (investing in health) model in your country? Are there priority funding lines foreseen for 2030?

One fifth of the funds spent on health could be used in a more targeted manner. Untargeted use of funds should also be reduced. The number of low-benefit medical interventions should be reduced as well as over-diagnosis of diseases with symptoms occurring beyond the person's life expectancy should be avoided.

9. What do you believe are the most important actions and methods for developing human resources (improvement of professional qualifications, exchange of good practice among EU countries)?

To my mind, the most important thing is to learn from the best, and the exchange of good practice between the European Union countries is essential to improve the health system and to improve the quality and accessibility of healthcare.

10. In your opinion, in what way and which information technology models have more impact on the healthcare system when optimizing management/ governance processes as well as improving the quality and accessibility to healthcare for patients?

Have no opinion.

11. In your point of view, what changes should be made in governance in the European Union countries to meet the people's needs and expectations?

I am not against the migration of physicians and movement within the European Union, but I think it is wrong that physicians whose education has been invested in by European countries, decide to leave the continent. Medical graduates should commit to working either in their own country or in another European country. Appropriate decisions should be taken at EU level.

12. What are your views on how health inequalities can be reduced in the EU Member States? (to ensure consistency of health policies, share health data internationally, ensure universal access to healthcare and it's continuity)

Have no opinion.

4 priedas

Tyrimo „Pokyčių valdymas Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose“ anketa

Gerbiamas Respondente,

Mykolo Romerio universiteto Viešojo administravimo institute atliekamas mokslinis tyrimas, kurio tikslas – identifikuoti pokyčių proceso trikdžius asmens sveikatos priežiūros įstaigų veikloje ir pateikti jų valdymo tobulinimo strategines priemones. Minėtam tikslui pasiekti reikalinga Jūsų nuomonė, todėl labai prašome atsakyti į pateiktus anketos klausimus. Jūsų dalyvavimas šiame tyrime yra labai svarbus. Pasidalijimas Jūsų darbo patirtimi ir nuomone leis tobulinti inovacijų proceso valdymą savivaldybių administracijose. Anketos pildymas turėtų užtrukti apie 15–20 minučių.

Apibendrintas tyrimo išvadas ir rekomendacijos tikimasi pristatyti suinteresuotiems asmenims centriniame ir vietos valdžios lygmenyse. Anketa yra anoniminė, atsakymai į klausimus bus prieinami ir analizuojami tik tyrimo vykdytojų, todėl tikimės, kad Jūsų nuoširdūs atsakymai padės gauti tikslus ir objektyvius tyrimo rezultatus.

Iš anksto dėkojame už Jūsų atsakymus ir bendradarbiavimą.

Anketą sudarė tyrimo vykdytoja dokt. Daiva Čepuraitė. Vadovas: prof. dr. Vainius Smalskys. Konsultantas: prof. dr. Alvydas Raipa. Pasiteiravimui el. paštas daiva.cepuraitė@gmail.com

1. Jūsų lytis:

- 1. Moteris.
- 2. Vyras.

2. Jūsų amžius:

- 1. Iki 29 metų.
- 2. 30–39 metai.
- 3. 40–49 metai.
- 4. 50–59 metai.
- 5. 60 metų ir daugiau.

3. Jūsų išsilavinimas:

- 1. Aukštasis neuniversitetinis.
- 2. Aukštasis universitetinis (bakalauro laipsnis).
- 3. Aukštasis universitetinis (magistro laipsnis).
- 4. Mokslų daktaro laipsnis.

4. Jūsų užimamos pareigos:

- 1. Įstaigos direktorius/vyr. gydytojas.
- 2. Įstaigos direktoriaus/vyr. gydytojo pavaduotojas.

5. Jūsų darbo stažas dabartinėse pareigose:

- Iki 1 metų.
- 1–5 metai.

- 6–10 metų.
- 11–20 metų.
- Daugiau nei 20 metų.

**6. Jūsų nuomone, pokyčių valdymas – tai (prašome pažymėti vieną, Jūsų many-
mu, tiksliausią atsakymo variantą arba langelyje „Kita“ įrašyti savo atsakymo
variantą):**

- 1. ... suplanuota veikla pakeisti organizacijos esamą padėtį į norimą būseną.
- 2. ... procesas, kuris padeda darbuotojams organizacijoje identifikuoti poky-
čius jų veikloje ir planuoti, kaip elgtis skirtingose situacijose.
- 3. ... nuoseklus procesas, kuriuo siekiama sklandaus ir sistemingo organizaci-
jos perėjimo į pageidaujamą būseną, apimantis pokyčių numatymą, įvertini-
mą, pasiruošimą priimti sprendimus suvaldyti iššūkius ir pasekmes.
- 4. ... procesas, skatinantis pasikeitimus organizacijose, tobulinant jų veiklą bei
plėtrą.
- 5. ... pokyčių numatymas šalinant neigiamas pasekmes bei pritaikant priva-
lumus.
- 6. Kita:

**7. Įvertinkite teiginius nuo svarbiausio iki mažiausiai svarbaus, kokių pagrin-
dinių tikslų siekiama įgyvendinant pokyčius sveikatos priežiūros įstaigose?
(visus teiginius įvertinkite skaičiais nuo 1 iki 8 (tas pats skaičius negali kartoti),
kurioje 1 reiškia „svarbiausias“, o 8 reiškia „mažiausiai svarbus“).**

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Didinti įstaigos veiklos efektyvumą. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Mažinti išlaidas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Teikti kokybiškesnes ar naujas sveikatos priežiūros paslaugas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Gerinti darbuotojų tarpusavio bendradarbiavimą ir informacijos sklaidą. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Pritaikyti modernias technologijas įstaigos valdyme bei teikiant kokybiškas paslaugas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Gerinti žmogiškųjų išteklių valdymą. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Diegti veiklos kokybės vadybos standartus įstaigoje. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. Gebėti konkuruoti su kitomis asmens sveikatos prie- žiūros įstaigomis. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

**8. Kaip vertinate Lietuvos teisinę bazę, reglamentuojančią sveikatos priežiūros
įstaigų veiklos efektyvumo didinimą, modernizuojant ir skaitmeninant vidi-
nius veiklos procesus? (prašome pažymėti VIENĄ labiausiai tinkantį atsaky-
mo variantą, jei reikia, langelyje „Kita“ įrašyti savo atsakymo variantą):**

- 1. Teisinė bazė pakankamai gerai sureguliuota, pokyčių nereikalaujanti.
- 2. Teisinis reguliavimas tobulinamas, tačiau pasigendama vieningos teisinio reguliavimo politikos ir strategijos.
- 3. Nėra ilgalaikės strategijos ir programos, kuri būtų suderinta su visomis politinėmis partijomis ir judėjimais.
- 4. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo didinimą reglamentuoja pertekliniai teisės aktai.
- 5. Kita:

9. Per pastaruosius 5 metus, Jūsų įstaigoje įdiegti pokyčių valdymo procesai, buvo (prašome pažymėti VIENĄ labiausiai tinkantį atsakymo variantą, jei reikia, langelyje „Kita“ įrašyti savo atsakymo variantą):

- 1. ... visiškai nauji, netaikyti kitose įstaigose.
- 2. ... adaptuoti kitose įstaigose taikyti pokyčiai.
- 3. ... kitose įstaigose taikyti ir įdiegti nauji.
- 4. ... pokyčių valdymo procesų nebuvo įdiegta.
- 5. Kita:

10. Įvardinkite sritis, kuriose per pastaruosius 5 metus Jūsų įstaigoje buvo įdiegtos naujos arba optimizuotos pokyčių valdymo proceso organizacinės priemonės (prašome pažymėti VISUS, Jūsų nuomone, tinkančius atsakymo variantus, arba langelyje „Kita“ įrašyti savo atsakymo variantą):

- 1. Vadybos/valdymo sistemų srityje.
- 2. Sprendimų priėmimo srityje.
- 3. Pacientų aptarnavimo srityje.
- 4. Pirkimų/apskaitos srityje.
- 5. Informacinių technologijų diegimo srityje.
- 6. Bendradarbiavimo su kitomis viešojo, privataus ar nevyriausybinio sektoriaus organizacijomis srityje.
- 7. Kita:

11. Įvertinkite veiksnius nuo svarbiausio iki mažiausiai svarbaus, kurie, Jūsų nuomone, yra svarbiausi veiksniai siekiant sėkmingai įgyvendinti pokyčius sveikatos priežiūros įstaigose? (visus teiginius įvertinkite skaičiais nuo 1 iki 9 (tas pats skaičius negali kartotis), kurioje 1 reiškia „svarbiausias“, o 9 reiškia „mažiausiai svarbus“).

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Žmogiškųjų išteklių motyvavimo modelio diegimas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Informacinių technologijų taikymas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Finansavimo išteklių užtikrinimas pokyčių procesams. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4. Įstaigos organizacinės kultūros formavimas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Galimų trikdžių identifikavimas ir rizikos valdymas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Informacijos sklaida ir personalo tarpusavio komunikavimas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Vadovų kompetencija. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. Nuolatinis personalo mokymasis/kvalifikacijos kėlimas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Pokyčių valdymo procesų vertinimas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

12. Įvertinkite veiksnius nuo svarbiausio iki mažiausiai svarbaus, kurie, Jūsų manymu, yra didžiausi trikdžiai įgyvendinant pokyčius sveikatos priežiūros įstaigose? (visus teiginius įvertinkite skaičiais nuo 1 iki 9 (tas pats skaičius negali kartotis), kurioje 1 reiškia „svarbiausias“, o 9 reiškia „mažiausiai svarbus“).

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Žmogiškųjų išteklių motyvavimo priemonių trūkumas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Žemas kompiuterinis raštingumas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. Finansinių išteklių trūkumas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Įstaigos organizacinės kultūros trūkumas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Savalaikis problemų/trikdžių neidentifikavimas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Informacijos sklaidos ir personalo tarpusavio komunikacijos trūkumas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. Vadovų kompetencija. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. Personalo kvalifikacijos trūkumas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Įgyvendinamų valdymo pokyčių procesų kontrolės trūkumas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

13. Įvertinkite veiksnius nuo svarbiausio iki mažiausiai svarbaus, kurie, Jūsų manymu, daro įtaką sėkmingam programų ir projektų įgyvendinimui sveikatos priežiūros įstaigose? (visus teiginius įvertinkite skaičiais nuo 1 iki 7 (tas pats skaičius negali kartotis), kurioje 1 reiškia „svarbiausias“, o 7 reiškia „mažiausiai svarbus“).

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Kompetentingos komandos sudarymas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. Išsami dokumentų, susijusių su planuojamomis programomis ir projektais, analizė. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 3. Plano, kuris leistų sėkmingai pasiekti projekto tikslus, parengimas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Finansinių išteklių užtikrinimas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Savalaikis problemų/trikdžių identifikavimas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Bendradarbiavimas tarptautiniu lygmeniu, gerosios užsienio šalių patirties perėmimas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Įgyvendinimo veiksmų stebėjimas, vertinimas, koreguojančių veiksmų nustatymas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

14. Įvertinkite, kaip dažnai išvardinti teiginiai, susiję su pokyčių valdymu, yra taikomi Jūsų įstaigoje.

| | Niekada | Retai | Kartais | Dažnai | Visada | Nežinau / neturiu nuomonės |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1. Įstaigoje yra rengiami pokyčių valdymo planai ir strategijos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Įstaigos darbuotojai supažindinami su konkrečiais pokyčių tikslais ir numatomais rezultatais. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Formuojant pokyčių valdymo strategiją, analizuojama geroji patirtis nacionaliniu ar tarptautiniu lygmeniu. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

15. Įvertinkite, kaip dažnai išvardinti teiginiai yra taikomi Jūsų įstaigoje užtikrinant pokyčių įgyvendinimo finansinius šaltinius.

| | Niekada | Retai | Kartais | Dažnai | Visada | Nežinau / neturiu nuomonės |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1. Pokyčių įgyvendinimas finansuojamas iš įstaigos biudžeto lėšų. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Pokyčių įgyvendinimas finansuojamas iš Europos Sąjungos ar kitų tarptautinių fondų paramos lėšų. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Pokyčių įgyvendinimas finansuojamas iš bendradarbiavimo su privačiu sektoriumi gautų lėšų. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Pokyčių įgyvendinimas finansuojamas iš steigėjo skirtų lėšų. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Pokyčių įgyvendinimas finansuojamas iš valstybės investicijų programų. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

16. Įvertinkite, kaip dažnai išvardinti teiginiai, susiję su rizikos valdymu, yra taisykomi Jūsų įstaigoje planuojant ir užtikrinant pokyčių įgyvendinimą.

| | Niekada | Retai | Kartais | Dažnai | Visada | Nežinau / neturiu nuomonės |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1. Nustatoma, kokius subjektus paveiks pokyčiai (įstaigos struktūrą, teikiamas paslaugas, konkrečius darbuotojus). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Surenkama informacija apie galimą pokyčių riziką, potencialą, naudą ir rezultatus. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Identifikuojami galimi trukdžiai ir numatomos jų valdymo priemonės. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Nustatomas bendradarbiavimo planas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Konkrečiai nustatoma kiekvieno asmens atsakomybė. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Pokyčiai išbandomi pilotiniais projektais ar eksperimentais. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

17. Įvertinkite, kaip dažnai išvardinti teiginiai, susiję su veiklos valdymu, yra taisykomi Jūsų įstaigoje užtikrinant pokyčių įgyvendinimą.

| | Niekada | Retai | Kartais | Dažnai | Visada | Nežinau / neturiu nuomonės |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1. Pokyčių proceso įgyvendinimo pradžioje nustatomi aiškūs tikslai ir uždaviniai. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Kaupiami pokyčių proceso veiklos stebėsenos duomenys. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Pokyčių proceso veiklos duomenys naudojami įvertinant rezultatus, tobulinant veiklas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Sudaromos darbo grupės projektų paruošimui ir įgyvendinimui. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

18. Įvertinkite, kaip dažnai išvardinti teiginiai yra būdingi Jūsų įstaigoje įgyvendinant pokyčių procesus.

| | Niekada | Retai | Kartais | Dažnai | Visada | Nežinau / neturiu nuomonės |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1. Pokyčių proceso valdymas yra orientuojamas į siekiamus tikslus ir rezultatus. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Valdant pokyčių procesus, vadovaujamosi taisyklėmis ir vykdoma etapine kontrole. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Organizacinė valdymo struktūra keičiama atsižvelgus į vykdomų pokyčių veiklų pobūdį ir eigą. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Darbo ir veiklos terminai, įgyvendinant pokyčių valdymo procesus, yra koreguojami atsižvelgiant į aplinkybes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

19. Įvertinkite, kaip dažnai išvardinti teiginiai yra taikomi Jūsų įstaigoje kuriant nematerialiuosius išteklius.

| | Niekada | Retai | Kartais | Dažnai | Visada | Nežinau / neturiu nuomonės |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1. Sudaromi individualūs kvalifikacijos kėlimo ir tobulinimosi planai. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Sudaromi kolektyviniai kvalifikacijos kėlimo ir tobulinimosi planai. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Steigėjas sudaro sąlygas kelti Jūsų, kaip vadovų, profesinę kvalifikaciją. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Darbuotojams yra sudaroma galimybė tobulinti psichologinius įgūdžius (pasitikėjimą savimi, toleranciją pokyčiams, įtaką ir poveikį, konfliktų valdymą). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Darbuotojams yra sudaroma galimybė tobulinti veiklos valdymo ir vertinimo įgūdžius (darbo grupėse, darbuotojų veiklos vertinime, derybose ir pan.). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Darbuotojams yra sudaroma galimybė tobulinti strategijų rengimo, rizikos valdymo, technologijų naudojimo įgūdžius. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

20. Įvertinkite, kaip dažnai išvardinti teiginiai yra taikomi Jūsų įstaigoje vertinant pokyčių procesus.

| | Niekada | Retai | Kartais | Dažnai | Visada | Nežinau / neturiu nuomonės |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1. Pagal patvirtintas metodikas taikant konkrečius vertinimo kriterijus nustatomi siektini įstaigos rodikliai pokyčių srityje. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Vertinimas atliekamas įvairiose pokyčių proceso etapuose. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Atlikus vertinimą, rodikliai yra analizuojami ir apibendrinami. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Įgyvendinus pokyčių procesus, proceso dalyviams teikiamas grįžtamas ryšys. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

21. Įvertinkite, kaip dažnai Jūsų įstaiga, įgyvendindama pokyčių procesus, bendradarbiauja su:

| | Niekada | Retai | Kartais | Dažnai | Visada | Nežinau / neturiu nuomonės |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1. ...centrinės valdžios institucijomis ir įstaigomis. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ...kitomis viešojo sektoriaus organizacijomis (kontroliuojančiomis institucijomis, visuomenės sveikatos centrais, biurais ir kt.). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ...nevyriausybinių sektoriaus organizacijomis (profesinėmis sąjungomis, asociacijomis, draugijomis ir kt.). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ...privataus sektoriaus organizacijomis. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ...kitomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. ...mokslo įstaigomis. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. ...gyventojais. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. ...užsienio šalių organizacijomis. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

22. Įvertinkite, kaip dažnai išvardinti teiginiai, susiję su pacientų įtraukimu į pokyčių procesus, yra taikomi Jūsų įstaigoje.

| | Niekada | Retai | Kartais | Dažnai | Visada | Nežinau / neturiu nuomonės |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1. Sudaromos galimybės siūlyti inovatyvias idėjas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Paruošti projektai teikiami svarstymui įstaigos internetiniame puslapyje. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Pacientų atstovai įtraukiami į patariamuosius valdymo organus. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Dalyvauja apklausose dėl teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų optimizavimo ir gerinimo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

23. Koks Jūsų požiūris į įstaigos organizacinę kultūrą ir aplinką?

| | Visiškai nesutinku | Nesutinku | Nei sutinku, nei nesutinku | Sutinku | Visiškai sutinku | Nežinau / neturiu nuomonės |
|---|-----------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1. Geriau nieko nekeisti, nei daryti pokyčius ir galimai sulaukti pasipriešinimo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Pagrindinis siekis turi būti viešosios vertės kūrimas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Aplinka palanki ir atvira naujoms idėjoms ir pokyčiams. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Egzistuoja bendrai suformuluota ir visiems darbuotojams žinoma pokyčių samprata. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Pokyčių procesai yra visų organizacijos narių bendras tikslas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Suvokiama, kad įgyvendinant pokyčių procesus, tikėtinos neatitiktys. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Nesėkmės yra suvokiamos kaip mokymosi dalis. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

24. Koks Jūsų požiūris į kūrybišką pokyčių aplinką Jūsų įstaigoje?

| | Visiškai nesutinku | Nesutinku | Nei sutinku, nei nesutinku | Sutinku | Visiškai sutinku | Nežinau / neturiu nuomonės |
|--|-----------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1. Skatinamas darbuotojų iniciatyvumas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Įstaigos veikloje svarbią vietą užima kūrybiškumas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Darbuotojams yra sudarytos sąlygos siūlyti savo idėjas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Personalas pasižymi įvairiomis kompetencijomis, gebėjimais bei patirtimi. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Įstaigoje įprastas komandinis darbas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Mokymas įstaigoje yra suvokiamas kaip inovatyvumo pagrindas ir progresas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

25. Koks Jūsų požiūris į personalo motyvavimą Jūsų įstaigoje?

| | Visiškai nesutinku | Nesutinku | Nei sutinku, nei nesutinku | Sutinku | Visiškai sutinku | Nežinau / neturiu nuomonės |
|--|-----------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1. Vadovas aktyviai dalyvauja siūlant ir vertinant inovatyvias pokyčių idėjas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Už iniciatyvumą, naujas idėjas personalas įstaigoje yra skatinamas nematerialiais būdais (pagyrimai, vadovybės ir bendradarbių pripažinimas, viešumas ir pan.). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Už iniciatyvumą, naujas idėjas personalas įstaigoje yra skatinamas materialiais būdais (premijos, priedai ir pan.). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Padalinių vadovams suteikta teisė pokyčių proceso eigoje savarankiškai priimti sprendimus ir juos įgyvendinti. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

26. Koks Jūsų požiūris į lyderystę ir vadovavimą Jūsų įstaigoje?

| | Visiškai nesutinku | Nesutinku | Nei sutinku, nei nesutinku | Sutinku | Visiškai sutinku | Nežinau / neturiu nuomonės |
|---|-----------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1. Steigėjas pritaria ir skatina pokyčių idėjas bei jų įgyvendinimą. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Įstaigoje visiems darbuotojams yra sudaryta galimybė realizuoti lyderystės savybes (imtis iniciatyvos, veiksmų). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Imdamiesi iniciatyvos, Jūs jaučiate steigėjo paramą ir pritarimą. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Stebėtojų tarybos nariai dažnai inicijuoja inovatyvias idėjas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

27. Koks Jūsų požiūris į žinių ir informacijos sklaidą Jūsų įstaigoje?

| | Visiškai nesutinku | Nesutinku | Nei sutinku, nei nesutinku | Sutinku | Visiškai sutinku | Nežinau / neturiu nuomonės |
|---|-----------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1. Įstaiga turi prieigą prie reikalingų išteklių (žinių, informacijos šaltinių ir pan.). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Įstaigoje žinios ir informacija dažniausiai perduodamos žodinio komunikavimo būdu. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Įstaigoje žinios ir informacija dažniausiai perduodamos informacinių technologijų pagalba. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

28. Kaip vertinate Jūsų įstaigos pasirengimą pokyčių valdymo srityje (įvertinkite 5 balų skalėje, kur 1 reiškia „labai blogai“, o 5 – „labai gerai“)?

