

Šarūnas BANEVIČIUS

DAKTARO DISERTACIJA

REGIONINĖ PARTNERYSTĖ
SVEIKATOS TURIZMO VALDYMO
SISTEMOJE

SOCIALINIAI MOKSLAI,
VADYBA (S 003)
VILNIUS, 2021

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

Šarūnas Banevičius

**REGIONINĖ PARTNERYSTĖ
SVEIKATOS TURIZMO VALDYMO SISTEMOJE**

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.

Mokslinis vadovas:

prof. dr. Alvydas Baležentis (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003).

Mokslinė konsultantė:

prof. habil. dr. Anna Lis (Gdansko technologijos universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003).

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

Pirmininkas:

prof. dr. Vainius Smalskys (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003).

Nariai:

prof. habil. dr. Diana Dryglas (AGH mokslo ir technologijų universitetas, Lenkijos Respublika, socialiniai mokslai, vadyba, S 003);

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

prof. dr. Diana Šaparnienė (Vilniaus universiteto Šiaulių akademija, socialiniai mokslai, vadyba, S 003);

prof. dr. Jan Žukovskis (Vytauto Didžiojo universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003).

Daktaro disertacija bus ginama viešame Vadybos mokslo krypties tarybos posėdyje 2021 m. gruodžio 10 d. 13 val. Mykolo Romerio universitete, I-414 auditorijoje.

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

Daktaro disertacijos santrauka išsiųsta 2021 m. lapkričio 10 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.

*Išreiškiama padėka už konsultacijas, rekomendacijas, išvalgas,
kritinius pastebėjimus, kūrybiškumo skatinimą bei
bendradarbiavimą rengiant disertaciją:
moksliniam vadovui prof. dr. Alvydui Baleženciui;
mokslinei konsultantei prof. habil. dr. Annai Lis*

Recenzentams:

prof. dr. Dianai Šaparnienei ir

prof. dr. Janui Žukovskiui.

Ekspertinio vertinimo tyrimo dalyviams;

prof. dr. Vytautui Jonui Žilinskiui,

prof. habil. dr. Juliui Ramanauskui,

doc. dr. Linui Žaliui,

prof. dr. Teodorui Tamošiūnui;

Šeimos nariams.

„Visada išsipildo tai, dėl ko esame pasiruošę eiti PIRMYN“

– Daiva Grikšienė

TURINYS

NAUDOJAMOS SANTRUMPOS	7
PAVEIKSLŲ SAŲVADAS	9
LENTELIŲ SAŲAŠAS	11
PRIEDŲ SAŲAŠAS.....	12
AIŠKINAMASIS SAŲVOKŲ ŽODYNAS.....	13
ĮVADAS	15
1. REGIONINĖS PARTNERYSTĖS SVEIKATOS TURIZMO VALDYMO SISTEMOJE TEORINIAI PAGRINDAI.....	21
1.1. Regioninės partnerystės esmė, veiksniai ir valdymas	21
1.1.1. Regioninės partnerystės esmė ir turinys	21
1.1.2. Sveikatos turizmo partnerystės veiksmingumą lemiantys veiksniai	30
1.1.3. Regioninės partnerystės valdymas.....	35
1.2. Sveikatos turizmo esmė, veiksniai ir rizikos valdymas.....	40
1.2.1. Sveikatos turizmo esmė	40
1.2.2. Sveikatos turizmo veiksniai.....	50
1.2.3. Sveikatos turizmo rizikos valdymas.....	57
1.3. Tarporganizacinė partnerystė sveikatos turizmo valdymo sistemoje	65
1.3.1. Tinklaveikos reiškinys ir samprata	65
1.3.2. Sveikatos turizmo klasterio valdymas.....	81
2. REGIONINĖS PARTNERYSTĖS SVEIKATOS TURIZMO VALDYMO SISTEMOJE TYRIMO METODOLOGINIAI PAGRINDAI.....	91
2.1. Regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje empirinio tyrimo metodologinis pagrindimas	91
2.2. Regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje empirinio tyrimo metodika.....	100
2.2.1. Empirinio tyrimo patikimumo vertinimas.....	102
2.2.2. Ekspertinio vertinimo organizavimas	103
3. REGIONINĖ PARTNERYSTĖ SVEIKATOS TURIZMO VALDYMO SISTEMOJE TYRIMO REZULTATAI	109
3.1. Sveikatos turizmo sistemų raida	109
3.2. Lietuvos sveikatos turizmo sistemos ekspertinio vertinimo rezultatai	110
3.2.1. Sveikatos turizmo esamos situacijos analizė	110
3.2.2. Sveikatos turizmo plėtrą skatinantys ir stabdantys veiksniai	118
3.2.3. Tarporganizacinės sąveikos bruožų analizė	120
3.2.4. Sveikatos turizmo valdymo struktūros formavimas.....	121
3.2.5. Sveikatos turizmo rizikos valdymo algoritmo sudarymas.....	126

3.3. Lenkijos sveikatos turizmo sistemos ekspertinio vertinimo rezultatai	132
3.4. Tarptautinio sveikatos turizmo ekspertinio vertinimo rezultatai	139
3.5. Tyrimo rezultatų lyginamoji analizė ir apibendrinimas	145
IŠVADOS	155
REKOMENDACIJOS.....	159
LITERATŪROS SĄRAŠAS	161
PRIEDAI.....	183
SANTRAUKA.....	197
MOKSLINIŲ PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS	223
SUMMARY	227

NAUDOJAMOS SANTRUMPOS

- CRO** – Kroatija
EST – Estija
EIM – Ekonomikos ir inovacijų ministerija
ETA – Europos turizmo asociacija (angl. *ETOA – European tourism association*)
JCI – Jungtinė tarptautinė komisija (angl. *Joint Commission International*), tai vienas aukščiausių įvertinimų, kokį gali gauti sveikatos priežiūros įstaiga pasauliniu mastu
JTO – Jungtinių Tautų Pasaulio turizmo organizacija (angl. *UNWTO – World Tourism Organization*)
JTVP – Jungtinių Tautų plėtros programa
LAT – Latvija
LTU – Lietuva
MTEP – moksliniai tyrimai ir eksperimentinė plėtra
MPSP – modifikuotas prioritetų skirstymo ir parinkimo metodas
NUTS – ES teritorinių statistinių vienetų nomenklaturą
NVV – Naujoji viešoji vadyba
NI – Nelaimingas įvykis
POL – Lenkija
PPO – Pasaulio prekybos organizacija (angl. *WTO – World Trade Organization*)
POR – Portugalija
RSTI – Regioninė sveikatos turizmo institucija
ST – Sveikatos turizmas
SAM – Sveikatos apsaugos ministerija
TUR – Turkija
TIC – Turizmo informacijos centras
TAO – Tinklą administruojanti organizacija
URM – Užsienio reikalų ministerija
VPSP – Viešojo ir privataus sektorių partnerystė

PAVEIKSLŲ SAŪVADAS

1 pav. Sumanaus regiono sandara	24
2 pav. Viešojo ir privataus sektorių partnerystės modelis įtraukiamajam sveikatos turizmo paslaugų vystymui	30
3 pav. Veiksmingos sveikatos turizmo partnerystės veiksniai.....	34
4 pav. Regioninės partnerystės valdymo sistemos kokybės veiksniai	37
5 pav. Sveikatos turizmo paslaugų spektras.....	49
6 pav. Sveikatos turizmo rizikos valdymo modelis.....	64
7 pav. Tarporganizacinis tinklas.....	67
8 pav. Pagrindinės tinklo valdymo formos	70
9 pav. Centralizuoti ir decentralizuoti vidaus ryšiai.....	73
10 pav. Sveikatos turizmo valdymo sistema	79
11 pav. Principinis Lietuvos sveikatos turizmo klasterio veikimo modelis.....	86
12 pav. Tyrėjo mąstysena	91
13 pav. Tyrimų paradigmos sandara	92
14 pav. Regioninės partnerystės ST valdymo sistemoje tyrimo pasirinkimo struktūra.....	93
15 pav. Tyrimo trianguliacinis procesas.....	99
16 pav. Disertacijos empirinio tyrimo struktūra	101
17 pav. Ekspertų vertinimų standartinio nuokrypio priklausomybė nuo ekspertų skaičiaus, sudaryta pagal, A. Baležentis ir M. Žalimaitė, 2011	105
19 pav. Sveikatos turizmo Lietuvoje SSGG matrica – ekspertų vertinimai (n=15), 2020	111
20 pav. Sveikatos turizmo kuriamos naudos tiksliniams gavėjams Lietuvoje – ekspertų vertinimai (n=15), 2020.....	113
21 pav. Lietuvos sveikatos turizmo vieta – sveikatos turizmo gyvavimo cikle – ekspertų vertinimai (n=15), 2020.....	114
22 pav. Lietuvos sveikatos turizmo išvystymo stadijos analizė – ekspertų vertinimai (n=15), 2020.....	115
23 pav. Sveikatos turizmo pagalbos galimybės sprendžiant sveikatos sistemos problemas Lietuvoje – ekspertų vertinimai (n = 15), 2020	116
24 pav. Lietuvos Sveikatos turizmo plėtrą skatinantys ir stabdantys veiksniai – ekspertų vertinimai (n = 15), 2020.....	119
25 pav. Lietuvos sveikatos turizmo tinklinių struktūrų bendradarbiavimo broožų analizė – ekspertų vertinimai (n = 15), 2020.....	120
26 pav. Regioninės politikos principų veiksmingumas Lietuvos sveikatos turizme – ekspertų vertinimai (n=15), 2020	121
27 pav. Lietuvos sveikatos turizmo regionų valdymo tobulinimas – apibendrinti siūlymai (n=15).....	122
28 pav. Sveikatos turizmo institucijų atsakomybės lygis Lietuvoje – ekspertų vertinimai (n=15), 2020.....	123

29 pav. Lietuvos sveikatos turizmo tinklo institucijų reikšmingumo vertinimas – ekspertų vertinimai (n = 15), 2020.....	124
30 pav. Principinė Lietuvos sveikatos turizmo valdymo struktūra – ekspertų vertinimai (n = 15), 2020.....	125
31 pav. Lietuvos sveikatos turizmo galimų rizikų tikimybė – ekspertų vertinimai (n=15), 2020.....	126
32 pav. Sveikatos turizmo rizikos valdymo algoritmas.....	130
33 pav. Sveikatos turizmo paslaugų valdymo funkcinis modelis.....	131
34 pav. Skatinantys ir stabdantys veiksniai sveikatos turizmo plėtrą Lenkijoje – ekspertų vertinimai (n = 10), 2021.....	134
35 pav. Pagrindinės sveikatos turizmo problemos Lenkijoje – ekspertų vertinimai (n=10), 2021.....	135
36 pav. Regioninės sveikatos turizmo institucijos funkcijų poreikis Lenkijoje – ekspertų vertinimai (n=10), 2021.....	136
37 pav. Lenkijos sveikatos turizmo tinklinių struktūrų bendradarbiavimo bruožų analizė – ekspertų vertinimai (n = 10), 2021.....	137
38 pav. Lenkijos sveikatos turizmo galimų rizikų tikimybė – ekspertų vertinimai (n = 10), 2021.....	138
39 pav. Sveikatos turizmo plėtrą skatinantys ir stabdantys veiksniai – tarptautinis ekspertų vertinimas (n = 7), 2021.....	140
40 pav. Pagrindinės sveikatos turizmo problemos – tarptautinis ekspertų vertinimas (n=7), 2021.....	141
41 pav. Regioninės sveikatos turizmo institucijos funkcijų poreikis – tarptautinis ekspertų vertinimas (n = 7), 2021.....	142
42 pav. Sveikatos turizmo tinklinių struktūrų bendradarbiavimo bruožų analizė – tarptautinis ekspertų vertinimas (n = 7), 2021.....	143
43 pav. Sveikatos turizmo galimų rizikų tikimybė – tarptautinis ekspertų vertinimas (n = 7), 2021.....	144
44 pav. LTU- LAT-EST- POL- POR-TUR-CRO sveikatos turizmo valdymo sistema	146
45 pav. Sveikatos turizmo valdymo platforma	149
46 pav. Strateginis požiūris į sveikatos turizmo industrijos plėtojimą.....	150

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Organizacinės partnerystės samprata	26
2 lentelė. Viešojo ir privataus sektorių partnerystės funkcijos sveikatos turizmo industrijoje.....	31
3 lentelė. Regionų valdymo samprata	38
4 lentelė. Sveikatos turizmo iširtumas ir raida	41
5 lentelė. Sveikatos turizmo sąvokų apibrėžties įvairovė	43
6 lentelė. Sveikatos turizmo valdymo sistemų tipai pagal tarpininkus.....	51
7 lentelė. Sveikatos turizmo plėtrą skatinantys ir stabdantys veiksniai	54
8 lentelė. Rizikos samprata	58
9 lentelė. Rizikos valdymo algoritmai	63
10 lentelė. Tinklaveikos formų bruožai	v
11 lentelė. Klasterio ir sveikatos turizmo klasterio samprata	82
13 lentelė. Keturių tyrimo strategijų logika.....	94
14 lentelė. Ekspertinio vertinimo informantų sąrašas.....	104
15 lentelė. Sveikatos turizmo GGSS matrica.....	112
16 lentelė. Pagrindinės sveikatos turizmo problemos Lietuvoje – ekspertų vertinimai (n=15), 2020	117
17 lentelė. Sveikatos turizmo plėtrą skatinantys ir stabdantys veiksniai Lietuvoje – ekspertų vertinimai (n=15), 2020.....	118
18 lentelė. Medicinos turizmo rizikų minimavimą siūlomi sprendiniai Lietuvoje – apibendrintas ekspertų vertinimas (n=15).....	127
19 lentelė. Sveikatos turizmo rizikos etapų ekspertinio vertinimo palyginimo sistema.....	128
20 lentelė. Sveikatos turizmo rizikos etapų svorinio koeficiento skaičiavimas	129
21 lentelė. Skatinantys ir stabdantys veiksniai sveikatos turizmo plėtrą Lenkijoje – ekspertų vertinimai (n=10), 2021.....	133
22 lentelė. Skatinantys ir stabdantys veiksniai sveikatos turizmo plėtrą – tarptautinis ekspertų vertinimas (n=7), 2021	139

PRIEDŲ SĄRAŠAS

1 priedas. Tinklų samprata.....	183
2 priedas. Tinklo tipologijos	185
3 priedas. Lietuvos turizmo klasteriai, teikiantys sveikatos turizmo paslaugas, 2021 m.	186
4 priedas. Pagrindinės tyrimų filosofijų charakteristikos.....	188
5 priedas. Pozityvizmo ir konstruktyvizmo (interpretatyvizmo) filosofinių prielaidų stiprybės ir silpnybės.....	190
6 priedas. Gyvenimo aprašymas.....	191

AIŠKINAMASIS SĄVOKŲ ŽODYNAS

Organizacinė partnerystė – santykis, kuris apima: galios, darbo, paramos ir informacijos dalijimąsi su kitais, siekiant bendrų tikslų ar abipusės naudos. Partnerystė pripažįstama kaip bendradarbiavimo būdas, turintis svarbią reikšmę skatinant ilgalaikį strateginį mąstymą (Franco ir Estevã, 2010).

Medicinos turizmas – savanoriškas persikėlimas už gyvenamosios šalies ribų, siekiant gauti planuotą gydymą, sveikatai išsaugoti – gyvenimo kokybei pagerinti (Lukowicki-Vikuk, 2012).

Partnerystė sveikatos turizmo industrijoje – tai bendradarbiavimu grįsti tarporganizaciniai santykiai, įforminami sutartimis (*kontraktais*), kurie yra grindžiami abipusiu pasitikėjimu ir lygia sprendimų priėmimo galia, bei priverčianti įsitraukti visas dalyvaujančias puses kuriant bendrą veiklos strategiją, orientuojantis į bendrų tikslų siekimą, dalijantis pelnu, nuostoliais ir rizika.

Regionas – skirtingais tikslais besiremiantys, socialiai sukonstruoti, tam tikromis vertybių sistemomis susiję teritoriniai vienetai (Murias ir kt. 2012).

Regioninis valdymas – koncepcija, kuri naudojama siekiant pabrėžti suinteresuotųjų šalių, dalyvaujančių koordinuojant regioninės plėtros procesus; šios suinteresuotosios šalys atstovauja valstybinei ir nevalstybinei sričiai ir turi skirtingą pagrindą, interesus ir darbotvarkę (Mose ir kt., 2014).

Regioninė sveikatos turizmo institucija – tai institucija esanti sveikatos turizmo politikos vykdymo ir stebėsenos grandyje bei vykdanči šias funkcijas: visų sistemos dalyvių darbo koordinavimas ir sąveika su medicinos centrais, fasilitatoriais, tarpininkais, tiekėjais, dispečeriais; informacijos aprūpinimas.

Regioninės partnerystės valdymas – tinklinis regioninės plėtros procesų koordinavimas, kuris apima vertikalų ir horizontalų valstybės ir nevalstybinių veikėjų bendradarbiavimą funkcinėje erdvėje.

Rizika – tai pasiryžimas veikti, žinant, kad yra tam tikra tikimybė nepasiekti numatyto tikslo, arba pasiryžimas nesiiimti priemonių, kurios pašalintų galimus neigiamus atsitiktinių aplinkybių padarinius, tikintis, kad tų padarinių nebus. Tai – neapibrėžtumo arba laukiamo rezultato poveikis (*efektas*) (Janušonis, 2017).

Rizikos valdymas – tai jau ne pasyvus nusiteikimas rizikuoti, o metodų ir priemonių visuma aktyviai veikti ateitį ir gauti minimalų nuokrypį nuo laukiamų rezultatų. Tai priemonių rengimo ir realizavimo procesas, kurio tikslas – sumažinti galimas neigiamas nepalankių įvykių pasekmes realizuojant priimtą sprendimą (Kaleininkaitė ir Trumpaitė, 2007).

SPA turizmas – turizmas, orientuotas į kūno gydymą, atpalaidavimą ar gražinimą, kuris yra prevencinio ir (arba) gydomojo pobūdžio (Mainil ir kt., 2017).

Sveikatingumo turizmas – tai visa apimantis terminas, susijęs su medicininėmis, sveikatos, sporto, nuotykių ar transformacinėmis kelionių rūšimis, gerinančiomis

žmogaus savijautą. Holistinis kelionės būdas, apimantis fizinės sveikatos, grožio ar ilgaamžiškumo ieškojimą ir (arba) sąmonės ar dvasinio sąmoningumo stiprinimą ir sąsają su bendruomene, gamta ar „dieviška paslaptimi“ (Hartwell ir kt., 2018).

Sveikatos turizmas – terminas, apimantis keliones iš savo gyvenamųjų vietų į kitas vietas, kurių metu siekiama atlikti įvairaus pobūdžio gydymą (*pradedant medicinine intervencija (pasirenkama ar būtina)*), pagerinti asmens fizinę ar psichinę gerovę tradiciniais ar alternatyviais gydymo būdais, baigiant holistine medicina, kurią siūlo SPA ir sveikatingumo kurortai (Junio ir kt., 2017; Mainil ir kt., 2017).

Sveikatos turizmo tarpininkas – specializuotas agentas, turintis tiek turizmo, tiek sveikatos priežiūros pramonės žinių ir galintis susieti pacientus bei sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus (UNWTO, 2018).

Sveikatos turizmo valdymo sistema – tai valdymo metodų visuma, užtikrinanti sveikatos turizmo politikos, procesų, procedūrų, tarpusavyje susijusių organizacijų struktūrinių dalių valdymą, siekiant užsibrėžtų tikslų.

Sveikatos turizmo klasteris – suprantamas kaip organizacinės partnerystės pagrindų veikiantis organizacinis susivienijimas, vykdamas veiklą nacionaliniu ar tarptautiniu lygmenimis, teikiant specializuotas gydymo paslaugas, fizinių ir psichinių jėgų atsinaujinimo/atstatymo srityse, įskaitant terapines paslaugas, teikiamas naudojant specializuotą infrastruktūrą ir gamtos išteklius.

Tinklaveika – tai tinklų formavimas tikslingais veiksmais (Vilkas, 2007).

Viešojo ir privataus sektorių partnerystė – tai viešojo ir privataus sektoriaus subjektų susitarimai, skirti investuoti į viešąją infrastruktūrą, bendruomenės objektus ir susijusias paslaugas, kurioms būdingas investicijų, rizikos, atsakomybės ir atlygio pasidalijimas tarp partnerių (Reynaers ir Graaf, 2014).

ĮVADAS

Tyrimo aktualumas. Paslaugų sektoriaus dalyvių organizacinė partnerystė yra viena iš sąlygų, užtikrinanti Europos regionų ekonomikos plėtrą. Užsibrėžiant tikslą didinti regionų patrauklumą (*nacionaliniu ir tarptautiniu lygmenimis*), turi būti priimami racionalūs sprendimai – modernizuoti viešąją infrastruktūrą, skatinti tarpsektorinį bendradarbiavimą, vykdyti tarptautinius projektus ir siekti verslo kooperacijos bei turizmo vertės eksporto ugdant bendradarbiavimo ir organizacinės partnerystės kultūrą. Pasitelkiant išteklių, objektų ir iniciatyvų visumą, įvairios partnerystės formos tampa naujos ekonominės ir socialinės vertės kūrimo prielaidomis, didėja verslo organizacijų ekonominis gyvybingumas, atsiranda galimybės vykdyti turizmo produktų sklaidą ir rinkodarą. *Regionalizavimas* yra orientuotas siekti šalies regionų socialinių ir ekonominių skirtumų mažinimo trumpuoju laikotarpiu ir užtikrinti tolygią ir tvarią regionų, kartu – ir visos valstybės plėtrą ilgalaikėje perspektyvoje. Tokiu būdu siekiama užtikrinti darnų regionų vystymąsi.

Paslaugų sektoriaus kompleksiškas suformuoja kelių lygių hierarchinę sistemą, kurioje komunikavimas vyksta *vertikaliais ir horizontaliais ryšiais*. Taigi valdymo koordinavimas, išteklių naudojimas ir sutelkimas, efektyvus funkcijų centralizavimas ir decentralizavimas yra didžiausias iššūkis tobulinant turizmo paslaugų sektorių bei sveikatos turizmą. *Paslauga* tuo pačiu yra veikla ir rezultatas, tai daugiau ar mažiau neapčiuopiama veikla, paprastai pasireiškianti vartotojui sąveikaujant su paslaugą teikiančiais objektais, materialiais ir fiziniais ištekliais ar teikimo sistemomis, kurios užtikrina vartotojo poreikių patenkinimą.

Tobulinant paslaugų sektoriaus valdymą būtina racionaliai ir optimaliai taikyti šiuolaikinio *sinergetikos mokslo* pasiekimus, naudojant juos kuriant ir įgyvendinant naujas partnerystės formas, skirtas įvairioms šiuolaikinio socialinio ir ekonominio gyvenimo sritims.

Lietuvos Respublikoje, kaip ir kitose Europos Sąjungos (ES) šalyse, atliekant ilgalaikių strateginių veiklos prioritetų identifikavimą iškyla skirtingos problemos, *pa-vyzdžiui*: sveikatos turizmo planavimas, finansavimas, sveikatinimo turizmo infrastruktūros plėtos prioritetų nustatymas bei *turizmo sezoniškumo poveikis*, lemiantis netolygų turistų srautų pasiskirstymą. Dėl to turizmo vadyba yra sudėtingas procesas, kuriam valdyti būtina visų dalyvaujančių institucijų organizacinė *partnerystė*, veiksmų koordinavimas, racionalus ir optimalus vykdomų funkcijų, užduočių pasidalijimas siekiant bendrų tikslų.

Mokslinė problema ir jos ištyrimo lygis.

Turizmo regioninės partnerystės formas, valdymą ir plėtos perspektyvas nagrinėjo: Nordin, 2003; McKercher, 2003; Easwar, 2003; Cunha, Cunha, 2005; Spiriajevas, 2007; Jucevičius, 2008; Vilkas, Bučaitė-Vilkė, 2009; Ribašauskienė, Šalengaitė, 2012; Redman, 2012; Leichteris, Švirinas, 2013; Medhekar, 2013; Gilienė, 2014; Mose ir kt., 2014; Vanagienė, Kriškčiukinė, 2014; Velotti ir kt., 2014; Phua ir kt., 2014; Arts ir kt., 2014; Skaržauskienė, Gudelytė, Lančinskienė, 2014; Stačkauskienė, 2015; Christian,

2015; Sala, 2016; Ligeikienė, 2016; Pape ir kt., 2016; Ying, 2016; Pütz ir Job, 2016; Rukuižienė, 2017; Ketels 2017; Junevičius, Albrektas, 2017; Štaraitė, 2017; Bajwa ir kt., 2018; Boyer, 2019; Whiteside, 2019; Semenova ir kt., 2020; Narbaev ir kt., 2020 ir kt.

Turizmo valdymą nacionaliniu, regioniniu ir vietos lygmeniu analizuoja: Getz, 1987; Domarkas, 2007; Drege, Jenkins, 2007; Išoraitė, 2009; Vanagas, 2008; Beaumont, Dredge, 2010; Jagminas, 2011; Armaitienė, Zacharčenko, 2012; Česonis, 2012; Paulauskienė, 2013; Hall, 2016; Wen-Jung, 2016; Ghaderi, 2018 ir kt.

Tinklaveikos proceso valdymą, koordinavimą, bendradarbiavimo mechanizmus ir vystymosi barjerus nagrinėjo: Klijn ir Joop, 2006; Navickas ir Malakauskaitė, 2009; Klijn ir kt., 2010; Stalgienė, 2010; Blomgren Bingham, L. 2011; Esmark, 2011; McGuire, 2011; Ribašauskienė ir Šalengaitė, 2012; Viederytė ir Juščius, 2012; Ribašauskienė ir Šalengaitė, 2013; Gilienė, 2014; Khodabandehloo, 2014; Alberti ir kt., 2014; Nugaras, 2014; Skaržauskienė ir kt., 2014; Stačkauskienė ir Katinienė, 2015; Čeičytė ir Petraitė, 2016; Casanueva ir kt., 2016; Grumadaitė ir Jucevičius, 2017; Rondelez, 2018; Korir, 2018; Yustika ir Goni, 2019; Klijn ir kt., 2020 ir kt.

Sveikatos turizmo sampratą, paslaugas, klasifikavimą ir turistų/pacientų elgseną tyrė: Didaskalou ir Nastos, 2003; Stašys, 2003; Janušonienė, 2009; Lent ir kt., 2010; Heung ir kt., 2010; Carrera ir Lunt, 2010; Turner, 2010; Hall, 2011; Pocock, Hong Phua, 2011; Goel, 2012; Lukowicki-Vikuk 2012; Hofer ir kt., 2012; Kelly, 2012; Čiburienė, 2012; Bučinskaitė, Navickienė, 2012; Paškevičius, 2012; Hodges, Turner, Kimball, 2012; Hall, 2013; Savičiūtė, 2013; Smith, Puczko, 2014; Smith ir Puczko, 2015; Goodarzi ir kt., 2015; Dryglas ir Salamaga, 2016; Šaparnienė, Jablonskytė, 2017; Mainil ir kt., 2017; Beladi, 2018; Hartwell ir kt., 2018; Ghosh, 2018; Bulut ir Sengul, 2019; Khodayari-Zarnaq ir kt., 2020 ir kt.

Sveikatos turizmo rizikos valdymo procesą ir algoritmus analizavo (-uoja) šie tyrėjai: Качалов, 1997; Iqbal ir kt., 2003; Wybo, 2004; Kaleininkaitė ir Trumpaitė, 2007; Tamošiūnienė ir Savčuk, 2007; Buškevičiūtė ir Leškevičiūtė, 2008; Carabello, 2008; Kanapeckienė ir Jurkuvėnas, 2009; Heung ir kt., 2011; Mekšriūnaitė ir Rudaitis, 2013; Chew ir Jahari, 2014; Paškevičius, 2014; Camillo, 2015; Leigh-Brown, 2015; Janušonis, 2016; Mutalib ir kt., 2016; Cui ir kt., 2016; Janušonis, 2017; Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2017; Ganguli ir Ebrahim, 2017; Hasan ir kt., 2017; Ravulakollu ir kt., 2018; Tham, 2018; Jankauskienė ir Kostereva, 2019; Babinskas ir Kanapeckienė, 2019; Nilashia ir kt., 2019; World Tourism Organization, 2020 ir kt.

Sveikatos turizmo plėtrą skatinantys ir stabdantys veiksniai analizuojami šių tyrėjų moksliniuose darbuose: Bialk-Wolf, 2010; Heung ir kt., 2011; Purdy, 2011; Alonso-Alvarez, 2012; Fisher ir Sood, 2014; Han ir Hyun, 2015; Cini ir kt., 2015; Johnston ir kt., 2016; Olkiewicz, 2016; Gökhan, 2017; Guntawongwan, 2017; Ganguli ir Ebrahim, 2017; Dryglas, 2017; Kim ir kt., 2019; Sutana ir kt., 2019; Kim ir kt., 2019; Lianto ir kt., 2020; Lee ir kt., 2020 ir kt.

Partnerystės sudėtinės dalis ir veiksnius užtikrinant tvarią sveikatos turizmo industrijos plėtrą nagrinėja: McQuaid, 2000; Skietrys ir Raipa, A. 2009; Schuppert, 2011; Gan ir Frederick, 2011; Kolerska-Kardela, 2014; Lee ir Fernando, 2015; Smith, 2015; Vetitnev ir kt., 2015; Vetitnev ir kt., 2016; Padilla-Melendez ir Del-Aguila-Obra, 2016;

Chantrapornchai ir Choksuchat, 2016; Padilla-Melendez ir Del-Aguila – Obra, 2016; Ulaş ir Anadol, 2016; Chistobaev ir Grudtcyn, 2017; Georgieva ir kt., 2017; Kim ir Seo, 2019; Illario ir Bousquet, 2020 ir kt.

Apibendrinant disertacijoje analizuotus informacijos šaltinius galima teigti, kad mokslinėje literatūroje tyrėjai atkreipia dėmesį į tokius regioninės partnerystės struktūros formavimo aspektus ir su šiuo reiškiniu susijusią tokią problematiką: *kaip užtikrinti veiksmingą koordinavimo funkciją regioniniame turizmo valdymo kontekste; kokie veiksniai daro įtaką nacionalinio ir savivaldybių turizmo valdymo lygmenų sąveikai; kaip nustatyti ir vertinti sveikatos turizmo plėtros veiksnius; koks partnerystės mechanizmas užtikrins veiksmingą vietos veiklos grupių organizacinį procesą; kokia turizmo sektoriaus struktūros įtaka regionų plėtrai, ir kt.*

Regioninės partnerystės formavimo aspektai tobulinant sveikatos turizmo paslaugų sektoriaus valdymą yra aktualus tyrimų objektas tiek teoriniu, tiek ir praktiniu požiūriu. Šis disertacinis darbas yra skiriamas platesniam pažinimui. Disertacijoje nagrinėjama regioninė partnerystė sveikatos turizmo valdymo sistemoje.

Mokslinio tyrimo problema išreiškia šie probleminiai klausimai – kokie yra pagrindiniai regioninės partnerystės valdymo teoriniai pagrindai ir kaip tobulinti regioninę partnerystę sveikatos turizmo valdymo sistemoje.

Suformuluoti tyrimo probleminiai klausimai leidžia apibrėžti **mokslinio tyrimo objektą** – regioninę partnerystę sveikatos turizmo valdymo sistemoje. Tyrimas atliktas Lietuvos ir Lenkijos sveikatos turizmo sektoriuose. Gautiems tyrimų rezultatams apriboti sudaryta tarptautinė Latvijos, Estijos, Turkijos, Portugalijos, Kroatijos ekspertų grupė.

Mokslinio tyrimo tikslas – išanalizavus regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo teorinius pagrindus ir atlikus empirinį tyrimą, pagrįsti regioninę partnerystę sveikatos turizmo valdymo sistemoje.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išnagrinėti regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje teorinius pagrindus.
2. Metodologiškai pagrįsti regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje empirinį tyrimą.
3. Identifikuoti sveikatos turizmo valdymo sistemos: situaciją; problemas; skatinančius ir stabdančius veiksnius.
4. Ištirti tarporganizacinės partnerystės bruožus sveikatos turizmo valdymo sistemoje.
5. Regioninės partnerystės pagrindu parengti sveikatos turizmo valdymo struktūrą.

Darbo mokslinis naujumas, teorinis ir praktinis reikšmingumas. Pagrįsta regioninė partnerystė sveikatos turizmo valdymo sistemoje:

1. Susisteminta ir įvertinta regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje mokslinių šaltinių problematika.

2. Sudarytas (CRO-EST-LAT-LTU-POR-POL-TUR) sveikatos turizmo gyvavimo ciklas.
3. Suformuotas ir įvertintas sveikatos turizmo paslaugų valdymo sistemos funkcinis modelis.
4. Identifikuoti plėtrą skatinantys ir stabdantys veiksniai sveikatos turizmo valdymo sistemoje.
5. Sudarytas sveikatos turizmo rizikos valdymo algoritmas.
6. Parengta nacionalinio lygmens sveikatos turizmo valdymo struktūra, grindžiama regionine partneryste.
7. Nustatytos ir įvertintos regioninės sveikatos turizmo institucijos funkcijos.

Mokslinio tyrimo metodai. Nagrinėjant regioninės partnerystės teorinius principus bei sveikatos turizmo valdymo ypatumus, atlikta mokslinės literatūros analizė ir apibendrinimas. Atlikta dokumentų analizė nagrinėjant Lietuvos, kitų šalių ir tarptautinių turizmo organizacijų (UNWTO, ETOA ir kt.) parengtas turizmo ataskaitas. Atliekant empirinį tyrimą taikyti šie metodai: ekspertinis vertinimas; lyginamoji analizė; modifikuotas prioritetų skirstymo ir parinkimo (MPSP) metodas. Kokybinė turinio analizė taikyta analizuojant empirinio tyrimo metu gautus tyrimo duomenis.

Ginamieji disertacijos teiginiai:

1. Sistemingą, reguliarią ir nenutrūkstamą sveikatos turizmo plėtrą trikdo šie stabdantys veiksniai: neefektyvi sveikatos turizmo rinkodaros strategija; prastas planavimas ir koordinavimas visame sektoriuje; patikimos statistikos trūkumas taip pat šios *problemos*; susijusios su tuo, kad nėra aiškios ir vieningos sveikatos turizmo platformos; nepakankamai pritaikytas užsienio pacientams valstybinis sveikatos priežiūros sektorius; neišplėta organizacinės partnerystės kultūra.
2. Veiksmingą regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemos įgyvendinimą lemia: sveikatos turizmo valdymo struktūros nacionaliniu lygiu sudarymas ir regioninės sveikatos turizmo institucijos suformavimas.

Mokslinės publikacijos disertacijos tema:

1. Banevičius, Š. 2019. Relevant Management Aspects of Health Tourism Networking. *Socialiniai tyrimai*, Vol. 42, No. 2, p. 30-43, DOI: 10.21277/st.v42i2.270 <https://www.journals.vu.lt/social-research/article/view/22929/22197>
2. Banevičius, Š. 2020. Rizikos veiksnių valdymas medicinos turizmo organizacijose. *Socialiniai tyrimai*, Vol. 43, No. 2, p. 26-34, DOI: 10.21277/st.v43i2.316 <https://www.zurnalai.vu.lt/social-research/article/view/22913/22186>

Kitos publikacijos disertacijos tema:

1. Banevičius, Š. 2018. Klaipėdos regiono kaimo turizmo plėtros kryptys. *International security in the frame of modern global challenges: Collection of scientific works*, p. 11-19, prieiga internetu: <https://repository.mruni.eu/handle/007/16764>
2. Banevičius, Š. 2019. Sveikatos turizmo tinklaveikos aktualūs valdymo aspektai. Tarptautinė 2-oji mokslinė – praktinė konferencija „*Tarptautinis saugumas šiuolaikinių globalių iššūkių kontekste*“, Vilnius, p. 1-6.

3. Banevičius, Š. 2019. Kaimo turizmo plėtra ir valdymas. *Darnus vystymasis: teorija ir praktika*, Druskininkai, p. 12-14.
4. Banevičius, Š. 2019. Tinklinis regionų medicinos turizmo aspektas. Mokslinė konferencija „*Iššūkiai vadybos moksle ir studijose*“ skirta, prof. habil. dr. Antanui Seiliui atminti, Klaipėda, p. 5-7.
5. Banevičius, Š. 2021. Rizikos veiksnių valdymas medicinos turizme. Prof. A. Seiliaus vardo mokslinė konferencija „*Iššūkiai vadybos moksle ir studijose*“, Klaipėda, p. 49-51.
6. Banevičius, Š. 2021. Aspects of successful public-private partnerships in the development of the health tourism industry. Tarptautinės mokslinės-praktinės internetinės konferencijos medžiaga - *The third sector and social economy: Ukrainian and international experiences*, p. 117-120, ISBN: 978-966-192-209-8.

Mokslinėse konferencijose disertacijos tema skaityti pranešimai:

1. Banevičius, Š. „*Sveikatos ir kaimo turizmo sinergijos galimybės Klaipėdos regione*“. 18-ta tarptautinė Ernesto Galvanausko konferencija „Regiono konkurencingumo kaitos tendencijos“, Šiauliai, 2018.
2. Banevičius, Š. „*Tinklinis regionų medicinos turizmo aspektas*“. 19-ta tarptautinė mokslinė konferencija „Regiono konkurencingumo kaitos tendencijos“, Šiauliai, 2019.
3. Banevičius, Š. „*Risk factors management of medical tourism*“. Tarptautinė mokslinė – praktinė konferencija „*Механізми управління розвитком територій*“, Житомир, 2020.

1. REGIONINĖS PARTNERYSTĖS SVEIKATOS TURIZMO VALDYMO SISTEMOJE TEORINIAI PAGRINDAI

1.1. Regioninės partnerystės esmė, veiksniai ir valdymas

1.1.1. Regioninės partnerystės esmė ir turinys

Aktualu nuodugniai išnagrinėti regioninės (*organizacinės*) partnerystės sampratą, kurios kontekste būtų toliau analizuojama sveikatos turizmo valdymo sistema. Atsižvelgiant į šio darbo problemą ir tikslą yra nagrinėjama: organizacinės partnerystės proceso samprata, kliūtys, veiksmingumą lemiantys veiksniai; viešojo ir privataus sektoriaus partnerystės modelis ir funkcijos atskomybė; regioninės partnerystės valdymas.

Kaip pažymi G. Česonis (2012), sąvokos: regionas, rajonas, teritorija, teritorinė sistema, teritorinis vienetas mokslininkų ir praktikų vartojami kaip sinonimai. Išskirti vieną bendrą regiono apibrėžimą yra sudėtinga. Pagal klasikinį regiono apibrėžimą, galima teigti, kad regionas – tai teritorija, pasižyminti tam tikromis specifinėmis, gamtinėmis, demografinėmis, socialinėmis ir ekonominėmis sąlygomis, kurios jį charakterizuoja ir skiria nuo gretimų teritorijų. Šie regionai formuojasi istoriškai savaime, priklausomai nuo gamtinių ir ekonominių sąlygų (Štrimeikienė, 1999; Česonis, 2012). Tačiau regionas negali būti siejamas vien tik su teritorija, kuri apibūdinama kiekybiniais rodikliais, o būtina atsižvelgti į atskiro regiono savitumus, nagrinėjamus remiantis kokybiniais kriterijais (Atkočiūnienė, Gineitienė, Žiogelytė, 2010).

J. Bruneckienė ir A. Klijonienė (2011) teigia, kad **regiono sąvoka** vartojama dažnai ir įvairaus pobūdžio kontekste, tačiau atsiradus naujam požiūriui ir teorijai, jo samprata modifikuojama iš naujo. Regionas kaip koncepcija nėra griežtai apibrėžtas ir dažnai tampa interpretacijų objektu, todėl daugelis autorių skirtingai apibrėžia patį regioną. Lietuvos mokslininkų pateikti regiono apibrėžimai dažniausiai remiasi užsienio šalių autoriais (Murias ir kt., 2012; Potts, 2010; Jussila ir kt., 2007). Pasak P. Murias ir kt. (2012), regionai apibrėžiami kaip skirtingais tikslais besiremiantys, socialiai sukonstruoti, tam tikromis vertybių sistemomis susiję teritoriniai vienetai. Remiantis tarptautiniuose žodynuose („Oxford Dictionary“, „Cambridge Dictionary“, „Thesaurus Dictionary“, „Collins English Dictionary“) pateikiamomis regionų ir sąvokų reikšmėmis, regionų unikalumas apibūdinamas, kaip ypatinga galimybė išskirti ir pasinaudoti vienintelėmis, tik tam regionui būdingomis savybėmis, siekiant užtikrinti regiono gerovę, arba siekti sukurti šias unikalias savybes regionui. Šios savybės apima gamtinius, kultūrinius, žmogiškuosius ir kitus svarbius regiono išteklius. *Regiono plėtros įstatyme* (2014) regionas suprantamas, kaip apskritis arba vyriausybės išskirta iš kelių bendras ribas turinčių apskričių ar savivaldybių sudaryta teritorija, kurioje įgyvendinama nacionalinė regioninė politika.

Regionų samprata dažnai analizuojama mokslininkų darbuose (Kilijonienė ir Bruneckienė, 2011; Bruneckienė ir Krušinskas, 2011; Česonis, 2012; Kraft ir Wolf, 2018; Rehfeld ir Judith Terstriep, 2019; Calero ir Turner, 2020; Willi ir kt. 2020; Moodie ir

kt., 2021; ir kt.). J. Bruneckienė ir A. Klįjonienė (2011) teigimu, regiono sąvoka reiškia teritorinį vienetą, kuris pagal pasirinktą vertinimo kriterijų skiriasi nuo kitų vienetų. A. Šneiderienė ir V. Juščius (2015) pažymi, jog vieno pasirinkto kriterijaus pagrindu tam tikrą geografinę teritoriją galima suskirstyti į regionus. Tarp galimų vertinimo kriterijų paminėtini šie: ekonomikos išsivystymo lygis, ekonomikos augimo tempai, teritorinė ūkio struktūra, gyventojų tankumas, gyventojų prieaugis, gamybinės specializacijos lygis, technologinė pažanga, konkurencingumas, socialiai atsakinga įmonių veikla ir pan. Bene plačiausią ir aiškiausią regiono apibrėžimą pateikia J. Bruneckienė ir R. Krušinskas (2011). Šių mokslininkų teigimu, regionas gali būti apibrėžiamas kaip didesnės ekonominės–socialinės erdvės sudedamoji dalis, kuri nuo kitų ją supančių teritorijų skiriasi materialiais ir informaciniais ryšiais susijusiomis ekonominėmis, socialinėmis, demografinėmis, kultūrinėmis-istorinėmis, gamtinėmis, politinėmis ar infrastruktūros sistemomis. Taigi regionas suprantamas kaip integrali valstybės dalis, mažesnė už pačią valstybę, kurią sudaro tam tikras regionų skaičius. Toks požiūris, šių autorių teigimu, leidžia regioną traktuoti kaip kompleksinę, atvirą ir gyvą socialinę ekonominę sistemą didesnėje erdveje.

Z. Atkočiūnienė ir kt., (2010) teigia, kad *regionai formuojasi istoriškai*, savaime darydami įtaką gamtinėms ir ekonominėms sąlygoms, tačiau regionas neturėtų būti siejamas vien tik su teritorija, būtina atsižvelgti ir į paskiro regiono savitumą. D. Vidickienė ir R. Melnikienė (2008) pabrėžia, kad pastaruoju metu akcentuojama metodikos pasirinkimo svarba klasifikuojant regionus. Taigi svarbu ne tik apibrėžti regionus, bet ir juos suklasifikuoti pasirinkus tinkamą metodiką. P. Tuominen ir kt., (2006) teigimu, regiono ribos gali būti aiškiai apibrėžtos arba aiškaus ribų atskyrimo gali nebūti.

J. Bruneckienė ir R. Krušinskas (2011); J. Bruneckienė ir O. Palekienė (2012) nurodė pagrindines regionų skirtumus lėmusias priežastis: gamtinės–klimatinės gyvenimo ir verslo sąlygos; turimi gamtos išteklių, jų kokybė ir naudojimo kryptys; regiono statusas ir geografinė padėtis; gamybos struktūra, inovacijų diegimo laikas; aglomeracija; technologinės plėtros lygis; demografiniai skirtumai; verslo sąlygos; politiniai ir instituciniai, socialiniai ir kultūriniai veiksniai (Gedminaitė-Raudonė, 2012).

Regionas – tai erdvinė socialinė sistema, sudaryta iš tarpusavyje glaudžiai integruotų viešojo valdymo, ekonomikos, bendruomenės, kultūros posistemių, veikiančių užstatytoje ir gamtinėje aplinkose, kurioms būdingas homogeniškumas, darnumas ir savitumas sistemos viduje; ši sistema paprastai vykdo politines ir (ar) administracines valstybės valdymo funkcijas subnacionaliniu lygmeniu (Sinkienė ir Grumadaitė, 2014).

ES Teritorinių statistinių vienetų nomenklatūra (NUTS) regionus klasifikuoja penkiais lygmenimis: NUTS I – dažniausiai visa šalis, bet kai kuriais atvejais gali būti ir smulkesni teritoriniai dariniai, susiję su federacine šių šalių santvarka (3-7 mln.); NUTS II – santykinai dideli regionai (800 tūkst. – 3 mln); NUTS III – tarpinis lygmuo tarp regiono ir municipaliteto (150-800 tūkst.); NUTS IV – savivaldybė; NUTS V – už savivaldybes smulkesni teritoriniai vienetai (*seniūnija*) (Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas Nr.1059/2003).

Iš esmės regiono sampratą ir jos įvairovę nagrinėjo G. Burbulytė (2005), kuri priėjo prie išvados, jog ekonomikoje regiono terminas vartojamas ir suprantamas gana laisvai, jis taikomas įvairiems teritoriniams vienetams. Išsiskiria tuo, kad tokie regionai neturi griežtai apibrėžtų ribų, dažnai jos net persipina. Konkretesnė regiono samprata taikoma regioninėje ekonomikoje, kai regionas dažniausiai suvokiamas kaip subnacionalinis teritorinis vienetas. Skiriasi regiono sampratos, taikomos vidaus (viešojoje) ir tarptautinėje politikoje. Vidaus politikoje regionai dažniausiai suvokiami kaip griežtai apibrėžti subnacionaliniai (*juridiniai*) teritoriniai vienetai, kuriems taikoma regioninė politika yra valstybės ekonominės politikos dalis, todėl vidaus politikoje atliekami regioniniai tyrimai turi daug bendro su regionine ekonomika.

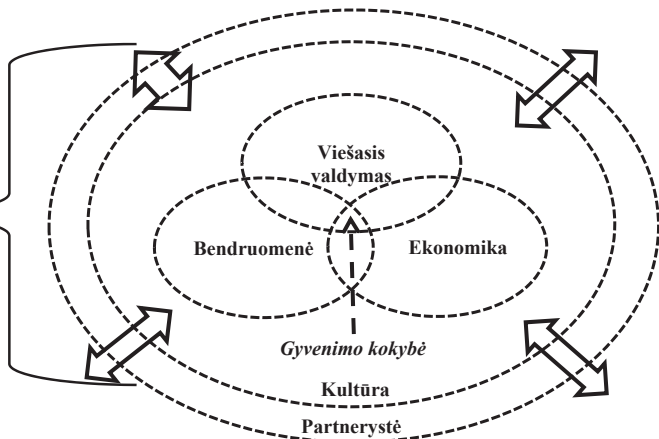
Lietuvos regioninės politikos „Baltoji knyga“ (2017) regioną apibrėžia, kaip teritoriją, kuri pasižymi geografiniu, socialiniu ir ekonominiu vientisumu ar valdymo principais, kurie išskiria ją iš kitų teritorijų. Taikant skirtingus apibrėžimo kriterijus, gali būti įvardijami skirtingo tipo regionai. Baltojoje knygoje regiono sąvoka vartojama įvardijant viešajam administravimui, su jam būdingomis institucijomis, funkcijomis ir biudžetu, skiriamus regionus (*administraciniai regionai*), natūralias ekonominės plėtros, darbuotojų judėjimo, miesto ir kaimo vietovių sąveikos sistemas (*funkciniai regionai*) ir suderintos statistikos rengimui ir plėtros planavimui naudojamus regionus (*statistiniai regionai*).

Apibendrinant galima teigti, kad įvairūs Lietuvos ir užsienio mokslininkai skirtingai apibrėžia regiono sąvoką. Reikėtų pažymėti tai, jog nors kiekvienas regionų tyrinėtojas apibrėžia regiono sąvoką vis kitaip, norėdamas išryškinti kažką savo, bet visuomet yra laikomasi trijų požymių, bendrų visiems regionų apibrėžimams: *teritorija, specializacija, ekonominiai santykiai* (Česonis, 2012).

Regiono turinį galima atskleisti per valdymo lygmenį. Kaip teigia J. Sinkienė ir K. Grumadaitė (2014), regioninis valstybės valdymo lygmuo, kaip šiuolaikinė daugiapakopio valdymo sistemos dalis, būdinga daugeliui Europos valstybių. Regionai – pagrindiniai subjektai, į kuriuos nukreiptos vyriausybių pastangos skatinti augimą, kelti gerovės lygį ir mažinti netolygumus. Vis dažniau regionams perduodama atsakomybė už viešojo transporto, infrastruktūros, turizmo ir kultūros plėtojimo funkcijas, stiprinamas regionų vaidmuo šalies ekonominio vystymosi kontekste.

J. Sinkienė ir K. Grumadaitė (2014) regionus pateikia, kaip *sumanią socialinę sistemą* (1 pav.) ir siūlo laikyti tokią „socialinę sistemą, kuri, palaikydama santykius su aplinka, geba joje išvelgti kritinius požymius ar jų sistemą, į kuriuos greitai ir išradinškai reaguoja, prisitaikydama prie šios aplinkos adekvačiais sprendimais ir panaudodama ją savo tikslų siekiui“.

- Siekiantis tikslo
- Grįstas žiniomis
- Įtinklintas
- Besimokantis
- Inovatyvus
- Intelektiškas
- Judrus
- Skaitmeniškas / taikantis IKT



1 pav. Sumanaus regiono sandara

Šaltinis: pagal, J. Sinkienė ir K. Grumadaitė (2014)

Regiono kaip *socialinės erdvinės sistemos posistemės*: bendruomenės, ekonomikos ir viešojo valdymo, kurios sąveikauja tarpusavyje specifinėje kultūrinėje terpėje, kurios viena iš išraiškų yra sistemos sėkmingam vystymuisi būtina užstatytoji aplinka, siekiant bendrojo regiono bendruomenės narių tikslo – aukštos gyvenimo kokybės.

Sumanus regiono modelį galima vertinti ir kaip trišalį bendradarbiavimą (angl. *triple helix*), kuris susideda iš 3 esminių dedamųjų – universitetai; pramonės šakos (*verslo subjektai*) ir vyriausybės (*viešosios politikos subjektai*) (Li ir kt., 2020). Pagal šį modelį, regioninius plėtros procesus lemia ne tik abipusis universitetų ir pramonės, pramonės ir vyriausybės, vyriausybės bei universitetų porų koordinavimas, bet ir trijų krypčių / dedamųjų sąveika ir bendradarbiavimas. Platus ir intensyvus bendradarbiavimas padeda sukurti palankesnę verslumo, kultūros, sveikatos ir kt. aplinką, kurią sudaro akademinės institucijos ir mokslinių tyrimų centrai, verslo organizacijos, finansų tarpininkų ir viešojo sektoriaus organizacijų aljansai ir kt. Šios organizacijos taip pat kartu kuria verslumo ekosistemą, skatinančią atrasti ir įgyvendinti regionų plėtros galimybes, sudaryti turtingą žinių/kompetencijų aplinką, skatinti novatorišką veiklą ir palengvinti inovatyvių produktų komercializavimą, tai pagaliau skatina gerovės augimą ir naujų krypčių kūrimąsi regione (Capello ir Lenzi 2016; Gordon ir Champion, 2021).

S. Papagiannidis ir kt. (2009) pastebi, kad aukštųjų technologijų organizacijoms yra labai naudinga, kai jos įsikūrusios netoli universitetų, nes toks geografinis artumas garantuoja prieigą prie svarbių naujų išteklių, įskaitant aukštos kvalifikacijos darbuotojų ir patentuotų technologijų, kurios yra būtinos jų išlikimui ir augimui. Universitetai taip pat gali tiesiogiai prisidėti prie regioninio verslumo didėjimo steigdami universitetų investicinių pagrindu ar universitetų valdomas naujas organizacijas (Boardman,

2009). Viešasis sektorius taip pat atlieka svarbų vaidmenį šiame trišaliame bendradarbiavime kuriant inovacijų ir verslumo politiką, teikiant tiesioginę pagalbą finansiniais instrumentais ar mokesčių lengvatomis prioritetiniams sektoriams ar specifinės srities organizacijoms, kuriant tarpines organizacijas, tokias kaip rizikos inkubatoriai, aukštųjų technologijų zonos ir mokslo parkai, kad būtų puoselėjama palanki makro aplinka (Zhou ir Lu 2008).

C. Jesus ir M. Franco (2016); T. Costa ir M.J. Lima (2018) atlikti tyrimai atskleidžia, kad suinteresuotosios šalys supranta bendradarbiavimo svarbą siekiant sinergijos, užtikrinant regionų plėtrą, tuo pačiu ir turizmo vystymąsi, prisidedant prie turistų/pacientų lūkesčių tenkinimo, taip pat ekonomikos augimo bei socialinės naudos kūrimo vietos bendruomenėms. Bendradarbiaudamos organizacijos mažina veiksmų rinkoje išlaidas, rengia bendrą strategiją, pasiekdamos didesnio efektyvumo ir plėtros.

Y. Willi ir kt. (2020) nagrinėdamas regionų turinio sudėtinės dalis įtraukė aktualų dėmenį – **regioninę plėtros agentūrą** (*regioninę instituciją*), kurios paskirtis plėtoti bendradarbiavimo kultūrą, užtikrinti plėtros ir organizacinės partnerystės procesų koordinavimą. Kaip pažymi B. Kraft ir S. Wolf (2018), svarbu kad regioninė plėtros institucija, turėtų įgūdžių ir patirties integruotai strategijai parengti įtraukiant visas suinteresuotas šalis. Taip pat svarbu palaikyti organizacinės partnerystės kultūrą, siekiant užtikrinti, kad integruotos strategijos išskirti prioritetai ir uždaviniai būtų veiksmingai įgyvendinami. Taip bus formuojama geroji praktika vietos viešojo ir privataus sektoriaus organizacijoms.

Analizuojant organizacinės partnerystės teorijos aspektus, kaip pažymi R. W. McQuaid (2000) ir I. Easwar (2003); M. Goodarzi ir kt., (2015), pirmiausia reikia atsakyti į klausimą – *ko siekia partnerystė?* Tai apima strateginį tikslų nustatymą. Kiti partnerystės teorijos aspektai yra: pagrindinių partnerystės veikėjų identifikavimas, kuriuos palaiko abipusis pasitikėjimas, įsipareigojimas ir nauda; partnerystės struktūra ir veiklos vykdymo mechanizmas, nustatant, kas yra atsakingi už planavimą, organizavimą, vadovavimą, kontrolę taip pat visi rašytiniai ir nerašytiniai, oficialūs ir neoficialūs susitarimai, kurie bus naudojami valdant partnerystės procesą; atsakomybės paskirstymas; komunikavimo sistemos, atvira visų partnerystės narių prieiga prie informacijos mainų; organizacinės kultūros suderinamumas, kuomet siekiama suprasti visų partnerystės narių skirtingas kultūras; bendros strategijos rengimas, vykdymas ir vertinimas. Partnerystės mechanizmas turi būti grindžiamas lygybe, abipuse nauda ir atskaitomybe.

Analizuojant mokslinę literatūrą randama įvairių organizacinės partnerystės sampratos apibūdinimų (1 lentelė).

1 lentelė. Organizacinės partnerystės samprata

Autorius, metai	Organizacinės partnerystės sąvoka
Gešicka, 1996	Įmonių bendradarbiavimas pasitelkiant įvairius (<i>vietinius ir nevietinius</i>) išteklius, norint pasiekti bendrus , kartu iškeltus tikslius .
Spekman ir kt., 1998	Santykiai, grįsti ilgalaike , bendros naudos tikslu sudaryta sutartimi tarp dviejų ar kelių pusių (<i>partnerių</i>), kuri paremta žinių, gebėjimų, išteklių pasidalinimu tarp dalyvaujančių pusių, siekiant padidinti konkurencingumą , pilną, veiklos galimybę.
Barlow, Jashapara, 1998	Santykiai, grįsti bendradarbiavimu tarp kelių verslo vienetų, kurį lemia skirtingų organizacijos naudojamų politikų, veiklų ir projektų gausa.
Lambert ir kt., 1999	Santykiai tarp kelių verslo vienetų, paremti abipusiu išipareigojimu , atvirumu, pasitikėjimu ir dalijimusi atlygiu, rizika bei nuostoliais, kurie suteikia konkurencinį pranašumą bei padeda pasiekti geresnių veiklos rezultatų, negu veikiant atskirais.
Roussos, Fawcett, 2000	Intensyvios organizacijų sąveikos forma , skirta politinėms, ekonominėms, socialinėms programoms įgyvendinti bei problemoms spręsti. Partnerystė kuriama dalyvavimo pagrindu ir remiasi atvira komunikacija tarp visų narių. Partneriai ne tik dalijasi informacija, bet ir remia vieni kitus bendroje, planuojamoje veikloje. Partnerystės veiklos rezultatai yra analizuojami ir vertinami, o priimanč sprendimus dalyvauja dauguma narių.
McQuaid, 2000	Organizacinis bendradarbiavimas siekiant konkrečių ekonominių tikslų.
Bagdonas, 2000	Santykiai , paremti kontraktu (<i>sutartimi</i>), kai du ar keli juridiniai ar fiziniai asmenys išipareigoja bendrai veiklai , tam tikriems tikslams pasiekti: gaminti bendrą produkciją, išplėsti rinką, keistis gamybos patirtimi, technologijomis ir kt.
Draft, 2000	Neinkorporuotas verslo veiklos užtikrinimas kelių fizinių ar juridinių asmenų.
McCrystal ir Godfrey, 2001	Dviejų ar daugiau verslo vienetų dalijimasis bendra veikla, galia, išipareigojimais, ištekliais ir atsakomybe.
Harnesk, 2004	Holistinis požiūris , apimantis sisteminį mąstymą ir pasireiškiantis moderniu valdymu. Partnerystė kuriama stengiantis pasiekti abipusio laimėjimo (<i>win-win</i>) vykdant veiklą su tiekėjais, įmonės klientais ar kitomis suinteresuotomis organizacijomis.
Wallace, 2004	Dviejų ar daugiau atskirų verslo vienetų suartėjimas dėl bendro tikslo.
Tipler, 2005	Santykiai , kurie sukuriami dėl abipusio intereso , kad abi dalyvaujančios pusės gautų naudos iš susitarimo bei vykdytų bendrus išipareigojimus.
Min ir kt., 2005	Kelių organizacijų kuriama bendra veiklos valdymo kultūra , siekiant bendrų rezultatų ir tikslų, kurie suteiktų naudą partnerystės santykiams susaistytoms pusėms.
Petrauskienė ir Raipa, 2007	Bendra veikla su visuomene ir jos naudai, o ne vadovavimas jai „iš viršaus“.

Autorius, metai	Organizacinės partnerystės sąvoka
Lambert, 2008	Santykiai tarp įvairių verslo vienetų grindžiami atvirumu, bendrumu, pasitikėjimu, naudos ir rizikos pasidalinimu, stengiantis padidinti verslo efektyvumą .
Legal Information Institute, 2008	Verslo vienetų sąjunga , paremta abiem pusėms priimtinu naudos gavimu bei pelno ar nuostolių dalijimusi tarpusavyje.
Franco ir Estevã, 2010	Santykis , kuris apima: galios, darbo, paramos ir informacijos dalijimąsi su kitais, siekiant bendrų tikslų ar abipusės naudos. Partnerystė pripažįstama kaip bendradarbiavimo būdas, turintis svarbią reikšmę skatinant ilgalaikį strateginį mąstymą.
Prosevičienė, 2010	Ši tarporganizacinės sąveikos forma pasireiškia kaip intensyvi organizacijų sąveikos forma, skirta įvairioms programoms įgyvendinti ir problemoms spręsti. Ji grindžiama dalyvavimu ir atvira komunikacija tarp narių, nes taip dalijamasi informacija bei remiami partneriai bendroje iš anksto planuojamoje veikloje, kurios rezultatai nuolat analizuojami ir vertinami .
Schuppert, 2011	Horizontalaus konsultacinio bendradarbiavimo forma valdymo tinkluose .
Štaraitė, 2017	Savarankiškai organizuotas, nehierarchinis aljansas , kuriame suinteresuoti asmenys iš vieno ar kelių valdymo lygmenų, verslo sričių ar vietos bendruomenės siekia bendrų tikslų, turi bendrų pareigų, teisių ir atsakomybių, keičiasi informacija, dalinasi ištekliais, įgūdžiais, patirtimi ir rizika, ugdo kompetencijas bei kvalifikacijas.

Apibendrinant organizacinės partnerystės sąvokas galima pateikti bendrus organizacinę partnerystę atspindinčius bruožus/požymius ir autorių nagrinėtas sritis: tai bendradarbiavimu grįsti santykiai (Griesienė, 2014); tai ryšiai, užmezgami sutartimi (*kontraktu*); veikla, valdoma kelių verslo vienetų; santykiai, kurie paremti bendru tikslu; bendra veikla, nukreipta abipusei naudai gauti; procesas, priverčiantis įsitraukti į bendrą veiklą; santykiai, paremti bendros rizikos pasidalinimu; santykiai, kurie priverčia dalintis gaunama nauda, pelnu ar nuostoliais. Kaip vieną iš esminių požymių autorius išskiria, jog tai **tarporganizacinės sąveikos forma, orientuota į ilgalaikę perspektyvą**. Ši ilgalaikė organizacinė partnerystė grįsta, bendra (*vienodos galios*) valdymo kultūra, apimanti holistinį požiūrį bendrai veiklai vykdyti.

Sveikatos turizmo kontekste pritaikant nagrinėtas išvagas, susijusias su partnerystės sąvoka, galima teigti, jog **partnerystė sveikatos turizmo industrijoje – tai bendradarbiavimu grįsti tarporganizaciniai santykiai, įforminami sutartimis (kontraktais), grindžiami abipusiu pasitikėjimu ir lygia sprendimų priėmimo galia, bei priverčianti įsitraukti visas dalyvaujančias puses kuriant bendrą veiklos strategiją, orientuojantis į bendrų tikslų siekimą, dalijantis pelnu, nuostoliais ir rizika**.

Kaip teigia M.J. Hatton ir K. Schroeder (2007), partnerystės populiarumas yra pagrįstas jos suvokiama abipuse nauda. Konceptuali lygiu partnerystė yra strategija, kuri padidina prieigą prie žmogiškųjų, finansinių, techninių ir intelektualinių išteklių,

kurie kitu atveju gali būti nepasiekiami vienai organizacijai. Išteklių sujungimas skatina didesnę efektyvumą ir kūrybiškumą bei didesnę projekto rezultatų tvarumą. Kelių dalyvių, turinčių daug įgūdžių ir žinių, dalyvavimas taip pat prisideda prie integruotų sprendimų kūrimo, o tai ypač svarbu atsižvelgiant į sudėtingumą, kuris būdingas daugumai plėtros problemų.

A. Riege ir kt., (2001); WTO (2003); M. Franco ir C. Estevā (2010) nustatė keletą priežasčių, dėl kurių atsirado partnerystė: 1) patekimo į naujas rinkas rizikos ir sąnaudų sumažinimas sustiprinant finansinius išteklius ir žmogiškųjų išteklių dalį; 2) išplėsti taikymo sritį ir operatyvinių veiksmų lauką, kaip pvz., mažos organizacijos gali lengviau integruotis į tarptautines rinkas susijungdamos su platesnio masto organizacijomis; 3) didinti intelektualinį kapitalą; 4) nukreipti klientus efektyvesniais platavimo kanalais; 5) kurti naujus produktus ar paslaugas; 6) pasiekti didesnę efektyvumą ir masto ekonomiją.

Pasak A. G. Raišienė (2008), tinklinio jungimosi tikslas yra keistis informacija; kooperacijos – keistis nauda konkrečiame veiklos bare; *partnerystės tikslas* yra dalytis resursais norint pasiekti tam tikrą bendrai užsibrėžtą tikslą; bendradarbiavimo – įgyvendinti tarporganizacinio masto vieningus tikslus.

Kaip pažymi V. Kavaliauskaitė ir R. Jucevičius (2009), bet kokia partnerystė realizuojama per konkrečių interesų derinimą bei tenkinimą. Nesuprantant šių interesų struktūros ir vienovės, bus sunku siekti dar aukštesnio lygio bendradarbiavimo – *partnerystės*.

E. Skietrys ir A. Raipa (2009), kaip vieną pamatinių partnerystės ramsčių, išskiria vieningą probleminės situacijos arba problemos suvokimą, bendrą vertybių ir tikslų sistemą. Partnerystės metu suinteresuotos pusės turi vadovautis bendra vizija, kad derindamos savo veiksmus pasiektų maksimalių rezultatų. Remdamiesi atliktais tyrimais jie pateikia prielaidą, kad organizacija veiks geriau, jei bendravimas bus atviras, jei santykiai bus grindžiami savitarpio supratimu ir pasitikėjimu, jei santykiai bus orientuoti daugiau į bendradarbiavimą, o ne į konkurenciją, jei bus skatinamas komandinis darbas, o priimant sprendimus dalyvaus visi dalyviai. Partnerystė priverčia asmenį ar organizaciją įsitraukti į bendrą veiklą ir prisiimti atsakomybę. Bendras sprendimų ieškojimas yra efektyvesnis, kai jis organizuojamas susitarimo būdu ir yra paremtas laisva valia. Partnerystė leidžia dalyviams keistis informacija, dalintis patirtimi, didina žmogiškųjų išteklių mobilumą, sudaro sąlygas ugdyti kompetenciją ir kvalifikaciją (Sukackaitė, 2006).

Partnerystės procesas susiduria su šiomis kliūtimis:

1. **Lygybės kliūtys.** Pasireiškia, kai partnerystės dalyviai negali vienodu svoriu dalyvauti sprendimo priėmimo procese.
2. **Tarpusavio naudos kliūtys.** Viena iš partnerystės idėjų koncepciniu lygiu yra ta, kad ji leidžia telkti įvairius ir didesnius išteklius, kad būtų pasiekta tam tikra abipusė nauda, kuri atspindi partnerių individualių interesų konvergenciją. Dirbant atskirai, panaši nauda nebūtų įgyvendinta. Tačiau praktiškai tam tikros rūšies abipusiai naudai tarp partnerių vėl gali trukdyti finansavimo aplinkybės. Be abipusės naudos partnerystė, kaip vystymosi priemonė, praranda savo vertę abiem partneriams.

3. Tvarumo klišūty. Partnerystė turėtų prisidėti prie didesnio rezultatų tvarumo telkdama įvairius išteklius ir derindama veiksmus. Atsižvelgiant į tai, kad projekto veiklos ir rezultatų nuosavybė yra sudėtinga, pasiekti tvarumą per šį laikotarpį gali būti sunku bet kuriam projektui, įskaitant tuos, kurie neturi partnerystės komponento. Tai žymiai didesnis iššūkis partnerystės projektams, kuriems reikia laiko palaikyti atvirus ir pagarbius santykius, pagrįstus lygybe, supratimu ir pasitikėjimu.

Disertaciniame darbe partnerystės terminas yra suprantamas ne siaurąja prasme, kaip pvz., partnerystė orientuojant į infrastruktūrinių objektų statybą, skirtą bendram viešųjų paslaugų teikimui, bet *plačiaja prasme* – kaip visų valstybės ir nevalstybinių subjektų bendradarbiavimą plėtojant sveikatos turizmo industriją.

Šis platesnis partnerystės apibrėžimas apima keturis valdymo būdus (Schuppert, 2011):

- bendradarbiavimas;
- delegacija;
- bendras reguliavimas;
- savireguliacija hierarchijos šešėlyje.

Jungtinėse Amerikos Valstijose atsirado „**Viešojo ir privataus sektoriaus partnerystės**“ (VPSP) modelis, kuris atstovauja bendrą viešojo ir privataus sektorių finansavimą švietimo tikslams. 6-ajame dešimtmetyje platesnis šio modelio naudojimas simbolizavo viešojo ir privačiojo sektorių bendrąsias miesto plėtros organizacijas. Dabartinės privataus sektoriaus viešojo finansavimo formos yra įvairios ir apima socialinių paslaugų teikimą, viešąją infrastruktūrą, ekonominę infrastruktūrą, mokslinių tyrimų plėtrą ir kt. Sąvoką VPSP skirtingi autoriai gali interpretuoti skirtingai, atsižvelgdami į partnerystės pobūdį. Viešojo ir privataus sektorių partnerystę sveikatos priežiūros finansavimo srityje G.G. Lim (2005) apibūdino kaip bendradarbiavimo formą, kai vyriausybė sutelkia privataus sektoriaus išteklius sveikatos priežiūros paslaugoms finansuoti ir skatinti privatųjų sektorių dalyvauti teikiant viešąsias sveikatos paslaugas (Ganguli ir Ebrahim, 2017).

Viešojo ir privataus sektorių partnerystė (VPSP) – tai vyriausybės ir privataus sektoriaus subjektų susitarimai, skirti investuoti į viešąją infrastruktūrą, bendruomenės objektus ir susijusias paslaugas. Tokioms partnerystėms būdingas investicijų, rizikos, atsakomybės ir atlygio pasidalijimas tarp partnerių (Schuppert, 2011; Reynaers ir Graaf, 2014).

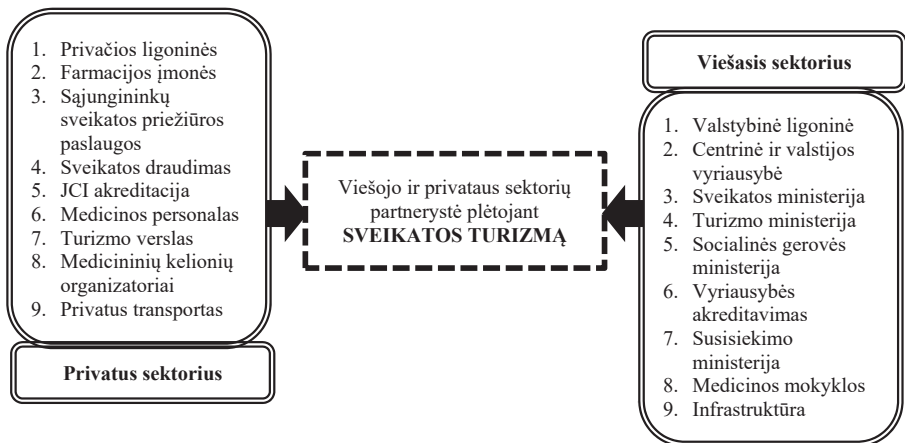
Tvari VPSP sveikatos turizme apima atsakomybės pasidalijimą; planavimą; medicinos įstaigų akreditavimą; paslaugų kokybę; produktų naujoves; reklamą, prekybos ekspozicijas ir rinkodarą; finansinės rizikos prisiėmimą; draudimą; bendras pastangas siekiant efektyvesnės, racialesnės veiklos; atskaitomybę ir įvairių sveikatos turizmo kuriamų produktų įgyvendinimą (Medhekar 2010).

Atsižvelgiant į VPSP atmainas ir visuomenės evoliuciją bei kintančius poreikius, VPSP galima atskirti nuo kitų rūšių santykių, atsižvelgiant į du kriterijus: *abipusiškumą ir organizacijos identitetą* (Brinkerhoff ir Brinkerhoff, 2011). Abipusiškumas atsiranda dėl to, kad nėra hierarchinių santykių, pagrįstų sprendimų priėmimo teisingumu,

abipuse atskaitomybe, pasitikėjimu ir pagarba. Todėl visi partneriai turi tas pačias pareigas ir teises, pripažįsta jų abipusę svarbą ir siekia bendrų tikslų. Organizacinis identitetas reiškia organizacijos narių suvokimą, kurį suvokia jos nariai ir išoriniai partneriai. Konkrečiu VPSP atveju organizacinis identitetas yra pagrindinis dalykas, atsižvelgiant į viešojo ir privataus sektoriaus tikslus (Velotti ir kt., 2014).

1.1.2. Sveikatos turizmo partnerystės veiksmingumą lemiantys veiksniai

M. Smith (2015) pabrėžė partnerystės svarbą kuriant ir plėtojant sveikatos turizmo paskirties vietas. C. Pforr ir C. Locher (2014) teigia, kad stipresnis vietos ir regionų bendradarbiavimas tarp įvairių sveikatos turizmo paslaugų teikėjų taps esmine prielaida būsimai sveikatos turizmo vietų plėtrai. C. Voigt ir C. Pforr (2014); M. Illario ir J. Bousquet (2020) pažymi, kad sveikatos turizmo sektorius yra labai fragmentiškas ir įvairus, tačiau kokybišką turizmo patirtį reikia teikti per paskirties vietų valdymo organizacijas ar organizacijų tinklus. Partnerystės svarbą sveikatos turizmo sektoriuje taip pat pagrindė S. Ganguli ir A.H. Ebrahim (2017) teigdamas, kad plėtojant ir kuriant diferencijuotus sveikatinimo ir sveikatingumo produktus, svarbus strateginis šio sektoriaus požiūris į partnerystės procesą įtraukiant visas suinteresuotąsias šalis (2 pav.), kurio metu galima pasiekti šių tikslų: padidinti informacijų srautus ir jų paskirstymą; lengviau integruoti partnerių turimas technologines naujoves; pasiekiamas didesnis veiklos produktyvumas; padeda vystyti naujas verslo idėjas; lengvesnis investicijų pritraukimas; sąnaudų minimizavimas ir kt.



2 pav. Viešojo ir privataus sektorių partnerystės modelis įtraukiamajam sveikatos turizmo paslaugų vystymui

Šaltinis: parengta autoriaus pagal, Medhekar (2013)

Kaip pažymi V. Kavaliauskaitė ir R. Jucevičius (2009), organizacinėje partnerystėje svarbu užtikrinti tikslų ir efektyvų partnerių bendravimą su visomis suinteresuotosio-

mis šalimis. Sėkmingai partnerystei ne mažiau svarbus partnerių atvirumas ir pasitikėjimas vienas kitu. Skyriuje paminėtų autorių atlikti tyrimai pateikia svarius įrodymus, kad be šių savybių partnerystės gali būti nestabilios ir nepasižymėti sėkmingais bendradarbiavimo rezultatais. Pasitikėjimas laikomas ypatingai reikšmingu, kadangi manoma, jog jis tiesiogiai susijęs su rizika. Tačiau ne mažiau svarbus yra ir planavimas, strategijos turėjimas.

Kaip teigia M. Franco ir C. Estevã (2010), tokiame konkurencingame sektoriuje kaip sveikatos turizmas organizacijos turėtų plėtoti sinergiją ir pasiekti konkurencinį pranašumą. Šiomis aplinkybėmis viešojo ir privataus sektorių partnerystė atlieka svarbų vaidmenį plėtojant sveikatos turizmo industriją. Subalansuotas interesų grupių siekių realizavimas. Pagrindinis veiksnys, darantis įtaką VPSP sėkmei, kai siekiama patenkinti ir viešojo, ir privataus sektoriaus partnerių interesus, yra tinkamas VPSP realizavimo sektoriaus parinkimas (Kavaliauskaitė ir Jucevičius, 2009).

UNWTO (2000) apibrėžia įvairių institucijų, dalyvaujančių viešojo ir privataus sektoriaus partnerystėje, turizmo srities funkcijas (2 lentelė; *autorius adaptuoja šias funkcijas sveikatos turizmo industrijoje*).

2 lentelė. Viešojo ir privataus sektorių partnerystės funkcijos sveikatos turizmo industrijoje

VIEŠASIS SEKTORIUS	PRIVATUS SEKTORIUS
Sveikatos turizmo vizijos turėjimas	Suprasti vyriausybės ir vietos bendruomenių aplinkos ir socialinius rūpesčius
Užtikrinti sveikatos turizmui palankią aplinką, kuri leistų tvarumui ir pelnui privačiam sektoriui, suteikti laisvą kapitalo srautą ir palengvinti investicijas	Ugdyti įgūdžius ir norą panaudoti kompetenciją, galimybes gauti finansavimą sveikatos turizmo paslaugų plėtrai ir valdymui
Užtikrinti tinkamą sveikatos turizmo infrastruktūrą ir jos priežiūrą	Prisiimti kolektyvinę atsakomybę už industrijos standartų sklaidą ir praktiką, atsižvelgdami į etiką, moralę ir teisingumą
Sukurti pakankamas rinkos sąlygas, skatinti tvarų sveikatos turizmo vystymąsi	Prisidėti prie kultūros, tradicijų ir aplinkos išsaugojimo, skatinti turistų/pacientų švietimą ir orientaciją, kaip pagrindinę direktyvą siekiant tvaraus sveikatos turizmo industrijos vystymosi
Teikti paramą, palankias sąlygas ir paslaugas privačiam sektoriui kartu su paskatomis	Įtraukti vietos bendruomenes į sveikatos turizmo plėtrą ir užtikrinti, kad jos būtų patenkinamos joms teikiama nauda
Užtikrinti lanksčius darbo įstatymus	Parengti profesinio darbo įgūdžių lavinimo priemones, kad būtų pasiekta paslaugų kokybė sveikatos turizmo industrijoje
Užtikrinti vienodą reglamentavimą ir sąžiningą mokesčių politiką	Bendradarbiauti su vyriausybėmis, siekiant užtikrinti turistų/pacientų saugumą ir gerovę

VIEŠASIS SEKTORIUS	PRIVATUS SEKTORIUS
Konsultuodamasis su visomis suinteresuotosiomis šalimis turėtų pateikti reguliavimo modelį, kad apsaugotų natūralią, kultūrinę ir socialinę aplinką	Prisidėti prie mokslinių tyrimų plėtos ir statistinių duomenų bazių kūrimo sveikatos turizmo industrijoje
Užtikrinti vietos bendruomenių gerovę, taip pat vietinių ir tarptautinių lankytojų/pacientų gerovę	Pasitelkti technologijas, siekiant padidinti veiklos efektyvumą, sveikatos turizmo rinkodarą ir paslaugų kokybę
Mokslinių tyrimų iniciatyva, bendradarbiaujant su privačiuoju sektoriumi, teikti informaciją apie rinkas pramonei ir investuotojų bendruomenei, siekiant geriau suvokti ir suprasti rinkos pokyčius	

Šaltinis: *adaptuota autoriaus pagal UNWTO (2000)*

Daugelį vadybinių ir organizacinių VPSP veiksmingumo veiksnių nagrinėjo UNWTO (2000); S. Trafford ir T. Proctor (2006). Siekiant valdyti viešojo ir privataus sektorių partnerystę sveikatos turizmo industrijoje yra išskiriami šie pagrindiniai veiksniai:

1. Subalansuota struktūra, aiškiai apibrėžtas vaidmuo ir atsakomybė už visus narius.
2. Abiejų sektorių lyderystės pasidalijimas, turint bendrus ir tiksliai apibrėžtus tikslus, realius lūkesčius ir naudos iš abiejų pusių nustatymą.
3. Lankstus partnerių požiūris norint suprasti kiekvieno partnerio poreikius, prisidedant dalijantis ištekliais.
4. Visi partneriai supranta, kad turizmo plėtra turi būti tvari tiek ekonominiu, tiek socialiniu ir aplinkos požiūriu.
5. Ilgalaikis įsipareigojimas, kuriame strateginė vizija ir planavimas derinami su konkrečiais trumpalaikiais tikslais, kuriuos galima įvertinti.
6. Periodiškas kiekvieno partnerio atliekamo vaidmens efektyvumo vertinimas.

B. Gomes-Casseres teigia, kad siekiant turėti nuoseklų partnerystės planą, reikia atkreipti dėmesį į keturis svarbius elementus: 1) strategiją, formuojančią partnerystę kaip loginį ir struktūrinį vienetą; 2) dinamišką partnerystės perspektyvą, kuri padėtų partnerystės valdymui ir plėtrai; 3) partnerystės suvokimą, kaip daugelio skirtingų elementų visumą, kurių koordinavimas padidina lankstumą; 4) vidinės partnerystės infrastruktūros egzistavimą, palaikanti ir siekianti maksimalios išorinio bendradarbiavimo vertės (cituoja Trafford ir Proctor, 2006).

Dar vienas VPSP veiksmingumo veiksnys, tai skirtingų organizacijų kultūrų identifikavimas ir suderinimas. Skirtumai gali pasireikšti dėl skirtingų bendruomenės, žmonių požiūrių, skirtingo organizacijų vadovų vadovavimo stiliaus, skirtingų organizacijų tikslų. Tai gali daryti įtaką pasitikėjimo stokai ir net konfliktų tarp partnerystės dalyvių atsiradimui (Trafford ir Proctor, 2006).

Vienas iš svarbiausių veiksmingos partnerystės aspektų yra **pasitikėjimas**. Tačiau pasitikėjimas priklauso ne tik nuo konkretaus proceso, bet ir nuo tinklo, kuriame plė-

tojamos partnerystės, stabilumo ir veikiančių taisyklių tipo. Jei tinkle vyrauja taisyklė, kad autonomija yra svarbi, bus sunku plėtoti partnerystės procesą, nes šio proceso dalyviai nebus linkę keistis informacija ir idėjomis, o labiau telksis ties savo ambicijomis bei tikslais.

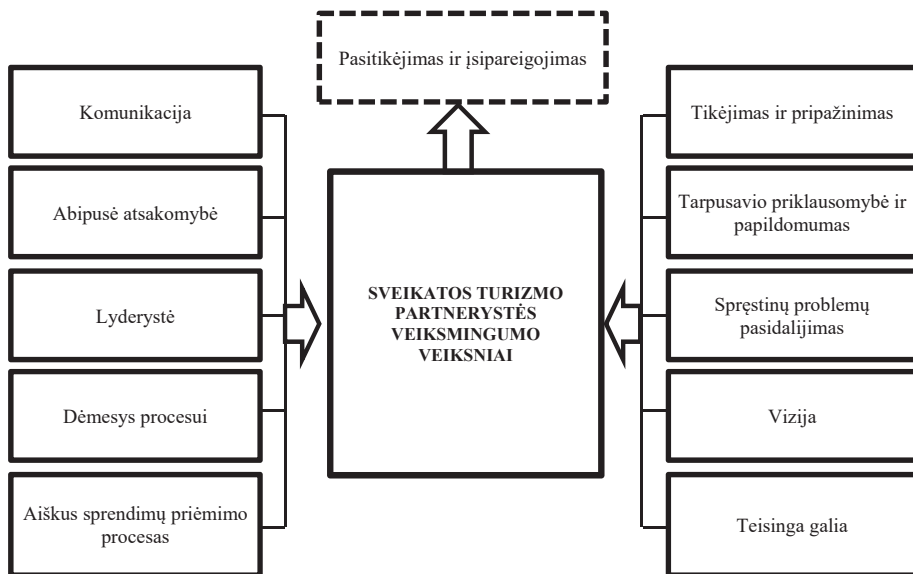
L. Turner (1994); L. Spink ir D. Merrill-Sands (1999) išskiria šiuos veiksmingos partnerystės veiksnius: tvirta siekiamų tikslų vizija; bendra lyderystė; sisteminis požiūris į problemų sprendimą; teisinga galia; abipusis pripažinimas, kuris grindžiamas nuostata, kad darbo vietoje yra priešingų, nors ir sutampančių interesų, kuriuos reikia nustatyti diskusijų, derybų, konfliktų sprendimo metu; tarpusavio priklausomybė ir papildomumas; atsakomybės pasidalijimas; dėmesys procesui; išplėtoti komunikaciniai kanalai; aiškus sprendimų priėmimo procesas; pasitikėjimas ir įsipareigojimas.

Siekiant efektyviai vykdyti santykių su partneriais veiklą ir tinkamai nukreipti bendrus pajėgumus, pasak A. Douglas (2009), būtinos tam tikros veikimo dimensijos: 1) bendri įsipareigojimai tikslams ir uždaviniams siekti; 2) abipusiai naudingi rezultatai; 3) vaidmenų aiškumas ir kultūrų atitikimas; 4) dėmesys kokybei ir naujovėms; 5) tviras tarpusavio bendradarbiavimas; 6) abipusis pasitikėjimas ir pagarba.

J. N. Lee ir Y. G. Kim (2015); E. J. Boyer (2019) požiūriu, kritiniai veiksmingumo veiksniai valdant viešojo ir privataus sektoriaus partnerystę sveikatos turizmo sektoriuje apima: 1) ekspertų patirtį; 2) pagrįstus tikslus; 3) partnerystės plėtros struktūrą; 4) partnerystės veiksmų efektyvumą.

Pagrindiniai VPSP veiksmingumą lemiantys veiksniai yra šie (Kavaliauskaitė ir Jucevičius, 2009):

- institucinė aplinka, t. y. teisinis, ekonominis, politinis, organizacinis šalies/institucijų išsivystymo lygis, politinė įtaka;
- vadybiniai ir organizaciniai aspektai, t. y. bendravimas, atvirumas, planavimas, vertybės, bendra vizija, kompromisai, bendruomenės dalyvavimas, lyderystė, aiškus pareigų pasiskirstymas, kontraktų aiškumas ir išsamumas;
- personalo savybės ir kompetencijos, t. y. lyderystė, profesionalumas, atsakingumas, pareigingumas, bendradarbiavimas, pagarba;
- žinių valdymas;
- subalansuotas interesų grupių siekių realizavimas (*apibendrinti veiksniai pateikti 3 pav.*).



3 pav. Veiksmingos sveikatos turizmo partnerystės veiksniai

VPSP sveikatos turizmo industrijoje yra suprantama, kaip instituciniai bendradarbiavimo susitarimai tarp viešojo ir privataus sektoriaus dalyvių siekiant proveržio sveikatos turizmo industrijoje. Kalbėdama apie tokias partnerystes sveikatos paslaugų srityje, Malaizijos sveikatos ministerija nevartoja sąvokos „viešojo ir privataus sektoriaus partnerystė“; vietoj to yra vartojama sąvoka „viešojo ir privataus sektoriaus integracija“, norint pažymėti viešojo ir privataus sektorių bendradarbiavimą ir privataus sektoriaus išteklių naudojimą, kad paslaugos būtų teikiamos tikslingiau (Phua ir kt., 2014).

S.U. Bajwa ir kt., (2018) atkreipė dėmesį į šiuos VPSP valdymo veiksnius: jėgų balansą – jeigu partnerystės pradžioje vienas ar keli pagrindiniai partneriai turi per daug galių ir įtakos, palyginti su kitais partnerystės nariais, tuomet partnerystės procesas bus pažeidžiamas manipuliuojant veikėjams/dalyviams turima didele įtaka; palengvinantis vadovavimas – kuomet nustatomos pagrindinės taisyklės, skatinančios pasitikėjimą kuriant abipusės naudos kultūrą (*be to, vadovavimas taip pat yra svarbus įgalinantis ir įtraukiant įvairius asmenis bei grupes į organizacijas; tuo dalinai sprendžiant minėtą galios disbalanso klausimą*); koordinavimas – didelis organizacijos tarpusavio priklausomybės poreikis reikalauja koordinavimo, kuris yra pagrindinis organizacijos funkcionalumo ir veiklos elementas.

Organizacinės partnerystės mechanizmas yra sudėtingas procesas. Mokslinėje literatūroje yra išskiriami veiksniai, galintys daryti įtaką veiksmingos organizacinės partnerystės gyvavimui. Šie veiksniai paprastai siejami su galios santykiais, nustatytais tarp suinteresuotųjų šalių; neradimas bendros vizijos; skirtingi ir kartais konku-

ruojantys interesai; dialogo ir lyderystės trūkumas bei skirtingi bendravimo stiliai ir kultūra ir kt. Reikia pažymėti, kad organizacinis pasitikėjimas ir įsipareigojimas yra matmenys, kurie vertinami, kaip itin svarbūs ir darantys didelę įtaką tarporganizacinių santykių sėkmei (Zach ir Racherla, 2011; Zee ir Vanneste, 2015; Jesus ir Franco, 2016; Saito ir Ruhanen, 2017).

1.1.3. Regioninės partnerystės valdymas

Pasak L. Kraujutaitytės ir L. Lapichinaitės (2016), regioninės partnerystės valdymo terminas gali būti apibrėžiamas per keturis pagrindinius bruožus: valdymo formą, veikėjų pastangas, procesą, struktūrą.

M. Böcher (2005; 2008) pateikia kiek kitokią regioninės partnerystės valdymo bruožų rinkinį:

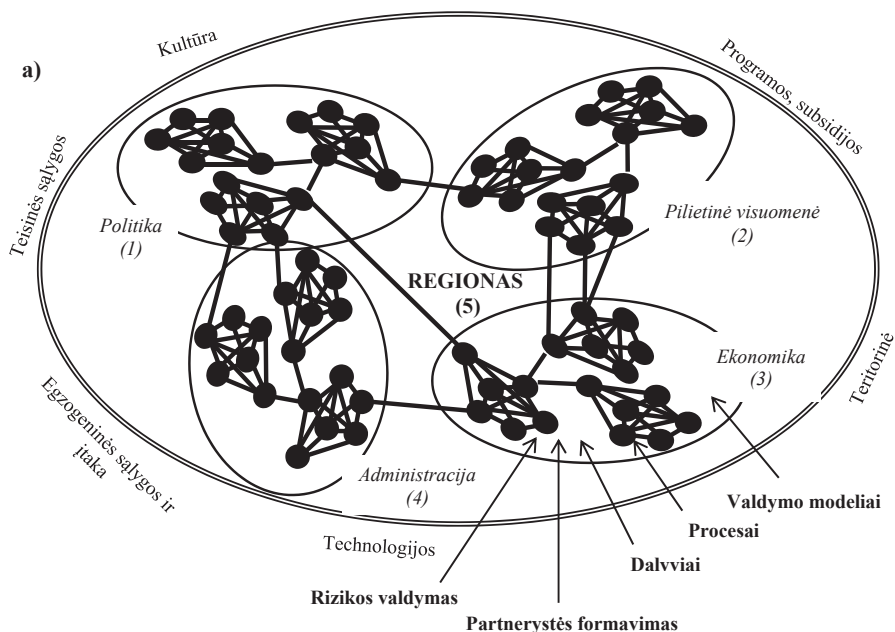
1. Atsakomybė už regiono plėtros politikos formavimą perduodama regiono plėtros instancijai. Bendradarbiavimas grindžiamas savanorystės principais tarp įvairių organizacijų ir subjektų: politikų, administracijos, piliečių ir socialinių bei ekonominių partnerių.
2. Teritorinį principą keičia funkcinis principas. Tai reiškia, kad politinė atsakomybė neapsiriboja administracinėmis ribomis, bendradarbiavimas vyksta priklausomai nuo problemos ar tikslo ypatumų.
3. Tarpsektorinis bendradarbiavimas per silpnai institucionalizuotus tinklus ir organizacines partnerystes. Partnerystės, pasitikėjimas, pritarimas, bendra vizija ar tikslas užtikrina reikiamą veikėjų motyvaciją veikti kartu priimant sprendimus.
4. Regionų partnerystės valdymas inicijuojamas taikant ir kuriant įvairius instrumentus. Akcentuojamas valstybės vaidmuo, inicijuojant regioninį bendradarbiavimą (pvz., *sveikatos turizmo industrijoje, panaudojant kiekvieno regiono turimus išteklius sveikatinimo ir sveikatingumo paslaugoms kurti*), ir paties regiono regioninio valdymo svarba, organizuojant bendradarbiavimą ir tinklų formavimąsi, identifikuojant ir įtraukiant reikšmingus veikėjus. Norint nustatyti regiono bendradarbiavimo, judėjimo tikslo link pastangas, paskirstomų išteklių efektyvumą, naudinga atlikti vertinimus.

Yra išskiriamos **keturios regionų valdymo formos**: 1) tinklaveika; 2) viešojo ir privataus sektorių partnerystės; 3) piliečių dalyvavimas priimant sprendimus; 4) regioninės (*organizacinės*) partnerystės.

Šios keturios valdymo formos suponuoja, kad regioninės (*organizacinės*) partnerystės valdymas yra daugialypis procesas, kurio veiksmingas valdymas, pasak D. Heinen (2020), yra užtikrinamas per daugiapakopį valdymą (angl. *multi-level governance*). Daugiapakopis valdymas -daugiapakopių ir kelių sektorių veikėjų tarpusavio priklausomybės valdymo teoriją. Daugiapakopio valdymo sprendimų priėmimo procese pagrindinis dėmesys skiriamas dalyvių bendradarbiavimui ir įsitraukimui, įskaitant diskusijas apie iššūkius ir dideles koordinavimo išlaidas sprendžiant konfliktus tarp visų suinteresuotų pusių (Van der Heijden ir kt. 2019). D. Heinen

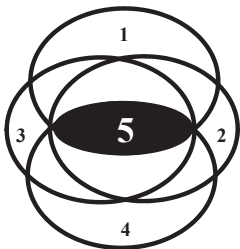
(2020) išskiria šiuos daugiapakopio valdymo bruožus: sudaryti keli sprendimų priėmimo centrai sprendžiant tam tikras problemas; priklausomybės nuo sprendimų priėmimo laipsnis – nuo formaliai nepriklausomo iki formalios tarpusavio priklausomybės priimant sprendimus; sprendimų priėmėjų sąveikos tipas, įskaitant konkurenciją, konfliktus, konfliktų sprendimą ir bendradarbiavimą; naudojamos taisyklės, formuojančios įstatymų numatytą veikėjų atsakomybę, priklausomybės laipsnį ir sąveikos rūšis.

Kaip teigia B. Németh (2014), kiekviena regioninės partnerystės valdymo sistemos posistemė naudoja savo specifinius koordinavimo ir valdymo būdus. Taigi suburti skirtingas posistemas ir sukurti abipusį pasitikėjimą bei erdvę bendriems tikslams siekti yra nemažas iššūkis. Šį iššūkį dar labiau apsunkina tai, kad skirtingos posistemės yra diferencijuojamos pagal teritorinius ir funkcinius kriterijus; pavyzdžiui, administracinę posistemę sudaro: savivaldybių, regionų, nacionalinis ir tarptautinis lygiai; ekonominę posistemę sudaro įvairūs sektoriai ir jų dalys ir kt. Svarbu užtikrinti kokybišką šių posistemių valdymą (4 pav.)



Šaltinis: sudarytas autoriaus pagal, Németh (2014)

b)



4 pav. Regioninės partnerystės valdymo sistemos kokybės veiksniai

Praktiniame lygmenyje regioninės valdymo sistemos kokybę lemia šių veiksnių santykis, kuris grafiškai parodytas b) paveiksle.

Visi šie regioninio valdymo elementai turi diferencijuotas valdymo institucijas arba koordinavo organizacijas pvz. sveikatos turizmo valdymo regioninis institutas; regioninė sveikatos turizmo plėtros ir partnerystės agentūra, kuri (Scherer 2005; D. Fürst 2005; Németh, 2014):

- turi aiškų įpareigojimą ir teisėtumą veikti (*laikantis tam tikrų, dažniausiai gana siaurų ribų*) „visumos“ (= regiono) vardu, kurio interesai yra ne tik skirtingų posistemų interesai;
- bando suvienyti ir integruoti skirtingus interesus kuriant partnerystę bei siekiant/įgyvendinant tikslus.

Regioninį valdymą galima vertinti kaip sąvokų „regioninė plėtra“; „regioninė politika“ ir „geras valdymas“ sintezę (Bauer-Wolf 2005; Willke, 2005; Zhao ir Pablos, 2011; Mose ir kt., 2014). Apskritai, regioninio valdymo literatūroje daugiausia dėmesio skiriama sąmoningiems ir tikslingiems kolektyviniams veiksams (3 lentelė). Bet ne visada galima nustatyti aiškias valdymo struktūras. Kaip pažymi M. Pütz ir H. Job (2016), terminas „regioninis valdymas“ yra bendrinis terminas vokiečių ir anglų kalbomis visoms erdvinio valdymo formoms. Regioninis valdymas reiškia erdvinės plėtros procesų koordinavimo taisykles ir praktiką. Pasak J.R. Hulst (2005), regionų valdymas gali būti realizuojama per regionines tarybas (= regioninė jurisdikcija) arba per horizontalius tinklus (= regioniniai tinklai).

Valdymo ir regioninio valdymo sąvokos turi tam tikrų panašumų. Abu jie nurodo nenutrūkstamą skirtingų lygių ir sektorių veikėjų tarpusavio sąveiką, pagrįstą neformaliomis ir oficialiomis taisyklėmis bei skirtingu savireguliacijos laipsniu (Rhodes, 1996, 2007). Tačiau skirtingai nei valdymas, kuris nenurodo tam tikros geografinės skalės, regioninis valdymas tai akcentuoja. Regioninis valdymas apima platų erdviųjų valdymo būdų spektrą, pvz., *miesto* (Pradel-Miquel, 2015), *teritorinį* (Schmitt ir Van Well, 2016), *kaimo* (Lu ir Jacobs, 2013), *tarpvalstybinį* (Deppisch, 2012) arba *krašto-vaizdžio* (Puz ir kt., 2017) valdymą.

3 lentelė. Regionų valdymo samprata

Autorius (-iai)	Metai	Sąvoka
Scherer; Bauer-Wolf	2005	Sąmoninga, tikslinga ir specialiai įteisinta sąveika tarp pagrindinių ir skirtingų posistemio veikėjų, sprendžiant administracinius; politikos formavimo; ūkinius ir pilietinės visuomenės klausimus apibrėžtame regione, siekiant daryti įtaką socialinei ir ekonominei regiono plėtrai.
Chotray ir kt.	2009	Daugybės veikėjų ir organizacijų kolektyvinis sprendimų priėmimas , kurio nevaržo formalios kontrolės sistemos, apibrėžiančios santykius tarp jos dalyvių.
Purdue Center for Regional Development ir kt.	2009	Viešojo, privataus ir nevyriausybinio sektorių veikėjų kolektyvinės pastangos bendradarbiauti ir kurti regiono konkurencingumo strategiją bei ją įgyvendinti.
Fürst	2010	Proaktyvi regioninės savikontrolės forma , reaguojanti į rinkos ekonomikos ir valstybės kontrolės papildymą. Ji įvyksta ten, kur reikalinga valstybės, savivaldybių ir privataus sektoriaus veikėjų sąveika norint išspręsti problemas .
Godehardt ir kt.	2011	Konfliktų , kylančių dėl didėjančios tarpusavio priklausomybės, valdymo forma , pasižyminti institucinių forumų, politikos instrumentų ir viešojo bei privataus sektorių tinklų sukūrimu .
Wolman ir kt.	2011	Peržengiantis vieną vyriausybę jurisdikciją procesas , apimantis sprendimus, kuriais siekiama daryti įtaką ekonominiams, socialiniams, aplinkosaugos ir kitiems visuomenei svarbiems rezultatams visame regione arba bent jau didžiojoje regiono dalyje.
Barnes	2012	Sąmoningos įvairių veikėjų pastangos siekti bendrų tikslų (<i>problemoms spręsti, išnaudoti galimybes ir pan.</i>) tarpjurisdikcinėje erdvėje.
JTVP	2013	Priemonė skatinti tvarų vystymąsi, stiprinti kolektyvinius sprendimų priėmimo procesus ir pasiekti politikos tikslus.
Willi ir kt.	2018	Vertikalus ir horizontalus regioninių pertvarkos procesų koordinavimas už administracinių ribų, kuriuos vykdo valstybiniai ir nevalstybiniai subjektai.

Analizuojant regioninės partnerystės valdymo sampratą galima teigti, kad regioninis valdymas suprantamas kaip teorinė koncepcija ir yra naudojama siekiant pabrėžti suinteresuotųjų šalių, dalyvaujančių koordinuojant regioninės plėtros procesus; šios suinteresuotosios šalys atstovauja valstybinei ir nevalstybinei sričiai ir turi skirtingą pagrindą, interesus ir darbotvarkę (Bevir, 2011; Tolčki ir kt., 2011; Furst, 2014; Mose ir kt., 2014). Čia regioninis valdymas suprantamas kaip tyrimų perspektyva, siekiant stebėti įvairių veikėjų, prisidedančių prie regioninės plėtros procesų, sudėtingumą ir

atitinkamų kolektyvinių veiksmų įvairovę. Pasak C. Fürst (2010), regioninį valdymą galima suprasti kaip regioninę savireguliaciją, atsirandančią sudėtingose situacijose, reikalaujančiai bendradarbiauti tarp valstybinių ir nevalstybinių veikėjų. Regioninio valdymo transformacija į naujų modelių plėtojimą atspindi *naujojo viešojo valdymo paradigma* (Raipa ir Giedraitytė, 2013): partnerystė, programos, projektai; viešoji – privačioji partnerystė; viešųjų struktūrų bendradarbiavimas; išorės šaltiniai (*parama*), paslaugos, pateikimas. Koordinavimo modeliai yra įvairūs ir skiriasi nuo savęs reguliavimo iš apačios į viršų iki hierarchinio valdymo iš viršaus į apačią.

Svarbiausias akcentas naujajame viešajame valdyme yra **dalyvavimas ir partnerystė**. Dalyvavimas NVV požiūriu vertinamas ir gali būti suprantamas dviem aspektais. *Pirma*, piliečių įsitraukimu į sprendimo priėmimo procesą. *Antra*, viešojo sektoriaus darbuotojų įsitraukimu į organizacijos valdymą. Visuomenės ir tarnautojų aktyvesnis dalyvavimas priimant sprendimus didina viešojo sektoriaus efektyvumą, darbuotojų motyvaciją ir piliečių pasitikėjimą valdžia (Babaravičius, Dzemyda, 2012). Anot L. Paulauskienės (2013), be aktyvesnio piliečių ir viešojo sektoriaus dalyvavimo viena svarbiausių dalyvavimo išraiškų turizmo valdyme – *viešoji ir privačioji partnerystė*. Pastarąjį dešimtmetį stebima viešojo ir privataus sektorių partnerystės augimo tendencija, atsiradusi kaip perspektyvus, naujas viešojo sektoriaus instrumentas, būtinas efektyviam turizmo valdymui. Šių pokyčių populiarumą lėmė keletas esminių priežasčių: mokslo ir verslo pažanga, stiprėjantis globalizacijos poveikis, ribotos viešųjų finansų galimybės (Molen ir kt., 2010) ir privataus sektoriaus vadybos metodų efektyvumas. Be to, demokratinėje visuomenėje įsigalėjo nuostata, kad viešasis sektorius turi teikti efektyvesnes ir kokybiškesnes paslaugas mažesnėmis sąnaudomis. Aktyvėjantys piliečiai ir bendruomenės iš valdžios reikalauja modernesnių mokyklų ir kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų, oro uostų, kelių. Siekdamas modernizuoti infrastruktūrą ir pagerinti paslaugų kokybę valdžios institucijos vis dažniau bendradarbiauja su privačiu sektoriumi (Dūda, 2010).

L. Paulauskienės (2013) disertacijoje teigiama, jog viešojo ir privataus sektorių partnerystė paremta bendradarbiavimu, komunikavimu bei atsakomybės dalijimusi. Tačiau praktikoje viešojo ir privataus sektorių partnerystė ne visada pasiekia užsibrėžtus tikslus, nes susiduriama su įvairiomis kliūtėmis. *Pirma*, iškyla sunkumų dėl jungtinės veiklos vaidmenų, funkcijų ir atsakomybių pasidalijimo. *Antra*, galima priešprieša dėl skirtingų interesų. *Trečia*, galimos kliūtys dėl skirtingų abstrakcijos ir informacijos lygių, būdingų partneriams. Todėl siekiant sėkmingos partnerystės, būtina nuolatinė komunikacija tarp partnerių.

Turizmo valdymas Lietuvoje vykdomas atliekant teisinio reguliavimo, koordinavimo, planavimo, verslumo, interesų atstovavimo bei skatinimo funkcijas. Tuo tarpu siekiant efektyvaus bendradarbiavimo, būtina vadovautis esminiu principu, nurodančiu, kad partneriai turi puikiai suvokti savo interesus ir žinoti, kaip jiems bus atlyginta, jei jie kokybiškai ir laiku atliks jiems paskirtas funkcijas (Puškorius, 2007, p. 25). Tačiau taip pat pastebima, kad nors šis teiginys yra akivaizdus, jis praktikoje sunkiai įgyvendinamas arba beveik netaikomas. *Svarbu užtikrinti turizmo procese dalyvaujančių institucijų suderinamumą, sėkmingą tinklų funkcionavimą ir jų tarpusavio sąveiką*. Viešasis

sektorius neretai prisiima didžiausią viešojo ir privataus sektorių partnerystės rizikos dalį siekdamas įvairiomis nuolaidomis ir garantijomis privilioti privačius investuotojus. Be to, dažnai manoma, kad partnerystė gali būti paremta tik gerais ketinimais, nesitikint gauti naudos (Paulauskienė, 2013). Šio principo taikymas viešajame sektoriuje yra ypač svarbus siekiant pagerinti bendradarbiavimo efektyvumą, tačiau iki šiol bendradarbiavimas gana sėkmingai taikomas tik projektų valdyme, kur labai aiškiai identifikuojamos užduotys, konkretūs terminai, joms atlikti skiriami išteklių ir atlygis už pasiektus rezultatus (Puškorius, 2007; Dūda, 2010).

Tačiau partnerystė, paremta gerai išplėtotų ryšių sistema, padeda spręsti problemas, būdingas trumpalaikiams santykiams tarp organizacijų, bet kartu neprimeta nelankstumo, būdingo vertikalajai integracijai. *Autorius regioninės partnerystės valdymą apibūdina, kaip tinklinę regioninės plėtros procesų koordinavimą, kuris apima vertikalų ir horizontalų valstybės ir nevalstybinių veikėjų bendradarbiavimą funkcinėje erdvėje.*

Apibendrinant galima teigti, kad NVV bendradarbiavimo principą siekia paversti turizmo sektorių tarpusavio bendradarbiavimu. Praktika rodo, kad tokia forma leidžia daug plačiau į partnerystės tinklą įtraukti vartotojus ir jų grupes, t. y. suinteresuotuosius socialinių ir ekonominių problemų sprendimu, lanksčiau paskirstyti socialinę atsakomybę ir taikyti griežtesnius kontrolės, įvairių struktūrų ir grupių veiklos norminimo, apskaitos ir kontrolės standartus. Naujojo viešojo valdymo ideologija partnerystės plėtroje išvelgia rimtas galimybes tobulinti inovatyvių procesų plėtros, vertinimo ir stebėsenos sistemas, numato didesnę ekspertų ir ekspertų institucijų atsakomybę už viešųjų išteklių valdymo kokybę, siekia taikyti sinergiją tobulinant partnerystės procese dalyvaujančių struktūrų veiklą, nustatant strategines partnerystės kryptis ir diegiant savireguliacijos politikos priemonių naudojimą visoje partnerystės principais paremtoje sektorių integracijos sistemoje, kurios esminės ideologinės nuostatos turi tapti daugelio organizacijų vykdomos veiklos dalyvių – organizacinių struktūrų, suinteresuotųjų, atskirų piliečių tarpusavio pasitikėjimu pagrįsta sąveika, kuriai būtina šiuolaikinė visų sektorių integracijos dalyvių dalyvavimo kultūra (Raipa, Smalskys ir kt., 2016).

1.2. Sveikatos turizmo esmė, veiksniai ir rizikos valdymas

1.2.1. Sveikatos turizmo esmė

Sveikatos turizmas, dar vadinamas tarptautine medicinine migracija, pacientų migracija ir medicininėmis kelionėmis, yra naujas terminas, bet ne nauja idėja. Pacientai jau seniai keliavo ieškodami geresnės priežiūros: medicinos turistai ieško šiuolaikiškos sveikatos priežiūros paslaugų už tinkamą kainą įvairaus ekonominio išsivystymo lygio šalyse (Horowitz ir Rosensweig, 2007). Tradicinio sveikatos turizmo pasiturintys pacientai, visų pirma iš mažiau išsivysčiusių šalių, važiuodavo į išsivysčiusias šalis gydytis, kai aukštos kokybės įstaigų jų šalyje buvo nedaug arba jų nebuvo. Didėjant sveikatos priežiūros kaštams, ilgiems laukiančiųjų sąrašams, nevienodu medicininių sveikatos technologijų lygiu ir ribojant kai kurių gydymo būdų prieinamumą, sveika-

tos turizmas tapo patrauklesnis dar platesnei pacientų demografijai (Fisher ir Sood, 2014). Prieš pradedant tiesiogiai nagrinėti esamus sveikatos turizmo apibrėžimus, reikia išskirti sveikatos turizmo raidos etapus (4 lentelė). Sveikatos turizmo dedamosios buvo glaudžiai susijusios su turizmo veiklos ir infrastruktūros objektų plėtra. Šiame kontekste neatsitiktinai pirmoji iš visų turizmo rūšių įvairovės, tiesiogiai ar netiesiogiai veikiančių žmonių sveikatą, pradėjo aktyviai išsiskirti medicininis turizmu, kurio plėtrą lėmė padidėjęs aukštesnių visuomenės sluoksnių susidomėjimas rekreaciniais kurortais, kur kartu su gydymo ir atstatymo procedūromis buvo galima susipažinti su pasirinktos vietos gamtos, kultūros ir istorijos lankytinomis vietomis.

4 lentelė. Sveikatos turizmo ištirtumas ir raida

Autoriai	Raidos etapas	Tyrimo objektai
Dunn (1959); Goodrich ir Goodrich (1987); Mueller ir Kaufmann (2001); Didaskalou ir Nastos (2003); Bennet ir kt. (2004); Mair (2005); Connell (2006); Sayili ir kt. (2007); Forgione ir Smith (2007); Chen, Prebensen, Huan (2008); Chung (2008); Bauer (2008); Spiegel ir kt. (2008) ir kt.	1 etapas*: 1959-2008. Sveikatingumo turizmo atskyrimas kaip atskira kategorija, turinti ribotą vartotojų ratą ir paskirties vietas	<ul style="list-style-type: none"> • Sveikatingumo turizmo koncepcija. • Samprata.
Michalkó ir kt. (2009); Smith and Puzcko (2009); Mak ir kt., (2009); Gustavo (2010); Shchekin (2010); Huijbens (2010); Bialk-Wolf (2010); Yamada, Heo, King ir Fu (2011); Purdy (2011); Haley (2011); Safiullin (2011); Heung ir kt., (2011); Hall (2011); Speier (2011); Turner (2011) ir kt.	2 etapas: 2009-2011. Kurortų verslo plėtra (SPA turizmo) ir medicinos turizmo, kaip savarankiškos kategorijos atsiradimas	<ul style="list-style-type: none"> • Sveikatingumo/SPA turizmo koncepcija. • Medicinos turizmo koncepcija. • Samprata. • Plėtros veiksniai.
Cassens ir kt. (2012); Alonso-Alvarez (2012); Yu ir Ko (2012); Hofer ir kt. (2012); Vetitnev (2012); Hudson ir Li (2012); Kelly (2012); Lukowicki-Vikuk (2012); Adams ir kt. (2013); Medhekar (2013); Medina-Muñoz ir Medina-Muñoz (2013); Yeoh, Othman ir Ahmad (2013); Han (2013); Oborin ir Tryastin (2014); Kolerska-Kardela (2014); Fisher ir Sood (2014); Viladrich ir Baron-Faust (2014); Alberti ir kt., (2014); Gilienė (2014); Armaitienė, Bertužyte ir Vaškaitis (2014); McGuinness ir McHale (2014) ir kt.	3 etapas: 2012-2014. Medicinos turizmo plėtra globalizuojant pasaulio turizmo rinką, naudojant netradicinių gydymo metodų potencialą ir plečiant SPA pramonę	<ul style="list-style-type: none"> • Sveikatingumo/SPA turizmo koncepcija. • Medicinos turizmo koncepcija. • Samprata. • Plėtros veiksniai. • Turistų/pacientų elgsena/motyvai.

Autoriai	Raidos etapas	Tyrimo objektai
Kiss (2015); Lee ir Fernando (2015); Smith (2015); Goodarzi ir kt., (2015); Goodarzi, Haghtalab ir Shamshiry (2015); Cini ir kt., (2015); Han ir Hyun (2015); Shadrin ir Dunets (2016); Johnston ir kt., (2016); Olkiewicz (2016); Padilla-Melendez ir Del-Aguila-Obra (2016); Vetitnev ir kt., (2016); Dryglas ir Salamaga (2016) ir kt.	4 etapas: 2015-2016. Sveikatos turizmo išskyrimas kaip savarankiškas turizmo rinkos segmentas	<ul style="list-style-type: none"> • Sveikatos turizmo koncepcija. • Sveikatingumo/SPA turizmo koncepcija. • Medicinos turizmo koncepcija. • Samprata. • Plėtros veiksniai. • Turistų/pacientų elgsena/motyvai.
Dryglas (2017); Semenova ir Chistobaev (2017); Guntawongwan (2017); Chistobaev ir Grudtcyn (2017); Georgieva ir kt., (2017); Ganguli ir Ebrahim (2017); Gökhan (2017); Hartwell ir kt., (2018); Hartwell ir kt., (2018); Semenova ir kt., (2018); Dunets ir kt., (2019); Bulut ir Sengul (2019); Kim ir kt., (2019); Sutana ir kt., (2019); Khodayari-Zarnaq ir kt., (2020); Lianto ir kt., (2020); Lee ir kt., (2020); Illario ir Bousquet (2020); Semenova ir kt., (2020)	5 etapas: 2017-2021. Inovatyvių technologijų ir skaitmeninės programinės įrangos produktų diegimas sveikatinimo ir sveikatingumo turizmo srityse	<ul style="list-style-type: none"> • Sveikatos turizmo koncepcija. • Sveikatingumo/SPA turizmo koncepcija. • Medicinos turizmo koncepcija. • Samprata. • Plėtros veiksniai. • Turistų/pacientų elgsena/motyvai. • Valdymo aspektai. • Partnerystė.

* *Laikotarpis iki 1959 m. yra istorijos mokslų objektas.*

Kaip pažymi B. K. M. Wong ir S. A. Sa'aid Hazley (2020) ir N. Yusof ir kt. (2020), „sveikatos turizmo“ arba „medicinos turizmo“ terminų vartojimo užuomazgas galima rasti nuo XVII a. tačiau, norint suprasti šias sąvokas, pirmiausia reikia apibrėžti, kas yra „sveikata“. Pasak D. Benhacine ir kt., (2008) bei UNWTO (2018), sveikata yra „visiškos fizinės, psichinės ir socialinės gerovės būseną, o ne tik ligų ir negalavimų nebuvimas“. Šis apibrėžimas tinka plačiam sveikatos turizmo rinkos pobūdžiui, kuriame yra ne tik atsigavimo po ligos elementų, bet ir visas spektras nuo ligos iki sveikatos ir sveikatingumo bei nuo gydomojo iki prevencinio (Hall, 2011). Kaip pažymi M. Ormond ir N. Lunt (2019), tarptautinė medicininė kelionė – laikinas pacientų judėjimas per nacionalines sienas, siekiant išspręsti sveikatos problemas užsienyje, kurių negalima išspręsti gyvenamosiose šalyse. Nors sveikatos turizmas apibrėžiamas kaip sveikatos paslaugų gavimas per laiką, praleistą ne namuose ar gimtojoje šalyje, buvo pažymėta, kad šis laikotarpis turėtų būti ilgesnis nei 24 valandos (Baukute, 2012).

Tačiau dabartinėje literatūroje terminai: „sveikatos turizmas“, „medicininis turizmas“, „sveikatingumo/SPA turizmas“ (*dar taip pat yra išskiriami: pagyvenusiu žmonių turizmas ir neigaliųjų turizmas* (5 lentelė) (Cohen, 2008)) vis dar vartojami labai laisvai ir nesistemiškai (Fetscherin ir Stephano, 2016; Padilla-Melendez ir Del-Aguila-Obra,

2016; Fetscherin ir Stephano, 2016). Tikslinga yra apibrėžti ir diferencijuoti šias sąvokas. *Chronologiškai analizuojant sveikatos turizmo sampratą, yra pastebima tendencija, kad sveikatos turizmo rūšys, tuo pačiu ir sąvokos persidengia, veiklos integruojasi, todėl sąvokos labiau taikytinos teorinei analizei.*

5 lentelė. Sveikatos turizmo sąvokų apibrėžties įvairovė

Autorius, metai	Sąvokos
SVEIKATOS TURIZMAS	
IUTO, 1973	Sveikatos priežiūros įstaigų , naudojančių šalies gamtos išteklius , ypač mineralinį vandenį ir klimatą, sveikatinimo paslaugų teikimas.
Hall, 1992,2003; Willson ir kt., 2018	Sveikatos turizmas, kurį sudaro trys elementai : kelionės toli nuo namų, sveikata kaip pagrindinis kelionės motyvas ir laisvalaikio aplinka. Komercinis pramonės visuomenės reiškinys, susijęs su asmeniu, keliaujančiu per naktį toli nuo įprastos namų aplinkos, siekiant aiškios naudos palaikant ar gerinant sveikatą, taip pat tiekiant ir reklamuojant patalpas ir paskirties vietas, kurios siekia suteikti tokią naudą.
Kaspar, 1996	Žmonių buvimo vietos ir gyvenamosios vietos pakeitimas, siekiant skatinti, stabilizuoti ir prireikus atkurti fizinę, psichinę ir socialinę gerovę naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis ir kuriems jų buvimo vieta nėra nei pagrindinė, nei nuolatinė gyvenamoji ar darbo vieta.
Goodrich, 1994; Fuchs ir Reichel, 2010	[...] turistinio objekto (pvz., viešbučio) ar paskirties vietos (pvz., Badeną, Šveicariją) bandymas pritraukti turistus be įprastų turistinių patogumų, sąmoningai reklamuojant savo sveikatos priežiūros paslaugas ir technologijas.
Rulle, 2004; Hofer ir kt., 2012;	Turizmas, susijęs su kelionėmis į sveikatinimo ir sveikatingumo centrus ar kurortų vietas, kur pagrindinis tikslas yra pagerinti keliautojo fizinę savijautą derinant fizinių pratimų ir terapijos režimą, mitybos kontrolę ir medicinos paslaugas .
Carrera ir Bridges, 2006	Organizuota kelionė už savo aplinkos ribų, siekiant palaikyti, sustiprinti ar atkurti asmens savijautą mintyse ir kūne.
Ross, 2006	Žmonės, keliaujantys iš savo gyvenamosios vietos dėl sveikatos .
Kurek, 2007; Bialk-Wolf, 2010	Savanoriška asmenų išvyka už savo šalies ribų, kad gautų profesionalią medicininę priežiūrą , dažniausiai chirurgijos ar odontologijos paslaugų .
Vitkus, 2015	Sveikatos turizmas – keliavimas turint tikslą pagerinti sveikatą , gaudant sveikatinimo ir (ar) sveikatingumo paslaugų .
Smith ir Puczko, 2009; Ulaş ir Anadol, 2016	Kelionės į paskirties vietas, kur atliekamas medicininis gydymas , pavyzdžiui, chirurgija ar kitos specialistų intervencijos. Skydinis terminas kitiems subsektoriams , tokiems kaip SPA, sveikatingumo ir medicinos turizmas.

Autorius, metai	Sąvokos
Altin ir kt., 2012; Mainil ir kt., 2017	Asmenų kelionės iš savo gyvenamųjų vietų į kitas vietas, siekiant gydymo. Sveikatos turizmas apima medicinos turizmą, terminį turizmą, SPA, sveikatingumo ir pagyvenusių žmonių turizmą.
Smith, 2013	Kelionė toli nuo namų, siekiant pagerinti bendrą kūno būklę ir savi-jautą , naudojant SPA, sveikatingumo ir medicininės procedūras bei paslaugas. Tai gali būti prevencija, gydymas ar rehabilitacija.
Zsarnóczy, 2017	Tai sąvoka, apimanti medicininį, prevencinį ir rekreacinį turizmą, kur pagrindinė motyvacija yra sveikatos gerinimas ir (arba) išsau-gojimas.
Junio ir kt., 2017	Platus terminas, apimantis keliones , kurių metu siekiama atlikti įvai-raus pobūdžio gydymą , pagerinti asmens fizinę ar psichinę gerovę , pradedant medicinine intervencija (pasirenkama ar būtina) , tradi-ciniais ir alternatyviais gydymo būdais, baigiant holistine medicina, kurią siūlo SPA ir sveikatingumo kurortai.
Dragičević ir Paleka, 2019	Tai turizmas, apimantis tas turizmo formas , kurios yra sutelktos į fizinę sveikatą , tačiau taip pat gerina psichinę ir dvasinę savijautą ir didina asmenų galimybes patenkinti savo poreikius ir geriau veikti savo aplinkoje ir visuomenėje.
Bulut ir Sengul, 2019	Turizmo rūšis, leidžianti augti sveikatos įstaigoms, naudojant tarp-tautinį pacientų potencialą , atsirandantį dėl diagnozės, gydymo ir rehabilitacijos paslaugų poreikio. Galima sakyti, kad sveikatos turiz-mas atsirado dėl to, kad žmonės siekė gydytis keliaudami už savo gyvenamosios vietos ribų.
Юрьевна, 2020	Turistų/pacientų kelionės ir viešnagės metu atsirandančių santykių ir reiškiinių visuma, kurių pagrindinė motyvacija yra kūno apžiūra/ diagnostika, gydymas ir rehabilitacija , taip pat ligų prevencija.
MEDICINOS TURIZMAS	
Gupt, 2004; Heung ir kt., 2010	Rentabilios medicininės pagalbos teikimas pacientams bendradar-biaujant su turizmo pramone.
Connell, 2006	Niša, kuri atsirado sparčiai augant sveikatos turizmo pramonei, kai žmonės važiuoja dideliais atstumais į užjūrio šalis, tuo pačiu būdami poilsiautojais , norėdami gauti medicininę, odontologinę ir chi-rurginę pagalbą. Tai apima specifines medicininės intervencijas , laukiant reikšmingų ir ilgalaikių rezultatų.
Bookman ir Bo-okman, 2007	Kelionė paciento/turisto sveikatai pagerinti , taip pat ekonominė veikla , kuri apima 5 lentelės tęsinys prekybą sveikatinimo ir sveikatingumo paslaugomis ir yra bent dviejų sektorių asociacija: medicinos ir turizmo.

Autorius, metai	Šavokos
Hume ir DeMicc, 2007; Huijbens, 2011	Tai procesas , apimantis keliones į kitą šalį, tikslu gauti medicininę, odontologinę ir chirurginę pagalbą .
Berg, 2008	Pacientų , kurie laikiniai būna toli nuo savo nuolatinės gyvenamosios vietos , norėdami gydytis ar užkirsti kelią ligoms , turizmas.
Prochorowicz, 2008; Olkiewicz, 2016	Medicininis turizmas yra turizmo veiklos rūšis, apimanti kelionę už įprastos aplinkos ribų tiek šalies viduje, tiek tarptautiniu mastu, siekiant naudoti įrodymais pagrįstus medicininius gydymo išteklius ir paslaugas (invazines/neinvazines). Tai gali apimti diagnozę, gydymą, prevenciją ir reabilitaciją .
Carrera ir Lunt, 2010; Singh, 2013; Padilla-Melendez ir Del-Aguila-Obra, 2016	Kelionė į užsienį skirta gydymui ir priežiūrai .
Rab-Przybyłowicz, 2010	Medicinos turizmas reiškia kelionę už savo šalies ribų. Motyvus – likti gydymo įstaigoje, siekiant pagerinti sveikatą , atliekant tarpdisciplininę diagnostinę ir terapinės grupės priežiūrą .
Białk-Wolf, 2010; Lukowicki-Vikuk, 2012	Savanoriškas persikėlimas į svečią šalį, gauti planuotą gydymą , siekiant išsaugoti sveikatą – pagerinti gyvenimo kokybę. Sąmoninga žmogaus veikla, kurios metu keliautojas (<i>medicinos turistas</i>) siekia gauti sveikatos priežiūros paslaugų – tiek savo šalyje, tiek užsienyje; palaikyti (<i>atstatyti</i>) geresnę savo kūno sveikatą ir (arba) estetinę išvaizdą, kartu su atsipalaidavimu , fizinių ir psichinių jėgų regeneravimu, turistų lankomų vietų ir vertybių lankymu bei pramogomis.
Lunt ir kt., 2011	Organizuota kelionė už gyvenamosios vietos sveikatos priežiūros jurisdikcijos ribų, siekiant pagerinti ar atkurti asmens sveikatą atliekant medicininę intervenciją .
Aydin ir kt., 2012	Medicininės procedūros , atliekamos siekiant pagerinti sveikatos turistų savijautą .
Yu ir Ko, 2012; Fetscherin ir Stephano, 2016	Tai ne tik važiavimas į užsienį gydytis , bet ir vietų, kuriose yra daugiausia techninių žinių (medicinos srityje) ir kurios teikia jį konkurencingiausiomis kainomis [...] tai medicinos paslaugų ir turizmo pramonės derinys .
Medical tourism association, 2013	Žmonės, gyvenantys vienoje šalyje, keliauja į kitą šalį arba keliauja savo šalyje, kad gautų medicininę, odontologinę ir chirurginę pagalbą .
Snyder ir kt., 2015	Praktika, kai asmenys kerta tarptautines sienas norėdami gauti medicininę pagalbą .
Biernacka, 2015	Medicininis turizmas reiškia ne priežiūrą iškilus sveikatos grėsmei paciento buvimu užsienyje metu, o pagrindinį kelionės motyvą – medicininį aspektą .

Autorius, metai	Sąvokos
Johnston ir kt., 2016	Sąmoningas , privačiai pasirenkamų biomedicinos paslaugų pirkimas už paciento gyvenamosios šalies ribų .
Климин ir kt., 2019	Planuotų medicinos paslaugų teikimas už paciento gyvenamosios vietos ribų praktika.
Khodayari-Zarnaq ir kt., 2020	Tai viena iš sveikatos priežiūros pramonės pogrupių , kurioje pacientai keliauja į kitas šalis, norėdami gauti medicinos paslaugų .
SVEIKATINGUMO/SPA TURIZMAS	
Dunn, 1961	Sveikatingumo sąvoka apima gyvenimo sritis, tokias kaip fizinė, psichinė ir dvasinė sveikata , savarankiškumas, socialinė harmonija, jautrumas aplinkai, intelektualinis vystymasis, emocinė gerovė ir pasitenkinimas darbu.
Mueller and Kaufman, 2001; Goodarzi ir kt., 2015	Sveikatos siekia tik „sveiki“ žmonės , kurių pagrindinis tikslas yra blogos ligos prevencija . Visų santykių ir reiškinų, atsirandančių keliaujant ir gyvenant žmonėms, kurių pagrindinis motyvas yra išsaugoti ar skatinti savo sveikatą suma .
McNeil ir Ragins, 2004	Sveikatingumo segmente taip pat yra SPA turizmas arba „paskirties SPA“. SPA centrai siūlo visą SPA patirtį kartu su apgyvendinimu, todėl visa apimančia patirtimi siekiami pakeisti gyvenimo būdą .
Bushel ir Sheldon, 2009; Kucukusta ir Heung, 2012; Hartwell ir kt., 2018	Tai visa apimantis terminas , susijęs su medicininėmis, sveikatos, sporto, nuotykių ar transformacinėmis kelionių rūšimis, gerinančiomis žmogaus savijautą. Holistinis kelionės būdas, apimantis fizinės sveikatos, grožio ar ilgaamžiškumo ieškojimą ir (arba) sąmonės ar dvasinio sąmoningumo stiprinimą ir ryšį su bendruomene, gamta ar „dieviška paslaptimi“ .
Amodeo, 2010; Hudson ir Li, 2012	Turizmo veiklos rūšis , kuria siekiama pagerinti ir subalansuoti visas pagrindines žmogaus gyvenimo sritis , įskaitant fizinį, protinį, emocinį, profesinį, intelektinį ir dvasinį . Pagrindinė sveikatingumo turisto motyvacija yra užsiimti prevencine, iniciatyvia, gyvenimo būdą stiprinančia veikla .
Kelly, 2012; Smith ir Puczko, 2013	Kelionės, kurių tikslas – pagerinti sveikatos būklę , kai pagrindinės sveikatingumo sritys yra suderintos arba subalansuotos (pvz., fizinės, psichinės, psichologinės, socialinės). 5 lentelės tęsinys Daugiausia dėmesio skiriama prevencijai, o ne gydymui , tačiau kai kurie gydymo būdai gali būti naudojami kartu su gyvenimo būdo pagrįstomis terapijomis.
TOHWS, 2012	Tai daugiau nei SPA turizmas, apimantis sveiką virtuvę, specifinius kūno rengybos ar kūno-protodvasios režimus, aktyvaus senėjimo ar ilgaamžiškumo programas , mokymąsi, nuotykius, dvasinį nušvitimą ir asmeninį augimą.

Autorius, metai	Sąvokos
Smithu ir Puczkó, 2014	Turizmas, orientuotas į kūno atpalaidavimą, gydymą ar gražinimą SPA centruose, naudojant prevencines sveikatingumo ir (arba) gydomąsias medicinos technikas.
World Tourism Organization ir European Travel Commission (2018)	Tai savanoriškas, iniciatyvus ir prevencinis turizmas, apimantis: sveiką mitybą ir svorio metimą; profilaktinę ir individualizuotą mediciną bei visuomenės sveikatą; papildomą ir alternatyvią mediciną; SPA pramonę; sveikatą darbo vietoje; termines/mineralines versmes.
SPA TURIZMAS	
Mak ir kt., 2009	SPA yra Lot. „Sanus per Aquam“ – <i>sveikata per vandenį</i> , reiškianti vandens terapiją akronimas . Tai sveikatos turizmo dedamoji , skirta gerinti bendrą savijautą per įvairias profesionalias sveikatingumo paslaugas , siekiant atstatyti ar pagerinti dvasinę būseną ar fizinę pusiausvyrą.
Hall, 2011	Tai sveikatos turizmo sudedamoji dalis , susijusi su konkrečių sveikatos priežiūros įstaigų ir vietų, kurios tradiciškai apima mineralinio ir terminio vandens sveikatingumo paslaugas .
Topuz, 2012	Gydymasis terminiais/mineraliniais vandenimis sveikatos atstatymo ar prevenciniais tikslais.
Mainil ir kt., 2017	Turizmas, orientuotas į kūno gydymą, atpalaidavimą ar gražinimą , kuris yra prevencinio ir (arba) gydomojo pobūdžio .

Detalizuojant sveikatos turizmo sąvokų apibrėžties įvairovę, galime išskirti šiuos esminius požymius, kurie yra būdingi:

- *Sveikatos turizmas* – sveikatos priežiūros įstaigos; sveikatinimo ir sveikatingumo paslaugos; sveikatos gerinimas, sustiprinimas, atkūrimas, pagrindiniai kelionės motyvai; keliavimas iš savo gyvenamosios vietos (*nacionaliniu ar tarptautiniu lygmenimis*) gauti profesionalią medicininę priežiūrą; skydinis terminas šiems subsektoriam: SPA, sveikatingumo ir medicinos turizmo; sveikatos priežiūros paslaugos, apimančios: diagnostiką, gydymą, reabilitaciją taip pat ligų prevenciją.
- *Medicinos turizmas* – medicininės pagalbos teikimas ir bendradarbiavimas su turizmo pramone; medicininės intervencijos, siekiant ilgalaikių rezultatų; procesas, apimantis keliones (*nacionaliniu ar tarptautiniu lygmenimis*) gauti medicininę, odontologinę, chirurginę pagalbą; įrodymais pagrįstos medicinos taikymas; savanoriškas (*organizuotas*) keliavimas gauti planuoto gydymo paslaugų, kurios yra derinamos su poilsiu ir turistinių vietų lankymu; pagrindinis kelionės motyvas – medicinis aspektas (*biomedicinos paslaugų pirkimas*).
- *Sveikatingumo/SPA turizmas* – sveikatos siekia tik „sveiki“ turistai, kurių pagrindinis tikslas – blogos ligos prevencija; pagrindinis – motyvas išsaugoti ar skatinti savo sveikatą; turizmo veiklos rūšis, skirta pagerinti ir subalansuoti

visas pagrindines žmogaus gyvenimo sritis, įskaitant: fizinį, protinį, emocinį, profesinį, intelektinį ir dvasinį; prevencinė ir gyvenimo būdą stiprinanti veikla; daugiausia dėmesio skiriama prevencijai, o ne gydymui.

- SPA turizmas – orientuota į kūno gydymą, atsipalaidavimą ar gražinimą, prevencinio ir (arba) gydomojo pobūdžio; gydymasis terminiais/mineraliniais vandenimis.

Pasak C.M. Hall (2011); A.M. Reynaers ir G. De Graaf, (2014); S. Hodžić ir H. Paleka (2018); S. Kim ir kt., (2019); D. Dragičević ir H. Paleka (2019); M. Vega-Vazquez ir kt., (2020) pažymi, kad sveikatingumo/SPA turizmas būna tada, kai žmonės, besimėgaujantys savo gerove, keliauja sveikatą skatinančiais/prevenciniais tikslais; kita vertus, medicininis turizmas reiškia kelionių veiklą, apimančią medicininę procedūrą; kitaip tariant, medicinos turizmas yra kelionių per sienas praktika, norint gauti sveikatos priežiūros paslaugas kitose šalyse, kurios yra lygiavertės ar geresnės už teikiamas savo šalyje (Heung, Kucukusta ir Song, 2010; Connell, 2013; Guntawongwan, 2017 ir kt.). Kaip pažymi M. Smith (2015), suomiai neturi žodžio „sveikatingumas“ ir jau daugiau nei 10 metų vartoja terminą „gerovės turizmas“ ir ypatingą dėmesį skiria gamtos ir kraštovaizdžio sveikatą gerinančioms savybėms.

Sveikatos turizmo turistu/pacientu yra nelaikoma, kuomet gydytojo sprendimu yra perkeliamas iš savo šalies į kitos šalies sveikatos priežiūros sistemą. Skirtingai nei šis pacientas/turistas, sveikatos turistai nusprendžia patys dalyvauti sveikatos turizme sąmoningai. Taigi sveikatos turizmą galima apibūdinti, kaip tikslingą asmens apsilankymą svečioje šalyje prevenciniais, terapiniais, reabilitaciniais tikslais, o mediciniskai orientuotą sveikatingumo turizmą, galime vadinti „**medicininis sveikatingumas**“, vertinant kaip tradicinės sveikatos ir reabilitacinės priežiūros bei sveikatingumo turizmo derinį (Hofer ir kt., 2012).

Sveikatos turizmo paslaugų apimtis yra plati, nes šiuolaikinių vartotojų sveikatos ir turistiniai poreikiai bei lūkesčiai vis labiau individualizuojami. Nagrinėjant medicinos paslaugos apibrėžimą, reikėtų remtis visuotinai priimtu teiginiu, kuriame sakoma, kad tai yra holistinė veikla, skirta sveikatai išsaugoti, taupyti, atkurti ir gerinti, taip pat kita medicininė veikla, atsirandanti dėl gydymo proceso arba atskirų nuostatų, reglamentuojančių jų atlikimo principus. Taigi medicinos paslaugos yra visų rūšių sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos dalyvaujant sveikatos priežiūros specialistui. Kalbant apie turizmo paslaugas, tai yra: gido paslaugos, viešbučių paslaugos ir visos kitos turistams ar lankytojams teikiamos paslaugos.

A. Bukowska-Piestrzyńska, 2008; M. Olkiewicz, 2016; В.Г. Климин ir kt., (2019) ir К.Э. Юрьевна (2020) užsienio turistams teikiamas medicinos paslaugas išskaido į šias kategorijas: diagnostinių tyrimų paslaugos; aukštųjų technologijų medicinos paslaugos; sveikatos gerinimo, palaikymo ir atstatymo po traumos ar ligos paslaugos; alternatyviosios medicinos paslaugos (Indija, Kinija, Azijos ir Ramiojo vandenyno regiono šalys); intervencinės medicinos paslaugos, skirtos esamoms/lėtinio pobūdžio ligoms gydyti.

Apibrėžiant turizmo ir medicinos paslaugas kyla problema, nes šios paslaugos yra „nematomos“ veiklos, kuriai būdinga (Lukowicki-Vikuk, 2012):

1. *Abstrakcija* – jų negalima pamatyti ar išbandyti.
2. *Nepastovumas ir nematerialumas* – turistinės ir medicinos paslaugos negali būti laikomos, gabenamos ar perkeliamos. Taip pat kyla sunkumų formuojant pasiūlos ir paklausos lygį, kurie gali atsirasti pasireiškus rizikos veiksniams.
3. *Papildomumas*, pvz., apsilankius pas gydytoją specialistą, medicinos turistas dažniausiai eina į farmacijos punktus, kad gautų *receptą*.
4. *Pakeičiamumas*, pvz., užuot naudojęsis odontologijos paslaugomis Berlyno gydytojo kabinete, medicinos turistas gali pasirinkti panašią, tačiau teikiamą privačioje Poznanės odontologijos klinikoje.
5. *Sezoniškumas* – turizmo ir medicinos paslaugų paklausa, sutelkta laike ir erdvėje.
6. *Neatskiriamumas*, kuris reiškia turizmo ir medicinos paslaugų (pvz., Gido paslaugos) vienu metu „gaminimą“ ir vartojimą; tarp tiekėjo ir gavėjo yra tiesioginis ar netiesioginis kontaktas (pvz., „vaisto atnaujinimo“ receptas).
7. *Įvairovė ir unikalumas* – tokio tipo paslauga kiekvieną kartą bus teikiama skirtingai, nes jos kokybė daugiausia priklauso nuo konkretaus paslaugų teikėjo, laiko ir vietos.
8. *Stresas ir nerimas* – susiję su medicinos paslaugų vartojimu.

Gydymas gali būti įvairus: nuo labai invazinių operacijų (*širdies operacijos, klubo sąnario pakeitimas, plastinės operacijos ir kt.*) iki mažiau invazinių procedūrų (*odontologija*) ir sveikatingumo procedūrų (Reddy, York ir Brannon, 2010). Detalizuotos sveikatos turizmo paslaugos pateiktos 5 pav.



5 pav. Sveikatos turizmo paslaugų spektras

Šaltinis: sudaryta pagal: (Henderson, 2004; Lunt ir kt., 2011; Hall, 2011; Lukowicki-Vikuk, 2012; Padilla-Melendez ir Del-Aguila-Obra, 2016; Bulut ir Sengul, 2019)

Apibendrinant pateiktą sveikatos turizmo paslaugų spektrą, galima suskirstyti/susisteminti pagal medicinos procedūrų įgyvendinimo pobūdį, kuris apima šiuos porūšius: medicinos ir sveikatingumo/SPA turizmo medicininė kryptis, kurios tikslas – palaikyti normalų kūno funkcionavimą esant ir progresuojant lėtinėms ligoms; prevencinė medicinos turizmo kryptis, kuria siekiama užkirsti kelią galimoms ligoms ir sumažinti neįgalumo riziką dėl profesinių ligų vystymosi; medicinos ir sveikatingumo/SPA turizmo reabilitacijos kryptis, susijusi su pirminės fizinės būklės grįžimu po operacijų, infekcinės ligos ar patirtos traumos, kuri apima fizinio aktyvumo elementus ir fizioterapijos pratimus; medicinos ir sveikatingumo/SPA turizmo reabilitacijos kryptis, apimanti psichinės sveikatos ir psichosomatinės pusiausvyros stiprinimą derinant vaistus ir emocinio palengvinimo metodus; sveikatingumo/SPA turizmo kryptis, susijusi su kūno stiprinimu atliekant tam tikrą subalansuotą fizinį aktyvumą; estetinė sveikatingumo/SPA turizmo kryptis, koreguojanti žmogaus išvaizdą be operacijos.

1.2.2. Sveikatos turizmo veiksniai

Sveikatos turizmo paslaugų vartotojams/turistams/pacientams vienas iš svarbiausių rodiklių, apibrėžiantis paslaugų kokybę – tai gydymo rezultatyvumas (Adams ir kt., 2013). Kiti ne ką mažiau svarbūs aspektai yra medicinos specialistų turimi sertifikatai/pažymėjimai (Holliday ir kt., 2015); dėmesingesnė slaugytojų priežiūra (Demico ir Cetron, 2006); trumpesni laukiančiųjų sąrašai (Cameron ir kt., 2014; Hanefeld ir kt., 2015) bei pažangiausia medicinos įranga ir technologijos (Masi de Cassanova ir Sutton, 2013).

Kai kurie sveikatos turistai gali norėti pabėgti nuo streso ir atsipalaiduoti būdami užsienyje, todėl savo medicininę priežiūrą derina su atostogomis (Hanefeld ir kt., 2015; Holliday ir kt., 2015). Kai kuriuos pacientus/turistus pritraukia kita kultūrinė aplinka ir galimybė gauti unikalių sveikatinimo ar sveikatingumo paslaugų, pvz., akupunktūra, ajurveda, joga ir kitos SPA terapijos formos (Connell, 2011). Pacientai, kurie keliauja dėl sveikatos priežiūros į svečių šalį, dažnai patiria įvairius institucinius ir socialinius iššūkius. Tačiau tikisi, kad paskirties šalyje bus stabili politinė ir socialinė aplinka, veiksminga teisinė sistema nuostoliams dėl medicininio aplaidumo ar netinkamo elgesio padariniams atlyginti (Bookman ir Bookman, 2007). *Vartotojams, keliaujantiems tolimaisiais skrydžiais, pasireiškia didesnė giliųjų venų trombozės rizika, ypač tiems, kuriems ką tik buvo atliktos operacijos* (Page, 2009). Ar galima garantuoti sveikatos priežiūros tęstinumą pacientams grįžus iš sveikatos turizmo kelionės, yra dar vienas teisėtas medicinos turistų susirūpinimas (Lautier, 2014). Pagaliau nerimaujama, ar gyvenamosios šalies gydytojai gebės spręsti problemas, kylančias pacientams grįžus namo (Gan ir Frederick, 2018). Taip pat svarbus vaidmuo tenka sveikatos turizmo tarpininkams, kurie paprastai yra atsakingi už pacientų srautus ir patirtį (6 lentelė). Sveikatos turizmo tarpininkas yra specializuotas agentas, turintis tiek turizmo, tiek sveikatos priežiūros pramonės žinių ir galintis susieti pacientus bei sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus. Tarpininkas organizuoja ir užsisako kelionės komponentus, rūpinasi pacientu jo buvimo metu ir padeda su medicinos paslaugų teikėjais (UNWTO, 2018).

6 lentelė. Sveikatos turizmo valdymo sistemų tipai pagal tarpininkus

Sveikatos turizmo valdymo sistemos tipas	Sistemos tipas
<p><i>Tiesioginis sveikatos turizmas, kurio mechanizmas numato tiesioginį paciento kontaktą su užsienio klinika.</i></p>	
<p><i>Sveikatos turizmas, kurį organizuoja vidaus ar užsienio tarpininkai, kurie imasi reikiamų organizacinių klausimų ir visų rūšių paslaugų sprendimo. Šio tipo medicininio turizmo organizacijos naudojamos Izraelyje, Indijoje, Kinijoje ir Pietų Korėjoje.</i></p>	
<p><i>Sveikatos turizmas yra valstybės sveikatos politikos dalis. Valstybinės institucijos sukuria mechanizmą šalies piliečiams keliauti į užsienio sveikatinimo ar sveikatingumo tikslais. Šis modelis aktyviai veikia JAV, Kanadoje, Didžiojoje Britanijoje ir kai kuriose Europos Sąjungos šalyse.</i></p>	
<p><i>Sveikatos turizmas vystosi remiantis vidaus medicinos paslaugų teikėjų (medicinos centrų, gydytojų) ir užsienio medicinos paslaugų teikėjų (medicinos centrų, specializuotų klinikų, privačių gydytojų) partnerystėmis. Pagal šią schemą nacionaliniai medicinos centrai naudojami medicinos paslaugų perkėlimo į užsienio centrus mechanizmu, teikdami gydymo protokolus užsienio partneriams ir naudodamiesi profesionaliomis konsultacijomis, telemedicinos technologijomis ir profesionaliu specialistų perkvalifikavimu. Šis modelis aktyviai naudojamas Vokietijoje ir JAV.</i></p>	

Pirmas tarpininkas, t. y. vartotojai/pacientai/turistai, kurie keliauja savarankiškai, paprastai turi įveikti tiek informacines, tiek psichologines kliūtis keliaujant gauti sveikatos turizmo paslaugų užsienį. Prieš priimant sprendimą keliauti savarankiškai

reikia pasveri kitų trijų rūšių pagalbinių/tarpinių įtraukimo išlaidas ir naudą. Šie turistai/pacientai paprastai žino ar bent turi dalinę informaciją/patirtį apie užsienio ligonines, patys planuoja medicininių procedūrų tikslingumą. Draugų ar artimųjų patarimai ir rekomendacijos yra neabejotinai įtakingiausias informacijos apie sveikatos turizmą šaltinis (Connello, 2011).

Antrasis tipas pasireiškia, kai vartotojai renkasi naudotis tarpininko, žinomo kaip sveikatos turizmo agentu paslaugomis. Buvo atlikta daugybė sveikatos turizmo agentų tyrimų, daugiausia apie jų svetainių apžvalgas potencialiems sveikatos turistams/pacientams pateikiamos informacijos pobūdį (Cormany ir Baloglu, 2011; Gan ir Frederick, 2011; Dalstrom, 2013 ir kt.). Esant pertekliniam informacijos srautui apie sveikatos turizmo paslaugas agentas gali iš esmės sumažinti vartotojo paieškos išlaidas, įskaitant alternatyvių arba laiko išlaidų, susijusių su medicinos pagalbos kreipimusi išlaidas. Daugelis potencialių vartotojų turi suformuotą konkretų sprendimą, kokių sveikatinimo ar sveikatingumo paslaugų jiems reikia, tačiau sprendimai, kurių šalį ir kurią ligoninę pasirinkti, įvertinti kokybę ir galimas išlaidas, gali sukelti sunkumų. Be to, kelionių planavimas yra daug informacijos ir žinių reikalaujantis procesas, todėl pacientui/turistui pasireiškia didesnė rizikos veiksnių tikimybė. Laiko juostų skirtumai, kalbos ir bendravimo sunkumai greičiausiai pridės dar vieną sudėtingumo sluoksnį. Siekdami įveikti asimetrišką informaciją ir dideles paieškos išlaidas, vartotojai gali rinktis agento paslaugas.

Trečiasis tarpininkavimo tipas yra paaiškinamas taip – siekdamas sumažinti išlaidas, kai kurios draudimo bendrovės įtraukė kai kurias užsienio ligonines į patvirtintų paslaugų teikėjų sąrašus. Vartotojai, norintys gauti nepaprastą pasirenkamą gydymą, kurį apmoka trečiosios šalies mokėtojai, greičiausiai jais pasikliaus, norėdami susitarti dėl procedūrų. Tačiau trečiosios šalies mokėtojai neapmokės operacijų ir procedūrų, kurios nėra leidžiamos paciento šalyje (*JAV pvz., kamieninių ląstelių terapija*). Trečiųjų šalių mokėtojai, pavyzdžiui, sveikatos draudėjai, padeda vartotojams įveikti neaiškumus dėl priežiūros kokybės ir pacientų saugos bendradarbiaudami su akredituotomis ligoninėmis, turinčiomis JCI akreditaciją arba turinčiomis gerą reputaciją tarptautiniu lygmeniu. Trečiosios šalies mokėtojai taip pat gali sumažinti vartotojų susirūpinimą dėl medicininių įrašų konfidencialumo, bendradarbiaudami tik su užsienio ligoninėmis, kurių praktika atitinka HIPAA (angl. *Health Information Privacy*) reikalavimus.

Ketvirtasis tarpininkavimo tipas. Kaip teigia S.K.S. Gooding (1995), socialiniai ryšiai ir pasitikėjimas medicinos specialistais daro įtaką vartotojų sprendimams renkantis gydymą. Tai ypač aktualu pastaraisiais metais dėl to, kad santykiai tarp gydytojo ir paciento tampa vis abipusiškesni, taip pat didesnis pacientų įtraukimas į jų priežiūrą (Al-Amin ir kt., 2011). Kai kurie vartotojai dėl įvairių priežasčių gali gauti užsienio medicinos pagalbą, kurią nurodo jų vidaus gydytojai. *Pvz.*, pacientus iš kaimyninių Pietų Afrikos šalių gydytojai nukreipė į Pietų Afriką, nes jų šalyje nebuvo galimybės naudotis pagrindinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis (Crush ir Chikanda, 2015). Tais atvejais, kai laukimo sąrašas yra trumpesnis arba kai užsienio įstaiga yra arčiau nei artimiausia namų įstaiga, gydytojai rekomenduoja kreiptis į užsienį (Brouwer, Van

Exel, Hermans ir Stoop, 2003). Iš tiesų, neretai gydytojai vyksta operuoti į kitos šalies sveikatos priežiūros įstaigas. Pasak R. Holliday ir kt. (2015), Pietų Korėjos gydytojai dažnai vykdo konsultacijas ir operacijas Kinijoje; į Ispanijos klinikas atvyksta chirurgai iš Vokietijos ar Italijos. Remiantis JAV vartotojų interesų vidaus medicinos turizmu tyrimu, 40 proc. vartotojų, norėdami 50 proc. ar daugiau sutaupyti lėšų, keliautų už artimiausios teritorijos ribų, jei jų gydytojas tai rekomenduotų (Deloitte, 2009). Šalies gydytojai atlieka nepaprastai svarbų vaidmenį padėdami vartotojams įveikti priežiūros kokybės kliūtis. Vietiniai gydytojai paprastai yra gerai informuoti apie naujausias medicinos technologijas ir procedūras, jie gali geriau įvertinti chirurgijos rezultatus, užsienio gydytojų įgaliojimus ir JCI akreditacijos standartus. Taigi jie turi geresnes galimybes rekomenduoti tinkamą gydymą.

Sveikatos turizmas dažniausiai yra gydomasis, o sveikatos paslaugos yra vartojamos tarptautiniu mastu, kaip pažymi C.M. Hall (2011); M. Prakash ir kt. (2011); M. Lianto ir kt. (2020); dėl vienos iš šešių priežasčių. *Pirma*, tarpvalstybinės medicinos paslaugos yra pigesnės nei teikiamos medicininį turizmą kuriančioje šalyje (*ekonominių sąnaudų aspektas*) (Milstein ir Smith, 2006) ir (arba) gali būti teikiamos laiku (*laiko sąnaudų aspektas*) (Eggertson, 2006; MacReady, 2007). *Antra*, medicinos paslaugas galima vartoti gana egzotiškoje vietoje kartu su atostogomis (*komercinio elgesio dimensija*) (Connell, 2006). *Trečia*, dėl migracijos ir pasaulinės darbo rinkos poreikių emigrantai gali grįžti į savo kilmės šalį gydytis dėl kultūrinių, šeimos ir kalbos priežasčių (*nekomercinis elgesio aspektas*) (Lee ir kt., 2010). *Ketvirta*, paskirties šalyje nėra reguliavimo struktūrų, ribojančių medicinos paslaugų prieinamumą generuojančioje šalyje (*reguliavimo išlaidų aspektas*). Ši dimensija taip pat gali būti dar labiau suskaidyta atskiriant reguliavimą, dėl kurio kai kurios paslaugos yra visiškai nepasiekiamos, net jei egzistuoja medicinos technologija, pvz., kai moteris turi keliauti tarptautiniu mastu, kad būtų atlikta aborto procedūra, kuri nebūtų teisėta jos šalyje (Nowicka, 1996; Gilmartin ir White, 2011) ir kur procedūros yra reglamentuojamos, nes jos šalyje laikomos eksperimentinės kilmės, kaip pvz., kamieninių ląstelių medicinoje (MacReady, 2009) ir kai kurios vaisingumo ir reprodukcijos procedūros (Voigt ir Laing, 2010). *Penkta*, sveikatos turizmo priežastis gali būti tai, kad organas nėra transplantuojamas sveikatos turisto kilmės šalyje (Bramstedt ir Xu, 2007). Ši sritis yra ypač prieštaringa dėl susirūpinimo prekyba organais (Scheper Hughes, 2003), taip pat susijusi su medicinos reguliavimo klausimais (Reed, 2008). *Šešta*, paskirties vietos konkurencingumas, apimantis klimatą, aplinką, florą ir fauną, sveikatos sritį ir medicininę priežiūrą, paveldą ar istorinius objektus, renginius, transportą, vyriausybės politiką ir faktinio valdymo kokybę.

7 lentelė. Sveikatos turizmo plėtrą skatinantys ir stabdantys veiksniai

SKATINANTYS VEIKSNIAI	STABDANTYS VEIKSNIAI
Viešosios ir privačios investicijos į sveikatos infrastruktūrą	Didelės patekimo į rinką išlaidos
Logistinis sveikatos priežiūros infrastruktūros išsivystymas	Prastas planavimas ir koordinavimas visame sektoriuje
Šiuolaikiniai medicinos centrai, turintys tarptautinę akreditaciją (<i>JCI</i>)	Struktūriniai socialiniai ir ekonominiai klausimai, tokie kaip nesaugumas arba gana didelės verslo išlaidos ir finansinė rizika.
Sudarytas medicinos paslaugų kokybės kontrolės mechanizmas (<i>sertifikavimas</i>)	Nepakankamas sveikatos turizmo skatinimas
Kuriamos ir plėtojamos ilgalaikės sveikatos turizmo skatinimo programos	Centralizuotos administracinės paramos sistemos trūkumas
Turimi ir pritaikyti natūralaus gydymo šaltinių išteklių (<i>geoterminiai/mineraliniai vandenys ir kt.</i>)	Diferenciacijos strategijų nebuvimas konkuruojančių šalių atžvilgiu
Optimalus siūlomų medicinos paslaugų kainos ir kokybės santykis bei galimybė jas pasiūlyti mažesnėmis kainomis, palyginti su kitomis konkurencinėmis šalimis	Neužtikrinama sveikatos priežiūros paslaugų kokybė visame paciento kelionės cikle (<i>prieš procedūrinis etapas – procedūrinis etapas – po procedūrinis etapas</i>)
Politinis ir socialinis stabilumas šalyje	Nepakankamas sveikatos turizmo specialistų skaičius
Galimybė naudotis modernia ir gerai išvystyta turizmo infrastruktūra	Neparengta sveikatos turizmo rinkodaros strategija
Pagrįsta kokybiškų medicinos paslaugų reputacija	Neišplėtoti tarpregioniniai sveikatos turizmo partnerystės mechanizmai
Sėkmingas geriausias praktikos ir šiuolaikinių technologijų naudojimas	Daugiakalbio medicinos personalo trūkumas
Dalyvauja patyręs medicinos personalas, apmokytas pagal tarptautinius standartus, gebantis komunikuoti skirtingomis kalbomis	Geografinė kliūtis – neišplėtotas transporto infrastruktūra
Galimybė atskleisti šalies turimą sveikatos priežiūros sektoriaus potencialą (<i>perteklinius pajėgumus privačiame sveikatos sektoriuje</i>)	Duomenų apie medicinos centrų atestavimą ir gydytojų igūdžius trūkumas
Išvystyta sveikatos turizmo industrijos koordinavimo sistema	Nesprendžiamos sveikatos priežiūros sistemos reputacijos problemos tarptautiniu lygmeniu

SKATINANTYS VEIKSNIAI	STABDANTYS VEIKSNIAI
Lengvas vizų režimas	Nelanksti/neadekvati teisinė sistema, taip pat teisinės kliūtys, susijusios su draudimu, žalos atlyginimu ir kompensacija medicinos klaidų atveju.
Užtikrinami aukščiausi pacientų saugos standartai hospitalizacijos metu	
Platus ir gilus siūlomų aukštos kokybės sveikatos paslaugų spektras	
Platus laisvalaikio praleidimo spektras (<i>kultūros ir gamtos paminklai, turtinga istorija</i>) tiek pacientui, tiek jo palydai.	

Šaltinis: *parengta autoriaus pagal, Horowitz ir Rosensweig, 2007; Bookman ir Bookman, 2007; Marlowe ir Sullivan, 2007; Reddy ir kt., 2010; Heung ir kt., 2010; Hudson, 2012; Seongseop ir kt., 2012; Borek, 2013; Johnston ir kt., 2016; World Tourism Organization and European Travel Commission, 2018*

C. Fisher ir K. Sood (2014) nustatė, kad pagrindiniai motyvai (*pateikiami prioriteto tvarka*), lemiantys sveikatos turisto kelionę, yra: 1) kaina; 2) gydytojo reputacija; 3) ligoninės reputacija; 4) asmens saugumas; 5) asmeninis dėmesys; 6) sveikatos priežiūros technologinis išsivystymo lygis; 7) gydymo draudimas; 8) gydymo sistema nustatanti tikslią ligos diagnozę; 9) gydymas yra labai sėkmingas; 10) rizika; 11) gydytojo prieinamumas; 12) greitis / laikas; 13) prieinamumas ir laukimo laikas procedūrai namuose; 14) ligoninės narystė (asociacijose; klasteriuose ir kt.); 15) daugiakalbis personalas; 16) oro linijų paslaugos į paskirties šalį; 17) paskirties šalies turizmo išsivystymo lygis; 18) šalies klimatas.

Kiti autoriai, kaip pvz., U. Religioni ir M. Religioni (2015); D. Ulaş ir Y. Anadol (2016); K. Guntawongwan (2017); B.Г. Климин (2019), išskiria šiuos šešis pagrindinius sveikatos turisto motyvus keliauti: *pirma* – palanki teisinė sistema ir logistika – vizos gavimo paprastumas, transporto prieinamumas; *antra* – ekonominis efektyvumas – gydymo ir susijusių paslaugų kaina; *trečia* – gydymo rezultatyvumas – gydymo ir paslaugų kokybė; *ketvirta* – psichologinis komfortas, darbuotojų ir aplinkos draugiškumas– filosofijos „viskas pacientui“ integravimas; *penkta* – šiuolaikinės gydymo technologijos – medicinos inovacijos; *šešta* – akreditacija – akredituoti medicinos centrai, personalas. M., Lianto ir kt. (2020) šį sąrašą papildė įtraukdami: *teikiamų paslaugų unikalumą* – galimybė gauti pasirinktas paslaugas, pagrįstas novatoriškų technologijų naudojimu ir išskirtinumu; *paslaugas teikiančios organizacijos dalykinę reputaciją* – atitinkamas paslaugas nacionalinėje ir tarptautinėje rinkoje teikiančios organizacijos įvaizdis ir reputacija, teigiamų klientų atsiliepimų buvimas ir skaičius, lojalumo politikos vykdymas nuolatinųjų klientų atžvilgiu ir kt.; *paskirties vietos turizmo potencialą* – pačios kelionės tikslo reikšmė turistui/pacientui, galimybė susipažinti su lankomos vietos gamta, kultūra, istorija bei lankomo regiono specifiškumu; *galimybę gauti papildomas paslaugas* – galimybė naudotis kitomis vartotojui teikiamomis turistinėmis ar susijusiomis paslaugomis (apgyvendinimo paslaugų prieinamumas ir

kokybė, maitinimo paslaugų kokybė ir prieinamumas, ekskursijų paslaugų prieinamumas ir kt.) atsižvelgiant į sveikatos turizmo paslaugos tipą.

M. Prakash ir kt. (2011) sveikatos turisto keliavimo motyvus išskaido atsižvelgdamas į visą paciento/turisto kelionės ciklą. Esminiai paciento/turisto motyvai **prieš procedūrą**: maža medicininės procedūros kaina; bendros kelionės ir gydymo išlaidos; trumpiau laukti gydymo; kelionės vieta patogiai sujungta su gimtąja šalimi; medicininės procedūros kokybė; gydytojų ir paramedikų personalo kompetencija; kokybiška klinikinė infrastruktūra; kokybiška neklinikinė infrastruktūra; galimas medicininis draudimas; įperkamos draudimo išlaidos; galimybė gauti vizą; pagalba iš priimančiosios šalies rengiant kelionės maršrutą, ikiprocedūrinius dokumentus; apmokėjimo sąlygos. **Procedūros etape**: greitas priėmimo procesas; dėmesys paciento/turisto poreikiams; efektyvus skirtingų sveikatos turizmo institucijų koordinavimas; entuziastingi ir iniciatyvūs darbuotojai; konsultacijos atvykus į gydymo įstaigą; konfidencialumo ir privatumo užtikrinimas; kasdienės priežiūros personalas jautrus klientų poreikiams; greitai reaguojantis slaugos personalas; gydytojai, norintys dalytis informacija; kvalifikuoti, sumanūs ir empatiški gydytojai; gydytojų ir slaugytojų kalbiniai gebėjimai; ne medicinos personalo kalbiniai gebėjimai; kokybiškas maistas; viešbutis, atitinkantis sveikatos turistui/pacientui keliamus reikalavimus. **Po procedūros**: paprasta ir greitai išleidimo procedūra; aiškios ir suprantamos išleidimo instrukcijos; savaime aiškus atsiskaitymas be jokių netikėtų paslėptų mokesčių; greitas ir be klaidų atliekamas atsiskaitymas; po procedūros ligoninė / gydytojas stebi, ar nėra kokių nors komplikacijų; pasveikimo stebėjimas ir fizinės bei reabilitacinės terapijos priemonės; tolesnė priežiūra ir nurodymai dėl gydymo režimo; galimybė išrašyti vaistus paciento/turisto gimtojoje šalyje; galimybė konsultuotis grįžus namo.

M. Fetscherin ir R.M. Stephano (2016) sveikatos **turisto motyvus** detalizuoja įtraukdami keturis veiknius.

1 veiksnys – šalies aplinka: stabilus valiutos kursas; mažas korupcijos lygis; kultūrinis panašumas; teigiamas šalies įvaizdis; kalbos panašumas; saugu keliauti į šalį; stabili ekonomika.

2 veiksnys – turizmo paskirties vieta: populiarus turistinė vieta; egzotiška turistinė vieta; oro sąlygos; šalies, kaip turistinės paskirties vietos patrauklumas; kultūrinė autentika.

3 veiksnys – sveikatos turizmo išlaidos: maža gydymo kaina; mažesnės sveikatos priežiūros išlaidos; maža nakvynės kaina; mažos kelionės išlaidos; lėktuvų bilietų įperkamumas.

4 veiksnys – įranga ir paslaugos: gydytojų rengimas; gydytojų kompetencija; aukšti sveikatos priežiūros kokybės rodikliai (pvz., žemas infekcijos lygis); gydytojų reputacija; aukšti kokybės standartai (pvz., ISO, NCQA, ESQA); aukšta priežiūros kokybė; pažangi medicinos įranga; gydymo ir medžiagų kokybė; medicinos įstaigos (pvz., JCI, ISQUA) akreditavimas; ligoninės / įstaigos reputacija; šalies medicinos reputacija; atestuoti gydytojai tarptautiniu mastu; tarptautiniu mastu sertifikuotas personalas; tarptautinį išsilavinimą turintys gydytojai; personalo ir gydytojų draugiškumas/sveitingumas.