- 1 (labai blogai)
- 2 (blogai)
- 3 (vidutiniškai)
- 4 (gerai)
- 5 (labai gerai)

5 priedas.

Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų pasirengimo pokyčių valdymui vertinimo duomenys

| Nei sutinku, nei nesutinku | | Klausimas: Koks Jūsų požiūris į personalo motyvavimą Jūsų įstaigoje? Vadovas aktyviai dalyvauja siūlant ir vertinant inovatyvias pokyčių idėjas. | | | | Iš viso |
|--|------------------|--|---------|------------------|----|---------|
| | | Nesutinku | Sutinku | Visiškai sutinku | | |
| Klausimas: Kaip vertinate Jūsų įstaigos pasirengimą pokyčių valdymo srityje? | 2 (blogai) | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| | 3 (vidutiniškai) | 0 | 0 | 15 | 13 | 28 |
| | 4 (gerai) | 1 | 0 | 15 | 26 | 42 |
| | 5 (labai gerai) | 1 | 0 | 2 | 6 | 9 |
| Iš viso | | 3 | 1 | 32 | 46 | 82 |

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|--------------------|---------------------|----|-----------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 40.766 ^a | 9 | .000 |
| Likelihood ratio | 18.225 | 9 | .033 |
| N of valid cases | 82 | | |

| 1. Vadybos / valdymo sistemų srityje | | Klausimas: Įvardinkite sritis, kuriose per pastaruosius 5 metus Jūsų įstaigoje buvo įdiegtos naujos arba optimizuotos pokyčių valdymo proceso organizacinės priemonės. | | | | | | | Iš viso |
|--|------------------|--|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--|---|---------------|---------|
| | | 1. Vadybos / valdymo sistemų srityje | 2. Sprendimų priėmimo srityje | 3. Pacientų aptarnavimo srityje | 4. Pirkimų / apskaitos srityje | 5. Informacinių technologijų diegimo srityje | 6. Bendradarbiavimo su kitomis viešojo, privataus ar nevyriausybinio sektoriaus organizacijomis srityje | Niekoneidiegė | |
| Klausimas: Kaip vertinate Jūsų įstaigos pasirengimą pokyčių valdymo srityje? | 2 (blogai) | 3 | 0 | 3 | 1 | 2 | 0 | 0 | 9 |
| | 3 (vidutiniškai) | 15 | 10 | 20 | 8 | 25 | 6 | 0 | 84 |
| | 4 (gerai) | 31 | 21 | 38 | 15 | 38 | 8 | 0 | 151 |
| | 5 (labai gerai) | 7 | 6 | 7 | 6 | 7 | 5 | 1 | 39 |
| Iš viso | | 57 | 39 | 71 | 34 | 77 | 25 | 1 | |

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|--------------------|----------------------|-----|--------------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 161.202 ^a | 138 | .086 |
| Likelihood ratio | 114.929 | 138 | .924 |
| N of valid cases | 82 | | |

6 priedas.

Svarbiausių veiksnių siekiant sėkmingai įgyvendinti pokyčius asmens sveikatos priežiūros įstaigose koreliacijos su didžiausiais trikdžiais įgyvendinant pokyčius duomenys

| | | 7.1 | 7.2 | 7.3 | 7.4 | 7.5 | 7.6 | 7.7 | 7.8 |
|------|-------------------------|-------|-------------------|---------------------|--------------------|--------------------|-------|-------------------|--------------------|
| 11.1 | Correlation Coefficient | ,104 | -,116 | ,025 | .171 [*] | -,110 | -,022 | -,076 | -,101 |
| | Sig. (2-tailed) | ,237 | ,171 | ,774 | ,045 | ,198 | ,802 | ,377 | ,254 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 11.2 | Correlation Coefficient | ,033 | ,103 | ,025 | -,137 | ,029 | -,075 | -,059 | -,042 |
| | Sig. (2-tailed) | ,706 | ,228 | ,780 | ,110 | ,738 | ,391 | ,495 | ,634 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 11.3 | Correlation Coefficient | ,019 | ,116 | ,146 | -,042 | -,104 | -,007 | -,079 | -,027 |
| | Sig. (2-tailed) | ,833 | ,171 | ,101 | ,620 | ,226 | ,937 | ,361 | ,758 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 11.4 | Correlation Coefficient | ,123 | -,095 | -,217 [*] | .172 [*] | -,103 | -,005 | ,029 | ,028 |
| | Sig. (2-tailed) | ,158 | ,262 | ,014 | ,043 | ,223 | ,953 | ,735 | ,749 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 11.5 | Correlation Coefficient | -,087 | .172 [*] | -,090 | -,067 | -,056 | -,036 | .176 [*] | ,026 |
| | Sig. (2-tailed) | ,323 | ,041 | ,307 | ,434 | ,512 | ,679 | ,041 | ,768 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 11.6 | Correlation Coefficient | ,030 | ,083 | -,279 ^{**} | .273 ^{**} | -,041 | ,002 | -,124 | ,019 |
| | Sig. (2-tailed) | ,734 | ,332 | ,002 | ,001 | ,636 | ,980 | ,153 | ,828 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 11.7 | Correlation Coefficient | -,051 | ,007 | .307 ^{**} | -,215 [*] | .282 ^{**} | -,025 | -,093 | -,203 [*] |
| | Sig. (2-tailed) | ,564 | ,931 | ,001 | ,012 | ,001 | ,775 | ,282 | ,022 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |

| | | 7.1 | 7.2 | 7.3 | 7.4 | 7.5 | 7.6 | 7.7 | 7.8 |
|------|-------------------------|-------|-------|---------|--------|-------|-------|---------|--------|
| 11.8 | Correlation Coefficient | -,071 | -,139 | -,034 | -,033 | ,082 | ,089 | ,038 | ,233** |
| | Sig. (2-tailed) | ,418 | ,103 | ,701 | ,697 | ,339 | ,304 | ,663 | ,008 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 11.9 | Correlation Coefficient | ,041 | ,021 | -,043 | -,055 | -,062 | -,012 | ,048 | ,110 |
| | Sig. (2-tailed) | ,653 | ,815 | ,640 | ,534 | ,489 | ,898 | ,596 | ,233 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 12.1 | Correlation Coefficient | ,078 | -,140 | ,095 | ,084 | -,123 | ,015 | -,090 | -,114 |
| | Sig. (2-tailed) | ,374 | ,097 | ,286 | ,326 | ,149 | ,860 | ,295 | ,197 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 12.2 | Correlation Coefficient | -,043 | ,081 | ,153 | -,019 | ,065 | -,014 | -,237** | -,115 |
| | Sig. (2-tailed) | ,628 | ,337 | ,085 | ,824 | ,443 | ,867 | ,006 | ,191 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 12.3 | Correlation Coefficient | ,065 | ,167 | -,009 | -,068 | -,090 | ,017 | -,005 | -,052 |
| | Sig. (2-tailed) | ,468 | ,052 | ,916 | ,431 | ,298 | ,843 | ,956 | ,556 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 12.4 | Correlation Coefficient | ,074 | -,085 | -,190* | ,125 | -,140 | ,016 | ,056 | ,081 |
| | Sig. (2-tailed) | ,399 | ,313 | ,032 | ,142 | ,100 | ,851 | ,512 | ,354 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 12.5 | Correlation Coefficient | -,016 | ,145 | -,038 | -,068 | -,050 | -,034 | ,114 | ,028 |
| | Sig. (2-tailed) | ,855 | ,087 | ,672 | ,424 | ,559 | ,697 | ,189 | ,751 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 12.6 | Correlation Coefficient | ,054 | -,023 | -,263** | ,287** | -,001 | -,067 | -,097 | ,040 |
| | Sig. (2-tailed) | ,539 | ,789 | ,003 | ,001 | ,990 | ,441 | ,263 | ,653 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 12.7 | Correlation Coefficient | -,058 | ,090 | ,228* | -,202* | ,218* | -,055 | -,032 | -,108 |
| | Sig. (2-tailed) | ,507 | ,287 | ,010 | ,018 | ,011 | ,525 | ,712 | ,222 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 12.8 | Correlation Coefficient | -,100 | -,151 | -,107 | -,016 | ,025 | ,119 | ,195* | ,234** |
| | Sig. (2-tailed) | ,261 | ,076 | ,233 | ,855 | ,768 | ,173 | ,025 | ,008 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |

| | | 7.1 | 7.2 | 7.3 | 7.4 | 7.5 | 7.6 | 7.7 | 7.8 |
|------|-------------------------|-------|--------|---------|---------|-------|-------|---------|---------|
| 12.9 | Correlation Coefficient | -,087 | -,104 | -,021 | -,040 | -,004 | ,019 | ,090 | ,164 |
| | Sig. (2-tailed) | ,335 | ,228 | ,813 | ,644 | ,959 | ,826 | ,306 | ,070 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 13.1 | Correlation Coefficient | ,158 | -,223* | ,295** | -,050 | ,105 | -,168 | -,163 | -,075 |
| | Sig. (2-tailed) | ,095 | ,014 | ,002 | ,583 | ,250 | ,069 | ,078 | ,429 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 13.2 | Correlation Coefficient | -,084 | ,036 | ,037 | ,064 | ,020 | -,003 | ,110 | -,280** |
| | Sig. (2-tailed) | ,349 | ,677 | ,682 | ,460 | ,815 | ,973 | ,212 | ,002 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 13.3 | Correlation Coefficient | -,010 | ,044 | ,086 | -,247** | ,210' | ,046 | ,026 | -,090 |
| | Sig. (2-tailed) | ,914 | ,610 | ,344 | ,005 | ,017 | ,604 | ,766 | ,319 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 13.4 | Correlation Coefficient | -,039 | ,016 | ,087 | -,239** | ,042 | ,103 | ,011 | ,119 |
| | Sig. (2-tailed) | ,666 | ,857 | ,340 | ,007 | ,631 | ,248 | ,898 | ,191 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 13.5 | Correlation Coefficient | ,080 | -,015 | -,082 | ,047 | ,009 | -,094 | ,171 | -,009 |
| | Sig. (2-tailed) | ,387 | ,866 | ,375 | ,601 | ,920 | ,299 | ,058 | ,926 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 13.6 | Correlation Coefficient | -,039 | ,156 | -,261** | ,202' | -,073 | ,123 | -,291** | ,152 |
| | Sig. (2-tailed) | ,673 | ,076 | ,005 | ,023 | ,408 | ,173 | ,001 | ,097 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 13.7 | Correlation Coefficient | -,097 | -,045 | -,017 | ,001 | -,089 | ,064 | ,048 | ,193' |
| | Sig. (2-tailed) | ,289 | ,613 | ,854 | ,993 | ,314 | ,476 | ,595 | ,035 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 14.1 | Correlation Coefficient | -,116 | -,109 | ,034 | ,125 | ,016 | -,011 | ,003 | -,089 |
| | Sig. (2-tailed) | ,211 | ,220 | ,718 | ,164 | ,856 | ,908 | ,973 | ,334 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 14.2 | Correlation Coefficient | ,016 | -,041 | -,019 | -,021 | -,026 | -,067 | ,177 | -,081 |
| | Sig. (2-tailed) | ,865 | ,657 | ,847 | ,820 | ,777 | ,474 | ,058 | ,397 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |

| | | 7.1 | 7.2 | 7.3 | 7.4 | 7.5 | 7.6 | 7.7 | 7.8 |
|------|-------------------------|-------|--------|--------|-------|---------|-------|--------|-------|
| 14.3 | Correlation Coefficient | -,095 | ,010 | -,032 | ,034 | -,107 | -,028 | .294** | ,043 |
| | Sig. (2-tailed) | ,301 | ,906 | ,731 | ,703 | ,231 | ,761 | ,001 | ,639 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 15.1 | Correlation Coefficient | -,113 | -,116 | ,077 | ,040 | ,122 | -,023 | ,141 | ,031 |
| | Sig. (2-tailed) | ,241 | ,212 | ,432 | ,666 | ,194 | ,806 | ,135 | ,752 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 15.2 | Correlation Coefficient | ,016 | -,066 | -,108 | ,077 | -,084 | -,006 | .193* | -,038 |
| | Sig. (2-tailed) | ,862 | ,455 | ,246 | ,388 | ,345 | ,945 | ,032 | ,684 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 15.3 | Correlation Coefficient | -,058 | -,127 | -,149 | ,104 | -,130 | ,139 | .273** | ,045 |
| | Sig. (2-tailed) | ,532 | ,156 | ,113 | ,251 | ,151 | ,130 | ,003 | ,631 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 15.4 | Correlation Coefficient | -,135 | -,145 | -.185* | ,127 | -.249** | ,069 | .201* | .220* |
| | Sig. (2-tailed) | ,139 | ,098 | ,045 | ,151 | ,005 | ,439 | ,024 | ,016 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 15.5 | Correlation Coefficient | -,164 | -.190* | ,129 | -,066 | ,125 | -,007 | .185** | -,107 |
| | Sig. (2-tailed) | ,073 | ,031 | ,163 | ,457 | ,160 | ,942 | ,039 | ,242 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 16.1 | Correlation Coefficient | -,044 | ,010 | -,078 | -,015 | ,007 | ,000 | ,090 | ,015 |
| | Sig. (2-tailed) | ,641 | ,909 | ,417 | ,873 | ,944 | ,996 | ,337 | ,876 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 16.2 | Correlation Coefficient | -,106 | -,038 | ,056 | -,045 | ,103 | -,054 | ,144 | -,027 |
| | Sig. (2-tailed) | ,263 | ,673 | ,555 | ,624 | ,263 | ,559 | ,119 | ,772 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 16.3 | Correlation Coefficient | -,116 | -,033 | ,105 | -,051 | ,057 | -,013 | ,063 | -,014 |
| | Sig. (2-tailed) | ,215 | ,715 | ,268 | ,577 | ,534 | ,892 | ,492 | ,879 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 16.4 | Correlation Coefficient | -,070 | -,113 | -,062 | -,016 | -,003 | ,114 | .216* | ,024 |
| | Sig. (2-tailed) | ,450 | ,207 | ,506 | ,860 | ,969 | ,212 | ,018 | ,798 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |

| | | 7.1 | 7.2 | 7.3 | 7.4 | 7.5 | 7.6 | 7.7 | 7.8 |
|--|-------------------------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| 16.5 | Correlation Coefficient | ,105 | -.202* | -,094 | -,023 | -,066 | ,045 | ,335** | ,131 |
| | Sig. (2-tailed) | ,271 | ,028 | ,329 | ,808 | ,473 | ,634 | ,000 | ,170 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 16.6 | Correlation Coefficient | -,046 | -.176* | ,027 | ,014 | -,068 | ,136 | ,094 | ,109 |
| | Sig. (2-tailed) | ,615 | ,045 | ,772 | ,872 | ,441 | ,132 | ,295 | ,235 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 17.1 | Correlation Coefficient | -,069 | -,081 | -,002 | -,162 | ,130 | ,021 | ,159 | ,083 |
| | Sig. (2-tailed) | ,483 | ,391 | ,980 | ,087 | ,172 | ,828 | ,098 | ,396 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 17.2 | Correlation Coefficient | -.217* | -,082 | ,073 | -,037 | ,124 | -,017 | ,038 | ,097 |
| | Sig. (2-tailed) | ,019 | ,356 | ,438 | ,683 | ,168 | ,853 | ,679 | ,299 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 17.3 | Correlation Coefficient | -,162 | -,064 | -,058 | -,117 | ,087 | ,073 | ,185* | ,123 |
| | Sig. (2-tailed) | ,089 | ,485 | ,543 | ,203 | ,348 | ,434 | ,048 | ,198 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 17.4 | Correlation Coefficient | -,075 | -,098 | -,176 | -,049 | -,108 | ,238* | ,141 | ,265** |
| | Sig. (2-tailed) | ,425 | ,279 | ,063 | ,592 | ,236 | ,010 | ,126 | ,005 |
| | N | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| *. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). | | | | | | | | | |
| **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). | | | | | | | | | |

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

Daiva Grikšienė

POKYČIŲ VALDYMO MODELIAVIMAS
LIETUVOS AMBULATORINĖSE ASMENS
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE

Daktaro disertacijos santrauka
Socialiniai mokslai, vadyba (S 003)

Vilnius, 2021

Mokslo daktaro disertacija rengta 2017–2021 metais Mykolo Romerio universitete pagal Vytauto Didžiojo universitetui su Klaipėdos universitetu, Mykolo Romerio universitetu ir Vilniaus universitetu Lietuvos Respublikos švietimo, mokslo ir sporto ministro 2019 m. vasario 22 d. įsakymu Nr. V-160 suteiktą doktorantūros teisę.