1.2.3. Sveikatos turizmo rizikos valdymas

Sveikatos turizmo rizikos valdymą užsienio literatūroje nagrinėja šie autoriai: Wybo, 2004; Camillo, 2015; Mutalib ir kt., 2016; Winsena ir kt., 2016; Hasan ir kt., 2017; Plianbangchang, 2018; Ravulakollu ir kt., 2018; Nilashia ir kt., 2019; Lubowiecki-Vikuk ir Dryglas, 2019; Hyder ir kt., 2019; Schuller, 2019 ir kt.

Lietuvos mokslininkai riziką tyrinėjo įvairiais aspektais: pacientų sauga; nepageidaujamų įvykių valdymas; rizikos veiksnių valdymas ir vertinimas: Kaleininkaitė ir Trumpaitė, 2007; Buškevičiūtė ir Leškevičiūtė, 2008; Kanapeckienė ir Jurkuvėnas, 2009; Staliūnienė, 2009; Mekšriūnaitė ir Rudaitis, 2013; Paškevičius, 2014; Stasytytė ir Aleksienė, 2015; Janušonis, 2016; Jankauskienė ir Kostereva, 2019; Babinskas ir Kanapeckienė, 2019 ir kt., tačiau turizmo rizikos veiksnių valdymas dar nepakankamai išnagrinėtas.

Sveikatos turizmas turėtų būti suvokiamas kaip reiškinys, kai pacientai keliauja už savo nuolatinės gyvenamosios vietos norėdami naudotis medicinos paslaugomis, įskaitant turizmo paketus (Connell, 2013). Šių paslaugų spektras yra platus, nes medicinos poreikiai ir vartotojų lūkesčiai vis labiau yra individualizuojami (Lubowiecki-Vikuk ir Dryglas, 2019). Sveikatos turizmas naudingas tiek pacientams (*mažesnės išlaidos, išvengiama eilių gimtojoje šalyje, prieiga prie inovatyvių medicinos technologijų ir kt.*), tiek visai pramonei (*organizacijų, šalių / regionų ekonominė plėtra ir kt.*).

Kaip pažymi L. Paškevičius (2014), sveikatos priežiūros sistemai ir jos organizacijoms (*pvz., medicinos turizmo klasteris*) būdingas *sociotechninis kompleksiskumas* (*mažas socialinis ir techninis nuspėjamumas*); atvirumas (*funkcionavimas yra glaudžiai susijęs ir priklauso nuo aplinkos*); heterogeniškumas – tarpusavyje susiję, tačiau skirtingi komponentai (*žmogiškieji, materialūs, informaciniai, procedūry, kt.*), veikiantys kartu, papildantys vienas kitą. Šiai kompleksinei sudėtingai sistemai įtaką daro daug rizikos veiksnių, kurių neįvertinimas, ignoravimas ir nesuvaldymas gali privesti prie didelių praradimų.

Turistų/pacientų suvokimas apie riziką ir saugą yra vienas iš pagrindinių veiksnių, darantis įtaką turistų apsisprendimui ar vykti į pasirinktą paskirties vietą, ar ne (Hasan ir kt., 2017). Turistai/pacientai gali skirtingai vertinti rizikos sukeltą problemą dėl geografinių, kultūrinių, psichologinių skirtumų. Paprastai turistai/pacientai stengiasi išvengti kelionių į paskirties vietą, jei mano, kad tai gali būti rizikinga (Chew ir Jahari, 2014).

Rizikos samprata (8 lentelė) įvairiuose moksliniuose diskursuose yra suprantama skirtingai. *Turizmo rizikos suvokimas*, susidedantis iš kelių aspektų, daugiausia reiškia neigiamas pasekmes arba neigiamą poveikį, kuris gali atsirasti kelionės metu (Cui, 2016). Remiantis mokslininkų pastaraisiais metais atliktais turizmo rizikos aspektų tyrimais, turistų rizikos suvokimas dažnai apibendrinamas nuo *penkių iki septynių aspektų*. Penki rizikos aspektai, susideda iš *finansinės / ekonominės rizikos, psichologinės rizikos, veiklos rizikos / įrangos ar techninės rizikos, sveikatos rizikos / fizinės rizikos ir socialinės rizikos*. Be šių dimensijų, šešios rizikos dimensijos apėmė dar vieną, pavadintą *laiko rizika*, o septynių aspektų rizika apėmė ir *galimybių praradimą*.

8 lentelė. Rizikos samprata

Rizikos sampratos skirtinguose moksliniuose tyrimuose ir kontekstuose	
Šaltinis	Apibrėžimas
The Risk Management Guide -	Didelė ar maža tikimybė, kad tam tikras pavojus sukels žalą ar nepalankų rezultatą.
C. . A. Williams, Jr. (1985)	Rezultatų, galinčių pasirodyti per tam tikrą laikotarpį, įvairovė.
A., Garškienė (1997)	Veiksmo, įvykio ar atsitikimo neįsėjamumas, lydimas galimų nuostolių arba naudos.
G. E. Rejda (1998)	Netikrumas dėl nuostolio atsiradimo.
L. Belinskaja ir kt. (2001)	Nelaimingo atsitikimo galimybė, pavojų derinys, nenusėjamumas, neprognozuojamumas, netikrumas dėl nuostolių, nuostolių galimybė.
J. Čepinskis, D. Raškis (2005)	Gali būti apibrėžiama kaip: nuostolių atsiradimo tikimybė, netikrumas, dispersija nuo matematinio vidurkio, tikimybė, kad faktinis rezultatas nesutaps su laukiamu.
M. Schieg (2006)	Apibrėžiama kaip teigiamas ar neigiamas kintamojo nukrypimas nuo jo tikėtinos reikšmės. Praktikoje dažniausiai tai yra neigiamas rezultatas.
A.A., Camillo (2015)	Galima vertinti kaip įvykio tikimybės ir jo padarinių įtakos derinį.
V., Janušonis (2016)	Skirtumas tarp tikėto, laukto, planuoto ir faktinio rezultatų. Tai yra skirtumas 8 lentelės tęsinys tarp mūsų susikurto tikrovės vaizdinio ir realios tikrovės. Rizika lydi visą žmogaus veiklą, taip pat ir profesinę. Sveikatos priežiūra – ypač su rizika susijusi veikla.
Rizikos samprata turizmo tyrimuose	
Šaltinis	Apibrėžimas
Engel and Blackwell (1983)	Tikėtinos rizikos perkant norimą turistinį paketą.
W. C., Gartner (1989)	Neteisingo pasirinkimo rezultatas – nuostoliai.
H., Assael (1995)	Suvokiama rizika yra dilema tarp ketinimo pirkti ir nepageidaujamų galimai atsirasiančių nuostolių.
Tsaur et al. (1997)	Galimybė atsirasti nepalankiai situacijai kelionės tikslė.
Sonmez and Graefe (1998)	Rizikos vertė, kurią turistai suvokia kelionės metu.
Mowen and Minor (1998)	Bendra neigiama veiksmų eiga, kurią suvokia klientai, atsižvelgiant į galimus neigiamus padarinius ir pasekmes.
Reichel et al. (2007)	Vartotojų pastebimas neigiamas poveikis, kai turizmo įvykis viršija jam priimtino kelionei priimtinos rizikos lygį/laispni.

Šaltinis	Apibrėžimas
Huang et al. (2008)	Psichologinis diskomfortas ir nerimas perkant ir vartojant tam tikras turistines paslaugas.
Liu and Gao (2008)	Subjektyvus turistų neapibrėžtumo vertinimas paskirties vietoje.
Wong and Yeh (2009)	Neigiamų pasekmių galimybė ir netikrumo laipsnis, kurį turistai suvokia įsigydami produktą turistinėse vietovėse.
J. K. Zhang (2009)	Nuokrypis tarp subjektyvių psichologinių lūkesčių įvertinimo ir objektyvios keliautojo patirties turistinėje vietovėje.
Fuchs and Reichel (2011)	Rizikos suvokimas reiškia turistų susirūpinimą dėl galimo praradimo, neigiamo netyčinio incidento metu.
Chen and Zhang (2012)	Intuityviai ir subjektyviai vertinant galimos rizikos veiksnius priimtų sprendimų pasekmės patirtos kelionės metu.
Mutalib ir kt. (2016)	Riziką galima apibūdinti kaip pavojaus tikimybę ir galimo poveikio sandarą. Kitaip tariant, rizika tai nepageidaujamo įvykio tikimybė / tikimybės ir įvykio padarinių sandauga.

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal: E. Buškevičiūtė ir A. Leškevičiūtė (2008); A.A. Cammillo (2015); V. Janušonis (2016); N.S.A. Mutalib ir kt. (2016); M.K. Hassan ir kt., (2017)

Apibendrinant rizikos sampratą, galima teigti, kad rizika – tai pasiryžimas veikti, žinant, kad yra tam tikra tikimybė nepasiekti numatyto tikslo, arba pasiryžimas nesiiimti priemonių, kurios pašalintų galimus neigiamus atsitiktinių aplinkybių padarinius, tikintis, kad tų padarinių nebus. Tai – neapibrėžtumo arba laukiamo rezultato poveikis (*efektas*) (Janušonis, 2017).

O. Iqbal ir kt. (2003); L.A. Carabello (2008) ir N.S.A. Mutalib ir kt., (2016) teigia, kad sveikatos turizmas yra susijęs su dviem pagrindinėmis rizikomis, kurios yra plačiai aptariamoms atsižvelgiant į *psichologiją ir fiziologiją*. Psichologiškai ir emociškai, būdami toli nuo artimiausių žmonių, tokių kaip šeima, sutuoktinis ir tėvai, medicinos turistai gali patirti stresą. Tokią su kelionėmis susijusią riziką sveikatai sukelia psichinė našta, *ypač gydymo laikotarpiu užsienyje*. Fiziologinė rizika, kuri gali atsirasti keliaujant lėktuvu, yra didžiausias medicinos turisto rūpestis prieš ir po gydymo ar paslaugų. Potencialios sveikatos būklės, susijusios su tolimaisiais skrydžiais, yra labiau jautrios keliautojų trombozei, dar vadinamai giliųjų venų tromboze. Labiau tikėtina, kad jos pasireikš tuomet, kai nėra pakankamo judėjimo skrydžio metu, dėl to trūksta kraujo tekėjimo į kojų sritis. Be to, plaučiuose gali atsirasti kraujo krešulių, dėl kurių gali išsivystyti plaučių embolija.

Medicininio turizmo rizika apima du etapus: *pirma* – kai pacientai yra užsienyje, ir *antra* – kai pacientai išvyksta iš ligoninės ir grįžta į gyvenamąją vietą. *Informacijos trūkumas* ir *nepakankama komunikacija* tarp gydytojo užsienyje ir gimtojoje šalyje yra dar vienas neigiamas medicinos turizmo poveikis – nutrūksta paciento priežiūros tęstinumas. Iš užsienio ligoninių į gimtąją šalį neperduodama sveikatos informacija,

kuri gali sukelti kelias pasekmes, pvz., nesugebėjimas laiku pažinti/nustatyti galimas komplikacijas bei toksiškumas, atsiradęs dėl vartojamų vaistų (Carrera ir Lunt, 2010).

A.A., Cammillo (2015) sveikatos turizmo rizikos atsiradimą kildina dėl strateginio valdymo įgūdžių nebuvimo ar trūkumo paskirties vietoje. Strateginis valdymas yra dinamiškas procesas, kurio metu nuolat vertinama esama situacija ir planuojamas/prognozuojamas kiekvienas žingsnis. *Tam reikia tvirto organizacijos supratimo, taip pat supratimo apie globalią aplinką, kurioje veikia organizacija.* Tai apima situacijos analizę: SSGG. Šiame kontekste strateginis valdymas yra priverstas apimti rizikos **vertinimą**, rizikos **valdymą**, **krizių valdymo** ir **prevencijos strategijas** bei efektyvią **tarpžinybinę komunikaciją**. Minimas autorius išskiria šiuos rizikos veiksnius, kuriuos reikės vertinti strateginio rizikos valdymo metu: **1)** žmogaus klaida; **2)** kanceliarinė klaida; **3)** pasitikėjimas netinkamu žmogumi; **4)** neleistinos procedūros; **5)** neribota prieiga prie elektroninių duomenų; **6)** trečiosioms šalims suteikiama neribota prieiga; **7)** netinkama priežiūra; **8)** nepakankama kontrolė; **9)** piktnaudžiavimas konfidencialia informacija; **10)** teismo klaidos; **11)** netinkamos standartinės darbo procedūros.

Riziką galima vertinti kaip įvykio tikimybės ir jo padarinių įtakos derinį. Įvykiai, turintys neigiamą poveikį, atspindi riziką, kuri gali užkirsti kelią vertės sukūrimui arba sunaikinti esamą vertę. Norint suteikti naudą suinteresuotiesiems subjektams (turistui/pacientui), *reikia pažinti ir apibrėžti rizikos veiksnius* bei iš jų susiformuojančias rizikas, su kuriomis susiduria sveikatos turizmo organizacijos, ir tinkamai jas identifikuoti, prioritetizavus galima bus jas panaikinti arba minimizuoti neigiamas galimų įvykių pasekmes. Adekvatus rizikos įvertinimas sudaro prielaidas galimiems nuostoliams išvengti.

Kaip pažymi V., Stasytytė ir L., Aleksienė (2015), *riziką gali sukelti išoriniai ar vidiniai veiksniai*, tad bendrai rizikos veiksnius galima klasifikuoti į dvi grupes.

Išoriniai rizikos veiksniai – įvykiai ir aplinkybės, staiga bei netikėtai veikiančios organizaciją iš išorės, kurių negalima prognozuoti, užkirsti jiems kelio ar daryti esminę įtaką. *Išorinė rizika dar skirstoma į tiesioginio poveikio veiksnius* (tai įstatymai, mokesčių sistema, partnerių elgesys, korupcija ir reketas ir kt.) bei *netiesioginio poveikio veiksnius* (tai politinė ir ekonominė šalies situacija, rinkos dinamika, tarptautiniai įvykiai, stichinės nelaimės ir kt.).

Vidiniai veiksniai – tai rizikos, užprogramuotos organizacijos veikloje. Pagrindiniai vidiniai rizikos veiksniai galėtų būti personalo rizika (personalo kaita, kvalifikacija ir kt.), informacijos ir proceso rizika (IT trukdžiai, nepakankama informacijos sklaida ir kt.), verslo partnerių rizika (priklausomybė nuo pagrindinių tiekėjų ir užsakovų).

M.K., Hassan ir kt., (2017) iš išorinės ir vidinės aplinkos sąlygotų veiksmų suformuoja pagrindines sveikatos turizmo rizikas: *Finansinė rizika* – pasireiškia, kai turizmo produkto ir paslaugos pirkimas gali būti nevertas arba nėra vertas laukiamos/perkamos vertės atžvilgiu. *Fizinė / sveikatos / asmeninė rizika* – avarijų, nesaugumo, besikeičiančios aplinkos ir oro sąlygų, stichinių nelaimių, gyvybei pavojingų ligų, ir kt., tikimybė patirti ir pakenkti sveikatai. *Socialinė / socialinė-psichologinė rizika* – socialinė rizika atsiranda, kai medicinos turizmo produktų ir paslaugų pasirinkimas gali pakenkti turistų socialiniam įvaizdžiui ir dėl to patirti neigiamą draugų ir šeimos po-

žiūrį. *Stichinių nelaimių rizika* – tikimybė įvykti stichinėms nelaimėms ir avarijoms, tokioms kaip žemės drebėjimai, cunamiai, staigūs potvyniai. *Laiko rizika* – nurodo galimybę praleisti per daug laiko arba gaišti laiką dėl registracijos, tvarkaraščio vėlavimų ir kitų sąlygų arba laiku negauti sveikatos priežiūros paslaugų. *Terorizmo ir karo rizika* – galimybė būti įtrauktam į teroristinį incidentą, karą ar nacionalines riaušes. *Mais-to saugos rizika* – tikimybė paskirties vietoje gauti netinkamą ir nehigienišką maistą. Įrangos/techninė rizika – bet kokie pavojai, kuriuos sukelia bet koks įrangos netinkamas veikimas vizitavimo metu. *Patenkinimo rizika* – galimybė, kad kelionės metu įgyta patirtis nesuteiks asmeninio laukto pasitenkinimo. *Paslaugos kokybės rizika* – rizika, atsirandanti dėl nekokybiško produkto/paslaugos. *Kelionės rizika* – rizika, atsirandanti dėl padidėjusių apgyvendinimo išlaidų, kelionių paketo ar susisiekimo kainos. *Ligos rizika* – tikimybė būti paveiktam įvairių epideminių ligų, tokių kaip SARS, Juodligė, AIDS, Paukščių gripas, Maras, Covid-19 ir kt. *Tarpkultūrinių skirtumų rizika* – rizika dėl paskirties vietos kalbos, bendravimo, priešiško požiūrio. *Nelaimingo įvykio rizika* – gali pakenkti pacientui ir sukelti negrįžtamas sveikatos problemas (Jankauskienė ir Kostereva, 2019).

Viena iš dažniausiai medicinos turizme sutinkamų rizikos rūšių yra – nelaimingas įvykis (NĮ). V., Kanapeckienė ir V., Jurkuvėnas (2009) nelaimingus įvykius suskirstė į keturis tipus:

1. *Diagnostikos*: diagnozės klaida ar per vėlai nustatyta diagnozė; diagnostinių testų naudojimo klaidos (nesėkmės, vėlavimai); pasenusių testų ir terapijos naudojimas.
2. *Gydymo*: klaidos operacijos metu atliekant procedūrą; vaistų skyrimo ar vaistų vartojimo klaidos; išvengiama nesėkmė (klaida) gydant arba netinkamo testo naudojimas; netinkama slauga, priežiūra.
3. *Prevencijos*: nesėkmės teikiant profilaktinį gydymą; neadekvatus gydymo monitoringas.
4. *Kitos*: bendravimo (komunikacijos) problemos; įrangos ir aparatūros klaidos; kitos sisteminės klaidos.

Rizikos veiksnių spektrą sudaro skirtingų sričių rizikos, kurias galime grupuoti, kaip išorės arba vidaus kilmės; psichologinės ar fiziologinės; strateginio valdymo nebuvimo ir kt. **Rizikos veiksniai reiškia** bet kurio įvykio ar situacijos aspektą, kuriam pasireiškus yra patiriami praradimai. Rizikos veiksniai taip pat veikia turistų/pacientų požiūrį/elgseną pasirenkamam sveikatos turizmo operatoriui ar paslaugoms.

Rizikos veiksnių sąlygotų rizikų yra įvairių, kurias galima klasifikuoti, analizuoti, prognozuoti ir vertinti. Yra keletas būdų, kuriais organizacija gali valdyti rizikos veiksnius, kad sumažintų riziką iki priimtino lygio. *Organizacija gali išvengti rizikos*, tačiau tai gali reikšti atsisakymą didelių galimybių. *Organizacija gali perduoti riziką* (pvz., draudimą), *organizacija gali toleruoti riziką*, neplanuodama nenumatytų atvejų. Tai nereiškia, kad niekas nepaisys šios rizikos, tačiau priemonės jos valdymui bus sukurios ir įgyvendintos tik tada, kai organizacija iš tikrųjų patirs riziką. Taip pat galima toleruoti riziką ir *planuoti nenumatytus atvejus*, t. y., sukurti valdymo priemones, jei rizika tampa realybe. Taip pat galima įdiegti kai kuriuos procesus, siekiant sumažinti pavojaus pasekmę ar tikimybę. Šie procesai paprastai vadinami „valdikliais“ ir apima

viską, nuo aiškios strategijos parengimo iki signalizacijos sistemos įdiegimo (Tamošiūnienė ir Savčuk, 2007).

A.K., Ravulakollu ir kt., (2018); S., Babinskas ir V., Kanapeckienė (2019) pasipriešinimą rizikai ir nelaimingų įvykių valdymą apibūdino kaip *retrospektyvių, aktyvių* ir *proaktyvių* gebėjimų derinį: **retrospektyvus** – apima tik jau įvykusių NĮ visumos analizę, sisteminių priežasčių nustatymą ir neindividualizuotų prevencinių priemonių diegimą. Šis tipas remiasi įvykusių NĮ sisteminiu valdymu. **Aktyviose** strategijose pagrindinis dėmesys skiriamas rizikai prognozuoti ir prevencijai, o *proaktyviosios* strategijos yra organizaciniai veiksmai, reaguojant į aplinkos pokyčius apimant ne tik kiekvieno įvykusio NĮ analizę, priežasties nustatymą, prevencinių priemonių taikymą, bet ir mokymosi iš savo patirties procesą bei prognostinių-prevencinių modelių, padedančių išvengti NĮ, kūrimą.

Tačiau norint nuspręsti, kokį konkretų rizikos valdymo būdą reikia pasirinkti ir įgyvendinti, turi būti sukurta tam tikra sistema/algoritmas (9 lentelė). Be tokios sistemos neįmanoma nuspręsti, ar reikia vengti rizikos, ar ją reikia valdyti, ar sumažinti jos padarinius ir tikimybę. Valdant nelaimingų įvykių riziką D., Jankauskienė ir A., Kostereva (2019) pateikia šį algoritmą *sėkmingam NĮ valdymui*: NĮ pranešimų sistemos elektronizavimas, kokybės standartų sukūrimas ir jų kontrolė, strateginė, tęstinė ir nuolatinė SP įstaigos administracijos lyderystė bei viso personalo įtraukimas jį motyvuojant; pritaikyti padalinio reikmėms mokymai; organizacinės kultūros, laikantis konfidencialumo ir mokymosi iš klaidų kūrimas.

Atkreiptinas dėmesys į *efektyvų viešojo ir privataus sektorių tarptautinį bendradarbiavimą*, kuris yra svarbus dėl keletos priežasčių: *pirma (palengvinti)* – medicinos technologijų vertinimą; sveikatinimo procedūrų ir praktikos standartizavimą siekiant užtikrinti aukštą paslaugų kokybę; pacientų, medicinos praktikų / specialistų srautus keliaujant už šalies ribų. *Antra (rizikos valdymas ir prevencija)* – pvz., užkardyti pavojingos infekcinės ligos ar kitų susidariusių rizikų plitimą iš vienos šalies į kitą geografinę teritoriją (Plianbangchang, 2018).

Vienas iš daugiausia pastangų reikalaujančių etapų visuose rizikos valdymo algoritmuose yra rizikos analizė. *Rizikos analizė* – tai informacijos rinkimo, apdorojimo ir analizavimo procesas, kuris padeda nustatyti rizikos parametrus: identifikuoti visus galimus rizikos šaltinius ir veiksnius, nustatyti tikėtiniausius situacijos plėtojimosi scenarijus, įvertinti galimą pasekmių mastą. Rizikos analizės etapas rizikos valdymo procese atlieka svarbų vaidmenį priimant tolimesnius strateginius sprendimus (Stasytytė ir Aleksienė, 2015).

Rizikos valdymas – tai jau ne pasyvus nusiteikimas rizikuoti, o metodų ir priemonių visuma aktyviai veikti ateitį ir gauti minimalų nuokrypį nuo laukiamų rezultatų. Tai priemonių rengimo ir realizavimo procesas, kurio tikslas – sumažinti galimas neigiamas nepalankių įvykių pasekmes realizuojant priimtą sprendimą (Kaleininkaitė ir Trumpaitė, 2007).

Sveikatos turizmo organizacijų *rizikos valdymo sėkmę* lemia: tinkamai parengto strateginio plano vykdymas; administracijos – įskaitant medicininio audito skyrių, indėlis; norminių dokumentų sukūrimas; organizacinės darbo kultūros gerinimas;

ataskaitų išsami analizė; atsakomybės prisiėmimas; IT sistemos plėtra; darbuotojų edukacijos gerinimas; darbų planavimas ir tolygus jų paskirstymas (Mekšriūnaitė ir Rudaitis, 2013).

9 lentelė. Rizikos valdymo algoritmai

R., Tamošiūnienė ir R., Savčuk (2007)	A., Leigh-Brown (2015)	V. Janušonis (2016)	COSO* (2017)
Vidinės aplinkos analizė ir rizikos valdymo konteksto nustatymas	Rizikos įvertinimas	Rizikos nustatymas	Vidinė aplinka
Tikslo nustatymas	NĮ identifikavimas ir neatidėliotinių veiksnių ėmimasis	Rizikos įvertinimas	Tikslų nustatymas
Rizikos nustatymas ir aprašymas	NĮ registravimas	Rizikos sprendimai	Įvykių identifikavimas
Rizikos vertinimas (prioritetų nustatymas)	Analizė ir NĮ priskyrimas atitinkamai kategorijai	Rizikos proceso kontrolė	Rizikos įvertinimas
Atsakas į riziką	Peržiūra	Rizikos pasekmių įvertinimas	Reagavimas į riziką
Kontrolės veikla	Tobulinimo planai ir jų įgyvendinimo stebėseną	Rizikos prevencija	Kontrolės veiksmai
Informacija ir komunikacija			Informacija ir komunikavimas
Stebėjimas ir peržiūra			Stebėseną – kontrolės sistema

*COSO – *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission.*

Akivaizdu, kad visais atvejais nėra vienos bendros ir visuotinės rizikos valdymo sistemos, tačiau apibendrinant rizikos valdymo sistemų/algoritimų/modelių analizę, autoriaus nuomone, šie žingsniai yra bendri ir, kaip pavaizduota **6 pav.**, rekomenduotina kiekvienoje sveikatos turizmo organizacijoje įdiegti šiuos žingsnius įgyvendinant rizikos valdymo procesą.



6 pav. Sveikatos turizmo rizikos valdymo modelis

Šaltinis: sudaryta pagal, J.L. Wybo (2004)

Sveikatos turizmo rizikos valdymo proceso metu taip pat tikslinga sudaryti *rizikos profilį*, pasitelkiant vieną iš instrumentų ar jų kombinacijų: jautrumo analizę; ekspertinę rizikos vertinimą; scenarijų analizę; sprendimų medžio analizę; Monte Karlo imitacinių modeliavimą. Tai yra dinaminis procesas, kurio metu rizikos veiksnių sąrašas yra reitinguojamas, kartu įvertinant rizikos pasireiškimo tikimybę ir galimos žalos dydį. Rizikos pobūdis laikui bėgant keičiasi priimant įvairius organizacinius sprendimus, sąlygotus išorinės aplinkos pokyčių. Reguliariai rizikos profilį reikia peržiūrėti, palyginti ir atnaujinti. Įvertinamas tam tikrų rizikos situacijų sąlygotų pokyčių pobūdis ir tendencijos bei parengtas tinkamas kovos su rizika planas, numatomos priemonės (Качалов, 1997).

Rizikos profilio sudarymas leidžia nustatyti visus rizikos veiksnus, būdingus sveikatos turizmo verslo organizavimui tam tikru laikotarpiu, ir klasifikuoti juos pagal galimą įtakos laipsnį organizacijos saugumui. Nustatę organizacijos rizikos veiksnių diapazoną, kiekvienam iš jų priskiriamas eksperto svertinis koeficientas (svorių suma paprastai laikoma lygi vienetui). Tada kiekvienam veiksnui nustatoma – *galima ir ekspertų pagalba* – pasireiškimo galimybės laipsnis – subjektyvi tikimybė. Jeigu vertinimo metu paaiškėja, kad rizikos veiksnių, darančių didelę įtaką organizacijos sėkmingam vystymui skaičius yra toks didelis, kad apsunkina kasdienes procedūras/operacijas, tikslingiau sudaryti *kelis rizikos profilio fragmentus pagal veiksnių klasifikavimo grupes*. Gautas paskirstymas suteiks skirtingą rizikos vertinimą nagrinėjamoje sprendimų priėmimo situacijoje.

Apibendriniant sveikatos turizmo valdymo procesą, yra pateikiamos dvi išvados:

- Ištyrus medicinos turizmo rizikos veiksnus, galima juos suskirstyti į dvi kategorijas: išorinius ir vidinius rizikos veiksnus. Remiantis mokslininkų pastaraisiais metais atliktais turizmo rizikos veiksnių/aspektų tyrimais, turistų/pacientų rizikos suvokimas dažnai apibendrinamas nuo *penkių iki septynių aspektų*. Penki rizikos aspektai, susidedantys iš *finansinės / ekonominės rizikos, psichologinės rizikos, veiklos rizikos / įrangos ar techninės rizikos, sveikatos rizikos / nelaimingų*

įvykių / fizinės rizikos ir socialinės rizikos. Be šių dimensijų, šešios rizikos dimensijos apėmė dar vieną pavadintą *laiko riziką*, o *septynių aspektų rizika* apėmė ir *galimybių praradimą*.

- Išnagrinėjus rizikos valdymo sistemas/algoritmus/modelius, nustatyta, kad reikšmingiausios prielaidos sėkmingam sveikatos turizmo rizikų valdymo procesui yra šios: rizikos analizė/numatymas; nelaimingų įvykių/veiksnių identifikavimas; strateginis planavimas; kontrolės ir grįžtamojo ryšio užtikrinimas; rizikos profilio sudarymas, kurio metu visi galimi rizikos veiksniai yra klasifikuojami ir prioretizuojami.

1.3. Tarporganizacinė partnerystė sveikatos turizmo valdymo sistemoje

1.3.1. Tinklaveikos reiškiny ir samprata

Tyrinėjant partnerystės sampratą ir turinį sveikatos turizmo valdymo sistemoje, svarbu išnagrinėti tinklaveikos reiškinį, kuris apibrėžia partnerystės įgyvendinimo mechanismus.

Tinklų ir tinklaveikos teorijos XX a. pabaigoje tapo vienos svarbiausių ir perspektyviausių tyrimų sričių. Tinklų moksliniai tyrimai pastaraisiais dešimtmečiais tapo aktualūs ne tik informatikos ar ekonomikos, bet ir kitose srityse, tokiose kaip politologija, sociologija, viešasis valdymas, vadyba (Provan ir Milward, 2001; Castells, 2005; Kilduff ir Tsai, 2006; Beaumont ir Dredge, 2010; Zehrer ir Raich, 2010; Albrecht, 2013; Lorio ir Corsale, 2014; Farmaki, 2015; Casanueva ir kt., 2016, ir kt.).

Kaip pažymi M. Vilkas ir J. Bučaitė-Vilkė (2009), *besiformuojanti tinklaveikos teorija* remiasi prielaida, kad būtina pripažinti tinklų dalyvių elgseną, t. y. gebėjimą savo tikslingais veiksmais kurti ir keisti tinklus. Būtina pripažinti, kad tinklų dalyvių nuostatos, įsitikinimai ir socialpsichologiniai veiksniai potencialiai daro įtaką tinklų dalyvių ir visos sistemos elgsenai. Taip pat socialiniai santykiai priklauso nuo dalyvių valios, įsitikinimų ir vertybių.

M. Kilduff ir W.H. Tsai (2006) pasiūlė **dinaminio stabilumo perspektyvą** į tinklus, kuri gali sudaryti besiformuojančios tinklaveikos teorijos pagrindą. Pagal tai tinklai, kuriuose žmonės (kaip organizacijos nariai ar organizacijų atstovai) sudaro mazgus, kurie yra neįprasti tuo, kad kiekvienas jų yra sudėtinės adaptyvios sistemos dalis. Mazgai su kitais mazgais iš dalies paaiškinami per jų ryšius, tačiau jie taip pat įneša į kiekvieną tinklą individualius, išskirtinius lūkesčius ir savo suvokimą. Tinklų struktūros stabilumas bei kaita nusakoma ir sąveikos modeliais tinkle. Taigi socialiniai tinklai yra adaptyvi sistema, susidedanti iš mazgų.

Nors „*tinklaveikos*“ sąvokai mokslinėje literatūroje teikiama nemažai dėmesio, šios sąvokos vartojimą iš esmės lemia intuicija apie tai, kas yra tinklinė valdymo struktūra ir kaip yra kuriama bei plėtojama tinklo dalyvių elgsena (Brewer, 2017; Rondelez, 2018). Mokslininkai, tiriantys tinklaveikos reiškinį, kaip pvz.: E. Whelan (2012); D. Décary Héту ir B. Dupont (2012); S. Ayres ir I. Stafford (2014); I. Stačkauskienė ir A. Katininė (2015); J. Yip (2016); B.P. Yustika ir J.I.C. Goni (2019); E.H. Klijn ir kt. (2020) ir kt.,

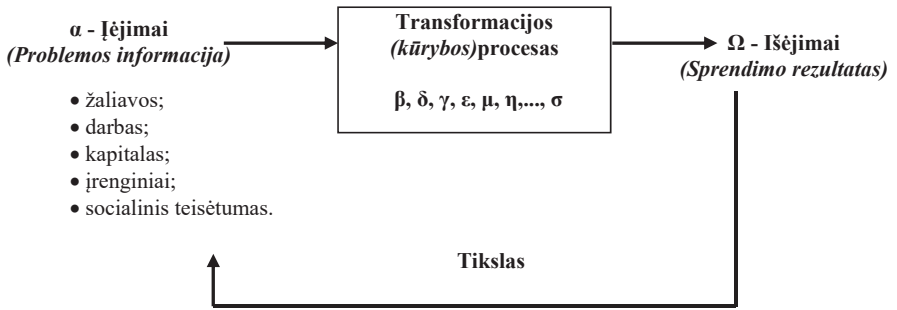
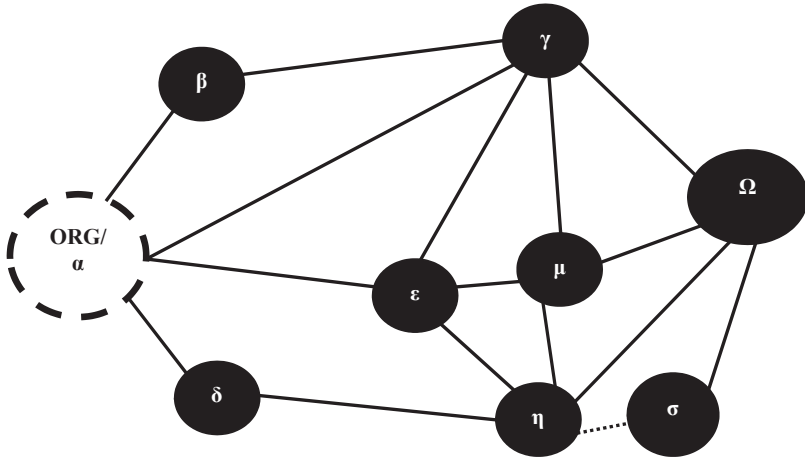
sutelkia dėmesį į santykių tarp įvairių tinklo veikėjų pobūdį, valdymo modelius, komunikavimo ir partnerystės mechanizmus. Tačiau nepakankamai yra skiriama dėmesio tinklo kaip „visumos“ arba integruoto subjekto analizei (Whelan, 2012).

Kaip pažymi K.G. Provan ir P. Kenis (2007), egzistuoja du pagrindiniai tinklo projektai: „stebulės“ (*arba* „žvaigždės“) ir „visų kanalų“ (*arba* „visos matricos“) tinklai. Kiekvienas dizainas turi skirtingas savybes ir procesus, kurie, be abejojimo, turi įtakos keitimuisi informacija ir tinklo valdymui.

Detalizuojant pagrindinius tinklo projektavimo tipus, „stebulės“ ar „žvaigždžių tinkle“ kiekvienas veikėjas yra susietas su centriniu mazgu ar veikėju ir turi eiti per tą mazgą, kad būtų užtikrinamas komunikavimo ir veiksmų koordinavimo procesas; kitoje koncepcijoje, „visų kanalų“ arba „visos matricos tinkle“, kiekvienas veikėjas yra tarpusavyje susietas, neturint vieno koordinuojančio mechanizmo. Žmogus, kaip veikėjas (*mazgas*), yra pagrindinis tinklo elementas, tad savaime pirmiausia kyla klausimas apie asmeninių ryšių tarp žmonių, taigi ir asmeninio tinklo reikšmę nacionalinėje institucinėje ir tarpinstitucinėje, įskaitant tarptautinę, tinklaveikoje (Žvinklienė, 2014). Tinklai iš dalies lemia mazgų, sudarančių sistemą, kompleksumą, ir atvirkščiai.

Pasak L. Skeberdytės (2015), tinklo dalyviai tarpusavyje gali būti sujungti ryšiais ir taip sudaryti tinklo struktūrą (*sistemą*). *Tinklo dalyviai nėra analizuojami individualiai. Jie analizuojami susieti su kitais tinklo dalyviais.* Ryšiai (*jungtys, saitai, sąveika, kontaktai*) tarp dalyvių – tai tam tikra sąveika tarp dviejų arba daugiau tinklo dalyvių, kai tam tikrais kanalais perduodami išteklių (7 pav.). Ryšys – tai sąvoka, apimanti ir formos, ir turinio aspektus. Tinklo ryšių lygmenyje (angl. *dyadic level*) gilinamasi į ryšio tarp dviejų ir daugiau tinklo taškų pobūdį.

C. Casanueva ir kt., (2016); B.P. Yustika ir J.I.C. Goni (2019) išskiria šiuos struktūrinius tinklo kintamuosius: **dydis** – nurodo tinkle dalyvaujančių subjektų skaičių; **tankis** – reiškia tiesioginį faktinį ryšį, pagrįstą maksimaliu teoriškai galimų ryšių skaičiumi (*tankis kreipia dėmesį į tai, kiek visi atskiri tinklo veikėjai yra susieti*), kuo didesnis tankio balas, tuo tankesnis bus tinklas ir tuo labiau jis bus darnus (Prell, 2012); **centriškumas** – nurodo, kaip tinkle yra priimami sprendimai ir keičiamasi informacija.



7 pav. Tarporganizacinis tinklas

Šaltinis: sudaryta pagal Hatch and Cunliffe (2006)

Sąmoningas bandymas valdyti procesus tinkluose vadinamas *tinklo valdymu* (Klijn ir kt., 2010). Tinklo valdymo metu norima inicijuoti ir palengvinti veikėjų sąveikos procesus, sukurti ir pakeisti tinklo susitarimus orientuojantis į geresnį koordinavimo procesą, kuriant naują turinį, generuojant naujas idėjas ir kt. (Koppenjan ir Klijn, 2004) bei orientuojantis į tarporganizacinę sąveiką (Enroth, 2011). Tinklo valdymas reiškia ne tik atskirų organizacijų tikslų siekimą, nes atskirų organizacijų veikla yra mažiau svarbi, palyginti su rezultatais tinklo lygmeniu (O’Toole, 1997). E.H. Klijn (2020) pažymi, jog tinklo valdymas turi būti *jungiamojo pobūdžio*, kuomet tinkle sprendimai priimami kolektyviu principu, atsižvelgiant į esamus tarpasmeninius ryšius, jų pagrindą ir į tai, kaip jie yra kuriami ir plėtojami. Kaip ir visi santykiai, tinklų kūrimas gali būti įgalinimas, įtraukus, kolegialus, stabilus ir vienas kitą papildantis (Scott ir Liew, 2012).

E. Whelan (2012) išskiria dvi pagrindines tinklo valdymo dedamąsias: *tinklo rezultatas* yra pagrindinis tinklo valdymo perspektyvos bruožas, o *tinklo efektyvumas*

yra pats svarbiausias, nes tai reiškia teigiamų tinklo lygio rezultatų pasiekimą, kurio paprastai negali pasiekti atskiri organizacijos dalyviai, veikdami savarankiškai. Tinklo valdymas gali pasiūlyti veiksmingą būdą spręsti sudėtingumą ir neapibrėžtumą (Ayres ir Stafford, 2014).

I. Stačkauskienė ir A. Katinienė (2015), atlikusios mokslinės literatūros analizę, pateikia bendrus tinklinių struktūrų bruožus: bendra misija, narių tarpusavio priklausomybė, unikali struktūrinė sąranga, nariai dalyvauja skirtingose veiklos srityse (*pvz., versle, komercijos ir pramonės rėmuose, valdžios ir viešosiose institucijose, tyrimų institutuose, universitetuose, socialinėse grupėse*), narystė yra savanoriška, dalyvavimas paremtas lygiomis teisėmis (dialogu, konsensusu ir kompromisu bei savivalda), atsižvelgiant į skirtingus interesus, tinklas veikia juos koordinuodamas ir organizuodamas, tinklo dalyviai neturi galios bausti kitų dalyvių ir teikti nurodymų kitiems partneriams. Kaip pažymi A. Katinienė (2018), tinklinės organizacijos gali skatinti mokymąsi, naują informacijos, kokybiškai besiskiriančios nuo informacijos, kuria anksčiau disponavo atskiri veikėjai, sintezę. Ir tai nėra paprastas informacijos perdavimo tarp dviejų atskirų veikėjų pagerinimas, o greičiau nuolatiniai ryšiai, kurie gali suteikti naujų žinių.

Kaip pabrėžia E. Ribačonka ir J. Kasnauskė (2014), *esminis tinklaveikos kūrimo tikslas* – ryšių, kuriais siekiama konkrečių tikslų ir dėl to galimas ryšių konkrečiais tikslais nutraukimas, užmezgimas. Skiriami skirtingi šių procesų laipsniai ir formos, nes kiekviena situacija yra skirtinga ir vertintina atsižvelgiant į įvairius veiksnius, aplinką (Duoba, 2009; Kalibataitė, 2009; Zakarevičius, 2009; Alexander, 2012; ir kt.).

Tinklo struktūroje esantys elementai sudaro visumą, kurio procesą nagrinėja **sistemų teorija** – vadybos moksle orientuota į sudėtingus organizacijų tarpusavio santykius. Plačiąja prasme sistemą galima apibūdinti: „*Tai dviejų ar daugiau komponentų grupė, kai kiekvienas sistemos komponentas veikia kitų komponentų elgseną, o kiekvieno komponento elgsens veikia visumos elgesį*“ (Skaržauskienė, 2008).

Sistema sudaryta iš nuolat bendraujančių, tarpusavyje susijusių organizacijų ar grupių, kurios sudaro besiformuojančią visumą. Sistemų teorijos apima daugiau holistinių požiūrių ir telkia dėmesį į bendrus darbo organizavimo institucijų tarpusavio santykius bei darbuotojų, kurie tarpusavyje sąveikauja, elgesį; padeda suprasti skirtumus tarp individų, grupių, organizacijų, bendruomenių, didesnių socialinių sistemų bei jų sąveikavimą tarpusavyje bei žmogiškojo veiksnio indėlį jose.

Sistemų teorija, kaip pažymi G. Virketis (2014), leidžia vadovams koordinuoti organizacijose veikiančius veiklos planus bei darbą organizuoti kaip kolektyvinę visumą bendram organizacijos tikslui.

Pagrindiniai sistemų teorijos elementai:

- **Ribos** – įsivaizduojama linija aplink sistemą, kuri reguliuoja informacijos ar išteklių srautą iš ar į organizaciją.
- **Centras** – sistema, kurioje susitelkiama bendram paslaugų kūrimui.
- **Subsistema** – centro sistemos išorė, jos aplinka, t. y. viskas, kas vyksta sistemos išorėje.
- **Atvira sistema** – sistemų informacijos pasikeitimas tarpusavyje bei informacijos tekėjimas iš organizacijos ir į ją.

Bendroji *sistemų teorija* siekia sujungti įvairias egzistavusias struktūralizmo teorijas ir pritaikyti mąstymo būdą šiuolaikinio ir ateities pokyčių poreikiams, pažinti ir spręsti išylančias problemas kompleksiskai, naudojant tarpdisciplinines priemones. Tai teorija, kuria siekiama atrasti sistemų tarpusavio sąveikas sisteminės analizės metodais, kurie remiasi šiais pagrindiniais principais (Skeberdytė, 2015):

- visuma yra daugiau nei jos elementų suma;
- visi elementai veikia vienas kitą;
- yra grįžtamasis ryšys, kuris sąlygoja sistemos reguliavimą;
- esminių principų visuma, tinkanti visoms sistemoms, nepriklausomai nuo jos elementų kilmės ir jų tarpusavio ryšio.

Kaip pažymi E. Ribašauskienė ir D. Šalengaitė (2012), *tinklaveikos procesą* A. Gilchrist (2009) aiškina kaip idėjų, informacijos, žinių, praktikos ir patirties, išteklių, judėjimo, dalijimosi jais, mainų tarp dalyvių, siekiančių bendro intereso sukurti pridėtinę vertę tam tikroje srityje.

Pagal A. Gilchrist (2009) pateiktą tinklaveikos apibrėžimą galima išskirti *tris pagrindinius tinklaveikos elementus*:

- bendrą dalyvių tikslą;
- kolektyvinį jų organizavimąsi bei veiklą;
- veikimą tinkle.

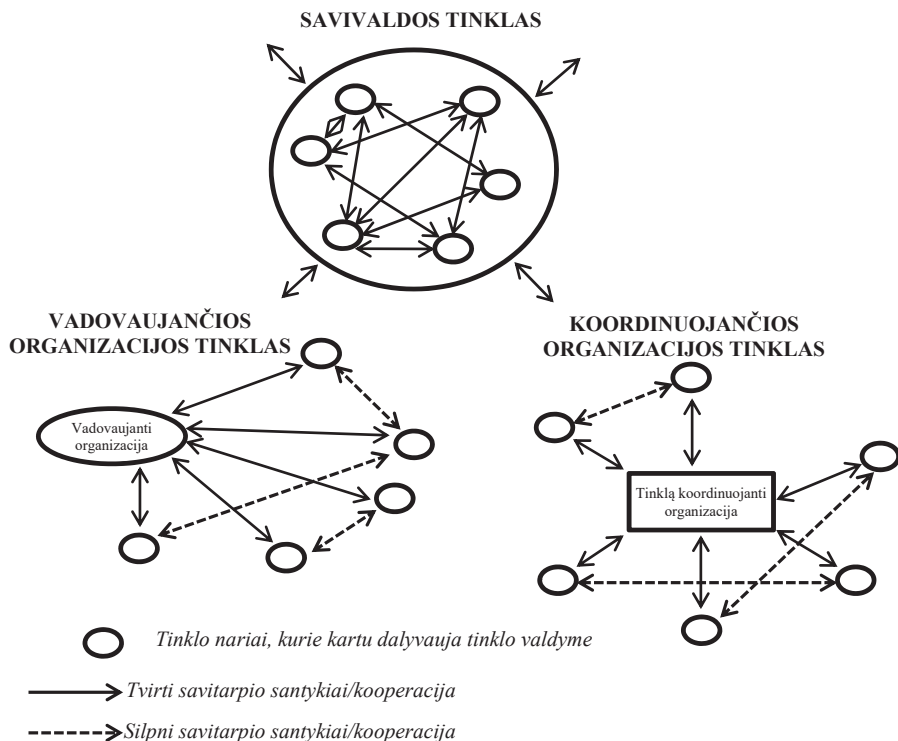
Sąveika (angl. *interaction*) yra *esminis tinklinio požiūrio elementas*. Sąveikos tarp dalyvių – tai įvairaus pobūdžio ir trukmės ryšiai, kurie atsiranda tam tikroje vietoje tam tikru metu. Šiame kontekste sąveikos yra susijusios ir viena nuo kitos priklausomos ir pokyčiai vienoje sąveikoje turi pasekmių kitiems ryšiams. Sąveika gali vykti, kai šie objektai daro įtaką vienas kitam. Abipusis veiksmas nereiškia, kad santykių vertė, intensyvumas bei kitos savybės yra vienodi abiem pusėms (Skeberdytė, 2015).

Kitas svarbus elementas – *sąveikos proceso įtinklinimas*, arba, pasak M. Vilko ir J. Bučaitės-Vilkės (2009), veiksmo įkūnijimas santykiuose. L. Skeberdytė (2015) pažymi, kad žmogaus (*organizacijos*) elgsena yra įtinklinta tarpasmeninių (tarp organizacinių) santykių tinkluose. Kiekvienas žmogus, organizacija arba kitas vienetas turi savo ryšių tinklą, kuriam teikia pirmenybę, kai kyla partnerio pasirinkimo klausimas. Nustatyta, kad žmonės yra labiau linkę bendrauti su tais, kuriuos pažįsta, negu su kažkuo už savo ryšių tinklo ribų. Egzistuojantis ryšių tinklas sukuria nuolatinį informacijos apie tinklo dalyvius ir tinkle vykstančius procesus srautą, kuris cirkuliuoja ir sukuria tam tikrus kelius, kuriais tinklo dalyvis gali pasiekti norimą rezultatą.

Trečias socialinių tinklų tyrimo elementas yra suformuluota prielaida, kad *tinklo ryšiai sudaro socialinį kapitalą (socialinį teisėtumą)*, kuris sukuria vertę, įskaitant ekonominę grąžą. Socialinių tinklų tyrimuose, socialiniai ryšiai vertinami, kaip asmens arba organizacijos nematerialūs ištekliai – kapitalas. Pasak L. Ramaškienės ir E. Šumskienės (2020), socialinis kapitalas turi platų socialinio poveikio bendruomenei spektrą, tiek struktūrinį, tiek kultūrinį, ir gali teigiamai veikti su tomis problemomis nesusijusius kitus bendruomenės narius.

Ketvirtas elementas – tai *veiklos struktūravimas*. Veiklos struktūravimas turėtų būti suprantamas kaip socialinio kapitalo potencialo panaudojimas tikslui pasiekti.

Struktūravimas tinklinėje hierarchinėje sistemoje ribojamas ir įgalinamas pačios sistemos. Šioje tematikoje mokslininkai siekia nustatyti, kokie yra skatinamieji ir ribojamieji kiekvienos struktūros veiksniai, kaip formuojasi ir kuriasi ryšiai, tinklo struktūra ir valdymo forma (8 pav.) (Vilkas ir Bučaitė-Vilkė, 2009; Melnikas, 2013; Skeberdytė, 2015).



8 pav. Pagrindinės tinklo valdymo formos

Šaltinis: Provan ir Kenis, 2008; Popp ir kt., 2015

Pirmasis valdymo tipas susijęs su „dalyvių valdymu“ arba „savivaldos tinklu“ (Provan ir Kenis, 2007). Šio tipo viduje nėra oficialaus organo, valdančio tinklo dalyvius. Partneriai turi bendrą atsakomybę, nors konkrečias pareigas gali prisiimti vienas veikėjas. Taigi struktūra labai priklauso nuo tinkle esančių dalyvių išitraukimo laipsnio (Agranoff ir McGuire, 2007; Provan ir Kenis, 2007). Antrąjį vidaus tinklo valdymo tipą sudaro „vadovaujančios organizacijos valdomi tinklai“. Šie tinklai pasižymi labiau centralizuota valdymo forma, kurioje vienas pagrindinis tinklo veikėjas imasi vadovavimo iniciatyvos. Pagrindinis veikėjas dažnai užima lyderio (*vadovaujančio instituto*) poziciją dėl skirtingų priežasčių, tokių kaip: tinklo kūrimo iniciatorius; turintis didžiausią

socialinį kapitalą; yra kritinė tinklo efektyvumą užtikrinanti grandis ir kt., (Dupont, 2004; 2006). Pagrindinės organizacijos funkcija yra palengvinti kitų dalyvių veiksmus (Agranoff ir McGuire, 2007; Provan ir Kenis, 2007). Iš tiesų, valdantysis arba vieno tinklo valdytojas gali būti organizacija, egzistuojanti tik tinklo procesams administruoti. Taigi tinklo valdytojas yra asmuo ar organizacija, kurie imasi valdymo funkcijos, apimančios tinklo lygmens perspektyvą, norint užtikrinti tinklo dalyvių tarpusavio sąveiką ir nenutrūkstamą darbinių procesų eigą. „Tinklo administravimo organizacijos (TAO)“ tipo tinkle valdymo galia yra ne tinkle, o išoriniame padalinyje. Išorės lyderis dažnai yra ne pelno organizacija arba vyriausybės įgaliota institucija (Provan ir Kenis, 2007; Agranoff, 2007). Kaip teigia, E. Ribašauskienė ir E. Šalengaitė (2012), tinklą administruojanti organizacija gali būti formali, tik vienas vadovas, bet gali būti sukurta visa valdymo struktūra. Tinklas, valdomas TAO, išvengia per didelio atotrūkio tarp narių ir pernelyg silpnų jų tarpusavio ryšių, kai įsteigiamos tam tikros tarpinės tinklo veiklos organizavimo ir koordinavimo struktūros, pavyzdžiui, komitetai, koordinavimo centrai ir pan. Šios struktūros, pirmiausia sumažina poreikį tinklo nariams palaikyti labai artimus ir stiprius ryšius ir taip užtikrina sklandų didesnio narių skaičiaus bei didesnės jų įvairovės, ypač teritorinio išsisklaidymo požiūriu, bendradarbiavimą (Hearn, 2011).

Tinklo dalyviai tarpusavyje yra susieti komunikacijos tinklais, kurie formuojasi esant informacijos srautui tarp tinklo dalyvių. Komunikacija negalima, jei dalyvis neturi gebėjimų palaikyti interaktyvaus ryšio su kitais tinklo dalyviais. Gebėjimas dalyvauti tinkle tampa svarbi konkurencingumo raiška. Galima teigti, kad gebėjimas dalyvauti tinkle tiesiogiai susijęs su gebėjimu valdyti ir kontroliuoti informacijos srautus politiniu, verslo ir kultūros lygmenimis.

A. Khodabandehloo (2014) išskiria šias prielaidas sėkmingam tinklo vystymuisi: tinklo vizija, laikas ir ištekliai, tempas ir tęstinumas, bendravimas, atlygio formos, pasitikėjimas, lygūs santykiai, išorinė pagalba, motyvacija, smalsumas, aiškūs tikslai ir veiklos kriterijai.

Taigi, tinklaveikos sąvoka gali būti traktuojama gana plačiai, o tai leidžia numatyti įvairias verslo ir viešojo sektoriaus subjektų bendradarbiavimo bei pačių sektorių sąveikos įvairiuose tinkluose galimybes ir perspektyvas.

Verslo bei viešojo sektoriaus subjektų tinklais gali būti laikomi šiuose sektoriuose veikiančių ir įvairias funkcijas atliekančių individų, žmonių, įstaigų, institucijų, kitų organizacijų bei jų grupių, taip pat valstybių ir tarptautinių organizacijų įvairūs dariniai, kurių veikla gali būti plėtojama įvairiai apibrėžiant tiek nacionalinėse, tiek tarptautinėse erdvėse.

Tad *galima teigti*, kad pačios tinklaveikos poveikiai verslo ir viešojo sektorių sąveikai, šių sektorių konvergencijai ir integracijai, kaip visumos internacionalizavimui, pasižymi ne tik formų, galimybių ir perspektyvų įvairove, bet ir dideliu reikšmingumu. Savo ruožtu ši aplinkybė leidžia patvirtinti, kad būtent tinklaveikos procesai yra vertintini kaip išskirtinai svarbūs ir reikšmingi nagrinėjant tiek verslo ir viešojo sektoriaus sąveikos ir konvergencijos, tiek valstybių, tarptautinio verslo subjektų pokyčius, tiek ir visumoje įvairių subjektų ir sektorių konvergencijos, integracijos ir raidos procesus (Melnikas, 2013; Baležentis ir Skeberdytė, 2015 ir kt.).

Kaip teigia M. Castells (2005): jei tinklas (*angl.* Network) – tai struktūra, tai kas tuomet yra tinklaveika (*angl.* Networking)? Ar veiksmas tinkluose? M. Castells (2005) naudoja tinklaveikos sąvoką kalbėdamas apie organizacijų jungimąsi į tinklus (*Honkongo, Taivano organizacijos*) bei skirtingų tinklų susiejimą (*Cisco organizacijos atvejis*).

Dalyvių sąveika jau sukurtuose tinkluose neturėtų būti vadinama tinklaveika. Tuomet visa socialinė sąveika (*veikla*) galėtų būti įvardijama tinklaveikos sąvoka. Tokiu būdu šios sąvokos sampratos apimtis taptų labai plati. Remiantis šiuo požiūriu, socialinė sąveika bendrąja prasme – tai ne tinklaveika. Jei ji apimtų veiksmą tinkluose, tuomet tinklaveikos sąvoka apimtų visą socialinį veiksmą. Žvelgiant formaliai, jei dviejų sąvokų turinys identiškas, vienos iš jų reikėtų atsisakyti. *Todėl tinklaveikos termino įvedimas pateisinamas tik tuomet, jei jis nusakomas tinklų formos buvimu plačiaja prasme, bet ne veiksmas tinkluose.* Siūlomas toks tinklaveikos apibrėžimas – **Tinklaveika – tai tinklų formavimas tikslingais veiksmais** (Vilkas, 2007).

Tinklo struktūros samprata (Bučinskas ir kt. 2013; Melnikas, 2013; Skeberdytė, 2015):

1. Tinklas, kaip sistema, yra orientuotas į bendro tikslo siekimą ar į bendrų funkcijų vykdymą bei veikia kaip vienas valdymo ar savireguliacijos objektas.
2. Tinklą sudaro taškai arba mazgai (individai, grupės, įmonės, visuomenės organizacijos, tarptautinės organizacijos), su kitais taškais (mazgais) sujungti linijomis (ryšiais, jungtimis).
3. Organizacija, kurios subjektai yra savarankiški ir turi autonomiją, geba išsaugoti savo prigimtines savybes, o pats tinklas veikia savireguliacijos principu.

Kaip teigia A. Zehrer ir F. Raich (2010), siekiant suprasti, kaip veikia tinklai, naudingesnis nei pradinis tinklo apibrėžimas yra tinklų ypatybės, kurias apibūdina šios charakteristikos:

- *Tinklo hierarchijos laipsnis.*
- *Vidinė struktūra* – centralizacijos laipsnis ir sudėtingumas, ryšių stiprumas ir struktūrinio lygiavertiškumo tarp skirtingų tinklo segmentų mastas. „*Reliacinis tankis*“ nagrinėja bendrą tinklo struktūrą ir ryšių, sujungiančių tinklo veikėjus, skaičių (Pavlovic, 2003, p. 204).
- *Turinys* – kas tarp tinklą sudarančių *ryšių* yra perduodama (pvz., informacija, pajėgumai, finansiniai išteklių, autorinės teisės, emocinė parama).
- *Simetrinė struktūra* – lygybės ar nelygybės laipsnis turinio vertėje, t. y. mainai tarp A ir B (*objektų*) ir B ir A (**sąnaudų ir naudos aspektas**).
- *Veiksmingumas* – koku laipsniu yra pasiekiami bendri tinklo dalyvių išsikelti tikslai.
- *Institucinė forma* – kokia struktūra, turinys, dalyvių funkcijos, formalios ir neformalios taisyklės, normos, tikslai, vizijos yra nustatomos.
- *Žinių valdymas ir komunikacija* – kaip disponuojama turimomis ir naujai sukurtais žiniomis; gerąja praktika.

Tinklų (*samprata pateikta Nr.1 priede*) ir tinklaveikos moksliniai tyrimai ypač aktualūs ir nagrinėjami vadybos, ekonominių ir viešojo valdymo teorinių priėgų kontekste. Pasak G. Robins ir kt. (2011), vertinti tinklinės valdymo formos efektyvumą gana problemiška, todėl, efektyvumas turėtų būti nustatomas atsižvelgiant į visus dalyvius,

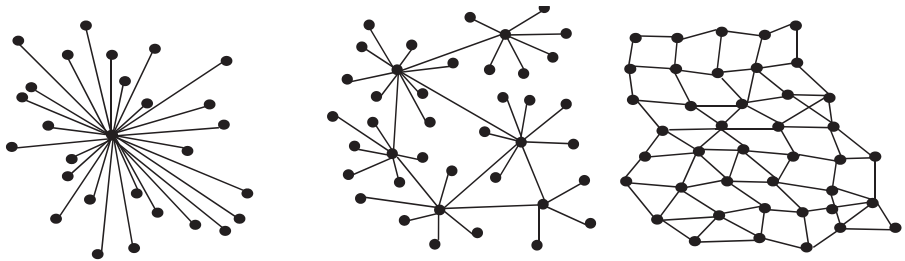
jų lygius (*visuomenę, institucijas, individus ir kitus suinteresuotus asmenis*), struktūrinius tinklų valdymo modelius. Efektyvus tinklų sistemos valdymas apima:

- tinklų struktūrą, kurios veiksmų koordinavimas remiasi tarpusavio pasitikėjimo bei komandinio bendradarbiavimo principais;
- konkrečių tikslų ir veiksmų, kurie yra tinkami ir pakankami sprendžiant platesnius valdymo sistemos klausimus;
- tinklų dalyvių išsamų susipažinimą su numatytais tikslais ir veiksmais.

Tinklai yra sujungti ryšiais. N. Katz et al. (2004) organizacijų ryšius skirsto į vidaus ir išorės. R. Morkvėnas (2010) taip apibrėžia šių dviejų tipų ryšius žinių kontekste:

- vidaus ryšiais valdoma ir koordinuojama organizacijos veikla. Galimos vertikalios ir horizontalios žinių judėjimo kryptys;
- išorės ryšiais organizacija valdo savo santykius su aplinka. Šie santykiai reiškiasi per siunčiamų į išorę ir gaunamų iš išorės žinių valdymą. Gaunamų iš išorės žinių kiekis ir lygis priklauso nuo išorinės terpės žinių potencialo lygio.

Vidaus ryšiai, veikiantys organizacijos viduje, gali būti centralizuoti ir decentralizuoti (9 pav.). Centralizuoti ryšiai susiformuoja stresinėmis sąlygomis ir tinka nesudėtingoms problemoms spręsti. Decentralizuoti ryšiai susiformuoja nestresinėmis sąlygomis, jie tinkamesni sudėtingoms užduotims spręsti, veiksmingiausi esant nevienareikšmiškai informacijai (Katz et al. 2004).



Centralizuoti ryšiai

Decentralizuoti ryšiai

9 pav. Centralizuoti ir decentralizuoti vidaus ryšiai

Šaltinis: pagal Johnson, 2012

R. Putnam ir K. A. Goss (2002) akcentuoja, kad socialiniai tinklai yra paremti silpnais arba stipriais ryšiais, siejantys (*angl. bonding*) arba jungiantys (*angl. bridging*), atsižvelgiant į tai, ar juos sudarantys individai ir grupės yra panašūs socialiniame gyvenime svarbių charakteristikų atžvilgiu, ar skiriasi.

Turint stiprius (*tiesioginius*) ir silpnus (*netiesioginius*) ryšius su tinklo dalyviais, kaip pabrėžia M. Vilkas ir J. Bučaitė-Vilkė (2009), juos kartu sudėjus, gaunamas stipresnis ryšys ir stabilumas. Tinklo dalyvis, kuris turi daug silpnų ryšių, įgyja galimybę gauti unikalių išteklių, žinių, nes tankesniais tinklais pasižymintios darbo grupės pasiekia geresnių rezultatų (Granovetter 1983; Reagans ir Zuckerman, 2001).

Tinklas susiformuoja tada, kai ryšiai tarp individų arba organizacijų yra formalizuojami skirtingose tinklo struktūros tipologijose (žr. Nr.2 priede).

Tinkama tinklo topologijos ypatybė yra jos gebėjimas pateikti supaprastintą sistemos vidaus elgsenos sudėtingos dinamikos scheminį vaizdavimą, vaizduojant sistemą kaip objektų ar komponentų (toliau vadinamų „mazgais“) rinkinį, kurie yra susiję vienas su kitu per saitų rinkinį arba „jungtys“, leidžiančios vienam mazgui valdyti kitą ryšį, bendrauti ar kitaip paveikti kitą (Gladden, 2017).

Šiais laikais „verslo tinklas“ reiškia bendradarbiavimo organizaciją, sudarytą iš kelių nepriklausomų partnerių finansiniu, teisiniu ar valdymo lygiu. Tinklas apima partnerius iš visos vertės grandinės, taip pat konkurentus, užsiimančius bendradarbiavimo - bendradarbiavimo konkurse – strategija (Assens, 2011).

Įvairūs autoriai (Milward, 2003; Keast, 2004; Duguet, 2006 ir kt.) tinklu laiko nebiurokratinę bendradarbiavimo struktūrą, jungiančią individus arba autonomines organizacijas vienam bendram tikslui pasiekti, kad: būtų keičiamasi patirtimi ir žiniomis; skatinti naujas inovacines idėjas; organizacijos jaustųsi stipresnės būdamos didesnio vieneto dalimi; būtų atliekamas tarpininko tarp organizacijų, taikančių skirtingus metodus, vaidmuo; užtikrinti tarporganizacinį bendradarbiavimą.

Taigi *bendradarbiavimas* gali padidinti organizacijų produktyvumą ir išplėsti verslo galimybes (Turnbull ir kt., 1996).

Anot D. Vidickienės (2008), tinklines organizacijas nuo kito tipo organizacijų skiria tai, kad tinkle bendradarbiavimas vyksta tarp nepriklausomų, bet siekiančių to paties tikslo partnerių, pagrindinis turtas – intelektinis kapitalas; ryšiai tarp narių – savanoriški, jie organizuojami pagal principą „daug su daug“; valdyme dalyvauja mažiau lyderių, bet daugiau organizatorių; nėra nuolatinės organizacinės struktūros. Taigi, tinklinės organizacijos yra patrauklios lygiateisium bendradarbiavimu, vieno tikslo siekimu, mokymosi vieniems iš kitų galimybe. G. Prosevičienė (2010) kaip svarbiausia tinklaveikos reiškinių aspektą išskyrė tai, jog tinklaveikos procese sukuriamas socialinis kapitalas, kuris akumuliuoja multifunkcinį žinojimo kompleksą, vis labiau veikiančią ekonominių santykių raidą ir organizacijų konkurencingumą.

Akivaizdu, kad turizmo segmente veiklą vystančios mažos ir vidutinės įmonės (MVI) turi bendradarbiauti, jei nori išlikti konkurencingos (Legohe, Callot, Gallopel, & Peters, 2004; Smeral, 1998). Galima išskirti tris bendradarbiavimo formas:

1. *Horizontalusis bendradarbiavimas* – tokio paties gamybos lygio bendrovių (pvz., tarp turizmo agentūrų, viešbučių ar aviakompanijų) bendradarbiavimas; šie horizontalieji santykiai paprastai yra neoficialūs ir neformalūs (Fyall, 2003; Feng ir Morrison, 2007).
2. *Vertikalusis bendradarbiavimas* – organizacijų, veikiančių skirtinguose valdymo lygmenyse, bendradarbiavimas (pvz., tarp kelionių operatorių ir turizmo agentūrų); toks vertikalus bendradarbiavimas paprastai grindžiamas paslaugų grandinės dalyvių veiklos ir išteklių pasiskirstymu (Easton ir Araujo, 1992).
3. *Įstrižinis (ar šoninis) bendradarbiavimas* – partnerystė tarp įvairių pramonės šakų ir pošakių (pvz., tarp turizmo ir žemės ūkio, arba tarp turizmo ir prekybos);

tokį bendradarbiavimą sunku įdiegti, nes tarp skirtingų verslo modelių ir veiklos būdų yra daugiau potencialių partnerių (Smeral, 1998).

Tinklaveikos procese vienas iš svarbiausių veiksnių, darančių įtaką mokslo ir verslo organizacijų veiklos rezultatams, yra bendradarbiavimas mokslinių tyrimų ir eksperimentinės plėtros srityje. Mokslo ir verslo organizacijų tinklaveika yra orientuota į mokslinės ir komercinės vertės sukūrimą, todėl svarbu įvertinti socialinės mokslinės struktūros reikšmę produktyvumui ir gebėti įvertinti šios struktūros veikimo efektyvumą.

A. Baležentis ir L. Skeberdytė, (2015) išskiria šiuos mokslo ir verslo organizacijų tinklaveikos pranašumus:

- priegią prie sudėtingų problemų tyrimų, naujų išteklių, finansavimo;
- dalyvio matomumo ir atpažįstamumo didėjimą;
- sudėtinėms problemoms spręsti operatyvų reagavimą, sukuriant tarp tinklo dalyvių sinerginį efektą;
- spartesnę mokslinių disciplinų pasiekiamą rezultatą ir sklaidą tarp disciplinų;
- mokslo žinių, intelektualio kapitalo vystymą;
- atskirų individų mokslinio produktyvumo augimą bei karjeros galimybes;
- mokslinio projekto apimties galimybės išplėtimą.

Tikslinga tinklaveikos principus taikyti sveikatos turizmo erdvėje. Lietuvos, kaip sveikatos turizmo regiono patrauklumą padėtų didinti šios priemonės:

- produkto / paslaugos gerinimas ir diversifikavimas;
- *veiklos sinergija* – sveikatos turizmo paslaugas teikiančių ir plėtojančių organizacijų glaudesnis tarpusavio bendravimas – klasterizacija (*Lietuvos turizmo klasteriai teikiantys sveikatos turizmo paslaugas, 2021 m.* žr. Nr. 3 priede);
- paslaugų diversifikavimas – dviejų ir daugiau turizmo paslaugas siūlančių organizacijų derinimas (pritraukiant edukacines ir kultūrinės keliones);
- turizmo rinkos diversifikavimas;
- visus metų sezonus veikiančių kurortų plėtra ir naujų įtraukimas;
- paslaugos kainų įvairinimas ir atsakingas bei tikslingas pajamų valdymas ir pasiskirstymas;
- vykdoma įvairaus turizmo paslaugų plėtra – nacionalinis ir vietinis autentiškas kulinarinis paveldas; paukščių stebėjimas; ekoturizmas, medicinos turizmas, kuris apima: sveikatinimą (Health and Medical tourism), t. y. gydymą, ir sveikatinumą (*Wellness tourism*) – prevenciją, t. y.: sveika mityba, aktyvus laisvalaikis, sportas, joga, SPA procedūros.

Kaip pažymi G. Jucevičius (2009) ir L. Šimanskienė ir kt. (2015), tinklaveika pasireiškia asmeninio pobūdžio pasitikėjimu, verslo ir mokslo bendradarbiavimo galimybių vertinimu. Šiuolaikinė inovacinė veikla, visų pirma, charakterizuojama sparčia daugelio veikėjų tinklo generuojamų žinių jungtimi ir rekonfiguracija, kai nėra viena organizacija nėra pajėgi turėti visų reikiamų žinių viduje. Todėl vis daugiau dėmesio tenka tarporganizaciniams ryšiams, įgalinantiems inovacijų generavimą susijusių veikėjų tinkle.

Apibendrinant galima pasakyti, kad tinklaveikos reiškinį apibūdina šie bruožai:

- *Tarpusavio priklausomybė* – tinklo dalyviai, siekdami savo tikslų, yra tarpusavyje priklausomi nuo vienas kito išteklių. Tarpusavio priklausomybė paprastai suprantama kaip abipusė priklausomybė nuo išteklių, t. y. paprasčiausiai manoma, kad tinklo veikėjai, norėdami įgyvendinti savo tikslus, yra priklausomi nuo vienas kito išteklių – kad ir kokie būtų ištekliai.
- *Koordinavimas* – tinklo dalyviai turi veikti kartu, kad pasiektų bendrus tikslus.
- *Pliuralizmas* – tinklai yra palyginti autonomiškai kitų tinklų ir valstybės atžvilgiu.
- *Bendradarbiavimas*. Išskiriamos dvi bendradarbiavimo formos – bendradarbiavimas, siekiant naudoti sau (angl. collaboration) ir bendradarbiavimas, siekiant bendro tikslo (angl. co-operation), esminis skirtumas tarp jų yra tai, jog pirmoji forma yra ne tokia formali (Kooiman, 2003). Bendradarbiavimas, siekiant naudoti sau, pasižymi tikslų ir indėlių įvairove, kiekvienas veikėjas gali turėti skirtingus planus, remtis asmeniniais siekiais, bendradarbiauti, siekdamas pasinaudoti sinergijos efektu, kadangi nėra formalų taisyklių, nariai gali keistis. Bendradarbiavimo, siekiant bendro tikslo, atveju tinklaveikos procese dalyvaujantys veikėjai bendradarbiauja vedini bendrų interesų, tikslų, bendro ateities vaizdo, kiekvienas veikėjas gali būti tikras dėl kitų veikėjų veiksmų. Taigi matyti, kad bendradarbiavimo, siekiant naudoti sau, atveju bendradarbiavimas yra labiau neformalus, nestabilus, o bendradarbiavimo, siekiant bendro tikslo, atveju labiau akcentuojama ilgalaikė bendradarbiavimo perspektyva, didesnis pasitikėjimas vienas kitu (Kraujutaitytė ir Lapichinaitė, 2016).

Apibendrinant tinklaveikos procesą, galima išskirti šiuos tinklaveikos proceso privalumus ir trūkumus. **Privalumai:** pirma, jis yra lankstus; darbo susitarimai ir veikla gali būti greitai pritaikomi prie išorės pokyčių ir vidaus poreikių. Antra, kai bendradarbiauja daug veikėjų, atsiranda masto ekonomija, kuri didina plėtros pajėgumus. Trečia, bendradarbiavimas yra orientuotas į paklausą. Jis grindžiamas suvokiamomis problemomis ir faktine dalyvių padėtimi, todėl tinklų kūrimas yra konkretus ir orientuotas į rezultatus. Ketvirta, atviras ir lankstus darbo būdas palengvina kūrybiškumą ir naujoves. Penkta, bendradarbiavimas yra horizontalus ir grindžiamas savanorišku dalyvavimu, lygiais santykiais ir keitimusi patirtimi. Šešta, padidėja išorinių žinių panaudojimo potencialas, o bendradarbiavimo organizavimas yra vienodas. **Trūkumai:** Vis dėlto kai kurie trūkumai / sunkumai yra susiję su tinklo strategija: pirma, sunku patikrinti, ar tinklas yra veiksmingas būdas stiprinti plėtros pajėgumus, ir ar yra apčiuopiamų rezultatų. Neapibrėžtumai ir dviprasmybė apie tikslą, metodus ir rezultatus yra problemos. Antra, atsakomybės paskirstymas yra neaiškus. Idėjos ir pasiūlymai yra keliami – bet kas juos įgyvendina? Trečia, pagrindinis trūkumas yra mažas atstovavimas. Nėra gausaus dalyvavimo. Ketvirta, grįžtamąjį ryšį sunku kontroliuoti. Penkta, tinklas gali tapti ribotas, dalyviai sudaro uždara klubą, kuriame vystymasis individualiai sustoja.

Bendradarbiavimas turizmo srityje sukuria šiuos pranašumus:

- Bendradarbiavimas padeda įveikti mažų organizacijų struktūrinius trūkumus, išsaugant nepriklausomumą.
- Bendradarbiavimo metu didėja kompetencija ir priėjimas prie didesnių finansinių išteklių.

- Bendradarbiavimas sukuria didesnę „virtualųjį dydį“, dėl to didėja turizmo organizacijos matomumas.
- Galimybė naudotis moderniausiomis technologijomis.
- Bendradarbiavimas leidžia pasiūlyti konkurencingus paslaugų paketus konkrečiame geografiniame regione, kad patenkintų vis įnoringesniais tampančius turistų/pacientų poreikius.
- Bendradarbiavimo dėka įgaunamas didesnis politinis/lobistinis svoris, bendraujant su vietos politinėmis institucijomis.

Nagrinėjant sveikatinimo ir sveikatingumo paslaugas teikiančius klasterius ir jų situaciją Lietuvoje, pastebima, jog dominuoja du centrai: Vilniaus ir Kauno regionas. Vienas iš didžiausių Klaipėdos regionų neišnaudoja savo turimo potencialo sveikatos turizmo plėtrai. Lietuvos statistikos departamento duomenimis (2019) Klaipėdos regione sveikatinimo paslaugas teikia 103 organizacijos.

Tinklaveika yra skirtingų formų – labiausiai paplitusios yra šios (10 lentelė): verslo asociacijos; technologijų platformos; integruoti mokslo, studijų ir verslo centrai; klasteriai. Tinklaveikos vystymas įvairiomis formomis, prisidėtų prie visuomenės gerovės augimo ir sveikatos turizmo plėtojimo. Tikslinga kurti ir plėtoti šiuos tinklus:

- sveikatinimo ir sveikatingumo paslaugų;
- maisto produktų, įskaitant natūralią maistą, gamyba (*auginimas, gavyba ir pan.*), tyrinėjimas, kūrimas bei platinimas;
- sveikatos priežiūros paslaugų teikimas;
- medicinos priemonių bei prietaisų kūrimas, vystymas, gamyba bei platinimas;
- biotechnologijų kūrimas, vystymas bei naudojimas;
- vaistinių preparatų bei kitų farmacijos produktų, taip pat kosmetikos ir kitų grožio prekių kūrimas, vystymas, gamyba, platinimas;
- mokslinių bei taikomųjų tyrimų, susijusių su sveikatinimu bei sveikatingumu vykdymas ir vystymas;
- mokymo, mokslo ir švietimo įstaigų veikla;
- kitos, su sveikatinimu ir sveikatingumu susijusių veiklą vykdančios įstaigos.

10 lentelė. *Tinklaveikos formų bruožai*

Bruožai	Formos			
	Verslo asociacijos	Technologijų platformos	Mokslo, studijų ir verslo centrai (slėiniai)	Klasteriai
<i>Dalyviai</i>	Panašios veiklos dalyviai.	Panašios ir/arba skirtingos veiklos dalyviai.	Skirtingos veiklos dalyviai.	Panašios ir/arba skirtingos veiklos dalyviai.
Žinių naudojimo lygis	Naudoja turimas žinias.	Kuria naujas žinias.	Naudoja naujas žinias.	Naudoja ir kuria naujas žinias.

Bruožai	Formos			
	Verslo asociacijos	Technologijų platformos	Mokslo, studijų ir verslo centrai (slėniai)	Klasteriai
<i>Paskirtis</i>	Koordinuoti asociacijos narių veiklą, atstovauti asociacijos narių, kuriuos sieja kitokio pobūdžio bendri tikslai, interesams, juos ginti ar tenkinti kitus viešuosius interesus, taikant atitinkamas priemones.	Daryti įtaką pramonės ir mokslinių tyrimų politikai, skatinti verslo ir mokslo plėtrą, didinti mokslinių tyrimų efektyvumą.	Atlikti tokias žiniomis pagrįstas veiklas, kaip žinių sklaida, parama aukštųjų technologijų įmonėms, ryšių tarp žinias kuriančių įmonių (universitetų, mokslo tiriamųjų įstaigų ir verslo įmonių) kūrimas.	Tam tikro verslo ar mokslo susijungimas kurti naujus produktus.

Šaltinis: pagal, A. Katiniene, (2018)

Lietuvos statistikos departamento duomenimis (2015), kasmet ligoninėse gydomas kas ketvirtas šalies gyventojas. Nuo 2006 metų ligoninėse gydytų ligonių skaičius didėjo ir vidutiniškai siekė per 750 tūkst. žmonių per metus.

The Work Foundation (2010) atlikta analizė parodė, kad pagrindinė priežastis, dėl kurios pažeidžiamos darbo dienos – yra *kaulų – raumenų ligos*, kurių pasekmė, per metus Lietuvai ir jos piliečiams kainuoja 0,52 mlrd/€.

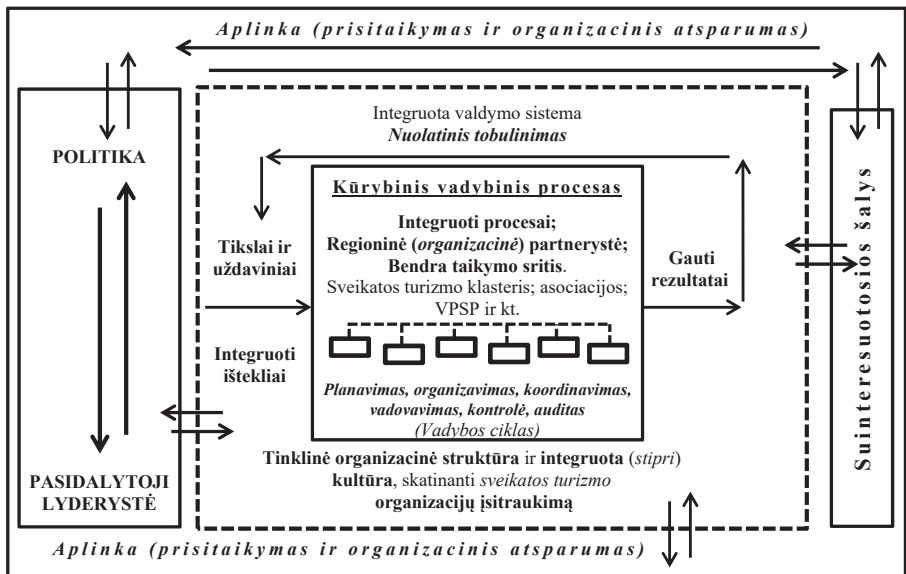
Pasaulio sveikatos organizacijos (2015) teigimu, sergamumo priežastis yra skirtingų veiksnių kompleksas, veikiantis vienu metu, tai: pasyvus gyvenimo būdas ir nuolat mažėjantis fizinis aktyvumas, žalingi įpročiai, nesveika ir nesaikinga mityba, didėjantis antsvoris ir nutukimas, nuolat spartėjantis gyvenimo tempas, lydimas psichologinės įtampos ar streso, ir kt.

Dėl pagausėjusių ligų ir skirtingų veiksnių poveikio, daugelio žmonių poreikis rūpintis sveikata yra gerokai išaugęs. Neturint materialinių galimybių ir esant aukštomis paslaugų kainoms lankytis sanatorijose ir SPA centruose, *išsaugant ir stiprinant sveikatą, tikslinga supažindinti su alternatyviomis inovacinėmis turizmo sveikatingumo programomis, padedančiomis didinti paklausą kaimo ir sveikatos turizmo paslaugoms.*

Tam, kad Lietuvos sveikatos turizmo segmentas ir jame esančios organizacijos veiktų kaip integruota valdymo sistema (10 pav.) ir vystytųsi darnios plėtros keliu, planavimo procese, autoriaus nuomone, tikslinga parengti bendrą strategiją, numatant Lietuvos sveikatos turizmo viziją, tikslus ir uždavinius, užtikrinant grįžtamosios kontrolės mechanizmą.

Šiam procesui įgyvendinti rekomenduojama sukurti oficialų sveikatos turizmo tinklą (*pritraukiant sveikatinimo paslaugas teikiančias organizacijas, mokslo bendruomenę ir kt.*) – kuris būtų grindžiamas dalyvių susitarimais. *Pagrindinis sveikatos turizmo valdymo sistemos tikslas* – kurti, plėtoti ir palaikyti įvairias sveikatos turizmo paslaugas siekiant tvaraus sektoriaus vystymosi. Susidarę sveikatos turizmo tinklai įforminami sutartimis, teisės aktais, sutartiniais memorandumais, bendrais susitarimais, todėl jų dalyvių santykiai, funkcijos, atsakomybė yra aiškiai apibrėžti.

Bendrajai prasme autorius **sveikatos turizmo valdymo sistemą** supranta, kaip valdymo metodų visumą, užtikrinančią sveikatos turizmo politikos, procesų, procedūrų, tarpusavyje susijusių organizacijų struktūrinių dalių valdymą, kad pasiektų užsibrėžtus tikslus.



10 pav. Sveikatos turizmo valdymo sistema

Detalizuojant sveikatos turizmo valdymo sistemą, svarbu akcentuoti organizacinės partnerystės fenomeną, kuris yra kaip branduolys ir kartinė sistemos ašis. Integruotas valdymas (*grindžiamas sisteminiu požiūriu*) ir partnerystės mechanizmas sujungia sveikatos turizmo organizacijas, integruoja išteklius, bendrus tikslus ir uždavinius, kurie kūrybinio vadybinio proceso metu transformuojasi į rezultatus. Sveikatos turizmo valdymo sistemos koncepciją galima apibrėžti kaip priemonę/instrumentą sveikatos turizmo plėtrai regione formuoti, kuri tuo pat metu atsižvelgia ir daro teigiamą poveikį sveikatos turizmo organizacijų, turistų/pacientų, vietos bendruomenės veiklai ir gamtai.

Pasak P. Zmysłony (2008) ir G. Papadopoulou (2020), vertinant nuolat kintančią išorinę organizacijų aplinką ir jos keliamus iššūkius, sveikatos turizmo organizacijos

turi būti pastoviam kaitos – tobulėjimo procese, t. y. paslaugų kokybės gerinimas ir adaptacija. Šis procesas turi būti suprantamas, kaip būtinybė strateginiu, ekonominiu, rinkodaros, technologiniu ir ekologiniu aspektais. Tvarios plėtros palaikymo procesas yra vertinamas kartu su poreikiu išsaugoti sveikatos turizmo regionuose gyvenančių žmonių tapatybę, istorinį ir kultūrinį paveldą bei saugoti natūralią aplinką.

Adaptojuant M. Gunduz ir H. Laitinen (2017); K. Astawa ir kt., (2018); A. Spenseley ir kt., (2019); M.A. Samani (2019) valdymo sistemų tyrimų rezultatus sveikatos turizmo kontekste, galime išskirti šiuos pagrindinius aspektus, į kuriuos tikslinga atsižvelgti kuriant ir plėtojant sveikatos turizmo valdymo sistemą: esamos sveikatos turizmo situacijos gerinimo, infrastruktūros būklės analizė vietos ir regioniniu lygmenimis; įvertinti išorės veiksnių įtaką lemiančią regiono sveikatos turizmo plėtros perspektyvas, taip pat **organizacijų prisitaikymo galimybes ir atsparumą** (*išorės rizikos veiksnius*); identifikuoti ir sisteminti pagrindines problemas ir prielaidas plėtoti sveikatos turizmą regioniniu lygmeniu; pasirinkti strateginę regioninio sveikatos turizmo kryptį (*medicinos turizmo; sveikatingumo turizmo*); atlikti išsamų pasirinktos strateginės krypties poveikio socialinei-ekonominei ir gamtinei regiono aplinkai socialinį-ekologinį ir ekonominį įvertinimą, susiejant su socialiniu ir ekonominiu regiono plėtros planu (strategija); vietos, regioniniu ir nacionaliniu lygmenimis numatyti ir aprūpinti ištekliais, reikalingais strateginiams tikslams pasiekti.

Apibendrinant įvairių autorių tinklo struktūros apibrėžtis, galima teigti, kad šiuolaikiniame globalizacijos ir informacinių technologijų vystymosi amžiuje daugelis funkcijų ir procesų įgyvendinami pasitelkiant tinklus (tinklas apibūdinamas kaip įvykių sistema, kuriai būdinga: tinklo subjektai, ryšiai tarp jų ir galimybė dalintis tam tikrais ištekliais). Kitaip tariant, tinklas – tai ryšių sistema tarp subjektų, kurie dalijasi žiniomis. Dalyviai tinkle siekia prieiti prie vienas kito išteklių, mokytis ir integruoti problemoms spręsti žinias, ar rezultatui pasiekti. Tinklai tampa esmine struktūrine forma, kuri padeda siekti naujų žinių, keistis informacija ir patirtimi, o tinklaveika užtikrina šių procesų eigą bei rezultatus.

Tinklaveikai būdingas nuolatinis informacijos „tekėjimas“, dvikryptis bei daugeliu krypčių vykstantis keitimasis patirtimi ir žiniomis, bendrų veiklų įgyvendinimas, matant šio judėjimo rezultatus. Visų tinklo narių, lygiomis teisėmis pagrįstas dalyvavimas valdymo procese, užtikrina tinkamą bendros tinklo misijos ir tikslo įgyvendinimą. Tam, kad struktūrinio tinklo tikslų ir funkcijų įgyvendinimas būtų veiksmingas, jis turi naudoti stiprius komunikacijos srautus, aktualios ir reikalingos informacijos parengimą ir savalaikį gavimą, lengvo priėjimo prie jos užtikrinimą.

Sveikatos turizmo tinklaveikos sėkmingas proceso užtikrinimas galimas tik naudojant ir įvertinant šiuos veiksnius: struktūrą ir lyderystę; įtvirtintą pasitikėjimo kultūrą; gamybos veiksnius; tinklo dalyvių įsitraukimo laipsnį; tarporganizacinį tobulinimąsi; tvarių veiklos principų įtvirtinimą.

1.3.2. Sveikatos turizmo klasterio valdymas

Pasaulio Turizmo Organizacija (PTO) prie Jungtinių Tautų skelbia, kad turizmo sektoriaus klasterizacija yra viena iš sąlygų užtikrinti Europos regionų ekonomikos vystymąsi. Siekiant didinti regionų patrauklumą, racionalūs sprendimai – modernizuoti viešąją infrastruktūrą, skatinti tarpsektorinį bendradarbiavimą, vykdyti tarptautinius projektus, siekti verslo kooperacijos ir vertės eksporto. Pasitelkiant turizmo išteklių, objektų bei iniciatyvų visumą, klasterių veiklos tampa naujos vertės kūrimo priežastimi, didėja verslo organizacijų ekonominis gyvybingumas, atsiranda galimybės vykdyti turizmo produktų sklaidą ir rinkodarą.

Klasterių veiklai ir plėtrai svarbūs keli aspektai – jų veiklą lemiantys reikalavimai (artumas, sąveika, ryšių kiekis ir ribinis narių skaičius), bendra ekonominė veikla (verslo kooperacija) ir konkurencinė galia. Svarbu, kad turizmo produktai būtų reikalingi, lengvai randami, kokybiški, skirtingi ar unikalūs (Rukuižienė, 2017).

Kadangi Lietuvos regionuose geografinių turizmo klasterių gyvybingumas menkas, priešingai negu funkcinių, siekiama ieškoti būdų didinti verslininkų gebėjimus, įsitraukti į regioninių projektų įgyvendinimą, skatinti bendradarbiauti tarpusavyje vykdamant panašią ekonominę ir kuriant bendrą rinkodaros komunikaciją.

Pasaulio turizmo organizacija prie Jungtinių Tautų informuoja apie Europos regionų ekonomikos plėtros reikšmę, skatina didinti tarpsektorines inovacijas ir konkurencingumą (Global Report... 2015). Klasterizacija turizmo sektoriuje pasitarnauja inovacijų atsiradimui ir investicijų poreikiui. Tarptautinio bendradarbiavimo poveikis ir ES šalių bendradarbiavimo programiniai tikslai yra aktualūs kuriant bendras turizmo programas ir maršrutus.

Nors mokslinėje literatūroje plačiai nagrinėjamos problemos, susijusios su turizmo klasterių valdymu, tačiau, koks jų vaidmuo kuriant naujas partnerystės formas, lieka neišskios ir menkai tyrinėtus.

Šiame kontekste svarbu įvardyti veiksnus, lemiančius Lietuvos turizmo klasterių struktūrinius pokyčius ir būtina paaiškinti Lietuvos turizmo klasterių veiklos perspektyvas, *įsijungiant į tarptautines programas.*

R. Gilienė (2014) išskiria aštuonias labiausiai paplitusias teorines traktuotes, kurio-
mis aiškinama, kodėl organizacijos mezga tarpusavyo ryšius: sandorių kaštų ekonomijos teorija; išteklių paremtos priklausomybės teorija; strateginio pasirinkimo teorija; organizacijos dalininkų teorija; mokymosi teorija; institucinė teorija; priklausomybės nuo resursų teorija (Heide, 1994); partnerystės teorija. Šios paskatos megzti bendradarbiavimo ryšius realizuojamos per įvairias organizacinės partnerystės formas, tokias kaip: klasteriai, aljansai, asociacijos ir pan.

Pasak M. Kolerska-Kardela (2014), turizmo klasteriai yra asimetriškos plėtros sprendimas ir yra viena iš įdomiausių struktūrų, galinti suvienyti daugumą subjektų, palaikančių sveikatinimo ir sveikatingumo procedūrų industriją. Dėl to ekonominių vienetų integracija padidins gaminamų produktų ir siūlomų paslaugų produktyvumą ir inovacijas, o tai, savo ruožtu, padidins regiono patrauklumą bei sveikatos turizmo organizacijų, suinteresuotųjų šalių konkurencingumą. Klasterių ir sveikatos turizmo klasterių samprata pateikta 11 lentelėje.

11 lentelė. Klasterio ir sveikatos turizmo klasterio samprata

Metai	Autorius (-iai)	Apibrėžimas
Klasteris		
1998	Feser	Klasteris – susijusios , viena kitą remiančios verslo šakos ir institucijos , kurios dėl tokio santykių pobūdžio tampa konkurencingesnės .
2000	Porter	Klasteriai – vienoje geografinėje teritorijoje sutelktos, tarpusavyje sąveikaujantios , vykdančios bendrą veiklą ir savo specifine veikla papildančios viena kitą įmonės ir institucijos.
2001	Bekar ir Lipsey	Klasteris – didelė regioninė geografiškai artimų inovatyvių įmonių grupė, kurios narės ne tik bendradarbiauja tarpusavyje, bet ir pa-laiko tvirtus ryšius su vietinėmis mokslo bei tyrimo organizacijomis , nacionalinėmis laboratorijomis, finansų institucijomis ir kitais verslo infrastruktūros elementais.
2008	Kamarulzaman ir Mariati	Klasteris – grupė subjektų (<i>bent vieno pramoninio sektoriaus įmonės, agentūros, institucijos</i>) turinčių panašumų ir papildančių vienas kitą.
2009	Navickas ir Malakauskaitė	Klasteriai bendrąja prasme suvokiami kaip tarporganizaciniai junginiai arba įmonių, mokslo ir valstybės institucijų sankaupos apibrėžtoje geografinėje teritorijoje, kuriuos vienija priklausomybė tai pačiai naudos-kaštų ir vertės kūrimo grandinei
2010	Rakickas	Klasterius galima įsivaizduoti kaip geografinius tarpusavyje konkuruojančius , į tinklą susijungusius vertės grandinės telkinius/objektus.
2012	Viederytė ir Juščius	Klasteris – tai savita verslo istema , todėl, turėdama aukštą visuminę kompetenciją, ji „užprogramuota“ būti efektyvi .
2017	Grumadaitė ir Jucevičius	Klasteris yra tarpusavyje besikooperuojančių ir konkuruojančių veikėjų, sudarančių pagrindinę vertės kūrimo grandinę ar grandines, tinklas.
2018	Gudelytė	Klasteris – tinklaveika ir bendradarbiavimu pagrįstas darinys, neretais atvejais veikiantis tarptautiniu mastu. Verslo klasteryje dažniausiai nebūna griežtos hierarchijos , sprendimai priimami kolegialiai , remiantis bendru sutarimu.
2018	Lis	Klasteris – oficialiai įsteigta organizacija, veikianti aukštesniu agregacijos lygmeniu, susidedanti iš institucinių narių, kurie prie jos prisijungė tikslingai ir aktyviai veikia siekdami kolektyvinių tikslų (<i>susijusių su konkretais klasterio kūrimu</i>) arba individualių tikslų (<i>savo organizacijoms plėtoti</i>).
Sveikatos turizmo klasteris		
2009	Medical Tourism Association	Integuota sveikatinimo ir sveikatingumo paslaugų teikėjų bei administracinių institucijų veikla kuriant klientų poreikius , atitinkančius sveikatos turizmo produktus.

Metai	Autorius (-iai)	Apibrėžimas
2014	Alberti ir kt.	Suinteresuotųjų šalių: medicinos specialistų (<i>gydytojai ir slaugytojai</i>), ligoninių, universitetų ir mokslinių tyrimų centrų, turizmo kurortų ir su turizmu susijusių pramonės organizacijų bei operatorių, profesinių asociacijų ir bendradarbiavimo institutų ir vyriausybinių agentūrų bendradarbiavimas plėtojant sveikatos turizmo industriją.
2016	Ligeikienė	Asociacija pažangiausių ligoninių, klinikų, kitų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, viešbučių, turo operatorių ir valstybės institucijų, veikiančių kartu , siekiant populiarinti medicinos turizmą bei skatinti teikiamų paslaugų eksportą .
2017	Georgieva ir kt.	Klasteris – tai organizacinės partnerystės tinklas , teikiantis aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas, padedantis gerinti pacientų saugumą, mažinti riziką ir užtikrinti kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą tarpvalstybiniu mastu.
2019	Kim ir kt.	Integruota struktūra , vienijanti daugelį teritoriškai ir (ar) funkciškai tarpusavyje susijusias organizacijas, kurių veikla skirta kurti, teikti, skatinti ir stebėti sveikatos gerinimo ir medicinos paslaugų kokybę turizmo rinkoje, koordinuojant pastangas efektyviai išnaudoti turimų išteklių potencialą pacientų/turistų poreikiams tenkinti.

Apibendrinant galima pasakyti, kad sveikatos turizmo klasteris suprantamas kaip organizacinės partnerystės pagrindu veikiantis organizacinis susivienijimas, vykdamas veiklą nacionaliniu ar tarptautiniu lygmenimis, teikiant specializuotas gydymo paslaugas, fizinių ir psichinių jėgų atsinaujinimo/atsatymo srityse, įskaitant terapines paslaugas, teikiamas naudojant specializuotą infrastruktūrą ir gamtos išteklius.

Modelį, kuris išsamiausiai apibūdina partnerystės plėtojimą klasterių iniciatyvose, pateikė Ö. Sölvell, G. Lindqvist ir C. Ketels knygoje „The Cluster Initiative Greenbook“ (Sölvell ir kt., 2003; Lindqvist ir kt., 2013). Jie apibūdino klasterių organizacijos gyvavimo ciklą nurodę keturis jos vystymosi etapus: *ankstumą, formavimąsi, klasterių iniciatyvą ir klasteriais paremtą bendradarbiavimo instituciją*. „Žaliosios knygos“ autoriai klasterių iniciatyvos koncepcijoje ypač pabrėžė įvairių subjektų (*tiek iš vidaus, tiek už jos ribų*) dalyvavimą, o tai yra klasterių kūrimosi iniciatyvos sėkmės sąlyga. Jų nuomone, kiekvienos klasterio organizacijos veikimo pagrindas yra aktyvus trijų „Trigubos spiralės“ (angl. – *Triple Helix*) elementų: organizacijų, MTEP institucijų ir viešojo sektoriaus institucijų dalyvavimas. Klasterių iniciatyvos yra privataus ir viešojo sektoriaus bendradarbiavimo pavyzdys ir naujo ekonominės politikos organizavimo modelio išraiška. Todėl klasteris turėtų būti traktuojama kaip įvairių vyriausybės struktūrų, privataus sektoriaus, universitetų, prekybos asociacijų ir kitų subjektų bendra veikla, kuria siekiama sukurti bendrus sprendimus, naudingus tiek tam tikros pramonės, tiek regiono požiūriu. Šie bendrai sukurti sprendimai skirti pagerinti plačiai suprantamą verslo aplinką ir taip padidinti konkurencingumą (*tiek*

atskirų įmonių, tiek viso regiono mastu). Šis bendras tikslas motyvuoja kiekvieną šalį aktyviai dalyvauti grupių iniciatyvose.

C. Iordache (2010) ir M. Smith (2015) teigia, kad klasteriai gali padidinti konkurencingumą trimis aspektais: produktyvumu, inovacijomis ir naujo verslo pradžia (*verslumas*). Pagrindiniai klasterių tikslai yra kokybiškų prekių ir paslaugų teikimas, bendros rinkodaros politikos vykdymas, vietos įmonių veiklos koordinavimas ir kompleksinių bei papildomų turizmo produktų, patrauklių turistams ir suteikiančių konkurencinį pranašumą, kūrimas (Novelli ir kt., 2006; Ferreira ir kt. 2009). C. Steinhauer ir B. Jochum (2006); R. Andriulienė ir A. Mačerinskienė (2007) teigia, kad sveikatos turizmo klasteriai sukuria šias naudas: patikimus/tvirtus prekės ženklus; suteikia galimybę mažoms ir vidutinio dydžio įmonėms konkuruoti globalioje rinkoje; sveikatos inovacijų kūrimo ir spartaus jų diegimo; klasteryje veikiančios organizacijos turi galimybes mokytis vienos iš kitų, ieškoti būdų bendroms ar susijusioms problemoms spręsti ir kt. Tačiau teigiamą klasterio efektą galima patirti tik pasiekus atitinkamą sąveikos lygmenį (Kamarulzaman, 2008). Kaip pažymi J. Viederytė ir V. Juščius (2012), kuo daugiau produktyvių įmonių ir organizacijų sudaro klasterinį darinį, kuo kiekviena jų yra efektyvesnė, tuo produktyvesnė ir visa grupė bei makrosistema – šaka, regionas, valstybė.

Klasteriai sudaro konkurencijos ir kooperacijos kombinaciją. Arši konkurencija pastebima kovojant už vartotojus, jų užkariavimą ir išlaikymą. Tačiau daugelyje sričių egzistuoja kooperacija, vertikaliai įtraukianti giminingas pramonės šakas ir organizacijas. Konkurencija ir kooperavimas egzistuoja dėl to, kad vyksta skirtingose plokštumose ir tarp skirtingų subjektų. Susijungimas vienoje srityje palengvina sėkmingą konkurenciją kitoje srityje (Jucevičius, 2009).

Vyriausybės dalyvavimas formuojant ir plėtojant klasterius yra labai svarbus aspektas (Porter, 2008; Porter ir Ketels, 2009; Ketels, 2011; Alberti ir kt., 2014 ir kt.). Aktyvus vyriausybės dalyvavimas sveikatos turizmo klasteryje turėtų užtikrinti: standartų ir kvalifikacijos nustatymą; teisinės aplinkos supaprastinimą; kontroliuojamą paslaugų kokybę ir netinkamą medicininę veiklą; pagalbą parduodant medicinos paskirties vietas vyriausybės lėšomis; bendrą, į sveikatą orientuotą kultūros sklaidą; efektyvų dialogą tarp sveikatos paslaugų ir su turizmu susijusių teikėjų; paramą sveikatos priežiūros specialistų tarptautinei kvalifikacijai įgyti ir integraciją į tarptautinius sveikatos turizmo tinklus, ir kt.

Kaip teigia, R. Gilienė (2014), Lietuva negali pasiekti tarptautinio konkurencingumo visose pramonės šakose. Tam nėra pakankamai išteklių ir kompetencijos. Todėl svarbu pasirinkti, kuo toks konkurencingumas bus grindžiamas. Taip pat akivaizdu, jog pavieniams rinkos subjektams vieniems pasiekti tokios kokybės, kokios reikia naujamajai ekonomikai, yra sunku. **Sprendimo raktas:** *organizacinės partnerystės tinklai, klasteriai, kitos bendros veiklos formos, nes tik tokiose veiklos struktūrose generuojamas sinergetinis efektas, kiekviena interesų grupė geriausiai realizuoja savo tikslus, veikia efektyviausiai, sukuriamas santykinis pranašumas.* Kuo daugiau produktyvių įmonių bei organizacijų sudaro klasterinį darinį, kuo kiekviena jų yra efektyvesnė, tuo produktyvesnė yra ir visa grupė bei makrosistema – šaka, regionas, valstybė.

Ö. Sölvell ir kt. (2003); C.H.M. Ketels (2017) teigia, jog klasterių veiklos ypatumus lemia šios jų charakteristikos:

1. Artumas (*angl. proximity*) arba koncentruotas klasterio narių išsidėstymas geografiniame regione, kad būtų užtikrinamas recionalus bendrų išteklių pasidalijimas, informacijos ir kompetencijų perdavimas.
2. Intensyvi vietinė konkurencija, apimanti kovas dėl rinkos dalies ir „nesantaikas“, kurios skatina nuolatinį tobulėjimą ir pokyčius kuriant ir plėtojant pažangesnes ir tvaresnes tiekimo ir vertės grandines.
3. Intensyvus tarporganizacinis bendradarbiavimas, organizuojamas per įvairias institucijas, tokias kaip: profesinės organizacijos, prekybos, pramonės ir amatų rūmai, klasterių organizacijos ir kt. *Klasteriai taip pat demonstruoja intensyvią neformalią sąveiką, pagrįstą asmeniniais tinklais.*
4. Ryšiai (*angl. linkages*) arba klasterio narių bendradarbiavimas su kitomis pramonės šakomis, taip pat universitetais ir mokslinių tyrimų institutais, siekiant bendro tikslo, pasinaudojant artumu ir sąveika dalijantis, talentais ir nauja technologinė pažanga.
5. Sąveika (*angl. interactions*) arba aktyvus veiklos pobūdis, kai klasterio nariai gauna papildomai naudos iš bendros veiklos negu tikėjosi, sukurdami papildomas sąveikas.
6. Ribinis narių skaičius (*angl. critical mass*) arba tinkama klasterio sudėtis, tikintis reikšmingų klasterizacijos rezultatų (pvz., didėjant klasterio narių skaičiui svarbu, kad pakaktų dalyvių sąveikose).

Klasterizacija, kaip pažymi R. Rukuižienė (2017), yra vienas iš būdų atsirasti regionuose verslo (įmonių) ir neverslo organizacijų (*mokslinių tyrimų institutų, universitetų, verslo inkubatorių, technologinių parkų, vietos savivaldos institucijų, prekybos asociacijų, verslo plėtos agentūrų ir t. t.*) ekonominėms aglomeracijoms, kurios skirtos bendrai vykdyti ekonomines veiklas integruojant sukauptas žinias, resursus, – drauge plėtoti verslo ryšius siekiant proveržio sveikatos turizmo industrijoje.

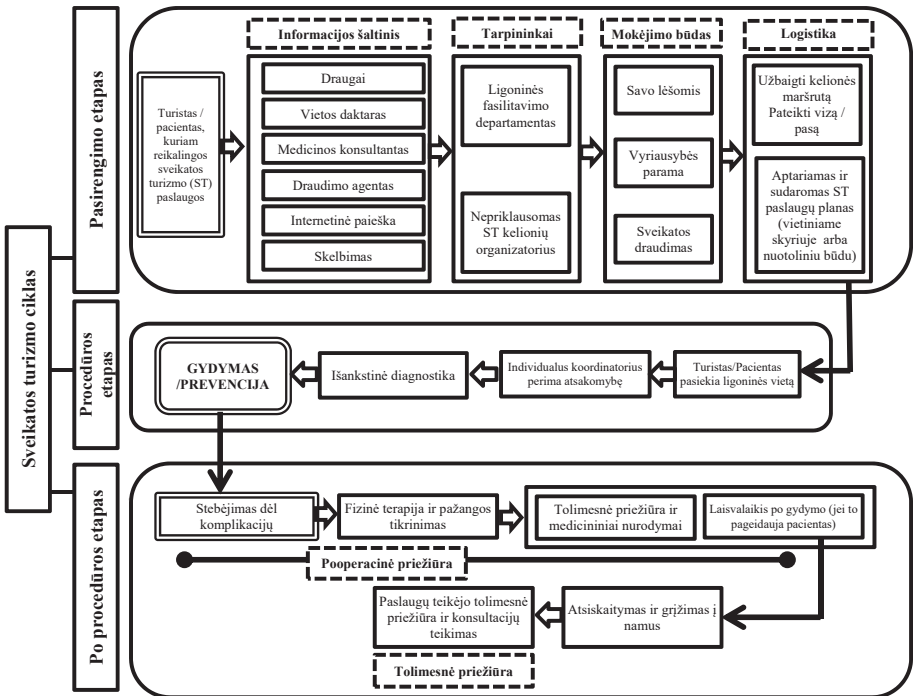
Pastebima, kad: klasterizacija intensyvesnė aukštesnę pridėtinę vertę kuriančiuose pramonės ir prekybos sektoriuose, tačiau ne turizmo, todėl siekiant kompetencinio proveržio tikslinga plėtoti organizacines partnerystes sveikatos turizmo industrijoje; klasterių vystymuisi daro įtaką sveikatos turizmo produktų ir gretutinių verslų paslaugų (*pvz., transporto, maitinimo, rekreacijos ir kt.*) kokybė, sumanosios specializacijos verslų plėtra esamos infrastruktūros pagrindu, organizacijų koncentracija ir tarpusavio ryšiai (The role of clusters ... 2013). Galima daryti išvadą, kad sveikatos turizmo klasterių vaidmuo **vertės eksporte** priklauso nuo konkrečių prielaidų – išteklių, infrastruktūros, iniciatyvos veikti kartu ir investicijų. Kaip pažymi R. Rukuižienė (2017), *ekonominės bendrystės trūkumas daugelio Europos šalių turizmo sektoriuje yra pagrindinė problema, verčianti ieškoti būdų klasterizacijai skatinti.*

Jeigu klasteriai generuoja naujas žinias (*pvz., dėl kooperacijos, tarptautinio bendradarbiavimo projektų įgyvendinimo, tinklaveikos*) ar naujų ekonominių veiklų atsiradimą, vadinasi, turizmo klasterių gyvybingumas leidžia įsijungti naujoms įmonėms, organizacijoms, kurios dar labiau išplėstų klasterių veiklos ribas. Sveikatos turizmo

klasterių valdymas dažnai vykdomas stiprių įmonių ar asociacijų, kurios atlieka klasteryje veikiančių narių koordinatoriaus funkcijas.

Didėjantys reikalavimai sveikatos turizmui verčia ieškoti būdų, kaip klientui pasiūlyti kompleksiską sveikatinimo ir sveikatingumo paslaugų rinkinį už konkurencingą kainą. Būtina sąlyga tampa efektyvumas – pagrindinių kaštų mažinimas bei novatoriškumas. J. Connel (2011) teigia, kad sveikatos turizmas svarbus pasaulinės sveikatos priežiūros ir kelionių pramonės integruojantis reiškinys.

Sveikatos turizmo klasterio kūrimo principai (Ligeikienė, 2016; Климин ir kt., 2019): vieningas organizacinis ir valdymo mechanizmas; koordinavimas, paremtas pasitikėjimu ir tikslų suderinamumu; valdymas iš vieno centro; suinteresuotųjų pusių partnerystės patirtis; regioninių ir tarptautinių informacijos išteklių konsolidavimas, siekiant užtikrinti sveikatos turizmo paslaugų skatinimą; profesinis ir technologinis požiūris (*kiekvienas sistemos narys užsiima savo profesiniu verslu*); visapusiškų paslaugų teikimas medicinos turistui, pagrįstas „individualių paslaugų“ principais; sveikatinimo ir sveikatingumo paslaugų reglamentavimu; medicinos turisto/paciento padėjimo organizavimas naudojant metodiką „nuo slenksčio iki slenksčio“. Sveikatos turizmo klasterio funkcionavimo efektyvumui užtikrinti pateikiamas principinis sveikatos turizmo klasterio veikimo modelis (11 pav.).



11 pav. Principinis Lietuvos sveikatos turizmo klasterio veikimo modelis

Principinis Lietuvos sveikatos turizmo klasterio veikimo modelis yra orientuotas į efektyvų sveikatinimo (*medicinos*) turizmo paslaugų teikimą ir proceso valdymą, kuris iš esmės yra sudėtingesnis. Galima modelio adaptacija ir sveikatingumo turizmo paslaugų teikimui iš esmės nekeičiant pateikto principinio veikimo modelio. Turistui / pacientui keliaujant sveikatingumo tikslais pasirengimo etape yra sudaromas sveikatą stiprinančių / prevencinių paslaugų planas; procedūros etapas turi būti orientuotas į sveikatą stiprinančių ir prevencinių paslaugų teikimą, o ne intervencinės medicinos paslaugas; po procedūros etapas, teikiat sveikatingumo paslaugas, yra orientuotas grįžtamajam ryšiui užtikrinti su turistu / pacientu, o ne pooperacinei priežiūrai. Todėl modelis yra vadinamas bendrinio sveikatos turizmo apibrėžimu, nes apima tiek medicinos, tiek sveikatingumo turizmą.

Principinis klasterio veikimo modelis tai yra tarpusavyje susijusių etapų (pasirengimo; procedūros; po procedūros) grandinė. Kiekviena grandis ir ją sudarantys etapai turi būti kokybiškai įvertinti. Turistas/pacientas tikisi, kad jis gaus atitinkamos kokybės paslaugas, atitinkančias už jas sumokėtą kainą, todėl integruotas kokybės valdymas ir paslaugų standarto kūrimas ir diegimas prisideda prie turistų/-pacientų lūkesčių tenkinimo. Bendra taisyklė yra ta, kad modelis yra tiek stiprus, kiek stipri yra silpniausia jo grandis, o tai reiškia, kad turisto/-paciento pasitenkinimui ir bendram siūlomų sveikatos turizmo produktų teigiamam įvertinimui didelę įtaką daro silpniausia sveikatos turizmo teikiama paslauga.

Sveikatos turizmo klasteris susideda iš šių esminių keturių veiklos grupių – paslaugų teikėjų (Paškevičius, 2013):

1. *Pagrindiniai*: sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, sveikatinimo ir sveikatingumo paslaugos.
2. *Susiję (pridėtiniai)* sektoriai: kelionių agentūros, turo operatoriai, viešbučiai, finansinės institucijos ir kt.
3. *Papildantys sektoriai*: žmonių išteklius rengiančios ir mokslo – tiriamąją veiklą vykdančios institucijos (*universitetai, kolegijos ir kt.*), medicinos technologijų (*medicinos ir laboratorijos įrangos, reagentai, vaistai, kt.*) gamintojai, tiekėjai, pardavėjai; finansinius išteklius generuojančios institucijos (*valstybinės įstaigos, bankai, rizikos kapitalo fondai ir kt.*).
4. *Paramos veiklos* – valstybės institucijos.

Principinis Lietuvos sveikatos turizmo klasterio veikimo modelis yra vienas iš esminių sveikatos turizmo valdymo sistemos (žr. 10 pav.) elementų. Klasterio veikimo modeliui yra svarbus ir regioninis organizacinės partnerystės aspektas, kurio pagrindu yra vystomas tarpregioninis bendradarbiavimas ir sąveika plėtojant sveikatos turizmo industriją Lietuvoje.

Apibendrinant galima teigti, kad sveikatos turizmo klasteriui yra būdingi šie požymiai: integruota sveikatinimo ir sveikatingumo organizacijų veikla; suinteresuotų šalių bendradarbiavimas plėtojant sveikatos turizmo industriją; organizacijos veikla kartu skatinant sveikatos turizmo paslaugų eksportą; organizacinės partnerystės pagrindu grįsta tinklaveika, teikianti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas.

Klasterių veiklos ypatumus lemia šios esminės charakteristikos: artumas; intensyvi vietinė konkurencija; intensyvus tarporganizacinis bendradarbiavimas; ryšiai ir bendradarbiavimas su kitomis pramonės šakomis; sąveika; ribinis narių skaičius.

Sveikatos turizmo klasterio valdymas – tai integruotas valdymas (*grindžiamas sisteminiu požiūriu*) įtraukiant organizacinės partnerystės mechanizmą, sujungiant, sveikatos turizmo organizacijas, integruojant išteklius, bendrus tikslus ir uždavinius, kurie kūrybinio vadybinio proceso metu per principinį klasterio veikimo modelį (11 pav.) transformuojasi į rezultatus.

Išnagrinėjus regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje teorinius pagrindus, galime daryti šiuos esminius apibendrinimus:

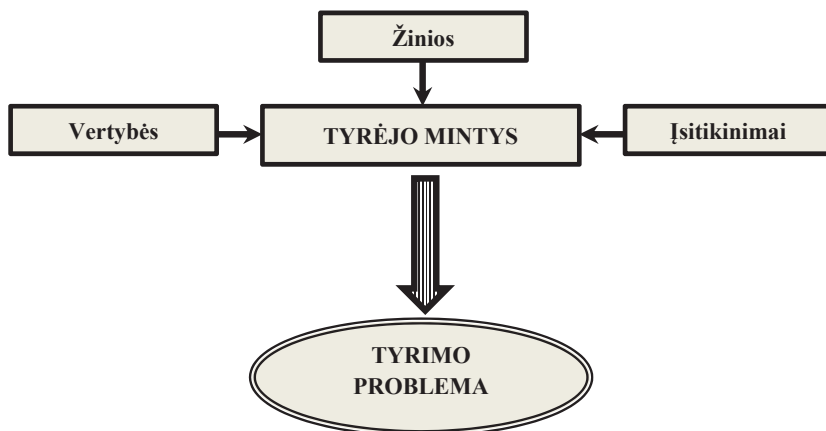
- Regionas tai subnacionalinis teritorinis vienetas, kuriam būdingi šie požymiai: teritorija; specializacija; socialinis kapitalas; ekonominiai santykiai ir kt.
- Bendradarbiavimo kultūrą, regioninius plėtros ir organizacinės partnerystės procesų koordinavimą turi užtikrinti regioninė plėtros agentūra (*regioninė institucija*).
- Partnerystė sveikatos turizmo industrijoje – tai bendradarbiavimu grįsti tarporganizaciniai santykiai, įforminami sutartimis (*kontraktais*), kurie yra grindžiami abipusiu pasitikėjimu ir lygia sprendimų priėmimo galia, bei priverčianti įsitraukti visas dalyvaujančias puses kuriant bendrą veiklos strategiją, orientuojantis į bendrą tikslų siekimą, dalijantis pelnu, nuostoliais ir rizika.
- Pagrindiniai sveikatos turizmo organizacinės partnerystės veiksmingumo veiksniai: komunikacija; abipusė atsakomybė; pasidalytoji lyderystė; dėmesys procesui; aiškus sprendimų priėmimo procesas; tikėjimas ir pripažinimas; tarpusavio priklausomybė ir papildomumas; spręstinių problemų pasidalijimas; bendra vizija; teisinga galia; *pasitikėjimas ir įsipareigojimas*.
- Regioninės partnerystės valdymas susideda iš šių bruožų: sąmoningos ir tikslingos sąveikos tarp pagrindinių veikėjų; kolektyvaus sprendimų priėmimo; kolektyvinių bendradarbiavimo pastangų; proaktyvios regioninės savikontrolės; organizacinės sąveikos sprendžiant problemas; organizacinių tinklų kūrimo; veiklos, orientuotos daryti įtaką ekonominiams, socialiniams, kultūriniais, aplinkosauuginiams ir kitiems visuomenei svarbiems rezultatams visame regione; vertikalus ir horizontalus procesų koordinavimas.
- Sveikatos turizmo valdymo sistemos tipus galima skirstyti į: tiesioginį sveikatos turizmą; sveikatos turizmą, kurį organizuoja vidaus ar užsienio tarpininkai; sveikatos turizmą, kuris yra valstybės sveikatos politikos dalis; sveikatos turizmą, kuris vystosi remiantis vidaus medicinos paslaugų teikėjų (*medicinos centrų, gydytojų*) ir užsienio medicinos paslaugų teikėjų (*medicinos centrų, specializuotų klinikų, privačių gydytojų*) partnerystėmis.
- Reikšmingiausias prielaidos sėkmingam sveikatos turizmo rizikų valdymo procesui yra šios: rizikos analizė/numatymas; nelaimingų įvykių/veiksnių identifikavimas; strateginis planavimas; kontrolės ir grįžtamojo ryšio užtikrinimas; rizikos profilio sudarymas, kurio metu visi galimi rizikos veiksniai yra klasifikuojami ir prioretizuojami.

- Sveikatos turizmo valdymo sistemos branduolys ir kertinė sistemos ašis – tai organizacinės partnerystės fenomenas. Sveikatos turizmo valdymo sistemoje integruotas valdymas (*grindžiamas sisteminiu požiūriu*) ir partnerystės mechanizmas sujungia sveikatos turizmo organizacijas, integruoja išteklius, bendrus tikslus ir uždavinius, kurie kūrybinio vadybinio proceso metu transformuojasi į rezultatus. Sveikatos turizmo valdymo sistemos koncepciją galima apibrėžti kaip priemonę/instrumentą sveikatos turizmo plėtrai regione formuoti, kuri tuo pat metu reaguoja ir daro teigiamą poveikį sveikatos turizmo organizacijų, turistų/pacientų, vietos bendruomenės veiklai ir gamtai.
- Sėkmingas sveikatos turizmo tinklaveikos procesas užtikrinimas panaudojant ir įvertinant šiuos veiksnius: struktūrą ir lyderystę; įtvirtintą pasitikėjimo kultūrą; gamybos veiksnius; tinklo dalyvių įsitraukimo laipsnį; tarporganizacinį tobulinimąsi; tvarių veiklos principų įtvirtinimą.
- Principinis sveikatos turizmo klasterio veikimo modelis – tai tarpusavyje susijusių etapų (*pasirengimo; procedūros; po procedūros*) grandinė. Kiekviena grandis ir ją sudarantys etapai turi būti kokybiškai įvertinti. Turistas/pacientas tikisi, kad jis gaus atitinkamos kokybės paslaugas, atitinkančias už jas sumokėtą kainą, todėl integruotas kokybės valdymas ir paslaugų standarto sukūrimas bei diegimas prisideda prie turistų/pacientų lūkesčių tenkinimo. Bendra taisyklė yra ta, kad modelis yra tiek stiprus, kiek stipri yra silpniausia jo grandis, o tai reiškia, kad turisto/-paciento pasitenkinimui ir bendram siūlomų sveikatos turizmo produktų teigiamam įvertinimui didelę įtaką daro silpniausia sveikatos turizmo teikiama paslauga.

2. REGIONINĖS PARTNERYSTĖS SVEIKATOS TURIZMO VALDYMO SISTEMOJE TYRIMO METODOLOGINIAI PAGRINDAI

2.1. Regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje empirinio tyrimo metodologinis pagrindimas

Visuose akademinėse tyrimų lygmenyse būtina atsižvelgti į skirtingas tyrimo filosofijas/paradigmas, ypač ontologijos ir epistemologijos parametrus, kurie yra būtini suprantant tyrimo problemos sritį (Flowers, 2009; Easterby-Smith ir kt., 2012). Filosofinė tyrėjo užimama pozicija (*sprendžiant tyrimo problemą*) yra pagrindas kuriant metodiką. Užimama tyrėjo pozicija yra pagrįsta: mintimis; vertybėmis; žiniomis bei įsitikinimais, kurią gaubia patirtis ir realaus pasaulio suvokimas/interpretavimas (12 pav.).



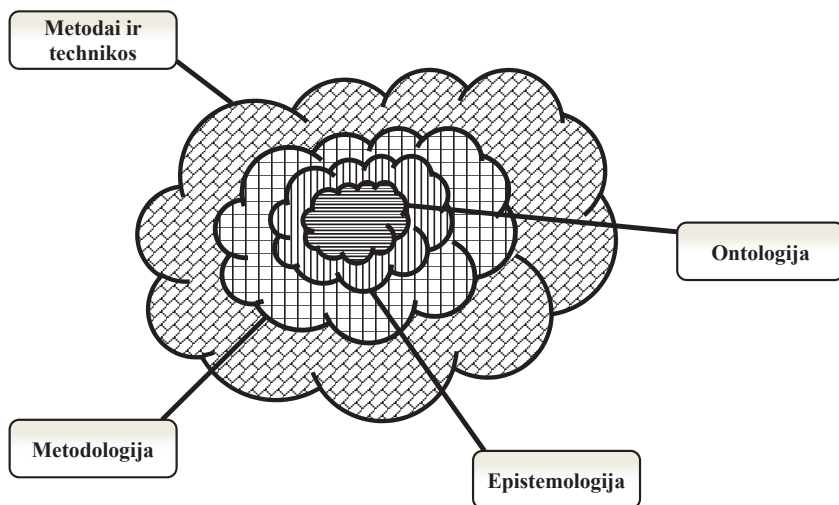
12 pav. Tyrėjo mąstysena

Tyrėjas susiduria su problema tuomet, kai yra neįvertinamas asmeninis mąstymo apie problemą supratimas, o tik remiamasi kitų autorių nuomone be kritinio mąstymo elemento. Kaip parodyta 1 pav., tyrėjo mintys susideda iš vertybių ir įsitikinimų, kurie konstruoja asmens mąstyseną, todėl yra formuluojama tyrimo problema(-os). Kaip teigia F., Robertson ir M., Samy (2017), tyrėjas, pradėjęs mąstymo apie tyrimo problemą procesą, susidaro požiūrį į visuomenės lūkesčius pagal savo įsitikinimus ir vertybes. Šis kritinio mąstymo procesas yra nepaprastai svarbus vertinant paskelbtus tyrimus ir formuojant bei pagrindžiant regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje tyrimo dizainą.

Kaip bet kokio tipo tyrimo pirmtakas, tyrėjas turi turėti tiksliai pagrįstas ir suformuluotas savo požiūrio paradigmas. Tai padeda aiškiai pritaikyti išvadas, nes specifinė

tyrimo paradigma skatina ne tik tikslą, ontologiją, epistemologiją ir tyrimo metodikas, bet ir kritiką (Davies ir Fisher, 2018).

Pasak T., Kuhno (1962), *paradigma* – tai integruotas materialijų sąvokų, kintamųjų ir problemų klasteris, susietas su atitinkamais metodiniais požiūriais ir priemonėmis. T.S., Rocco ir kt. (2003) *paradigmą apibrėžia* kaip „pasaulio vaizdą“, kuris yra suprantamas kaip pagrindinių įsitikinimų ir prielaidų rinkinys ir kuriuo yra vadovaujama atliekant tyrimą. N.K., Denzin ir Y.S., Lincoln (1998) į paradigmą siūlo pažvelgti per ją sudarančius keturis elementus: *ontologiją, epistemologiją, metodologiją ir metodus bei technikas* (13 pav.). E.G., Guba ir Y.S., Lincoln (1998) mano, kad tyrimo metodai yra antriniai paradigmos klausimai, kuriuos jie apibrėžia kaip „pagrindinę įsitikinimų sistemą ar pasaulėžiūrą, kuria vadovaujasi tyrėjas ne tik pasirinkdamas metodus, bet ir ontologiškai bei epistemologiškai pagrįsdamas šiuos pasirinkimus“. Kadangi šie parametrai apibūdina suvokimą, įsitikinimus, prielaidas ir tikrovės bei tiesos prigimtį, todėl svarbu suprasti ir aptarti šiuos aspektus, siekiant užtikrinti, kad taikomi tyrimo metodai atitiktų tyrimo uždavinių pobūdį ir tikslus (Flowers, 2009). K., James ir S., Vinnicombe (2002) įspėja, kad visi tyrėjai turi tam tikrų šališkumo požymių, kurie gali turėti įtakos tyrimų dizaino rengimui.



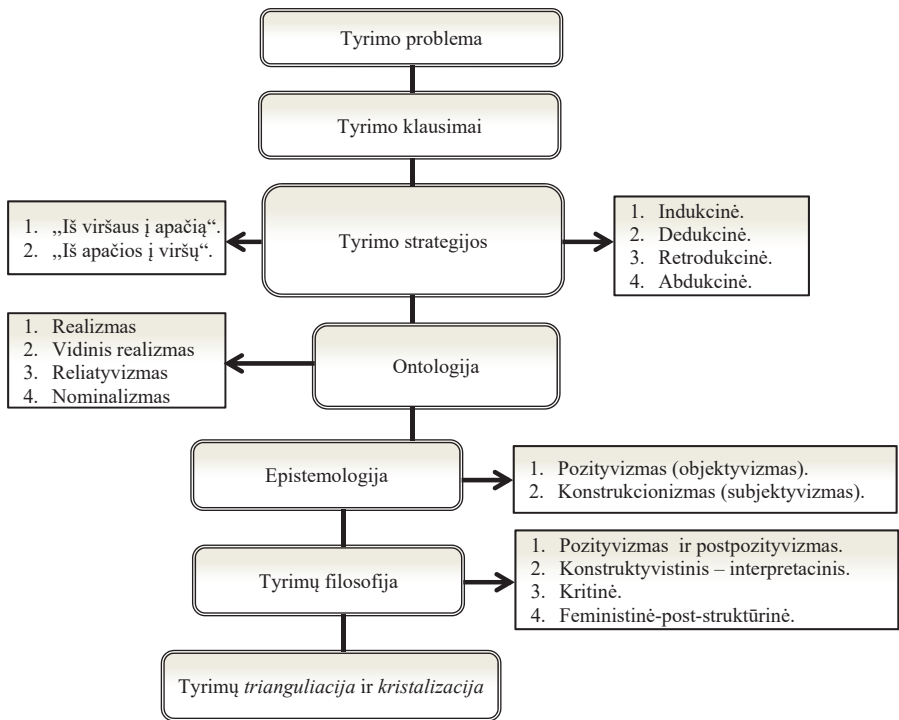
13 pav. Tyrimų paradigmos sandara

Šaltinis: sudaryta pagal, S., Perkins (2019)

Tyrimų paradigmos sandara yra lyg medžio kamienas, turintis keturis žiedus. *Išorinis žiedas* – „žievė“ – atspindi metodus ir technikas, priimtus tyrimo metodologijoje, tokius kaip: ekspertinis vertinimas; interviu; apklausa; atvejo analizė ir kt.. Tai yra akivaizdžiausi ir matomiausi tyrimo metodikos bruožai, tačiau, kaip pažymi M., Terre-Blanche ir K., Durrheim (1999), jie priklauso nuo „medžio šerdyje“ slypinčių ir mažiau pastebimų trijų pagrindinių tyrimo dimensijų: 1. Ontologija (**filosofinės prielaidos**

apie tikrovės prigimtį) – kuri nurodo tikrovės formą ir pobūdį bei tai, ką apie ją galima sužinoti; 2. Epistemologija (**bendras prielaidų rinkinys apie pasaulio gamtos tyrinėjimo būdus**) – kuri nurodo tyrėjo žinių ir supratimo, kurį galima įgyti taikant įvairius tyrimo tipus ir alternatyvius tyrimo metodus, pobūdį; 3. Metodologija (**metodų derinys, naudojamas tiriant konkrečią situaciją**) – kurioje yra analizuojami, formuluojami ir pagrindžiami tyrimo metodai, taisyklės ir prielaidos. Pasak minimų autorių, tyrimų paradigma yra visa apimanti tarpusavyje susijusi praktika ir mąstymo sistema, apibrėžianti tyrimų pobūdį pagal šias keturias dimensijas.

J. W., Creswell ir kt. (2007) nurodo, kad tyrimo dizaino rengimo procesas prasideda nuo filosofinių prielaidų, kurias tyrėjas turi apibrėžti nusprendęs atlikti mokslinį tyrimą. Tyrėjai į tyrimo dizainą įtraukia savo pačių pasaulėžiūrą, paradigmas ar įsitikinimų rinkinius, kurie informuoja apie tyrimo atlikimą ir rašymą. J., Mason (2002) kartu su J.W., Creswell ir kt. (2007) nurodo, kad apibrėžiant paradigmą tyrėjo perspektyvą, išryškėja ontologinės ir epistemologinės prielaidos, metateoriniai pagrindai → tyrimo klausimų ir tyrimo metodologijos sąveika. Nagrinėjant šį sąveikos procesą tikslinga yra apibūdinti, išnagrinėti ir suprasti mokslinio tyrimo pasirinkimo struktūrą (14 pav).



14 pav. Regioninės partnerystės ST valdymo sistemoje tyrimo pasirinkimo struktūra

Šaltinis: Sudaryta autoriaus, pagal: (Crotty, 1998; Denzin ir Lincoln, 1998; Easterby-Smith ir kt., 2012; Robertson ir Samy, 2017)

Tyrimo pasirinkimo struktūroje yra išryškunami pasirinkimai, kuriuos socialiniai tyrėjai turi apsvarstyti formuodami, o vėliau ir vykdydami mokslinius tyrimus (14 pav). Detalizuojant tyrimo pasirinkimo struktūrą nuodugniau, aptariami šie aspektai: tyrimo strategijos; tyrimų filosofijos ir tyrimų trianguliacija (*kristalizacija*).

Tyrimo strategijos yra atspirties taškas, atsakant į tyrimo klausimus, kuriuos N., Blaikie (2007) skirsto į 4 metodus, kaip parodyta 13 lentelėje.

13 lentelė. Keturių tyrimo strategijų logika

	INDUKCIJA	DEDUKCIJA	RETRODUKCIJA	ABDUKCIJA
TIKSLAS	Nustatyti universalius apibendrinimus, kurie bus naudojami kaip paaiškinimo modeliai	Patikrinti teorijas, pašalinant klaidingas ir patvirtinti teisingas	Atrasti pagrindinius mechanizmus ir paaiškinti pastebėtus dėsnin-gumus	Apibūdinti ir suprasti socialinį gyvenimą atsižvel-giant į socialinių veikėjų motyvus ir supratimą
PRADŽIA	Renkami duomenys, atliekamas stebėjimas Pateikiami apibendrinimai	Nustatykite paaiškintiną dėsnin-gumą Sukurkite teoriją ir išveskite hipotezes	Dokumentuokite ir modeliukite dėsnin-gumą Sukurkite hipote-tinį mechanizmo modelį	Atraskite kasdienes pasauliečių sąvokas, reikšmes ir motyvus
FINIŠAS	Naudokite atrastus „dėsnius“ kaip modelius paaiš-kinti tolesnius pastebėjimus	Patikrinamos hipotezės, suderinus jas su gautais duomenimis	Stebėdami ir (arba) ekspe-rimentuodami raskite tikrąjį me-chanizmą	Sukurkite teoriją ir reguliariai ją tikrinkite

Šaltinis: sudaryta pagal, N., Blaikie (2007)

Indukcinė tyrimų strategija prasideda stebėjimu, eksperimentais ir matavimais, apibendrinimu ir duomenų modelių radimu → todėl kuriama teorija situacijai apibūdinti/aprašyti. Vėliau tyrėjai atlieka kartotinius tyrimus ir stebėjimus, kol įsitikina, jog tyrimo išvadas galima adaptuoti platesnei situacijai apibūdinti. *Dedukcinis* samprotavimu grįšta tyrimų strategija vykdoma atvirkštiniu procesu: atrandama tyrimus grindžianti teorija, remiantis teorija sukuriamos prognozės ir tik tuomet atliekamas stebėjimas; eksperimentas ir kt., norint jas patikrinti (Bryman 2008).

Abdukcinis požiūris apima tai, ką ignoroja indukcinės ir dedukcinės strategijos, tai yra reikšmės ir interpretacijos, kurias socialiniai veikėjai priskiria savo motyvams ir veiksams. N., Blaikie (2007) apibūdina šį metodą, kaip strategiją „iš apačios į viršų“, kuri apima sąvokų ir teorijų išvedimą iš situacijos/tyrimo, o ne, kaip strategiją „iš viršaus į apačią“, kai tyrėjo idėjos, koncepcijos ar mechanizmai yra išbandomi siekiant nustatyti, ar jie atspindi tikrovę. Ši tyrimo strategija gali būti naudojama atsakant į klausimus: „ką“ ir „kodėl“, kurie atsiranda fenomenologinio tyrimo metu. *Retrodukci-*

ja, skirtingai nuo abdukcijos, yra empirinis teorijos kūrimo procesas, kurio metu reikia atlikti konkrečių reiškinių stebėjimą, norint atkurti pagrindines reiškinių sąlygas. Retrodukcinė logika prasideda nuo stebimo elgesio ar modelio, iš kurio galima išskaityti taisyklę – bendrą teiginį, kurį siūlo stebėjimas. Pagal šią taisyklę yra daroma išvada. Stebėjimas paaiškinamas pritaikant taisyklę bendram modeliui. Tokiu būdu paaiškinamas nagrinėjamas reiškinys. F.C., Mukumbang (2020) iš retrodukcinio mąstymo būdo išveda naują darinį – **kontrafaktualų mąstymą**. Šis mąstymas apima psichinę reprezentaciją arba mąstymą per faktų ir įvykių alternatyvas, ir yra pagrindinis retrodukcijos būdas. Pagrindinis klausimas, kuris kyla galvojant ir taikant priešingą faktą – „kas galėjo būti?“. Pagrindinis kontrafaktinio mąstymo vaidmuo yra atkurti ir nustatyti elementus ar subjektus, kurie turėtų būti, kad rezultatas atsirastų, žvelgiant į alternatyvius scenarijus. Ar tas pats rezultatas gali pasireikšti ir kitomis aplinkybėmis? Kontrafaktinės priemonės prieštarauja faktams, todėl tyrėjas ieško arba postuluoja alternatyvius scenarijus, naudodamas sąlyginius pasiūlymus, kad padarytų išvadas apie pagrindines įvykio prielaidas. Pavyzdžiui, žinoti, kokie rezultatai būtų buvę pasireiškiant skirtingoms konteksto sąlygoms. Kontrafaktualus mąstymas yra svarbus požiūris taikant priešingą mąstymą moksliniuose tyrimuose norint, paaiškinti priežastinius ryšius.

N., Denzin ir Y.S., Lincoln (2005) *tyrimų filosofijas* apibūdina kaip aiškinimo/analizės pagrindą, gautą iš pagrindinių įsitikinimų rinkinio, kuriais yra vadovojamasi tyrimo proceso metu. *Interpretaciniai tyrimai* atmets galimybę „objektyviai“ aprašyti įvykius ir situacijas, ieškodami reliatyvistinio, nors ir bendro, reiškinių supratimo (Orlikowski ir Baroudi, 1991). E.G., Guba ir Y.S., Lincoln (1994); N., Denzin ir Y. S., Lincoln (1998) išryškina **keturias** pagrindines tyrimų interpretavimo filosofijas: **1.** Pozityvistinė ir postpozityvistinė; **2.** Konstruktyvistinė-interpretacinė; **3.** Kritinė teorija; **4.** Feministinė-post-struktūrinė. Šių filosofijų ir su jomis susijusios strategijos, metodai ir technikos, taip pat jų skirtumai pavaizduoti **4 priede**.

M., Hoffman (1987); C., Brown (1994); A., Linklater (1996); H., Patomaki ir C., Wight (2002); F., Kratochwil (2006) E.S.N., Silva (2007); R., Gemma (2018); E. F., Tanlaka ir kt., (2019); M.C., Monroe ir kt., (2019) ir kt. nagrinėjo tyrimų filosofijas. Disertacijoje yra detaliau aptariamos dvi: *pozityvizmo ir konstruktyvizmo / interpretatyvizmo tyrimų filosofijos*.

Pozityvistinės ir konstruktyvizmo (*interpretatyvizmo*) filosofijos reprezentuoja du priešingus įsitikinimų laukus apie tai, kaip gali būti pagrįstos ir pritaikomos žinios (Denzin, 2000). Tradiciškai daugumoje mokslo aspektų buvo labai akcentuojamas kiekybinis įvertinimas (Guba ir Lincoln, 1994). Tai leido daugeliui socialinių mokslų tyrėjų plačiai pritaikyti pozityvistinį požiūrį. Pagrindinės to priežastys: paplitęs įsitikinimas, kad tik kiekybiniai duomenys yra labai pagrįsti ir užtikrina aukštą tyrimo kokybę (Sechrest, 1992). Pozityvistinis požiūris leidžia tyrėjui pakartoti vieno tyrimo išvadas kitame tyrime. Ontologiškai pozityvistai mano, kad yra faktų, kuriuos galima įrodyti, realybė kiekvienam žmogui yra vienoda, o stebėjimai ir matavimai nurodo, kokia yra ta tikrovė. A., Bryman (2008) pasiūlė keturias svarbias pozityvizmo savybes: **1) fenomenalizmas** – tikrosios žinios yra tik mokslo patvirtintos žinios; **2) deduktyvizmas** – teorija generuoja hipotezes, kurias galima patikrinti dėl įrodomų „dėsnių“;

3) *objektyvumas* – mokslas turi būti „išvaduojantis“; 4) *induktyvizmas* – žinios įgyjamos renkant faktus, kurie sudaro įstatymų pagrindą.

Pozityvistų tyrimams būdingas tikrovės supratimas objektyviais bandymais ir kaip vieninteliuos tiesos rezultatus. Atlikdami pozityvistinius tyrimus, tyrėjas suvokia save ir savo tyrimus kaip nepriklausomus nuo socialinės ir fizinės tikrovės. Pozityvizmo pavyzdys yra chemijos ar fizikos tyrimai, kai atliekamas eksperimentinis tyrimas, kurio metu yra sukuriama ar išbandoma teorija arba išvedamos ir patikrinamos hipotezės. Eksperimentų atlikimas ir kiekybiškai įvertinamų duomenų rinkimas yra tipiškai pozityvistinių tyrimų metodai. Rezultatai paprastai analizuojami kiekybiškai. Pozityvistų tyrimų išvados yra objektyviai aprašytos ir gali būti apibendrintos (Myers, 2009; Adae-Boateng ir kt., 2015).

Tačiau yra keletas kritinių aspektų, su kuriais susiduria pozityvistinė kryptis. Vienas iš dažniausiai kritikuojamų pozityvistinių požiūrių atsiranda iš argumento, kad pozityvizmas yra prastas ir klaidinantis požiūris socialinių mokslų tyrimuose, nes jis prisiima objektyvią išorinę realybę (Hirschheim ir Zinkhan, 1992). Galima sakyti, kad tai, kas taikoma gamtos srityje, nebūtinai taikoma ir žmonių visuomenės srityje. Nes, skirtingai nuo gamtos, visuomenė susideda iš savirefleksyvių agentų, kurie mąsto, ginčijasi, varžosi ir savo praktika bei veiksmais transformuoja pasaulį. Taigi visuomenė negali būti abstrakčių / visuotinių apibendrinimų objektas. Be to, E.G., Guba ir Y. S., Lincoln (2011) iliustruoja įvairias problemas, susijusias su pozityvistiniu požiūriu, įskaitant konteksto adaptavimą, prasmės ir tikslo neįtraukimą, didžiųjų teorijų atskyrimą nuo vietos konteksto, bendrų duomenų netaikymą atskirais atvejais ir atradimo neįtraukimą.

Skirtingai nuo pozityvistų, **konstruktyvistai** (*interpretatyvistai*) mano, kad tikrovę sudaro subjektyvūs žmonių išgyvenimai dėl išorinio pasaulio; taigi jie gali perimti *subjektyvią epistemologiją* ir ontologinį įsitikinimą, kad tikrovė yra socialiai sukonstruota (šių teorijų prielaidos pateiktos **5 priede**).

Konstruktyvistai teigia, kad tiesa ir žinios yra subjektyvios, taip pat kultūrinės ir istorinės, remiantis žmonių patirtimi ir jų supratimu. Tyrėjai niekada negali būti visiškai atskirti nuo savo pačių vertybių ir įsitikinimų, todėl tai neišvengiamai darys įtaką duomenų: rinkimui, interpretavimui ir analizei (Gemma, 2018).

Interpretyvizmas atsirado XVIII amžiuje, kai Descartes, priešinėsis filosofas Giambattista Vico teigė, kad yra skirtumas tarp gamtos ir socialinio pasaulio, *o dar svarbiau*, kad socialinė organizacija ir socialinė patirtis formuoja mūsų suvokimą apie tikrovę ir tiesą (Gemma, 2018).

Pasak A., Bryman (2008), yra keturi pagrindiniai interpretatyvizmo tyrimų metodai:

1. **Hermeneutika** (Heidegger, 1962) – tai paprastai siejama su tekstų ar dokumentų aiškinimu ir supratimu bei gilesne jų prasme.
2. „**Supratimas**“ (vok. – „*Verstehen*“) (Weber 1947) – supratimo metode daugiausia dėmesio skiriama tyrimo dalyvių suvokimui, norint suprasti, kodėl egzistuoja reiškinys arba „kodėl jie elgiasi taip, kaip elgiasi“.
3. **Simbolinis interakcionizmas** (Mead 1962): žmonių elgesys grindžiamas jų pačių prasmėmis; prasmės generuojamos iš socialinės sąveikos; žmonės gali pritaikyti reikšmes, atsižvelgdami į situacijos suvokimą ar patirtį.

4. Fenomenologija (Schutz 1962) – fenomenologija orientuota į žmonių patirties aiškinimą ir aprašymą. Pagrįsta filosofinėmis prielaidomis (Wilson 2015).

B., Colón ir kt., (2000) teigimu, interpretatyvistai yra *anti-fundamentalistai*, manantys, kad nėra vieno teisingo kelio ar konkretaus metodo į žinių kūrimą. G., Walsham (2006) teigia, kad interpretacinėje tradicijoje nėra „teisingų“ ar „neteisingų“ teorijų. Teorijos yra vertinamos pagal tai, kiek jos yra aktualios ir tinkamos tyrėjui ir tiriamam reiškiniui. Tyrėjas išvedinėja naujas teorines konstrukcijas, nuodugniai išnagrinėjęs dominantį reiškinį. Interpretatorių interesas yra ne naujos teorijos generavimas, o teorijų vertinimas, interpretavimas ir tobulinimas. G., Walsham (2006) pateikia tris skirtingus teorijos panaudojimus interpretaciniuose tyrimuose: teorija, kuria vadovaujamasi kuriant ir renkant duomenis; teorija kaip iteracinis duomenų rinkimo ir analizės procesas; ir teorija kaip tyrimo rezultatas.

Pasak S., Rynes ir R.P., Gephart (2004), interpretatyvistai daro prielaidą, kad žinios ir prasmė yra aiškinimo veiksmas, todėl nėra objektyvių žinių, nepriklausomų nuo mąstymo, argumentuojančio žmones. Interpretacinė paradigma yra pagrįsta stebėjimu ir aiškinimu, taigi stebėjimas yra informacijos apie įvykius rinkimas, o aiškinimas/analizė – šios informacijos įprasminimas darant išvadas arba vertinant informacijos ir konkretaus modelio atitiktį (Myers, 2009). T.C., Reeves ir J.C., Hedberg (2003) pažymi, kad konstruktyvistinėje filosofijoje yra būtinybė tyrimo analizę pateikti platesniai tiriamo reiškinio kontekste.

Interpretacinė filosofija yra susijusi su pasaulio supratimu, nes tai yra subjektyvi individų patirtis. Jie naudoja į reikšmę orientuotas metodikas, tokias kaip interviu ar dalyvių stebėjimas, kurios remiasi subjektyviu tyrėjo ir tiriamojo santykiu. Interpretaciniai tyrimai nenustato iš anksto priklausomų ir nepriklausomų kintamųjų, tačiau orientuojasi į visą tiriamojo reiškinio kompleksiskumą (Kaplan ir Maxwell, 2005). A., Husam Helmi ir P., Abraham (2020) išskiria keletą bendrų savybių, kurios yra būdingos interpretatyvistinei filosofijai grįžtiems moksliniams tyrimams: *Pirma*, tyrimas turi būti sutelktas į visą patirtį, o ne į tam tikrą jos dalį. *Antra*, klausimų ir problemų identifikavimo raidai tyrėjas daugiausia turės įtakos ištraukimo ir įsipareigojimo požiūriu. *Trečia*, tyrėjai turi galimybę išsiaiškinti problemos gilumą ir detalumą tyrimo metu. *Ketvirta*, nuodugniai tyrinėjant žmonių patirtį, priimant kokybinius tyrimo metodus. *Penkta*, tyrėjo patirtis yra svarbus aspektas ir indėlis rengiant mokslinius tyrimus. *Šešta*, tai suteiktų tyrėjams galimybę toliau gilintis į individualią tiriamo reiškinio patirtį, o ne atsižvelgti į apibendrintus matavimus ar lūkesčius, pateiktus pozityvistinėje paradigmoje.

H. P., Nudzor (2009) teigia, jog kritikai puola interpretatyvizmą, nes ši filosofija linkusi „giliau“ ir „prasmingiau“ suprasti socialinius reiškinius, parodyti bendrus įsitikinimus lyginant su pozityvistiniuose tyrimuose gautais duomenimis. Kritikai pažymi, jog interpretatyvizmas nepateikė jokios sutartos doktrinos, kuri būtų visų kokybinių socialinių tyrimų pagrindas. Todėl yra daugybė „-izmų“ (pvz., Interakcionizmas, feminizmas, postmodernizmas, konstruktyvizmas), kurie, atrodo, slypi už nugaros ir dominuoja kokybiniuose metoduose (Bishwakarma, 2017). Žvelgiant iš šios perspektyvos, kritikai linkę remtis interpretatyvistine teorine perspektyva ir traktuoti ją kaip,

palyginti, nedidelę metodiką, kuri yra priimtina tik ankstyvuojų ar tiriamuoju tyrimo etapu, kad būtų galima susipažinti su būsimo tyrimo kontekstu.

Interpretatyvizmas taip pat kritikuojamas dėl išvadų, kurioms trūksta patikimumo. Ši kritika perima pasitikėjimą iš jai būdingo subjektyvumo. Kadangi interpretatyvizmas labai susijęs su subjektyvumo klausimais, tai yra supratimu, kaip žmonės įprasmina socialinį pasaulį, egzistuoja polinkis, kad priešaringi ir nenuoseklūs paaiškinimai yra arba būtų pažengę aiškinant socialinius reiškinius. Kritikų nuomone, tai kyla iš interpretatorių nesugebėjimo užfiksuoti ir atkreipti dėmesį į nereikšmingas, bet dažnai lemiamas motyvus ir sutapimus, kurie yra svarbūs norint pateikti tikslią ir subalansuotą nuomonę/išvadą apie tiriamą socialinio gyvenimo aspektą, kaip tai daro pozityvistai (Wicks ir Freeman, 1998).

I. A., Uduma ir W., Sylva (2015) kritikuodami interpretatyvizmo filosofiją teigia, kad interpretaciniai tyrinėtojai nesūlo perspektyvios alternatyvos pozityvizmui, nes galutinėje analizėje jie vis tiek išlaiko pagrindines pozityvistines prielaidas ir taip apima moralinį reliatyvizmą, kuris neleidžia integruoti etikos. Norėdami pasirodyti kaip alternatyva pozityvizmui, konstruktyvistai turėtų vengti mėgdžioti pozityvistų atributus ir peržengti kritikos ribas tik įtraukdami politiką ir praktiką.

Konkrečios tyrimo filosofijos pasirinkimui daro įtaką praktinės pasekmės. Pasirinkimas tarp pozityvistinės ir interpretatyvistinės tyrimo filosofijos arba tarp kiekybinių ir kokybinių tyrimo metodų tradiciškai buvo pagrindinis diskusijų taškas. Tačiau taikant *trianguliacijos* ir *kristalizacijos* strategijas bei naujaisi pokyčiai atliekant studijas/tyrimus padidino realizmo ir reliatyvizmo; pozityvizmo ir konstruktyvizmo (*interpretatyvizmo*) filosofinių kombinacijų populiarumą.

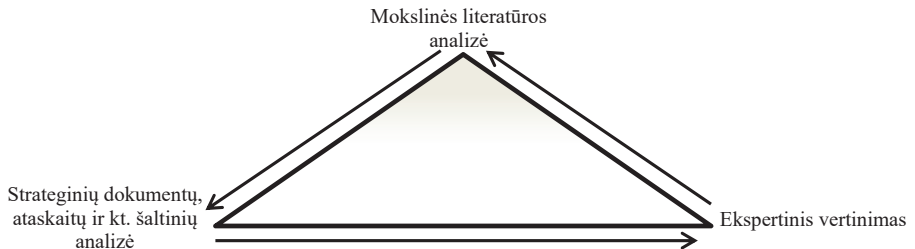
Trianguliacija yra vertinga ir plačiai naudojama strategija, kuri nagrinėja tyrimo problemą iš daugiau nei vieno požiūrio taško, kad tyrimas taptų tvirtesnis (Giron ir kt., 2014). Pasak O., Humphrey ir A., Dosunmu (2017), trianguliacija atsirado dėl etinio poreikio patvirtinti tyrimo procesų pagrįstumą. Skirtingi autoriai trianguliaciją apibrėžia panašiai:

- N., Denzin (1978) – metodikos derinys, tiriantis tą patį reiškinį.
- L., Cohen ir kt., (2000) – tai dviejų ar daugiau duomenų rinkimo metodų naudojimas tam tikram reiškiniui tirti.
- M., Saunders ir P.L.A., Thornhill (2003) – skirtingų duomenų rinkimo metodų naudojimas per vieną tyrimą.
- W., Olsen (2004) – tai procesas, kuris apima kelis empirinio tyrimo metodus ir priemones, siekiant įveikti šališkumo ir pagrįstumo problemas.
- P., Turner ir S., Turner (2009) – trianguliacija yra laikoma patikrinimo procedūra, pagal kurią tyrėjai ieško konvergencijos tarp kelių ir skirtingų informacijos šaltinių, kad sudarytų teorines konstrukcijas ar kategorijas moksliniuose tyrimuose. Tai yra duomenų rūšiavimo sistema, skirta rasti bendras temas ar kategorijas, pašalinant sritis, kurios sutampa.
- Rogers ir kt., (2011); Rule ir kt., (2011) – tai tyrimo procesas, kurio metu naudojami daugiau nei vienas duomenų rinkimo šaltiniai arba skirtingi duomenų rin-

kimo metodai, siekiant užtikrinti, kad atliekant duomenų rinkimo procedūras, būtų pasiektas patikimumas, pagrįstumas ir kokybė.

Trianguliacija taip pat dažnai minima kaip vienas pagrindinių kokybinių tyrimų įrodymų „patvirtinimo“ būdų. Vis dėlto kyla daug diskusijų, ar trianguliacija kokybiškiems tyrėjams siūlo patenkinamą metodą jų išvadoms patikrinti. Buvo išsakyta daugybė nuomonių, todėl kilo argumentas, kad trianguliacijos vertė yra platesnės įžvalgos kūrimas.

S., Bailey-Beckett ir G., Turner (2001) nurodo, kad *trianguliacijos proceso metu* (15 pav.) „...derindamas kelis stebėtojus, teorijas, metodus ir empirinę medžiagą, tyrėjas gali tikėtis įveikti silpnę ar būdingus šališkumus ir problemas, atsirandančias iš vieno metodo, vieno stebėtojo ir vienos teorijos tyrimų. Dažniausiai trianguliacijos tikslai konkrečiuose kontekstuose yra gauti išvadų patvirtinimą konverguojant skirtingoms perspektyvoms. Manoma, kad taškas, kuriame susilieja perspektyvos, yra „atspindima tikrovė“.



15 pav. Tyrimo trianguliacinis procesas

Trianguliacija yra abipusio rezultatų patvirtinimo būdas, ji gali atskleisti šališkumą, kai tik vienas tyrėjas tiria reiškinį. Kad padidėtų pasitikėjimas tyrimų rezultatais, trianguliacija gali apimti kelis duomenų šaltinius, tyrėjus ir teorines perspektyvas (Giron ir kt., 2014). P., Fusch ir kt., (2018) identifikavo **keturis pagrindinius trianguliacijos tipus**:

1. **duomenų trianguliacija** – kai duomenys renkami iš kelių šaltinių skirtingu tyrimo metu;
2. **tyrėjo trianguliacija** – reiškia daugiau nei vieną tyrėją, dirbantį kartu renkant duomenis;
3. **teorijų trianguliacija** – t. y., kai išvados vertinamos remiantis skirtingomis teorinėmis nuostatomis;
4. **metodologinė trianguliacija** – nurodanti kelių metodikų naudojimą tiriant vieną problemą (*kai naudojama daugiau nei viena duomenų rinkimo technika*).

Kombinuojant šiuos trianguliacijos tipus yra siekiama patikrinti kiek įmanoma daugiau tyrimo perspektyvų nagrinėjamu klausimu, kad būtų galima gauti išsamesnę informaciją ir padidinti reiškinio(-ių) supratimą. Kadangi bet kuris metodas gali turėti silpnųjų ir stipriųjų pusių, trianguliacija naudojama duomenims palyginti, sumažinant

sistemine (metodo) klaidą, patvirtinti tyrimų rezultatus ir pagrįsti tyrimo išvadas (Patton, 2002; Creswell, 2003). Tai yra vienas iš svarbiausių būdų pagerinti *kokybinių tyrimų rezultatų patikimumą*.

Dėl savo daugialypių šaltinių ir pobūdžio N., Denzin ir Y., Lincoln (2000) trianguliaciją apibūdina kaip **kristalizaciją**, kuri yra daugiau nei trianguliacijos sąvoka. Kristalizacijos procese tyrėjas tą patį tyrimą perteikia per duomenis, surinktus iš skirtingų duomenų šaltinių. Po to seka procesas, kuriame duomenys yra vertinami įvairiais kampais – išryškinant skirtingus aspektus, atsižvelgiant į skirtingus analizės etapus (Richardson, 1995). T.A., Vik ir J.J., Bute (2009) paaiškina išplėstinę kristalizacijos formą, kuri vadinama „panardinimu / kristalizavimu“ kokybinės duomenų analizės procese. Į tai įeina:

- „*panardinimas*“ – procesas, kurio metu mokslininkai „pasineria“ į surinktus duomenis, išsamiai perskaitydami ar ištyrę dalį duomenų;
- *kristalizacija* – laikinai sustabdomas duomenų nagrinėjimo ar skaitymo procesas („panardinimas“), siekiant apmąstyti analizės patirtį ir bandyti nustatyti ir suformuluoti modelius ar temas, pastebėtas „panardinimo“ proceso metu.

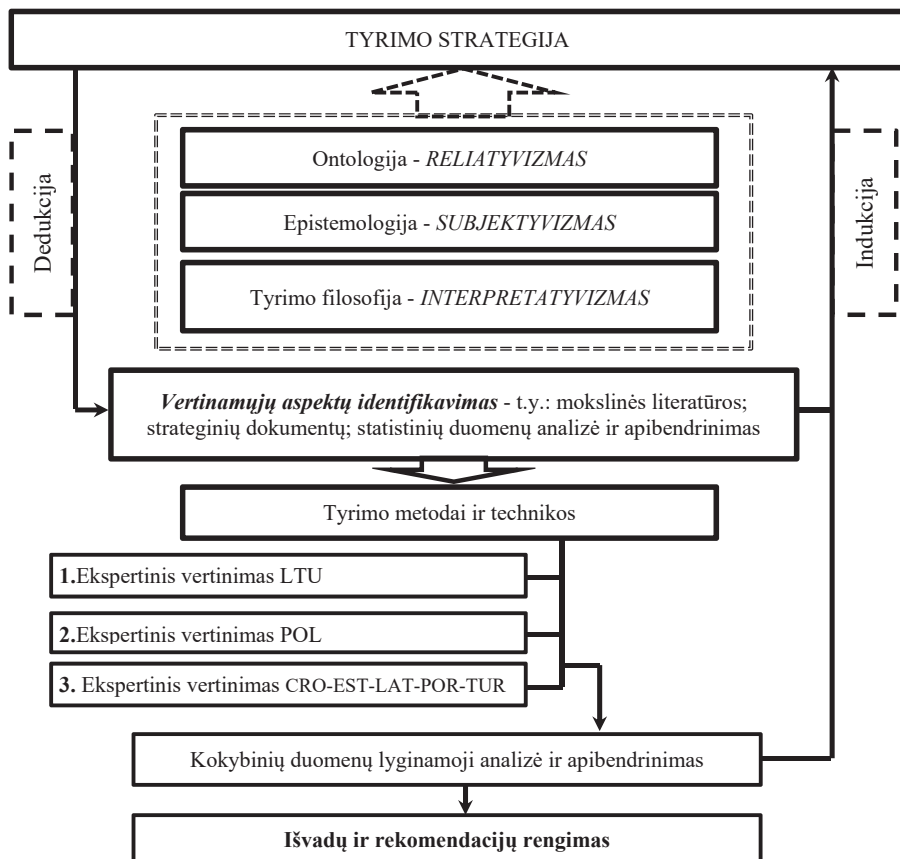
Šie dvejetaini procesai tęsiasi tol, kol bus ištirti visi duomenys ir iš duomenų, kurie yra prasmingi ir kuriuos galima suformuluoti ir pagrįsti, atsiranda modeliai ir teiginiai.

Nors atliekant kiekybinius ir kokybinius tyrimus trianguliacija naudojama siekiant padidinti tyrimo patikimumą, o kristalizacija yra akcentuojama kaip priemonė, kuri yra daugiau pritaikoma kokybiniams tyrimams. Pasak E., Henning ir kt. (2004), **kristalizacija** užtikrina, kad daugiau realybės prigimties aspektų bus įtraukta į tyrimą naudojant papildomus šaltinius ir metodus. *Todėl kristalizacija suteikia platesnę vaizdą, o ne gilesnę vaizdą, kaip tai yra trianguliacijos atveju*. Keturi dažniausiai naudojami kokybinių tyrėjų analizės stiliai yra kristalizacija, redagavimas, šablonas ir kvazistatistiniai duomenys (Miller ir kt., 1994). Šie stiliai yra pagrįsti organizacinės sistemos kūrimo, duomenų segmentavimo ir ryšių užmezgimo žingsniais (Ellingson ir Sotirin, 2020).

Apibendrinant tyrimo pasirinkimo struktūrą, galima teigti, kad kaip bet kokio tipo tyrimo pirmtakas, *tyrėjas* turi turėti aiškiai suformuluotą ir pagrįstą tyrimo struktūrą, kurioje atsispindėtų: tyrimo strategija; ontologija; epistemologija; tyrimo filosofija; tyrimo metodai ir technikos bei duomenų trianguliacija. Specifinė tyrimo struktūra ir tyrėjo paradigmė pozicija skatina ne tik tyrimo problemą, tikslą, uždavinius, bet ir kritiką, dėl to yra detaliau pagrindžiami tyrimo rezultatai ir išvados.

2.2. Regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje empirinio tyrimo metodika

Sudarant tyrimo strategiją buvo tikslinga sudaryti disertacijos empirinio tyrimo struktūrą (16 pav.). Struktūra leidžia pagrįstai vertinti ir analizuoti tiriamą problemą, kurio pagrindu sudaromos sąlygos parengti faktines išvadas ir rekomendacijas.



16 pav. Disertacijos empirinio tyrimo struktūra

Disertacijos empirinis tyrimas remiasi interpretacine tyrimo filosofija, pagal kurią tyrėjas bando gauti duomenis tiesiogiai sąveikaudamas su tiriamuoju reiškiniu. Interpretacinis (*subjektyvistinis*) tyrimas yra atliekamas taikant kokybinius tyrimo metodus: modifikuotą prioritetų skirstymo ir palyginimo vertinimo metodą; ekspertinį vertinimą; interviu; lyginamąją analizę. Tyrime naudojama duomenų trianguliacija teikia šią naudą: galimybę gauti papildomų duomenų ir išvalgų iš šaltinių, kurių negalima gauti vien iš literatūros apžvalgos, taip pat yra sumažinamas vieno šaltinio tyrimų trūkumas, įtraukiant ≤ 3 duomenų šaltinius, kurie vienas kitą papildo ir pagrindžia.

F., El-Sabaa ir kt., (2017) kokybinę duomenų analizę apibrėžia, kaip „*darbą su duomenimis, jų tvarkymą, skaidymą į valdomus vienetus, kodavimą, sintezavimą ir modelių paiešką*“. A., Strauss ir J.M., Corbin (2008) pažymi, jog kokybiniuose tyrimuose atliekamas procesas, vadinamas „atviru kodavimu“, kurio metu tyrėjas nustato

ir preliminariai įvardija konceptualias kategorijas, į kurias būtų sugrupuoti stebimi reiškiniai. Kokybinių tyrimų proceso metu tyrėjas pirmiausia sutelkia dėmesį į visus duomenis, tada bando juos išardyti ir vėl prasmingiau rekonstruoti. Kokybinių duomenų analizės tikslas yra atrasti modelius, sąvokas, temas ir reikšmes. Kategorizavimas padeda tyrėjui palyginti modelius ir juos kontrastuoti, giliai apmąstyti tam tikrus reiškinius ir sudėtingas duomenų gijas bei juos įprasminti.

Tyrimo objektas – regioninė partnerystė atskirų šalių sveikatos turizmo valdymo sistemose.

Tyrimo dalykas – regioninės partnerystės struktūra ir funkcijos sveikatos turizmo valdymo sistemoje.

Tyrimo tikslas – ištyrus regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje aspektus sudaryti apibendrintą valdymo modelį.

Tyrimo uždaviniai:

1. Atlikti sveikatos turizmo Lietuvos SSGG analizę ir sudaryti GGSS matricą.
2. Sudaryti CRO-EST-LAT-LTU-POR-POL-TUR sveikatos turizmo gyvavimo ciklą.
3. Išnagrinėti regioninio valdymo ir (*organizacinės*) partnerystės aspektus sveikatos turizme.
4. Sudaryti sveikatos turizmo rizikos valdymo algoritmą.
5. Parenkti regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje modelį.