Moksliniai vadovai:

prof. dr. Vainius Smalskys (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003), 2018–2021 m.;

prof. dr. Alvydas Raipa (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003), 2017–2018 m.

Mokslo daktaro disertacija ginama Vytauto Didžiojo universiteto, Klaipėdos universiteto, Mykolo Romerio universiteto ir Vilniaus universiteto Šiaulių akademijos vadybos mokslo krypties taryboje:

Pirmininkas:

prof. dr. Tadas Sudnickas (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003).

Nariai:

prof. dr. Irena Bakanauskienė (Vytauto Didžiojo universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003);

prof. dr. Rimantas Stašys (Klaipėdos universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003);

prof. dr. Asta Valackienė (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003);

prof. dr. Inesa Vorončuka (Latvijos universitetas, Latvijos Respublika, socialiniai mokslai, ekonomika, S 004).

Daktaro disertacija bus ginama viešame Vadybos mokslo krypties tarybos posėdyje 2021 m. lapkričio 19 d. 10 val. Mykolo Romerio universitete, I-414 auditorijoje.

Adresas: Ateities g. 20, LT-08303 Vilnius.

Daktaro disertacijos santrauka išsiųsta 2021 m. spalio 19 d.

Daktaro disertaciją galima peržiūrėti Lietuvos nacionalinėje Martyno Mažvydo bibliotekoje (Gedimino pr. 51, Vilnius) ir Klaipėdos universiteto (K. Donelaičio a. 3, Klaipėda), Mykolo Romerio universiteto (Ateities g. 20, Vilnius), Vilniaus universiteto Šiaulių akademijos (Vytauto g. 84, Šiauliai), Vytauto Didžiojo universiteto (K. Donelaičio g. 52, Kaunas) bibliotekose.

POKYČIŲ VALDYMO MODELIAVIMAS LIETUVOS AMBULATORINĖSE ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE

SANTRAUKA

Temos aktualumas. XXI amžiuje vykstantys nuolatiniai pokyčiai viešojo valdymo srityje skatina naujus tyrinėjimus ir vertinimus. Pokyčiai viešajame valdyme suponuoja iššūkių organizacijoms išlikti konkurencingoms gerinant paslaugų prieinamumą bei formuojant organizacinio patrauklumo įvaizdį. Kintant politinei, ekonominei ir socialinei padėčiai, vienu svarbiausių viešojo valdymo reformų tikslu tampa naujų strategijų formavimas ir įgyvendinimas. Visuomenės pokyčiai vertinami kaip esminė sąlyga suvokti ir realizuoti įvairių veiklų tobulinimo bei kokybės vadybos gerinimo galimybes. Toks pokyčių normų ir standartų suvokimas bei vertinimas leidžia formuoti naujoms vertybėms ir naujiems idealams, sistemingai spręsti esminius pokyčių valdymo raidos ir pažangos klausimus, įgyvendinti naujus vystymosi tikslus, atsirasti žinių ir pažinimo naujoms sritims (Sveningsson, Sorgarde, 2020; Moran, 2019; Melnikas, 2002). Šiuolaikinio viešojo valdymo tyrimuose galima išskirti veiksnius, kurie daro įtaką pokyčių valdymo aplinkai ir veiksniams. Valdymas dažniausiai apibrėžiamas kaip sąveika, kurioje dalyvauja vyriausybė, kitos viešosios įstaigos, privatus sektorius ir pilietinė visuomenė sprendžiant visuomenines problemas (Meuleman, 2008). Valstybės institucijos formuojamos siekiant taupyti išteklius, gerinti viešųjų paslaugų kokybę, tobulinti viešosios politikos formavimą ir įgyvendinimą (Chlivickas, Domarkas ir kt., 2010).

Mokslininkai (Ginter ir kt., 2018; Sveningsson, Sorgarde, 2020) pabrėžia, kad vieni svarbiausių veiksnių, skatinančių viešojo sektoriaus modernizavimą, siejami su valstybės biudžeto lėšų taupymu, teikiamų paslaugų prieinamumu ir kokybe, kontrole bei atskaitomybe. Todėl nauji strateginiai sprendimai, programos ir projektai skiriami socialinių struktūrų vystymui, organizacinės elgsenos teorijos tobulinimui ir praktikos sklaidai, nes tik tokia pokyčių valdymo plėtra gali realizuoti socialinių grupių lūkesčius ir teikiamų viešojo sektoriaus paslaugų kokybę ir prieinamumą. Viešojo sektoriaus pokyčių valdymas šiandien yra esminė naujojo viešojo valdymo struktūrų organizacinės veiklos dalis, apimanti be išimties visų viešojo sektoriaus veiklų kompleksą, akcentuojanti inovacinių reformų būtinumą viešųjų organizacijų strateginėse orientacijose. Pokyčių valdymo kontekstualumo suvokimui bei palankios terpės inovatyviems pokyčiams užtikrinti reikia kompleksinio viešojo valdymo, reiškiančio, kad pokyčių valdymas negali būti izoliuotas nuo kitų viešojo valdymo sisteminių ir subsisteminių darinių, veiklos elementų ir veiklos sėkmę lemiančių veiksnių, galimybių ir tam tikros rizikos, dažniau susijusios su pokyčių mechanizmų valdymo įgyvendinimo

komponentais. Modernus viešasis valdymas, dažniausiai suvokiamas kaip metavaldymas, yra svarbi visos visuomenės, valstybės investicija, nuolatinis valdymo formų ir metodų kaitos procesas užtikrinant reformų inovacines charakteristikas, socialiai orientuotų tikslų kūrimą, naujų, kompleksinių strateginių uždavinių įgyvendinimą. XXI a. pradžioje formuojamas naujas požiūris į naujosios viešosios vadybos teorines ir praktines nuostatas, naujų sprendimų rengimą, geriausių kokybės vadybos formų analizavimą, naujo lygmens kontrolės, atsakomybės ir atskaitomybės įvedimą bei viešųjų institucijų pajėgumų atsinaujinimą (Raipa, 2016). Svarbiausiu tikslu išlieka siekis modernių technologijų pagalba optimizuoti viešąjį valdymą, vystyti, formuoti ir įgyvendinti strategines kryptis teikiant kokybiškas paslaugas ir kuriant viešąsias gėrybes remiantis naujomis viešojo dalyvavimo formomis (Raipa, Bartkus, 2013; Sakalas ir kt., 2016; Skrickienė ir kt., 2018).

Viešojo valdymo reformomis siekiama pritaikyti viešąjį sektorių prie nuolat kintančios aplinkos. Sveikatos sistemų procesų veikimas vis dar nėra optimalus daugelyje šalių, turinčių įvairias socialines, ekonomines, politines charakteristikas. Kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pacientams, atsižvelgiant į pacientų charakteristikas, sveikatos priežiūros sistemos ypatybes, biudžeto ir kitus aspektus, labai priklauso nuo organizacinių struktūrų ir procesų kūrimo (Crown ir kt. 2017). Naujaisi tyrimai parodė, kad minėti skirtumai gali būti susiję su skirtingomis sveikatos priežiūros sistemų organizacinėmis savybėmis ir valdymo struktūromis (Fattore, Tediosi, 2013).

Temos iširtumas. XX a. antroje pusėje ir ypač paskutiniaisiais dešimtmečiais viešojo valdymo kaitos metodologija plačiai analizuota tokių autorių kaip G. Fredericson (1999), Ch. Hood (1991), R. Denhardt, D. Osborne, T. Gaebler (1992), M. Harmon, W. Parsons (2001), W. Dunn (2006), J. M. Bryson (2006) ir kitų viešojo valdymo srities specialistų. Teoretikai apibendrino visus XX a. antros pusės viešojo valdymo teorijos ir praktikos laimėjimus. Šiuose darbuose buvo istoriškai įvertinta klasikinė tradicinė vėberinė-vilsoninė viešojo valdymo teorija ir praktika (Shafritz, Ott, 1992). Vėliau kiti mokslininkai (B. Guy Peters (2010), J. E. Lane (2001, 2009), D. Kettl (2000), Ch. Pollitt, G. Bouckaert (2003), T. Bovaird, E. Lofler (2009) viešojo valdymo pokyčius analizavo kaip viešojo sektoriaus veiklos efektyvumo sąlygą, sėkmingų viešojo valdymo reformų sudedamąją dalį, jų įgyvendinimo aplinką, sąlygas, faktorius, veiksnius ir rizikos elementus.

Užsienio šalių viešojo sektoriaus mokslininkai Jr. Lynn, C. Heinrich ir C. Hill (1999, 2001), H. Simon (2003), M. Potuček (2004), G. Mulgan (2004), G. Fredericson (2005), L. Meuleman (2008), T. Bovaird ir E. Loffer (2009), J. E. Lane (2001, 2009), D. McNabb (2009), D. Kettl ir J. Fesler (2009), E. Klijn (2010), St. Osborne ir L. Brown (2011, 2013), B. Guy Peters (2013, 2015) ir kiti, savo teorinėse išvalgose, siekdami išskirti naujojo viešojo valdymo kriterijus, organizacinės elgsenos teorijos tobulinimą ir praktikos kaitos sklaidą įvardija kaip vieną esminių naujojo viešojo valdymo veiksmų, tiesiogiai įtakančių pokyčių viešajame sektoriuje plėtros sėkmę. Autorių nuomone, tokia pokyčių valdymo kaitos trajektorija įgalina efektyviau spręsti organizacijų pokyčių valdymo procesų iššūkius bei realizuoti socialinių grupių lūkesčius.

Viešojo sektoriaus pokyčių valdymas šiandien yra itin svarbi naujojo viešojo valdymo struktūrų veiklos dalis. Todėl inovatyvių valdymo pokyčių realizavimo užtikrinimui reikalingas kompleksinis viešasis valdymas, suprantamas kaip įvairių formų ir praktikos veiksnys, būtinas sėkmingam pokyčių įgyvendinimui. Viešojo sektoriaus tyrinėtojai daug dėmesio skiria vidaus ir išorės aplinkos veiksniams. Analizuojami organizacijų pasirengimo pokyčių veiklos vertinimo aspektai (Lee, 1971; Hall, Schneider, 1972; Balfour, Weschler, 1990; Osborne, Patrick, 1991; Vaser ir kt., 1998; Dunn, 2006; Fernander, Rainey, 2006; Pestoff, Brandsen, 2010), strateginių uždavinių planavimo formas (Alter, 1999; Bouckaert, 2003; Pollitt, 2003, 2011; Halligan, 2008; Hayward, 2010; Laegreid, Verhoest, 2010; Raina, 2018), ypatingai pabrėžiamas žinių valdymas, žmogiškųjų išteklių svarba ir lyderystė (Pettigrew, 1990; Nonaka, Takeuchi, 1995; Tiwana, 2002; Walker, 2002; Bryson, Crosby, 2005; Bryson, Crosby ir kt., 2006; Slavin, Woodard, 2006; Axell, Gash, 2008; Osborne, Brown, 2011; Raina, 2018), taip pat tarpsektorinės partnerystės transformacijos veiksnių įtaka (Harding, 1990; Seddon, 1999; O'Toole, 2000; Knox, 2002; Borgatti, Foster, 2003; Ball, Magin, 2005; Castels, 2005; Rhodes ir kt., 2005; McQuaid, 2010; Fernandez, 2010, 2011; Pitts, 2011), tinklų ir tinklaveikos sąveikos vieta viešojo valdymo procese (Axelrod, 1984; Williamson, 1996; Sydow, 2004; Moulaert, Cabaret, 2006; Owen-Smith, Powel, 2008; Bland ir kt., 2010; Moliterno, Mahony, 2011; Bason, 2014). Analizuojant pokyčių valdymo viešosiose įstaigose aspektus, ypatingas dėmesys skiriamas ir tokiems viešojo valdymo klausimams, kaip darbuotojų įtraukimas į pokyčių valdymo procesus (Belbin, 1996; Kellman, 2005; McNabb, 2009).

Diskusijos apima vidinių ir išorinių pasipriešinimo pokyčiams faktorių identifikavimą ir jų valdymo priemonių taikymą. Pasipriešinimo priežastis ir jų sprendimo būdus analizavo M. Weber (1947), M. Deutsch, R. Krauss (1960), R. Zajonc (1965), J. Wilson (1989), K. Thompson, F. Luthans (1990), L. Kiel (1994), N. Thom, A. Ritz (2004), S. Oreg (2006), S. Sveningsson, N. Sorgarde (2020).

Lietuvoje pokyčių valdymą analizavo P. Zakarevičius (2003), B. Melnikas ir kt. (2000), S. Stoškus, D. Beržinskienė (2005), D. Lodienė (2005), A. Vasiliaskas, E. Laumenskaitė (2006), R. Korsakienė (2006), J. Ruževičius, D. Klimas (2009), E. Chlivickas ir kt. (2010), A. Sakalas ir kt. (2016). Tačiau šių mokslininkų darbuose dažniausiai nagrinėjama pokyčių valdymo patirtis privačiame sektoriuje. Viešojo sektoriaus pokyčių valdymą savo darbuose tyrinėjo A. Guogis, D. Gudelis (2003), V. Smalskys (2010), D. Gudelis, A. Patapas (2010), P. Papšienė (2010), A. Raipa (2012, 2013, 2014, 2016, 2017). I. Bakanauskienė (2008) analizavo žmogiškųjų išteklių valdymo plėtros kryptis, organizacijų aplinkos veiksnius, turinčius įtakos žmogiškųjų išteklių valdymo veikloms. Ž. Martinaitis, V. Nakrošis (2009) nagrinėjo Lietuvos viešojo sektoriaus naujoves, administracinę kultūrą ir struktūrinius gebėjimus naujojo viešojo valdymo sąlygomis, V. Giedraitytė (2016) vertino inovacinių pokyčių valdymo charakteristikų turinį, B. Melnikas (2009) analizavo pažangos ir pokyčių procesų valdymo problemas bei aktyvinimo galimybes, S. Pivoras (2012), E. Chlivickas (2012) nagrinėjo viešųjų organizacijų mokslinių teorijų pritaikymą valdant pokyčius moderniaje viešajame sektoriuje, tačiau tyrimų, kompleksiskai ir išsamiai analizuojančių pokyčių valdymo kaitą sveikatos apsaugos sistemoje ir ypač ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros

įstaigose daktaro disertacijose, mokslinėse monografijose nėra. Nors pokyčių valdymo asmens sveikatos priežiūros institucijose problematika randama įvairiuose sveikatos sistemos valdymo kryptis tiriančių autorių darbuose. 2016, 2017, 2018 m. A. Raipos, K. Štaro ir disertantės straipsniuose išskiriamos esminės kryptys ir tendencijos, valdant pokyčius ir inovacijas sveikatos apsaugos sistemoje modernaus viešojo valdymo kontekste, taip pat atliktos pokyčių valdymo XXI a. sveikatos priežiūros sistemoje Budinčio gydytojo tarnybos veiklos analizė ir asmens sveikatos priežiūros įstaigos specialistų užimtumo analizės vertinimas metavaldymo kontekste atskleidė, kad inovacijų diegimas viešajame sektoriuje tiesiogiai sietinas su metavaldymo elementų šiuolaikinio viešojo valdymo proceso kaita.

Apibendrinant analizuotus šaltinius, galima teigti, kad mokslinėje literatūroje tyrėjai atkreipia dėmesį į tokias pokyčių valdymo ir su juo susijusių reiškinių problematikas: pokyčių valdymo kaitos raiška ir įtaka plačiaja prasme asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, teisinės bazės pokyčiai kokybiškų paslaugų teikimo užtikrinimui ir prieinamumo gerinimui, asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansinių išteklių persikirstymo svarba naujojo viešojo valdymo sąlygomis. Taigi, pokyčių valdymo kaitos naujojo viešojo valdymo kontekste ir veiklos procesų bei struktūros analizė vertinimo aspektu yra aktualus tyrimų objektas tiek teorinio modeliavimo, tiek ir praktiniu požiūriais: jo platesniam ir išsamesniam tyrimui ir skiriamas šis disertacinis darbas.

Mokslinė problema – koks pokyčių valdymo modelis tinka Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms?

Ginamieji tyrimo teiginiai:

1. Žinomi pokyčių valdymo proceso modeliai nėra pakankamai adaptuoti ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, kai organizacijų vadovams reikia priimti sprendimą dėl būtinų pokyčių įgyvendinimo, trikdžių atsiradimo ir jų valdymo priemonių taikymo.
2. Pokyčių valdymo proceso modelis ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms reprezentuoja devynių etapų pokyčių valdymo procesą: 1) strategijos formavimas ir rengimas, 2) suinteresuotųjų šalių įtraukimas, 3) programos sukūrimas, 4) atsakomybių priskyrimas, 5) pokyčių valdymo proceso trikdžių identifikavimas, 6) pokyčių valdymo proceso priemonių taikymas, 7) kontrolė, 8) rezultato vertinimas, 9) grįžtamojo ryšio taikymas.
3. Jaunesnio amžiaus (iki 39 m.) ir trumpesnį darbo stažą (iki 5 metų) turintys ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovai, siekdami pokyčių įgyvendinimo, daugiau dėmesio skiria vadovų kompetencijai ir informacinių technologijų taikymui, o vyresnio amžiaus ir ilgesnį darbo stažą turintys įstaigų vadovai daugiau dėmesio skiria finansinių išteklių užtikrinimui ir žmogiškųjų išteklių motyvavimo priemonėms.
4. Pasirengimo pokyčių valdymo srityje vertinimas priklauso nuo aktyvaus vadovo dalyvavimo siūlant ir vertinant inovatyvias pokyčių idėjas, tuo tarpu vertinimas nepriklauso nuo per pastaruosius 5 metus įstaigoje įdiegtų naujų arba optimizuotų pokyčių valdymo proceso organizacinių priemonių.

Objektas – pokyčių valdymas Lietuvos ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose.

Tikslas – išanalizavus pokyčių valdymo teorinius – metodologinius principus bei apibendrinus empirinius tyrimo rezultatus, suformuoti konceptualų pokyčių valdymo modelį Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms.

Siekiant iškelto tikslo, disertacijoje sprendžiami **uždaviniai**:

1. Išanalizuoti pokyčių valdymo proceso modelių struktūrų skirtumus.
2. Atlikti pokyčių valdymo proceso trikdžių bei jų valdymo priemonių teorinę analizę.
3. Parengti teorinį pokyčių valdymo modelį Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms.
4. Vadovaujantis teoriniu pokyčių valdymo proceso modeliu, empiriškai išnagrinėti pokyčių valdymo aplinką Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose.
5. Atlikti ES šalių ekspertų ir Lietuvos ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovų empirinį (kokybinį ir kiekybinį) tyrimą. Empiriniu tyrimu patikrinti, kiek ir kaip parengtas teorinis pokyčių valdymo modelis gali būti papildytas, pakeistas jo turinys (iš dalies), adaptuotas ir priimtinas Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms kaip konceptualus modelis.

Disertacijoje taikomi šie pagrindiniai **mokslinio tyrimo metodai**:

- *Literatūros analizė* atlikta identifikuojant pokyčių valdymo modelius, etapus, procesus, jų nuoseklumą, taip pat formuojant pokyčių valdymo sampratos apibrėžimą.
- *Sintezė ir apibendrinimas* naudoti siekiant išanalizuoti pokyčių valdymo modelių proceso struktūrų skirtumus, pokyčių valdymo vidaus ir išorės trikdžius, jų valdymo priemones, taip pat pokyčių valdymo proceso aplinką.
- *Antrinių duomenų ir dokumentų analizė* vertinant Lietuvos strateginių dokumentų ir teisės aktų sveikatos priežiūros sistemos pokyčių valdymo veiklos ypatumus.
- *Modeliavimas* formuojant pokyčių valdymo procesą Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms.
- Tyrimui pagrįsti naudojamas kokybinio ir kiekybinio tyrimo dermės mišrus metodų priegijos metodas – *nuosekli nagrinėjamoji strategija* (angl. Sequential exploratory strategy), pagal kurią duomenys renkami dviem etapais su pradiniu kokybinių ir antruoju kiekybinių duomenų rinkimu. Antroji duomenų bazė remiasi pradinės duomenų bazės rezultatais. Ši strategija pasirinkta todėl, kad ji yra tinkamiausia aiškinant ir interpretuojant ryšius, kai pirminis tyrimo tikslas yra išanalizuoti fenomeną.
- Tyrimo duomenims surinkti naudojamas *kryptingojo (iš dalies struktūruoto) individualiojo ekspertų interviu metodas*, kuriuo siekiama nustatyti veiksnius, lemiančius pokyčių valdymo kaitą Lietuvoje ir ES, išskirti svarbiausius organizacijų pasirengimo inovatyvių pokyčių įgyvendinimui veiksnius, trikdžius ir pasipriešinimo faktorius bei pateikti pokyčių valdymo tobulinimo sveikatos sektoriuje strategines nuostatas. Tyrimo klausimų duomenys buvo analizuojami vadovaujantis *kokybinės turinio analizės metodu* tokiomis formomis: *klasifikavimo* (identifikuojamos kategorijos, subkategorijos – išskiriami organizacijų

pasirengimo pokyčių įgyvendinimui veiksniai ir trikdžiai sveikatos sektoriuje, pateikiamos jų valdymo tobulinimo strateginės nuostatos), *lyginimo* (lyginami teiginiai ir nuomonės vienos temos kontekste), *interpretacijos* (remiantis tyrimo duomenimis daromos tyrėjo išvalgos).

- Tyrimo imčiai sudaryti naudojamas *tikslinės atrankos metodas* (*angl. purposeful sampling*). Naudojant šį metodą galima gauti išsamių ir kompleksinių duomenų, tuo metu turint galimybę klausiti ir papildomų klausimų, paliekant ekspertams pakankamai laisvės reikšti savo mintis plačiau ir nenumatytais aspektais. Siekiant tikslingai atrinkti atstovus, dalyvaujančius tyrime, remiamasi *trigubos spiralės modeliu*, kuriuo pagrįstas pokyčių valdymo proceso aspektas ir į tyrimą įtraukiami valdžios, akademijos ir visuomeninių organizacijų ekspertai, kad būtų kompleksiška įvertintas ir pateiktas pasirengimas pokyčių valdymui ir įgyvendinimo trikdžių valdymo priemonių taikymas. Ekspertai parinkti kriterinės atrankos metodu, jiems suformulavus atrankos kriterijus. Tyrimo metu atsižvelgta į tai, kad kokybinio tyrimo imties pakankamumas dažniausiai grindžiamas „*duomenų prisotinimo*“ principu, t. y. duomenų rinkimas vykdomas, kol pasiekiamas kategorijų prisotinimas (imant interviu nebegaunama naujos informacijos). Todėl kokybinio tyrimo imtis turi būti formuojama taip, kad ji būtų pakankama pateikti patikimus tyrimo rezultatus, tačiau nebūtų duomenų pasikartojimo.
- Kiekybinio tyrimo imties pagrindinis atrankos kriterijus – aktyvus ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos vadovo dalyvavimas sveikatos politikos formavimo klausimais, dalyvavimas rengiant bei įgyvendinant teisės aktus ir programas. Tyrimo imtis skaičiuota vadovaujantis dažnai moksliniuose tyrimuose naudojama formule. Tyrimo duomenims surinkti naudojama *anketinė apklausa* ir *klasifikavimas* siekiant nustatyti veiksnius, lemiančius pokyčių valdymo kaitą Lietuvoje, bei identifikuoti AASPI pasirengimą pokyčiams, pasipriešinimo faktorius, jų sumažinimo ar panaikinimo priemones, diagnozuoti pokyčių valdymo kaitos AASPI būklę (privalumus ir trūkumus, pasiekimus ir ribotumus, pagrindines tobulinimo kryptis).
- Empirinio tyrimo duomenims apdoroti, analizuoti ir įvertinti naudotas MS Office paketas, SPSS programa.

Disertacinį darbą sudaro teorinė, dokumentų analizė ir empirinis tyrimas, kurių pagrindu formuojamas conceptualus pokyčių valdymo modelis Lietuvos AASPI.

Darbo mokslinis naujumas ir teorinis reikšmingumas.

1. Disertacijoje suformuluotas pokyčių valdymo apibrėžimas, atskleidžiantis pokyčių valdymo proceso ypatumus, sudaro sąlygas tęsti mokslinius tyrimus pokyčių valdymo analizės aspektais.
2. Išanalizuota pokyčių valdymo modelių įvairovė, atlikta pokyčių valdymo modelių lyginamoji analizė leido identifikuoti skirtingus pokyčių valdymo proceso etapus (strategijos formavimas ir rengimas, suinteresuotųjų šalių įtraukimas, programos sukūrimas, atsakomybių priskyrimas, pokyčių valdymo proceso trik-

džių identifikavimas, pokyčių valdymo proceso priemonių taikymas, kontrolė, rezultato vertinimas, grįžtamojo ryšio taikymas), kurių analizė leido suformuoti tinkamiausią teorinį pokyčių valdymo modelį.

3. Parengtas metodologinis instrumentas (teorinis pokyčių valdymo modelis) pokyčių valdymui ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose sudaro prielaidas išankstiniam dimensijų ir pritaikomumo galimybių vertinimui modeliuojant pokyčius Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos sistemos institucijose, tobulinant ir efektyvinant pokyčių valdymo procesus.

Praktinis darbo reikšmingumas.

1. Pateiktos praktinės pokyčių valdymo ir įgyvendinimo priemonės (proceso struktūra, etapai, trikdžiai ir jų valdymas) ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose užtikrina organizacijai naudingą pokyčių įgyvendinimo rezultatą.
2. Papildyti pokyčių valdymo atvejų tyrimai asmens sveikatos priežiūros įstaigose sudaro prielaidas atlikti lyginamąją pokyčių valdymo procesų praktikos analizę.
3. Teorinio ir empirinio tyrimo duomenų pagrindu suformuotas konceptualus pokyčių valdymo modelis pritaikomas praktikoje identifikuojant konkrečios Lietuvos ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos pasirengimo inovatyvių pokyčių valdymui veiksnius; nustatant konkrečios ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos galimus pokyčių valdymo vidaus ir išorės pasipriešinimo faktorius; identifikuojant pokyčių valdymo proceso vidaus ir išorės valdymo priemones bei tinkamai ir sėkmingai pasirengiant pokyčių valdymo procesų įgyvendimui.

DARBO STRUKTŪRA IR TURINIO APŽVALGA

Pirmojoje disertacinio darbo dalyje atliekama literatūros analizė pokyčių valdymo sampratos ir procesų bei turinio srityse, analizuojama pokyčių valdymo modelių įvairovė. Šioje dalyje taip pat formuluojama pokyčių samprata ir jos taikymo galimybės pokyčių valdymo modelių kontekste, nagrinėjamos pokyčių valdymo trikdžių atsiradimo prielaidos, pateikiamas trikdžių tipologizavimas. Jų pagrindu išskiriami pokyčių valdymo vidaus ir išorės trikdžiai, trikdžių atsiradimo priežastys bei jų valdymo priemonės, kurių analizė leidžia įvertinti būtinybę ir galimybę modifikuoti pokyčių valdymo procesą atsižvelgiant į specifinius organizacijų pasirengimo rodiklius kuriant palankią pokyčių įgyvendinimo aplinką. Nagrinėti bei identifikuoti teoriniai pokyčių valdymo aspektai suteikia galimybę suformuoti teorinį pokyčių modelį, kuris leidžia pasirengti pokyčių proceso įgyvendinimui.

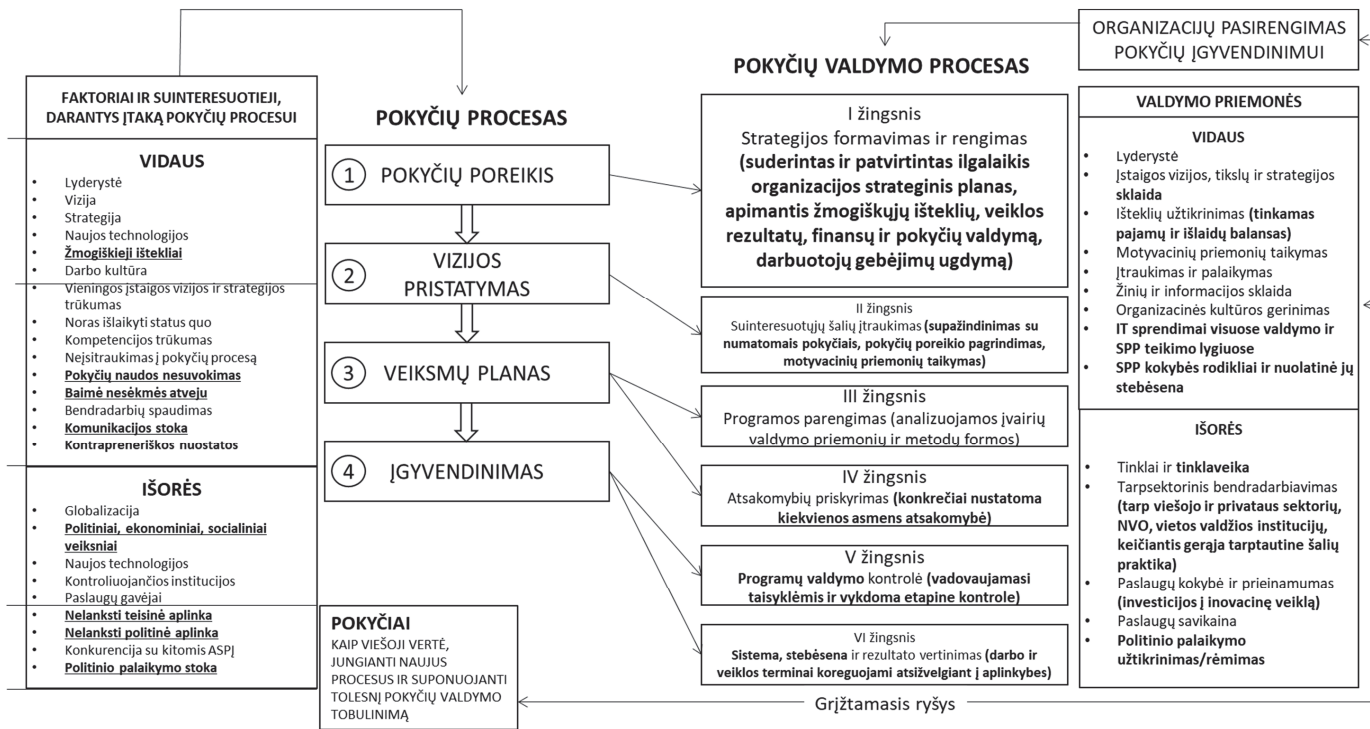
Antrojoje dalyje pristatomas pokyčių valdymo Lietuvos AASPI tyrimas. Strateginių dokumentų ir teisės aktų analizės pagrindu atliekama pokyčių valdymo proceso politinės, teisinės ir paslaugų gavėjų aplinkos sąlygų Lietuvos AASPI analizė, pristatoma Lietuvos pokyčių valdymo sveikatos sistemoje patirtis ir vertinimas, Lietuvos AASPI pasirengimo pokyčių valdymui specifika, finansavimo tvarkos pokyčiai ir jų valdymo praktika bei strateginių programų ir inovacinių projektų valdymo specifika. Pristatomas pokyčių valdymo ES šalių ekspertų ir Lietuvos AASPI vadovų empirinis (kokybinis ir kiekybinis) tyrimas. Empirinio tyrimo rezultatais disertacijoje grindžiami svarbiausi organizacijų pasirengimo inovatyvių pokyčių įgyvendinimui veiksniai, įvertinama pokyčių valdymo aplinka ir svarbiausi vidaus bei išorės trikdžiai įgyvendinant strateginius pokyčius, metodai ir priemonės, padedančios sumažinti ar panaikinti pokyčių valdymo trikdžius, formuojamas konceptualus pokyčių valdymo modelis Lietuvos AASPI, pateikiamos išvalgos bei tolesnių tyrimų perspektyvos. Konceptualaus modelio schemeje, kaip ir teoriniame modelyje, remiantis D. McNabb (2009), **pokyčių valdymo procesas** suskirstytas šešių žingsnių etapais: strategijos formavimas ir rengimas (įstaigos pageidaujamos būsenos numatymas – suderintas ir patvirtintas ilgalaikis organizacijos strateginis planas, apimantis žmogiškųjų išteklių, veiklos rezultatų, finansų ir pokyčių valdymą, darbuotojų gebėjimų ugdymą), suinteresuotųjų šalių įtraukimas (tai gali būti politikai, nevyriausybinės organizacijos, įstaigos darbuotojai, kitos viešojo sektoriaus organizacijos ar privataus sektoriaus atstovai), programos parengimas (detalaus ir tikslaus pokyčių ir priemonių plano sudarymas), atsakomybių priskyrimas (būtina numatyti dalyvius ir jų vaidmenį šiame procese), programų valdymo kontrolė (pokyčių proceso ir terminų įgyvendinimo koordinavimas) bei sistema, stebėseną ir rezultato vertinimas (įgyvendintų pokyčių analizė) (McNabb, 2009).

Teorinio ir empirinio tyrimo duomenų pagrindu suformuoto konceptualaus pokyčių valdymo modelio Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms schema pateikta 1 paveiksle. Paveiksle pavaizduoti pagrindiniai tarpusavio priklausomybės ryšiais susieti pokyčių valdymo elementai: iš atskirų keturių etapų sudarytas pokyčio procesas, veikiamas **išorės ir vidaus faktorių**, bei **organizacijų pasirengimas pokyčių įgyvendinimui** pasitelkiant šešių žingsnių veiklos principą į **pokyčių**

valdymo procesą, kuriam gali turėti įtakos skirtingos **valdymo priemonės**. Pokyčių valdymo eigos ir rezultatų vertinimas (Osborne, 2010; Ginter ir kt., 2018) atliekamas teikiant **grįžtamąjį ryšį**. Pokyčių valdyme grįžtamasis ryšys suprantamas kaip pokyčių įgyvendintojų informacijos ir gautų rezultatų pasidalinimas bei vertinimas su **suinteresuotais asmenimis**. Teorinio ir empirinio tyrimų duomenimis, suinteresuoti asmenys gali būti sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai, politinių partijų ir tiesiogiai susijusių sričių, kaip socialinės, aplinkos apsaugos, švietimo, vidaus reikalų bei finansų ministerijų atstovai, pacientai, sveikatos priežiūros organizatoriai, nevyriausybinų organizacijų atstovai.

Pokyčių proceso rezultatas – pokyčiai konceptualaus pokyčių Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms modelyje naudojama samprata (McNabb, 2009; Ginter ir kt., 2018) patvirtinta ir empirinio tyrimo (ekspertų interviu ir ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovų) duomenimis.

Mokslinėje literatūroje (Balfour, Wechsler, 1990; Ansoff, 1990; Rumelt, 1995; Klein, Sorra, 1996; Belbin, 1996; Waddell, Sohal, 1998; Waddell, A. Sohal, 1998; Ginter ir kt., 2018) nurodoma, kad pokyčių procesas gali būti veikiamas **išorės** (nelanksti teisinė ir politinė aplinka, konkurencija su kitomis ASPĮ) ir **vidaus** (vieningos įstaigos vizijos ir strategijos trūkumas, noras išlaikyti *status quo*, kompetencijos trūkumas, neįsitraukimas į pokyčių procesą, pokyčių naudą nesuvokimas, baimė nesėkmės atveju, bendradarbių spaudimas, komunikacijos stoka) **faktorių** arba trikdžių. Empirinio tyrimo rezultatai parodė, kad Lietuvos ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos gali būti veikiamos itin plataus spektro faktorių: išorės (ilgalaikės sveikatos politikos strategijos nebuvimas arba pasikeitus šalies politinei valdžiai pristatomi trumpalaikiai populistiniai tikslai, atspindintys valdančiųjų partijų interesus; pagrindinių partijų sutarimo nebuvimas dėl ilgalaikės sveikatos politikos tikslų; žema politinė kultūra; sveikatos problemų naudojimas politinėms spekuliacijoms ir rinkiminei retorikai; dažna sveikatos apsaugos ministrų kaita; lobizmas; netobula teisinė įstatyminė bazė, biurokratiniai trikdžiai ją tobulinant; aukštas korupcijos lygis sveikatos sektoriuje ir gyventojų nepasitikėjimas medicininių paslaugų teikėjais; tarpinstitucinio bendradarbiavimo stoka) ir vidaus (vadovų ir medicininio personalo pasipriešinimas inovacijoms, valdymo procesų naujovėms optimizuojant paslaugų teikimą; pokyčių baimė; sveikatos sąžiningumo stoka; sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybės vertinimo trūkumas; specifinių valdymo įgūdžių trūkumas; nelankščios vidaus struktūros ir kultūros; nepakankama vadovų kompetencija; netinkamas pajamų ir išlaidų balansas).



1 pav. Konceptualus pokyčių valdymo modelis Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms

Remiantis teoriniais ir empiriniais duomenimis, konceptualaus pokyčių valdymo Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms modelyje faktoriai ir suinteresuotieji dalyviai, darantys įtaką pokyčių procesui pateikiami atskirų pokyčių proceso etapų kontekste. Nurodoma, kad įtakos turi išorės pozityvūs (globalizacija; politiniai, ekonominiai, socialiniai veiksniai; naujos technologijos; kontroliuojančios institucijos; paslaugų gavėjai) ir išorės negatyvūs (nelanksti teisinė aplinka, nelanksti politinė aplinka, konkurencija su kitomis ASPĮ, politinio palaikymo stoka). Taip pat pateikiami vidaus pozityvūs (lyderystė; vizija; strategija; naujos technologijos; žmogiškieji ištekliai; darbo kultūra) ir vidaus negatyvūs (vieningos įstaigos vizijos ir strategijos trūkumas; noras išlaikyti *status quo*; kompetencijos trūkumas; neišitraukimas į pokyčių procesą; pokyčių naudos nesuvokimas; nesėkmės baimė; bendradarbių spaudimas; komunikacijos stoka; kontrapreneriškos nuostatos).