Tyrimo periodas. Disertaciniame darbe nagrinėjami 2007 m. – 2019 metų statistiniai duomenys. Empirinio tyrimo atlikimo laikas – nuo 2020 vasario mėn. iki 2021 m. gegužės mėn.

2.2.1. Empirinio tyrimo patikimumo vertinimas

Tradiciniai *kiekybinių* tyrimų duomenų patikimumo kriterijai yra: objektyvumas ir pagrįstumas – naudojami moksliniuose ir eksperimentiniuose tyrimuose, kurie dažnai yra grindžiami standartizuotomis priemonėmis, didelėmis imtimis ir yra vertinami bei palyginami nesudėtingai. Priešingai, *kokybiniai tyrimai* paprastai nėra grindžiami standartizuotomis priemonėmis, naudoja mažas imtis. Todėl šie vertinimo kriterijai negali būti griežtai taikomi kokybinei tyrimų kryptčiai, ypač kai tyrėjas yra labiau suinteresuotas suabejoti ir suprasti reiškinų prasmę bei interpretaciją. Tačiau kyla klausimas, ar šie vertinimo kriterijai turi kokią nors vertę kokybiniuose tyrimuose. S. B., Merriam (1998) teigia, jog objektyvumo ir pagrįstumo kriterijai yra būdingi kiekybiniams (*pozityvistiniams*) tyrimams, ir nebūtinai taikytini kokybiniams tyrimams.

Įvertinti kokybinių išvadų tikslumą nėra lengva. Tačiau yra kelios galimos strategijos ir kriterijai, kuriuos galima naudoti siekiant pagerinti kokybinių tyrimų rezultatų patikimumą. *Patikimumas* yra atitinkamas terminas, vartojamas kokybiniuose tyrimuose kaip tyrimo kokybės matas. Tai yra tai, kiek duomenys ir duomenų analizė yra pagrįsta ir patikima. J.W., Creswell (1998) teigia, kad kokybinių tyrimų patikimumą galima nustatyti naudojant *keturias strategijas*: 1. patikimumą (*kiek tyrimo duomenys ir duomenų analizė yra patikima ir pagrįsta*); 2. perkeliamumą (*tyrimo išvadų adap-*

tavimas kituose kontekstuose); 3. pagrįstumą (*analogiškas patikimumui, tai yra nuoseklumas stebint, ar gauta tyrimo išvada yra galima susiklosčius panašioms aplinkybėms*); ir 4. išvadų patvirtinamumas (laipsnis, kuriuo kiti tyrimo rezultatai gali būti patvirtinti ar pagrįsti), kai konstruojami lygiagrečiai analogiškiems kiekybiniais tyrimams (Ritchie ir Lewis, 2003). S.B., Merriam (1998) siūlo, kad tokį kokybinių tyrimų patikimumą reikėtų nustatyti pagal tai, ar rezultatai atitinka gautus duomenis. Norint tai pasiekti, pateikiami šie metodai:

- paaiškinti tyrimo prielaidas, teoriją(-as), filosofiją;
- naudoti kelis duomenų rinkimo ir analizės (*trianguliacijos ir kristalizacijos*) metodus;
- išsamiai paaiškinti, kaip buvo renkami duomenys, kad prireikus būtų galima atlikti audito seką;
- tyrimo dalyvių patikrinimas – duomenų ir preliminarių aiškinimų grąžinimas tiriamiesiems;
- tyrėjo šališkumo, prielaidų, pasaulėžiūros ir aiškios tyrimo struktūros formavimas tyrimo pradžioje.

Pasak C., Seale (1999), patikimumą galima pasiekti atliekant auditą, kurį sudaro tyrėjo dokumentai apie disertacijos empirinio tyrimo metodus; surinktus ir apibendrintus duomenis; taip pat galutinius disertacijos rezultatus. Kurie taip pat gali būti modifikuojami keičiant tyrimo planą, atsiradus naujiems tyrimo duomenims.

2.2.2. Ekspertinio vertinimo organizavimas

Ekspertinis vertinimas suprantamas kaip apibendrinta ekspertų grupės nuomonė, kuriai gauti taikomos specialistų – ekspertų – žinios, patirtis ir intuícija. *Ekspertinio vertinimo metodas* – tai procedūra, leidžianti suderinti atskirų ekspertų nuomones ir priimti bendrą sprendimą. Ekspertinis vertinimas dažniausiai taikomas tiriant kokią nors problemą, procesą ar reiškinį, kai prireikia specialių žinių ir gebėjimų, o tyrimo rezultatai pateikiami motyvuotose išvadose ar rekomendacijose (Augustinaitis ir kt., 2009).

Disertacijos tyrimo metu atliekamas ekspertinis vertinimas 3 kryptimis:

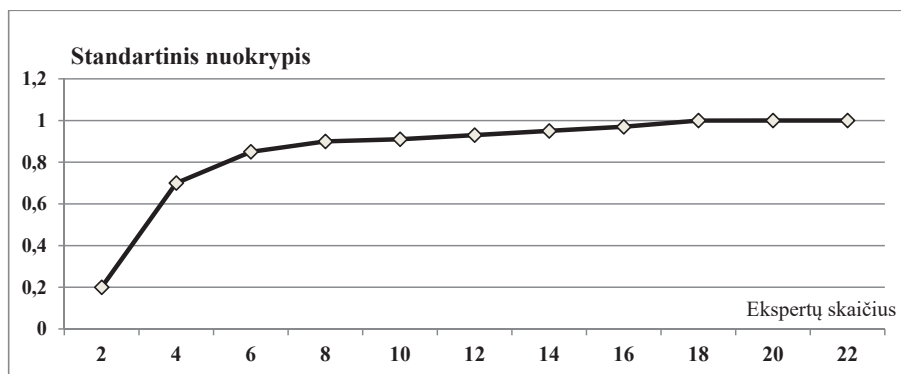
1. Ekspertinis vertinimas Lietuvoje. Šio tyrimo etapo metu buvo atrinkta 15 ekspertų (14 lentelė), kurie pateikė atsakymus į sudarytą ekspertinio vertinimo klausimyną, reikia pažymėti, kad 3 *ekspertai (E)* duomenų pateikimui rinkosi interviu metodą.
2. Ekspertinis vertinimas Lenkijoje, kuri yra aukštesnėje sveikatos turizmo raidos stadijoje (C stadija), į kurią turi pereiti ir Lietuva (POL) sudarant 10 ekspertų grupę.
3. Tarptautinis ekspertinis vertinimas, pasitelkiant ekspertus iš valstybių, esančių visose sveikatos turizmo sistemos raidos stadijose: Estijos (A stadija); Portugalijos (B stadija); Kroatijos (C - D stadijų); Latvijos (D stadija); Turkijos (D stadija). Sudaryta 7 ekspertų grupė, atitinkamai: CRO – 1E; EST-1E; LAT-2E; POR-1E; TUR-2E.

14 lentelė. Ekspertinio vertinimo informantų sąrašas

Eksperto kodas	Eksperto kompetenciją pagrindžiančios charakteristikos
Lietuva	
E_LT_1	Lietuvos medicinos turizmo klasterio valdybos pirmininkas.
E_LT_2	Lietuvos medicinos turizmo klasterio vykdytysis direktorius.
E_LT_3	Nacionalinės sanatorijų ir reabilitacijos įstaigų asociacijos vykdančioji direktorė.
E_LT_4	„X“ klasterio vykdytysis direktorius.
E_LT_5	„X“ asociacijos vadovė.
E_LT_6	Klaipėdos universiteto profesorius.
E_LT_7	Klaipėdos universiteto docentas.
E_LT_8	Šiaulių universiteto profesorius.
E_LT_9	Lietuvos sporto universiteto profesorius.
E_LT_10	Vilniaus universiteto profesorius.
E_LT_11	„X“ savivaldybės turizmo tarybos pirmininkas.
E_LT_12	„X“ savivaldybės turizmo informacijos centro vadovas.
E_LT_13	„X“ savivaldybės vicemeras, kuruojantis turizmo sritį.
E_LT_14	„X“ savivaldybės turizmo tarybos narys (3 kadencijas).
E_LT_15	„X“ savivaldybės administracijos direktorius.
Lenkija	
E_PL_1	AGH mokslo ir technologijų universiteto profesorė.
E_PL_2	Medicinos turizmo tyrimų ir plėtros instituto direktorė.
E_PL_3	Gdanskio technologijų universiteto lektorius (<i>daugiau kaip 100 mokslinių publikacijų autorius</i>).
E_PL_4	Gdanskio universiteto profesorė.
E_PL_5	Medicinos turizmo fondo prezidentas.
E_PL_6	„X“ klasterio direktorė.
E_PL_7	„X“ universiteto lektorius (<i>mokslų daktaras</i>).
E_PL_8	„X“ klinikos vyr. gydytoja.
E_PL_9	„X“ universiteto lektorius (<i>mokslų daktaras</i>).
E_PL_10	Sporto ir turizmo ministerijos atstovas.
Latvija	
E_LV_1	Latvijos medicinos turizmo klasterio vykdančioji direktorė.
E_LV_2	Turība universiteto docentė, Latvijos ekonomistų asociacijos valdybos narė.

Eksperto kodas	Eksperto kompetenciją pagrindžiančios charakteristikos
Turkija	
E_TR_1	Stambulo technikos universiteto profesorius.
E_TR_2	Sveikatos apsaugos kelionių tarybos narys.
Estija	
E_EE_1	Tartu universiteto docentė.
Portugalija	
E_PT_1	Aveiro universiteto docentė.
Kroatija	
E_HR_1	Kvarner sveikatos turizmo klasterio vadovas (2016 metais kasteris sveikatos turizmo srityje pripažintas pažangiausiu globaliu lygmeniu).

Ekspertų skaičiaus nustatymas. Nustatant priimtinają ekspertų skaičių, vadovaujama metodologinėmis prielaidomis, suformuluotomis klasikinėje testų teorijoje, kurioje teigiama, jog agreguotų sprendimų patikimumą ir priimančių sprendimą (šiuo atveju ekspertų) skaičių sieja greitai gėstantis netiesinis ryšys (17 pav.). Įrodyta, jog agreguotų ekspertinių vertinimų moduliuose su vienodais svoriais nedidelės ekspertų grupės sprendimų ir vertinimų tikslumas nenusileidžia didelės ekspertų grupės sprendimų ir vertinimų tikslumui (Libby, 1978 cit. Baležentis ir Žalimaitė, 2011). Disertacijoje ekspertinis vertinimas yra atliekamas įtraukiant **32 ekspertus**, taigi tyrimo ekspertų skaičių ir gautus rezultatus galime laikyti pagrįstus ir validžius.



17 pav. Ekspertų vertinimų standartinio nuokrypio priklausomybė nuo ekspertų skaičiaus, sudaryta pagal, A. Baležentis ir M. Žalimaitė, 2011

Atrenkant tyrimo ekspertus buvo taikomi šie kriterijai:

- Turima kompetencija sveikatos turizmo srityje (*darbinė patirtis; kvalifikacija*).

- Dalyvavimo, sprendžiant sveikatos turizmo problemas, laipsnis.
- Nešališkumas tyrimo atžvilgiu.
- Esamas ryšys su tyrinėjama tema ir mokslinė problema.

Ekspertinis vertinimas remiasi prielaida, kad rezultatai gali būti gauti tik įvertinus ekspertų nuomonių suderinamumo laipsnį. Apžvelgus regioninės partnerystės formavimo sveikatos turizme ekspertinio vertinimo rezultatus, reikšminga įvertinti dalyvavusių ekspertų nuomonių suderinamumo laipsnį, apskaičiuojant Kendall konkordancijos koeficientus W . Jei ekspertų vertinimai priešaringi $W \rightarrow 0$, jei ekspertų vertinimai panašūs $W \rightarrow 1$ (Baležentis ir Žalimaitė, 2011).

Konkordancijos koeficiento apskaičiavimo algoritmas. Apskaičiuojamas rangų sumų vidurkis (Podvezko, 2005):

$$a = 0,5m(k+1),$$

kai m – ekspertų skaičius, k – pateiktų vertinti ar pasiūlytų alternatyvų/veiksnių/etapų/rizikų skaičius. Konkrečiu tyrimo atveju $a = 0,5 * 15 * (14 + 1) = 112,5$. Nuokrypių nuo rangų sumos vidurkio kvadratų suma lygi:

$$S^2 = \sum_{j=1}^k \left(\sum_{i=1}^m X_{ij} - a \right)^2$$

čia a – rangų sumų vidurkis, o x_{ij} – i -tojo eksperto j -tosios alternatyvos vertinimas (rangas), kai $i=1,2,\dots,m$ ir $j=1,2,\dots,k$. Konkrečiu tyrimo atveju $S^2 = 2856$. Praktikoje būna atvejų, kai du arba keletas objektų yra labai panašūs, ir neįmanoma suteikti pirmenybės nė vienam iš jų. Teigiama, kad tie objektai yra susiję. Šiuo atveju visiems objektams priskiriamas vienodas rangas – eilinių rangų aritmetinis vidurkis (Podvezko, 2005).

Irodyta, kad konkordancijos koeficientas šiuo atveju skaičiuojamas pagal formulę:

$$W = 12S^2 / m^2(k^3 - k) - m \sum_{j=1}^r T_j$$

kai m – ekspertų skaičius, k – pateiktų/vertinamų alternatyvų skaičius. Formulėje j -ojo eksperto susietų rangų rodiklis T_j skaičiuojamas pagal formulę:

$$T_j = \sum_{k=1}^{H_j} (t_k^3 - t_k)$$

Čia H_j – lygių rangų j -ojo eksperto skaičius, t_k – lygių susietų rangų k -tasis grupės skaičius. Nagrinėjamu atveju $T_j = 366$. $W = 0,966$. Suformuluojamos ir tikrinamos šios hipotezės: H_0 : ekspertų vertinimai priešaringi ($W=0$); H_1 : ekspertų vertinimai panašūs ($W>0$). Apskaičiuojamas dydis $X_f^2 = W * m * (k - 1)$. Ši statistika pasiskirsčiusi pagal X^2 skirstinį, todėl apskaičiuojama kritinė reikšmė $X^2(0,05; k-1)$. Jei faktinė statistika X_f^2 didesnė už kritinę reikšmę, nulinė hipotezė apie priešaringumą atmetama. Šiuo atveju $X_f^2 = 188,37 > X^2(0,05; 13) = 95,06$ – taigi atmetame nulinę hipotezę ir priimame alternatyviąją. Gautas konkordancijos koeficientas parodo, jog ekspertų nuomonių suderinamumas yra pakankamas.

Tyrimo etikos aspektai

Kaip pažymi G., Bishwakarma (2017), tyrėjas visada turi prisiminti, kad tyrimo atlikimo metu yra patenkama į privačias tyrimo dalyvių erdves. Suprantama, jog tai sukelia tam tikras etines problemas, kurias reikia spręsti atliekant ir baigiant tyrimą. J. W., Creswell (2003) teigia, kad tyrėjas privalo gerbti informantų teises, poreikius, vertybes ir norus. M.B., Miles ir A.M., Huberman (1994) pateikia keletą klausimų, į kuriuos tyrėjai turėtų atsižvelgti prieš tyrimą, tyrimo metu ir analizuodami tyrimo metu gautus duomenis. Kai kurie iš šių klausimų yra:

- *Informanto supažindinimas* (ar dalyviai yra supažindinami su tyrimo problema; tikslu ir kt.?)
- *Žala ir rizika* (ar tyrimas gali pakenkti dalyviams?)
- *Sąžiningumas ir pasitikėjimas* (ar tyrėjas teisingai pateikia duomenis?)
- *Privatumas, konfidencialumas ir anonimiškumas* (ar informantas turi galimybę pasirinkti, kokia forma bus pateikiami jo rezultatai?)
- *Intervencija ir propagavimas* (ką tyrėjai turėtų daryti, jei dalyviai elgiasi žalingai ar neteisėtai?)

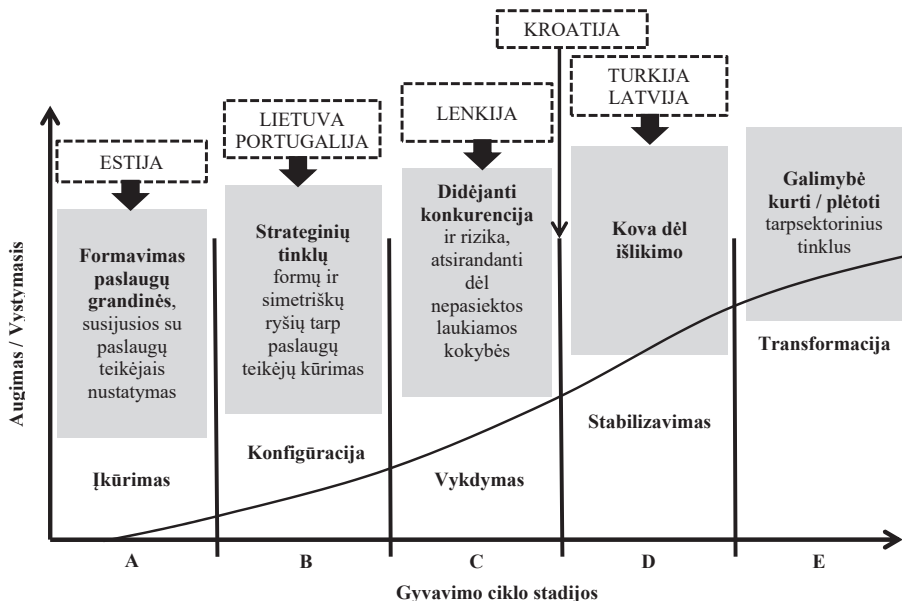
Todėl reikia imtis atitinkamų veiksmų, kad būtų laikomasi griežtų etikos gairių, siekiant apsaugoti dalyvių privatumą, konfidencialumą, orumą, teises ir anonimiškumą. Disertacijos tyrimo etika yra užtikrinama laikantis šių principų:

1. **Informanto supažindinimas.** Tyrėjas supažindino ekspertus su tyrimo problema, tikslu, objektu ir vertinimo procedūra.
2. **Žala ir rizika.** Šiame tyrime tyrėjas užtikrino, kad nė vienas dalyvis nepatektų į situaciją, kurioje galėtų būti padaryta žala dėl jų fizinio ar psichologinio dalyvavimo.
3. **Sąžiningumas ir pasitikėjimas.** Griežtai laikantis visų etikos gairių, surinktų duomenų sąžiningumo ir patikimumo.
4. **Privatumas, konfidencialumas ir anonimiškumas.** Tyrimo ekspertams formuluojami trys klausimai, su galimybe pasirinkti priimtinausią: 1. galima skelbti Jūsų pateiktus vertinimus, nurodant vardą, pavardę, atstovaujamą instituciją bei pareigas; 2. galima skelbti Jūsų pateiktus vertinimus, nurodant tik atstovaujamą instituciją bei pareigas (vardas ir pavardė bus žinomi tik disertacijos autoriui); 3. galima skelbti Jūsų pateiktus vertinimus, nurodant tik kodą (vardą, pavardę, atstovaujamą instituciją ir pareigas susieti su konkrečiais teiginiais galės tik disertacijos autorius).
5. **Savanoriškas dalyvavimas.** Nepaisant visų aukščiau paminėtų priemonių, ekspertams paaiškinta, kad tyrimai skirti akademiniam tikslams, o jų dalyvavimas tyrime yra visiškai savanoriškas. Visi ekspertai tyrime dalyvavo laisva valia.

3. REGIONINĖ PARTNERYSTĖ SVEIKATOS TURIZMO VALDYMO SISTEMOJE TYRIMO REZULTATAI

3.1. Sveikatos turizmo sistemų raida

Vykdamas ekspertinius vertinimus vienas iš uždavinių buvo įvertinti, kurioje sveikatos turizmo tinklo gyvavimo ciklo stadijoje yra sveikatos turizmas pagal šalis (18 pav).



18 pav. CRO-EST-LAT-LTU-POR-POL-TUR vieta sveikatos turizmo gyvavimo cikle – ekspertų vertinimai (n=32), 2021

Lietuvos ir Portugalijos sveikatos turizmas yra **II-oje** sveikatos turizmo gyvavimo ciklo stadijoje, t. y., – B stadijoje, ši stadija apibūdinama kaip – *konfigūracijos stadija*. Tai reiškia, kad Lietuvos ir Portugalijos sveikatos turizmas yra ties strateginių tinklų kūrimu, formų ir simetriškų ryšių plėtojimu tarp paslaugų teikėjų.

Ekspertų nuomone, pagrindiniai iššūkiai konfigūracijos stadijoje yra susiję su pasiūlos ir paklausos išgryninimu; partnerystės aprėžimu, šalinant tarpusavio konkurencumą. Siekiant įrodymais grįstos paslaugų įvairovės, labai svarbūs yra gamtos išteklių, pritaikomų sveikatos turizmui, moksliniai tyrimai. Vienas iššūkių yra išgryninti rinkodaros sprendimus siekiant pritraukti ir išlaikyti didesnę turistų/-pacientų kiekį. Veiksmingi rinkodaros sprendimai yra aktualūs tiek Lietuvos ir Portugalijos, tiek tarptautiniu mastu. Vienas iš esminių iššūkių B stadijoje yra valstybinių institucijų įsitraukimas plėtojant sveikatos turizmą.

Daugiausia pažengusios yra Latvija ir Turkija, – jos yra D stadijoje – stabilizavimo, tarp C ir D stadijų yra priskiriama Kroatija, o pradinėje stadijoje – A stadijoje (įkūrimo) – yra Estija.

Latvijos ekspertai, kaip stipriausią sveikatos turizmo valdymo sistemos grandį įvardina sveikatos priežiūros eksporto koordinavimo tarybą, galinčią sėkmingai veikti nacionaliniu ir regioniniu lygmenimis, kad būtų galima plėtoti sveikatos turizmą. Taip pat kaip perspektyvą išskiria skaitmeninių sveikatos produktų kūrimą.

Turkijos ekspertai akcentuoja, kad konkurencija ne visada turi teigiamą poveikį, ypač dėl kainų konkurencijos kyla pavojus kokybei. Turkijos ekspertas teigia, kad ateityje bus vertinamas didesnis kiekis žmonių, o ne pajamų. Svarbiausia teikti pirmenybę sveikatos priežiūrai, kaip komerciniam produktui. Šiuo pagrindu pirmenybė teikiama paslaugų akreditavimui ir kokybės užtikrinimui.

Nustatyta, kad Kroatijoje sveikatos turizmo industrijoje šiuo metu pagrindinis iššūkis yra gerinti paslaugų kokybę ir įtraukti daugiau sveikatos turizmo paslaugų teikėjų, nes sveikatos turizmo produktas yra labai sudėtingas, apimantis daug įvairių ekspertų ir teikiantis didelę pridėtinę vertę. Kaip didžiausias C-D stadijoje esantis valdymo iššūkis yra išskiriama būtinybė užtikrinti veiksmingą klasterio ir suinteresuotųjų šalių koordinavimą.

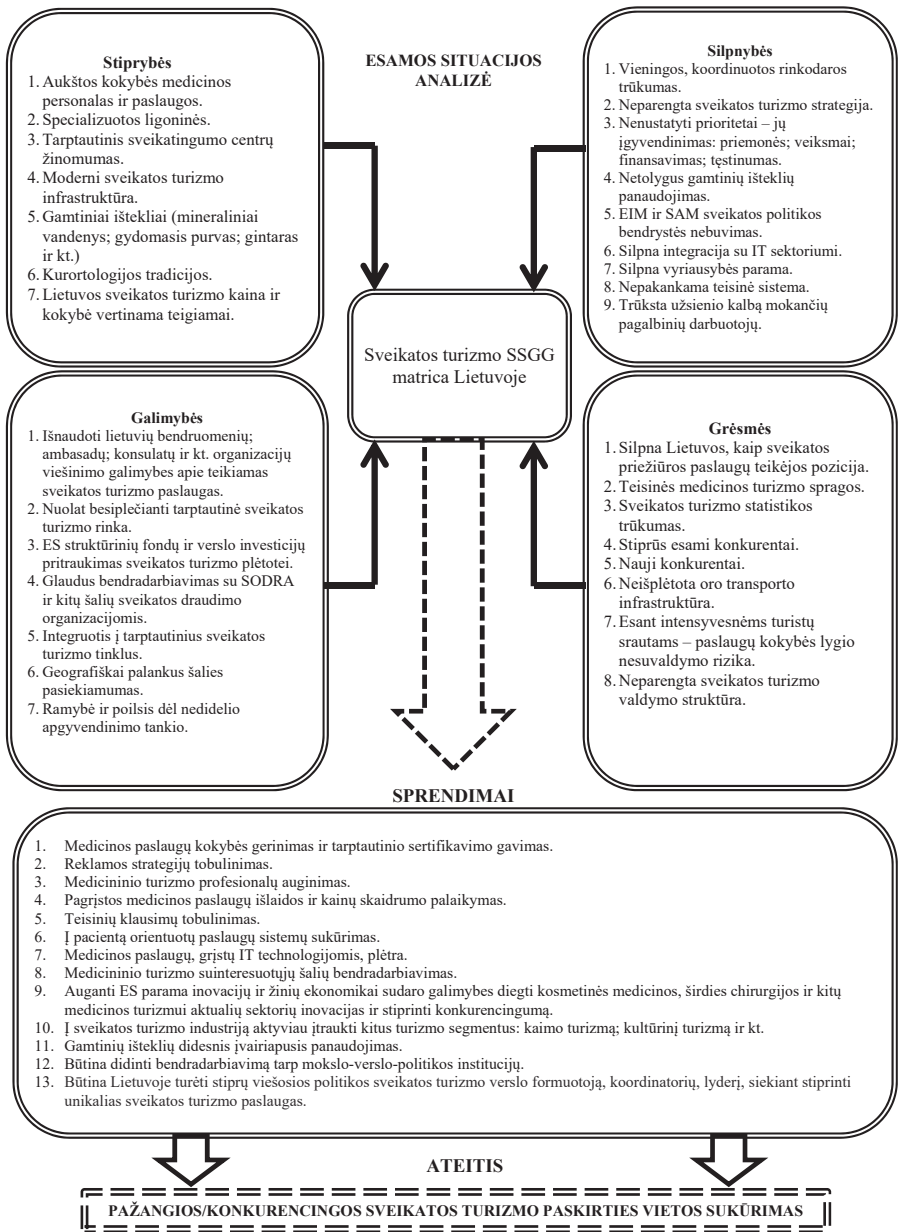
Apibendrinant Lenkijos ekspertų perspektyvinę viziją – tobulės individualizuotų sveikatos paslaugų vystymas; aktyvės tinklų plėtra ir partnerystė.

Atsižvelgiant į sveikatos turizmo sistemų raidos stadijas detalesniems tyrimams, pasirenkama Lietuvos turizmo sistema, ir Lenkijos turizmo sistema, esanti aukštesnės turizmo raidos stadijoje. Papildomiems tyrimams atrinkti eskeptai iš šalių, esančių visose sveikatos turizmo raidos stadijose: Estija; Latvija; Turkija; Portugalija; Kroatija.

3.2. Lietuvos sveikatos turizmo sistemos ekspertinio vertinimo rezultatai

3.2.1. Sveikatos turizmo esamos situacijos analizė

Ekspertinio vertinimo metu buvo siekiama sudaryti sveikatos turizmo SSGG matricą Lietuvoje, kad būtų galima numatyti situacijos valdymo potencialius sprendimus (19 pav).



19 pav. Sveikatos turizmo Lietuvoje SSGG matrica – ekspertų vertinimai (n=15), 2020

Sudarytoje sveikatos turizmo matricoje matyti sveikatos turizmo stipriosios; silpnosios pusės, bei galimybių ir grėsmių analizė, kurių pasekmė – nurodomi galimi sprendimai,

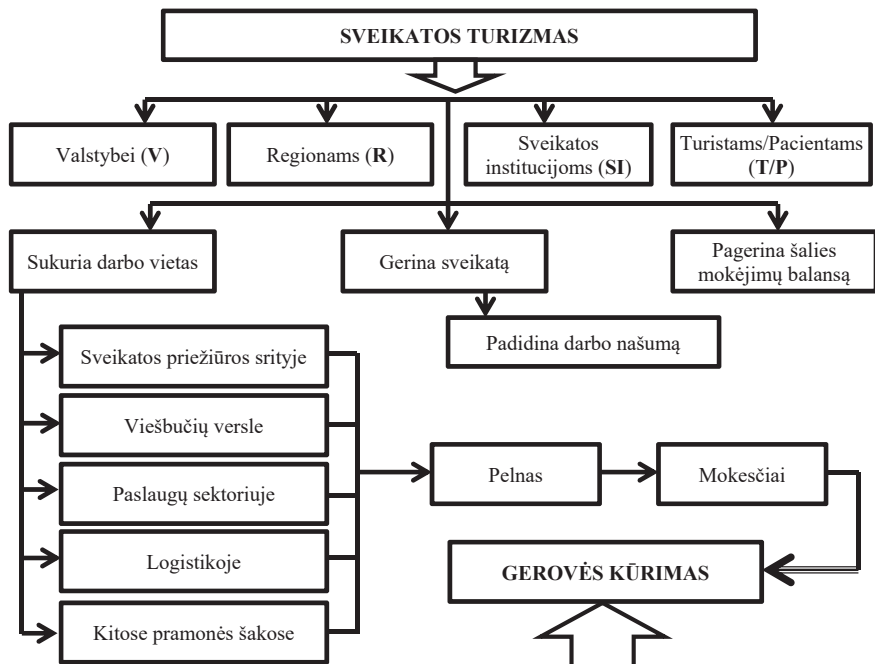
siekiant suvaldyti esamą padėti (19 pav.). Tuo pagrindu sudaroma sveikatos turizmo GGSS (TOWS) matrica (15 lentelė). Ši matrica apima pagrindinius **veiksmus**, kurių reikia imtis siekiant: sumažinti silpnybes pasinaudojant galimybėmis; stipriųjų pusių ir galimybių maksimalaus išnaudojimo; silpnybių sumažinimo, išvengiant grėsmių ir stipriųjų pusių panaudojimo sumažinant grėsmes.

15 lentelė. Sveikatos turizmo GGSS matrica

<p>Silpnybių mažinimas pasinaudojant galimybėmis (S + G) → min.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infrastruktūros plėtra • Klientų aptarnavimo kultūrų tobulinimas; mokant visų aptarnaujančio personalo lygių darbuotojus. • Bendradarbiavimas su skirtingais turizmo segmentais. • Į sąnaudas orientuotos strategijos laikymasis palaikant konkurencingas kainas <p>Stipriųjų pusių ir galimybių maksimalus panaudojimas (S + G) → max.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sveikatos turizmo paslaugų kiekybės ir kokybės santykio suderinamumas • Sveikatos turizmo rėmimo fondų įsteigimas. • Sveikatos turizmo viešinimas tarptautiniu mastu, kaip tarptautinių forumų, mugių ir seminarų dalyviams. 	<p>Silpnybių sumažinimas išvengiant grėsmių (G + S) → min.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tobulinti sveikatos turizmo valdymą • Inovatyvių medicinos ir chirurgijos prietaisų kūrimas • Medicinos personalo įgūdžių ir kompetencijų tobulinimas <p>Medicinos darbuotojų patenkinimo darbu didinimas taikant nacionalinę paramą</p> <p>Transportavimo iš ir į oro uostą paslaugų gerinimas</p> <p>Tarptautinės akreditacijos įgijimas</p> <p>Stipriųjų pusių išnaudojimas sumažinant grėsmes (G + S) → max.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sveikatos turizmo technologinės platformos kūrimas (pvz., IT platformos kūrimas: SPA centrų; skrydžių rezervavimo nuorodos ir išteklių, gydymo pasiūlymai, specialistai ir rezervacijos bei teikiamų paslaugų kainodara. • Bendradarbiavimas su turizmo agentūromis siekiant įgyvendinti rinkodaros tikslus. • Sveikatos turizmo svarbos skatinimas gydytojams, kelionių organizatoriams, draudimo kompanijoms ir kitoms suinteresuotosioms šalims.
---	---

Sveikatos turizmo GGSS matricoje pažymima, jog yra labai svarbus visų lygių aptarnaujančio personalo kvalifikacijos kėlimas ir tobulinimas, siekiant aukštą klientų aptarnavimo kultūros standartų. Ypač aktualu viešinti tarptautiniu mastu ir turėti rinkodaros strategiją. Sveikatos turizmo sėkmė tiesiogiai priklauso, nuo viešojo ir privataus sektorių partnerystės ir pozityvios bendradarbiavimo praktikos sklaidos. Svarbi mentaliteto kaita, palaikant partnerystės ryšius tarpregioniniu mastu, siekiant įvairinti sveikatos turizmo paslaugų kiekį ir pritaikomumą augančių turistų/pacientų skaičiui.

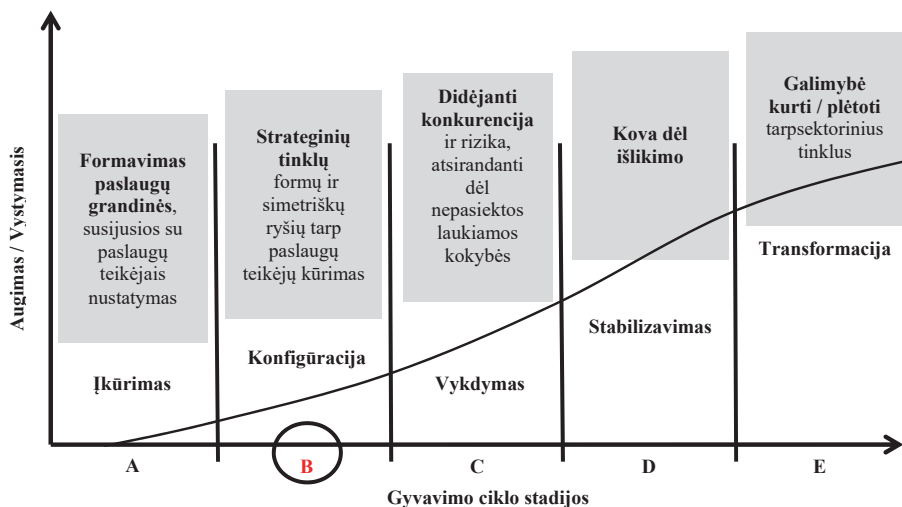
Tikslinga įvardinti sveikatos turizmo pridėtinę vertę: valstybei; regionams; sveikatos institucijoms; turistams/pacientams, kad būtų palaikomas vieningas požiūris, kuriant bendradarbiavimo grandis. Gerovės kūrimo pasekmių įsivertinimas sudaro pažangos prielaidas tęsti sklandų procesų valdymą, likviduojant netinkamus ir palaidant tinkamus problemų sprendimus. Tuo pagrindu yra sudaroma sveikatos turizmo pridėtinės vertės tiksliniams gavėjams schema (20 pav.). Šioje schemeje išryškėja galima sveikatos turizmo organizacijų partnerystės sukurta nauda.



Naudos:	V	R	SI	T/P
Įplaukos į valstybės biudžetą	█			
Gyventojų užimtumas	█	█		
Valstybės įvaizdis, žinomumas	█	█		
Sveikatos paslaugų eksportas	█	█		
Išteklių panaudojimo galimybės	█	█		
Investicijų pritraukimas	█	█		
Socialinės atskirties mažėjimas	█	█		
Verslų kooperacija	█	█		
Sveika konkurencija	█	█		
Ligų prevencija			█	█
Sveikatos paslaugų spektro plėtra		█	█	█
Personalo kvalifikacijos kėlimas			█	█
Darbo krūvių pasidalinimas			█	█
Ilgalaikių turistų „auginimas“		█	█	█
Suinteresuotų vartotojų išsaugojimas		█	█	█
Paslaugų prieinamumas		█	█	█
Gydymas + rehabilitacija			█	█

20 pav. Sveikatos turizmo kuriamos naudos tiksliniams gavėjams Lietuvoje – ekspertų vertinimai (n=15), 2020

Vykdam ekspertinį vertinimą, vienas iš uždavinių buvo įvertinti, kurioje turizmo tinklo gyvavimo ciklo stadijoje (21 pav.), šiuo metu yra Lietuvos sveikatos turizmas. Daugumos ekspertų nuomone, pastaruoju metu Lietuvos sveikatos turizmas yra II stadijoje, t. y., **B stadijoje**, kuri apibūdinama – konfigūracijos ciklu, tai reiškia, jog Lietuvos sveikatos turizmas yra ties strateginių tinklų kūrimu, formų ir simetriškų ryšių vystymu tarp paslaugų teikėjų. Galima teigti, jog Lietuvos sveikatos turizmas žengia pirmuosius žingsnius ir iki stabilizavimo ir transformacijos ciklų dar būtina nueiti ilgą kelią.

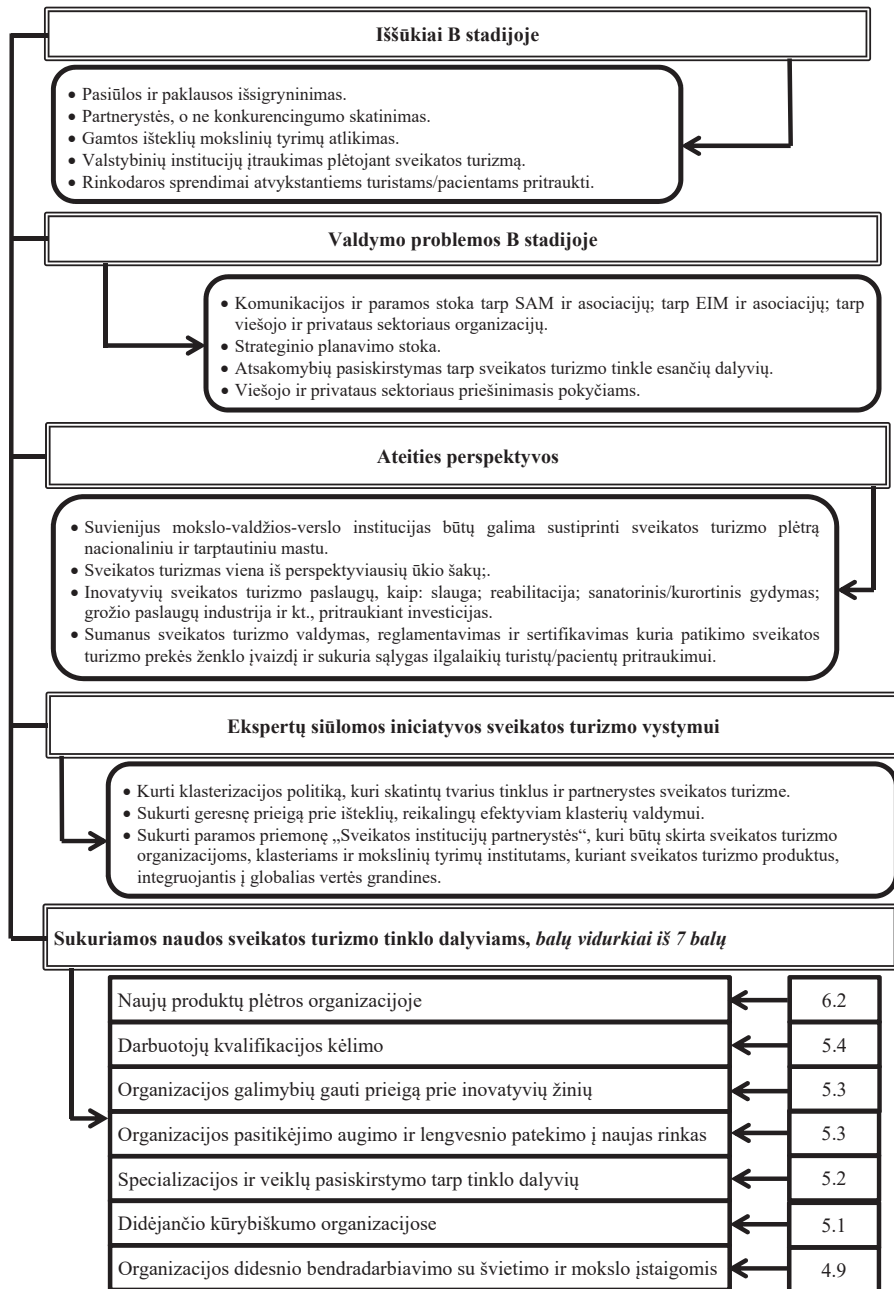


21 pav. Lietuvos sveikatos turizmo vieta – sveikatos turizmo gyvavimo cikle – ekspertų vertinimai (n=15), 2020

Šioje B stadijoje yra ekspertų prašoma įvardinti iššūkius, valdymo problemas, prašoma numatyti galimas projekcijas į ateities perspektyvą (22 pav). Ekspertai taip pat nurodo rekomenduojamas iniciatyvas Lietuvos sveikatos turizmo vystymui. Ekspertai taip pat įvertina pagal reikšmingumą (vertinimo skalė: 1 – nėra reikšminga ... 4 – vidutiniškai ... 7 – didžiausia reikšmė), sukuriamas naudas sveikatos turizmo tinklo dalyviams.

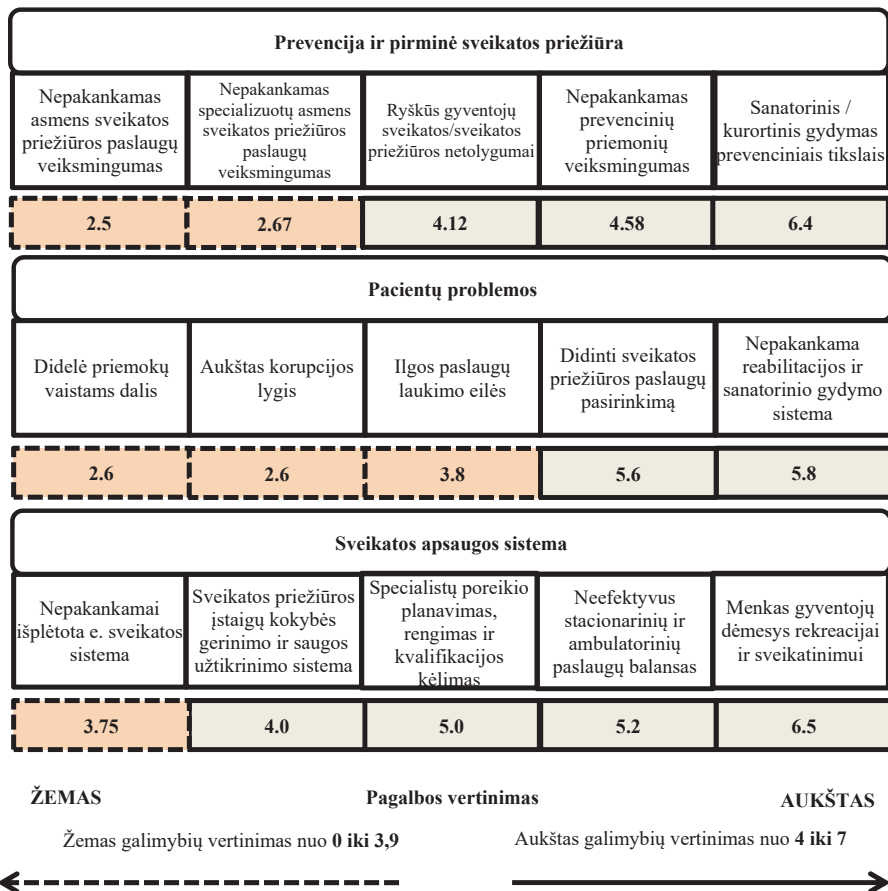
Ekspertų nuomone, pagrindiniai iššūkiai konfigūracijos stadijoje yra susiję su pasiūlos ir paklausos išsigrininimu; partnerystės apibrėžimu, šalinant tarpusavio konkurencingumą. Labai svarbus yra gamtos išteklių mokslinių tyrimų pritaikymas sveikatos turizmui, siekiant įrodymais grįstos paslaugų įvairovės.

Vienas iššūkių yra išsigryninti rinkodaros sprendimus, siekiant pritraukti ir išlaikyti didesnę turistų/pacientų kiekį. Rinkodaros sprendimai yra aktualūs tiek Lietuvos, tiek tarptautiniu mastu. Vienas iš esminių iššūkių B stadijoje yra valstybinių institucijų įsitraukimas plėtojant sveikatos turizmą.



22 pav. Lietuvos sveikatos turizmo išvystymo stadijos analizė – ekspertų vertinimai (n=15), 2020

Nepriklausomai nuo to, jog sveikatos turizmas yra B stadijoje, ekspertai įvertino, jog, turint išvystytą sveikatos turizmo industriją, galima svariai prisidėti sprendžiant sveikatos sektoriaus identifikuotas problemas (23 pav).



23 pav. Sveikatos turizmo pagalbos galimybės sprendžiant sveikatos sistemos problemas Lietuvoje – ekspertų vertinimai (n = 15), 2020

Iš pateiktos schemos matyti, jog aukštas sveikatos sistemos problemų sprendimų vertinimas yra šiose srityse: sanatorinis/kurortinis gydymas sanatoriniais tikslais; sveikatos priežiūros paslaugų pasirinkimas; reabilitacijos ir sanatorinio gydymo sistema; gyventojų dėmesys rekreacijai ir sveikatinimui.

Ekspertinio vertinimo metu nustatė, jog Lietuvos sveikatos turizmas yra B stadijoje, tikslinga buvo identifikuoti, kokios problemos stabdo perėjimą į kitas sveikatos turizmo gyvavimo ciklo stadijas. Esminės problemos yra šios:

1. Nėra aiškios ir vieningos sveikatos turizmo valdymo technologinės platformos.
2. Nepakankamai pritaikytas užsienio pacientams valstybinis sveikatos priežiūros sektorius.
3. Neišplėtotos partnerystės galimybės, vyrauja daugiau individualus požiūris į finansinę atskaitomybę ir pelno siekimą.
4. Mažas sveikatos turizmo rinkodaros efektyvumas.
5. Nėra tinkamai išvystytos medicinos paslaugų kokybės bei rezultatų stebėsenos ir vertinimo sistemos. Detalus problemų sąrašas pateiktas 16 lentelėje.

16 lentelė. *Pagrindinės sveikatos turizmo problemos Lietuvoje – ekspertų vertinimai (n=15), 2020*

Pagrindinės sveikatos turizmo problemos	Ekspertai (E)															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Iš viso:
1. Investicijų į sveikatos turizmo infrastruktūrą trūkumas	X	X		X			X	X		X			X		X	8
2. Mažas sveikatos turizmo rinkodaros efektyvumas	X		X			X	X	X		X		X		X	X	9
3. Lietuvos gyventojų edukacijos stoka sveikatos turizmo klausimais			X	X	X				X	X		X				6
4. Nėra aiškios ir vieningos sveikatos turizmo platformos	X	X	X		X	X	X	X		X	X		X	X	X	12
5. Sveikatos turizmo vertės grandinės modelis neišvystytas praktiniame lygmenyje				X	X	X					X	X		X		6
6. Neatliekama objektyvi sveikatos turizmo ekonominių ir statistinių rodiklių analizė	X		X		X	X	X	X		X			X		X	9
7. Nepakankamai pritaikytas užsienio pacientams valstybinis sveikatos priežiūros sektorius	X	X		X		X		X	X	X		X	X	X	X	11
8. Nėra tinkamai išvystytos medicinos paslaugų kokybės, bei rezultatų stebėsenos ir vertinimo sistemos	X		X	X		X		X	X			X	X		X	9
9. Esamos teisinės bazės barjerai (pvz., sudėtingas vizos gavimas NVS šalių piliečiams; nėra kurtortų įstatymo projekto ir kt.)	X			X				X	X			X	X	X		7
10. Neišplėtotos partnerystės galimybės, vyrauja daugiau individualus požiūris į finansinę atskaitomybę ir pelno siekimą		X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	10

3.2.2. Sveikatos turizmo plėtrą skatinantys ir stabdantys veiksniai

Ekspertai nurodo sveikatos turizmo vystymą skatinančius ir stabdančius veiksnius. Šių veiksnių suvaldymo pasekmė – sveikatos turizmas gali būti plėtojamas toliau. D daugiau dėmesio reikalauja šie veiksniai prioritetų tvarka:

Skatinantys veiksniai:

1. Sveikatos turizmo infrastruktūros išvystymas.
2. Žmogiškųjų išteklių mokymas tarptautiniu mastu.
3. Medicininių technologijų vystymas.

Stabdantys veiksniai:

1. Neefektyvi sveikatos turizmo rinkodaros strategija.
2. Neišplėtoti sisteminių kontaktų su užsienio medicinos centrais ir tarpininkais patirtis.
3. Geopolitinė situacija regione. Detalūs rezultatai pateikti 17 lentelėje ir 24 paveiksle.

17 lentelė. Sveikatos turizmo plėtrą skatinantys ir stabdantys veiksniai Lietuvoje – ekspertų vertinimai (n=15), 2020

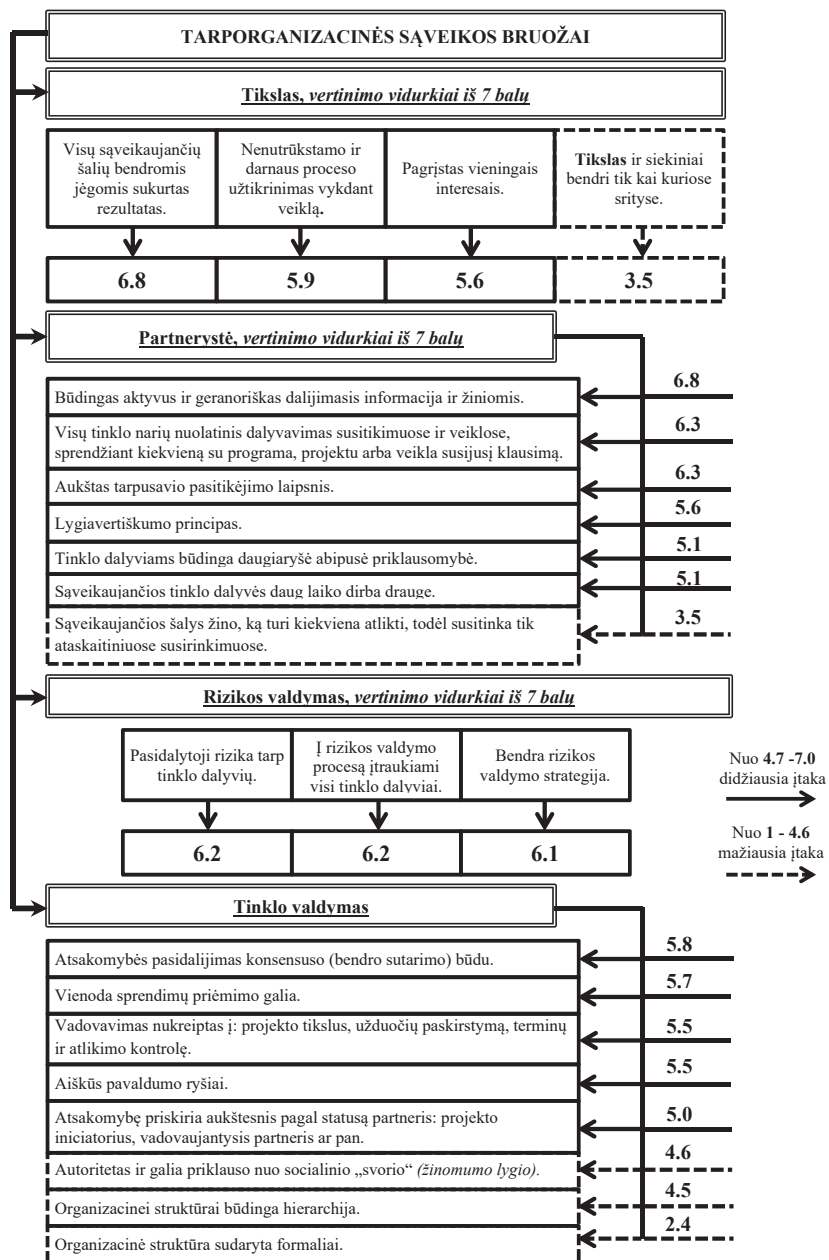
	Ekspertai (E)															Iš viso:
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
SKATINANTYS VEIKSNIAI																
1. Aktyvus sveikatos turizmo politikos formavimas	X	X	X		X			X				X		X	X	8
2. Sveikatos turizmo paslaugų eksporto skatinimas	X					X	X	X		X			X			6
3. Medicininių technologijų vystymas		X	X		X	X		X	X		X		X	X		9
4. Tarptautiniu mastu mokyti žmogiškieji išteklių	X	X		X	X	X	X	X					X		X	9
5. Išvystyta sveikatos turizmo infrastruktūra		X	X	X		X	X		X	X	X			X	X	12
6. Palanki teisinė bazė atvykstantiems pacientams/turistams	X		X	X	X		X		X				X	X		8
STABDANTYS VEIKSNIAI																
1. Neefektyvi sveikatos turizmo rinkodaros strategija	X			X	X			X				X	X		X	11
2. Sveikatos turizmo organizacijų verslumo stoka			X	X		X	X		X	X			X	X	X	8

	Ekspertai (E)															Iš viso:	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
3. Geopolitinė situacija regione		X	X		X	X	X		X	X	X	X					9
4. Neišplėtoti kontaktai su užsienio medicinos centrais ir tarpininkais patirtis	X	X			X		X	X	X		X		X	X	X		10
5. Sveikatos turizmo paslaugų teikimo sistemiškumo trūkumas			X		X		X			X	X		X	X			7
6. Sveikatos turizmo daugiakalbio personalo trūkumas	X			X				X		X		X			X		6



24 pav. Lietuvos Sveikatos turizmo plėtrą skatinantys ir stabdantys veiksniai – ekspertų vertinimai (n = 15), 2020

3.2.3. Tarporganizacinės sąveikos bruožų analizė



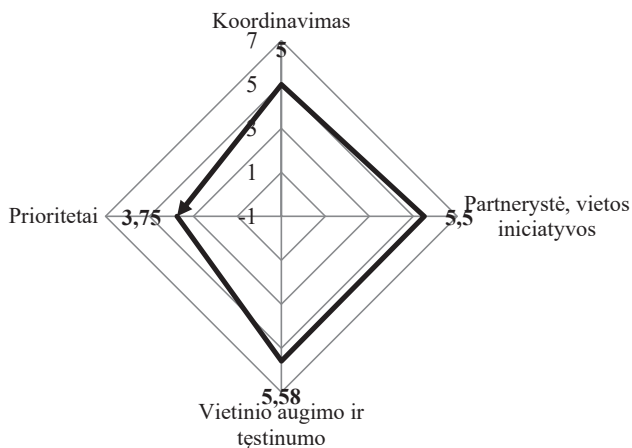
25 pav. Lietuvos sveikatos turizmo tinklinių struktūrų bendradarbiavimo bruožų analizė – ekspertų vertinimai (n = 15), 2020

Pagal nustatytą faktą, jog sveikatos turizmas yra B stadijoje, ekspertų vertinimu yra svarbu atskleisti tarporganizacinės sąveikos bruožų įtaką bendradarbiavimo rezultatui pasiekti. Partnerystės ryšių vystymas yra svarbus pamatas tarpusavio veiksmingumui kurti ir palaikyti. Sudarytoje struktūroje partnerystės bruožų įtaka pažymima nuo mažiausios iki didžiausios, – pagal keliamus tikslus, tinklo valdymą, rizikos valdymą ir partnerystę.

Pagal tarporganizacinės sąveikos keliamą tikslą, didžiausią įtaką darantis bruožas yra – visų sąveikaujančių šalių bendromis jėgomis sukurtas rezultatas (25 pav.). Siekiant užikrinti tinklo valdymo efektyvumą, didžiausia įtaka yra: aktyvus ir geranoriškas dalijimasis informacija ir žiniomis, kuris yra labai priklausomas nuo tarpusavio pasitikėjimo laispnio ir aktyvaus tinklo narių dalyvavimo susitikimuose ir veiklose. Rizikos valdymas yra priklausomas nuo dalyvių įsitraukimo į procesą; bendros vieningos strategijos laikymosi ir pasidalintos rizikos tarp tinklo dalyvių. Tarpusavio partnerystė yra grindžiama: atsakomybės pasidalijimu konsensuso būdu; vienoda spendimo priėmimo galia.

3.2.4. Sveikatos turizmo valdymo struktūros formavimas

Vystyant valstybės mastu sveikatos turizmo valdymo sistemą tikslinga yra įtraukti regioninį lygmenį, siekiant stiprinti organizacinės partnerystės mechanizmą. Regioninių valdymo principų pagrindu yra svarbu vertinti jų veiksmingumą sveikatos turizme. Iš ekspertinio vertinimo matyti, kad veiksmingiausias sveikatos turizmo regionio valdymo principas yra laikomas vietinio augimo ir tęstinumo, o, kaip silniausia grandis, yra prioritetų nustatymas ir jų išsigrinėjimas (26 pav.).



26 pav. Regioninės politikos principų veiksmingumas Lietuvos sveikatos turizme – ekspertų vertinimai (n=15), 2020

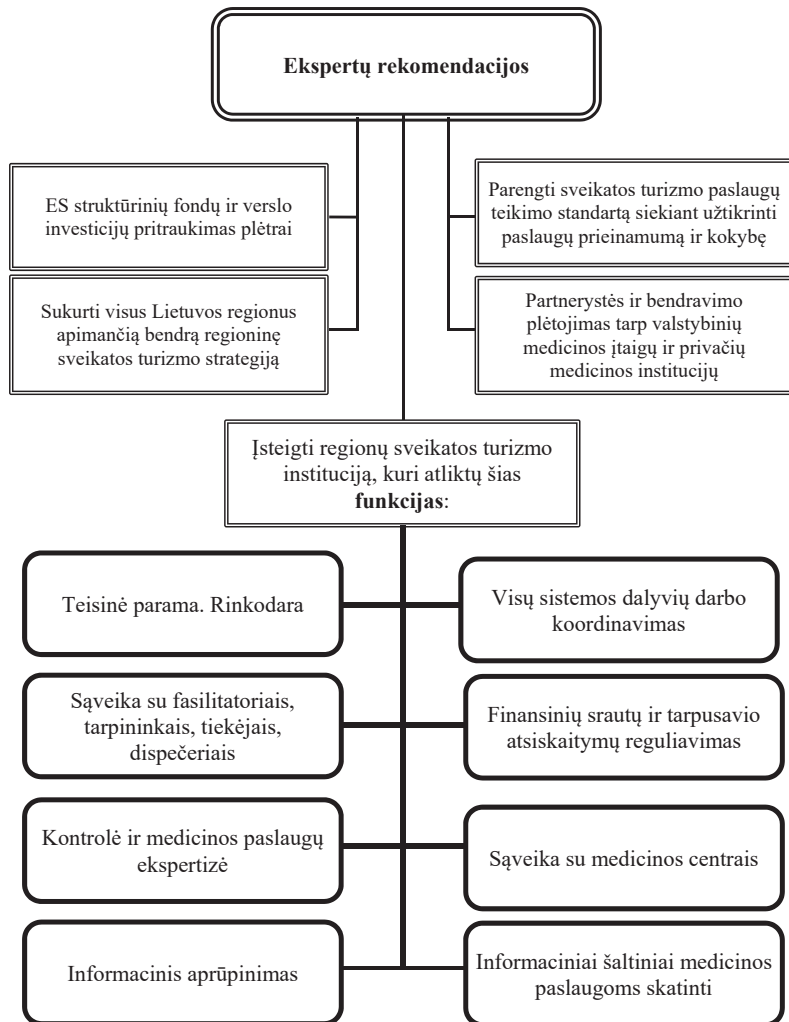
Koordinavimas. Regioninės politikos įgyvendinimo sėkmė tiesiogiai priklauso nuo įvairių suinteresuotų valstybės ir savivaldybių institucijų veiklos koordinavimo — visų pirma planuojant investicijas iš viešųjų šaltinių.

Partnerystė, vietos iniciatyvos. Reali darni plėtra vykdoma regionų ir vietos lygmenimis.

Vietinio augimo ir tęstinumo. Šie tarpusavyje susiję principai rodo, jog svarbiausias regioninės politikos tikslas — prisidėti prie verslo ugdymo ir plėtros vietose, kad kiekviename regione būtų sukurtas pakankamai stiprus ekonominis potencialas.

Prioritetai. Bus remiamos tik iš anksto atrinktos sritys, nurodytos Nacionaliniame socialinės-ekonominės plėtros plane, į kurį jos įtraukiamos planuojant ateinančio laikotarpio šalies ūkio ir regionų ūkio plėtrą.

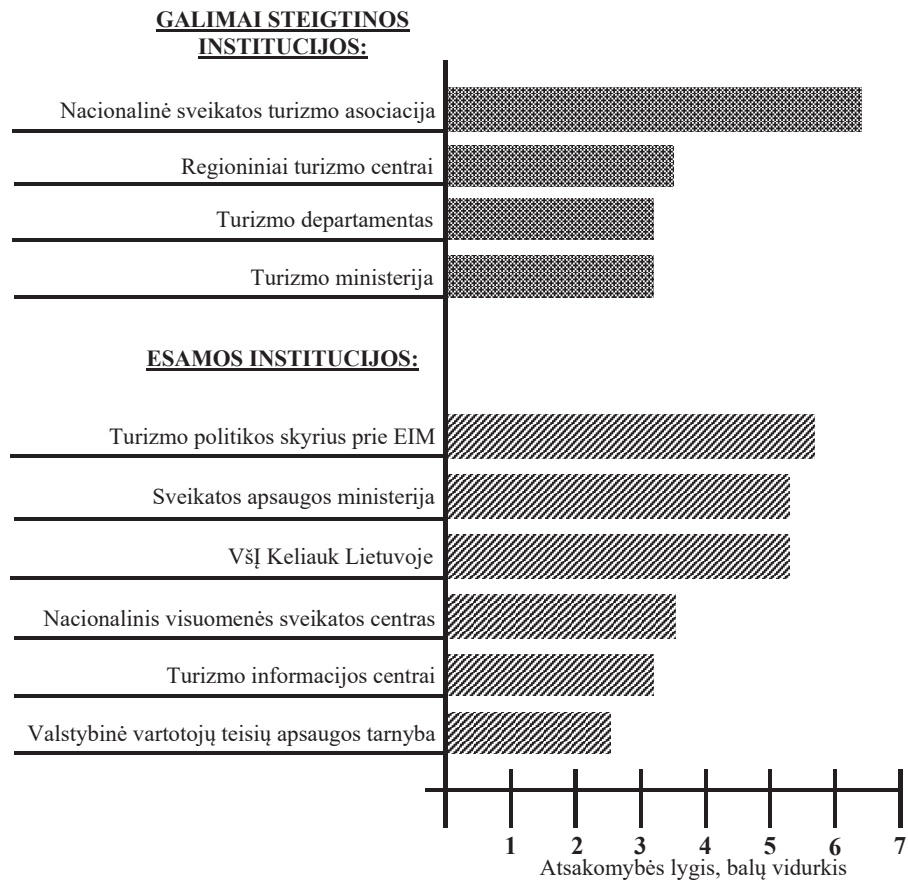
Ekspertai pateikia šiuos regionų valdymo pasiūlymus ir rekomendacijas, kurias galime matyti sudarytoje struktūroje. Taip pat išskirtos funkcijos pagal siūlomą steigti regioninę sveikatos turizmo instituciją (27 pav.).



27 pav. Lietuvos sveikatos turizmo regionų valdymo tobulinimas – apibendrinti siūlymai (n=15)

Dar vienas uždavinys buvo sudaryti sveikatos turizmo valdymo struktūrą. Tam kad būtų sistemingas sveikatos turizmo valdymas, tikslinga numatyti institucijas, kurios pasiskirstytų atsakomybę ir būtų suinteresuotos sveikatos turizmo plėtra. Institucijos skirstomos į galimai steigtiną ir esamą (*Vertinimo skalė: 1 – Nėra atsakinga ... 4 – Vidutiniškai ... 7 – Didžiausia atsakomybė*).

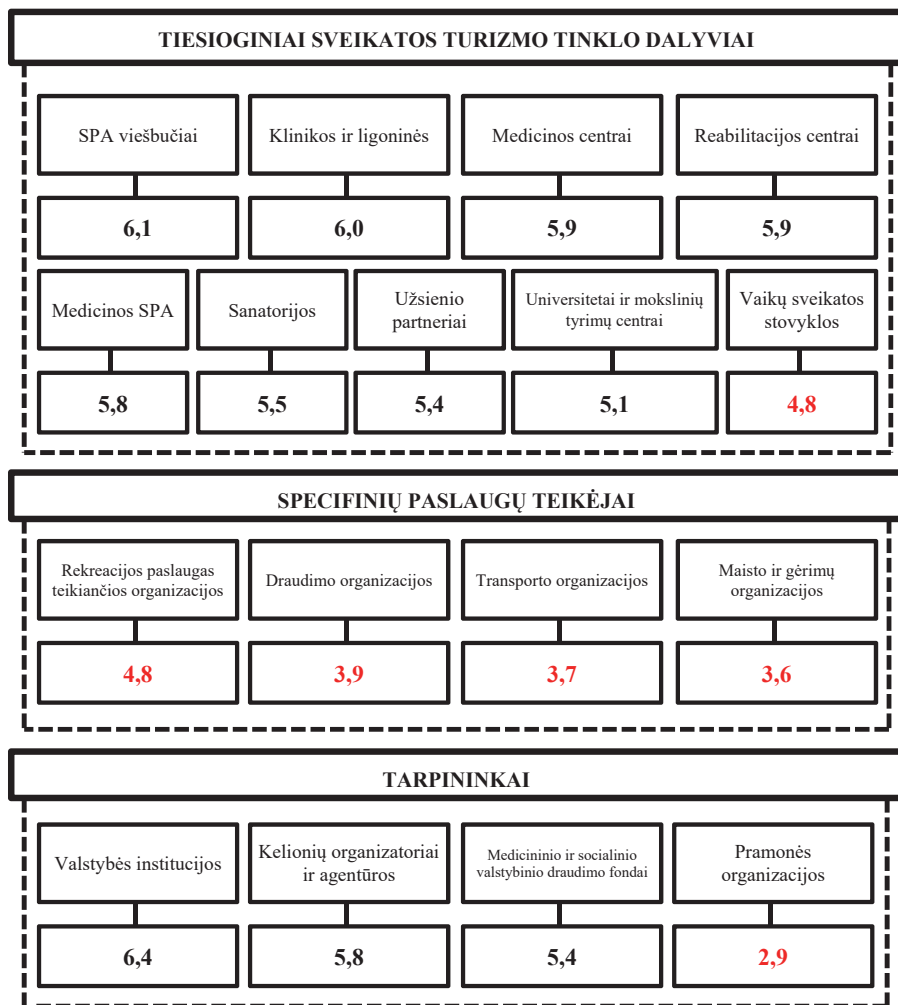
Institucijos kurios turi būti atsakingos už sveikatos turizmo plėtrą Lietuvoje (28 pav.).



28 pav. Sveikatos turizmo institucijų atsakomybės lygis Lietuvoje – ekspertų vertinimai (n=15), 2020

Iš esamų institucijų pagal atsakomybės lygį yra išskirtos pagrindinės 3: sveikatos apsaugos ministerija; turizmo politikos skyrius prie EIM ir VšĮ Keliauk Lietuvoje, o rekomenduojama kurti ir turinti didžiausią atsakomybę – Nacionalinė sveikatos turizmo asociacija.

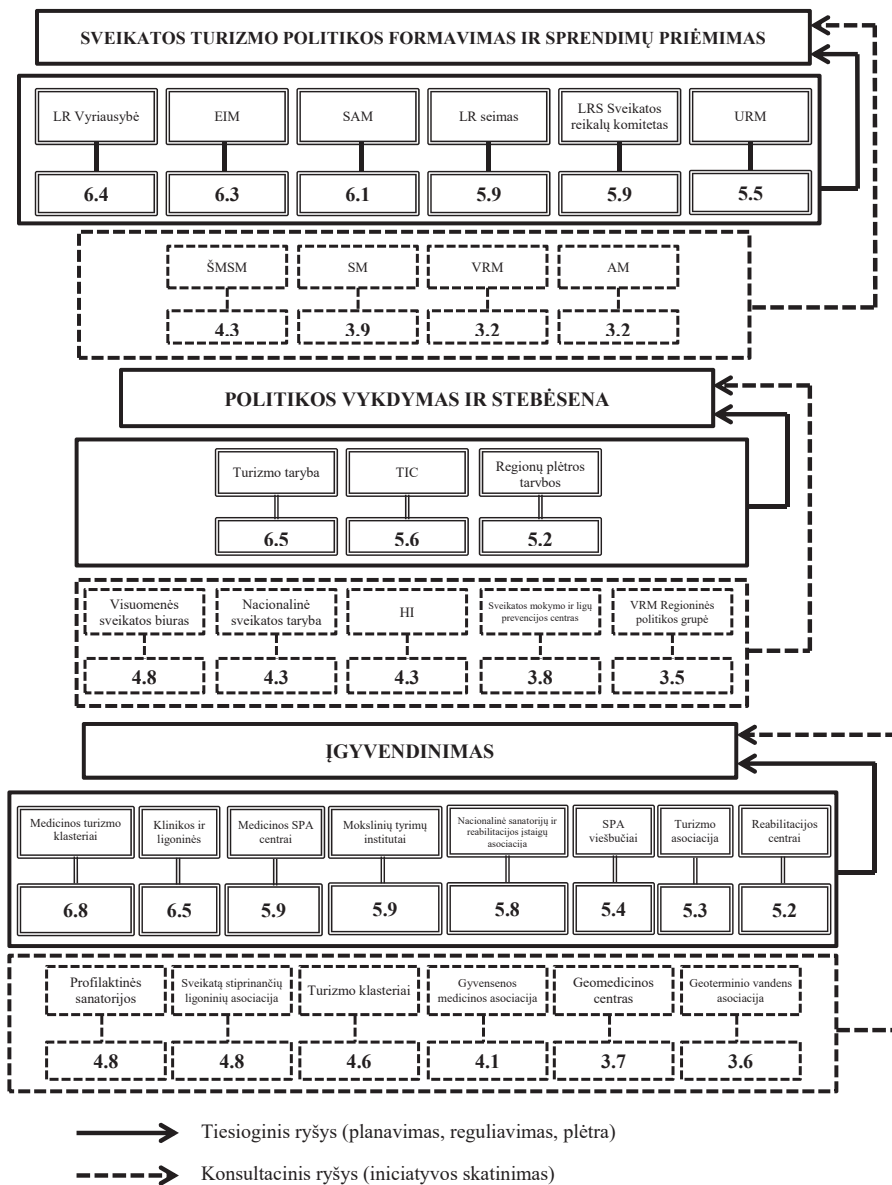
Iš pateiktų duomenų tolimesniuose grafikuose galime matyti (29 pav.), kaip dominuoja tiesioginiai sveikatos turizmo tinklo dalyviai. Pastebimas tolygus reikšmingumo pasiskirstymas – tai rodo jų svarbą sveikatos turizmo sektoriuje, kaip vienodai reikšmingą ir būtiną vystyti toliau. Specifinių paslaugų ir tarpinės grandys pateiktos toliau.



29 pav. Lietuvos sveikatos turizmo tinklo institucijų reikšmingumo vertinimas – ekspertų vertinimai (n = 15), 2020

Sudarant sveikatos turizmo valdymo struktūrą (30 pav.), buvo išskirti trys valdymo lygiai: 1) politikos formavimas ir sprendimų priėmimas; 2) politikos vykdymas ir stebėseną; 3) įgyvendinimas. Ekspertams buvo užduotas tikslas įvertinti institucijas

pagal reikšmingumą, kurios turi tiesioginį ryšį, o kurios atlieka konsultacinį vaidmenį. Ekspertai vertino institucijas 7 balų skalėje pagal – įtakos reikšmingumą.

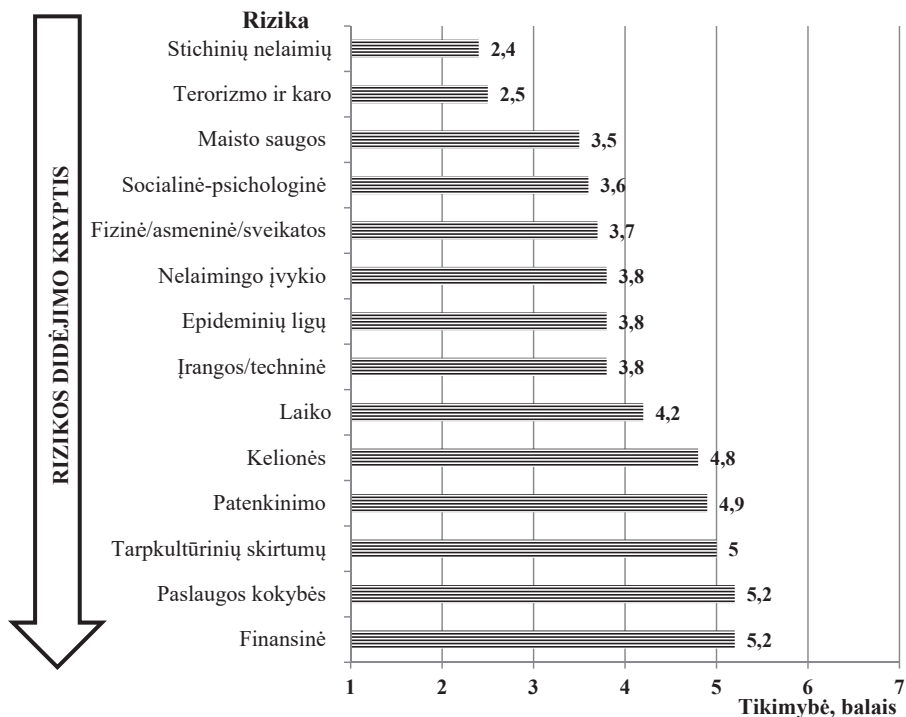


30 pav. Principinė Lietuvos sveikatos turizmo valdymo struktūra – ekspertų vertinimai (n = 15), 2020

Politikos formavimo ir sprendimų priėmimo etape, reikšmingiausios institucijos yra LR Vyriausybė; EIM ir SAM. Stipriausią konsultacinį ryšį turi ŠMSM. Politikos vykdymo ir stebėsenos etape stipriausias tiesioginis ryšys yra Turizmo taryba, o konsultacinis ryšys – Visuomenės sveikatos biuras. Įgyvendinimo etape aktyviausi pagal tiesioginį ryšį Medicinos turizmo klasteris; klinikos ir ligininės. Konsultacinis ryšys – profilaktinės sanatorijos; Sveikatą stiprinančių ligininių asociacija.

3.2.5. Sveikatos turizmo rizikos valdymo algoritmo sudarymas

Neatsiejama sveikatos turizmo valdymo dalis yra rizikos valdymas. Ekspertų vertinimu išskiriamos 3 didžiausios galimų rizikų tikimybės (31 pav.): finansinė; paslaugos kokybės ir tarpkultūrinių skirtumų.



31 pav. Lietuvos sveikatos turizmo galimų rizikų tikimybė – ekspertų vertinimai (n=15), 2020

Medicinos turizme, kaip vienoje iš sveikatos turizmo dedamųjų, ekspertai pasiūlė priemones rizikai minimizuoti ir likviduoti. Suskirstome į 4 pogrūpius: sveikatos diagnostikos; turistų/pacientų gydymo; ligų prevencijos ir kt. klaidos. Pateiktoje 18 lentelėje matyti apibendrinti duomenys.

18 lentelė. Medicinos turizmo rizikų minimavimo siūlomi sprendiniai Lietuvoje – apibendrintas ekspertų vertinimas (n=15)

Sprendiniai pagal rizikos grupes	Ekspertai (E)															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Iš viso:
SVEIKATOS DIAGNOSTIKOS																
1. Modernizuoti sveikatos diagnostikos metodus ir technologijas.	+		+			+	+		+	+		+		+		8
2. Visuotinis kokybės standartų diegimas ir laikymasis.	+		+	+	+	+	+		+	+		+	+	+	+	12
3. Mokslu grįstų rekomendacijų paruošimas.		+	+	+	+			+		+	+	+	+	+		10
4. Validuotos įrangos naudojimas, tikrinimai.		+		+		+		+	+		+		+		+	8
5. Pakartotiniai testai arba 2-3 ekspertų apžiūra.	+	+			+	+	+	+	+	+			+		+	10
TURISTŲ/PACIENTŲ GYDYMO																
1. Personalo periodiniai mokymai ir kvalifikacijos, kompetencijų tobulinimas.	+		+		+	+	+	+		+	+	+		+	+	11
2. Vaistų suderinamumo programos naudojimas.	+	+	+	+			+	+	+		+		+		+	10
3. Kokybės sertifikatai.		+		+	+	+	+	+			+		+	+		9
4. Papildomas gydymas, rehabilitacija, gydymo įstaigos sąskaita.				+	+	+	+		+	+		+	+	+		10
5. Nuolatinis procedūrų tobulinimas.		+	+			+				+		+		+		6
LIGŲ PREVENCIJOS																
1. Periodinė vertikali ir linijinė informacijos sklaida tarp personalo.	+		+	+	+		+	+		+	+				+	9
2. Numatytos metodikos ir inovacijos.	+	+	+		+			+	+	+	+		+	+	+	11
3. Įrodymais grįsti sprendimai.		+	+	+		+	+		+		+	+	+	+	+	11
4. Nesiimti didžiausios rizikos pacientų.	+	+		+		+	+	+		+		+		+	+	10

Sprendiniai pagal rizikos grupes	Ekspertai (E)																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Iš viso:	
<i>KITOS KLAIDOS</i>																	
1. Klientų aptarnavimo, etiketo, standartų kūrimas, palaikymas ir naujinimas.	+	+			+	+		+	+	+	+	+			+	+	11
2. Komunikacijos seminarai, pasitarimai, diskusijos.	+		+	+	+	+	+		+				+	+	+		11
3. Sisteminių klaidų prevencija.	+	+	+	+	+		+	+	+			+		+			10
4. Kompiuterizacija.		+	+				+		+	+	+	+	+			+	9

Sveikatos turizmo rizikos valdymo algoritmo kūrimui buvo naudojamas modifikuotas prioritetų skirstymo ir parinkimo (MPSP) metodas, kuris paremtas labiau pagrįsta ir argumentuota logine procedūra, atliekant lyginamųjų objektų (etapų) porinį lyginimą.

Kiekvienas ekspertas, atlikdamas ekspertinį vertinimą, poromis lygina objektus vieną su kitu pagal jų daromą įtaką ir pranašumą rizikos valdymo procese.

Pranašumo santykis tarp jų nustatomas pirmumo ženklais, išreikštais kokybine forma: žymiai didesnė įtaka (t. y. daug daugiau >>), didesnė (>), truputį didesnė (≥), lygi (=), truputį mažesnė (t. y. nedaug mažiau ≤), mažesnė (<), daug mažesnė (<<). Nagrinėjami objektai pažymėti Y_i , čia $i = 1,2,3,4,5,6$:

1. Rizikos tikslų nustatymas ir aprašymas – Y_1 – **0.143**.
2. Rizikos veiksnių identifikavimas ir analizė – Y_2 – **0.225**.
3. Rizikos profilio sudarymas ir tikimybės įvertinimas – Y_3 – **0.142**.
4. Rizikos imitavimas, reagavimas ir mokymasis – Y_4 – **0.134**.
5. Tobulinimo planai ir jų įgyvendinimas – Y_5 – **0.103**.
6. Rizikos proceso kontrolė ir prevencija – Y_6 – **0.253**.