Mokslinėje literatūroje analizuojant pokyčių **valdymo priemones** itin svarbus darbuotojų įtraukimas į pokyčių procesus (Belbin, 1996; Kellman, 2005, McNabb, 2009), strateginių uždavinių planavimo svarba (Bouckaert, 2003; Pollitt, 2003, 2011; Laegreid, Verhoest, 2010; Raina, 2018), žinių valdymas, žmogiškieji ištekliai ir lyderystė (Bryson, Crosby, 2005; Bryson, Crosby ir kt., 2006; Osborne, Brown, 2011; Raina, 2018), taip pat tarpsektorinė partnerystė (Seddon, 1999; O'Toole, 2000; Knox, 2002; Borgatti, Foster, 2003; Rhodes ir kt., 2005; McQuaid, 2010; Fernandez, 2010, 2011), tinklų ir tinklaveikos proceso vieta (Bland ir kt., 2010; Moliterno, Mahony, 2011; Bason, 2014). Empirinio tyrimo metu nustatyta, kad valdymo priemonės ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms gali būti itin plataus spektro: suderintas ir patvirtintas ilgalaikis organizacijos strateginis veiklos planas, įvertinant išorės ir vidaus veiksnius bei supažindinant darbuotojus su būsimais pokyčiais, pagrindžiant poreikį tai atlikti bei laukiamais rezultatais, sveikatos priežiūros tikslų įgyvendinimo procesą, strateginę ir operatyvinę valdymo veiklą, tokią kaip žmogiškųjų išteklių valdymas, veiklos rezultatų valdymas ir tobulinimas, finansų ir pokyčių valdymas, darbuotojų gebėjimų ir kompetencijų ugdymas; koordinuojančių, kontroliuojančių ir vykdančių institucijų (organizacijų) darbuotojų kompetencijos tobulinimas, taip pat tarpinstitucinis bendradarbiavimas su viešuoju ir privačiu sektoriais, nevyriausybinėmis organizacijomis, vietos valdžios institucijomis, keičiantis gerąja tarptautine šalių praktika, savirealizacijos ir profesinio augimo galimybė organizacijoje; informacinių technologijų sprendimų diegimas visuose valdymo ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygiuose; sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo rodikliai, jų stebėseną ir galimybę visuomenei suprantamu būdu pateikti esamus trūkumus ir galimų sprendimų perspektyvas, siejamas su politine valia įgyvendinti reformas, finansinių išteklių valdymu, tarpinstituciniu bendradarbiavimu, investicijomis į inovacinę veiklą, naujų medicininių technologijų diegimą.

Remiantis teoriniais ir empiriniais duomenimis, konceptualaus pokyčių valdymo Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms modelyje organizacijų pasirengimui pokyčių įgyvendinimui turinčios įtakos pokyčių proceso valdymo priemonės pateikiamos atskirų pokyčių proceso etapų kontekste. Nurodoma, kad būdingiausias išorės (tinklai ir tinklaveika; tarpsektorinis bendradarbiavimas (tarp

viešojo ir privataus sektorių, NVO, vietos valdžios institucijų, keičiantis gerąja tarptautine šalių praktika); paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas (investicijos į inovacinę veiklą); paslaugų savikainos mažinimas; politinio palaikymo užtikrinimas/rėmimas) ir vidaus (lyderystė; įstaigos vizijos, tikslų ir strategijos sklaida; išteklių užtikrinimas (tinkamas pajamų ir išlaidų balansas); motyvacinių priemonių taikymas; įtraukimas ir palaikymas; žinių ir informacijos sklaida; organizacinės kultūros gerinimas; informacinių technologijų sprendimai visuose valdymo ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygiuose; sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodikliai ir nuolatinė jų stebėseną) valdymo priemonės.

Parengtas konceptualus pokyčių valdymo modelis Lietuvos ambulatorinėms asmenų sveikatos priežiūros įstaigoms leidžia pasirengti konkrečios ambulatorinės asmenų sveikatos priežiūros įstaigos pokyčių proceso įgyvendinimui, pasirenkant tinkamiausias vidaus ir išorės valdymo priemones, identifikuoti išorės ir vidaus faktorius, galinčius daryti įtaką pokyčių proceso eigai, priskirti atsakomybes, vertinant etapinius ir galutinius rezultatus, bei įvertinti pokyčių įgyvendinimo aplinkos veiksnius.

IŠVADOS

Siekiant parengti konceptualų pokyčių valdymo modelį Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, kurio pagalba būtų galima identifikuoti svarbiausius veiksnius ir valdymo priemonės sėkmingam pokyčių įgyvendinimui bei nustatyti trikdžius ir pasipriešinimo faktorius, disertacijoje atliktas teorinis pokyčių valdymo diskursas ir empirinis pokyčių valdymo Lietuvos ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose tyrimas. Atlikus teorinę analizę ir antrinių šaltinių duomenų studiją bei empirinį tyrimą, pateikiamos išvados:

1. *Išnagrinėtos pokyčių valdymo procesų teorinės nuostatos leidžia įvertinti būtinybę ir galimybę modifikuoti pokyčių valdymo procesą atsižvelgiant į specifinius organizacijų pasirengimo rodiklius, sukuriant palankią pokyčių įgyvendinimo aplinką:*

- 1.1. Vadybos literatūros turinio analizė atskleidė, kad nėra vieningos nuomonės dėl pokyčių valdymo sampratos, pokyčių valdymo turinio ar pokyčių etapų skaičiaus, tačiau leidžia pagrįstai teigti, kad pokyčių proceso struktūrą sąlygoja pokyčių valdymo aplinka. Pritaikytas S. Videikienės, L. Šimanskienės (2014), R. Raina (2018) apibrėžimas, pokyčių valdymą apibūdinantis kaip nuoseklų procesą, kuriuo siekiama sistemingai pereiti į pageidaujamą būseną, šis procesas apima organizacinių pokyčių poreikio identifikavimą, rizikos įvertinimą, pasirengimą pokyčius inicijuoti ar priimti bei organizacijos gebėjimą suvaldyti iškilusius iššūkius. Minėtas apibrėžimas neriboja pokyčių valdymo proceso elementų ir etapų, todėl yra tinkamas analizuoti pokyčių valdymą ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Pasiūlyta pokyčio samprata (pokytis – pokyčių proceso rezultatas, reiškiantis perėjimą į pageidaujamą būseną), kuri sudaro prielaidas gilintis į pokyčių valdymo proceso aplinką ir veiksnius, taip pat suteikia erdvės naujiems moksliniams tyrimams bei diskusijoms.
- 1.2. Atlikus mokslinės literatūros analizę, galima pagrįstai teigti, kad pokyčių valdymo trikdžiai klasifikuojami į vidaus (strateginiai, žinių ir informacijos sklaidos, finansiniai, darbo kultūros, rizikos) ir išorės (paslaugų gavėjų, politiniai ir teisiniai). Minėti trikdžiai skirtingai veikia planuojamus organizacijos pokyčius, pasireiškia pasipriešinimu pokyčiams, neįsitraukimu į pokyčių procesus, kompetencijos ir įgūdžių stoka, kuri kelia grėsmę bei trukdo realizuoti pokyčių įgyvendinimo etapus. Atlikta pokyčių valdymo trikdžių analizė atskleidė, kad vidaus pokyčių valdymo aplinka, o taip pat specifinė išorės aplinka, sąlygojanti galimų politinių, teisinių ir paslaugų gavėjų pokyčių valdymo trikdžių atsiradimą, reikalauja specifinių trikdžių valdymo priemonių identifikavimo, įvertinimo ir atitinkamų sprendimų priėmimo taikymo pokyčių valdymo procesų optimizavime.
- 1.3. Atlikta vadybos literatūros turinio analizė pokyčių valdymo procesą leidžia pagrįstai suskirstyti į 6 etapus: 1) strategijos formavimas ir rengimas, 2) suinteresuotųjų šalių įtraukimas, 3) programos sukūrimas, 4) atsakomybių priskyrimas, 5) kontrolė, 6) rezultato vertinimas. Pokyčių valdymo aplinkybių

analizė suteikė galimybę identifikuoti papildomus etapus (pokyčių valdymo proceso trikdžių identifikavimas, pokyčių valdymo proceso priemonių taikymas, grįžtamojo ryšio taikymas) pokyčių valdymo procese ir patvirtino teiginį, kad žinomi pokyčių valdymo proceso modeliai nėra pakankamai adaptuoti ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, kai organizacijų vadovams reikia priimti sprendimą dėl būtinų pokyčių įgyvendinimo, trikdžių atsiradimo ir jų valdymo priemonių taikymo.

- 1.4. Identifikuojant metodologiškai svarbius pokyčių valdymo ir reformų pagrindinius etapus, siūlytina stiprinti strateginio valdymo sritį taikant įrodytais grįstus principus, užtikrinant visų rūšių organizacinius išteklius, vystant organizacinę kultūrą, stiprinant nuolatinio tobulėjimo kultūrą, siekiant tapti besimokančiomis organizacijomis, kuriančiomis pridėtinę vertę visuomenei kaip kokybiškų viešojo sektoriaus paslaugų rezultatą.
 - 1.5. Remiantis mokslinės literatūros duomenimis, teigtina, kad esant išbalansuotai viešojo sektoriaus žmogiškųjų išteklių valdymo sistemai, mažėja darbuotojų motyvacija ir produktyvumas. Akcentuotina, kad pokyčių procesų įgyvendinimą trikdo darbuotojų pasipriešinimas, kuris dėl daugelio priežasčių yra atviras arba paslėptas ir daro įtaką organizacijos pokyčių valdymo procesams, todėl svarbu į pokyčių procesus įtraukti darbuotojus bei suinteresuotas puses, tokias kaip darbuotojų profesinės sąjungos ir asociacijos.
2. ***Atlikta kompleksinė pokyčių valdymo Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose analizė, leidžia daryti prielaidas apie pokyčių valdymo praktikos taikymo galimybes Lietuvos sveikatos sistemoje ir jos svarbiausioje grandyje – pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose:***
 - 2.1. Atlikta Lietuvos sveikatos sistemos strateginių dokumentų ir teisės aktų analizė leidžia teigti, kad svarbiausias pasirengimo sveikatos priežiūros pokyčių tikslas yra ilgalaikis geresnės visuomenės sveikatos siekis, kryptingai formuojant pokyčių valdymą, atsižvelgiant į šalies politines nuostatas, ekonomikos išsivystymą, sveikatos ir socialinio sektoriaus būklę.
 - 2.2. Įvertinus mokslinės literatūros duomenis, nustatyta, kad skaitmeninės technologijos daro ženkliai įtaką viešųjų paslaugų teikimo pokyčių valdymo procesui. Nacionaliniu mastu kuriama ir diegiama elektroninės sveikatos infrastruktūros informacinė sistema pastaruoju metu vertinama kaip pagrindinė sąlyga, užtikrinanti saugią, veiksmingą, kokybišką, į pacientą orientuotą ir sklandžią sveikatos priežiūros sistemą.
 3. ***Išanalizuotų teorinių viešojo sektoriaus pokyčių valdymo metodologinių aspektų pagrindu parengtas ir charakterizuotas teorinis pokyčių valdymo modelis ir pagrįstas jo poreikis bei pritaikymo galimybės Lietuvos ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Pokyčių valdymo modelio poreikis Lietuvos ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygmenyje grindžiamas siekiu modernizuoti ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų valdymą, gerinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą bei atliepti visuomenės poreikius:***

- 3.1. Teorinis pokyčių valdymo proceso modelis ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms sudaro galimybę identifikuoti pasipriešinimo faktorius, galinčius trikdyti pokyčių proceso eigą, pasirengti pokyčių proceso įgyvendinimui identifikuojant ir parenkant tinkamiausias valdymo priemones bei parengti optimalias pokyčių valdymo strategijas atsižvelgiant į užsibrėžtus įstaigos tikslus, priskiriant atsakomybes ir nuolat vertinant pokyčių įgyvendinimo rezultatus.
- 3.2. Pokyčių valdymo proceso modelio pagrindu pasirinkus šešių žingsnių etapų struktūrą (strategijos rengimas, suinteresuotųjų šalių įtraukimas, programos sukūrimas, atsakomybių priskyrimas, kontrolė bei rezultato vertinimas), pokyčių valdymo procesas papildytas šiais etapais:
 - pokyčių valdymo proceso trikdžių identifikavimas;
 - pokyčių valdymo proceso priemonių taikymas;
 - grįžtamojo ryšio taikymas.
- 3.3. Suformuotas teorinis pokyčių valdymo proceso modelis ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms patvirtino teiginį, kad pokyčių valdymo įgyvendinimo sąlygoms būtinas devynių etapų pokyčių valdymo procesas: 1) strategijos formavimas ir rengimas, 2) suinteresuotųjų šalių įtraukimas, 3) programos sukūrimas, 4) atsakomybių priskyrimas, 5) pokyčių valdymo proceso trikdžių identifikavimas, 6) pokyčių valdymo proceso priemonių taikymas, 7) kontrolė, 8) rezultato vertinimas, 9) grįžtamojo ryšio taikymas.
4. ***Atliktas pokyčių valdymo Lietuvos ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose empirinis tyrimas leido identifikuoti svarbiausius šalies sveikatos apsaugos sistemos strateginius tikslus, esminius organizacijų pasirengimo inovatyvių pokyčių įgyvendinimui veiksnius, vidaus ir išorės trikdžius įgyvendinant pokyčius, padedančius suvaldyti pokyčių valdymo trikdžius, sumažinti pasipriešinimą įgyvendinant pokyčius, informacinių technologijų įtaką optimizuojant sveikatos sektoriaus valdymo pokyčių procesus, lemiant politinius sprendimus, siekiant patenkinti gyventojų poreikius ir lūkesčius:***
 - 4.1. Empirinio tyrimo metu nustatyta, kad pagrindiniai šalies sveikatos apsaugos sistemos strateginiai tikslai ir tobulinimo kryptys siejamos su pirminės sveikatos priežiūros plėtra, inovatyvių ir personalizuotų skaitmeninių metodų ir priemonių, skirtų sveikatos stiprinimui ir ligų prevencijai, sukūrimu ir įdiegimu, naujų modernių viešojo valdymo modelių taikymu, žmogiškųjų išteklių pokyčių valdymu, parama prioritetiniams projektams ir iniciatyvoms, numatytoms Nacionalinėje sveikatos programoje, integracija su kitų sričių sektoriais mažinant atskirtį regionuose, gerinant medicininių paslaugų kokybę bei prieinamumą.
 - 4.2. Remiantis empirinio tyrimo rezultatais, ekspertų įvardinti sveikatos sektoriaus pokyčių įgyvendinimo trikdžiai ir pasipriešinimo faktoriai dažniausiai susiję su bendraisiais valdymo veiksniais (vadovų ir medicininio personalo pasipriešinimas inovacijoms, pokyčiams valdyme bei optimizuojant paslaugų teikimą, pokyčių baimė, sveikatos priežiūros paslaugų ir vertinimo

mechanizmų trūkumas) ir politiniais veiksniais (ilgalaikės sveikatos politikos strategijos nebuvimas, pagrindinių valdančiųjų partijų sutarimo nebuvimas dėl ilgalaikės sveikatos politikos tikslų), o ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovai didžiausiais trikdžiais įgyvendinant pokyčius ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose nurodo organizacinės kultūros trūkumą, žemą kompiuterinį raštingumą ir žmogiškųjų išteklių motyvavimo sistemos trūkumą; vadovų kompetenciją, problemų/trikdžių neidentifikavimą, finansinių išteklių trūkumą.

- 4.3. Empirinio tyrimo metu nustatyta, kad ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovai, daugiau svarbos teikiantys personalo motyvacijos modelio diegimui, teigia, kad personalo kompetencijos ir pokyčių procesų įgyvendinimo kontrolės trūkumo kaip trikdžių sėkmingiems pokyčiams svarba yra mažesnė, ir atvirkščiai. Taip pat nustatyta, kad ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovai, kuriems finansavimo išteklių pritraukimas ir užtikrinimas atrodo svarbesnis, mažiau reikšmės teikia organizacinės kultūros trūkumui, ir atvirkščiai.
- 4.4. Ekspertų siūlomos pokyčių valdymo tobulinimo strateginės nuostatos dažniausiai siejamos su politine valia įgyvendinti reformas, vadovų skatinimu priimti įrodymais grįstus sprendimus, stiprinant vadovų lyderystės ir vadovavimo kompetencijas, finansinių išteklių užtikrinimu, tarpinstituciniu bendradarbiavimu, investicijomis į inovacinę aplinką ir veiklą, naujų medicininių technologijų diegimu. Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovai svarbiausiomis nuostatomis įvardija kompetentingos komandos sudarymą, tinkamo pokyčių įgyvendinimo plano parengimą, informacinių technologijų diegimą. Pabrėžtina, kad ekspertų ir ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovų įvardijamos sveikatos sektoriaus siūlomos valdymo tobulinimo strateginės nuostatos iš esmės sutampa su disertacijos teorinėje dalyje identifikuotais esminiais aspektais, tokiais kaip tarpinstitucinio bendradarbiavimo skatinimas, būtinybė viešosioms organizacijoms susikurti naujus prevencinius modelius, prisitaikyti prie kintančių sąlygų ir tinkamai bei racionaliai valdyti turimus finansinius ir žmogiškuosius išteklius numatant perspektyvinius įgyvendinamų pokyčių rezultatus.
- 4.5. Atlikto empirinio tyrimo analizė patvirtino teiginį, kad jaunesnio amžiaus (iki 39 m.) ir trumpesnę darbo stažą (iki 5 metų) turintys ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovai, siekdami pokyčių įgyvendinimo, daugiau dėmesio skiria vadovų kompetencijai ir informacinių technologijų taikymui, tuo tarpu vyresnio amžiaus ir ilgesnę darbo stažą turintys įstaigų vadovai daugiau dėmesio skiria finansinių išteklių užtikrinimui ir žmogiškųjų išteklių motyvavimo priemonėms. Empirinis tyrimas taip pat patvirtino teiginį, kad pasirengimo pokyčių valdymo srityje vertinimas priklauso nuo aktyvaus vadovo dalyvavimo siūlant inovatyvias pokyčių idėjas, o pasirengimo pokyčių valdymo srityje vertinimas nepriklauso nuo per pastaruosius 5 metus įstaigoje įdiegtų naujų arba optimizuotų pokyčių valdymo

proceso organizacinių priemonių. Geriausiai savo įstaigos pasirengimą pokyčių valdymo srityje vertina 11–20 metų bei 6–10 metų dabartines pareigas užimančių respondentų bei mokslų daktaro laipsnį turintys respondentai.

5. **Vadovaujantis teoriniais ir antrinių šaltinių bei empirinio tyrimo duomenimis, suformuotas konceptualus pokyčių valdymo modelis Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms grindžiamas tokiais principais:**
 - 5.1. Konceptualaus pokyčių valdymo modelio Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms pagrindą sudaro: organizacijų pasirengimas pokyčių įgyvendinimui; pokyčių procesas ir įgyvendinimo eiga; teikiamas grįžtamasis ryšys apie pokyčių proceso rezultatus ir sukuriamą vertę.
 - 5.2. Teorinio ir empirinio tyrimų pagrindu, identifikuoti svarbiausi veiksniai siekiant sėkmingo pokyčių įgyvendinimo valdymo procesų srityje: *išorės* (tinklai ir tinklaveika, tarpsektorinis bendradarbiavimas tarp viešojo ir privataus sektorių, NVO, vietos valdžios institucijų, užsienio šalių organizacijų, keičiantis gerąja tarptautine šalių praktika), paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas (investicijos į inovacinę veiklą), paslaugų savikainos mažinimas, politinio palaikymo užtikrinimas/rėmimas) ir *vidaus* (lyderystė, įstaigos vizijos, tikslų ir strategijos sklaida, išteklių užtikrinimas (tinkamas pajamų ir išlaidų balansas), motyvacinių priemonių taikymas, darbuotojų įtraukimas į pokyčių procesus ir palaikymas, žinių ir informacijos sklaida, organizacinės kultūros gerinimas, informacinių technologijų sprendimai visuose valdymo ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygiuose, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodikliai ir nuolatinė jų stebėseną).
 - 5.3. Konceptualaus pokyčių valdymo modelyje išskirti suinteresuotieji dalyviai ir faktoriai, darantys įtaką organizacijų pokyčių procesams: *vidaus pozityvūs* (lyderystė, vizija, strategija, naujos technologijos, žmogiškieji ištekuliai, darbo kultūra) ir *negatyvūs* (vieningos įstaigos vizijos ir strategijos trūkumas, noras išlaikyti *status quo*, kompetencijos trūkumas, neįsitraukimas į pokyčių procesą, pokyčių naudą nesuvokimas, nesėkmės baimė, bendradarbių spaudimas, komunikacijos stoka, kontrapreneriškos nuostatos), taip pat išorės *pozityvūs* (globalizacija, politiniai, ekonominiai, socialiniai veiksniai, naujos technologijos, kontroliuojančios institucijos, paslaugų gavėjai) ir *negatyvūs* (nelanksti teisinė ir politinė aplinka, konkurencija su kitomis ASPĮ, politinio palaikymo stoka).
 - 5.4. Suformuotas konceptualus pokyčių valdymo modelis Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms taikomas siekiant įvertinti pokyčių valdymo eigą, identifikuoti konkrečios asmens sveikatos priežiūros įstaigos pokyčių procesų aplinkos sąlygas, lemiančias pasipriešinimo faktorių pokyčių valdymo procese atsiradimą. Modelis leidžia pasirengti konkrečios ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų pokyčių proceso įgyvendinimui pasirenkant tinkamiausias išorės ir vidaus valdymo priemones, identifikuoti vidaus ir išorės faktorius, galinčius daryti įtaką pokyčių procesui, bei priskirti atsakomybes vertinant etapinius ir galutinius rezultatus.

5.5. Empirinio tyrimo analizė atskleidė, kad analizuoti probleminiai klausimai ir ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų pokyčių įgyvendinimo aplinkos neigiami aspektai reikalauja tolesnio mokslininkų dėmesio, siekiant identifikuoti problemas ir trikdžius bei numatyti naujus strateginius valdymo tikslus, įtraukiant valdžios atstovus, sveikatos priežiūros įstaigų vadovus, darbuotojus, pacientus ir kitus suinteresuotuosius dalyvius. Siūlytina nagrinėti ir vertinti Lietuvos bei užsienio šalių gerąją pokyčių valdymo patirtį bei analizuoti atskirus jų taikymo ir įgyvendinimo aspektus.

TYRIMO REZULTATŲ APROBAVIMAS

Publikacijos disertacijos tema recenzuojamuose leidiniuose:

1. Vedlūga T., Mikulskienė B., Čepuraitė, D. (2019). Elektroninės prisirašymo paslaugos analizė vartotojų požiūriu. Sveikatos politika ir valdymas, Mykolo Romerio universitetas, 1(11), 81–95. <https://ojs.mruni.eu/ojs/health-policy-and-management/article/view/5246/4651>
2. Skrickienė, L., Čepuraitė, D., Štaras, K. (2018). Besimokanti organizacija šiuolaikinio viešojo valdymo kontekste. Sveikatos ekonomika ir vadyba, 1(28), 57–66. <https://sm-hs.eu/wp-content/uploads/2019/03/1147-3122-1-PB.pdf>
3. Raipa, A., Štaras, K., Čepuraitė, D. (2017). Pokyčiai ir inovacijos Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos institucijose Lietuvoje: kompleksinio viešojo valdymo kontekstas. Viešasis administravimas, 1-2(53–54), 105–114.
4. Raipa, A., Štaras, K., Čepuraitė, D. (2017). Sveikatos apsaugos sistemos Europos Sąjungoje: finansai ir strateginis valdymas. Viešasis administravimas, 1-2(53–54), 43–53.

Su publikacijomis galima susipažinti čia: <https://bit.ly/DaivaGriksiene>

Kitos autorės publikacijos:

1. Raipa, A., Čepuraitė, D. (2017). Atvejo vadybos modelio taikymas asmens sveikatos priežiūros įstaigose modernaus viešojo valdymo kontekste. Viešoji politika ir administravimas, 16(2), 165–178.
2. Čepuraitė, D., Štaras, K. (2017). Asmens sveikatos priežiūros institucijų veiklos rodiklių ir duomenų keitimosi prototipas šiuolaikinio viešojo valdymo kontekste. Lietuvos aukštųjų mokyklų vadybos ir ekonomikos jaunųjų mokslininkų konferencijų darbai, 5–8.
3. Raipa, A., Čepuraitė, D. (2016). Valdymo sprendimai sveikatos priežiūros įstaigose: budinčiojo gydytojo tarnybos. Viešasis administravimas, 1–2(72–79).
4. Štaras, K., Juodaitė Račkauskienė, A., Čepuraitė, D. (2016). Sergamumas lytiškai plintančiomis infekcijomis Vilniaus mieste. Sveikatos mokslai, 6(26), 120–124.
5. Štaras, K., Juodaitė Račkauskienė, A., Čepuraitė, D. (2015). Aspects of Medical Care Provision by Out-of-hours 2009–2015 m. Service at PI Centro Poliklinika. Sveikatos mokslai: sveikatos ekonomika ir vadyba. Vilnius : Sveikata, 4(25), 102–111.
6. Štaras, K., Juodaitė Račkauskienė, A., Čepuraitė, D., Vedlūga, T. (2014). Sveikatos priežiūros įstaigos veiklos efektyvumas taikant atvejo vadybos modelį. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, 2(18), 82–90.
7. Štaras, K., Čepuraitė, D. Kudukytė Gasperė, R. (2013). Ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių sveikatos priežiūros specialistų darbo laiko paskirstymo tyrimas. Sveikatos politika ir valdymas, Mykolo Romerio universitetas, 1(5), 167–188.

Pranešimai doktorantūros metu mokslinėse konferencijose:

1. Štaras, K., Grikšienė, D. (2021). Šeimos gydytojų komandoje dirbančių slaugytojų organizacinės naujovės plečiant profesines kompetencijas. Tarptautinė mokslinė konferencija „Slaugytojų ir akušerių lyderystės vaidmuo komandinio darbo organizavime“, Uzbekistano Respublikos, Taškento universitetas, gegužės 26, 2021.
2. Grikšienė, D. (2020). Inovatyvių procesų taikymas asmens sveikatos priežiūros įstaigose šiuolaikinio viešojo valdymo kontekste. 13-oji tarptautinė mokslinė konferencija „Valstybės vizijos raida XXI amžiuje: tautinis ir tarptautinis kontekstas“. Šiaulių universitetas ir Lietuvos mokslininkų sąjunga, rugsėjo 18–19, 2020.
3. Skrickienė, L., Čepuraitė, D., Štaras, K. (2018). Learning Organization in the Context of the Modern Public Administration. Tarptautinė mokslinė konferencija „Emerging Trends in Economics, Culture and Humanities“. Ryga, Latvija, balandžio 25–27, 2018.

Mokslinė praktika:

1. Mokslinė stažuotė Latvijos universitete, Verslo, vadybos ir ekonomikos fakultete, 2018 m. rugpjūčio 1-31 d.

GYVENIMO APRAŠYMAS

Asmeninė informacija

Vardas, pavardė Daiva Grikšienė
Kontaktai daiva.ceपुरaite@gmail.com

Išsilavinimas

2017–2021 Vadybos mokslo krypties doktorantūros studijos, Mykolo Romerio universitetas
2011–2013 Politikos mokslų magistro kvalifikacinis laipsnis (Sveikatos politikos ir vadybos specializacija), Mykolo Romerio universitetas
2007–2011 Reabilitacijos bakalauro laipsnis (ergoterapeuto kvalifikacija), Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas

Profesinė veikla

2021–dabar Vakcinacijos centro vedėja, VšĮ Centro poliklinika
2014–2021 Lektorė, Mykolo Romerio universitetas
2016–2021 Terapijos konsultacijų skyriaus vyr. administratorė, VšĮ Centro poliklinika

MYKOLAS ROMERIS UNIVERSITY

Daiva Grikšienė

MODELING OF CHANGE MANAGEMENT
IN LITHUANIAN OUTPATIENT HEALTH CARE
CLINICS

Summary of Doctoral Dissertation
Social Sciences, Management (S 003)

Vilnius, 2021

This doctoral dissertation was prepared at Mykolas Romeris University during 2017-2021 under the right to organize doctoral studies granted to Vytautas Magnus University together with Klaipėda University, Mykolas Romeris University and Vilnius University by the order of the Minister of Education, Science and Sport of the Republic of Lithuania No. V-160 dated on February 22, 2019.

Scientific supervisors:

Prof. Dr. Vainius Smalskys (Mykolas Romeris University, Social Sciences, Management, S 003), 2018–2021;

Prof. Dr. Alvydas Raipa (Mykolas Romeris University, Social Sciences, Management, S 003), 2017–2018.

The doctoral dissertation will be defended at the Committee of Management of Vytautas Magnus University, Klaipėda University, Mykolas Romeris University, and Vilnius University Šiauliai Academy:

Chairman:

Prof. Dr. Tadas Sudnickas (Mykolas Romeris University, Social Sciences, Management, S 003).

Members:

Prof. Dr. Irena Bakanauskienė (Vytautas Magnus University, Social Sciences, Management, S 003);

Prof. Dr. Rimantas Stašys (Klaipėda University, Social Sciences, Management, S 003);

Prof. Dr. Asta Valackienė (Mykolas Romeris University, Social Sciences, Management, S 003);

Prof. Dr. Inesa Vorončuka (University of Latvia, the Republic of Latvia, Social Sciences, Economics, S 004).

The doctoral dissertation will be defended at the open meeting of the Scientific Council in the field of Management on November 19, 2021 at 10:00 at Mykolas Romeris University, I-414 Room.

Address: Ateities st. 20, Vilnius, Lithuania.

The summary of the Doctoral Dissertation was sent out on October 19, 2021.

Doctoral dissertation can be viewed at Martynas Mažvydas National Library of Lithuania (Gedimino Ave 51, Vilnius), at libraries of Klaipėda University (K. Donelaitis ave. 3, Klaipėda), Mykolas Romeris University (Ateities str. 20, Vilnius), Vilnius University Šiauliai Academy (Vytautas str. 84, Šiauliai), Vytautas Magnus University (K. Donelaičio str. 52), Kaunas).

MODELING OF CHANGE MANAGEMENT IN LITHUANIAN OUTPATIENT HEALTH CARE CLINICS

SUMMARY

Relevance to the theme. Constant changes of public administration in the XXI century are stimulating new research and evaluations. Changes in the public administration presuppose a challenge for organizations to remain competitive by improving the availability of services and shaping the image of organizational appeal. As the political, economic and social situation changes, one of the most important goals of public administration reforms is to form and implement new strategies. Changes of society are considered to be an essential condition to comprehend and realize the possibilities of improving various activities and improving quality management. Such understanding and evaluation of norms and standards allows to form new values and new ideals, systematically address the essential questions of development and progress of public administration, achieve new development goals, emerge knowledge and cognition for new areas (Sveningsson, Sorgarde, 2020; Moran, 2019; Melnikas, 2002). Research in modern public administration can pick out the factors which influence environment and elements of public administration. Governance is generally defined as the interaction between government, other public bodies, the private sector and civil society in addressing societal challenges (Meuleman, 2008). State institutions are formed in order to save resources, improve the quality of public services, improve the formation and implementation of public policy (Chlivickas, Domarkas and others, 2010).

Researchers (Ginter and others, 2018; Sveningsson, Sorgarde, 2020) emphasize that one of the most important factors stimulating the modernization of the public sector is related to the savings of the state budget, availability and quality, control and accountability of the provided services. Therefore, new strategic decisions, programs and projects are devoted to the development of social structures, improvement of the theory of organizational behavior and dissemination of practice, as only such development of change management can realize the expectations of social groups and the quality and accessibility of public services. Today, change management in the public sector is an essential part of the organizational activities of the new governance structures, involving a set of all public sector activities, emphasizing the need for innovative reforms in the strategic orientations of public organizations. Awareness of the contextuality of change management and a favorable environment for innovative change requires a complex public governance, which means that change management cannot be isolated from other systemic and subsystem structures, operational elements and success factors, opportunities and certain risks, more often associated with the implementation components of change

management mechanisms. Modern public management, often perceived as meta-management, is an important investment of the entire society and state, a constant process of changing forms and methods of governance, ensuring innovative characteristics of reforms, development of socially oriented goals, implementation of new, complex strategic goals. At the beginning of XXI century a new approach to the theoretical and practical provisions of the new public management, development of new solutions, analysis of the best forms of quality management, introduction of a new level of control, responsibility and accountability, and renewal of the capacity of public institutions are formed (Raipa, 2016). The most important goal remains to optimize public administration with the help from modern technologies, to develop, form and implement strategic directions by providing quality services and creating public goods based on new forms of public participation (Raipa, Bartkus, 2013; Sakalas and others, 2016; Skrickienė and others, 2018).

Public governance reforms aim to adapt the public sector to the constantly changing environment. The functioning of health system processes is still not optimal in a lot of countries with different social, economic, political characteristics. The provision of quality healthcare to patients, depending on patients' characteristics and characteristics of the healthcare system, is highly dependent on the development of organizational structures and processes (Crown and others, 2017). Recent research has shown that these differences may be related to different organizational characteristics and governance structures of healthcare systems (Fattore, Tediosi, 2013).

Research of the topic. In the second half of XX century and especially in the last decades, the methodology of public administration change has been extensively analysed by such authors as G. Fredericson (1999),), Ch. Hood (1991), R. Denhardt, D. Osborne, T. Gaebler (1992), M. Harmon, W. Parsons (2001), W. Dunn (2006), J. M. Bryson (2006) and by other specialists of public administration professionals. Theorists have summarized all public administration theory and practice achievements of the second half of the XX century. In these works, the classical traditional Weber-Wilson theory and practice of public management was historically evaluated (Shafritz, Ott, 1992). Later, other researchers (B. Guy Peters (2010), J. E. Lane (2001, 2009), D. Kettl (2000), Ch. Pollitt, G. Bouckaert (2003), T. Bovaird, E. Lofler (2009) analysed changes in public management as a condition for the efficiency of the public sector activities, a component of successful public management reforms, the environment for their implementation, factors, conditions and risk factors.

Foreign public sector researchers Jr. Lynn, C. Heinrich ir C. Hill (1999, 2001), H. Simon (2003), M. Potuček (2004), G. Mulgan (2004), G. Fredericson (2005), L. Meuleman (2008), T. Bovaird and E. Loffer (2009), J. E. Lane (2001, 2009), D. McNabb (2009), D. Kettl and J. Fesler (2009), E. Klijn (2010), St. Osborne and L. Brown (2011, 2013), B. Guy Peters (2013, 2015) and others, in their theoretical insights, in order to distinguish the criteria of the new public administration, identifies the improvement of the theory of organizational behavior and the dissemination of changes in practice as one of the key factors directly influencing the success of the development of changes in the public sector. According to the authors, such a trajectory of change administra-

tion enables to address the challenges of organizational change administration more effectively and realize the expectations of social groups.

Today, managing change in public sector is a crucial part of the functioning of the new public governance structures. Therefore, ensuring the implementation of innovative administration requires complex public management, understood as a factor of various forms and practices necessary for the successful implementation of changes. Public sector researches pay close attention to the internal and external environmental factors. Aspects of performance evaluation of organisations' preparation for change are analysed (Lee, 1971; Hall, Schneider, 1972; Balfour, Weschler, 1990; Osborne, Patrick, 1991; Vaser ir kt., 1998; Dunn, 2006; Fernander, Rainey, 2006; Pestoff, Brandsen, 2010), forms of planning strategic objectives (Alter, 1999; Bouckaert, 2003; Pollitt, 2003, 2011; Halligan, 2008; Hayward, 2010; Laegreid, Verhoest, 2010; Raina, 2018), particular emphasis is placed on knowledge management, the importance of human resources and leadership (Pettigrew, 1990; Nonaka, Takeuchi, 1995; Tiwana, 2002; Walker, 2002; Bryson, Crosby, 2005; Bryson, Crosby and others., 2006; Slavin, Woodard, 2006; Axell, Gash, 2008; Osborne, Brown, 2011; Raina, 2018), as well as the influence of cross-sectoral partnership transformation sectors (Harding, 1990; Seddon, 1999; O'Toole, 2000; Knox, 2002; Borgatti, Foster, 2003; Ball, Magin, 2005; Castels, 2005; Rhodes and others, 2005; McQuaid, 2010; Fernandez, 2010, 2011; Pitts, 2011), the place of the interaction of network and networking in the process of public administration (Axelrod, 1984; Williamson, 1996; Sydow, 2004; Moulart, Cabaret, 2006; Owen-Smith, Powel, 2008; Bland and others, 2010; Moliterno, Mahony, 2011; Bason, 2014). When analyzing the aspects of change management in public institutions, special attention is also paid to such public management issues as the involvement of employees in change administration (Belbin, 1996; Kellman, 2005, McNabb, 2009).

Discussions include the identification of internal and external factors of resistance to change and the application of their administration measures. The causes of resistance and their solutions were analyzed by M. Weber (1947), M. Deutsch, R. Krauss (1960), R. Zajonc (1965), J. Wilson (1989), K. Thompson, F. Luthans (1990), L. Kiel (1994), N. Thom, A. Ritz (2004), S. Oreg (2006), S. Sveningsson, N. Sogarde (2020).