19 lentelė. Sveikatos turizmo rizikos etapų ekspertinio vertinimo palyginimo sistema

Lyginamieji objektai	Ekspertinio pranašumo vertinimas								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Y_1 ir Y_2	<<	>	≤	=	≤	<	≥	<	<
Y_1 ir Y_3	<<	>>	=	>	=	>	=	<	>>
Y_1 ir Y_4	=	>>	≤	=	<<	<	<	≥	<<
Y_1 ir Y_5	<	>>	=	≥	=	≥	≥	≥	=
Y_1 ir Y_6	<<	>	<<	=	<<	<	=	<	<
Y_2 ir Y_3	=	>	≥	=	≤	>>	<	=	>>
Y_2 ir Y_4	>	>>	=	>	≥	≤	≥	=	=

Lyginamieji objektai	Ekspertinio pranašumo vertinimas								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Y ₂ ir Y ₅	>>	>>	>	>	≤	=	≥	<	=
Y ₂ ir Y ₆	≤	>>	=	=	<	>	=	<	≥
Y ₃ ir Y ₄	>	>	>	≥	=	<	≥	=	<<
Y ₃ ir Y ₅	>>	=	≥	=	<	=	=	≥	=
Y ₃ ir Y ₆	<<	=	<	=	<	<<	<	=	<<
Y ₄ ir Y ₅	>	>>	>	>	<<	≥	=	=	≥
Y ₄ ir Y ₆	<<	=	<	=	=	=	=	<	=
Y ₅ ir Y ₆	<<	=	<	≥	<<	<	=	≥	<

20 lentelė. Sveikatos turizmo rizikos etapų svorinio koeficiento skaičiavimas

	Y ₁	Y ₂	Y ₃	Y ₄	Y ₅	Y ₆	Σa _{ij}	P _i	P _i ^s
Y ₁	1.0	0.958*	3.042	1.5	2.139	0.792	9.431**	92.523***	0.143****
Y ₂	2.861	1.0	2.833	2.611	3.194	2	14.499	146.113	0.225
Y ₃	1.75	1.333	1.0	2.917	1.917	0.458	9.375	91.864	0.142
Y ₄	2.958	0.736	0.875	1.0	2.903	0.736	9.208	86,682	0.134
Y ₅	1.014	1.028	1.125	1.319	1.0	0.777	6.263	66.642	0.103
Y ₆	4.25	1.542	4.333	2.444	3.444	1.0	17.013	164.148	0.253
Σ								647.972	Σ1.000

Skaičiavimo tvarka:

$$* Y_{12} = 0.125+4+0.5+1+0.5+0.25+2+0.25+0.25=8.625/9= 0.958$$

$$** \Sigma a_{ij} \rightarrow Y_1 = 1.0+0.958+3.042+1.5+2.139+0.792= 9.431$$

$$*** P_i \rightarrow Y_1 = 1.0 \times 9.431 + 0.958 \times 14.499 + 3.042 \times 9.375 + 1.5 \times 9.208 + 2.139 \times 6.263 + 0.792 \times 17.013 = 92.523$$

$$**** P_i^s \rightarrow Y_1 = 92.523/647.972 = 0.143$$

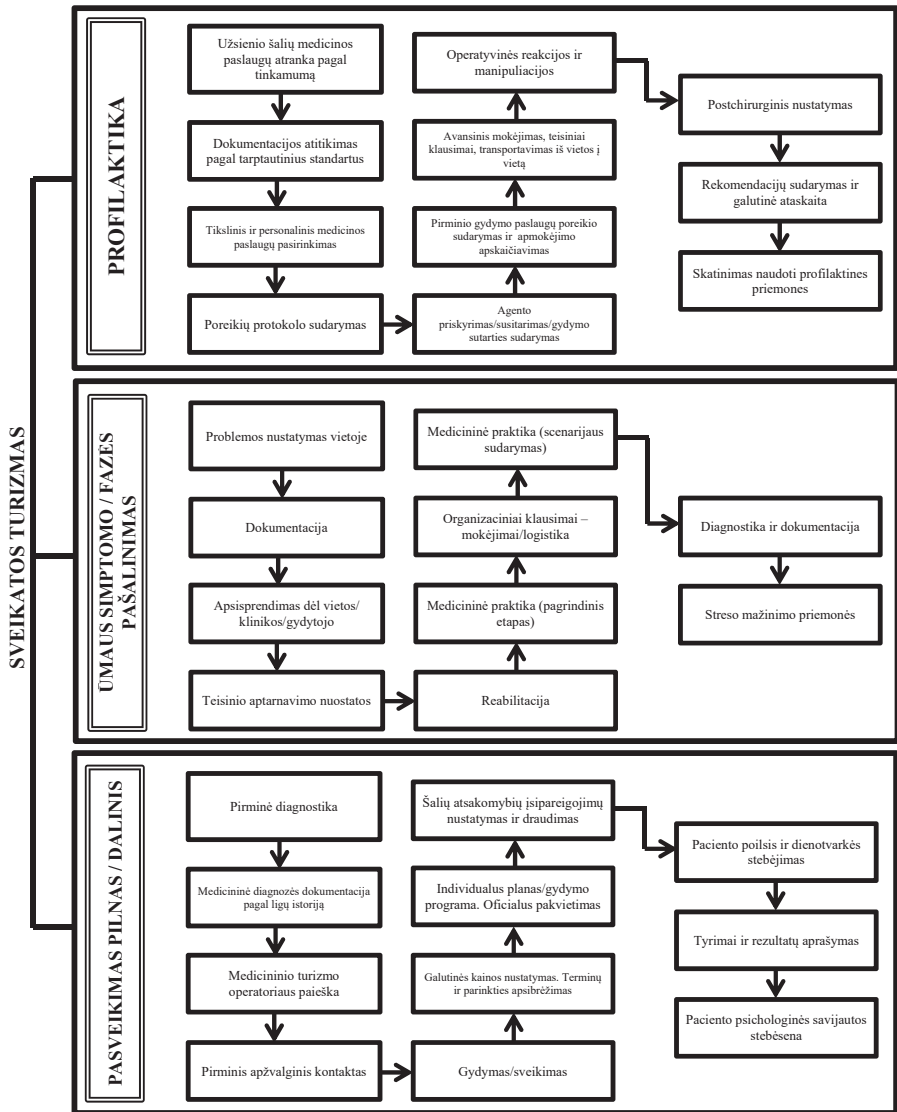
Gautus svorinius koeficientus galima sėkmingai naudoti, atliekant rizikos valdymą: planavimą; organizavimą; kontrolę ir kt.. Šiuo pagrindu yra sudaromas rizikos valdymo algoritmas (32 pav.). Algoritmą sudaro etapai ir jų svoriniai koeficientai ir kiti procesiniai veiksmai sklandžiam rizikos valdymo procesui užtikrinti.



32 pav. Sveikatos turizmo rizikos valdymo algoritmas

Siekiant standartizuoti sveikatos turizmo paslaugų procesą, sudaromas sveikatos turizmo paslaugų valdymo funkcinis modelis (33 pav.). Ekspertinis tyrimas šią struktūrą patvirtina (kiekvienas iš etapų gavo ne mažesnę kaip **5,1 balo įvertinimą**, kai: 1 – Nėra svarbu ... 4 – Vidutiniškas ... 7 – Svarbiausias). Ekspertai pakitimų nenumatė ir neišbraukė struktūrinių dalių/etapų. Tai rodo kiekvieno žingsnio būtinumą ir reikalingumą. Papildomų siūlymų ar rekomendacijų nebuvo pateikta. Profilaktinę dalį sudaro 11 etapų. Ūmaus simptomo/fazės pašalinimo – 10 etapų. Pasveikimas pilnas/dalinis – 11 etapų.

Taikant šią struktūrą, galima paslaugas valdyti: standartizuoti; planuoti; organizuoti; kontroliuoti visą paciento/turisto kelią. Ši schema padeda minimizuoti rizikas ir žmogiškojo faktoriaus klaidas.



33 pav. Sveikatos turizmo paslaugų valdymo funkcinis modelis

Atlikus regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje ekspertinį vertinimą Lietuvoje, konstatuojama, kad šiuo metu sveikatos turizmas yra konfigūracijos stadijoje. Įvertinta, jog sprendžiant sveikatos sektoriaus problemas, išplėta sveikatos turizmo industrija darytų įtaką gyventojų dėmesiui rekreacijai ir sveikatinimui; tobulintų reabilitacijos ir sanatorinio gydymo sistemą bei didintų sveikatos priežiūros paslaugų pasirinkimą ir prieinamumą.

3.3. Lenkijos sveikatos turizmo sistemos ekspertinio vertinimo rezultatai

Nustatyta, jog Lenkijos sveikatos turizmas yra C (*LTU – B*) sveikatos turizmo gyvavimo ciklo stadijoje. Buvo atliekamas ekspertinis vertinimas. Pagal pasaulinį turizmo konkurencingumo indeksą Lenkija 2019 m. buvo 42 vietoje, o Lietuva – 59 vietoje ir pagal Europos sveikatos vartotojų indeksą Lenkija 2018 m. buvo 32 vietoje, o Lietuva – 28 vietoje (Health Consumer Powerhouse, 2019; World Economic Forum, 2019).

Sveikatos turizmas, kaip viena iš Lenkijos ekonomikos eksporto pramonijų, turi palankias plėtros perspektyvas. Priklausomai nuo veiksnių, kaip koordinuoti ir organizuoti teisinę ir verslo aplinką, sveikatos turizmas Lenkijoje turi savo vystymosi eigą. Stebimi sveikatos turizmo raidos tendenciją palaikantys veiksniai, kuriais siekiama:

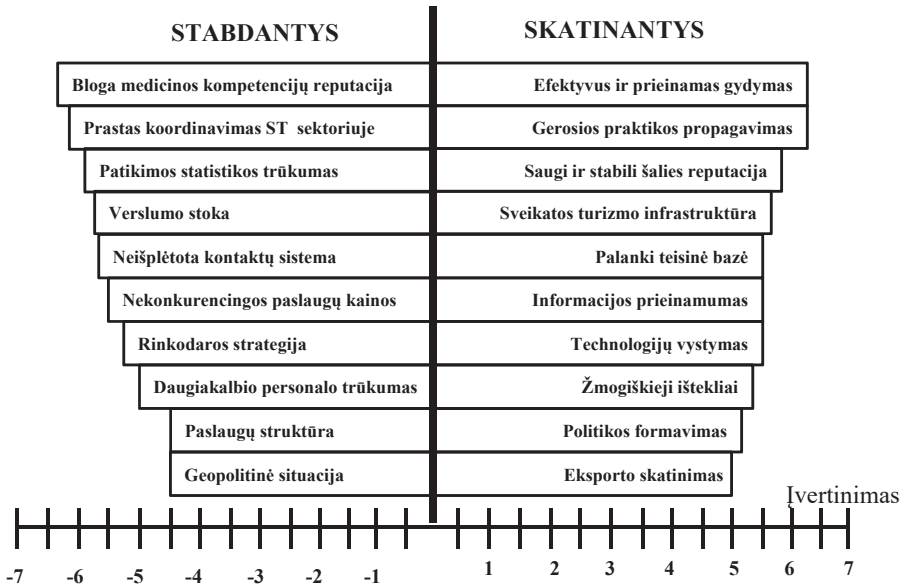
- rinkti ir standartizuoti informaciją apie užsienio pacientams teikiamas medicinos paslaugas, jų kokybę, reitingavimą, sertifikavimą ir prieinamumą, kuriant kokybišką sveikatos turizmo platformą apie vidaus medicinos turizmo išteklius;
- aktyviai reklamuoti šią platformą, kaip patikimiausią užsienio pacientų duomenų šaltinį;
- teikti teisinę apsaugą ir draudimą pacientams, atvykstantiems į Lenkiją gydymo tikslais. Reglamentuoti sveikatos žalos atlyginimą ir kompensacinį mechanizmą už medicininės klaidas;
- sudaryti skatinimo programą Lenkijos sveikatos turizmo paslaugų teikėjams siekiant gauti akreditaciją tarptautinėse akreditavimo sistemose.

Apklausus 10 Lenkijos ekspertų, išskiriami sveikatos turizmo plėtrą skatinantys ir stabdantys veiksniai (21 lentelė ir 34 pav.). Pagrindiniai ir svarbiausi sveikatos turizmo plėtrą Lenkijoje skatinantys veiksniai yra (įvertis nuo 5,8 iki 6,2): efektyvus ir prieinamas gydymas; gerosios praktikos propagavimas; saugi ir stabili šalies reputacija ir išvystyta sveikatos turizmo infrastruktūra. Tai reiškia, jog sveikatos turizmo organizacijoms reikia orientuotis į operatyvų ir tikslingą paslaugų standartizavimą ir individualizavimą lanksčiai vertinant turistų/pacientų poreikius. Ypač tai aktualu sveikatos turizmo rinkodaros strategijos sudarytojams ir vykdytojams, siekiant palaikyti ir stiprinti reputaciją bei įvaždį tarptautiniu mastu.

Sveikatos turizmo plėtrą Lenkijoje stabdantys yra šie pagrindiniai veiksniai (įvertis nuo 5,8 iki 6,2): bloga medicinos kompetencijų reputacija; prastas planavimas ir koordinavimas visame sektoriuje; patikimos statistikos trūkumas ir sveikatos turizmo organizacijų verslumo stoka. Konstatuojamas faktas, jog siekiant pašalinti stabdančius veiksnius yra reikalingas didelis įdirbis, norint pasiekti ir įgyvendinti keliamus reikalavimus sveikatos turizmo plėtrą skatinantiems veiksniams.

21 lentelė. Skatinantys ir stabdantys veiksniai sveikatos turizmo plėtrą Lenkijoje – ekspertų vertinimai (n=10), 2021

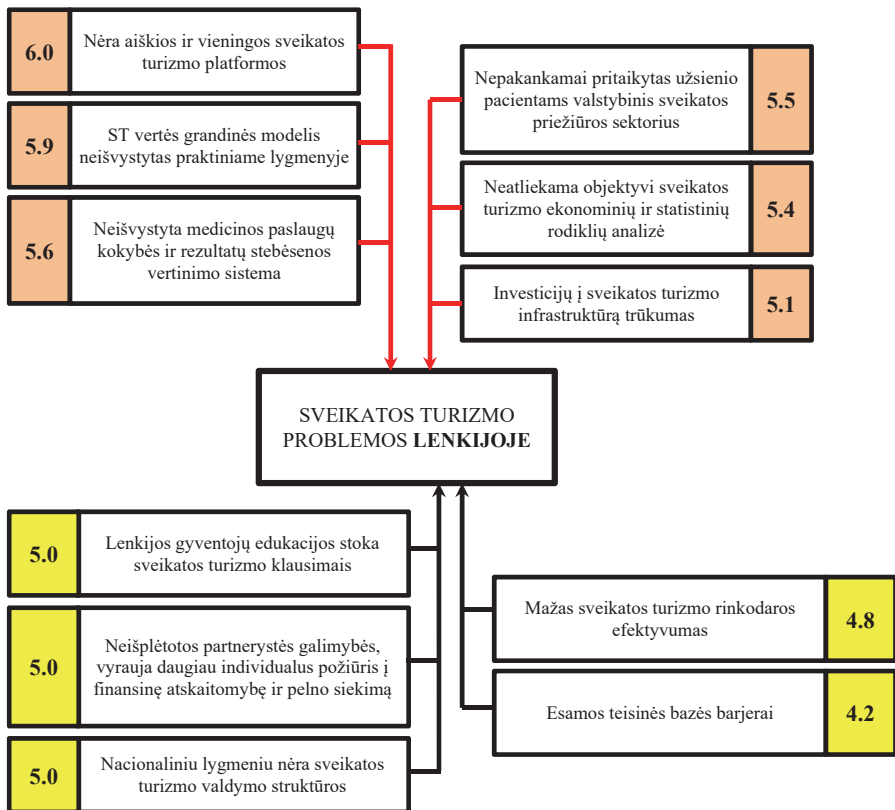
Skatinantys veiksniai:	Įvertinimas
1. Efektyvus ir prieinamas gydymas	6,2
2. Gerosios praktikos propagavimas	6,2
3. Saugi ir stabili šalies reputacija	5,9
4. Išvystyta sveikatos turizmo infrastruktūra	5,8
5. Palanki teisinė bazė atvykstantiems pacientams/turistams	5,5
6. Informacijos prieinamumas	5,5
7. Medicininių technologijų vystymas	5,5
8. Tarptautiniu mastu apmokyti žmogiškieji ištekliai	5,4
9. Aktyvus sveikatos turizmo politikos formavimas	5,3
10. Sveikatos turizmo paslaugų eksporto skatinimas	5,1
Stabdantys veiksniai:	Įvertinimas
1. Bloga medicinos kompetencijų reputacija	- 6,2
2. Prastas planavimas ir koordinavimas visame sektoriuje	- 6,1
3. Patikimos statistikos trūkumas	- 5,8
4. Sveikatos turizmo organizacijų verslumo stoka	- 5,8
5. Neišplėtoti sisteminių kontaktų su užsienio medicinos centrais ir tarpininkais patirtis	- 5,5
6. Nekonkurencingos gydymo paslaugų kainos	- 5,4
7. Neefektyvi sveikatos turizmo rinkodaros strategija	- 5,3
8. Sveikatos turizmo daugiakalbio personalo trūkumas	- 5,0
9. Sveikatos turizmo paslaugų teikimo sistemiskumo trūkumas	- 4,5
10. Geopolitinė situacija regione	- 4,5



34 pav. Skatinantys ir stabdantys veiksniai sveikatos turizmo plėtrą Lenkijoje – ekspertų vertinimai ($n = 10$), 2021

Išskiriamos šios pagrindinės ir esminės sveikatos turizmo problemos Lenkijoje (35 pav.):

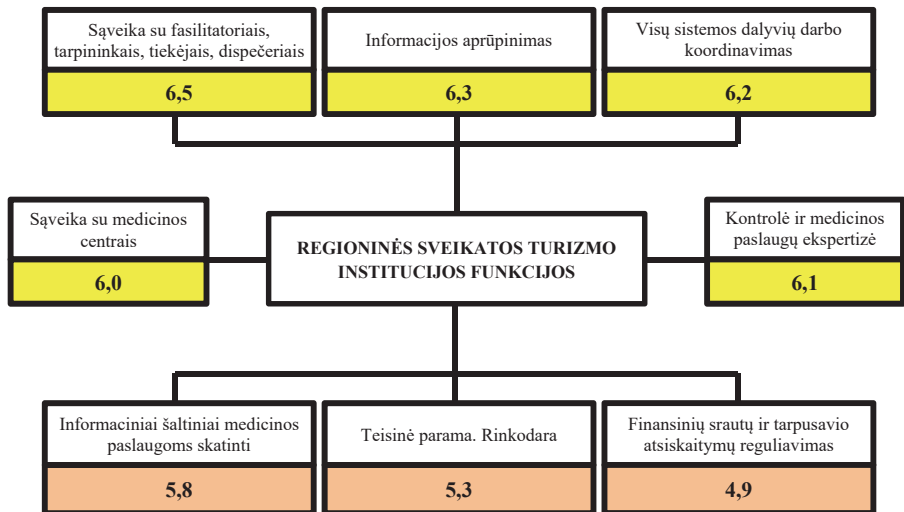
1. Nėra aiškios ir vieningos sveikatos turizmo platformos.
2. Sveikatos turizmo vertės grandinės modelis neišvystytas praktiniame lygmenyje.
3. Neišvystyta medicinos paslaugų kokybės ir rezultatų stebėsenos vertinimo sistema, ir išskiriamos 2 mažiausiai reikšmingos, tačiau darančios įtaką:
4. Mažas sveikatos turizmo rinkodaros efektyvumas.
5. Esamos teisinės bazės barjerai.



35 pav. Pagrindinės sveikatos turizmo problemos Lenkijoje – ekspertų vertinimai (n=10), 2021

Lenkijos ekspertai siūlo šiuos pagrindinius sprendimų būdus problemoms likviduoti. Siūloma sukurti sveikatos turizmo paslaugų teikėjų bendradarbiavimo tinklą, kuriant kompleksines paslaugas. Rekomenduojama palaikyti vietinius partnerius bei grupes, kuriant sveikatos turizmo rinkodaros platformas. Akcentuojamas perkamosios galios didinimas, siekiant ieškoti finansinės paramos, biudžeto didinimo, darant paslaugas labiau prieinamas tiksliniams klientams. Siūloma kurti edukacines priemones ugdant visuomeninį suvokimą ir formuojant sveikatinimosi poreikius.

Pagal identifikuotas sveikatos turizmo problemas, rekomenduojama įsteigti regioninę sveikatos turizmo instituciją, kuri vykdytų nurodytas funkcijas (36 pav.). Ekspertų buvo paprašyta įvertinti šių funkcijų aktualumą pagal Lenkijos poreikius.



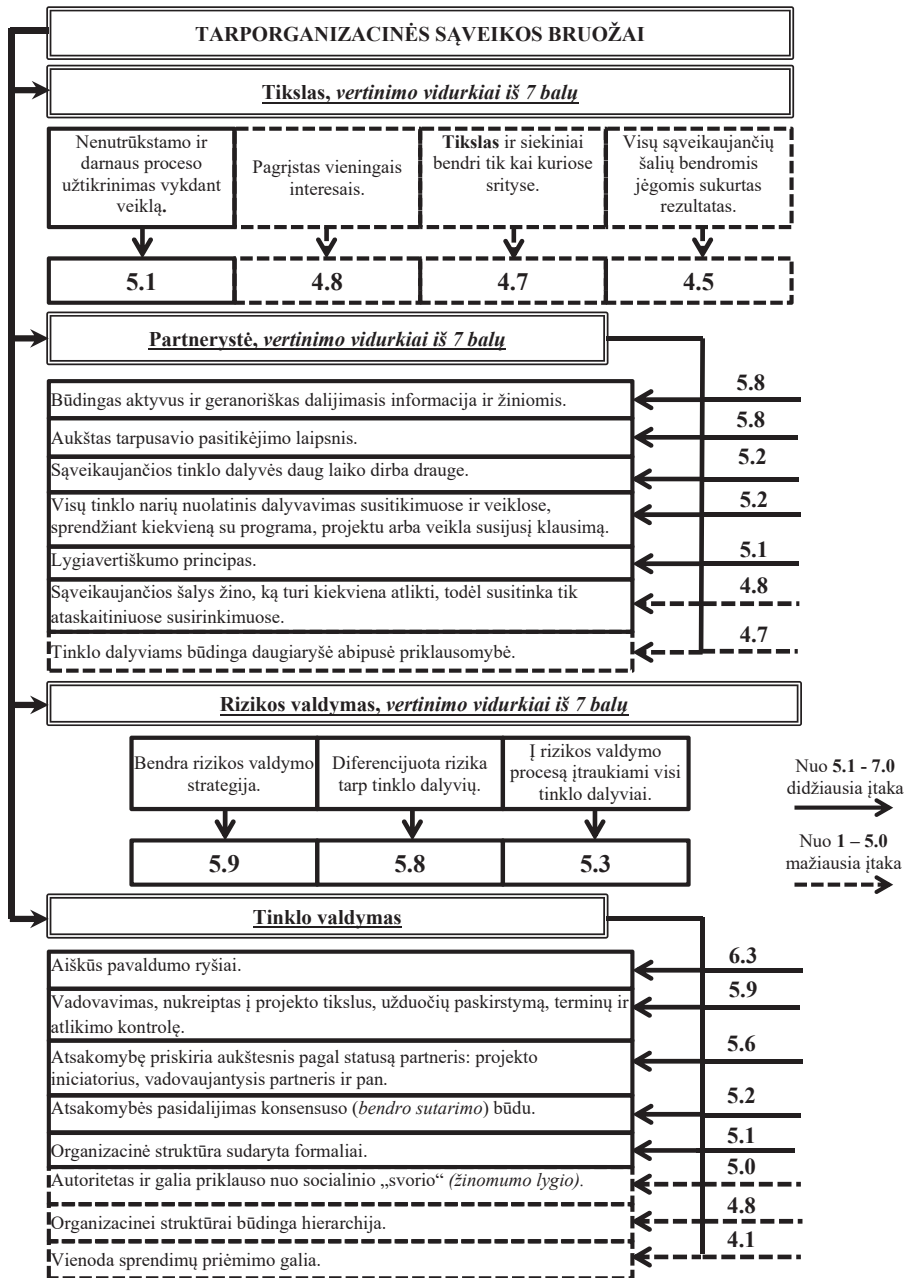
36 pav. Regioninės sveikatos turizmo institucijų poreikis Lenkijoje – ekspertų vertinimai (n=10), 2021

Ekspertai išskyrė pagrindines penkias regioninės sveikatos turizmo institucijos funkcijas:

1. Sąveikas su fasilitatoriais, tarpininkais, tiekėjais, dispečeriais.
2. Informacijos palaikymas.
3. Visų sistemos dalyvių darbo koordinavimas.
4. Kontrolė ir medicinos paslaugų ekspertizė.
5. Sąveikos su medicinos centrais.

Siūloma steigti regioninė sveikatos turizmo institucija turėtų užimti koordinuojančio instituto vaidmenį Lenkijos sveikatos turizme.

Regioninis sveikatos turizmo institutas turėtų vadovautis tarporganizacinės sąveikos bruožų schema, siekdamas adekvačiai funkcionuoti pagal esamą situaciją (37 pav).



37 pav. Lenkijos sveikatos turizmo tinklinių struktūrų bendradarbiavimo bruožų analizė – ekspertų vertinimai (n = 10), 2021

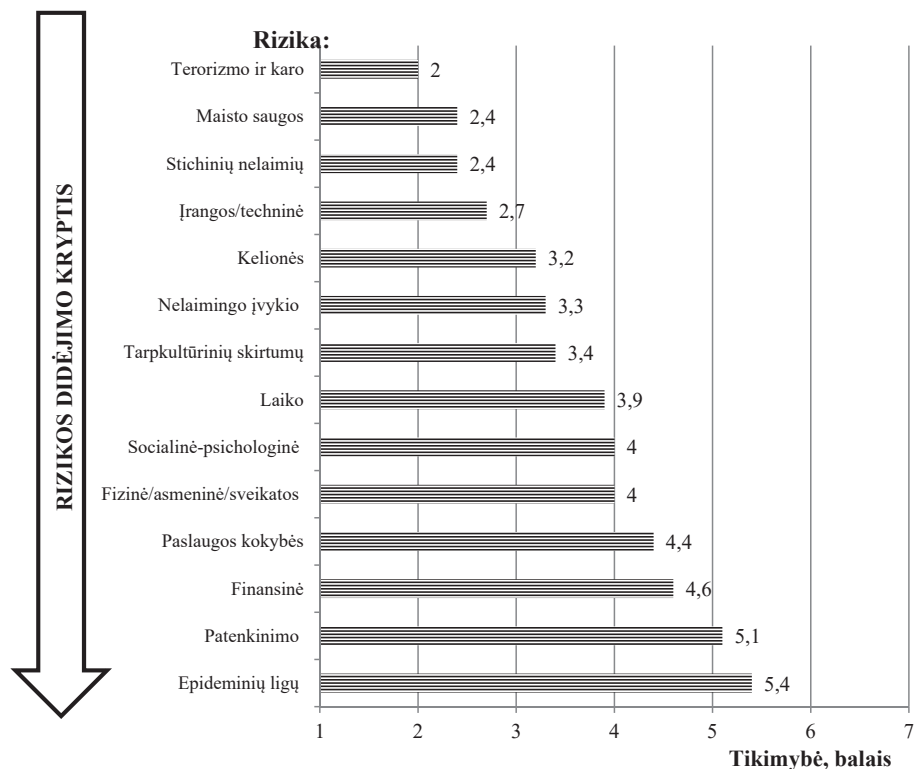
Išskiriamas esminis tarporganizacinės sąveikos tikslas – nenutrūkstamo ir darnaus proceso užtikrinimas vykdant veiklą. Sveikatos turizmo organizacijų partnerystę palaikyti/kurti/išsaugoti yra būtina:

- Aktyvus ir geranoriškas dalijimasis informacija.
- Pasitikėjimo kūrimas.
- Aktyvus tarpusavio bendradarbiavimas.
- Nuolatinis dalyvavimas susitikimuose ir veiklose, aktyviai sprendžiant su programa susijusius klausimus.

Svarbiausia tarporganizacinio sąveikos proceso dalis yra bendra rizikos valdymo strategija bei diferencijuota rizika tarp tinklo dalyvių.

Ryškiausi valdymo schemas bruožai yra šie: aiškūs pavaldumo ryšiai; tikslų bei užduočių pasiskirstymas ir terminų nusimatymas; etapų kontrolė. Labai svarbu atkreipti dėmesį nustatant partnerystės statusą, apibrėžiant aiškius vykdymo vaidmenis.

Sudarant partnerystės rizikos valdymo strategiją, būtina atkreipti dėmesį į šiuos pagrindinius prioriteto tvarka rizikos veiksmus (38 pav).



38 pav. Lenkijos sveikatos turizmo galimų rizikų tikimybė – ekspertų vertinimai (n = 10), 2021

Išskiriamos pagrindinės sveikatos turizmo galimų rizikų tikimybės:

1. Epideminių ligų.
2. Patenkinimo.
3. Finansinė.
4. Paslaugos kokybės.

Valdant sveikatos turizmo rizikos procesą, aktualu įgyvendinti tarpusavio integracijos veiklą, inicijuoti bendradarbiavimą su konkurentais, kurie gamina papildomus panašius produktus ir teikia paslaugas. To pasekmė – susidaro ekonominių ryšių tinklas, kuriame dominuoja bendradarbiavimo principas.

3.4. Tarptautinio sveikatos turizmo ekspertinio vertinimo rezultatai

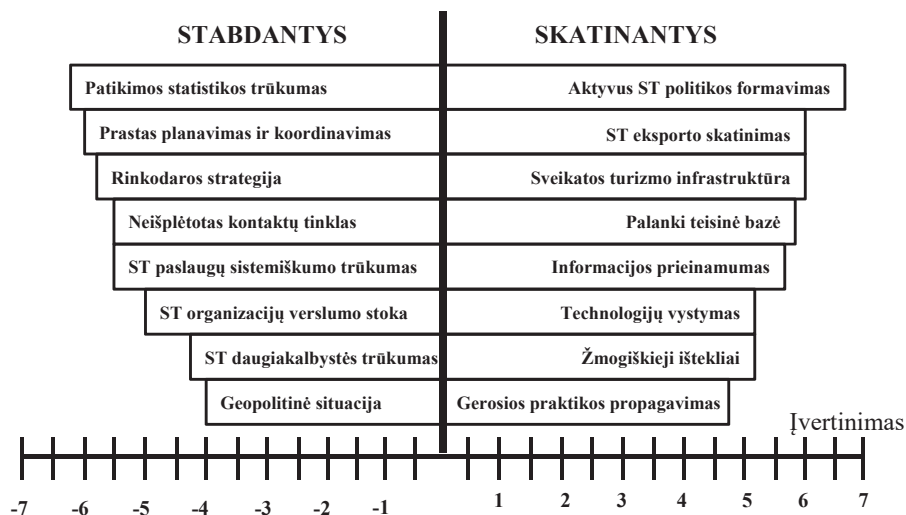
Empirinių tyrimų vykdant tarptautiniu mastu, lyginant regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemas ir įvertinus šalių padėti sveikatos turizmo gyavimo cikle, atliekamas ekspertinis vertinimas. Tyrime dalyvavo ekspertai iš Baltijos šalių – Estijos ir Latvijos, taip pat Europos šalys, esančios pasauliniame sveikatos turizmo indekse 2020-2021 metais: Portugalija, Turkija ir Kroatija.

Įvykdžius empirinių tyrimą Lietuvoje ir susistemus rezultatus, buvo atrinkti pagrindiniai aktualūs klausimai, siekiant atlikti tarptautinį tyrimą Estijoje, Latvijoje, Portugalijoje, Turkijoje ir Kroatijoje. Ekspertai atliko vertinimus pagal šalyje esamą sveikatos turizmo situaciją. Apibendrinus rezultatus, sudaryta skatinančių ir stabdančių veiksnių 22 lentelė ir 39 pav.

22 lentelė. Skatinantys ir stabdantys veiksniai sveikatos turizmo plėtrą – tarptautinis ekspertų vertinimas (n=7), 2021

Skatinantys veiksniai:	Įvertinimas
1. Aktyvus sveikatos turizmo politikos formavimas	6,6
2. Sveikatos turizmo paslaugų eksporto skatinimas	6,0
3. Išvystyta sveikatos turizmo infrastruktūra	6,0
4. Palanki teisinė bazė atvykstantiems pacientams/turistams	5,8
5. Informacijos prieinamumas	5,6
6. Medicininių technologijų vystymas	5,2
7. Tarptautiniu mastu apmokyti žmogiškieji ištekliai	5,2
8. Gerosios praktikos propagavimas	4,7
Stabdantys veiksniai:	Įvertinimas
1. Patikimos statistikos trūkumas	- 6,2
2. Prastas planavimas ir koordinavimas visame sektoriuje	- 5,8
3. Neefektyvi sveikatos turizmo rinkodaros strategija	- 5,6

4. Neišplėtoti sisteminių kontaktų su užsienio medicinos centrais ir tarpininkais patirtis	- 5,2
5. Sveikatos turizmo paslaugų teikimo sistemiskumo trūkumas	- 5,2
6. Sveikatos turizmo organizacijų verslumo stoka	- 4,6
7. Sveikatos turizmo daugiakalbio personalo trūkumas	- 4,2
8. Geopolitinė situacija regione	- 4,0



39 pav. Sveikatos turizmo plėtrą skatinantys ir stabdantys veiksniai – tarptautinis ekspertų vertinimas (n = 7), 2021

Šalių ekspertai išskyrė šiuos pagrindinius sveikatos turizmo plėtrą skatinančius veiksnius (įvertis nuo 5,6 iki 6,6):

1. Aktyvus sveikatos turizmo politikos formavimas.
2. Sveikatos turizmo paslaugų eksporto skatinimas.
3. Išvystyta sveikatos turizmo infrastruktūra.
4. Palanki teisinė bazė atvykstantiems pacientams/turistams.
5. Informacijos prieinamumas.

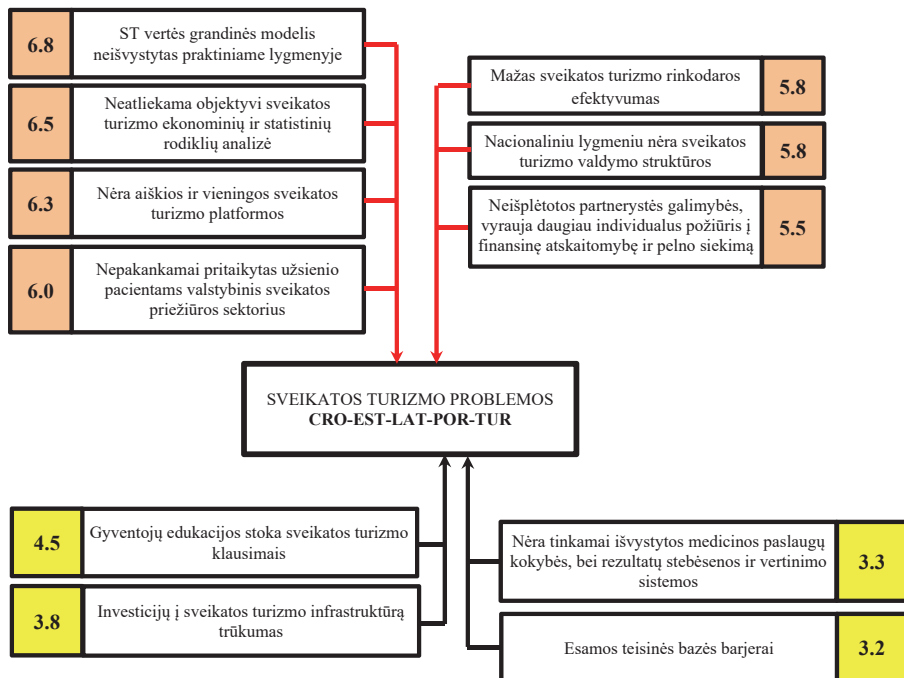
Ekspertų vertinimu išskirti svarbiausi sveikatos turizmą stabdantys veiksniai (įvertis nuo 5,6 iki 6,2):

1. Patikimo statistikos trūkumas.
2. Prastas planavimas ir koordinavimas visame sektoriuje.
3. Neefektyvi sveikatos turizmo rinkodaros strategija.

Tarptautiniu mastu ekspertai akcentuoja planavimo ir koordinavimo procesų stiprinimą siekiant aktyvios rinkodaros strategijos, tuo pagrindu sudaromos sąlygos

sveikatos turizmo paslaugų eksportui didinti. To pasekmė – sudaryta palanki teisinė bazė ir informacijos prieinamumas tampa galingais įrankiais aktyviai plečiant ir formuojant sveikatos turizmo politiką.

Estijos, Latvijos, Portugalijos, Turkijos ir Kroatijos ekspertai išskyrė sveikatos turizmo problemas (40 pav.).



40 pav. Pagrindinės sveikatos turizmo problemos – tarptautinis ekspertų vertinimas (n=7), 2021

Ekspertų vertinimu, labiausiai aktualios yra šios sveikatos turizmo problemos tirtose šalyse:

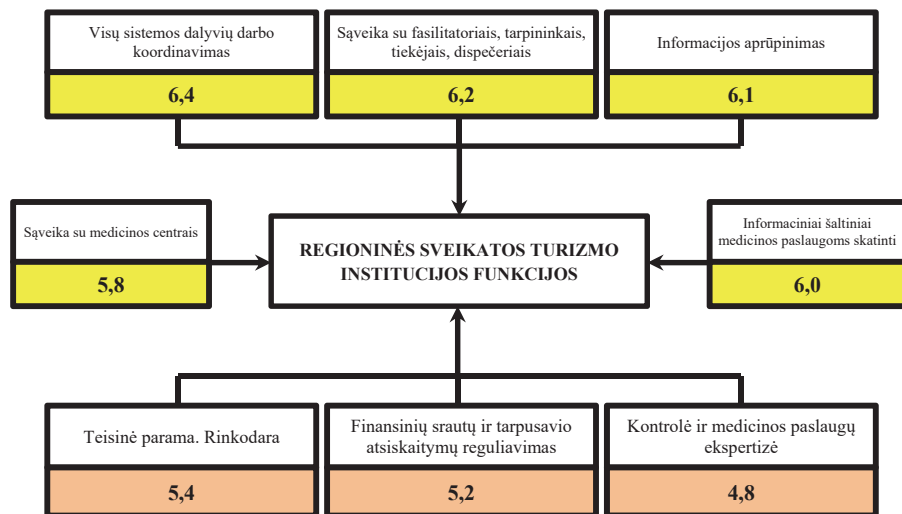
1. Sveikatos turizmo vertės grandinės modelis neišvystytas praktiniu lygmeniu.
2. Neatliekama objektyvi sveikatos turizmo ekonominių ir statistinių rodiklių analizė.
3. Nėra aiškios ir vieningos sveikatos turizmo platformos.
4. Nepakankamai pritaikytas užsienio pacientams valstybinis sveikatos priežiūros sektorius.

Ekspertai išskyrė mažesnio aktualumo, tačiau būtinas spręsti šias sveikatos turizmo problemas:

1. Esamos teisinės bazės barjerai.
2. Paslaugų kokybės, rezultatų stebėsenos ir vertinimo sistemos netinkamas išvystymas.

Ekspertai problemoms šalinti siūlo šiuos sprendimų būdus: aktyvus sveikatos turizmo sektoriaus koordinavimas ir įstaigų akreditavimas; sveikatos turizmo informacinės bazės žinių kaupimas ir viešinimas bei statistinių duomenų rinkimas ir analizė; didinti užsienio sveikatos turistų pasitikėjimą sveikatos priežiūros įstaigomis ir specialistais, ieškant papildomų finansinių išteklių, didinant paslaugų prieinamumą bei kokybę.

Pagal identifikuotas sveikatos turizmo problemas, rekomenduojama įsteigti regioninę sveikatos turizmo instituciją, kuri vykdytų nurodytas funkcijas (41 pav.). Ekspertų buvo paprašyta įvertinti šių funkcijų aktualumą pagal Latvijos, Estijos, Portugalijos, Turkijos ir Kroatijos poreikius.



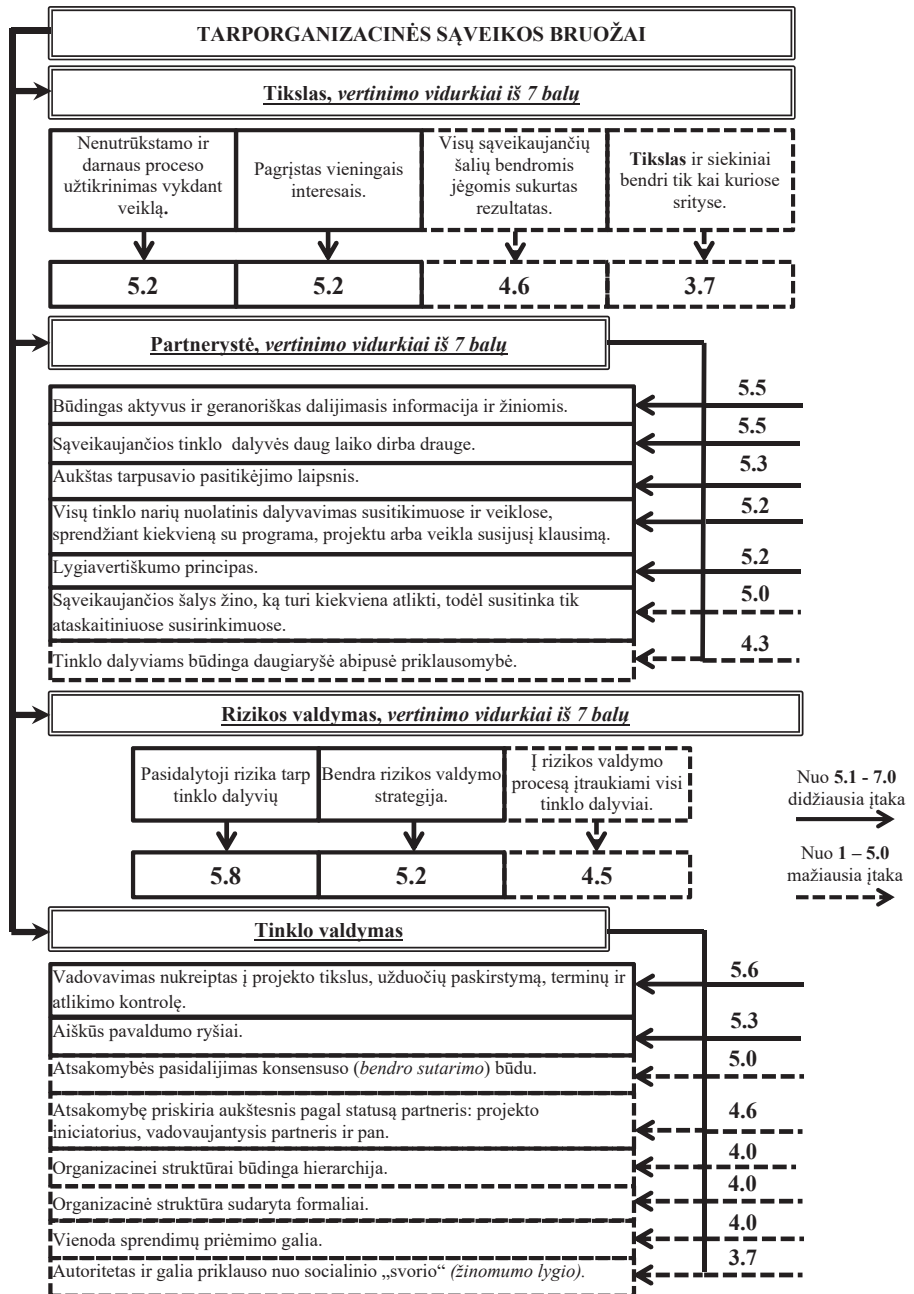
41 pav. Regioninės sveikatos turizmo institucijos funkcijų poreikis – tarptautinis ekspertų vertinimas ($n = 7$), 2021

Ekspertai išskyrė pagrindines penkias regioninio sveikatos turizmo instituto funkcijas prioritetų tvarka:

1. Visų sistemos dalyvių darbo koordinavimas.
2. Sąveikas su fasilitatoriais, tarpininkais, tiekėjais, dispečeriais.
3. Informacijos palaikymas.
4. Informaciniai šaltiniai medicinos paslaugoms skatinti
5. Sąveikos su medicinos centrais.

Siūlomas steigti regioninis sveikatos turizmo institutas turėtų atlikti koordinuojančio instituto vaidmenį Estijos, Latvijos, Portugalijos, Turkijos ir Kroatijos sveikatos turizme.

Regioninis sveikatos turizmo institutas turėtų vadovautis tarporganizacinės sąveikos broožų schema, siekdamas adekvačiai funkcionuoti pagal esamą situaciją (42 pav).



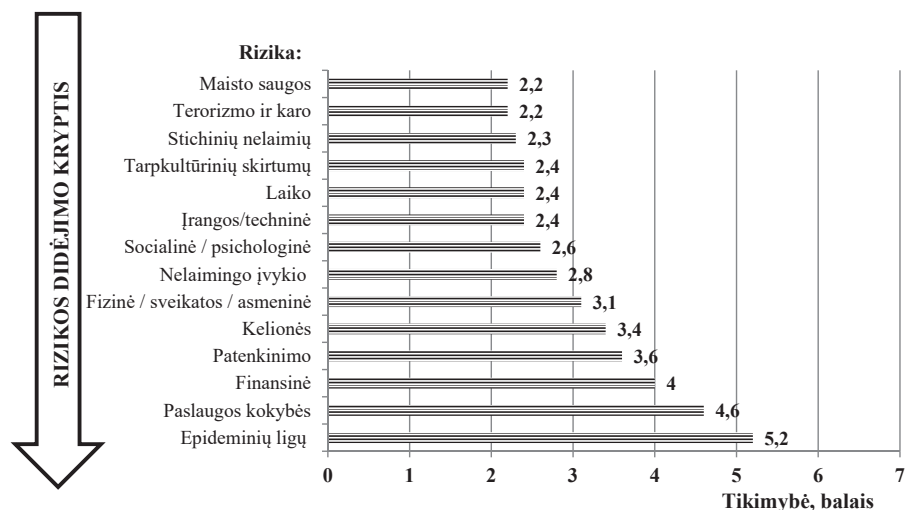
42 pav. Sveikatos turizmo tinklinių struktūrų bendradarbiavimo bruožų analizė – tarptautinis ekspertų vertinimas (n = 7), 2021

Tarporganizacinės sąveikos pagrindinis tikslas – interesų vieningumas bei nenutrūkstamo ir darnaus proceso užtikrinimas vykdant veiklą. Sveikatos turizmo organizacijų partnerystę palaikyti/kurti/išsaugoti yra būtinas aktyvus ir geranoriškas dalijimasis informacija bei žiniomis; ilgalaikio tinklo dalyvių bendradarbiavimo pasekmė - aukštas pasitikėjimo laipsnis.

Svarbiausia tarporganizacinio sąveikos proceso dalis – diferencijuota rizika tarp tinklo dalyvių, siekiant bendros rizikos valdymo strategijos.

Ryškesni valdymo schemas bruožai yra šie: tikslų apibrėžimas, užduočių paskirstymas ir terminų atlikimo kontrolė; aiškių pavaldumo ryšių nustatymas bei atsakomybės pasidalijimas konsensuso būdu.

Sudarant partnerystės rizikos valdymo strategiją, būtina atkreipti dėmesį į šiuos pagrindinius prioriteto tvarka rizikos veiksnius (43 pav).



43 pav. Sveikatos turizmo galimų rizikų tikimybė – tarptautinis ekspertų vertinimas (n = 7), 2021

Išskiriamos pagrindinės sveikatos turizmo galimų rizikų tikimybės:

1. Epideminių ligų.
2. Paslaugų kokybės.
3. Finansinė.

Tarptautinis empirinis tyrimas parodo, jog šalių partnerystė atlieka svarbų vaidmenį palengvinant prieigą prie žinių, išteklių, rinkų ir technologijų. Sveikatos turizmo organizacijos, konkuruodamos globaliu mastu, privalo prisitaikyti prie savo aplinkos, kad taptų efektyvesnės ir veiksmingesnės vietiniame lygmenyje. Partnerystė sudaro galimybes kurti ir perduoti žinias, išplečiant santykių tinklą užtikrinant tvarų augimą.

3.5. Tyrimo rezultatų lyginamoji analizė ir apibendrinimas

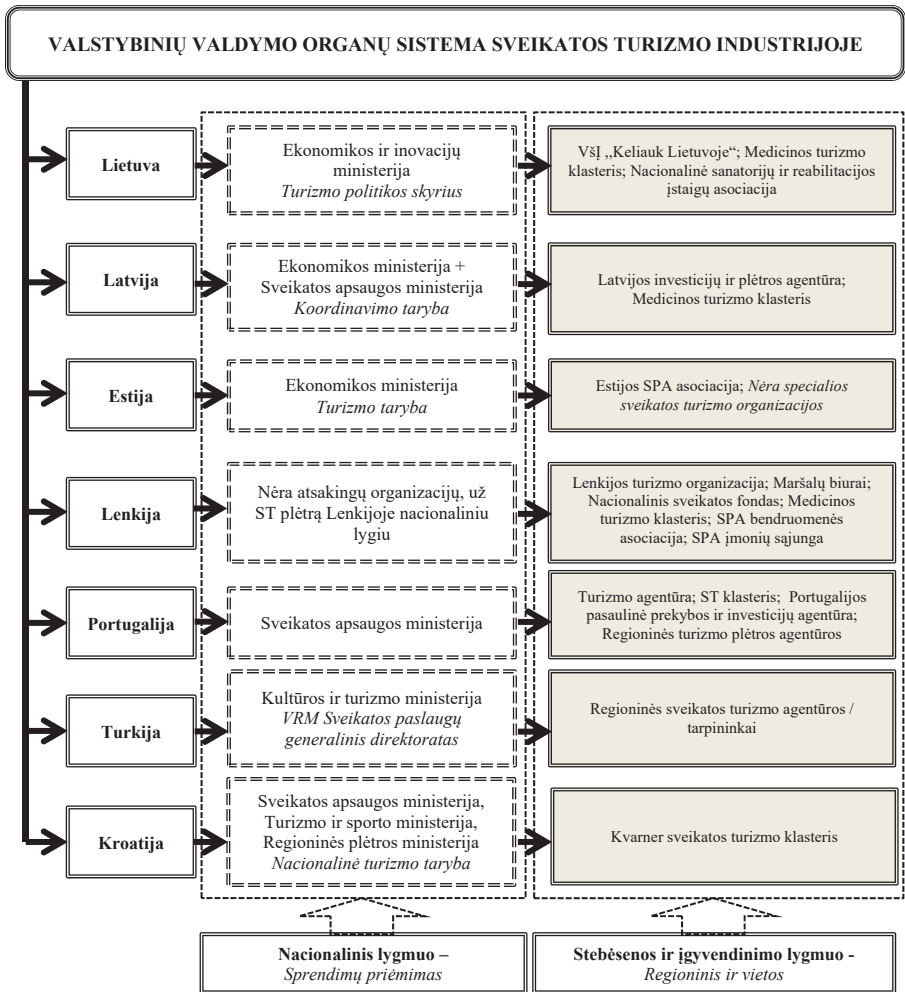
„Laimė – kaip sveikata: jeigu jos nepastebi, vadinasi, ji yra“
– Ivan Turgenev

Apibendrinant empirinių tyrimų rezultatus, kaip atskaitos tašką pasirenkant Lietuvą, yra lyginami sveikatos turizmo plėtrą **skatinantys** veiksniai. Ekspertai iš Lietuvos į pirmąją vietą išskyrė sveikatos turizmo infrastruktūros išvystymo veiksnį, ekspertai iš Lenkijos šį veiksnį išskiria 4 numeriu, o ekspertai iš CRO-EST-LAT-POR-TUR – 3 pagal svarbą. Lietuvoje antru numeriu yra žmogiškųjų išteklių mokymas tarptautiniu mastu, Lenkijoje šis veiksnys yra 8 vietoje, o CRO-EST-LAT-POR-TUR – 7 vietoje. Lenkiją antroje vietoje reikšmingą veiksnį mato – gerosios praktikos propagavimą, o CRO-EST-LAT-POR-TUR išskiria sveikatos turizmo paslaugų eksporto skatinimą. Lenkija, kaip svarbiausia plėtos veiksnį, išskiria – efektyvų ir prieinamą gydymą, o CRO-EST-LAT-POR-TUR reikšmingiausiu laiko – aktyvų sveikatos turizmo politikos formavimą.

Sveikatos turizmo plėtrą pagrindinis **stabdantis** veiksnys Lietuvoje yra – neefektyvi sveikatos turizmo rinkodaros strategija. Šį veiksnį taip pat išskiria CRO-EST-LAT-POR-TUR prioritetų sąrašė trečioje vietoje; Lenkija šį veikinį mato 7-oje vietoje. Lietuvos ekspertai kaip antrąjį stabdantį veiksnį nurodo – neišplėtotą sisteminių kontaktų su užsienio medicinos centrais ir tarpininkais sistemą ir patirties stoką; Lenkijoje šis veiksnys patenka į 5-ąją vietą prioritetų sąrašė, o CRO-EST-LAT-POR-TUR – į ketvirtąją vietą. Ekspertai iš Lenkijos pagrindiniu stabdančiu veiksmiu nurodo blogą medicinos kompetencijų reputaciją, o ekspertai iš CRO-EST-LAT-POR-TUR – patikimos statistikos trūkumą. Antras sveikatos turizmo plėtrą stabdantis veiksnys – prastas planavimas ir koordinavimas sveikatos turizmo industrijos, – sutampa tarptautinio masto tyrime.

Tiek Lietuvos, tiek Lenkijos ekspertai vieningai sutinka, jog sveikatos turizmo pagrindinė problema yra ta, jog nėra sukurtos aiškios ir vieningos sveikatos turizmo technologinės valdymo platformos. Pastarąją problemą nurodo ir ekspertai iš CRO-EST-LAT-POR-TUR, priskirdami prioritetų sąrašė 3-iąjį numerį. Lietuvoje, – antroji sveikatos turizmo problema, yra nepakankamai pritaikytas užsienio pacientams valstybinis sveikatos priežiūros sektorius. Šią problemą ketvirtu numeriu išskiria CRO-EST-LAT-POR-TUR ir Lenkija. Lietuvoje trečiajį sveikatos turizmo problemą nurodomos neišplėtos partnerystės galimybes, vyraujantis daugiau individualus požiūris į finansinę atskaitomybę ir pelno siekimą. Ši problema kitų tirtų šalių lygmeniu dalijasi 7 ir 8 vietas. Ekspertai iš CRO-EST-LAT-POR-TUR, – kaip didžiausią problemą, išskiria sveikatos turizmo vertės grandinės modelį, neišvystytą praktiniu lygmeniu; Lenkija šią problemą nurodo antru numeriu, o Lietuva – 5 numeriu.

Empiriniu tyrimu buvo siekiama nustatyti, kurios institucijos yra (*turi būti*) atsakingos už sveikatos turizmo politikos formavimą (*sprendimo priėmimą*); politikos vykdymą ir stebėseną bei įgyvendinimą. Empirinio tyrimo pagrindu sudaroma lyginamoji sveikatos turizmo valdymo sistema (44 pav).



44 pav. LTU- LAT-EST- POL- POR-TUR-CRO sveikatos turizmo valdymo sistema

Detalizuojant sveikatos turizmo lyginamąją valdymo sistemą, kaip efektyvios politikos formavimą ir reikšmingą patirtį, pateikiama Latvijos geroji praktika.

E_LV_1. Už sveikatos turizmo politikos formavimą Latvijoje atsakinga institucija – yra Latvijos ekonomikos ministerija. Taip pat yra sudaryta Koordinavimo taryba, kuri yra tarsi prižiūrėtoja, ir stebi visus su sveikatos turizmu susijusius klausimus, užduotis ir projektus. Šioje sveikatos priežiūros eksporto koordinavimo taryboje yra: Latvijos sveikatos turizmo klasteris, Užsienio reikalų ministerija, Ekonomikos ministerija, Finansų ministerija, Švietimo ir mokslo ministerija, Latvijos prekybos ir pramonės rūmai, Nacionalinis sveikatos departamentas, Sveikatos inspekcija, Latvijos plėtros ir investicijų

agentūra. Ši koordinavimo taryba yra parengusi informacinę ataskaitą apie sveikatos turizmo paslaugų eksportą, pagal kurią yra parengtas veiksmų planas sveikatos priežiūros eksporto plėtrai 2019–2023 m.

Yra skirtingos užduotys, biudžetai, kurios institucijos yra atsakingos, terminai. Kiekvienos eilės pabaigoje rengiama premjero ir ministrų kabineto pažangos ataskaita. Pagal šį veiksmų planą taip pat rengiamas metinis medicinos turizmo eksporto rinkodaros planas. Daugiau veiklų ir atsakomybės yra tik mums (Latvijos sveikatos turizmo klasteris) ir Latvijos investicijų ir plėtros agentūrai. Plėtros plane dalyvauja: užsienio reikalų ministerija, Latvijos investicijų ir plėtros agentūra (su turizmo departamentu), Nacionalinės Latvijos sveikatos tarnyba, Ligų prevencijos ir kontrolės centras, Latvijos prekybos ir pramonės rūmai, Sveikatos priežiūros tarnybos darbdavių asociacija ir Latvijos sveikatos turizmo klasteris, veikiantis nevyriausybinį organizacijų vardu. Šioms institucijoms yra priskirtos atsakomybės, užduotys, atlikimo įvykdymo terminai ir šiems tikslams pasiekti suformuotas atskiras biudžetas. Daugiausia veiklų ir atsakomybės turi Latvijos sveikatos turizmo klasteris ir Latvijos investicijų ir plėtros agentūra.

Empirinių tyrimų metu ekspertų buvo prašoma įvardinti rekomendacijas, orientuotas į regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemos gerinimą. Susistemintus Lietuvos ekspertų tiriamąją medžiagą išskirtos tokios svarbiausios rekomendacijos:

1. ES struktūrinių fondų pritraukimas sveikatos turizmo plėtrai.
2. Bendros regioninės sveikatos turizmo strategijos sukūrimas.
3. Sveikatos turizmo paslaugų teikimo standarto parengimas.
4. Partnerystės ir bendradarbiavimo plėtojimas tarp valstybinių ir privačių medicinos įstaigų.

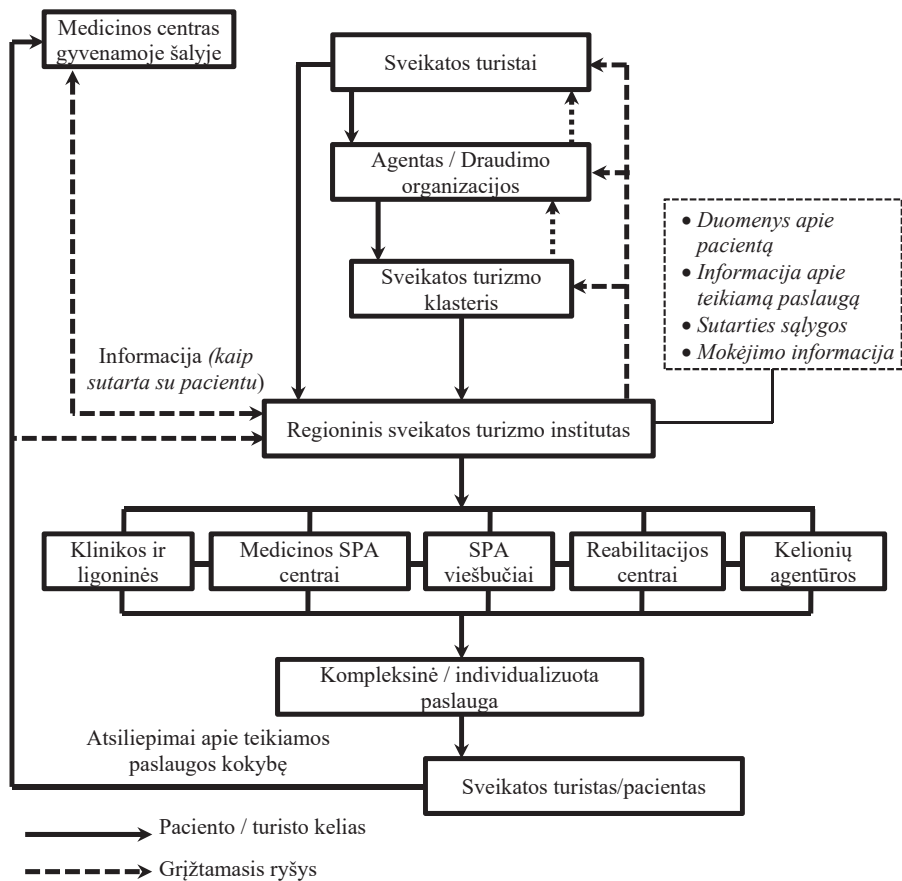
Apibendrinus iš CRO-EST-LAT-LTU-POR-POL-TUR ekspertų gautus duomenis, išskiriamos šios esminės rekomendacijos:

1. Regioninės institucijos, kaip tarpinės institucijos, atstovaujančios valstybinius ir privačius sveikatos turizmo industrijos objektus steigimas.
2. Didesnis vyriausybės įsitraukimas siekiant suderinti sveikatos turizmo plėtros planus regioniniu lygiu.
3. Paramos naujiems partneriams skyrimas, nustatant aukštos kokybės paslaugų teikimo reikalavimus.
4. Sistemos, kuri fiksuotų sveikatos turizmo turistus/pacientus, optimizuotų duomenis ir teiktų pasiūlymus sukūrimas.

Dabartinė COVID-19 paveikta pandeminė situacija pasižymi dideliu neapibrėžtumu laipsniu ir veikimo lauko apribojimu. Tarptautinių kelionių ir sveikatos turizmo sektoriai turi būti budrūs ir teikti pirmenybę sveikatos ir saugos klausimams. Rekomenduojama sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams plėtoti telemedicinos platformas, kad būtų galima susisiekti tiek su vietiniais pacientais, tiek su tarptautiniais pacientais, pasiūlant platų gydymo paslaugų spektrą. Kartu reikėtų kurti sveikatos paslaugas COVID-19 persirgusiems/paskiepytiems pacientams ir patiriantiems liekamąsias pasekmes (*komplikacijas*).

Atliktais empiriniai tyrimais pagrįsta, kad siekiant išnaudoti stipriąsias sveikatos turizmo puses ir sumažinti grėsmes, tikslinga sukurti sveikatos turizmo valdymo platformą, kuri apimtų šias funkcijas (45 pav):

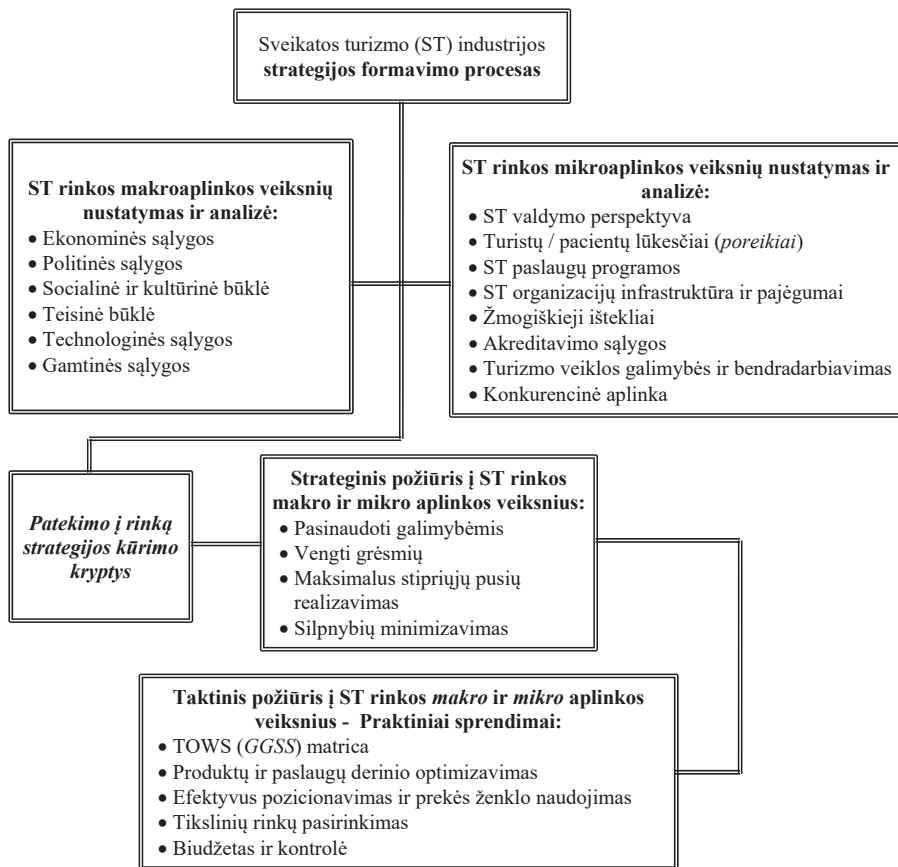
- bendravimą ir bendradarbiavimą su valstybinėmis valdžios institucijomis, ministerijomis, visuomeninėmis organizacijomis, profesinėmis bendruomenėmis ir asociacijomis nacionaliniu ir tarptautiniu lygmenimis;
- visų dalyvių darbo koordinavimą organizuojant medicinos paslaugų teikimo užsienio piliečiams sistemos organizacinę struktūrą;
- rinkodaros strategijos sudarymą ir įgyvendinimą;
- informacinio portalo turinio palaikymą, paslaugų kūrimą ir organizavimą;
- sąveiką ir darbo koordinavimą su pagalbą teikiančiomis organizacijomis, medicinos centrais, kelionių ir draudimo kompanijomis, ir kt., dalyvaujančiomis teikiant sveikatinimo ir sveikatingumo paslaugas pacientui iš užsienio;
- sutarčių sudarymą su visais sistemos organizacinės struktūros dalyviais ir teisinę paramą;
- finansinių srautų reguliavimą, abipusių atsiskaitymų su sistemos dalyviais organizavimą ir kontrolę;
- principo „nuo slenksčio iki slenksčio“ įgyvendinimą;
- medicinos paslaugų užsienio piliečiams teikimo taisyklių, algoritmų ir standartų kūrimą, derinimą ir patvirtinimą.



45 pav. Sveikatos turizmo valdymo platforma

Šioje sveikatos turizmo valdymo platformoje yra užtikrinamas ir įgyvendinamas valdymas iš vieno išsiuntimo centro; visų rūšių išteklių konsolidavimas visais valdymo lygmenimis; griežta medicinos paslaugų ir sistemos kokybės kontrolė, prieiga prie tarpininkų medicinos centrų, vidaus sistemų ir susijusių paslaugų; individuali paslauga kiekvienam sveikatos turistui; taip pat įdiegiamas „nuo durų iki durų“ principas.

Tikslinga parengti sveikatos turizmo plėtros programą/-strategiją laikantis strateginio požiūrio į sveikatos turizmo industrijos plėtojimą (46 pav). Taip pat tikslinga numatyti ilgalaikes ir tęsines paramos priemones, ir sukurti sveikatos turizmo organizacijų atrankos metodiką, atsižvelgiant į turistinės vietovės išorinės aplinkos veiksnius, įtraukiant šiuos etapus: a) gydymo įstaigų – potencialių programos dalyvių registro formavimas; b) gydymo įstaigų atitikties sveikatos turizmo plėtros programos reikalavimams kriterijų rengimas; c) tam tikro laikotarpio sveikatos turizmo plėtros programos įgyvendinimo rezultatų stebėjimas.



46 pav. Strateginis požiūris į sveikatos turizmo industrijos plėtojamą

Sveikatos turizmo sprendimus priimančias asmenys turi atsižvelgti į pagrindinių sveikatos priežiūros sistemos dalyvių, įskaitant sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus (*tokias įstaigas kaip ligoninės, reabilitacijos centrai; SPA viešbučiai ir kt.*), draudimo kompanijų, darbuotojų, medicinos klasterių/asociacijų ir tiekimo įmonių poveikį. Mikroaplinka apima verslo savininkus, vadovus, darbuotojus, pacientus, paslaugų ir įrangos tiekėjus, agentūras ir net konkurentus, kurie tiesiogiai ar netiesiogiai veikia sveikatos turizmo galimybes efektyviai veikti savo tikslinėse rinkose. Sprendimų priėmėjai turi atsižvelgti į suinteresuotųjų šalių lūkesčius, efektyviai veikti, kad sveikatos turizmo industrija būtų sėkminga ir veiksminga. Sveikatos priežiūros sektoriuje turi būti pakankamai fizinės infrastruktūros. Tai apima ne tik tradicinius elementus, pvz., į poreikius orientuotus kelius ir statybinius elementus, bet ir medicinos pagalbos paslaugas, įskaitant pakankamą kvalifikuotų gydytojų, sveikatos priežiūros darbuotojų, intensyviosios terapijos skyrių ir technologinių priemonių skaičių.

Sveikatos turizmo organizacijų partnerystė turi apimti šiuos aspektus: bendrą rinkodaros ir prekės ženklo strategiją; betarpišką keitimąsi informacija; finansinių išteklių sutelkimą; kokybės standartų diegimą; taip pat naujų jungtinių produktų paslaugų kūrimą ir vystymą.

Reklamos strategijų tobulinimas. Empirinio tyrimo metu Lietuvoje buvo nustatyta, kad viena iš didžiausių sveikatos turizmo pramonės silpnybių yra rinkodaros veiklos stoka užsienio rinkose. Potencialūs turistai-/pacientai nepakankamai žino apie Lietuvą, kaip sveikatos turizmo paskirties vietą. Reikia aktyvesnių, tikslingesnių ir veiksmingesnių rinkodaros sprendimų. Šie sprendimai gali apimti sveikatos priežiūros veiklą bendradarbiaujant su tarptautinėmis organizacijomis, nemokamas chirurgines operacijas pacientams, sergantiems retomis ligomis ar neturintiems privilegijų, sėkmingų operacijų atvejų paskelbimą, bendradarbiavimą su kitomis prekybos ar vyriausybiniomis agentūromis, asociacijomis.

Sveikatos turizmo profesionalų ugdymas. Gebėjimas komunikuoti yra viena iš pagrindinių sveikatos turizmo specialistų savybių, įskaitant bendravimą tarp pacientų, gydytojų, administracijos darbuotojų ir slaugytojų. Kadangi pacientai keliauja iš skirtingų šalių, sveikatos turizmo profesionalai turėtų būti skatinami mokytis užsienio kalbų ir suprasti skirtingą kultūrinę aplinką. Norint sėkmingai auginti sveikatos turizmo specialistus, turi būti sukurta nacionalinė kvalifikacijos sistema ir papildomos mokymo programos.

Teisinių klausimų tobulinimas. Tikslinga supaprastinti ir modifikuoti su vizomis susijusias procedūras, įskaitant vizų galiojimo pratęsimą sunkiomis ligomis sergantiems pacientams iš trečiųjų šalių – *sveikatos turizmo vizos sukūrimas*. Minimalizuoti medicininių ginčų dėl nelaimingų medicininių atvejų skaičių.

Į pacientą orientuotų paslaugų sistemų sukūrimas. Numatyti finansavimą: viešbučiams, SPA centrams ir kt., kurie galėtų pritaikyti patalpas medicinos turistui. Pasiūlyti vieno langelio paslaugų sistemą, skirtą: hospitalizavimui, ambulatoriniam gydymui, diagnostiniams tyrimams, sveikatingumo programoms, taip pat integruojant kitus turizmo produktus (kultūrinį, pažintinį, eko- turizmą, kaimo turizmą ir kt.). Taip pat reikia atsižvelgti į kultūrinius, etninius ir religinius skirtumus.

Siekiant užtikrinti pacientų sveikatą ir privatumą, turi būti suprojektuotos ir įgyvendintos į pacientą orientuotos vidaus struktūrinės priemonės ir srutai, bei žingsnis po žingsnio informacijos judėjimo mechanizmas, apimantis tai, kad:

1. Pacientas-/turistas gali savarankiškai, perskaitęs informaciją apie teikiamas sveikatinimo ar sveikatingumo paslaugas, įvesti savo duomenis pagal kontrolinį sąrašą. Kontroliniame sąraše yra forma, kurioje pateikiama informacija apie paciento poreikį gauti tam tikrą medicininę priežiūrą, jo buvimo vietą ir pageidavimus renkantis kliniką su galimybe pridėti medicininių dokumentų nuskaitymus ir tyrimų rezultatus. Informacija yra įkeliami į elektroninį modelį, kuriame kiti proceso dalyviai gali su juo susipažinti. Pacientas-/turistas mato tik tą informaciją, kurią sugeneruoja regioninė sveikatos turizmo institucija (*RSTI*). Tarpininkai (*agentai*) per savo prieigą sukuria asmeninę sąskaitą sveikatos turistui ir padeda jam užpildyti pradinę informaciją.

2. Visą turistų-/pacientų įkeltą informaciją apdoroja regioninio sveikatos turizmo instituto sukurta IT struktūra. Informacija, gauta iš kliento, gydytojo ar gydymo įstaigos gyvenamosios vietos ar kliento šalyje, įkeliama į duomenų bazę. RSTI koordinuoja medicinos paslaugas teikiančią gydymo įstaigą su pacientu-/turistu ir perduoda duomenis sveikatos turizmo organizacijai. Taip pat užtikrinamas grįžtamąjio ryšio procesas ir sąveika su klinika ar gydytoju paciento gyvenamojoje šalyje.
3. Akredituotoms (*ISQua; SOFIHA; JCI ir kt.*) sveikatos turizmo organizacijoms RSTI pateikia sugeneruotą informaciją, kurią išnagrinėjęs priimamas sprendimas priimti pacientą-/turistą arba atsisakyti nurodant priežastį arba patikslinančią informaciją. Priėmus sprendimą teikti sveikatinimo-/sveikatingumo paslaugas, pacientas-/turistas perkeliamas į paciento statusą. Sveikatos turizmo organizacija realiuoju laiku stebi esamą informaciją apie atvykstančius ir besigydančius pacientus ir rengia apžvalgas ar teikia pasiūlymus.
4. Pacientas-/turistas gauna jo prašymu suformuotą pasiūlymą ir išsirenka reikalingas paslaugas su nurodytomis kainomis. Pacientas priima siūlomas paslaugų teikimo datas ir visus organizacinius pasiūlymus, sumoka už perkėlimo / apsigyvenimo vizos / vertėjo paslaugas ir kt.
5. Užbaigtos sveikatos turizmo paslaugos įkeliamos į atskirą bloką. Šioje informacijoje yra visa gydymo įstaigos ir paciento sąveikos istorija. Nurodoma diagnozė, tyrimo rezultatai, atliktos medicininės intervencijos aprašymas ir rezultatai bei gydytojo rekomendacijos. Pacientas, medicinos centras, gyvenamoji šalis (*kliento prašymu*) ir RSTI turi prieigą prie informacijos.
6. Gavęs visas paslaugas, pacientas įvertina gautų medicinos ir kitų paslaugų kokybę naudojantis sveikatos turizmo valdymo platforma. Ši informacija leis gauti grįžtamąjį ryšį apie sveikatos turizmo organizacijų teikiamų paslaugų kokybę ir atliepti paciento-/turisto lūkesčius.

Empirinio tyrimo metu identifikuoti veiksniai, kurie užtikrintų veiksmingą sveikatos turizmo institucijų partnerystę. Ekspertai išskiria veiksmingos partnerystės dėdamašias, tokias kaip: komunikavimo šrauto užtikrinimas (*bendradarbiaujančios organizacijos turi parengti platformą, leidžiančią palaikyti informacinį šrautą horizontaliomis ir vertikaliosiomis organizacijų kryptimis*); mažų laimėjimų požiūrio taikymas (*tikslinga suskirstyti darbą į mažas užduotis, leidžiančias organizacijos nariams pamatyti konkrečius rezultatus per trumpesnį laikotarpį, taip sukuriant teigiamą grįžtamąjį ryšį bendradarbiavimo procese, didinant darbuotojų įsipareigojimą, įsitraukimą ir pasitikėjimą*); tolygus jėgų balansas (*partnerystėje vienas ar keli pagrindiniai partneriai, suinteresuotieji subjektai turi pasižymėti tolygiu galios pasiskirstymu, esant priešingai situacijai, bendradarbiavimo procesas bus pažeidžiamas veikėjams manipuliuojant, kurie organizacijoje turi gana didelę galią*); koordinavimo funkcijos integravimas (*dideliam organizacijos tarpusavio priklausomybės poreikiui reikia koordinavimo, kuris yra pagrindinis organizacijos funkcionalumo ir veiklos elementas*); pasitikėjimo kūrimas (*susidariusiai priešpriešai ir nuomonių išsiskyrimui pasitikėjimas tampa svarbiausiu veiksnium, lemiančiu bendradarbiavimo procesą*). Šie veiksniai skatintų mentaliteto pasikeitimus, suvienodintų vertybinį pamatą, sukurtų bendrumo jausmą ir kompetencijų lygį.

Bendras sutarimas, kad sveikata yra visuotinė žmogaus teisė.

Atliktos analizės pagrindu galima teigti, kad disertacijoje suformuoti teiginiai yra patvirtinti.

Pirmasis ginamasis teiginys. Sistemingą, reguliarią ir nenutrūkstamą sveikatos turizmo plėtrą trikdo šie stabdantys veiksniai: neefektyvi sveikatos turizmo rinkodaros strategija; prastas planavimas ir koordinavimas visame sektoriuje; patikimos statistikos trūkumas ir problemos, susijusios su tuo, kad: nėra aiškios ir vieningos sveikatos turizmo platformos; nepakankamai pritaikytas užsienio pacientams valstybinis sveikatos priežiūros sektorius; neišplėta organizacinės partnerystės kultūra.

Ginamąjį teiginį galima patvirtinti. Atlikus empirinį tyrimą buvo identifikuotos šios Lietuvos sveikatos turizmo problemos: *nėra aiškios ir vieningos sveikatos turizmo platformos; nepakankamai pritaikytas užsienio pacientams valstybinis sveikatos priežiūros sektorius; neišplėtos partnerystės galimybės, vyrauja daugiau individualus požiūris į finansinę atskaitomybę ir pelno siekimą; neatliekama objektyvi sveikatos turizmo ekonominių ir statistinių rodiklių analizė; nėra tinkamai išvystytos medicinos paslaugų kokybės bei rezultatų stebėsenos ir vertinimo sistemos.* Ekspertai iš **Lenkijos** išskyrė šias esmines sveikatos turizmo problemas: *nėra aiškios ir vieningos sveikatos turizmo platformos; sveikatos turizmo vertės grandinės modelis neišvystytas praktiniu lygmeniu; neišvystyta medicinos paslaugų kokybės ir rezultatų stebėsenos vertinimo sistema; nepakankamai pritaikytas užsienio pacientams valstybinis sveikatos priežiūros sektorius.* **Tarptautinio** tyrimo metu ekspertai iš CRO-EST-LAT-POR-TUR, kaip pirmiausiai spręstinas problemas, išskyrė tai: *sveikatos turizmo vertės grandinės modelis neišvystytas praktiniu lygmeniu; neatliekama objektyvi sveikatos turizmo ekonominių ir statistinių rodiklių analizė; nėra aiškios ir vieningos sveikatos turizmo platformos; nepakankamai pritaikytas užsienio pacientams valstybinis sveikatos priežiūros sektorius.*

Empirinio tyrimo metu buvo nustatyti šie sveikatos turizmo plėtrą stabdantys veiksniai: **Lietuvoje** – *neefektyvi sveikatos turizmo rinkodaros strategija; neišplėta sisteminių kontaktų su užsienio medicinos centrais ir tarpininkais patirtis; geopolitinė situacija regione.* Lenkijoje: *bloga medicinos kompetencijų reputacija; prastas planavimas ir koordinavimas visame sektoriuje; patikimos statistikos trūkumas.* CRO-EST-LAT-POR-TUR: *patikimos statistikos trūkumas; prastas planavimas ir koordinavimas visame sektoriuje; neefektyvi sveikatos turizmo rinkodaros strategija.*

Ginamąjį teiginį galima papildyti, kad sistemingą ir reguliarių sveikatos turizmo vystymą trikdo tai, kad: *sveikatos turizmo vertės grandinės modelis neišvystytas praktiniu lygmeniu; neišvystyta medicinos paslaugų kokybės ir rezultatų stebėsenos vertinimo sistema; bloga medicinos kompetencijų reputacija; prastas planavimas ir koordinavimas visame sektoriuje; patikimos statistikos trūkumas.*

Antrasis ginamasis teiginys. Veiksmingą regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemos įgyvendinimą lemia: *sveikatos turizmo valdymo struktūros nacionaliniu lygiu sudarymas ir regioninės sveikatos turizmo institucijos suformavimas.*

Ginamąjį teiginį galima patvirtinti. Atliktu tyrimu pagrįsta, kad užtikrinant veiksmingą sveikatos turizmo valdymą, tikslinga sudaryti valdymo struktūrą, kurioje yra identifikuotos reikšmingiausios institucijos ir organizacijos, atsakingos už: sveikatos turizmo politikos formavimą ir sprendimų priėmimą; politikos vykdymą ir stebėseną; įgyvendinimą. Kaip jungiamosios grandies efektyvumą ir stiprinimą, ekspertai išskyrė regioninės sveikatos turizmo institucijos reikalingumą, kuris vykdytų šias funkcijas: sąveikos su fasilitatoriais, tarpininkais, tiekėjais, dispečeriais; informacijos teikimo; visų sveikatos turizmo sistemos dalyvių darbo koordinavimo; kontrolės ir medicinos paslaugų ekspertizės; sąveikos su medicinos centrais, taip pat užtikrintų informacinius šaltinius medicinos paslaugoms skatinti.

Empirinis tyrimas ginamąjį teiginį papildė, kad siekiant veiksmingos regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje turi būti sudaromas mechanizmas ES struktūriniais fondams ir verslo investicijoms pritraukti; taip pat turi būti parengtas sveikatos turizmo paslaugų teikimo standartas siekiant užtikrinti paslaugų prieinamumą ir kokybę; sukurta visus Lietuvos regionus apimanti regioninė sveikatos turizmo strategija; užtikrinamas partnerystės ir bendravimo plėtojimas tarp valstybinių medicinos įtaigų ir privačių medicinos institucijų.