In Lithuania, change management was analyzed by P. Zakarevičius (2003), B. Melnikas and others (2000), S. Stoškus, D. Beržinskienė (2005), D. Lodienė (2005), A. Vasiliauskas, E. Laumenskaitė (2006), R. Korsakienė (2006), J. Ruževičius, D. Klimas (2009), E. Chlivickas and others (2010), A. Sakalas and others (2016). However, the work of these researchers mostly examines the experience of change management in the private sector. Change management in the public sector was studied by A. Guogis, D. Gudelis (2003), V. Smalskys (2010), D. Gudelis, A. Patapas (2010), P. Papšienė (2010), A. Raipa (2012, 2013, 2014, 2016, 2017). I. Bakanauskienė (2008) analyzed the development directions of human resource management, the environmental factors of organizations that affect human resource management activities. Ž. Martinaitis, V. Nakrošis (2009) analyzed the innovations, administrative culture and structural capacities of the Lithuanian public sector in the conditions of the new

public administration, V. Giedraitytė (2016) assessed the content of innovative change management characteristics, B. Melnikas (2009) examined the problems and possibilities of activation of progress and change processes management, S. Pivoras (2012), E. Chlivickas (2012) examined the application of scientific theories of public organizations in change management in the modern public society. However, there are no studies in scientific monographs or doctoral dissertations that comprehensively and extensively analyze the change in change management in the health and especially in outpatient health care institutions. Although, the problem of change management in personal health care institutions is found in various works of authors researching the directions of health system management. 2016, 2017, 2018 m. Dissertation's articles of A. Raipa, K. Štaras highlight essential directions and tendencies in managing change and innovation in the health care system in the context of modern public administration, also, the analysis of the change management in the XXI century health care system and evaluation of the employment analysis of personal health care professionals in the context of meta-management revealed that the introduction of innovations in the public sector is directly related to the change of modern public management process.

Summarizing the analyzed sources, it can be stated that in the scientific literature researchers pay attention to the following problems of change management and related phenomenon: change management aspect and its impact on personal health care institutions in general, changes in the legal framework to ensure the provision of quality services and improve accessibility, the importance of reallocating the financial resources of personal health care institutions in the context of the new public administration. Thus, the change management in the context of new public management and the analysis of business processes and structure in terms of evaluation is a relevant research object from both theoretical and practical perspectives: its broader and more detailed research is the objective of this dissertation.

Scientific problem – what change management model is suitable for Lithuanian outpatient personal health care institutions?

Defensive statements of the study:

1. Known models of the change management process are not sufficiently adapted to outpatient personal health care institutions, when the heads of organizations need to make a decision on the implementation of the necessary changes, the occurrence of disruptions and the application of their management measures.
2. The change management process model for outpatient health care institutions represents a nine-stage change management process: 1) strategy formation and development, 2) stakeholder involvement, 3) program creation, 4) assignment of responsibilities, 5) identification of change management process failures, 6) application of change management process measures, 7) control, 8) outcome evaluation, 9) application of feedback.
3. Younger (up to 39 years) heads of outpatient health care institutions with less experience (up to 5 years) pay more attention to the competence of managers and the application of information technologies in order to implement changes,

while older and longer-term managers of institutions focus more on securing financial resources and motivating human resources.

4. Evaluation of change management awareness depends on the active participation of the manager in proposing and evaluating innovative change ideas, while evaluation does not depend on new or optimized organizational measures of the change management process implemented in the institution during the last 5 years.

Object – change management in Lithuanian outpatient personal health care institutions.

Objective – after analyzing the theoretical-methodological principles of change management and summarizing the empirical results of the research, to form a conceptual model of change management for Lithuanian outpatient personal health care institutions.

In order to achieve the set goal, the dissertation solves the following **tasks**:

1. To analyze the differences in the structures of the change management process models.
2. To perform a theoretical analysis of interferences in the change management process and their management measures.
3. To prepare a theoretical change management model for Lithuanian outpatient personal health care institutions.
4. In accordance with the theoretical model of the change management process, to empirically examine the change management environment in Lithuanian personal health care institutions.
5. Carry out an empirical (qualitative and quantitative) research of experts from EU countries and heads of Lithuanian outpatient personal health care institutions. Empirical research to check to what extent and how the developed theoretical model of change management can be supplemented, its content changed (partially), adapted and accepted by Lithuanian outpatient personal health care institutions as a conceptual model.

The following main **research methods** are used in the dissertation:

- *Literature analysis* was performed to identify change management models, stages, processes, their consistency, as well as to form the definition of change management concept.
- *Synthesis and generalization* used to analyze the differences in the process structures of change management models, the internal and external interferences of change management, their management measures, as well as the environment of the change management.
- *Analysis of secondary data and documents* in assessing the peculiarities of change management activities in the Lithuanian strategic documents and legal acts of the health care system.
- The study is based on a mixed approach method to the coherence of qualitative and quantitative research - a *sequential exploratory strategy*, in which data are collected in two stages with an initial collection of qualitative and a second collection of quantitative data. The second database is based on the results of the

original database. This strategy was chosen because it is the most appropriate for explaining and interpreting relationships when the primary goal of the study is to analyze the phenomenon.

- The method of *targeted (partially structured) individual expert interviews* is used to collect research data, which aims to identify the factors determining change management change in Lithuania and the EU, identify the most important factors, interferences and resistance factors in preparing organizations for innovative change, and present strategic provisions to improve change management in the public health sector. The data of the research questions were analyzed according to the *method of qualitative content analysis* in the following forms: *classification* (identifying categories, subcategories - distinguishing factors and disturbances of organizations' readiness for change in health sector, providing strategic provisions for improving their management), *comparing* (comparing statements and opinions in one topic); *interpretations* (researcher's insights are made based on research data).
- *Purposeful sampling* is used to sample the study. This method can provide detailed and complex data, while being able to ask additional questions at the same time, leaving experts enough freedom to express their views in a broader and more unforeseen way. The targeted selection of representatives for the study is based on a *triple helix model*, which underpins the change management process and involves experts from government, academia and civil society organizations to comprehensively assess and present readiness for change management and implementation interferences management measures. Experts were selected by the *criteria selection method*, after they formulated the selection criteria. The study takes into account that the adequacy of the qualitative study sample is usually based on the *principle of „data saturation”*, (data collection is carried out until category saturation is reached (no new information is obtained during the interview). Therefore, the sample of a qualitative study must be obtained in such a way that it is sufficient to provide reliable results of the study, but that there is no duplication of data.
- The main selection criterion of the quantitative research sample is the active participation of the head of the outpatient health care institution in the issues of health policy formation, participation in the preparation and implementation of legal acts and programs. The research sample was calculated according to a formula often used in research. *Questionnaire survey and classification* are used to collect research data in order to identify the factors determining change management change in Lithuania, and to identify the preparation of personal health care institutions for change management, resistance factors, measures to reduce or eliminate them, diagnose the status of change management change in personal health care institutions (advantages and disadvantages, achievements and limitations, main areas for improvement). direction).
- MS Office package, SPSS program were used to process, analyze and evaluate empirical research data.

The dissertation consists of theoretical, document analysis and empirical research, on the basis of which a conceptual model of change management in Lithuanian personal health care institutions is formed.

Scientific novelty and theoretical significance of the research.

1. The definition of change management formulated in the dissertation, which reveals the peculiarities of the change management process, creates conditions for continuing research in the aspects of change management analysis.
2. The analysis of the diversity of change management models, the comparative analysis of change management models allowed to identify different stages of the change management process (strategy formation and development, stakeholder involvement, program creation, assignment of responsibilities, identification of change in the management process, application of change management, evaluation of the result, application of feedback), the analysis of which allowed to formulate the most appropriate theoretical model of change management.
3. The developed methodological tool (theoretical change management model) for change management in outpatient health care institutions creates preconditions for preliminary assessment of dimensions and applicability possibilities by modeling changes in the health care system institutions of Lithuania, improving and making change management processes more efficient.

Practical significance of the research.

1. The presented practical measures of change management and implementation (process structure, stages, interferences and their management) in outpatient personal health care institutions ensure a useful result of change implementation for the organization.
2. Supplemented research of change management cases in personal health care institutions creates preconditions for comparative analysis of change management process practice.
3. The conceptual model of change management formed on the basis of theoretical and empirical research data is applied in practice by identifying the factors of preparation of a specific Lithuanian outpatient health care institution for innovative change management; identifying possible internal and external resistance factors for change management in a particular outpatient health care institution; identifying the internal and external management tools of the change management process and preparing properly and successfully for the implementation of the change management processes.

RESEARCH STRUCTURE AND CONTENT OVERVIEW

The first part of the dissertation analyzes the literature in the areas of change management concept, processes, content and analyzes the variety of change management models. This part also formulates the concept of change and its application possibilities in the context of change management models, examines the preconditions for the occurrence of change management failures, and presents the typology of failures. On the basis of them, internal and external interferences of change management, causes of failures and their management measures are distinguished, the analysis of which allows assessing the necessity and possibility to modify the change management process taking into account specific indicators of organizations' readiness to create a favorable environment for change implementation. The analyzed and identified theoretical aspects of change management provide an opportunity to form a theoretical model of change, which allows to prepare for the implementation of the change process.

The second part presents a study of change management in Lithuanian outpatient personal health care system institutions. On the basis of the analysis of strategic documents and legal acts, the analysis of the political, legal and environmental conditions of the Lithuanian outpatient personal health care system institutions in the change management process is performed, experience and evaluation of Lithuanian change management in the health system, specifics of Lithuanian outpatient personal health care system institutions preparation for change management, and the specifics of innovative project management are introduced. An empirical (qualitative and quantitative) study of change management experts from EU countries and Lithuanian outpatient personal health care system institutions managers is presented. The results of the empirical research are based on the most important factors of organizations' readiness to implement innovative changes, the change management environment and the most important internal and external obstacles to strategic change are assessed, methods and tools to reduce or eliminate interferences to change management, the conceptual model of change management in Lithuanian outpatient personal health care system institutions is formed, insights and perspectives of further research are presented. In the conceptual model scheme, as in the theoretical model, according to D. McNabb (2009), **the change management process** is divided into six steps: strategy formulation and development (predicting the desired state of the institution - agreed and approved long-term strategic plan of the organization, including human resources, performance, financial and change management, staff capacity building), stakeholder involvement (which may be politicians, NGOs, agency staff, other public sector organizations or the private sector), program development (drawing up a detailed and precise plan for change and action), assignment of responsibilities (it is necessary to anticipate the participants and their role in this process), control of program management (coordination of the process of change and implementation of deadlines) and system, monitoring and evaluation of the result (analysis of implemented changes) (McNabb, 2009).

The scheme of the conceptual change management model for Lithuanian outpatient personal health care institutions formed on the basis of theoretical and empirical

research data is presented in Figure 1. The figure illustrates the key interdependent elements of change management: the four-stage process of change, influenced by **external and internal factors**, and the **readiness of organizations to implement change** through a six-step approach to a **change management process** that may be influenced by different **management measures**. Evaluation of change management progress and outcomes (Osborne, 2010; Ginter et al., 2018) is performed by providing **feedback**. In change management, feedback is understood as the sharing and evaluation of information and results of change implementers with **stakeholders**. According to theoretical and empirical research, stakeholders may include healthcare professionals, representatives of political parties and directly related areas such as social, environmental, education, home affairs and finance ministries, patients, healthcare providers, and non-governmental organizations.

The result of the change process is changes in the model of conceptual change in Lithuanian outpatient health care institutions (McNabb, 2009; Ginter et al., 2018) confirmed by empirical research (expert interviews and outpatient health care managers).

The scientific literature (Balfour, Wechsler, 1990; Ansoff, 1990; Rumelt, 1995; Klein, Sorra, 1996; Belbin, 1996; Waddell, Sohal, 1998; Waddell, A. Sohal, 1998; Ginter et al., 2018) points out that the process of change can be affected by **external** (inflexible legal and political environment, competition with other personal health care system institutions) and **internal** (lack of a unified vision and strategy of the institution, desire to maintain the *status quo*, lack of competence, lack of involvement in the process of change, lack of comprehension of change benefits, fear of failure, peer pressure, lack of communication) **factors** or interferences. The results of the empirical research showed that Lithuanian outpatient health care institutions can be affected by a very wide range of factors: external (lack of a long-term health policy strategy or short-term populist goals reflecting the interests of the ruling parties following a change in the country's political power; lack of consensus among major parties on long-term health policy goals; low political culture; the use of health problems for political speculation and electoral rhetoric; frequent changes of health ministers; lobbying; imperfect legal framework, bureaucratic obstacles to its improvement; high levels of corruption in the health sector and public distrust of medical providers; lack of interinstitutional cooperation) and internal (resistance of managers and medical staff to innovation, innovation of management processes in optimizing service delivery; fear of change; lack of health literacy; lack of quality assessment of health care provision; lack of specific management skills; inflexible internal structures and cultures; insufficient competence of managers; improper balance of income and expenditure).

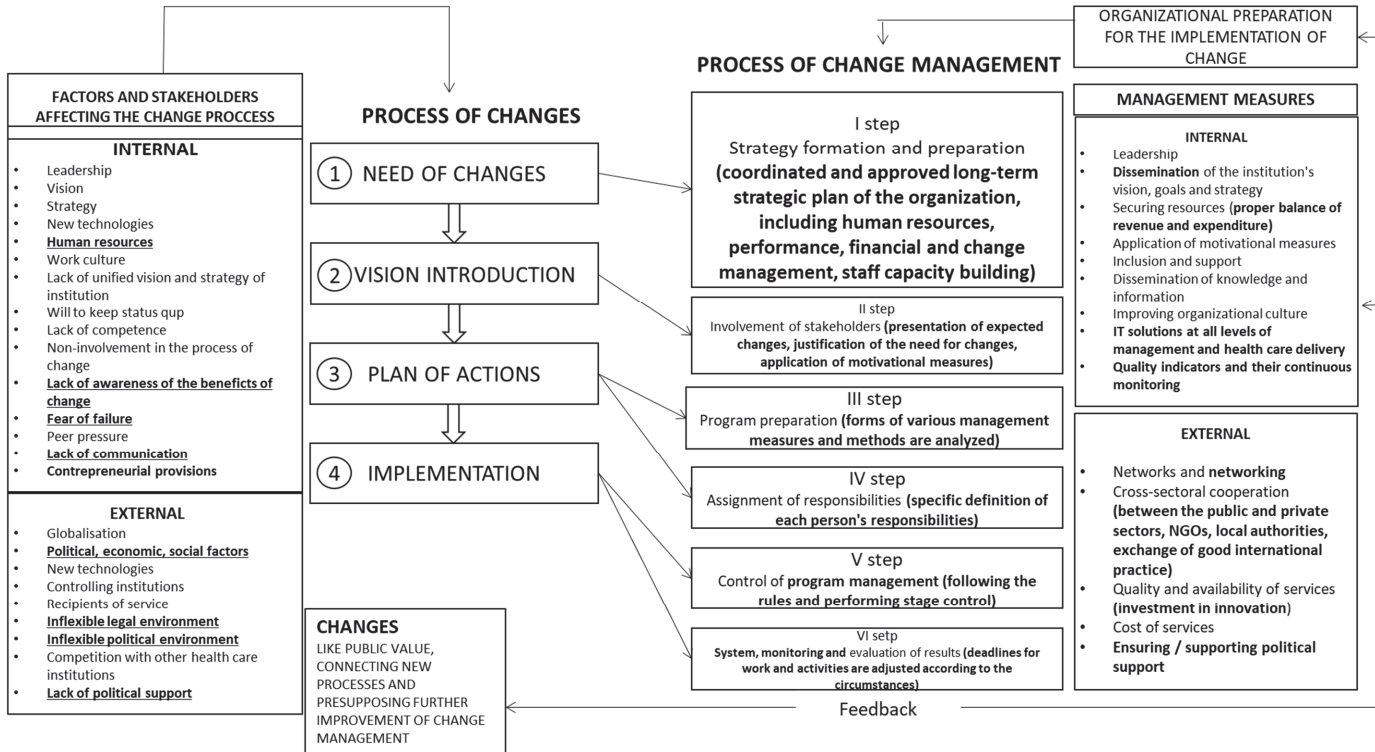


Fig. 1 Conceptual change management model for Lithuanian outpatient personal health care institutions

Based on theoretical and empirical data, the factors of conceptual change management in the Lithuanian outpatient health care institutions and the stakeholders influencing the change process are presented in the context of individual stages of the change process. It is indicated that it is influenced by external positives (globalization; political, economic, social factors; new technologies; controlling institutions; service users) and external negatives (inflexible legal environment, inflexible political environment, competition with other personat outpatient health care system institutions, lack of political support). Internal positives (leadership; vision; strategy; new technologies; human resources; work culture) and internal negatives (lack of a unified institution's vision and strategy; desire to maintain the *status quo*; lack of competence; lack of involvement in the change process; lack of understanding of the benefits of change; fear of failure; peer pressure; lack of communication; counterproductive attitudes) are also presented.

Involving employees in change processes (Belbin, 1996; Kellman, 2005, McNabb, 2009), the importance of strategic task planning (Bouckaert, 2003; Pollitt, 2003, 2011; Laegreid, Verhoest, 2010; Raina, 2018), knowledge management, human resources, and leadership (Bryson, Crosby, 2005; Bryson, Crosby et al., 2006; Osborne, Brown, 2011; Raina, 2018), and intersectoral partnerships (Seddon, 1999; O'Toole, 2000; Knox , 2002; Borgatti, Foster, 2003; Rhodes and others, 2005; McQuaid, 2010; Fernandez, 2010, 2011), the location of the networking and networking process (Bland and others, 2010; Moliterno, Mahony, 2011; Bason, 2014) is crucial in analyzing change **management measures** in the scientific literature. Empirical research has shown that management measures for outpatient health care institutions can be of a very wide range: agreed and approved long-term strategic business plan of the organization, assessing external and internal factors and informing employees about future changes, justifying the need to do so and expected results, health care goals implementation process, strategic and operational management activities such as human resource management, performance management and improvement, financial and change management, development of employee skills and competencies; improving the competence of the staff of coordinating, controlling and implementing institutions (organizations), as well as inter-institutional cooperation with the public and private sectors, non-governmental organizations, local authorities, exchanging good international practices, opportunities for self-realization and professional growth in the organization; implementation of information technology solutions at all levels of management and healthcare provision; health care quality assessment indicators, their monitoring and the possibility to present the existing drawbacks and perspectives of possible solutions in a way that can be understood by the public, related to the political will to implement reforms, management of financial resources, inter-institutional cooperation, investment in innovation, introduction of new medical technologies. Based on theoretical and empirical data, in the model of conceptual change management for Lithuanian outpatient personal health care institutions, change management measures influencing the preparation of organizations for the implementation of change are presented in the context of individual stages of the change process. It is noted that the most common external

(networks and networking; cross-sectoral cooperation (between the public and private sectors, NGOs, local authorities, exchange of good international practices), improvement of the quality and accessibility of services (investment in innovation); reduction of service costs; ensuring / promoting political support) and internal (leadership; dissemination of the institution's vision, goals and strategy; provision of resources (appropriate balance of income and expenditure); application of motivational measures; involvement and support; dissemination of knowledge and information; improving organizational culture; information technology solutions at all levels of management and healthcare delivery; health service quality indicators and their continuous monitoring) management measures.

The developed conceptual change management model allows Lithuanian outpatient personal health care institutions to prepare for the implementation of the change process of a specific outpatient personal health care institution by selecting the most appropriate internal and external management tools, identify external and internal factors that can influence the change process, assign responsibilities, assess staged and final results, and to assess the environmental factors implementing the changes.

CONCLUSIONS

In order to develop a conceptual change management model for Lithuanian outpatient personal health care institutions, which could identify the most important factors and management measures for successful change implementation and identify interferences and resistance factors, the dissertation includes theoretical change management discourse and empirical research on change management in Lithuanian outpatient personal health care institutions. After the theoretical analysis, the study of secondary source data and empirical research, the following conclusions are presented:

1. ***The examined theoretical provisions of change management processes allow to assess the necessity and possibility to modify the change management process taking into account the specific indicators of organizational readiness, creating a favorable environment for change implementation:***

- 1.1. The analysis of the content of the management literature revealed that there is no consensus on the concept of change management, the content of change management or the number of stages of change, but allows us to reasonably state that the structure of the change process is determined by the change management environment. S. Videikienė, L. Šimanskienė (2014), R. Raina (2018) definition, describing change management as a coherent process to systematically move to the desired state was applied, this process includes identifying the need for organizational change, risk assessment, readiness to initiate or accept change, and the organization's ability to manage challenges. The definition mentioned before does not limit the elements and stages of the change management process, so it is appropriate to analyze change management in outpatient health care institutions. The proposed concept of change (change is the result of the process of change, meaning the transition to the desired state), which creates preconditions for deepening into the environment and factors of the change management process, as well as provides environment for new research and discussion.
- 1.2. An analysis of the scientific literature suggests that change management interferences are classified into internal (strategic, knowledge and information dissemination, financial, work culture, risk) and external (service, political and legal). The above-mentioned interferences affect the planned changes of the organization differently, manifest themselves in resistance to changes, lack of involvement in the processes of change, lack of competence and skills, which poses a threat and hinders the realization of the stages of change implementation. The analysis of change management interferences revealed that the internal change management environment, as well as the specific external environment leading to potential political, legal and customer change management interferences, requires the identification, assessment of specific disruption management measures and decision-making in optimizing change management processes.

- 1.3. The analysis of the management literature allows the change management process to be reasonably divided into 6 stages: 1) strategy formation and preparation, 2) stakeholder involvement, 3) program development, 4) assignment of responsibilities, 5) control, 6) outcome evaluation. The analysis of change management circumstances provided an opportunity to identify additional stages (identification of change management process failures, application of change management process tools, application of feedback) in the change management process and confirmed the statement that the known models of the change management process are not sufficiently adapted for outpatient personal health care institutions, when the heads of organizations need to decide on the implementation of the necessary changes, the occurrence of disruptions and the application of their management measures.
 - 1.4. By identifying methodologically important key stages of change management and reforms, it is recommended to strengthen the field of strategic management by applying evidence-based principles, ensuring all types of organizational resources, developing organizational culture, strengthening a culture of continuous improvement to become learning organizations that add value to society as a result of quality public services.
 - 1.5. Based on the scientific literature, it can be stated that with an unbalanced public sector human resource management system, employee motivation and productivity decrease. It should be emphasized that the implementation of change processes is hindered by employee resistance, which for many reasons is open or hidden and affects the organization's change management processes, so it is important to involve employees and stakeholders such as trade unions and associations.
2. ***A complex analysis of change management in Lithuanian personal health care institutions has been performed which allows to make assumptions about the possibilities of application of change management practice in the Lithuanian health care system and its most important chain - primary personal health care institutions:***
 - 2.1. The analysis of strategic documents and legal acts of the Lithuanian health system allows to state that the most important goal of preparation for health care changes is the long-term goal of better public health, purposefully forming change management, taking into account the country's political provisions, economic development, health and social sector.
 - 2.2. An evaluation of the scientific literature has shown that digital technologies have a significant impact on the process of managing changes in the delivery of public services. The development and implementation of an electronic health infrastructure information system at the national level has recently been seen as a key condition for ensuring a safe, efficient, high-quality, patient-centered and seamless healthcare system.
 3. ***On the basis of the analyzed methodological aspects of public sector change management, a theoretical model of change management has been prepared***

and characterized and its need and application possibilities in Lithuanian outpatient personal health care institutions have been substantiated. The need for a change management model at the level of Lithuanian outpatient health care institutions is based on the desire to modernize the management of outpatient health care institutions, improve the quality and accessibility of health care services provided and respond to the needs of society:

- 3.1. The theoretical model of the change management process allows outpatient personal health care institutions to identify resistance factors that may disrupt the change process, prepare for the implementation of the change process by identifying and selecting the most appropriate management tools and develop optimal change management strategies based on the institution's goals, assigning responsibilities and continuously evaluating the results of change implementation.
 - 3.2. Based on the six-step structure of the change management process model (strategy development, stakeholder involvement, program development, assignment of responsibilities, control and outcome evaluation), the change management process was supplemented with the following steps:
 - identifying failures in the change management process;
 - application of change management process measures;
 - application of feedback.
 - 3.3. The developed theoretical model of the change management process for outpatient personal health care institutions confirmed the statement that the conditions for the implementation of change management require a nine-stage change management process: 1) strategy formulation and development, 2) stakeholder involvement, 3) program design, 4) assignment of responsibilities, 5) identification of change management process failures, 6) application of change management process tools, 7) control, 8) outcome evaluation, 9) feedback application.
4. ***An empirical study of change management in Lithuanian outpatient health care institutions allowed to identify the most important strategic goals of the country's health care system, key factors in organizations' preparation to implement innovative change, internal and external interferences in the implementation of change, helping to manage change management disruptions, reduce resistance to change, the influence of information technology in optimizing the processes of change in the management of the health sector, making policy decisions to meet the needs and expectations of the population:***
- 4.1. Empirical research has shown that the main strategic goals and improvement directions of the country's health care system are related to the development of primary health care, development and implementation of innovative and personalized digital methods and tools for health promotion and disease prevention, application of new modern public management models, management of human resource changes, support for priority projects and initiatives provided for in the National Health Program, integration with

other sectors in reducing regional exclusion, improving the quality and accessibility of medical services.

- 4.2. Based on the results of the empirical study, the barriers to implementation of change in the health sector identified by experts are mostly related to general management factors (resistance of managers and medical staff to innovation, changes in management and optimization of service delivery, fear of change, lack of health care services and evaluation mechanisms) and political factors (lack of a long-term health policy strategy, lack of consensus among key governing parties on long-term health policy goals), and the heads of outpatient personal health care institutions point to the lack of organizational culture, low computer literacy and the lack of human resources motivation system, competence of managers, non-identification of problems / disturbances, lack of financial resources as the biggest obstacles to the implementation of changes in outpatient personal health care institutions;
- 4.3. The empirical study found that the heads of outpatient personal health care institutions, who give more importance to the implementation of the staff motivation model, state that the lack of control over staff competence and change processes is less important than obstacles to successful change, and vice versa. It was also found that the heads of outpatient personal health care institutions, for whom attracting and securing funding resources seem more important, give less importance to the lack of organizational culture, and vice versa.
- 4.4. The strategic provisions for improving change management proposed by experts are mostly related to the political will to implement reforms, encouraging managers to make evidence-based decisions, strengthening managerial leadership and leadership, securing financial resources, inter-institutional cooperation, investing in innovation and activities, and introducing new medical technologies. The heads of outpatient personal health care institutions identify the formation of a competent team, the preparation of a proper change implementation plan, and the implementation of information technologies as the most important provisions. It should be emphasized that the strategic provisions for the improvement of management proposed by the experts and the heads of outpatient health care institutions, in general, coincide with the essential aspects identified in the theoretical part of the dissertation, such as the promotion of inter-institutional cooperation, the need for public organizations to develop new prevention models, adaptation to changing conditions and to manage the available financial and human resources properly and rationally, anticipating the long-term results of the changes to be implemented.
- 4.5. The analysis of the performed empirical research confirmed the statement that managers of outpatient health care institutions with younger age (up to 39 years) and shorter work experience (up to 5 years) pay more attention to the competence of managers and application of information technologies

in order to implement changes, meanwhile, older and longer-term heads of institutions pay more attention to securing financial resources and measures to motivate human resources. The empirical study also confirmed that the assessment of readiness for change management depends on the active involvement of the manager in proposing innovative change ideas, and the assessment of readiness for change management does not depend on new or optimized organizational measures of the change management process. Respondents aged 11-20 and 6-10 years in current positions and those with a doctorate rate best assess their institution's preparation for change management.

5. Based on the theoretical and secondary sources and empirical research data, the conceptual change management model for Lithuanian outpatient personal health care institutions is based on the following principles:

- 5.1. The basis of the conceptual change management model for Lithuanian outpatient personal health care institutions consists of: preparation of organizations for the implementation of changes; change process and implementation process; provided feedback on the results of the change process and the value created.
- 5.2. On the basis of theoretical and empirical research, the most important factors for successful implementation of change management processes have been identified: *external* (networks and networking, cross-sectoral cooperation between public and private sectors, NGOs, local authorities, foreign organizations, exchanging good international practices), improving the quality and accessibility of services (investment in innovation), reducing the cost of services, ensuring / supporting political support) and *internal* (leadership, dissemination of institution vision, goals and strategy, provision of resources (appropriate balance of income and expenditure), application of motivational measures, involvement and support of employees in change processes, dissemination of knowledge and information, improvement of organizational culture, IT solutions in all management and levels of health care delivery, health care quality indicators and their continuous monitoring).
- 5.3. In the conceptual change management model, stakeholders and factors influencing organizational change processes are distinguished: *internal positive* (leadership, vision, strategy, new technologies, human resources, work culture) and *negative* (lack of a unified body vision and strategy, desire to maintain the *status quo*, lack of competence, lack of involvement in the process of change, lack of awareness of the benefits of change, fear of failure, peer pressure, lack of communication, counterproductive attitudes), as well as *external positives* (globalization, political, economic, social factors, new technologies, regulators, service users) and *negative* (inflexible legal and political environment, competition with other personal health care system institutions, lack of political support).

- 5.4. The developed conceptual change management model is applied to Lithuanian outpatient personal health care institutions in order to evaluate the course of change management, to identify the environmental conditions of the change processes of a specific personal health care institution, which determine the occurrence of resistance factors in the change management process. The model allows to prepare for the implementation of a specific process of change in outpatient health care institutions by selecting the most appropriate external and internal management measures, identify internal and external factors that may influence the change process, and assign responsibilities for assessing milestones and end results.
- 5.5. The analysis of the empirical study revealed that the analyzed problematic issues and negative aspects of the implementation environment for outpatient changes in personal health care facilities require further researcher attention to identify problems and disruptions and anticipate new strategic management goals involving government officials, health care managers, employees, patients and other stakeholders. It is recommended to analyze and evaluate the good change management practices of Lithuania and foreign countries and to analyze separate aspects of their application and implementation.

APPROBATION OF THE RESEARCH RESULTS

Peer-reviewed scientific publications on the topic of the dissertation:

1. Vedlūga, Tomas; Mikulskienė, Birutė; Čepuraitė, Daiva. Elektroninės prisirašymo paslaugos analizė vartotojų požiūriu = Analysis of the content of electronic registration services at the user's views // Sveikatos politika ir valdymas = Health policy and management. Vilnius : Mykolo Romerio universitetas. ISSN 2029-3569. eISSN 2029-9001. 2019, Nr. 1 (11), p. 81-95. DOI: 10.13165/SPV-19-1-11-05. <https://ojs.mruni.eu/ojs/health-policy-and-management/article/view/5246/4651>
2. Skrickienė, Laima; Čepuraitė, Daiva; Štaras, Kęstutis. Besimokanti organizacija šiuolaikinio viešojo valdymo kontekste = Learning organization in the context of the modern public administration // Sveikatos mokslai = Health sciences. Vilnius: Sveikatos mokslai. ISSN 1392-6373. eISSN 2335-867X. 2018, t. 28, Nr. 1, p. 57-66. DOI: 10.5200/sm-hs.2018.010. <https://sm-hs.eu/wp-content/uploads/2019/03/1147-3122-1-PB.pdf>
3. Raipa, A., Štaras, K., Čepuraitė, D. (2017). Pokyčiai ir inovacijos Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos institucijose Lietuvoje: kompleksinio viešojo valdymo kontekstas = Changes and innovations in the health care system institutions in Lithuania: a context of the complex public governance. Viešasis administravimas = Public administration, 1-2(53-54), 105-114.
4. Raipa, A., Štaras, K., Čepuraitė, D. (2017). Sveikatos apsaugos sistemos Europos Sąjungoje: finansai ir strateginis valdymas = The health care systems in the European Union: finance and strategic management. Viešasis administravimas = Public administration, 1-2(53-54), 43-53.

The publications are available here: <https://bit.ly/DaivaGriksiene>

Other publications:

1. Raipa, A., Čepuraitė, D. (2017). Applying of the Case Management Model in the Personal Health Care Institutions in the Context of the New Public Governance. Public Policy and Administration. 2(16), p. 165-178. doi:10.13165/VPA-17-16-2-01
2. Čepuraitė, D., Štaras, K. (2017). Health Care Institutions Performance and data exchange Prototype in the Context of the Modern Public Administration. 20th Republican Scientific Conference of Doctoral and Master's Students "EU Economic, Financial and Business Processes and Trends", Vytautas Magnus University, Kaunas. p. 5-8. ISSN 2538-6778.
3. Raipa, A., Čepuraitė, D. (2016). Governance Decisions in the Health Care Institutions: Out-of-hours Services. "Public Administration". 1-2 (72-79). ISSN 2351-7069.
4. Štaras, K., Juodaitė Račkauskienė, A., Čepuraitė, D. (2016). Prevalence of sexually transmitted infection in Vilnius from 2009 to 2015. Health sciences. 6 (26), p. 120-124. doi://http.doi.org/10.5200/sm-hs.2016.102.

5. Štaras, K., Juodaitė Račkauskienė, A., Čepuraitė, D. (2015). "Aspects of Medical Care Provision by Out-of-hours 2009 - 2015 Service at pi "Center Outpatient Clinic". *Health Sciences: Health Economics and Management*, Vilnius. 4(25), p. 102-111. doi:<http://doi.org/10.5200/sm-hs.2015.080>.
6. Štaras, K., Juodaitė Račkauskienė, A., Čepuraitė, D., Vedlūga, T. (2014). "The Efficiency of Activities performed by Health Care Institutions when Applying Case Management Model Approach". *Lithuanian General Practitioner, Vitae Litera*, 2(18). 276.
7. Štaras, K., Čepuraitė, D., Kudukytė Gasperė, R. (2013). The Distribution of Working Time of the Health Care Specialists, Employed in Ambulatory Health Care Institutions. *Health policy and management*. 1 (5): 167-188. doi:10.13165/SPV-13-1-5-11.

Presentations in scientific conferences:

1. Štaras, K., Grikšienė, D. (2021). Organizational innovations of nurses working in a team of family doctors in expanding professional competencies. *International Scientific Conference: The leadership role of nurses and midwives in organizing teamwork*, Republic of Uzbekistan, Tashkent University, May 26, 2021.
2. Grikšienė, D. (2020). Application of Innovative Processes in Personal Health Care Institutions in the Context of Modern Public Administration. *13th International Scientific Conference: The development of the state vision in the 21st century: national and international context*, Šiauliai University and Lithuanian Union of Scientists 18-19 September 2020.
3. Skrickienė, L., Čepuraitė, D., Štaras, K. (2018). Learning Organization in the Context of the Modern Public Administration. *International Scientific Conference: Emerging Trends in Economics, Culture and Humanities*, Riga, Latvia, 25–27 April 2018.

Scientific practical:

1. Research Internship at University of Latvia, Faculty of Business, Management and Economics, 1– 31st August 2018.

CURRICULUM VITAE

Personal information

Name, Surname Daiva Grikšienė
Contacts daiva.cepuraite@gmail.com

Education

2017–2021 Doctoral student at Mykolas Romeris University (Social Sciences, Management)
2011–2013 Master's degree in Policy (Healthcare policy and management), Mykolas Romeris University
2007–2011 Bachelor's degree in Occupational Therapy, Vilnius University, Faculty of Medicine

Work experience

2021–Now Head of the Vaccination Center, VšĮ Centro poliklinika
2014–2021 Lecturer, Mykolas Romeris University
2016–2021 Administrator of the Therapy Consulting Division, VšĮ Centro poliklinika

Grikšienė, Daiva

POKYČIŲ VALDYMO MODELIAVIMAS LIETUVOS AMBULATORINĖSE ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE: daktaro disertacija. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2021. 280 p.

Bibliogr. 165–182 p.

Viešojo sektoriaus pokyčių valdymas šiandien yra itin svarbi naujojo viešojo valdymo struktūrų veiklos dalis, todėl inovatyvių valdymo pokyčių realizavimo užtikrinimui reikalingas kompleksinis viešasis valdymas, suprantamas kaip įvairių formų ir praktikos veiksnys, būtinas sėkmingam pokyčių įgyvendinimui. Sveikatos priežiūros įstaigų vadovų lūkesčiai ir iššūkiai įgyvendinant pokyčius ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose patvirtina pokyčių valdymo įgyvendinimo priemonių poreikį. Pokyčių valdymo procesai, trikdžiai ir jų valdymo priemonės nepakankamai analizuojami, pasigendama pokyčių valdymo proceso tyrimų skirtinguose pokyčių įgyvendinimo etapuose. Disertacinis darbas skirtas išsiaiškinti, koks pokyčių valdymo procesas tinka Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms. Atlikta pokyčių valdymo modelių lyginamoji analizė leido identifikuoti skirtingus pokyčių valdymo proceso etapus ir suformuoti optimalų pokyčių valdymo modelį Lietuvos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms. Parengtas metodologinis instrumentas pokyčių valdymui ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose sudaro prielaidas išankstiniams dimensijų ir pritaikomumo galimybių vertinimui modeliuojant pokyčius Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos sistemos institucijose, tobulinant, efektyvinant ir įgyvendinant pokyčių valdymo procesus.

Today, public sector change management is a crucial part of the new public governance structures, so ensuring the implementation of innovative governance changes requires integrated public governance, understood as a factor of various forms and practices necessary for successful implementation of change. The expectations and challenges of health care managers in implementing change in outpatient health care institutions confirm the need for change management implementation measures. Change management processes, failures and their management measures are insufficiently analyzed, there is lack of change management process research at different stages of change implementation. The dissertation is intended to find out what change management process is suitable for Lithuanian outpatient personal health care institutions. The performed comparative analysis of change management models allowed to identify different stages of the change management process and to form an optimal change management model for Lithuanian outpatient personal health care institutions. The developed methodological measures for change management in outpatient health care institutions creates preconditions for preliminary assessment of dimensions and applicability possibilities by modeling changes in the institutions of the health care system of the Republic of Lithuania, improving, streamlining and implementing change management processes.

Daiva Grikšienė

POKYČIŲ VALDYMO MODELIAVIMAS LIETUVOS AMBULATORINĖSE
ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE

Daktaro disertacija
Socialiniai mokslai, vadyba (S 003)

Mykolo Romerio universitetas
Ateities g. 20, Vilnius
Puslapis internete www.mruni.eu
El. paštas roffice@mruni.eu
Tiražas 20 egz.

Parengė spaudai leidykla „Žara“

Spausdino UAB „Šiaulių spaustuvė“
P. Lukšio g. 9G, 76200 Šiauliai
info@dailu.lt
<http://siauliuspaustuve.lt>