IŠVADOS

1. Atlikta regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemų teorinių prielaidų analizė atskleidė, kad:

- 1.1. Regioninės partnerystės valdymas – tai teorinė koncepcija, naudojama siekiant pabrėžti suinteresuotųjų šalių, dalyvaujančių koordinuojant regioninės plėtros procesus ir savireguliaciją, atsirandančią sudėtingose situacijose, reikalaujančią valstybinių ir nevalstybinių veikėjų bendradarbiavimo; šios suinteresuotosios šalys atstovauja valstybinei ir nevalstybinei sričiai ir turi skirtingą pagrindą, interesus ir darbotvarkę.
- 1.2. Organizacinės partnerystės sąvoką apibūdinantys bruožai: bendradarbiavimu grįsti santykiai; ryšiai užmezgami sutartimis; veikla valdoma kelių skirtingų verslo subjektų; santykiai, kurie paremti bendru tikslu, ir santykiai, paremti bendros rizikos pasidalijimu.
 - 1.2.1. Veiksmingą sveikatos turizmo organizacijų partnerystę užtikrina šie veiksniai: pasitikėjimas ir įsipareigojimas; abipusė atsakomybė; dėmesys procesui; aiškus sprendimo priėmimo procesas; spręstinių problemų pasidalijimas.
- 1.3. Pagal sveikatos turizmo procedūrų-/paslaugų įgyvendinimo pobūdį, kuris apima du porūšius: medicinos ir sveikatingumo-/SPA turizmą, – sveikatos turizmo paslaugų spektrą galima suskirstyti taip: 1) palaikyti normalų kūno funkcionavimą esant ir progresuojant lėtinėms ligoms; 2) preventcinė medicinos kryptis, kuria siekiama užkirsti kelią galimoms ligoms; 3) medicinos ir sveikatingumo-/SPA turizmo reabilitacijos kryptis, kuri apima fizinio aktyvumo elementus ir fizioterapijos pratimus; 4) psichinės sveikatos ir psichosomatinės pusiausvyros stiprinimo kryptis.
- 1.4. Išskiriami turistų-/paciento motyvai pagal kelionės ciklą, – *prieš procedūrą*: bendros kelionės ir gydymo išlaidos; medicininės procedūros kokybė; gydytojų kompetencija; mokėjimo sąlygos. *Procedūros etape*: efektyvus sveikatos turizmo institucijų koordinavimas; konfidencialumo ir privatumo užtikrinimas; dėmesys paciento-/turisto poreikiams. *Po procedūros etape*: aiškios ir suprantamos išleidimo instrukcijos; pasveikimo stebėjimas ir fizinės bei reabilitacinės terapijos priemonės; galimybė konsultuotis grįžus namo.
- 1.5. Išnagrinėjus rizikos valdymo sistemas-/algoritmus-/modelius, nustatyta, kad reikšmingiausios prielaidos sėkmingam sveikatos turizmo rizikų valdymo procesui yra šios: rizikos analizė-/numatymas; nelaimingų įvykių/-veiksnių identifikavimas; strateginis planavimas; kontrolės ir grįžtamojo ryšio užtikrinimas; rizikos profilio sudarymas, kurio metu visi galimi rizikos veiksniai yra klasifikuojami ir prioretizuojami.
- 1.6. Tinklaveikos ir tarporganizacinės partnerystės reiškinį apibūdina šie bruožai: tarpusavio priklausomybė; koordinavimas; pliuralizmas; bendradarbiavimas. Efektyvus tinklų sistemos valdymas apima tai: *tinklų struktūrą*, kurios veiksmų koordinavimas remiasi tarpusavio pasitikėjimo bei komandinio

bendradarbiavimo principais; konkrečius tikslus ir veiksmus, kurie yra tinkami ir pakankami sprendžiant platesnius valdymo sistemos klausimus; tinklų dalyvių išsamų susipažinimą su numatytais tikslais ir veiksmis.

- 1.7. Išnagrinėjus tinklaveikos reiškinių, išskiriami šie privalumai: darbo susitari- mai ir veikla yra greitai pritaikomi prie išorės ir vidaus poreikių; masto eko- nomija, kuri didina plėtros pajėgumus; bendradarbiavimas yra orientuotas į paklausą; bendradarbiavimas yra horizontalus ir grindžiamas savanorišku dalyvavimu. Tinklaveikos reiškinių trūkumai: atsakomybės pasiskirstymo aiškumo stoka; sudėtinga kontroliuoti grįžtamąjį ryšį.
- 1.8. Partnerystės režimu veikiančių sveikatos turizmo klasterių viduje susiformuoja intensyvūs žinių mainų srautai, kurie dėl konkurencijos yra intensyviai eksplo- atuojami, sudaromos sąlygos konkurenciniam pranašumui bei ekonominiam augimui. Sveikatos turizmo klasterių plėtros tikslas – vertės kūrimo grandinės efektyvinimas, integruojantis į tarptautinius sveikatos turizmo tinklus.

2. Atlikus regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje empiri- nio tyrimo metodologinį pagrindimą, galima daryti tokias išvadas:

- 2.1. Pagrįsta, kad: *realityvistinė ontologinė kryptis*, kurioje pažymima, kad egzis- tuoja esminiai skirtumai tarp gamtos ir socialinių reiškinių ir kad žmonės, skirtingai nei gamta, turi kultūrinę įtaką ir gyvena savo bendrą interpreta- cijų pasaulyje, todėl skirtingi stebėtojai/-tyrėjai gali turėti skirtingą požiūrį, todėl tiesa ir patirtis gali skirtis; *subjektyvistinė epistemologinė kryptis*, kuri apibūdinama kaip interpretacinis anti-pozityvistinis metodas, kuris gerbia žmonių ir gamtos mokslo objektų skirtumus, – remiantis šiuo požiūriu skir- tingi tyrėjai gali skirtingai konstruoti prasmes, netgi tų pačių reiškinių atžvil- giu – *tinkamiausiai atlieps disertacijos empirinį tyrimą bei rezultatus, išvadas*.
- 2.2. Sudaryta empirinio tyrimo struktūra, kuri remiasi duomenų trianguliacijos principu, gaunant duomenis iš kelių šaltinių skirtingų tyrimo metu – *atlikti trys ekspertiniai vertinimai*: Lietuvoje (15 ekspertų); Lenkijoje (10 ekspertų) ir tarptautinis tyrimas Kroatijoje (1 ekspertas), Estijoje (1 ekspertas), Latvi- joje (2 ekspertai), Portugalijoje (1 ekspertas), Turkijoje (2 ekspertai).

3. Išnagrinėjus sveikatos turizmo valdymo sistemų situaciją, problemas, skati- nančius ir stabdančius veiksnius, daromos šios išvados:

- 3.1. Ekspertinio vertinimo tyrimo pagrindu nustatyta, kad Lietuvos sveikatos tu- rizmas yra II, t. y. B, – konfigūracijos gyvavimo ciklo stadijoje. Šioje stadijoje būtini du esminiai iššūkiai, t. y., partnerystės, o ne konkurencingumo skati- nimo ir pasiūlos bei paklausos išgryninimo. Pagrindinės išylančios valdymo problemos B stadijoje: atsakomybių pasiskirstymas tarp sveikatos turizmo tinkle esančių dalyvių ir tai, kad yra aktualu įveikti viešojo ir privataus sektorių pasipriešinimą pokyčiams. Šių valdymo problemų išsprendimas pagal ekspertų vertinimą sąlygoja sveikatos turizmo plėtrą nacionaliniu ir tarptautiniu mastu bei sukuria sveikatos turizmo tinklo dalyviams naudą vykdant naujų produktų plėtrą organizacijose ir pasitikėjimo augimo plečiantis į naujas rinkas.

- 3.2. Pagal gautus ekspertinio vertinimo rezultatus sudarytą SSGG sveikatos turizmo matricą Lietuvoje, yra išskiriamos šios esminės: stiprybės – aukštos kokybės medicinos personalas ir paslaugos; Lietuvos sveikatos turizmo paslaugų kaina ir kokybė vertinama teigiamai. Silpnybės – neparengta sveikatos turizmo strategija (prioritetai – jų įgyvendinimas: priemonės; veiksmai; finansavimas; tęstinumas); EIM ir SAM bendrystės nebuvimas. – ES struktūrinių fondų ir verslo investicijų pritraukimas sveikatos turizmo plėtojei; integracija į tarptautinius sveikatos turizmo tinklus. Grėsmės – sveikatos turizmo statistikos trūkumas; neparengta sveikatos turizmo valdymo struktūra. Iš to seka būtini sprendimai prioritetų tvarka: medicinos paslaugų, grįstų IT technologijomis, plėtra; teisinių klausimų tobulinimas; būtinybė didinti bendradarbiavimą tarp mokslo, – verslo ir politikos institucijų.
- 3.3. Išskiriamos šios esminės sveikatos turizmo problemos Lietuvoje: nėra aiškios ir vieningos sveikatos turizmo platformos; nepakankamai pritaikytas užsienio pacientams valstybinis sveikatos priežiūros sektorius; nėra tinkamai išvystytos medicinos paslaugų kokybės bei rezultatų stebėsenos ir vertinimo sistemos. Ekspertai iš Lenkijos ir CRO-EST-LAT-POR-TUR išskiria tai: nesudaryta aiški ir vieninga sveikatos turizmo platforma; sveikatos turizmo vertės grandinės modelis neišvystytas praktiniu lygmeniu; neatliekama objektyvi sveikatos turizmo ekonominių ir statistinių rodiklių analizė.
- 3.4. Svarbiausiu sveikatos turizmo plėtrą skatinančiu veiksmu ekspertai iš Lietuvos išskyrė – turizmo infrastruktūros išsivystymo veiksnį, ekspertai iš Lenkijos šį veiksnį išskyrė ketvirtuoju numeriu, o ekspertai iš CRO-EST-LAT-POR-TUR skyrė trečią vietą. Pagrindiniu stabdančiu veiksmu Lietuva ir CRO-EST-LAT-POR-TUR išskyrė – neefektyvią sveikatos turizmo rinkodaros strategiją, o ekspertai iš Lenkijos šį veiksnį mato septintoje vietoje. Ekspertai iš Lenkijos, kaip svarbiausią skatinantį plėtros veiksnį, išskiria – efektyvų ir prieinamą gydymą, o CRO-EST-LAT-POR-TUR – aktyvų sveikatos turizmo politikos formavimą. Sveikatos turizmo plėtrą stabdančiu veiksmu Lenkija nurodė – blogą medicinos kompetencijų reputaciją, o CRO-EST-LAT-POR-TUR – patikimos statistikos trūkumą.

4. Ištyrus tarporganizacinės partnerystės bruožus sveikatos turizmo valdymo sistemoje, daromos šios išvados:

- 4.1. Ekspertai iš Lietuvos konstatavo, jog tarporganizacinė partnerystė turi būti orientuota į nenutrūkstamo ir darnaus proceso užtikrinimą vykdant veiklą, aktyviai ir geranoriškai dalijantis žiniomis ir informacija bei siekiant aukšto tarpusavio pasitikėjimo laipsnio. Siekiant veiksmingo tarporganizacinės partnerystės suvaldymo, tikslinga sudaryti aiškius pavaldumo ryšius; vadovavimą orientuoti į projekto tikslus, užduočių paskirstymą, terminų ir atlikimo kontrolę.
- 4.2. Atlikus ekspertinį vertinimą Lenkijoje išskiriama esminė tarporganizacinio sąveikos proceso dalis yra bendra rizikos valdymo strategija ir išdiferencijuota

rizika tarp tinklo dalyvių. Esminiai valdymo schemas bruožai yra šie: aiškūs pavaldumo ryšiai; tikslų bei užduočių pasiskirstymas ir etapų kontrolė. Siekiant suvaldyti Lenkijos sveikatos turizmo rizikos valdymo procesą, aktualu įgyvendinti tarpusavio integracijos veiklą; inicijuoti bendradarbiavimą su konkurentais; siekiamybę susidaryti ekonominių ryšių tinklus.

- 4.3. Atlikus tarptautinį ekspertų vertinimą (CRO-EST-LAT-POR-TUR), nustatyta, kad tarporganizacinė partnerystė turi būti pagrįsta vieningais interesais ir sąveikaujančios tinklo dalyvės daug laiko dirba drauge, užtikrinant pasidalytąją riziką tarp tinklo dalyvių. Tinklo valdymas turi būti orientuotas į aiškų ir pagrįstą užduočių atlikimo procesą, atsakomybę pasidalijant konsensuso būdu.

5. Atlikus regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje empirinį tyrimą sudaryta sveikatos turizmo valdymo struktūra, kuri suponuoja šias išvadas:

- 5.1. Ištyrus nustatyta, kad valstybės mastu sveikatos turizmo valdymo principų nėra išvystyta. Ekspertų vertinimu yra tikslinga, siekiant suformuoti valdymo struktūrą nacionaliniu lygmeniu, išvystyti sveikatos turizmo valdymą regioniniu lygmeniu. Ekspertai nustato, kad stipriausias sveikatos turizmo regioninio valdymo principas yra vietinio augimo ir tęstinumo, o reikalaujanti tobulinimo grandis – prioritetų nustatymas ir jų išsigrnyinimas.
- 5.2. Sveikatos turizmo tinkle ekspertai nustato institucijų reikšmingumą formuojant, vykdam ir įgyvendinant politiką. Pirmajame etape didžiausią reikšmingumą ir tiesioginį ryšį turi LR Vyriausybė ir LR Ekonomikos ir inovacijų ministerija. Antrajame etape – turizmo taryba. Trečiajame – medicinos turizmo klasteriai; klinikos ir ligoninės; medicinos SPA centrai; mokslinių tyrimų institutai.
- 5.3. Pagal ekspertinio tyrimo rezultatus yra sudarytas sveikatos turizmo rizikos valdymo algoritmas iš šešių žingsnių: rizikos tikslų nustatymas ir aprašymas; rizikos profilio sudarymas ir tikimybės įvertinimas; rizikos proceso kontrolė ir prevencija; tobulinimo planai ir jų įgyvendinimas; rizikos imitavimas/reagavimas/mokymasis; rizikos veiksmų identifikavimas ir analizė. Šie žingsniai turi apskaičiuotą svorinį koeficientą pritaikius prioritetų skirstymo ir palyginimo metodą.
- 5.4. Atlikus tarptautinį sveikatos turizmo ekspertinį vertinimą, galima išskirti regioninio sveikatos turizmo instituto reikšmę, – jis užimtų koordinuojančio instituto vaidmenį, vykdydamas šias pagrindines funkcijas: visų sveikatos turizmo sistemos dalyvių darbo koordinavimą; informacijos teikimą ir sąveiką su tarpininkais / fasilitatoriais / tiekėjais / dispečeriais. Svarbiausias tarporganizacinės sąveikos tikslas – interesų vieningumas bei darnaus proceso užtikrinimas.
- 5.5. Atlikus tarptautinį ekspertinį sveikatos turizmo valdymo sistemos vertinimą, ekspertai išskyrė šias veiksmingos regioninės sveikatos turizmo partnerystės dedamąsias: komunikacijos srauto užtikrinimą; taikyti mažų laimėjimų požiūrį; tolygų jėgų balansą; koordinavimo funkcijos integravimą ir pasitikėjimo kultūros kūrimą.

REKOMENDACIJOS

Rekomendacijos institucijoms, atsakingoms už sveikatos turizmo organizacijų plėtrą, t. y. – LR Vyriausybei; LR Ekonomikos ir inovacijų ministerijai; LR Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Siekiant aiškios ir atsakingos valdymo struktūros vykdant sveikatos turizmo plėtrą Lietuvoje, rekomenduojama paskirti šias esamas institucijas: LR Sveikatos apsaugos ministeriją ir Turizmo politikos skyrių prie LR EIM; tikslinga įkurti Nacionalinę medicinos turizmo asociaciją. Šios institucijos vykdytų sumanų sveikatos turizmo valdymą, atliktų paslaugų reglamentavimą ir sertifikavimą, kurtų patikimo sveikatos turizmo prekės ženklo įvaizdį ir sukurtų sąlygas pritraukti ilgalaikius sveikatos turistus.
2. Siekiant efektyvaus sveikatos turizmo plėtos proceso reikia plėtoti klasterizacijos politiką, kuri skatintų tvarius tinklus ir partnerystes sveikatos turizme; sukurti IT platformos prieigą prie išteklių, reikalingų efektyviam klasterių valdymui; sukurti paramos priemonę „Sveikatos institucijų partnerystė“, kuri būtų skirta sveikatos turizmo organizacijoms, klasteriams ir mokslinių tyrimų institutams, kuriant sveikatos turizmo produktus, integruojantis į globalias vertės grandines.
3. Rekomenduojama sukurti standartizuotą sistemą, pagal kurią būtų atliekama objektyvi sveikatos turizmo ekonominių ir statistinių rodiklių analizė; išvystyti sveikatos turizmo paslaugų kokybės bei rezultatų stebėsenos ir vertinimo sistemas; pašalinti teisinės bazės barjerus.
4. Modernizuojant sveikatos turizmo regioninį valdymą bei siekiant užtikrinti valdymą nacionaliniu lygiu, rekomenduojama įsteigti regioninę sveikatos turizmo instituciją, kuri vykdytų šias funkcijas: teisinės paramos; rinkodaros; sąveikos su fasilitatoriais, tarpininkais ir tiekėjais; kontrolės ir medicinos paslaugų ekspertizės; informacijos teikimo; visų sistemos dalyvių darbo koordinavimo; finansinių srautų ir tarpusavio atsiskaitymų reguliavimo; sąveikos su medicinos centrais; veiktų kaip informaciniai šaltiniai sveikatinimo ir sveikatingumo paslaugoms skatinti.

Rekomendacijos sveikatos turizmo organizacijoms, t. y. – Medicinos turizmo klasteriui, Nacionalinei sanatorijų ir rehabilitacijos įstaigų asociacijai:

1. Siekiant gerinti sveikatos turizmo paslaugų kokybę rekomenduojama atnaujinti medicininės technologijas ir mokyti žmogiškuosius išteklius tarptautiniu mastu. Išplėtoti sisteminių kontaktų su užsienio medicinos centrais ir tarpininkais patirtį.
2. Rekomenduojama, siekiant išnaudoti stipriąsias sveikatos turizmo puses ir sumažinti grėsmes, sukurti sveikatos turizmo technologinę platformą, kuri apimtų: gydymo įstaigas; SPA centrus; skrydžio rezervavimo nuorodas; gydymo pasiūlymus; leistų pasirinkti specialistus ir atlikti rezervacijas pagal pateiktą paslaugų kainodaros sistemą.

3. Siekiant įvertinti sveikatos turizmo etapų – (tai yra profilaktika; ūmaus simptomo-/-fazės pašalinimas; pasveikimas visiškas-/-dalinis pasveikimas) svarbumą, atskiroms sveikatos turizmo paslaugų grupėms rekomenduojama vadovautis ekspertinio tyrimo metu patvirtina struktūra, pagal kurią yra sudaroma galimybė standartizuoti sveikatos turizmo paslaugas, planuoti, organizuoti, valdyti ir kontroliuoti paciento/turisto kelią suvaldant žmogiškojo faktoriaus klaidas.

Rekomendacijos tolimesniems moksliniams tyrimams:

1. Ištirti ir įvertinti Lietuvos regionų turimų išteklių potencialą sveikatinimo ir sveikatingumo paslaugoms plėtoti.
2. Įvertinti sveikatos turizmo valdymo sistemos ir regioninės sveikatos turizmo institucijos taikymą praktiniu lygmeniu ir problematiką.
3. Ištirti sveikatos turizmo valdymo platformos efektyvumą lemiančius veiksnius.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

4. Alberti, F.G., Giusti, J.D., Papa, F. 2014. Competitiveness policies for medical tourism clusters: government initiatives in Thailand, *Int. J. Economic Policy in Emerging Economies*, Vol. 7, No. 3, pp.281-309.
5. Arts, K., Fischer, A., van der Wal, R. 2014. Political decision making, governance shifts and Scottish animal reintroductions: are democratic principles at stake? *Journal of Environmental Planning and Management*, Vol. 57, No. 4, pp.612-628.
6. Alonso-Alvarez, L. 2012. The value of water: the origins and expansion of thermal tourism in Spain, 1750-2010. *Journal of Tourism History*, Vol.4, No.1, pp.15-34.
7. Alberti, F.G., Giusti, J.D., Papa, F. 2014. Competitiveness policies for medical tourism clusters: government initiatives in Thailand, *Int. J. Economic Policy in Emerging Economies*, Vol. 7, No. 3, pp. 281-309.
8. Astawa K, Suardani, A.A.P., Harmini, A.A. 2018. Explorative study on management model of tourism business zone at Kuta, Bali. *Journal of Physics: Conference Series*, Vol.953, No.1, pp.1-6.
9. Addae-Boateng, S., Wen,X., Brew, Y. 2015. Contractual Governance, Relational Governance, and Firm Performance: The Case of Chinese and Ghanaian and Family Firms. *American Journal of Industrial and Business Management*, Vol. 5 No. 5, pp. 288-310.
10. Adebisin, F., Kotze, P., Gelderblom, H. 2011. Design research as a framework to evaluate the usability and accessibility of the Digital Doorway. *Paper presented at Design, development & research*, 26-27 September, 2011, Cape Town., pp.306-323.
11. Andrijauskaitė, L. 2015. Socialinių paslaugų sistema Lietuvoje viešojo valdymo modernizavimo kontekste, Daktaro disertacija, Vilnius: MRU.
12. Andersson, T., Schwaag-Serger, S., Sorvik, J., Hansson, E. (2004). The Cluster Policies Whitebook. – Sweden: IKED.
13. Aldebert, B., Dang, R. J., Longhi, C. 2011. Innovation in the tourism industry: The case of Tourism. *Tourism Management*, Vol.32, No.5, pp.1204-1213.
14. Armaitienė, A., Zacharčenko, L. 2012. Regioninė turizmo politika Lietuvoje. *Tiltai*, Nr.2, p. 47-58.
15. Armaitienė, A., Jonaitienė, E. 2011. Klaipėdos ir Vilniaus miestų gyventojų požiūrio į turizmo plėtrą lyginamoji analizė. *Tiltai*, Nr.4, p.65-76.
16. Andrades, L., Dimanche, F. 2016. Tourism management, *Journal of Travel Research*, p.57-59. Prieiga internetu: <https://www.researchgate.net/publication/302139257>
17. Ааливи, А.Р., Карар, С. 2012. Развитие международных гостиничных сетей. Журнал международного права и международных отношений, № 2, с. 91—95.
18. Babinskas, S., Kanapeckienė, V. 2019. Nepageidaujamų įvykių valdymo patirtis užsienio šalyse, *Visuomenės sveikata*, Vol. 87, Nr. 4, p.20-28.
19. Bučaitė, J., Ambotaitė-Mazeliauskienė, I. 2005. Instituciniai tinklai ir socialinis pasitikėjimas savivaldybės ir nevyriausybių organizacijų sąveikoje. *Viešojo politika ir administravimas*, No. 13.
20. Bukantaitė, D. 2006. Besimokančios tinklinės organizacijos modelis. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, Nr.40, p.23-40.

21. Brass, D.J., Galaskiewicz, J., Greve, H.R., Tsai, W. 2004. Taking stock of networks and organizations: a multilevel perspective. *Academy of management journal*, Vol.47, No.6, pp.795-817.
22. Baležentis, A., Paulauskienė, L. 2012. Ekologinio turizmo vystymas – nuo skatinimo iki darnumo. *Management theory and studies for rural business and infrastructure development*, Vol. 31, Nr.2, p.15-25.
23. Baležentis, A., Žalimaitė, M. 2011. Ekspertinių vertinimų taikymas inovacijų plėtros veiksnių analizėje: Lietuvos inovatyvių įmonių vertinimas. *Management theory and studies for rural business and infrastructure development*, Vol. 27, No. 3, pp. 23-31.
24. Blakely, E. J. 1989. *Planing Local Development*. SAGE Publications, Inc.
25. Buškevičiūtė, E., Leškevičiūtė, A. 2008. Rizikos valdymas draudimo įmonėse. *Taikomoji ekonomika: sisteminiai tyrimai*, Vol.2, No.2, p.59-79.
26. Baležentis, A., Žalimaitė, M. 2012. Lietuvos inovacijų infrastruktūra: struktūrinis funkcinis požiūris. *Viešoji politika ir administravimas*, Vol.11, No. 2, p.198-212.
27. Brinkerhoff, D.W., Brinkerhoff, J.M. 2011. Public-private partnerships: Perspectives on purposes, publicness & good governance. *Public Administration & Development*, Vol.31, No.1, pp.2-14.
28. Boardman, C. 2009. Government Centrality to University-Industry Interactions: University Research Centers and the Industry Involvement of Academic Researchers. *Research Policy*, Vol.38, pp.1505-1516.
29. Bruneckienė, J., Krušinskas, R. 2011. ES struktūrinės paramos įtakos Lietuvos regionų plėtrai ir išsivystymo netolygumams mažinti vertinimas. *Ekonomika ir vadyba*, No. 16, pp. 127-136.
30. Boyer, E.J. 2019. How does public participation affect perceptions of public-private partnerships? A citizens' view on push, pull, and network approaches in PPPs. *Public Management Review*, Vol.21, No.10, pp.1464-1485.
31. Blomgren Bingham, L. 2011. Collaborative Governance. *The SAGE Handbook of Governance*, London: SAGE, pp.386-401.
32. Bajwa, S.U., Kitchlew, N., Shahzad, K., Rhman, K.U. 2018. Public-Private Partnership (PPP) as an Interdependent Form (I-Form) Organization. *International Journal of Public Administration*, Vol.41, No.11, pp.859-867.
33. Bialk-Wolf, A. 2010. Potencjał rozwojowy turystyki medycznej. *Ekonomiczne Problemy Usług*, No.53, pp.653-662.
34. Buhalis, D. 2000. Marketing the competitive destination of the future. *Tourism Management*, Vol.21, pp.97-116 .
35. Bulut, A., Sengul, H. 2019. Health Tourism in Turkey and The World. *Journal of Management, Economic and Marketing Research*, Vol.3, No.1, pp.45-62.
36. Bryman, A. 2008. *Social research methods*. 3rd Edition, Oxford University Press., New York
37. Borek, E. 2013. Turystyka medyczna w Europie i w Polsce – stan obecny, bariery rozwoju, perspektywy i rekomendacje dotyczące rozwoju przyjazdowej turystyki medycznej w Polsce. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, Vol.11, No.4, pp.333-348.

38. Biernacka, J. 2015. Znaczenie polskiej turystyki medycznej i jej pozycja na światowym rynku turystyki medycznej. *Współczesne Problemy Ekonomiczne*, No, 10, pp.47-58.
39. Bučaitė, J. 2007. Tinklaveikos raiška vietos bendruomenėje. Daktaro disertacija, Kaunas: KTU.
40. Bučinskaitė L. ir Navickienė R. 2013. Medicininio turizmo situacijos analizė pasaulyje ir Lietuvoje. *Mokslas ir praktika: aktualijos ir perspektyvos*. Kaunas.
41. Bartkutė, R. 2014. Socialinio kapitalo dimensijos socialinio darnumo valdyme, Daktaro disertacija, Vilnius: VU.
42. Bailey-Beckett, S., Turner, G. 2001. Triangulation: How and Why Triangulated Research Can Help Grow Market Share and Profitability. Beckett Advisors. Inc.
43. Bishwakarma, G. 2017. Nepalese Schoolchildren as Research Participants: Challenges in Qualitative Research. *Open Journal of Social Sciences*, Vol.5, No.1, pp.52-68.
44. Bryman, A. 2008. Social research methods. 3rd Edition, Oxford University Press., New York.
45. Brondz, I. 2019. Analytic Methods for Quality Control of Scientific Publications Part VI: Presentation in Research Gate, Journal Indexing, and Recognition. *International Journal of Analytical Mass Spectrometry and Chromatography*, Vol.7, pp.37-44.
46. Blaikie, N. 2012. Approaches to Social Enquiry: Advancing Knowledge, 2nd edn. Cambridge: Polity Press.
47. Barkauskienė, K. 2017. Lietuvos kaimo turizmo plėtros veiksnių nustatymas ir vertinimas, Daktaro disertacija, Kaunas: KTU.
48. Barringer, B. R.; Harrison, J. S. 2000. Walking a Tightrope: Creating Value Through Interorganizational Relationships. *Journal of Management*, Vol.26, No.3, pp.367-403
49. Bruneckiene, J. 2010. Šalies regionų konkurencingumo vertinimas įvairiais metodais: rezultatų analizė ir vertinimas. *Economics and management*, pp.25-31.
50. Connell, J. 2013. Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management*, Vol. 34, pp. 1-13.
51. Chew, E.Y.T., Jahari, S.A. 2014. Destination image as a mediator between perceived risks and revisit intention: A case of post-disaster Japan, *Tourism management*, Vol. 40, pp. 382-393, prieiga internetu: <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2013.07.008>
52. Casanueva, C., Gallego, A., Garcia-Sanchez, M.R. 2016. Social network analysis in tourism. *Current issues in tourism*, Vol.19, No.12, pp. 1190-1209.
53. Chia, R. 2002. The Production of Management Knowledge: Philosophical Underpinnings of Research Design. In D. Partington (Ed.), *Essential Skills for Management Research*. London: SAGE Publications Ltd, pp. 1-19.
54. Christian, D. 2015. Koordination in der Regionalplanung: theoretische Überlegungen, empirische Ergebnisse und Forschungsperspektiven. *Koordination in der Regionalplanung*, pp.113-130.

55. Cini, V., Drvenkar, N., Banožić, M. 2015. Health tourism development in continental Croatia. *Interdisciplinary Management Research*, Vol.11, pp. 1052-1065.
56. Cui, F., Liu, Y., Chang, Y., Duan, J., Li, J. 2016. An overview of tourism risk perception. *Natural Hazards*, Vol. 82, pp. 643–65.
57. Carabello L. 2008. A medical tourism primer for US physicians. *Med. Pract. Manage*, Vol. 23, No. 5, pp.291-294.
58. Cunha, K.S., Cunha, J.C. 2005. Tourism Cluster Competitiveness and Sustainability: Proposal for a Systematic Model to Measure The Impact of Tourism on Local Development. *ANPAD Brazilian Administration Review* Vol. 2, No. 2. p. 47–62.
59. Carrera, P, Lunt, N. A. 2010. European perspective on medical tourism: the need for a knowledge base, Vol. 40, No. 3, pp. 469-84.
60. Calero, C., Turner, L.W. 2020. Regional economic development and tourism: A literature review to highlight future directions for regional tourism research. *Tourism Economics*, Vol.26, No.1, pp.3–26.
61. Camillo, A.A. 2015. Strategic Management and Crisis Communication Interdependence in the Global Context: A Preliminary Investigation. *Emerging Economy Studies*, Vol.1, No.1, pp.37-49.
62. Creswell, J.W., Hanson, W.E., Clark Plano,V.L., Morales, A. 2007. Qualitative Research Designs: Selection and Implementation. *The Counseling Psychologist*, Vol.35, No.2, pp.236-264.
63. Creswell, J. W. 2009. Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (3rd ed.). Sage Publications, Inc.
64. COSO Enterprise risk management – integrated framework. Prieiga internetu: http://www.coso.org/documents/COSO_ERM_ExecutiveSummary.pdf
65. Clare, D., Fisher, M. 2018. Understanding research paradigms. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses Association*, Vol. 21, No. 3, pp.21-25.
66. Creswell, J. W. 2003. Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (2nd ed.). *Thousand Oaks, CA: Sage*.
67. Costa, T., Lima, M.J. 2018. Cooperation in tourism and regional development. *Tourism & Management Studies*, Vol.14, No.4, pp.50-62.
68. Colón, B., Taylor, K.A., Willis, J. 2000. Constructivist Instructional Design: Creating a Multimedia Package for Teaching Critical Qualitative Research. *The Qualitative Report*, Vol.5, No.1, pp.1-29.
69. Corbin, J., Strauss, A. 2008. Basics of qualitative research (3rd ed.): Techniques and procedures for developing grounded theory. SAGE Publications, Inc. Prieiga internetu: <https://www.doi.org/10.4135/9781452230153>
70. Crotty, M .1998. The foundations of social research: Meaning and perspective in the research process. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Inc.
71. Rocco, T.S., Gallagher, S.J., Bliss, L.A., Prado, A.P. 2003. Taking the Next Step: Mixed Methods Research in Organizational Systems. *Information Technology, Learning, and Performance Journal*, Vol. 21, No. 1, pp.19-29.
72. Česonis, G. 2012. Lietuvos regioninės politikos tobulinimo kryptys, Daktaro disertacija, Vilnius: MRU.

73. Čeičytė, J., Petraitytė, M. 2016. Socialinis tinklas kaip savireguliacinis instrumentas atsakingųjų inovacijų valdyme. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, Nr.76, p.7-24.
74. Čiburienė, J. 2012. Sveikatos apsaugos sektoriaus paslaugų ir gyvenimo kokybės kitimas Lietuvoje. *Economics and Management*, Vol. 17, Nr.4, p.1340-1346.
75. Dhanaraj, C., Parkhe, A. 2006. Orchestrating innovation networks. *Journal Academy of Management Review*, No. 3, Vol.31, p.659-669.
76. Damulienė, A. 2011. Atvykstamasis turizmas Lietuvoje: analizė ir vystymosi tendencijos. *Business System Economics and Management*, Vol.1, p. 31-40..
77. Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. 1998a. Entering the field of qualitative research. Collecting and interpreting qualitative materials, Thousand Oaks, CA: Sage, pp.1 – 34.
78. Denzin, N.K. 2000. Aesthetics and the Practices of Qualitative Inquiry. *Qualitative Inquiry*, Vol.6, No.2, pp.256-265.
79. Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. 2005. Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research*. Sage Publications Ltd, p. 1–32.
80. Dapkus, R., Gaižauskienė, E. 2009. Turizmo plėtros perspektyvos vietos savivaldos lygmeniu. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, Vol.16, Nr.3, p.60-72.
81. Duguet, D. 2006. Networking: The Leader Experience. Prieiga internetu: http://ec.europa.eu/agriculture/rur/leaderplus/pdf/library/methodology/networking_report.pdf
82. Didaskalou, E.A., Nastos, P. 2003. The Role of Climatic and Bioclimatic Conditions in the Development of Health Tourism Product. *Anatolia*, Vol.14, No.2, pp.107-126.
83. Dryglas, D., ir Salamaga, M. 2018. Segmentation by push motives in health tourism destinations: A case study of Polish spa resorts. *Journal of Destination Marketing & Management*, Vol. 9, pp. 234–246.
84. Dryglas, D., Salamaga, M. 2016. Applying destination attribute segmentation to health tourists: A case study of Polish spa resorts. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, Vol.34. No.4, pp.503-514.
85. Dryglas, D. 2017. Strategic Position of A Tourism Destination in the Light of SWOT Analysis: A Case Study of Polish SPA Resorts. *Modern Environmental Science and Engineering*, Vol.3, No.2, pp.90-97.
86. Enderwick, P., Nagar, S. 2011. The competitive challenge of emerging markets: The case of medical tourism. *International Journal of Emerging Markets*, Vol.6, No.4, pp.329–350.
87. Ellingson, L.L., Sotirin, P. 2020. *Making Data in Qualitative Research: Engagements, Ethics, and Entanglements* (1st ed.). Routledge. Prieiga internetu: <https://doi.org/10.4324/9780429058240>
88. Enright, M. 2000. Regional clusters and multinational enterprises: independence, dependence or interdependence? *International Studies of Management and Organization*, Vol.30, No.2, pp.114–138.
89. Easwar, I. 2003. Theory of Alliances: Partnership and Partner Characteristics. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, Vol.11, No.1, pp.41-57.

90. Esmark, A. 2011. Systems Theory. *The SAGE Handbook of Governance*, London: SAGE, pp.91–105.
91. Easterby-Smith, M., Thorpe, R., Jackson, P.R. 2012. Management and Business Research, 5th Edition, London: SAGE, pp.1-993.
92. Eisingerich, A. B., Bell, S. J., Tracey, P. 2010. How Can Clusters Sustain Performance? The Role of Network Strength, Network Openness, and Environmental Uncertainty. *Research Policy*, No. 39, pp. 239–253.
93. Eriksson, P., Kovalainen, A. 2008. Qualitative methods in business research. SAGE Publications Ltd.
94. European Commission, 2019. European Observatory for Cluster and Industrial Change, Policy Briefing – Lithuania.
95. Fregidou-Malama, M., Hyder, A. S. 2015. Impact of culture on marketing of health services–Elekta in Brazil. *International Business Review*, Vol.24, No.3, pp.530–540.
96. Fusch, P., Fusch, G.E., Ness, L.R. 2018. Denzin’s Paradigm Shift: Revisiting Triangulation in Qualitative Research. *Journal of Social Change*, Vol.10, No.1, pp.19-32.
97. Fayolle, A. 2008. Three types of learning processes in entrepreneurship education. *Int. J. Business and Globalisation*, Vol. 2, No. 2, pp.198-207.
98. Feser, E.; Renski, H. 2008. Clusters and Economic Development Outcomes. *Economic Development Quarterly*, Vol.22, No.4, pp.324–344.
99. Fisher, C., Sood, K. 2014. What Is Driving the Growth in Medical Tourism? *Health Marketing Quarterly*, Vol.31, No.3, pp.246-262.
100. Franco, M., Estevã, C. 2010. The role of tourism public-private partnerships in regional development: a conceptual model proposal. *Cadernos Ebape. Br*, Vol.8, No.4, pp.600-612.
101. Fahmy El-Sabaa, F., Mohamed, A., Zakria, S. 2017. The Qualitative and Quantitative Methods of Kovalevskys Case. *Journal of Applied Mathematics and Physics*, Vol.9, No.5, pp.1837-1854.
102. Global Spa Summit. 2010. Spas and the Global Wellness Market: Synergies and Opportunities, pp.1-104, prieiga internetu: www.globalspasummit.org
103. Gaulė, E. 2014. Sumanus viešasis valdymas: samprata ir dimensijos. *Viešojo politika ir administravimas*, Vol. 13, Nr. 3, p.372-385.
104. Gemma, R. 2018. Introduction to positivism, interpretivism and critical theory. *Nurse Researcher*, Vol.25, No.4, pp.41–49.
105. Grumadaitė, K., Jucevičius, G. 2017. Klasterių Lietuvoje radimosi prielaidos: nuo neformalaus bendradarbiavimo iki jo įteisinimo. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, Nr.77, p.37-56.
106. GWI. 2013. The Global Wellness Tourism Economy 2013.
107. Global Spa Summit. 2011. RESEARCH REPORT: Wellness Tourism and Medical Tourism: Where Do Spas Fit? Prieiga internetu: www.globalspasummit.org
108. Guba, E. G., Lincoln, Y. S. 1994. Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*, Sage Publications, Inc, pp. 105–117.

109. Gordon, I., Champion, T. 2021. Towards a sustainable, negotiated mode of strategic regional planning: a political economy perspective. *Regional Studies*, Vol.55, No.1, pp.115-126.
110. Greenwood, J. 1994. What is it precisely that interpretive social research researches? *JAN*, Vol.19, No.5, pp. 996-1002.
111. Gunduz, M., Laitinen, H. 2017. A 10-step safety management framework for construction small and medium-sized enterprises. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, Vol.23, No.3, pp.353-359.
112. Gilienė, R. 2014. Klasterių politika Lietuvoje. Medicinos įmonių ir įstaigų klasterizacija. Sveikatos politika ir valdymas. *Health Policy and Management*, Vol. 6, Nr. 1. p. 39–54.
113. Ghaderi, Z., Hatamifar, P., Khalilzadeh, J. 2018. Analysis of tourist satisfaction in tourism supply chain management. *Anatolia*, Vol. 29, No.3, p.433-444.
114. Gražulis, V., Žuromskaitė, B. 2011. Lietuvos kaimas: ar turistui pakanka motyvų jį rinktis? *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, Vol.24, Nr.4, p.135-147.
115. Global Report on Public–Private Partnerships: Tourism Development. Spain: Madrid, World Tourism Organization, 2015. 74 p.
116. Georgieva, L., Dimitrova, R., Lazarova, K., Gerl, R., Georgiev, M. 2017. Clusters for Medical Tourism as a new Approach for Risk Management in Cross-border Healthcare: Lidia Georgieva. *European Journal of Public Health*, Vol.27, No.3.
117. Griesienė, I. 2014. Verslo partnerystės vystymas vidaus ir santykių marketingo pagrindu. *Daktaro disertacija*, Vilnius: VU.
118. Guntawongwan, K. 2017. The economic analysis of medical tourism in Thailand: opportunities, challenges and impacts. *Doctoral thesis: Universitat de les Illes Balears*.
119. Goodarzi, M., Haghtalab, N., Shamschiry, E. 2015. Wellness tourism in Sareyn, Iran: resources, planning and development. *Current Issues in Tourism*, Vol.19, No.11, pp.1071-1076.
120. Gilchrist, A. 2009. *The Well-Connected Community: A Networking Approach to Community Development* (2nd edition). – Bristol: Policy Press.
121. Gausdal, A. H., Hildrum, J. 2012. Facilitating trust building in networks: A study from the water technology industry. *Systemic Practice and Action Research*, Vol. 25, No.1, pp.15–38.
122. Ganguli, S., & Ebrahim, A. H. 2017. A qualitative analysis of Singapore's medical tourism competitiveness. *Tourism Management Perspectives*, Vol. 21, pp. 74–84.
123. Gan, L.L., Frederick, J.R. 2011. Medical tourism facilitators: Patterns of service differentiation. *Vacation Marketing*, Vol.17, No.3, pp.165-183.
124. Gudelytė, L. 2018. Integruotas verslo klasterių veiklos efektyvumo valdymas. *Daktaro disertacija: Vilnius, MRU*.
125. Garcilazo, J. E., Martins, J. O., Tompson, W. 2010. Why policies may need to be place-based in order to be people-centred. Paris: *OECD Regional Development Policy Division*, prieiga internetu: <http://www.voxeu.org/article/why-policies-may-need-be-place-based-order-be-peoplecentred>

126. Gausdal, A.H., Svare, H., Möllering, G. 2016. Why don't all high-trust networks achieve strong network benefits? A case-based exploration of cooperation in Norwegian SME networks. *Journal of Trust Research*, Vol. 6, No. 2, pp.194-212.
127. Griesienė, I. 2014. Verslo partnerystės vystymas vidaus ir santykių marketingo pagrindu. Daktaro disertacija: Vilnius, VU.
128. Giron, K., Yan, L., Zhao, Y., Sohail, M. 2014. Research on Metallurgical Project Design and Practices: Case Study CCTEC Co. Ltd.. *American Journal of Industrial and Business Management*, Vol.4, No.7, pp.345-354.
129. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. 2011 – 2019. Lietuvos sveikatos statistika 2010–2018, Vilnius.
130. Heinen, D. 2020. Growth management for low-carbon development patterns – leverages in state planning enabling legislation. *Urban Research & Practice*, pp.1-24, DOI:10.1080/17535069.2020.1722736
131. Humphrey, O., Dosunmu, A. 2017. The Critical Success Factors for Marginal Oil Field Development in Nigeria. *Journal of Business and Management Sciences*. Vol.5, No.1, pp.1-10.
132. Hara, N., Solomon, P. 2003. An Emerging View of Scientific Collaboration: Scientists' Perspectives on Collaboration and Factors that Impact Collaboration: Scientists perspectives on collaboration and factors that impact collaboration. *Journal of the American Society for informatikon science and technology*, No.10, Vol.54, p.952-965.
133. Hall, C. M. 2008. *Tourism Planning. Policies, Processes and Relationships*. Second Edition. Harlow: Pearson Education.
134. Hall, C.M. 2011. Health and medical tourism: a kill or cure for global public health? *Tourism Review*, Vol.66, No.1/2, pp.4-15.
135. Hartwell, H., Fyall, A., Willis, C., Page, S., Ladkin, A., Hemingway, A. 2018. Progress in tourism and destination wellbeing research. *Current Issues in Tourism*, Vol.2, No.16, pp.1830-1892.
136. Hofer, S., Honegger, F., Hubeli, J. 2012. Health tourism: definition focused on the Swiss market and conceptualisation of health(i)ness. *Journal of Health Organization and Management*, Vol.26, No.1, pp.60-80.
137. Heung, V. C. S., Kucukusta, D., Song, H. 2010. A conceptual model of medical tourism: implications for future research. *Travel and Tourism*, Vol.27, Nr.3, pp.236-251.
138. Hudson, S., Li, X.R. 2012. Domestic Medical Tourism: A Neglected Dimension of Medical Tourism Research. *Journal of Hospitality Marketing & Management*, Vol.21, No.3, pp.227-246.
139. Horowitz M. D., Rosensweig J. A., and Jones Ch. A. 2007. Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace. *Medscape General Medicine*, Vol. 9, No.4.
140. Heung, V. C., Kucukusta, D., Song, H. 2011. Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers. *Tourism Management*, Vol. 32, No. 5, pp. 995–1005.
141. Husam Helmi, A., Abraham, P. 2020. Exploration of Employability Skills in Business Management Studies Within Higher Education Levels: Systematic Literature Review. *IJSEM*, Vol.9, No.1, pp.52-69.

142. Heung, V. C. S., Kucukusta, D., Song, H. 2010. A conceptual model of medical tourism: implications for future research. *Travel and Tourism*, Nr.27, Vol.3, p.236-251.
143. Hjalager, A.M., Kankare, K.T., Tuohino, A. 2016. Tourism value chains revisited and applied to rural well-being tourism. *Tourism planning and development*, No.4, Vol.13, p.379-395
144. Halley, J. D., Winkler, D. A. 2008. Consistent Concepts of Self-organization and Self-assembly. *Complexity*. Vol. 14, No. 2, pp. 10–17.
145. Hyder, A.S., Rydback, M., Borg, E., Osarenkhoe, A. 2019. Medical tourism in emerging markets: The role of trust, networks, and word-of-mouth. *Health marketing quarterly*, Vol.36, Nr.3, pp.203-219.
146. Hasan, M.K., Ismail, A.R., Islam, M.F. 2017. Tourist risk perceptions and revisit intention: A critical review of literature. *Cogent Business & Management*, Vol. 4, No. 1, pp. 1-21.
147. Iqbal O, Eklof B, Tobu M, Fareed J. 2003. Air travel-associated venous thromboembolism. *Med. Princ. Pract.*, Vol. 12, No. 2, pp. 73-80.
148. Illario, M., Bousquet, J. 2020. Health tourism and public health in the perspective of the Reference Sites Collaborative Network (RSCN). *European Journal of Public Health*, Vol.30, No.5.
149. Yamagishi, T., Kanazawa, S., Mashima, R., Terai, S. 2005. Separating trust from cooperation in a dynamic relationship: Prisoner's dilemma with variable dependence. *Rationality and Society*, Vol.17, No.3, pp. 275–308.
150. Yustika, B.P., Goni, J.I.C. 2019. Network Structure in Coastal and Marine Tourism: Diving into the Three Clusters, *Tourism Planning & Development*, prieiga internetu: <https://doi.org/10.1080/21568316.2019.1673809>
151. Johanson, J., Vahlne, J. 2009. The Uppsala internationalization process model revisited: From liability of foreignness to liability of outsidership. *Journal of International Business Studies*, Vol.40, No.9, pp.1411–1431.
152. Jesus, C., Franco, M. 2016. Cooperation networks in tourism: A study of hotels and rural tourism. *Journal of Sustainable Tourism*, Vol. 21, No.5, pp.639-657.
153. Junio, M.M.V., Kim, J.H., Lee, T.J. 2017. Competitiveness attributes of a medical tourism destination: The case of South Korea with importance-performance analysis. *Travel and Tourism Marketing*, No.4, Vol.34, p.444-460.
154. James, K., Vinnicombe, S. 2002. Acknowledging the individual in the researcher. In D. Partington (Ed.), *Essential skills for management research* (pp. 84-98). SAGE Publications Ltd, prieiga internetu: <https://www.doi.org/10.4135/9781848605305.n5>
155. Janušonienė, K. 2009. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginis valdymas: procesai ir modeliai, *Daktaro disertacija*, Vilnius: VU.
156. Johnston, R., Crooks, V.A., Ceron, A., Labonte, R., Snyder, J., Nunez, E.O., Flores, W.G. 2016. Providers' perspectives on inbound medical tourism in Central America and the Caribbean: factors driving and inhibiting sector development and their health equity implications. *Global Health Action*, Vol.9, No.1.
157. Юрьевна, К. Э. 2020. Формирование системы государственного управления в сфере медицинского и лечебно-оздоровительного туризма. Диссертация,

Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский государственный экономический университет.

158. Jankauskienė, D., Kostereva, A. 2019. Nepageidaujamų įvykių valdymas ligoninėje. *Sveikatos politika ir valdymas*, Vol.11, Nr.1, p.40-62.
159. Janušonis, V. 2016. Rizikos valdymas sveikatos priežiūros organizacijose. Monografija: Klaipėda.
160. Junevičius, A., Albrektas, E. 2017. Lietuvos turizmo plėtros politikos galimybių analizė. *Viešoji politika ir administravimas*, Vol.16, Nr.3, p.439-454.
161. Jagminas, J., Paulauskienė, L. 2010. Turizmo valdymo funkcijos ir jų subalansuotumas Lietuvoje. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, Vol. 3, No. 23, pp.90-100.
162. Janušonis, V. 2017. Organizacinė elgsena ir kokybė sveikatos priežiūroje. Monografija: Klaipėda.
163. Katinienė, A. 2018. Organizacijos darbuotojų žinių sinergijos vertinimas. Daktaro disertacija, Vilnius: VGTU.
164. Kanapeckienė, V., Jurkuvėnas, V. 2009. Nepageidautini įvykiai sveikatos priežiūros sistemoje ir jų priežastys. *Visuomenės sveikata*, Vol.47, No.4, pp.37-43.
165. Kaleininkaitė, L., Trumpaitė, I. 2007. Verslo rizikos valdymas ir jo tobulinimas. *Verslas: teorija ir praktika*, Vol.8, No.3, p.176-181.
166. Kilijonienė, A. 2004. Pagrindiniai regioninės politikos įgyvendinimo ir vertinimo aspektai. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, Vol.32, pp.131-144.
167. Kilijonienė, A., Simanavičienė, Ž. 2005. Regioninės politikos įgyvendinimo vertinimo metodologija. *Tiltai*: Vol.4, pp.11-18.
168. Kraft, B., & Wolf, S. (2018). Through the lens of accountability: Analyzing legitimacy in environmental governance. *Organization & Environment*, Vol.31, No.1, pp.70-92.
169. Klasterizacijos vertinimo ataskaita. 2016. MITA ataskaita.
170. Kenis, P., Provan, K. 2009. Towards an Exogenous Theory of Public Network Performance. *Public Administration*. Vol. 87. No. 3. – Malden: Blackwell Publishing.
171. Klijn, E.H., Meerkerk, V.I., Edelenbos, J. 2020. How do network characteristics influence network managers' choice of strategies? *Public Money & Management*, Vol. 40, No. 2, pp.149-159.
172. Kernaghan, K. 1993. Partnership and public administration: conceptual and practical considerations. *Canadian Public Administration*, Vol.36, pp.57-76.
173. Khodabandehloo, A. 2014. Networking for regional development: a case study. *EuroMed journal of Business*, Vol.9, Nr.2, pp.149-163.
174. Korir, J.C. 2018. Networking dimensions and performance of event management ventures in Kenya. *Research in Hospitality Management*, Vol.8, No.1, pp.47-54.
175. Kelly, C. 2012. Wellness Tourism: Retreat Visitor Motivations and Experiences. *Tourism Recreation Research*, Vol.37, No.3, pp. 205-213.
176. Klijn, E.H, B. Steijn, J. Edelenbos. 2010. The impact of network management strategies on the outcomes in governance networks. *in Public Administration*, Vol.88, No.4, pp.1063-1082.

177. Klijn, E.H., Joop, F.M. 2006. Institutional design. *Public Management Review*, Vol.8, No.1, pp.141-160.
178. Kim, S., Arcodia, C., Kim, I. 2019. Critical Success Factors of Medical Tourism: The Case of South Korea. *Environmental Research and Public Health*, Vol.16, pp.1-16.
179. Khodayari-Zarnaq, R., Yousefi, M., Hajizadeh, M., Heydari, M. 2020. Medical tourists' perspectives on the quality of care in Iran. *Anatolia*, Vol.32, No.1, pp.70-79.
180. Kolerska-Kardela, M. 2014. Inicjatywy klastrowe w lecznictwie uzdrowiskowym. *The Wroclaw School of Banking Research Journal*, Vol.15, No.2, pp.261-271.
181. Klijn, E. H., Koppenjan, J. 2012. Governance Network Theory: Past, Present and Future. *Policy & Politics*, Vol. 40, No. 4, pp.587-606.
182. Keckley, P.H., Underwood, H.R. 2008. Medical Tourism: Consumers in Search of Value. *Washington USA: Deloitte Center for Health Solutions*, pp.1-30, prieiga internetu: <https://www.globalwellnesssummit.com/wp-content/uploads/IndustryResearch/Americas/2008-deloitte-medical-tourism-consumers.pdf>
183. Ketels, C.M. 2017. Cluster Mapping: Creating the Knowledge Infrastructure for Accelerating Innovation and Entrepreneurship. ECB-MIT Lab for Innovation Science and Policy. Presentation on 13-14 March, Frankfurt, Germany.
184. Kogut, B. 2000. The network as knowledge: generative rules and the emergence of structure. *Strategic management journal*, Vol.21, No.3, pp.405-425.
185. Kamarulzaman, A., Mariati, N. 2008. Cluster-Based Policy Making: Assessing Performance and Sustaining Competitiveness. *Review of Policy Research*, Vol. 25. No 4
186. Качалов Р.М. Управление хозяйственным риском производственных систем, Экономика и математические методы. 1997. Т.33. Вып.4. С.25-38.
187. Kriščiūnas, A. 2005. Medicinos istorija ir raida. *Medicina*, Vol.41, Nr.4, p.355-358.
188. Khan, M.A. 2017. Medical tourism and wellness. PhD.
189. Khan, M., Aftab, S., Fakhruddin. 2015. Quality of Urban Environment: A Critical Review of Approaches and Methodologies. *Current Urban Studies*, Vol.3, pp.368-384.
190. Kanišauskas, S. 2008. Sinergetinio pasaulėvaizdžio kontūrai. Monografija, Vilnius: MRU.
191. Kaplan B., Maxwell J.A. 2005. Qualitative Research Methods for Evaluating Computer Information Systems. In: Anderson J.G., Aydin C.E. (eds) *Evaluating the Organizational Impact of Healthcare Information Systems*. Health Informatics. Springer, New York, NY. Prieiga internetu: https://doi.org/10.1007/0-387-30329-4_2
192. Khodabandehloo, A. 2014. Networking for regional development: a case study. *EuroMed journal of Business*, Vol.9, Nr.2, p.149-163.
193. Komunikatas. Europa 2020 m.: Pažangaus, tvaraus ir integracinio augimo strategija. (2010). Europos Komisija. Prieiga internetu: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:LT:PDF>
194. Keast, R., Mandell, M., Brown, K., Wollcock, G. 2004. Network Structures: Working Differently and Changing Expectations. *Public Administration Review*, Vol.64, No.3, pp.363-371.
195. Komunikatas. Europa – turistų lankomiausia vietovė: nauja turizmo politika. (2010). Europos Komisija. Prieiga internetu: <http://ec.europa.eu/enterprise/sec>

tors/tourism/documents/communications/commission-communication-2010/index_en.htm

196. Lubowiecki-Vikuk, A., Dryglas, D. 2019. Medical tourism services and medical tourism destinations in Central and Eastern Europe – the opinion of Britons and Germans. *Economic Research*, Vol.32, No.1, p.1256-1274.
197. Lade, C. 2004. Regional Tourism Development Along the Murray River: Competitive Advantage Through Business Clustering. – PhD Research Workshop Proceedings of the Council for Australian University Tourism & Hospitality Education Conference (CAUTHE), Brisbane, February.
198. Li, M., He, L., Zhao, Y. 2020. The triple helix system and regional entrepreneurship in China. *Entrepreneurship & Regional Development*, Vol.32, No.7-8, pp.508-530.
199. Ličkus, P. 2013. Tinklaveikos sąlygotos sinergijos tyrimas. Daktaro disertacija: Vilnius, VU.
200. Ligeikienė, R., A. 2016. Medicinos turizmo klasteris Lietuvoje: sąlygos ir prielaidos. *Mokslo taikomieji tyrimai Lietuvoje kolegijose*, Vol. 11, No.1, pp.111-116.
201. Lietuvos regioninės politikos baltoji knyga, darniai ir tvariai plėtrai 2017 – 2030.
202. Lietuvos Respublikos regioninės plėtros įstatymo Nr. VIII-1889 pakeitimo įstatymas, 2014 m. rugsėjo 18 d. Nr. XII-1094, Vilnius.
203. Lietuvos medicinos turizmo plėtros ir medicinos paslaugų eksporto skatinimo galimybių analizė ir rekomendacijos. 2012. Ernst & Young.
204. Labanauskaitė, D. 2011. Atvykstamojo turizmo įtakos regionų ekonominiam augimui vertinimas. *Management theory and studies for rural business and infrastructure development*, Vol. 25, Nr. 1, p.154-162.
205. Lim, M. 2005. Transforming Singapore health care: Public-Private Partnership. *Annals Academy of Medicine*, Vol.34, No.7, pp.461-467 .
206. Lunt, N., Horsfall, D., Hanefeld, J. 2015. Handbook on medical tourism and patient mobility. *Cheltenham*: Edward Elgar.
207. Lianto, M., Suprpto, W., Mel, M. 2020. The Analysis Factor of Medical Tourism in Singapore. *SHS Web of Conferences*, Vol.76, pp.1-9.
208. Lee, T.J., Han, J.S., Ko, T.G. 2020. Health-Oriented Tourists and Sustainable Domestic Tourism. *Sustainability*, Vol.12, pp.1-16.
209. Lukowicki-Vikuk, A.P. 2012. Turystyka medyczna przejawem współczesnych trendów i tendencji w turystyce. *Ekonomiczne problemy usług*, No.84, pp.553-568.
210. Lietuvos turizmo plėtros 2014–2020 metų programa. 2014. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 23, kovo 12 d.
211. Lunt, N., Horsfall, D. 2014. Medical tourism. *Encyclopedia of Health Economics*, Vol.3, pp.263–270.
212. Leigh-Brown, A. 2015. Adverse events management policy. *NHS National services Scotland*, pp. 1-17, prieiga internetu: https://nhsns.org/media/1204/b1626_adverse_events_management_policy.pdf
213. Mutalib, N.S.A., Ming, L.C., Yee, S.M., Wong, P.L., Soh, Y.C. 2016. Medical tourism: Ethics, Risks and Benefits. *Pharmaceutical Education and Research*, Vol. 50, No.2, pp.261-270.

214. Melnikas, B. 2014. Regionalizavimo procesai globalizacijos sąlygomis: „orbitų“ modelis ir veiklos efektyvumo didinimas versle bei viešajame sektoriuje. *Regional formation and development studies*, Vol. 10, No.2, p.133-146.
215. Mukumbang, F.C., Marchal, B., Van Belle, S., van Wyk, B. 2020. Using the realist interview approach to maintain theoretical awareness in realist studies. *Qualitative Research*, Vol.20, No.4, pp.485-515.
216. Myers, M. D. 2009. *Qualitative research in business & management*. Sage Publications Ltd.
217. Miliūtė, A. 2004. Mokslo ir technologijų parkų plėtra: vadybos modeliai. Daktaro disertacija: Vilnius, VGTU.
218. Marcinkevičius, G., Rauleckas, R. 2016. Naujosios viešosios vadybos doktrinos elementų sąsajos: Lietuvos valstybės tarnautojų subjektyvių vertinimų analizė. *Viešoji politika ir administravimas*, Vol. 15, Nr. 3, p.500-513.
219. McCarthy, E.J. 2015. Public Roles in Developing the Health Travel Sector. *Health management*, Vol.17, No.1, pp.75-85.
220. Mason, R. B. 2007. The External Environment's Effect on Management and Strategy: A Complexity Theory Approach. *Management Decision*, Vol. 45, No 1, p. 10–28.
221. Meschi, I., Župerka, A., Župerkienė, E. 2015. Inovacijų diegimą lemiantys veiksniai Klaipėdos miesto turizmo sektoriuje. *Tiltai*, 2015, Nr.1, p.115-126.
222. Mekšriūnaitė, S., Rudaitis, K. 2013. Nepageidaujamų įvykių registravimo sistemų ES šalyse apžvalga. Vilnius: Higienos institutas.
223. Vilnius: Higienos institutas Möllering, G. 2006. Trust: Reason, routine, reflexivity. Oxford: Elsevier.
224. Malinauskaitė, V. 2016. Tarptautinis turizmas, kultūrų įvairovė globalizacijos sąlygomis. *Viešasis administravimas*, Nr.3-4, p. 68-74.
225. Mason, J. 2002. *Qualitative Researching*. 2th Edition, London: SAGE, pp.1-234.
226. Mainil, T., Eijgelaar, E., Klijs, J., Nawijn, J. and Peeters, P. 2017. Research for TRAN Committee – Health tourism in the EU: a general investigation, European Parliament, Policy Department for Structural and Cohesion Policies, Brussels.
227. Medhekar, A. 2013. Public-Private Partnerships for Inclusive Development: Role of Private Corporate Sector in Provision of Healthcare Services. *Social and Behavioral Sciences*, Vol.157, pp.33-44.
228. Medhekar, A., Haq, F. 2010. Marketing Indian Medical Tourism to Muslim Patients in an Islamic Way. In proceedings of the 1st International Conference on Islamic Marketing and Branding: Exploring Issues and Challenges, pp.1-17, University of Malaysia.
229. Moodie, J.R., Meijer, M.W., Salenius, V., Kull, M. 2021. Territorial governance and Smart Specialisation: empowering the sub-national level in EU regional policy. *Territory, Politics, Governance*, DOI: 10.1080/21622671.2021.1905542
230. McGuire, M. 2011. Network Management. *The SAGE Handbook of Governance*, London: SAGE, pp.436-453.
231. McQuaid, R.W. 2000. The Theory of Partnerships – Why have Partnerships, in: S.P. Osborne (ed.), *Managing public-private partnerships for public services: an international perspective* Routledge, London, pp. 9-35.

232. Medhekar, A. 2014. Public-Private Partnerships for Inclusive Development: Role of Private Corporate Sector in Provision of Healthcare Services. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, Vol.157, pp.33 – 44.
233. Mose, I., Jacuniak-Suda, M., Fiedler, G. 2014. Regional Governance-Style in Europa. Eine vergleichende Analyse von Steuerungsstilen ausgewählter LEADER-Netzwerke in Extremadura (Spanien), Warmińsko-Mazurskie (Polen) und Western Isles (Schottland). *Raumforsch Raumordn*, Vol.72, pp.3-20.
234. Melnikienė, R., Vidickienė, D., Gedminaitė-Raudonė, Ž., Ribašauskienė, E. 2011. Lietuvos regionų tipologijų pagal kaimiškumą tinkamumas regioninei politikai. *Management theory and studies for rural business and infrastructure development*, Vol.29, No.5, pp.126-134.
235. Martinkus, B., & Lukasevicius, K. (2008). Investment environment of Lithuanian resorts: Researching national and local factors in the Palanga case. *Transformations in Business & Economics*, Vol.7, No.2, pp.67-83.
236. Miles, M.B., Huberman, A.M. 1994. *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Sage Publications, Inc.
237. Möllering, G. 2013. Process views of trusting and crises. In R. Bachmann & A. Zaheer (Eds.), *Handbook of advances in trust research* (pp. 285–305). Cheltenham: Edward Elgar.
238. Merriam, S. B. 1998. *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. Oxford: Routledge.
239. Narbaev, T., De Marco, A., Orazalin, N. 2020. A multi-disciplinary meta-review of the public-private partnerships research. *Construction Management and Economics*, Vol.38, No.2, pp.109-125.
240. Nakrošis, V. 2011. Viešojo valdymo reformos Lietuvoje: kodėl ir kuo reikia pakeisti naująją viešąją vadybą? *Politologija*, Vol. 61, Nr.1, p.65-98.
241. Navickas, V., Malakauskaitė, A. 2008. Nauji makroekonominės politikos svertai: klasterių fenomenas. *Verslas: teorija ir praktika*, Vol. 9, Nr.4, p. 245–252.
242. Nudzor, H.P. 2009. A critical commentary on combined methods approach to researching educational and social issues. *Issues in educational research*, Vol.19, No.2, pp.144-127.
243. Navickas, V., Malakauskaitė, A. 2009. Pažangios užsienio šalių patirties diegimas formuojant turizmo klasterius Lietuvoje. *Taikomoji ekonomika: sisteminiai turimai*, Vol.3, No.1 p.13-26.
244. Nilashia, M., Samad, S., Manaf, A.A., Ahmadi, H., Rashid, T.A., Munshid, A., Almkudih, W., Ibrahim, O., Ahmed, O.H. 2019. Factors influencing medical tourism adoption in Malaysia: A DEMATEL-Fuzzy TOPSIS approach. *Computers and Industrial Engineering*, Vol.137, pp. 1-11.
245. Nooteboom, B. 1996. Trust, opportunism and governance: A process and control model. *Organization Studies*, Vol.17, No.6, pp.985–1010.
246. Nugaras, J. 2014. Assessment of networking of higher education institution. Daktaro disertacija: Vilnius, VGTU.
247. Norkus, A. 2012. Sveika gyvensena Lietuvoje studentų populiacijoje: edukacinis diagnostinis aspektas. Daktaro disertacija: Šiauliai, ŠU.

248. Navickas, V., Malakauskaite A. 2009. The Possibilities for the Identification and Evaluation of Tourism Sector Competitiveness Factors. *Engineering Economics*, Vol.1, pp.37-44.
249. Olkiewicz, M. 2016. The impact of medical tourism on the quality of organizational and functional changes in the Polish healthcare system. *UTMS Journal of Economics*, Vol.7, No.1, pp.109-121.
250. Ormond, M., Lunt, N. 2019. Transnational medical travel: patient mobility, shifting health system entitlements and attachments. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, Vol.46, No.20, pp.4179-4192.
251. Orlikowski, W., Baroudi, J.J. 1991. Studying Information Technology in Organizations: Research Approaches and Assumptions. *Information Systems Research*. Vol.2, No.1, pp.1-28
252. Plianbangchang, S. 2018. A view on medical care globalization and medical tourism. *Health Research*, Vol.32, No.1, pp.69-73.
253. Paulavičienė, E. 2008. Turizmo paslaugų kokybės poveikis jų vartojimui. *Ekonomika ir vadyba*, Nr.13, p.824-833.
254. Padilla-Melendez, A., Del-Aguila-Obra, A.R. 2016. Health Tourism: Conceptual Framework and Insights from the Case of a Spanish Mature Destination. *Tourism & Management Studies*, Vol.12, No.1, pp.86-96.
255. Pape, M., Fairbrother, P., Snell, D. 2016. Beyond the State: Shaping Governance and Development Policy in an Australian Region. *Regional Studies*, Vol.50, No.5, pp.909-921.
256. Podvezko, V. 2005. Ekspertų įverčių suderinamumas. *Technological and economic development of economy*, Vol.11, No.2, pp.101-107.
257. Purdy, L. 2011. Evolving medical tourism in Canada, Exploring a new frontier. Deloitte Center for Health Solutions, prieiga internetu: www.deloitte.com/centerforhealthsolutions.
258. Paulauskienė, L. 2013. Turizmo valdymo principai ir funkcijos vietiniame savivaldybių lygmenyje. *Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development*, Vol.35, No.1, p.99-110.
259. Pütz, M., Job, H. 2016. Governance und Regionalentwicklung in Großschutzgebieten der Schweiz und Österreichs. *Raumforsch Raumordn*, Vol.74, pp.569-583.
260. Phua, K.L., Ling, S.W.H., Phua, K.H. 2014. Public-Private Partnerships in Health in Malaysia: Lessons for Policy Implementation. *International Journal of Public Administration*, Vol.37, pp.506-513.
261. Perkins, S. 2019. Developing a Holistic Model of University Social Responsibility Through the Opinions and Expectations of Higher Education Institution Stakeholders, PhD thesis, UK: University of Essex.
262. Paulauskienė, L. 2013. Turizmo valdymo tobulinimo perspektyvos Lietuvoje: nacionalinio ir savivaldybių lygmenų sąveika, Daktaro disertacija: MRU.
263. Pakeltienė, R. 2015. Kaimiškų vietovių vystymo sinergijos potencialo stiprinimas, Daktaro disertacija: ASU.
264. Prosevičienė, G. 2010. Tinklinio bendradarbiavimo kokybės srityje apibrėžimas. *Jaunųjų mokslininkų darbai*, Vol.27, No. 2, pp.52-59.

265. Prosevičienė, G. 2010. Tinklinio bendradarbiavimo kokybės srityje apibrėžimas. *Jaunųjų mokslininkų darbai*, Vol.27, Nr.2, p. 45-51.
266. Podolny, M. J., Page, K. L. 1998. Network Forms of Organization. *Annual Reviews of Sociology*, Vol. 24.
267. Paliukėnienė, D. 2006. Regioninio valdymo veiksmingumą įtakojančių veiksnių analizė. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, Vol. 38, p.117-131.
268. Provan, K., Kenis, P. 2007. Modes of Network Governance: Structure, Management and Effectiveness. *Journal of Public Administration and Theory*, Vol. 18. No. 2. – Oxford: Oxford University Press.
269. Paškevičius, L. 2014. Kompleksinio požiūrio į pacientų saugą ir rizikos valdymą sveikatos priežiūros organizacijose paieška. *Sveikatos politika ir valdymas*, Vol. 6, No.1, pp.133-156.
270. Paškevičius, L. 2017. Kompleksinis pacientų saugos įvykių valdymas Lietuvos ligoninėse, Daktaro disertacija, Vilnius: MRU.
271. Papagiannidis, S., Li, F., Etkowitz, H., Clouser, M. 2009. Entrepreneurial Networks: A Triple Helix Approach for Brokering Human and Social Capital. *Journal of International Entrepreneurship*, Vol.7, No.3, pp.215–235.
272. Patton, M.Q. 2002. Two Decades of Developments in Qualitative Inquiry: A Personal, Experiential Perspective. *Qualitative Social Work*, Vol.3, No.1, pp.261-283.
273. Puškorius, S. 2007. Bendradarbiavimo efektyvumas. *Viešoji politika ir administravimas*, Nr.20, p.24-31.
274. Pakeltienė, R. 2015. Kaimiškų vietovių vystymo sinergijos potencialo stiprinimas. Daktaro disertacija: Kaunas, ASU.
275. Papadopoulou, G. 2020. Management Models of Tourism Industry: The Case of Greece. *Open Science Journal*, Vol. 5, No.1, pp.1-16.
276. Robertson, F., Samy, M. 2015. Factors affecting the diffusion of integrated reporting – A UK FTSE 100 perspective. *Sustainability Accounting, Management and Policy Journal*, Vol. 6, No. 2, pp.1-39.
277. Romaioli, D, McNamee, S. 2020. (Mis)constructing social construction: Answering the critiques. *Theory & Psychology*, prieiga internetu: <https://doi.org/10.1177/0959354320967757>.
278. Raišienė, A.G. 2008. Tarporganizacinės sąveikos turinys Lietuvos vietos savivaldos praktikų požiūriu. *Jurisprudencija*, Vol. 106, Nr. 4, p.50-60.
279. Ritchie, J., Lewis, J. 2003. Qualitative Research Practice – A Guide for Social Science Students and Researchers. London, Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd.
280. Raipa, A. 2015. XXI a. viešojo valdymo modernizavimo reformų kryptys ir tendencijos. *Viešoji politika ir administravimas*, Vol. 14, Nr.2, p.307-320.
281. Raipa, A. 2016. Viešosios vertės kūrimas naujojo viešojo valdymo struktūrose. *Viešoji politika ir administravimas*, Vol. 15, No 2, p.220-234.
282. Rehfeld, D.,Terstriepe, J. 2019. Regional governance in North Rhine-Westphalia – lessons for smart specialisation strategies? *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, Vol.32, No.1, pp.85-103.

283. Religioni, U., Religioni, M. 2015. Medical tourism trends in poland. *Medical and Biological Sciences*, Vol. 29, No.2, pp. 63-67.
284. Ravulakollu, A.K., Urciuoli, L., Rukanova, B., Tan, Y.H., Hakvoort, R.A. 2018. Risk based framework for assessing resilience in a complex multi-actor supply chain domain. *Supply chain forum: an international journal*, Vol.19, No.4, pp.266-281.
285. Romanova, G., Vetinev, A., Dimanche, F. 2015. Health and wellness tourism, pp.231-287, prieigia internetu: <https://www.researchgate.net/publication/302140629>.
286. Rakickas, A. 2010. Tiekimo grandinės procesų valdymo vertinimo modelis. Daktaro disertacija: Kaunas, VDU.
287. Reynaers, A.M., De Graaf, G. 2014. Public Values in Public–Private Partnerships. *International Journal of Public Administration*, Vol.37, No.2, pp.120-128
288. Rondelez, R. 2018. Governing cyber security through networks: An analysis of cyber security coordination in Belgium. *International Journal of Cyber Criminology*, Vol.12, No.1, pp.300-315.
289. Ribašauskienė, E., Šalengaitė, D. 2012. Tinklaveikos bruožų raiška Lietuvos kaimo tinklo atveju. *Management theory and studies for rural business and infrastructure development*, Vol. 34, Nr.5, p.188-197.
290. Ribašauskienė, E., Šalengaitė, D. 2013. Tinklaveika darnaus kaimo vystymosi kontekste: Lietuvos kaimo tinklo atvejis. Mokslo studija, Vilnius: Lietuvos agrarinės ekonomikos institutas.
291. Reagans, R., Zuckerman, E. W. 2001. Networks, Diversity, and Productivity: The Social Capital of Corporate R&D Teams. *Organization Science*, Vol. 12, No. 4, p. 502–517.
292. Reagans, R., McEvily, B. 2003. Network Structure and Knowledge Transfer: The Effects of Cohesion and Range, *Administrative Science Quarterly*, Vol. 48, No. 2, p. 240–267.
293. Ring, P. S. 1997. Transacting in the state of Union: A case study of exchange governed by convergent interests. *Journal of Management Studies*, Vol. 34, pp. 1–25.
294. Rynes, S., Gephart, R.P. 2004. From the Editors: Qualitative Research and the Academy of Management Journal. *The Academy of Management Journal*, Vol.47, No.4, pp.454-462.
295. Ring, P. S., van de Ven, A. H. 1992. Structuring cooperative relationships between organizations. *Strategic Management Journal*, Vol.13, No.7, pp.483–498.
296. Ring, P. S., van de Ven, A. H. 1994. Developmental processes of cooperative interorganizational relationships. *Academy of Management Review*, Vol.19, No.1, pp.90–118.
297. Rodriguez, M.O.L., Sanchez, C.A.F., Felix, J.Q., Estrada, I.C. 2018. Factors that affect the demand of tourism in Mexico: competitive analysis. *Tourism Analysis*, Vol. 25 No. 2, pp. 154-166.
298. Reeves, T.C. Hedberg, J.C. 2003. Interactive Learning Systems Evaluation, Educational Technology Publications, Englewood Cliffs, New Jersey.
299. Rukuižienė, R. 2017. Lietuvos turizmo klasterių plėtros perspektyvos. *Regional formation and development studies*, Vol. 23, No. 3, pp.115-126.

300. Staniulienė, S. 2006. Tinklinių struktūrų projektavimo principai ir metodai. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, Nr.40, p.147-162.
301. Seale, C. 1999. Quality in Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, Vol.5, No.4, pp.465-478.
302. Sinkienė, J., Grumadaitė, K. 2014. Sumanaus regiono konceptualusis modelis. *Viešoji politika ir administravimas*, Nr.3, Vol.13, p.414-426.
303. Smith, J.A., Flower, P., Larkin, M. 2009. Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research. London: SAGE, pp.1-232.
304. Spenseley, A., Snyman, S., Eagles, P.F.J. 2019. Framework on the choice of management models for parks and protected area tourism services. *Journal of outdoor recreation and tourism*, Vol. 26, pp. 72-80.
305. Samani, M.A., Ismail, N., Leman, Z., Zulkifli, N. 2019. Development of a conceptual model for risk-based quality management system. *Total Quality Management & Business Excellence*, Vol.30, No.5-6, pp.483-498.
306. Stalgienė, A. 2010. Klasterių vystymosi barjerai. *Management theory and studies for rural business and in frastructure development*, Nr. 5, Vol. 24, p.155-164.
307. Simanavičienė, Ž., Kilijonienė, A. 2004. Pagrindiniai regioninės politikos įgyvendinimo ir vertinimo aspektai. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*: Vol.32, pp.131-144.
308. Stasytytė, V., Aleksienė, L. 2015. Įmonės veiklos rizikos vertinimas ir valdymas mažose ir vidutinėse įmonėse. *Verslas: teorija ir praktika*, Vol.16, Nr. 2, p.140-148.
309. Spiriajevas, E. 2014. Lietuvos turizmo sektoriaus struktūra ir teritoriniai skirtumai. *Regional formation and development studies*, Vol.9, No.1, p.132-145.
310. Samy, M., Robertson, F.A. 2017. From positivism to social constructivism: an emerging trend for CSR researchers. In: *Handbook of Research Methods in Corporate Social Responsibility*. Edward Elgar Publishing, UK, pp. 437-462.
311. Smith, M., Puczko, L. 2014. *Health, Tourism and Hospitality*. By Routledge, pp.1-224.
312. Savičiūtė, R. 2013. Sveikatos ir socialinių veiksnių sąsajų tyrimas, Daktaro disertacija, Vilnius: VU.
313. Saito, H., Ruhanen, L. 2017. Power in tourism stakeholder collaborations: Power types and power holders. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, Vol.31, pp.189–196.
314. Sala, K. 2016. Clusters as a Form of Cooperation and Inovation on the Example of the Bieszczady Cross-Border Tourism Cluster. *MWSW Research Papers Collection*, Vol. 32, No 4, pp. 87–96.
315. Snieska, V., Zykiene, I. 2010. Viešoji infrastruktūra: poveikio regioniniam vystymuisi vertinimo aspektai. *Economics and management*, No. 15, pp. 241-247.
316. Stich, C., Barkalov, I. 2016. Synergy management. Prieiga internetu: <https://www.capgemini.com/de-de/service/invent/>
317. Stačkauskienė, I., Katinienė, A. 2015. Žinių potencialo sampratos formavimasis tinklaveikos visuomenėje. *Mokslas Lietuvos ateitis*, Vol.7, Nr.2, p.163-171.
318. Staveren, M.T.V. 2009. Extending to geotechnical risk management, *Georisk*, Vol. 3, No. 3, pp. 174-183.

319. Stašys, R. 2003. Sveikatos priežiūros paslaugos ir jų klasifikavimas. *Tiltai*, Vol.2, Nr.13. pp. 417-422.
320. Spiriajevas, E. 2007. Turizmo įtaka pasienio regionų plėtrai, Daktaro disertacija: KU.
321. Specht, M., Chevreau, F. F., Denis-Re ´ mis, C. 2006. Dedicating Management to Cultural Processes: Toward a Human Risk Management System, *Journal of Risk Research*, Vol. 9, No. 5, pp. 525–542.
322. Sandstrom, A., Carlsson, L. 2008. The Performance of Policy Networks: The Relation between Network Structure and Network Performance. *Policy Studies Journal*. Vol. 36. No. 4. – Malden: Wiley Periodicals.
323. Souza, L.H., Pena, L.C.S., Moesch, M.M. 2017. Knowledge and synergy as inducers of regional innovation in tourism: the case of the Observatory for Tourism at Federal District (Brazil). *Revista Brasileira de Pesquisa em Turismo*, Nr.1., Vol.11, p.19-38.
324. Skaržauskienė, A., Gudelytė, L., Lančinskienė, A. 2014. Klasterių veikla Lietuvoje: iššūkiai ir galimybių paieška. *Socialinės technologijos*, Vol. 4, Nr.1, p. 192–204.
325. Schmitt-Egner, P. 2002. The Concept of Region: Theoretical and Methodological Notes on its Reconstruction. *European Integration*, Vol.24, No.3, pp. 179–200.
326. Stephen J. , H. Hartwell, ir kt., 2017. Wellness, tourism and small business development in a UK coastal resort: Public engagement in practice. *Tourism Management*, Vol. 60, pp.466 – 477.
327. Semenova, Z.A., Chistobaev, A.I., Grudtcyn, N.A. 2020. Management of the public-private partnership in health tourism. *Revista ESPACIOS*, Vol.41, No.15.
328. Schuppert, G.F. 2011. Partnerships. *The SAGE Handbook of Governance*, London: SAGE, pp.286–299.
329. Skietrys, E., Raipa, A. 2009. Viešosios ir privačios partnerystės socialinio poveikio vertinimo teoriniai aspektai. *Socialinis darbas*, Vol.8, No.1, pp.11-16.
330. Spink, L.; Merrill-Sands, D. 1999. Successful collaborative partnerships: key elements and self-assessment inventory. Organizational Change Briefing Note, Simmons Institute for Leadership and Change, Simmons College, Boston MA, No.5, pp.1-17 .
331. Seongseop, K., Jinsoo, L., Jishim, J. 2012. Assessment of Medical Tourism Development in Korea for the Achievement of Competitive Advantages. *Asia Pacific Journal of Tourism Research*, Vol.18, No.5, pp. 421-445.
332. Smith, M., Puczko, L. 2015. Taking your Life into your own Hands? New Trends in European Health Tourism. *Tourism Recreation Research*, Vol.35, No.2, pp.161-172.
333. Smith, M. 2015. Baltic Health Tourism: Uniqueness and Commonalities. *Scandinavian Journal of Hospitality and Tourism*, Vol.15, No.4. pp.357-379.
334. Sharfuddin, S. 2020. The world after Covid-19. *The Round Table*, Vol.109, No.3, pp.247-257
335. Šimanskienė, L., Burbulytė-Tsiskarishvili, G. 2012. Regioninė politika Lietuvoje: teritorinė ir erdvinė diferenciacija. *Regionų raida ir regioninė politika: šiuolaikiniai iššūkiai*, Nr. 35, Vol. 3, p.37-52.

336. Štaraitė, E. 2017. Partnerystės organizacinio mechanizmo fenomenas vietos veiklos grupėje, Daktaro disertacija, Kaunas: Akademija.
337. Šimkus, A., Pilelienė, L. 2012. SPA paslaugų kokybės sanatorijose vertinimas: Birštono atvejis. Management theory and studies for rural business and infrastructure development, Nr.3, Vol.32, p.151-159.
338. Šaparnienė, D., Jablonskytė, V. 2017. Sveikatos turizmo sąvokos traktuotė ir raiška. Rekreacijos ir turizmo plėtra straipsnių rinkinys, ISSN 2335-8017 p.19-27.
339. Tham, A. (2018). Sand, surgery and stakeholders: A multi-stakeholder involvement model of domestic medical tourism for Australia's Sunshine Coast. *Tourism Management Perspectives*, Vol. 25, pp. 29–40.
340. Tamošiūnas, T., Šiaulianskienė, E. 2010. Kaimo plėtros strateginis valdymas: Radviliškio rajono vietos veiklos grupės strategijų analizė. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, Vol.19, No.3, pp.226–237.
341. Tamošiūnienė, R., Savčuk, O. 2007. Risk management in Lithuanian organizations – relation with internal audit and financial statements quality. *Business: theory and practise*, Vol.8, No. 4, pp.204-213.
342. Turkalj, Ž., Ham, M., Fosić. 2013. The synergy of sustainable tourism and agriculture as a factor of regional development management in Croatia. *Ekonomski vjesnik*, Nr.2, Vol.5, p.71-82.
343. Tijūnaitienė, R., Tijūnaitis, R., Petrauskaitė, R. 2004. Regionų plėtros teorijos plėtotės planų rengimo kontekste. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, Nr.3, p.300-305.
344. Terre Blanche, M., Durrheim, K. 1999. Research in practice. Cape Town: University of Cape Town Press.
345. The Global Wellness Institute. 2018. Research report 2018, Build Well to Live Well, Wellness Lifestyle Real Estate and Communities, prieiga internetu: www.globalwellnessinstitute.org
346. Ulaş, D., Anadol, Y. 2016. A case study for medical tourism: investigating a private hospital venture in Turkey. *Anatolia, An International Journal of Tourism and Hospitality Research*, Vol.27, No.3, pp.327-338.
347. Uduma, I.A., Sylva, W. 2015. A critique of the adequacy of positivist and interpretivist views of organisational studies for understanding the 21st century organisation(s). *International Journal of Business and Management Review*, Vol.3, No.8, pp.44-52.
348. Vanagienė, V., Krikščiukinė, B. 2014. Kaimo turizmo klasteriai: novatoriško smulkaus ir vidutinio verslo nauda, kliūtys. Iššūkiai ir socialinė atsakomybė versle, UDK 334(474.5)(06) p.168-173.
349. Vilkas, M., Bučaitė-Vilkė, J. 2009. Besiformuojanti tinklaveikos teorija. *Ekonomika ir vadyba*, No. 14, pp.1100-1106.
350. Vanagas, R. 2008. Naujosios viešosios vadybos diegimas Lietuvos Respublikos vietos savivaldos sistemoje, Daktaro disertacija, Vilnius: MRU.
351. Vik, T.A., Bute, J.J. 2009. Utilizing crystallization in qualitative methods. *Review of Communication*, Vol.9, No.4, pp.340-343.

352. Vilkas, M. 2008. Tinklaveika ir procesų pokyčių rezultatyvumas. Daktaro disertacija, Kaunas: KTU.
353. Van der Heijden, J. 2018. City and Subnational Governance – High Ambitions, Innovative Instruments and Polycentric Collaboration? In *Governing Climate Change. Polycentricity in Action?* edited by A. Jordan, D. Huitema, H. van Hasselt, and J. Forster, pp. 81–96. New York: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781108284646.
354. Velotti, L., Botti, A., Vesci, M. 2014. Public-Private Partnerships and Network Governance. *Public Performance & Management Review*, Vol.36, No.2, pp.340-365.
355. Vetitnev, A., Kopyrin, A., Kiseleva, A. 2016. System dynamics modelling and forecasting health tourism demand: the case of Russian resorts. *Current Issues in Tourism*, Vol.19, No.7, pp.618-623.
356. Viederytė, J., Juščius, V. 2012. Jūrinio sektoriaus klasterizacijos skatinimas: prielaidos ir pagrindinės kliūtys. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, Nr.4, Vol.28, p.99-106.
357. World Tourism Organization. 2018. UNWTO Tourism Highlights 2018 Edition. Prieiga internetu: <https://www.e-unwto.org/doi/pdf/10.18111/9789284419876>
358. Wybo, J. L. 2004b. Mastering risks of damage and risks of crisis – the role of organizational learning, *International Journal of Emergency Management*, Vol. 2, No. 1/2, pp. 22–34.
359. Walsham, G. 2006. Doing interpretive research. *European Journal of Information Systems*, Vol.15, pp.320–330.
360. Wicks, A.C., Freeman, R.E. 1998. Organization Studies and the New Pragmatism: Positivism, Anti-Positivism, and the Search for Ethics. *Organization Science*, Vol.9, No.2, pp.123-140.
361. Winsena, F.V., Meyc, Y.D., Lauwersa, L., Passelc, S.V., Vancauterend, M., Wautersa, E. 2016. Determinants of risk behaviour: effects of perceived risks and risk attitude on farmer's adoption of risk management strategies, *Journal of Risk Research*, Vol. 19, No. 1, pp. 56–78.
362. Watt, D. 2007. On Becoming a Qualitative Researcher: The Value of Reflexivity. *The Qualitative Report*, Vol.12, No.1, pp.82-101.
363. WTO – World Tourism Organization. 2003. Public-private sector cooperation – enhancing tourism competitiveness, Madrid.
364. Whiteside, H. 2019. Public-private partnerships: market development through management reform. *Review of International Political Economy*, Vol.27, No.4, pp.880-902.
365. Wright, J.F. 2016. Risk management; a behavioural perspective, *Journal of Risk Research*, Vol. 21, No. 6, pp.710-724.
366. Willi, Y., Pütz, M., Jongerden, J.2020. Unpacking legitimacy in regional development: asymmetric justification and the functioning of regional development agencies. *Territory, Politics, Governance*, DOI: 10.1080/21622671.2020.1805352.
367. Zhao, J., Pablos, P.O. 2011. Regional knowledge management: the perspective of management theory. *Behaviour & Information Technology*, No.1, Vol.30, p.39-49.

368. Zehrer, A., Raich, F. 2010. Applying a lifecycle perspective to explain tourism network development. *The Service industries journal*, Nr.10, Vol.30, p.1683-1705.
369. Zykienė, I., Snieška, V. 2011. Fizinės infrastruktūros įtaka regioniniam patrauklumui. *Ekonomika ir vadyba*: Vol. 16, p.465-471.
370. Zhou, C., Lu, L. 2008. Emergence of the Entrepreneurial University in Evolution of the Triple Helix: The Case of Northeastern University in China. *Journal of Technology Management in China*, Vol.3, No.1, pp.109–126.
371. Zach, F., Racherla, P. 2011. Assessing the value of collaborations in tourism networks: a case study of Elkhart County, Indiana. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, Vol.28, No.1, pp.97-110.
372. Zee, E., Vanneste, D. 2015. Tourism networks unravelled: a review of the literature on networks in tourism management studies. *Tourism Management Perspectives*, Vol.15, pp.46–56.
373. Zinkhan, G.M., Hirschheim, R. 1992. Truth in Marketing Theory and Research: An Alternative Perspective. *Journal of Marketing*, Vol.56, No.2, pp.80-88.
374. Zmysłony, P. 2008. Zintegrowany system zarządzania jakością w regionie turystycznym: podstawy koncepcyjne i możliwości zastosowania. *Nowe trendy rozwoju turystyki*, G. Gołembski (red.), pp. 171-186
375. Žilinskas, V.J. 2009. Investicinių projektų optimalios atrankos metodas. *Verslas, vadyba ir studijos*, p.21-36.
376. Žilinskas, V. J., Skrodenienė, L. 2007. Turizmo plėtros valdymas regione. *Management theory and studies for rural business and infrastructure development*, Vol. 13, No. Nr. 2, pp.224-232.
377. Žalienė I., Žalys L., Iždonaitė – Medžiūnienė, I. 2009. Lietuvos kurortų sveikatinimo veiklos plėtra. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, Vol.15, Nr.2, p.349-358.
378. 2007–2013 metų Ekonomikos augimo skatinimo veiksmų programa http://www.esparama.lt/ES_Paramas/strukturines_paramos_2007_1013m._medis/titulinis/files/2VP_EA_2007-07-05.pdf
379. 2020 The World Medical Association. WMA STATEMENT ON MEDICAL TOURISM. Adopted by the 69th WMA General Assembly, Reykjavik, Iceland, October 2018, prieiga internetu: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-medical-tourism/>

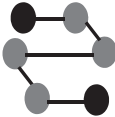
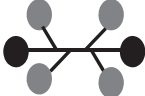

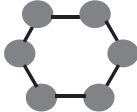

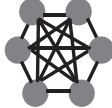
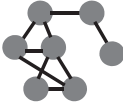

PRIEDAI

1 priedas. Tinklų samprata

Metai	Autorius	Samprata
1982	<i>Fombrun</i>	Sąvoka <i>tinklas</i> yra pakankamai abstrakti. Ji gali būti vartojama apibūdinant bet kokius pasikartojančius ryšius (pvz., išteklių, bendradarbiavimo, informacijos) tarp tam tikrų mazgų (pvz., asmenų grupių, organizacijų, informacinių sistemų).
1997	<i>Kickert</i>	Tinklas – dirbančių žmonių grupė, sudaryta iš individų, atstovaujančių tam tikroms institucijoms, siekiančioms pažangos įgyvendinant savo tikslus savanoriškai bendradarbiaujant.
2000	<i>Davis, Rhodes</i>	Tinklas – tam tikrų subjektų santykiai, kai subjektai, tarpusavyje keisdami informaciją, materialiniais ir kitais ištekliais atlieka ekonominius arba socialinius mainus.
2003	<i>Borgatti, Foster</i>	Tinklą sudaro taškai arba mazgai (individai, grupės, įmonės, organizacijos, visuomenės, tarptautinės organizacijos), su kitais taškais (mazgais) sujungti linijomis (ryšiais, jungtimis).
2003	<i>Agranoff ir McGuire</i>	Tinklas – tai viena iš bendradarbiavimo veiklos formų, padedančių pailginti ir valdyti daugelio organizacijų susitarimus, siekiant išspręsti kylančias problemas, kurių nebūtų galima išspręsti veikiant pavieniui.
2004	<i>Brass, Galaskiewicz, Greve, Tsai</i>	Tinklas apibrėžiamas kaip aibė mazgų ir ryšių, kurie nusako tam tikrą santykį arba šio santykio nebuvimą. Tinklai apima tris esminius aspektus: 1) jais perduodama informacija, kuri turi įtakos požiūriui, lemiančiam tobulinimo siekimą ir inovacijų kūrimą; 2) jie skatina tarporganizacinę ir tarpasmeninę bendradarbiavimą; 3) jie suteikia įvairių galimybių pasinaudoti tam tikrais ištekliais.
2004	<i>Hajer, Van Tatenhove ir Laurent</i>	Tinklas – abipusis savarankiškų, bet vienas nuo kito priklausančių organizacijų bendravimo ir mainų susitarimas.
2004	<i>Carson, Gilmor, Rocks</i>	Tinklas yra bendradarbiavimo, partnerystės forma, kuri susieja bendrus tikslus turinčius individus, grupes, organizacijas ir įgalina juos keistis ištekliais, informacija, didina jų veiklos efektyvumą.
2007	<i>Janiūnienė</i>	Socialinis tinklas – tarpusavio ryšiais susietų individų, jų grupių ar organizacijos darinys.
2007	<i>Jucevičienė</i>	Tinklas – tarpusavyje susijusių įvykių sistema, sukurta konkrečiam tikslui pasiekti ir todėl judanti šio tikslo link.
2008	<i>Owen-Smith, Powell</i>	Tinklai – tai organizacija, kurios subjektai yra savarankiški ir turi autonomiją, geba išsaugoti savo prigimtinės savybes, o pats tinklas veikia savireguliacijos principu.
2009	<i>Raab ir Kenis</i>	Tinklas – kūrybinius procesus skatinantis darinys, kuomet atskiros organizacijos, susidedančios iš mažiausiai trijų savarankiškų, tačiau viena nuo kitos priklausančių, dirba kartu, siekdamos bendro tikslo.

Metai	Autorius	Samprata
2013	<i>Melnikas</i>	Tinklas – tai visuma individualius interesus turinčių subjektų, sujungtų ar susijungusių į bendrą sistemą, kuri pasižymi tuo, jog: sistemai priklausantys subjektai tarpusavyje sąveikauja; sistemoje yra įgyvendinami bendri interesai; siekiama bendrų tikslų; vykdomos bendros funkcijos; sistema veikia kaip organizacija, kurioje pasireiškia valdymas ir savireguliacija.
2013	<i>Ribašauskienė ir Šalengaitė</i>	Tinklas – nebiurokratinė bendradarbiavimo struktūra, jungianti individus arba autonomines organizacijas bendram reikalui: keičiamasi patirtimi ir žiniomis; skatinamos idėjos, inovacijos ir kokybė; organizacijos jaučiasi stipresnės būdamos didesnio vieneto dalimi; tarpininko tarp organizacijų, taikančių įvairius metodus, vaidmuo; plečiamas bendradarbiavimas ir pan.
2013	<i>Bučinskas ir kt.</i>	Tinklas – tam tikri subjektų santykiai, kuomet subjektai, tarpusavyje keisdami informaciją, materialiaisiais ir kitais ištekliais atlieka ekonominius arba socialinius mainus.
2016	<i>Čeičytė ir Petraitė</i>	Tinklas – tinklinė mazgų (angl. node) ir ryšių struktūra.
2019	<i>Yustika ir Goni</i>	Tinklas – mazgai ir juos jungiantys ryšiai.

2 priedas. Tinklo tipologijos

Tipas	Struktūra
<p>Grandininė (linijinė). Šis tinklo tipas susieja visus tinkle esamus dalyvius. Pranešimas, nusiųstas iš vieno galinio taško į kitą, turi nukeliauti per visus kitus mazgus (<i>tinklo dalyvius</i>), kad pasiektų tikslą.</p>	
<p>Linijinė. Naudojamas centrinis informacijos perdavimo mechanizmas / institutas, jungiantis du galinio taško mazgus, o visi kiti mazgai taip pat jungiasi tiesiai prie centrinio perdavimo mechanizmo / instituto.</p>	
<p>Medžio. Tai hierarchinė struktūra, apimanti vieną šaknies mazgą su jungtimis, kurios šakojasi kaip medžio šakos. Bet kuriems dviem mazgams bus vienas trumpiausias kelias, jungiantis juos; siunčiama informacija tarp dviejų mazgų / dalyvių, gali keliauti trumpą ar ilgą atstumą, priklausomai nuo to ar mazgai slypi palei tą pačią šaką; ar yra skirtingų šakų galiniai taškai.</p>	
<p>Žiedinis. Sukuria uždarą grandinę, jungiančią visus mazgus. Informacija tarp mazgų, keliauja tik viena kryptimi; tokiu būdu, nutraukus ryšį bet kurioje vietoje, tinklo dalyviai negalės bendrauti tarpusavyje.</p>	
<p>Stebulės (žvaigždės). Naudojama kai vienas mazgas / dalyvis kaip stebulė, per kurį turi praeiti visa informacija. Šis modelis leidžia efektyviai centralizuotai informacijos srautus: centrinis tinklo valdymo institutas gali nuspręsti, kurią informaciją tarp kurių mazgų / dalyvių perduoti.</p>	
<p>Visiškai sujungtas tinklas. Leidžia tiesiogiai bendrauti tarp kiekvienos tinklo mazgų poros. Tai efektyviausias tinklo tipas, kuriame informacija tarp bet kokių dviejų mazgų visada keliauja trumpiausiu galimu keliu.</p>	
<p>Dalinis tinklas. Apima įvairias tipologijas, kad būtų sukurtas tinklas, apimantis kai kuriuos <i>subtinklus</i>, kurie yra visiškai sujungti tinklais, bet kurie nėra tarpusavyje visiškai susiję.</p>	
<p>Neužbaigtas tinklas. Tarp tinklo dalyvių nėra sudaryti jokie komunikavimo mechanizmai. Tai reiškia, kad mazgai negali bendrauti vieni su kitais arba kontroliuoti vienas kito veiklos.</p>	

3 priedas. Lietuvos turizmo klasteriai, teikiantys sveikatos turizmo paslaugas, 2021 m.

Įkūrimo metai	Klasterio pavadinimas	Veikimo regionas	Nariai, vnt.	Veikla (produktai ir paslaugos)
2011 m.	Sveikatingumo klasteris iVita	Vilnius, Kaunas, Panevėžys	Sveikatinimo programos, 1 Sporto prekės, 4 Tyrimų centrai, 4 Metalo apdirbimas, matavimai, 2	Šiuolaikinių tekstilės technologijų bei išmaniosios tekstilės panaudojimas produktų, skirtų sveikatingumo rinkai, kūrimas. Į prevenciją orientuoti produktai.
2011 m.	Kamieninių laštelių ir regeneracinės medicinos inovacijų klasteris	Vilniaus regionas	Ligoninės ir medicinos paslaugų centrai, 7 Nekilnojamo turto nuoma, 1 Medicinos įranga, 3	Moksliniai tyrimai; diagnostika. Sveikatinimui ir sveikatingumo paslaugoms įgyvendinti skirtos patalpos. Kamieninių laštelių tyrimai; inovatyvių medicinos paslaugų ir gydymo metodų kūrimas.
2012 m.	Odontologijos inovacijų klasteris	Vilnius, Kaunas	Stomatologijos klinika, 5 Implantologijos centras, 1 Mokslinių tyrimų institutas, 3	Odontologinės paslaugos. Implantacija. Regeneracinių organizmo galimybių ir mechanizmų tyrimai.
2013 m.	Lietuvos medicinos turizmo klasteris „LitCare“ / įmonės ir organizacijos	Baltijos ir Šiaurės Europos regionas	Medicinos turizmo produktų gamintojai, 3 Reabilitacijos ir sveikatinimo paslaugų centrai, 1 Kelionių operatoriai, 1 Draudimo bendrovės, 2 Ligoninės ir medicinos paslaugų centrai, 1 Medicinės diagnostikos centrai, 1	Medicinos paslaugos ir rinkodara, dalyvavimas tarptautinėse parodose ir verslo misijose. Sveikatinimo paslaugų teikimas. Kelionių organizavimas. Klientų draudimas. Gydymas ir reabilitacija. Ligų diagnostika ir specializuotas gydymas (pvz., implantologija, odontologija, protezavimas).

Įkūrimo metai	Klasterio pavadinimas	Veikimo regionas	Nariai, vnt.	Veikla (produktai ir paslaugos)
2013 m.	Anykščių turizmo klasteris / Anykščių m. ir raj. įmonės ir organizacijos	Rytų Aukštaitijos regionas: Zarasų, Ignalinos, Utenos, Anykščių, Molėtų raj. savivaldybės	Stovyklos, 2 Konferencijų centrai, 2 Sporto klubai ir SPA, 3 Kaimo turizmo sodybos, 4 Menų inkubatorius ir centrai, 3 Turizmo informacijos centrai, 2 Amatų centrai, 2 Muziejai, 2 Reabilitacijos ir sveikatinimo paslaugų centrai, 1 Kelionių operatoriai, 1 Draudimo bendrovės, 2 Ligoninės ir medicinos paslaugų Centrai, 1 Medicinės diagnostikos centrai, 1	Vaikų pramogų ir poilsio organizavimas Konferencijų salių nuoma. Baseinas, sporto klubas, SPA paslaugos. Pramogos, apgyvendinimas, maitinimas. Anykščių menų centras, Menininkų asociacija, menų inkubatoriaus renginiai. Regiono istorijos ir kultūros vertybių pažinimas. Amatų ekspozicija ir edukacija. A. Baranausko ir A. Vienuolio-Žukausko memorialinis muziejus-ekspozicija. Sveikatinimo paslaugų teikimas. Kelionių organizavimas. Klientų draudimas. Gydymas ir reabilitacija. Ligų diagnostika ir specializuotas gydymas (pvz., implantologija, odontologija, protezavimas).

Šaltinis: sudaryta pagal Lietuvos klasterių žemėlapi 2021 (Prieiga internete: www.maps.klaster.lt)

4 priedas. Pagrindinės tyrimų filosofijų charakteristikos

	Pozityvizmas	Post-pozityvizmas	Kritinė teorija	Konstruktivyvizmas / Interpretatyvizmas
Ontologija	<p>Naivusis realizmas: Manoma, kad tikroji tikrovė (<i>su-vokiama tikrovė</i>) egzistuoja. Žinios apibendrinamos be laiko ir konteksto apibendrinimų, kurie pasireiškia priežasties-pasekmės dėsniais.</p>	<p>Kritinis realizmas: Daroma prielaida, kad tikrovė egzistuoja, tačiau ji yra netobulai suvokiama dėl ydingų žmogaus intelektinių mechanizmų ir iš esmės neįveikiamo tiriamo reiškinių pobūdžio.</p>	<p>Istorinis realizmas: Manoma, kad tikrovė yra suvokiama, kuri kažkada buvo plastiška ir kurią formavo socialinių, politinių, kultūrinių, ekonominių, etninių ir lyčių veiksmų sąveika.</p>	<p>Reliatyvistas: Realybė yra suvokiama kaip daugybė nematerialių psichinių konstrukcijų, pagrįstų socialiniu ir patirtiniu pagrindu. Realybė yra santykinė su stebėtoju, kurią sudaro daug socialiai sukurtų realybių, kurioms netaikomi jokie gamtos dėsniai.</p>
Epistemologija	<p>Dualizmas / objektyvizmas: Laikoma, kad tyrėjas ir tiriamas objektas yra nepriklausomi subjektai ir negali vienas kito paveikti. Pripažįstama tyrėjo įtaka abejomis kryptimis ir laikomasi įvairių strategijų. <i>Išvados yra teisingos.</i></p>	<p>Modifikuotas dualizmas / objektyvizmas: Galima priartinti tikrovę, bet ji niekada nėra iki galo žinoma. Ypatingas dėmesys skiriamas išoriniams objektyvumo sergėtojams, pvz., kritinėms tradicijoms ir kritinei bendruomenei. <i>Išvados galimai yra teisingos.</i></p>	<p>Sandoris / subjektyvistas: Manoma, kad tyrėjas ir tiriamas objektas yra interaktyviai susiję, o tyrėjo vertybės neišvengiamai daro įtaką tyrimui. Todėl išvados yra vertybinės.</p>	<p>Sandoris / subjektyvistas: Daroma prielaida, kad tyrėjas ir tyrimo objektas yra tarpusavyje susiję, kad išvados būtų pažodžiui sukurtos vykstant tyrimui. <i>Todėl išvadas sukuriama tyrėjas.</i></p>

	Pozityvizmas	Post-pozityvizmas	Kritinė teorija	Konstruktivizmas / Interpretatyvizmas
<i>Metodologija</i>	Eksperimentinis ir manipuliuojantis: Klausimai ir (arba) hipotezės pateikiami pasiūlymo forma, kurioms patikrinti atliekamas empirinis tyrimas; kuris yra griežtai kontroliuojamas, kad būtų išvengta netinkamo poveikio rezultatams.	Modifikuotas eksperimentinis / manipuliuojantis: Pabrėžiamas „kritinis dauginimasis“ (<i>atnaujinta trianuliacijos versija</i>) kaip būdas suklastoti hipotezes. Metodika siekiama ištaisyti kai kuriuos tyrimus atliekant tyrimus natūralesnėse aplinkose, renkant daugiau situacinės informacijos ir iš naujo įtraukiant atradimą/naujas žinias kaip tyrimo elementą(-us). Visi šie tikslai pasiekiami panaudojant kokybinius metodus.	Dialogiškas ir dialektinis: Norint atlikti tyrimo sandorį, reikia dialogo tarp tyrėjo ir tyrimo subjektų. Šis dialogas turi būti dialektinio pobūdžio, kad nežinojimas ir nesupratimai virstų labiau informuota sąmone.	Hermeneutinė / dialektinė: Kintamas ir asmeniškias socialinių konstrukcijų pobūdis rodo, kad individualias konstrukcijas galima išgauti ir patobulinti tik sąveikaujant tarp tyrėjo ir informanto. Galutinis tikslas yra išskaidyti reiškinio supratimą, kuris taptų labiau pagrįstas ir rafinuotas nei bet kuri iš ankstesnių tyrimų suformuotų konstrukcijų.
<i>Tyrimo tikslas</i>	Paaiškinimas, numatymas ir valdymas.		Kritika ir transformacija; restitucija ir emancipacija	Supratimas; rekonstrukcija.
<i>Žinių pobūdis</i>	Patvirtintos hipotezės, nustatytos kaip faktai ar dėsniai.	Neklastota hipotezė, kuri yra tikėtini faktai ar dėsniai.	Struktūrinės / istorinės įžvalgos.	Individualios rekonstrukcijos, susiliejantios aplink. Sutarimas.
<i>Žinių kaupimas</i>	Priėmimas – „statybiniai mechanizmai“, papildantys „žinių pastatymą“; apibendrinimai ir priežasties-pasekmės ryšiai		Istorinis revizionizmas; apibendrinimas pagal panašumą.	Informuotesnės ir sudėtingesnės rekonstrukcijos.
<i>Kokybės kriterijai</i>	Įprasti „griežtumo“ kriterijai: vidinis ir išorinis pagrįstumas, patikimumas ir objektyvumas.		Istorinis vietoviškumas; nežinojimo erozija.	Patikimumas ir autentiškumas.
<i>Vertybės</i>	Neįtraukta – įtaka paneigta		Įtraukta – formuojanti	

5 priedas. Pozityvizmo ir konstruktyvizmo (interpretatyvizmo) filosofinių prielaidų stiprybės ir silpnybės

Tyrimų paradigmos	Filosofinės prielaidos			
	Ontologija	Epistemologija	Metodologija	Aksiologija (vertybių teorija)
Pozityvizmas	Vieniška, stabili realybė Į įstatymą panašus	Objektyvus Atsiskyres stebėtojas	Ekspirimentinis Kiekybinis Hipotezės bandymas	Tiesa (objektyvi) Spėjimas
Interpretatyvizmas	Daugybė realybių Socialiai sukons-truotas	Empatiškas Stebėtojo subjektyvumas	Sąveikaujantis Interpretacija Kokybinis	Kontekstinis supratimas
Tyrimų paradigmų savybės	Stiprus pozityvizmas	Pozityvizmas	Konstrukcionizmas	Stiprus konstrukcionizmas
<i>Stiprybės</i>	Jei tai veikia, tai gali padaryti labai įtikinamą išvadą	Gali suteikti plačią aprėptį; greitai ir ekonomiškai; lengviau pateikti politikos pagrindimą	Priima kelių duomenų šaltinių vertę; leidžia apibendrinti ne tik dabartinę imtį; didesnis efektyvumas, įskaitant užsakomųjų paslaugų potencialą	Naudinga procesams ir prasmėms; lankstus ir geras teorijos generavimui; duomenų rinkimas ne toks dirbtinis
<i>Silpnybės</i>	Sunku įgyvendinti socialinius eksperimentus ir kontroliuoti alternatyvius rezultatų paaiškinimus; dėmesys gali būti labai siauras	Nelankstus ir dirbtinis; nėra gerai procesui, prasmėms ar teorijos generavimui; pasekmės veiksmui nėra akivaizdžios	Prieiga gali būti sunki; negali atsižvelgti į institucinius ir kultūrinius skirtumus; nesuderinamos informacijos derinimo problemos	Gali užimti daug laiko; analizuoti ir interpretuoti yra sunku; gali neturėti patikimumo politikos formuotojams

Šaltinis: sudaryta pagal: Adebessin ir kt., 2011; Perkins, 2019

6 priedas. Gyvenimo aprašymas

Mob. tel.: +370 630 39532

El. paštas: sbanevicius07@gmail.com

Šarūnas Banevičius (1991 11 20)

Mokslinė patirtis

Publikuoti moksliniai straipsniai:

1. Banevičius, Š. 2012. Lyderiavimo teorijų ir bruožų analizė. *Studentų mokslinė konferencija „Lietuva ir Europa XXI a.: Iššūkiai, raidos tendencijos ir perspektyvos“*, Klaipėda: Klaipėdos universitetas, p. 149-155.
2. Banevičius, Š. 2014. Pokyčių valdymo modeliai. *Studentų mokslinė konferencija „XXI a. Iššūkiai Lietuvai ir Europai: Ekonominiai, Politiniai ir Kultūriniai aspektai“* Klaipėda: Klaipėdos universitetas, p. 161-167.
3. Banevičius, Š. 2015. Inovatyvių pokyčių vertinimas organizacijose. *Studentų mokslinė konferencija „Gerovės visuomenės formavimo socialiniai veiksniai Lietuvoje ir pasaulyje: patirtis ir įžvalgos“*, Klaipėda: Klaipėdos universitetas, p. 9-17.
4. Banevičius, Š. 2016. Veiksniai įtakojantys inovacijų atrankos svarbą verslo organizacijose. *Studentų mokslinė konferencija „Regionų gerovės bei darnos socialiniai veiksniai pasaulinių iššūkių kontekste“*, Klaipėda: Klaipėdos universitetas, p. 8-16.
5. Banevičius, Š. 2016. Inovatyvių pokyčių vertinimas verslo organizacijose. *Studijos šiuolaikinėje visuomenėje*, Vol. 7, No.1 pp. 63-74.
6. Banevičius Š. 2016. Inovacinių medicinos turizmo pokyčių alternatyvų atranka. *Social Sciences*, Vol. 20, No. 3 pp. 20-32.
7. Banevičius, Š. 2017 m. Inovatyvi kaimo turizmo sveikatingumo plėtra Klaipėdos regione. *Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development*, Vol. 39. No. 3, pp.281–289
8. Banevičius, Š. 2018. Klaipėdos regiono kaimo turizmo plėtros kryptys. *International security in the frame of modern global challenges: Collection of scientific works*, p.11-19, prieiga internetu: <https://repository.mruni.eu/handle/007/16764>
9. Banevičius, Š. 2019. Sveikatos turizmo tinklaveikos aktualūs valdymo aspektai. Tarptautinė 2-oji mokslinė – praktinė konferencija „*Tarptautinis saugumas šiuolaikinių globalių iššūkių kontekste*“, Vilnius, p.1-6
10. Banevičius, Š. 2019. Kaimo turizmo plėtra ir valdymas. *Darnus vystymasis: teorija ir praktika*, Druskininkai, p.12-14
11. Banevičius, Š. 2019. Tinklinis regionų medicinos turizmo aspektas. Mokslinė konferencija „*Iššūkiai vadybos moksle ir studijose*“ skirta prof. habil. dr. Antanui Seiliui atminti, Klaipėda, p.5-7
12. Banevičius, Š. 2019. Relevant Management Aspects of Health Tourism Networking. *Socialiniai tyrimai*, Vol.42, No.2, pp. 30-43
13. Banevičius, Š. 2020. Rizikos veiksnių valdymas medicinos turizmo organizacijose. *Socialiniai tyrimai*, Vol.43, No.2, pp. 26-34
14. Banevičius, Š. 2021. Rizikos veiksnių valdymas medicinos turizme. Prof. A. Seiliaus vardo mokslinė konferencija „*Iššūkiai vadybos moksle ir studijose*“, Klaipėda, pp.49-51
15. Banevičius, Š. 2021. Aspects of successful public-private partnerships in the development of the health tourism industry. Tarptautinės mokslinės-praktinės internetinės konferencijos medžiaga – *The third sector and social economy: Ukrainian and international experiences*, pp.117-120

<p>Darbinė patirtis</p>	<p>Mokslinėse konferencijose skaityti pranešimai:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Banevičius, Š. „Sveikatos ir kaimo turizmo sinergijos galimybės Klaipėdos regione“. 18-ta tarptautinė Ernesto Galvanausko konferencija „Regiono konkurencingumo kaitos tendencijos“, Šiauliai, 2018. 2. Banevičius, Š. „Tinklinis regionų medicinos turizmo aspektas“. 19-ta tarptautinė mokslinė konferencija „Regiono konkurencingumo kaitos tendencijos“, Šiauliai, 2019. 3. Banevičius, Š. „Risk factors management of medical tourism“. Tarptautinė mokslinė – praktinė konferencija „Механізми управління розвитком території“, Житомир, 2020. <p>Mokslinių interesų sritys:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizacinė partnerystė. • Sveikatos turizmo industrijos valdymas. • Inovatyvių pokyčių vertinimas. • Sprendimo priėmimo procesas. <p>Nuo 2017 m. rugsėjo mėn. Klaipėdos universiteto socialinių ir humanitarinių mokslų fakulteto vadybos katedros dėstytojas (<i>asist.</i>), dėstomas studijų dalykas - Inovacijų valdymas.</p> <p>Nuo 2021 m. Socialinių mokslų kolegijos dėstytojas, dėstomi studijų dalykai: Tarptautinio verslo strategijos ir rizikos valdymas; Tarptautinio verslo organizavimas.</p>																
<p>Išsilavinimas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2014 m. <i>Klaipėdos Universitete įgytas Vadybos bakalauro kvalifikacinis laipsnis</i>, studijų programoje: „Vadyba“. Baigiamojo darbo tema – „<i>Pokyčių valdymas organizacijose</i>“. • 2016 m. <i>Klaipėdos Universitete įgytas Vadybos magistro laipsnis</i>, studijų programoje: „Inovacijų vadyba ir technologijos“. Magistro baigiamojo darbo tema - „<i>Inovacijų pokyčių vertinimas verslo organizacijose</i>“. • 2017 m. spalio mėn. pradėtos doktorantūros studijos Mykolo Romerio Universitete, Vadybos mokslų kryptyje. 																
<p>Kalbų mokėjimas</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kalba</th> <th>Kalbėjimas</th> <th>Supratimas</th> <th>Rašymas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lietuvių (gimtoji k.)</td> <td>Puikiai</td> <td>Puikiai</td> <td>Puikiai</td> </tr> <tr> <td>Rusų</td> <td>Vidutinis</td> <td>Vidutinis</td> <td>Vidutinis</td> </tr> <tr> <td>Anglų</td> <td>Geras</td> <td>Geras</td> <td>Geras</td> </tr> </tbody> </table>	Kalba	Kalbėjimas	Supratimas	Rašymas	Lietuvių (gimtoji k.)	Puikiai	Puikiai	Puikiai	Rusų	Vidutinis	Vidutinis	Vidutinis	Anglų	Geras	Geras	Geras
Kalba	Kalbėjimas	Supratimas	Rašymas														
Lietuvių (gimtoji k.)	Puikiai	Puikiai	Puikiai														
Rusų	Vidutinis	Vidutinis	Vidutinis														
Anglų	Geras	Geras	Geras														
<p>Pagrindiniai sportiniai pasiekimai</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2013 – 2021 m. Lietuvos žiemos ir vasaros sezonų lengvosios atletikos (<i>rutulio stūmimo rungtyje</i>) čempionas; • 2012 m. 2013 m. 2014 m. 2015 m. 2016 m. 2017 m. 2018 m. 2021 m. Lietuvos lengvosios atletikos studentų čempionas. • 2013 m. ir 2015 m. Pasaulinėje studentų universiadaoje užimta 7 vieta; 2017 m. 6 vieta. • 2013 m. 2014 m. 2015 m. 2016 m. 2017 m. SELL (Suomijos, Estijos, Latvijos, Lietuvos) studentų žaidynių čempionas. • 2013 m. Europos komandiniame čempionate iškovota 3 vt., 2014 m. 4 vt.; 2017 m. 1 vt. • 2014 ir 2017 m. 2018 m. laimėta Latvijos prezidento taurė ir Baltijos šalių čempionatas. 																

Asmeninės savybės	Stipri motyvacija siekiant rezultatų. Atsakomybė už darbo rezultatus. Kūrybiškumas ir iniciatyvumas.
------------------------------	--

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

Šarūnas Banevičius

**REGIONINĖ PARTNERYSTĖ SVEIKATOS
TURIZMO VALDYMO SISTEMOJE**

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.

Mokslinis vadovas:

prof. dr. Alvydas Baležentis (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003).

Mokslinė konsultantė:

prof. habil. dr. Anna Lis (Gdanskio technologijos universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003).

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

Pirmininkas:

prof. dr. Vainius Smalskys (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, S 003).

Nariai:

prof. habil. dr. Diana Dryglas (AGH mokslo ir technologijų universitetas, Lenkijos Respublika, socialiniai mokslai, vadyba, S 003);

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

prof. dr. Diana Šaparnienė (Vilniaus universiteto Šiaulių akademija, socialiniai mokslai, vadyba, S 003);

prof. dr. Jan Žukovskis (Vytauto Didžiojo universitetas, socialiniai mokslai, vadyba S 003).

Daktaro disertacija bus ginama viešame Vadybos mokslo krypties tarybos posėdyje 2021 m. gruodžio 10 d. 13 val. Mykolo Romerio universitete, I-414 auditorijoje.

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

Daktaro disertacijos santrauka išsiųsta 2021 m. lapkričio 10 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.

REGIONINĖ PARTNERYSTĖ
SVEIKATOS TURIZMO VALDYMO SISTEMOJE

SANTRAUKA

„Laimė – kaip sveikata: jeigu jos nepastebi, vadinasi, ji yra“
– Ivan Turgenev

Tyrimo aktualumas. Paslaugų sektoriaus dalyvių organizacinė partnerystė yra viena iš sąlygų, užtikrinanti Europos regionų ekonomikos plėtrą. Užsibrėžiant tikslą didinti regionų patrauklumą nacionaliniu ir tarptautiniu lygmenimis, turi būti priimami racionalūs sprendimai – modernizuoti viešąją infrastruktūrą, skatinti tarpsektorinį bendradarbiavimą, vykdyti tarptautinius projektus ir siekti verslo kooperacijos bei turizmo vertės eksporto ugdant bendradarbiavimo ir organizacinės partnerystės kultūrą. Pasitelkiant išteklių, objektų ir iniciatyvų visumą, įvairios partnerystės formos tampa naujos ekonominės – ir socialinės vertės kūrimo priežastimi, didėja verslo organizacijų ekonominis gyvybingumas, atsiranda galimybės vykdyti turizmo produktų sklaidą ir rinkodarą. *Regionalizavimas* yra orientuotas siekti šalies regionų socialinių ir ekonominių skirtumų mažinimo trumpuoju laikotarpiu ir užtikrinti tolygią ir tvarią regionų, kartu – ir visos valstybės plėtrą ilgalaikėje perspektyvoje. Tokiu būdu siekiama užtikrinti darnų regionų vystymąsi.

Paslaugų sektoriaus kompleksiškas suformuoja kelių lygių hierarchinę sistemą, kurioje komunikavimas vyksta *vertikaliais ir horizontaliais ryšiais*. Taigi valdymo koordinavimas, išteklių naudojimas ir sutelkimas, efektyvus funkcijų centralizavimas ir – decentralizavimas yra didžiausias iššūkis tobulinant turizmo paslaugų sektorių bei sveikatos turizmą. *Paslauga* tuo pačiu yra veikla ir rezultatas, tai daugiau ar mažiau neapčiuopiama veikla, paprastai pasireiškianti vartotojui sąveikaujant su paslaugą teikiančiais objektais, materialiais ir – fiziniais ištekliais ar teikimo sistemomis, kurios užtikrina vartotojo poreikių patenkinimą.

Tobulinant paslaugų sektoriaus valdymą būtina racionaliai ir optimaliai taikyti šiuolaikinio *sinergetikos mokslo* pasiekimus, naudojant juos kuriant ir įgyvendinant naujas partnerystės formas, skirtas įvairioms šiuolaikinio socialinio ir ekonominio gyvenimo sritims.

Lietuvos Respublikoje, kaip ir kitose Europos Sąjungos (ES) šalyse, atliekant ilgalaikių strateginių veiklos prioritetų identifikavimą iškyla skirtingos problemos, *pa-
vyzdžiui*: sveikatos turizmo planavimas, finansavimas, sveikatinimo turizmo infrastruktūros plėtros prioritetų nustatymas bei *turizmo sezoniškumo poveikis*, lemiantis netolygų turistų srautų pasiskirstymą. Dėl to turizmo vadyba yra sudėtingas procesas, kuriam valdyti būtina visų dalyvaujančių institucijų organizacinė *partnerystė*, veiksmų

koordinavimas, racionalus ir optimalus vykdomų funkcijų, užduočių pasidalijimas siekiant bendrų tikslų.

Mokslinė problema ir jos ištyrimo lygis.

Turizmo regioninės partnerystės formos, valdymą ir plėtros perspektyvas nagrinėjo: Nordin, 2003; McKercher, 2003; Easwar, 2003; Cunha, Cunha, 2005; Spiriajevas, 2007; Jucevičius, 2008; Vilkas, Bučaitė-Vilkė, 2009; Ribašauskienė, Šalengaitė, 2012; Redman, 2012; Leichteris, Švirinas, 2013; Medhekar, 2013; Gilienė, 2014; Mose ir kt., 2014; Vanagienė, Kriškėčiukienė, 2014; Velotti ir kt., 2014; Phua ir kt., 2014; Arts ir kt., 2014; Skaržauskienė, Gudelytė, Lančinskienė, 2014; Stačkauskienė, 2015; Christian, 2015; Sala, 2016; Ligeikienė, 2016; Pape ir kt., 2016; Ying, 2016; Pütz ir Job, 2016; Rukuižienė, 2017; Ketels 2017; Junevičius, Albrektas, 2017; Štaraitė, 2017; Bajwa ir kt., 2018; Boyer, 2019; Whiteside, 2019; Semenova ir kt., 2020; Narbaev ir kt., 2020 ir kt.

Turizmo valdymą nacionaliniu, regioniniu ir vietos lygmeniu analizuoja: Getz, 1987; Domarkas, 2007; Drege, Jenkins, 2007; Išoraitė, 2009; Vanagas, 2008; Beaumont, Dredge, 2010; Jagminas, 2011; Armaitienė, Zacharčenko, 2012; Česonis, 2012; Paulauskienė, 2013; Hall, 2016; Wen-Jung, 2016; Ghaderi, 2018 ir kt.

Tinklaveikos proceso valdymą, koordinavimą, bendradarbiavimo mechanizmus ir vystymosi barjerus nagrinėjo: Klijn ir Joop, 2006; Navickas ir Malakauskaitė, 2009; Klijn ir kt., 2010; Stalgienė, 2010; Blomgren Bingham, L. 2011; Esmark, 2011; McGuire, 2011; Ribašauskienė ir Šalengaitė, 2012; Viederytė ir Juščius, 2012; Ribašauskienė ir Šalengaitė, 2013; Gilienė, 2014; Khodabandehloo, 2014; Alberti ir kt., 2014; Nugaras, 2014; Skaržauskienė ir kt., 2014; Stačkauskienė ir Katinienė, 2015; Čeičytė ir Petraitė, 2016; Casanueva ir kt., 2016; Grumadaitė ir Jucevičius, 2017; Rondelez, 2018; Korir, 2018; Yustika ir Goni, 2019; Klijn ir kt., 2020 ir kt.

Sveikatos turizmo sampratą, paslaugas, klasifikavimą ir turistų/pacientų elgseną tyrė: Didaskalou ir Nastos, 2003; Stašys, 2003; Janušonienė, 2009; Lent ir kt., 2010; Heung ir kt., 2010; Carrera ir Lunt, 2010; Turner, 2010; Hall, 2011; Pocock, Hong Phua, 2011; Goel, 2012; Lukowicki-Vikuk 2012; Hofer ir kt., 2012; Kelly, 2012; Čiburienė, 2012; Bučinskaitė, Navickienė, 2012; Paškevičius, 2012; Hodges, Turner, Kimball, 2012; Hall, 2013; Savičiūtė, 2013; Smith, Puczko, 2014; Smith ir Puczko, 2015; Goodarzi ir kt., 2015; Dryglas ir Salamaga, 2016; Šaparnienė, Jablonskytė, 2017; Mainil ir kt., 2017; Beladi, 2018; Hartwell ir kt., 2018; Ghosh, 2018; Bulut ir Sengul, 2019; Khodayari-Zarnaq ir kt., 2020 ir kt.

Sveikatos turizmo rizikos valdymo procesą ir algoritmus analizavo (-uoja) šie tyrėjai: Качалов, 1997; Iqbal ir kt., 2003; Wybo, 2004; Kaleininkaitė ir Trumpaitė, 2007; Tamosiūnienė ir Savčuk, 2007; Buškevičiūtė ir Leškevičiūtė, 2008; Carabello, 2008; Kanapeckienė ir Jurkuvėnas, 2009; Heung ir kt., 2011; Mekšriūnaitė ir Rudaitis, 2013; Chew ir Jahari, 2014; Paškevičius, 2014; Camillo, 2015; Leigh-Brown, 2015; Janušonis, 2016; Mutalib ir kt., 2016; Cui ir kt., 2016; Janušonis, 2017; Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2017; Ganguli ir Ebrahim, 2017; Hasan ir kt., 2017; Ravulakollu ir kt., 2018; Tham, 2018; Jankauskienė ir Kostereva, 2019; Babinskas ir Kanapeckienė, 2019; Nilashia ir kt., 2019; World Tourism Organization, 2020 ir kt.

Sveikatos turizmo plėtrą skatinantys ir stabdantys veiksniai analizuojami šių tyrėjų moksliniuose darbuose: Bialk-Wolf, 2010; Heung ir kt., 2011; Purdy, 2011; Alonso-Alvarez, 2012; Fisher ir Sood, 2014; Han ir Hyun, 2015; Cini ir kt., 2015; Johnston ir kt., 2016; Olkiewicz, 2016; Gökhan, 2017; Guntawongwan, 2017; Ganguli ir Ebrahim, 2017; Dryglas, 2017; Kim ir kt., 2019; Sutana ir kt., 2019; Kim ir kt., 2019; Lianto ir kt., 2020; Lee ir kt., 2020 ir kt.

Partnerystės sudėtinės dalis ir veiksnius užtikrinant tvarią sveikatos turizmo industrijos plėtrą nagrinėja: McQuaid, 2000; Skietrys ir Raipa, A. 2009; Schuppert, 2011; Gan ir Frederick, 2011; Kolarska-Kardela, 2014; Lee ir Fernando, 2015; Smith, 2015; Vetitnev ir kt., 2015; Vetitnev ir kt., 2016; Padilla-Melendez ir Del-Aguila-Obra, 2016; Chantrapornchai ir Choksuchat, 2016; Padilla-Melendez ir Del-Aguila - Obra, 2016; Ulaş ir Anadol, 2016; Chistobaev ir Grudtcyn, 2017; Georgieva ir kt., 2017; Kim ir Seo, 2019; Illario ir Bousquet, 2020 ir kt.

Apibendrinant disertacijoje analizuotus informacijos šaltinius galima teigti, kad mokslinėje literatūroje tyrėjai atkreipia dėmesį į tokius regioninės partnerystės struktūros formavimo aspektus ir su šiuo reiškiniu susijusią tokią problematiką: *kaip užtikrinti veiksmingą koordinavimo funkciją regioniniame turizmo valdymo kontekste; kokie veiksniai daro įtaką nacionalinio ir savivaldybių turizmo valdymo lygmenų sąveikai; kaip nustatyti ir vertinti sveikatos turizmo plėtros veiksnius; koks partnerystės mechanizmas užtikrins veiksmingą vietos veiklos grupių organizacinį procesą; kokia turizmo sektoriaus struktūros įtaka regionų plėtrai, ir kt.*

Regioninės partnerystės formavimo aspektai tobulinant sveikatos turizmo paslaugų sektoriaus valdymą yra aktualus tyrimų objektas tiek teoriniu, tiek ir praktiniu požiūriu. Šis disertacinis darbas yra skiriamas platesniam pažinimui. Disertacijoje nagrinėjama regioninė partnerystė sveikatos turizmo valdymo sistemoje.

Mokslinio tyrimo problema išreiškia šie probleminiai klausimai – kokie yra pagrindiniai regioninės partnerystės valdymo teoriniai pagrindai ir kaip tobulinti regioninę partnerystę sveikatos turizmo valdymo sistemoje.

Suformuluoti tyrimo probleminiai klausimai leidžia apibrėžti **mokslinio tyrimo objektą** – regioninę partnerystę sveikatos turizmo valdymo sistemoje. Tyrimas atliktas Lietuvos ir Lenkijos sveikatos turizmo sektoriuose. Gautiems tyrimų rezultatams apibūdinti sudaryta tarptautinė Latvijos, Estijos, Turkijos, Portugalijos, Kroatijos ekspertų grupė.

Mokslinio tyrimo tikslas – išanalizavus regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo teorinius pagrindus ir atlikus empirinį tyrimą, pagrįsti regioninę partnerystę sveikatos turizmo valdymo sistemoje.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išnagrinėti regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje teorinius pagrindus.
2. Metodologiškai pagrįsti regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje empirinį tyrimą.

3. Identifikuoti sveikatos turizmo valdymo sistemos: situaciją, problemas, skatinančius ir stabdančius veiksnius.
4. Ištirti tarporganizacinės partnerystės bruožus sveikatos turizmo valdymo sistemoje.
5. Regioninės partnerystės pagrindu parengti sveikatos turizmo valdymo struktūrą.

Darbo mokslinis naujumas, teorinis ir praktinis reikšmingumas. Pagrįsta regioninė partnerystė sveikatos turizmo valdymo sistemoje:

1. Susisteminta ir įvertinta regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje mokslinių šaltinių problematika.
2. Sudarytas (CRO-EST-LAT-LTU-POR-POL-TUR) sveikatos turizmo gyvavimo ciklas.
3. Suformuotas ir įvertintas sveikatos turizmo paslaugų valdymo sistemos funkcinis modelis.
4. Identifikuoti plėtrą skatinantys ir stabdantys veiksniai sveikatos turizmo valdymo sistemoje.
5. Sudarytas sveikatos turizmo rizikos valdymo algoritmas.
6. Parengta nacionalinio lygmens sveikatos turizmo valdymo struktūra, grindžiama regionine partneryste.
7. Nustatytos ir įvertintos regioninės sveikatos turizmo institucijos funkcijos.

Mokslinio tyrimo metodai. Nagrinėjant regioninės partnerystės teorinius principus bei, -sveikatos turizmo valdymo ypatumus, atlikta mokslinės literatūros analizė ir apibendrinimas. Atlikta dokumentų analizė nagrinėjant Lietuvos, kitų šalių ir tarptautinių turizmo organizacijų (UNWTO, ETOA ir kt.) parengtas turizmo ataskaitas. Atliekant empirinį tyrimą taikyti šie metodai: ekspertinis vertinimas, lyginamoji analizė, modifikuotas prioritetų skirstymo ir parinkimo (MPSP) metodas. Kokybinė turinio analizė taikyta analizuojant empirinio turimo metu gautus tyrimo duomenis.

Ginamieji disertacijos teiginiai:

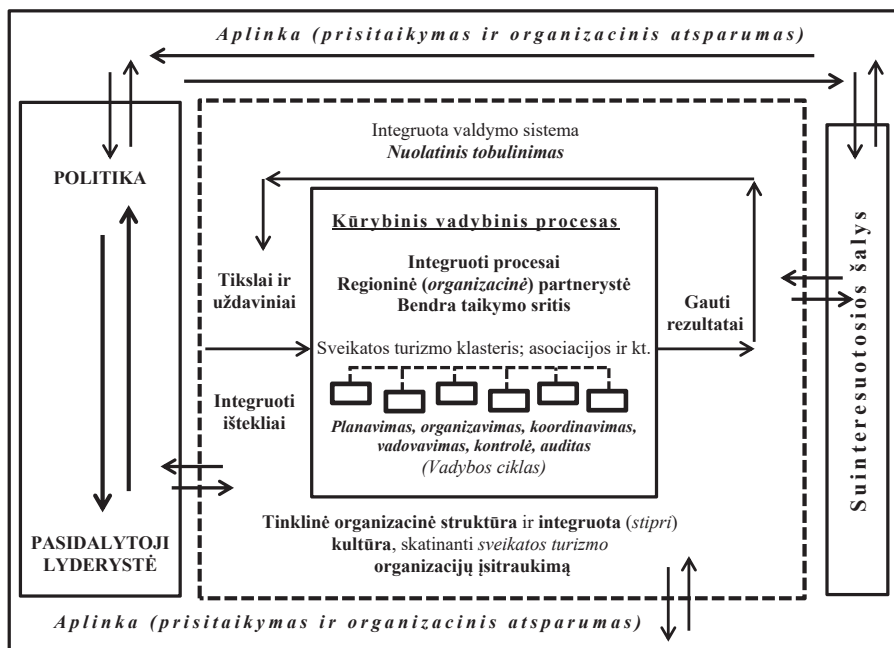
1. Sistemingą, reguliarią ir nenutrūkstamą sveikatos turizmo plėtrą trikdo šie stabdantys *veiksniai*: neefektyvi sveikatos turizmo rinkodaros strategija, prastas planavimas ir koordinavimas visame sektoriuje, patikimos statistikos trūkumas, taip pat šios *problemos*, susijusios su tuo, kad nėra aiškios ir vieningos sveikatos turizmo platformos, nepakankamai pritaikytas užsienio pacientams valstybinis sveikatos priežiūros sektorius, neišplėta organizacinės partnerystės kultūra.
2. Veiksmingą regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemos įgyvendinimą lemia: sveikatos turizmo valdymo struktūros nacionaliniu lygiu sudarymas ir regioninės sveikatos turizmo institucijos suformavimas.

Disertacijos struktūra ir apimtis. Disertaciją sudaro įvadas, trys skyriai, išvados, rekomendacijos, priedai bei santraukos lietuvių ir anglų kalbomis. Disertacinio darbo apimtis – 173 puslapiai, kuriuose 46 paveiksai, 22 lentelės. Bibliografinį sąrašą sudaro 376 literatūros šaltiniai.

Pirmame disertacijos skyriuje „**Regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje teoriniai pagrindai**“ nagrinėjama regioninės (*organizacinės*) partnerystės

tės esmė, turinys ir valdymas; sveikatos turizmo esmė ir sveikatos turizmo organizacijų partnerystės veiksmingumą nulemiantys veiksniai bei rizikos valdymo procesas; taip pat nuodugnai analizuojama tarporganizacinė partnerystė sveikatos turizmo valdymo sistemoje (1 pav.), kuri suprantama, kaip valdymo metodų visuma, užtikrinanti sveikatos turizmo politikos, procesų, procedūrų, tarpusavyje susijusių organizacijų struktūrinių dalių valdymą, kad būtų pasiekti užsibrėžti tikslai.

Pagrindinis sveikatos turizmo valdymo sistemos tikslas – kurti, plėtoti ir palaikyti įvairias sveikatos turizmo paslaugas siekiant tvaraus sektoriaus vystymosi. Susidarę sveikatos turizmo tinklai įforminami sutartimis, teisės aktais, sutartiniais memorandumais, bendrais susitarimais, todėl jų dalyvių santykiai, funkcijos, atsakomybė yra aiškiai apibrėžti.



1 pav. Sveikatos turizmo valdymo sistema

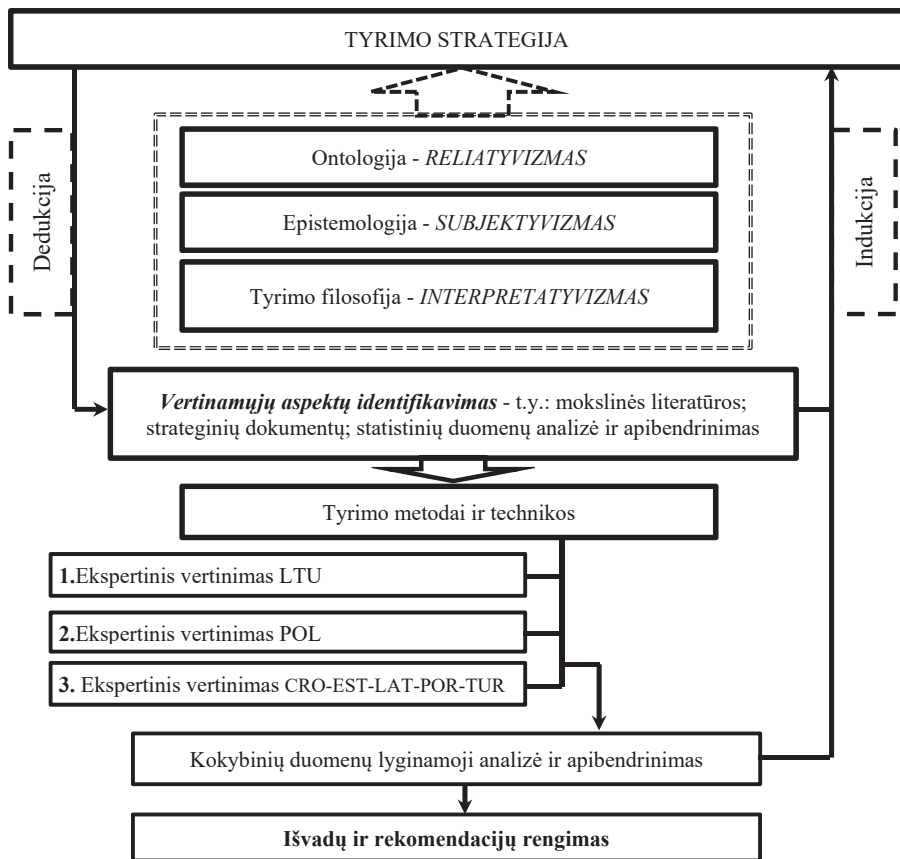
Detalizuojant sveikatos turizmo valdymo sistemą, svarbu akcentuoti organizacinės partnerystės fenomeną, kuris yra kaip branduolys ir kertinė sistemos ašis. Integruotas valdymas (*grindžiamas sisteminiu požiūriu*) ir partnerystės mechanizmas sujungia sveikatos turizmo organizacijas, integruoja išteklius, bendrus tinklus ir uždavinius, kurie kūrybinio vadybinio proceso metu transformuojasi į rezultatus. Sveikatos turizmo valdymo sistemos koncepciją galima apibrėžti kaip priemonę/-instrumentą sveikatos turizmo plėtrai regione formuoti, kuri tuo pat metu atsižvelgia ir daro teigiamą poveikį sveikatos turizmo organizacijų, turistų/pacientų, vietos bendruomenės veiklai ir gamtai.

Pirmasis disertacijos skyrius baigiamas apibendrinamosiomis išvadomis (*pateikiamos esminės*):

1. Regioninės partnerystės valdymas susideda iš šių bruožų: sąmoningos ir tikslingos sąveikos tarp pagrindinių veikėjų; kolektyvaus sprendimų priėmimo; kolektyvinių bendradarbiavimo pastangų; proaktyvios regioninės savikontrolės; organizacinės sąveikos sprendžiant problemas; organizacinių tinklų kūrimo; veiklos, orientuotos daryti įtaką ekonominiams, socialiniams, kultūriniais, aplinkosaukiniams ir kitiems visuomenei svarbiems rezultatams visame regione; vertikalios ir horizontalios procesų koordinavimo.
2. Sveikatos turizmo valdymo sistemos tipus galima skirstyti į: tiesioginį sveikatos turizmą; sveikatos turizmą, kurį organizuoja vidaus ar užsienio tarpininkai; sveikatos turizmą kuris yra valstybės sveikatos politikos dalis; sveikatos turizmą, kuris vystosi remiantis vidaus medicinos paslaugų teikėjų (*medicinos centru, gydytojų*) ir užsienio medicinos paslaugų teikėjų (*medicinos centru, specializuotų klinikų, privačių gydytojų*) partnerystėmis.
3. Principinis sveikatos turizmo klasterio veikimo modelis – tai tarpusavyje susijusių etapų (*pasirengimo; procedūros; po procedūros*) grandinė. Kiekviena grandis ir ją sudarantys etapai turi būti kokybiškai įvertinti. Turistas/-pacientas tikisi, kad jis gaus atitinkamos kokybės paslaugas, atitinkančias už jas sumokėtą kainą, todėl integruotas kokybės valdymas ir paslaugų standarto sukūrimas bei diegimas prisideda prie turistų/pacientų lūkesčių tenkinimo. Bendra taisyklė yra ta, kad modelis yra tiek stiprus, kiek stipri yra silpniausia jo grandis, o tai reiškia, kad turisto/-paciento pasitenkinimui ir bendram siūlomų sveikatos turizmo produktų teigiamam įvertinimui didelę įtaką daro silpniausia sveikatos turizmo teikiama paslauga.

Antrame skyriuje „**Regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje tyrimo metodologiniai pagrindai**“ pristatomas empirinio tyrimo metodologinis pagrindimas, detalizuojama tyrimo pasirinkimo struktūra, nuodugniau analizuojant šiuos aspektus: tyrimo strategijas (*indukciją, dedukciją, retrodukciją, abdukciją ir kontrafaktualų mąstymą*); tyrimų filosofijas (*pozityvizmo ir konstruktyvizmo / interpretatyvizmo*) ir tyrimų trianguliaciją bei kristalizaciją. Antrajame skyriuje taip pat pristatoma: empirinio tyrimo metodika; empirinio tyrimo patikimumo vertinimas ir ekspertinio vertinimo organizavimas.

Apibendrinant tyrimo pasirinkimo struktūrą, galima teigti, kad, kaip bet kokio tipo tyrimo pirmtakas, tyrėjas turi turėti aiškiai suformuluotą ir pagrįstą tyrimo struktūrą, kurioje atsispindėtų: tyrimo strategija; ontologija; epistemologija; tyrimo filosofija; tyrimo metodai ir technikos bei duomenų trianguliacija. Specifinė tyrimo struktūra ir tyrėjo paradigmėtinė pozicija skatina ne tik tyrimo problemą, tikslą, uždavinius bet ir kritiką, dėl to yra detaliau pagrindžiami tyrimo rezultatai ir išvados. Šiuo pagrindu buvo sudaryta disertacijos empirinio tyrimo metodika ir struktūra (2 pav.). Struktūra leidžia pagrįstai vertinti ir analizuoti tiriamą problemą, kurios pagrindu sudaromos sąlygos parengti faktines išvadas ir rekomendacijas.



2 pav. Disertacijos empirinio tyrimo struktūra

Disertacijos empirinis tyrimas remiasi interpretacine tyrimo filosofija, pagal kurią tyrėjas bando gauti duomenis tiesiogiai sąveikaudamas su tiriamuoju reiškiniu. Interpretacinis (*subjektyvistinis*) tyrimas yra atliekamas taikant kokybinius tyrimo metodus: modifikuotą prioritetų skirstymo ir palyginimo vertinimo metodą; ekspertinį vertinimą; interviu; lyginamąją analizę. Tyrime naudojama duomenų trianguliacija teikia šią naudą: suteikia galimybę gauti papildomų duomenų ir įžvalgų iš šaltinių, kurių negalima gauti vien iš literatūros apžvalgos; taip pat yra sumažinamas vieno šaltinio tyrimų trūkumas, įtraukiant $\leq 3 \leq$ duomenų šaltinius, kurie vienas kitą papildo ir pagrindžia.

Tyrimo objektas – regioninė partnerystė atskirų šalių sveikatos turizmo valdymo sistemose.

Tyrimo dalykas – regioninės partnerystės struktūra ir funkcijos sveikatos turizmo valdymo sistemoje.

Tyrimo tikslas – ištyrus regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje aspektus sudaryti apibendrintą valdymo modelį.

Tyrimo uždaviniai:

1. Atlikti sveikatos turizmo Lietuvos SSGG analizę ir sudaryti GGSS matricą.
2. Sudaryti CRO-EST-LAT-LTU-POR-POL-TUR sveikatos turizmo gyvavimo ciklą.
3. Išnagrinėti regioninio valdymo ir (*organizacinės*) partnerystės aspektus sveikatos turizme.
4. Sudaryti sveikatos turizmo rizikos valdymo algoritmą.
5. Parengti regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje modelį.

Tyrimo periodas. Disertaciniame darbe nagrinėjami 2007 – 2019 metų statistiniai duomenys. Empirinio tyrimo atlikimo laikas – nuo 2020 vasario mėn. iki 2021 m. gegužės mėn.

Trečiame disertacijos skyriuje „**Regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje tyrimo rezultatai**“ ištirta ir įvertinta Estijos, Kroatijos, Lietuvos, Lenkijos, Latvijos, Portugalijos ir Turkijos sveikatos turizmo sistemų raida.

Lietuvos ir Portugalijos sveikatos turizmas yra II-oje sveikatos turizmo gyvavimo ciklo stadijoje, t. y., – B stadijoje (3 pav.), ši stadija apibūdinama kaip – konfigūracijos stadija. Tai reiškia, kad Lietuvos ir Portugalijos sveikatos turizmas yra ties strateginių tinklų kūrimu, formų ir simetriškų ryšių plėtojimu tarp paslaugų teikėjų.

Ekspertų nuomone, pagrindiniai iššūkiai konfigūracijos stadijoje yra susiję su pasiūlos ir paklausos išgryninimu; partnerystės apibrėžimu, šalinant tarpusavio konkurencingumą. Siekiant įrodytais grįstos paslaugų įvairovės, labai svarbūs yra gamtos išteklių, pritaikomų sveikatos turizmui, moksliniai tyrimai. Vienas iššūkių yra išgryninti rinkodaros sprendimus siekiant pritraukti ir išlaikyti didesnę turistų/-pacientų kiekį. Veiksmingi rinkodaros sprendimai yra aktualūs tiek Lietuvos ir Portugalijos, tiek tarptautiniu mastu. Vienas iš esminių iššūkių B stadijoje yra valstybinių institucijų įsitraukimas plėtojant sveikatos turizmą.

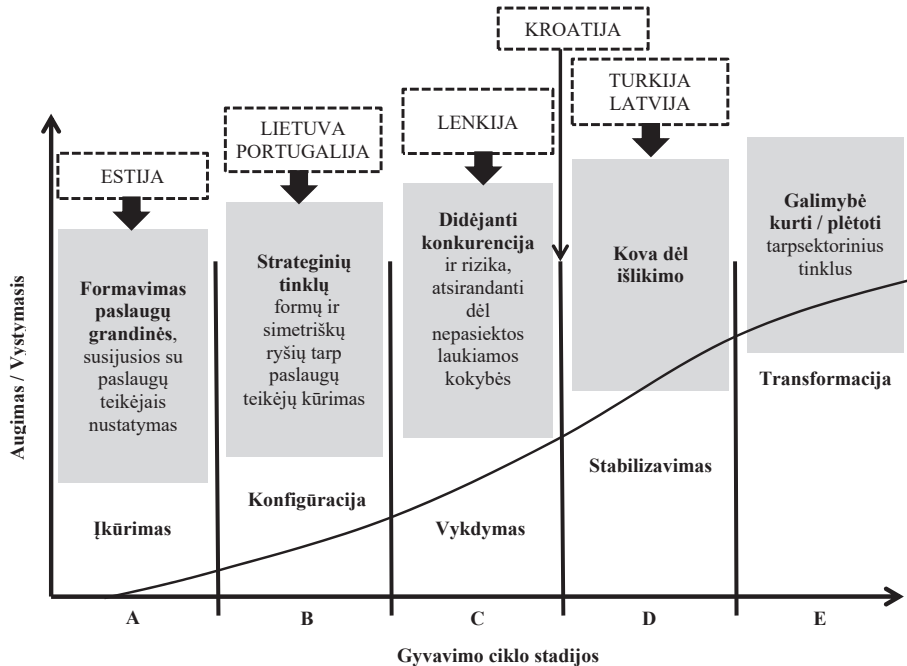
Daugiausia pažengusios yra Latvija ir Turkija, – jos yra D stadijoje – stabilizavimo, tarp C ir D stadijų yra priskiriama Kroatija, o pradinėje stadijoje – A stadijoje (įkūrimo) – yra Estija.

Latvijos ekspertai, – kaip stipriausią sveikatos turizmo valdymo sistemos grandį įvardija sveikatos priežiūros eksperto koordinavimo tarybą, galinčią sėkmingai veikti nacionaliniu ir regioniniu lygmenimis, kad būtų galima plėtoti sveikatos turizmą. Taip pat kaip perspektyvą išskiria skaitmeninių sveikatos produktų kūrimą.

Turkijos ekspertai, – akcentuoja, kad konkurencija ne visada turi teigiamą poveikį, ypač dėl kainų konkurencijos kyla pavojus kokybei. Turkijos ekspertas teigia, kad ateityje bus vertinamas didesnis kiekis žmonių, o ne pajamų. Svarbiausia teikti pirmenybę sveikatos priežiūrai, kaip komerciniam produktui. Šiuo pagrindu pirmenybė teikiama paslaugų akreditavimui ir kokybės užtikrinimui.

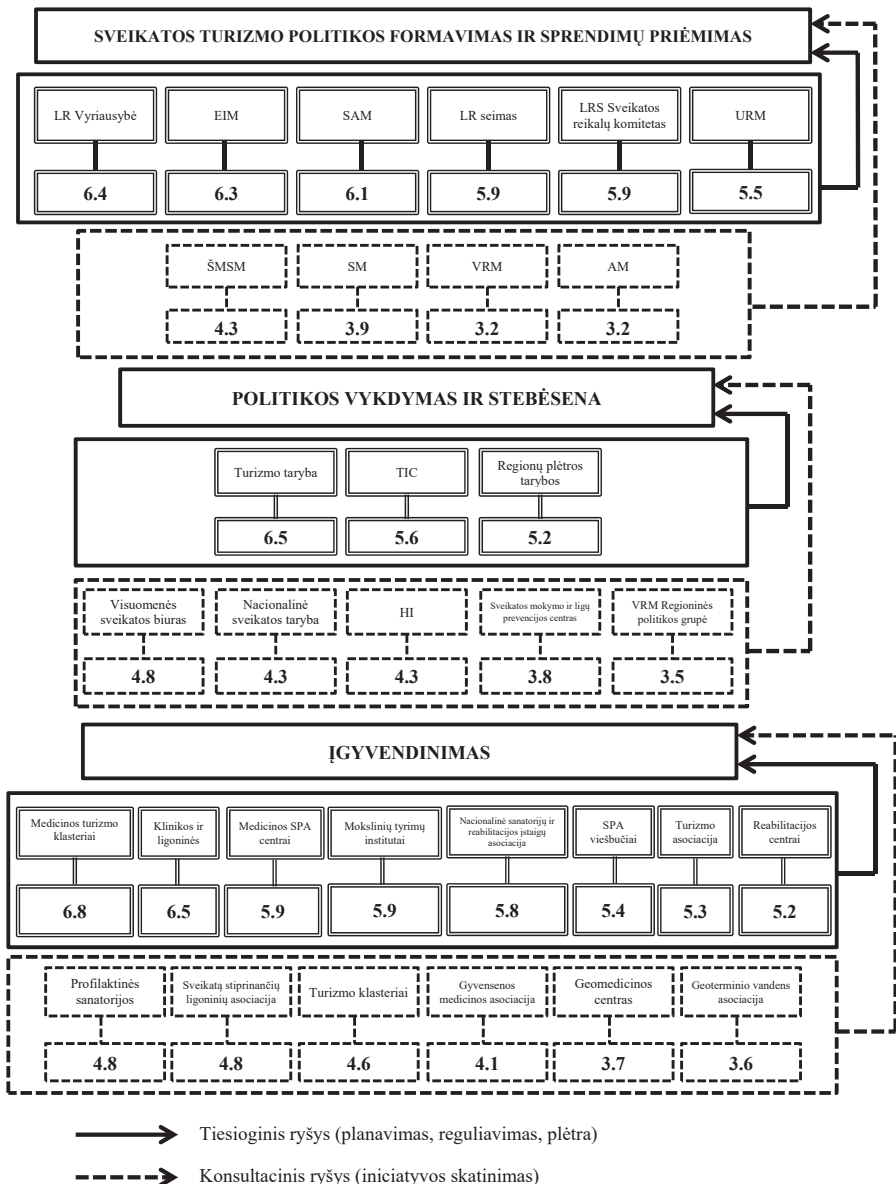
Nustatyta, kad Kroatijoje sveikatos turizmo industrijoje šiuo metu pagrindinis iššūkis yra gerinti paslaugų kokybę ir įtraukti daugiau sveikatos turizmo paslaugų teikėjų, nes sveikatos turizmo produktas yra labai sudėtingas, apimantis daug įvairių ekspertų

ir teikiantis didelę pridėtinę vertę. Kaip didžiausias C-D stadijoje esantis valdymo iššūkis yra išskiriama būtinybė užtikrinti veiksmingą klasterio ir suinteresuotųjų šalių koordinavimą.



3 pav. CRO-EST-LAT-LTU-POR-POL-TUR vieta sveikatos turizmo gyvavimo cikle – ekspertų vertinimai (n=32), 2021

Trečiajame skyriuje pristatomi ir nagrinėjami Lietuvos sveikatos turizmo sistemos ekspertinio vertinimo rezultatai, detalizuojant esamą sveikatos turizmo situaciją; sveikatos turizmo plėtrą skatinančius ir stabdančius veiksnius; tarporganizacinės sąveikos bruožus; sveikatos turizmo valdymo algoritmą. Taip pat suformuojama *sveikatos turizmo valdymo struktūra* (4 pav.).



4 pav. Principinė Lietuvos sveikatos turizmo valdymo struktūra – ekspertų vertinimai (n=15), 2020 m.

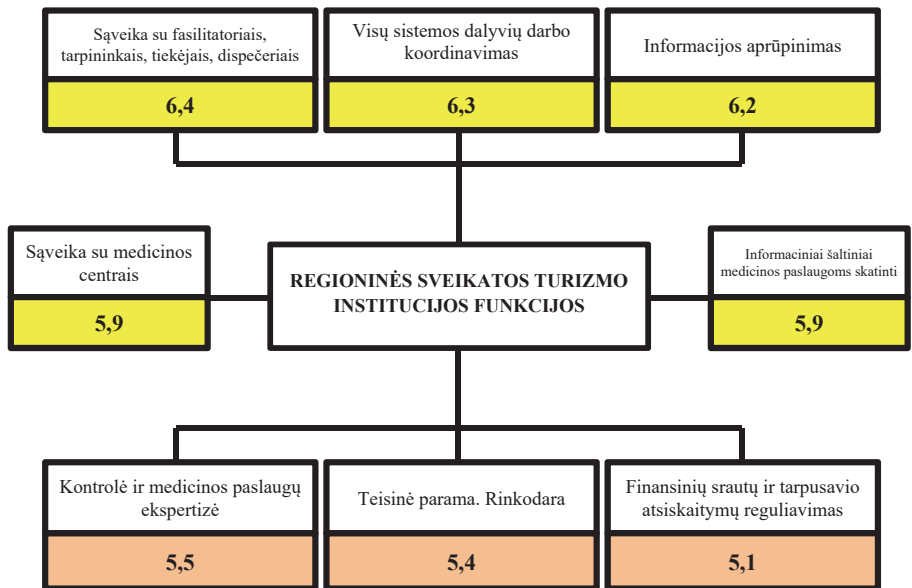
Sudarant sveikatos turizmo valdymo struktūrą, buvo išskirti trys valdymo lygiai:
 1) politikos formavimas ir sprendimų priėmimas;

- 2) politikos vykdymas ir stebėseną;
- 3) įgyvendinimas.

Ekspertams buvo nustatytas tikslas įvertinti institucijas pagal reikšmingumą, t. y., nustatyti, kurios turi tiesioginį ryšį, o kurios atlieka konsultacinį vaidmenį. Ekspertai vertino institucijas 7 balų skalėje pagal – įtakos reikšmingumą.

Politikos formavimo ir sprendimų priėmimo etape, – reikšmingiausios institucijos yra LR Vyriausybė; EIM ir SAM. Stipriausią konsultacinį ryšį turi ŠMSM. *Politikos vykdymo ir stebėsenos etape* stipriausias tiesioginis ryšys yra Turizmo taryba, o konsultacinis ryšys – Visuomenės sveikatos biuras. Įgyvendinimo etape aktyviausi pagal tiesioginį ryšį yra Medicinos turizmo klasteris; klinikos ir ligoninės, bei nacionalinė sanatorijų ir reabilitacijos įstaigų asociacija. Konsultacinis ryšys – profilaktinės sanatorijos; Sveikatą stiprinančių ligoninių asociacija.

Atliekant ekspertinį vertinimą Lietuvoje (n=15) buvo nustatyta, kad plėtojant sveikatos turizmą Lietuvoje ir tobulinant regioninę (*organizacinę*) partnerystę, tikslinga steigti *regioninę sveikatos turizmo instituciją*. Ekspertai Lietuvoje išskyrė 8 esmines regioninės sveikatos turizmo institucijos funkcijas, kurių reikalingumas ir reikšmė buvo įvertinti atliekant Lenkijos ir tarptautinių (CRO-EST-LAT-POR-TUR) sveikatos turizmo sistemos ekspertinį vertinimą (5pav.).



5 pav. Regioninės sveikatos turizmo institucijos funkcijų poreikis CRO-EST-LAT-POR-POL-TUR – ekspertų vertinimai (n=17), 2021

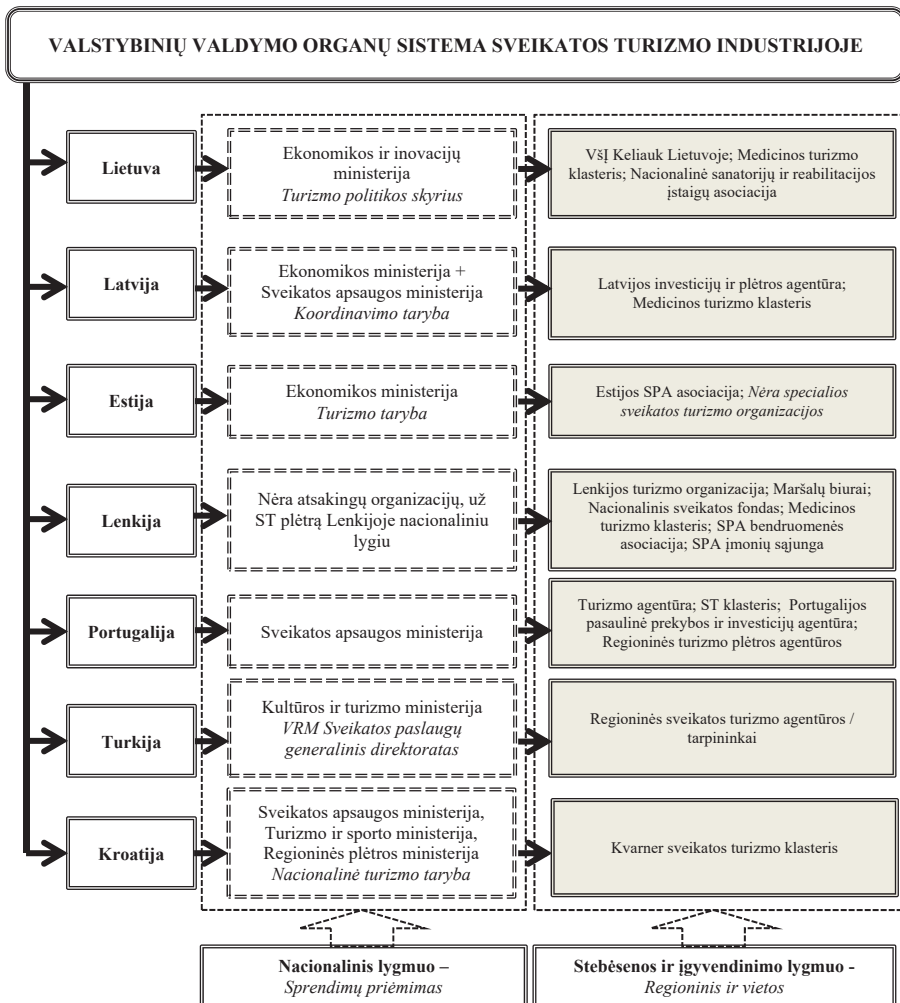
Apibendrinant empirinių tyrimų rezultatus, kaip atskaitos tašką pasirenkant Lietuvą, yra lyginami sveikatos turizmo plėtrą **skatinantys** veiksniai. Ekspertai iš Lietuvos į

pirmąją vietą išskyrė sveikatos turizmo infrastruktūros išvystymo veiksnį, ekspertai iš Lenkijos šį veiksnį išskiria 4 numeriu, o ekspertai iš CRO-EST-LAT-POR-TUR – 3 pagal svarbą. Lietuvoje antru numeriu yra žmogiškųjų išteklių mokymas tarptautiniu mastu, Lenkijoje šis veiksnys yra 8 vietoje, o CRO-EST-LAT-POR-TUR – 7 vietoje. Lenkija antroje vietoje reikšmingą veiksnį mato – gerosios praktikos propagavimą, o CRO-EST-LAT-POR-TUR išskiria sveikatos turizmo paslaugų eksporto skatinimą. Lenkija, kaip svarbiausia plėtros veiksnį, išskiria – efektyvų ir prieinamą gydymą, o CRO-EST-LAT-POR-TUR reikšmingiausiu laiko – aktyvų sveikatos turizmo politikos formavimą.

Sveikatos turizmo plėtrą pagrindinis **stabdantis** veiksnys Lietuvoje yra – neefektyvi sveikatos turizmo rinkodaros strategija. Šį veiksnį taip pat išskiria CRO-EST-LAT-POR-TUR prioritetų sąraše trečioje vietoje; Lenkija šį veikinį mato 7-oje vietoje. Lietuvos ekspertai kaip antrąjį stabdantį veiksnį nurodo – neišplėtotą sisteminių kontaktų su užsienio medicinos centrais ir tarpininkais sistemą ir patirties stoką; Lenkijoje šis veiksnys patenka į 5-ąją vietą prioritetų sąraše, o CRO-EST-LAT-POR-TUR – į ketvirtąją vietą. Ekspertai iš Lenkijos pagrindiniu stabdančiu veiksmiu nurodo blogą medicinos kompetencijų reputaciją, o ekspertai iš CRO-EST-LAT-POR-TUR – patikimos statistikos trūkumą. Antras sveikatos turizmo plėtrą stabdantis veiksnys – prastas planavimas ir koordinavimas sveikatos turizmo industrijos, – sutampa tarptautinio masto tyrimė.

Tiek Lietuvos, tiek Lenkijos ekspertai vieningai sutinka, jog sveikatos turizmo *pagrindinė problema* yra ta, jog nėra sukurtos aiškios ir vieningos sveikatos turizmo technologinės valdymo platformos. Pastarąją problemą nurodo ir ekspertai iš CRO-EST-LAT-POR-TUR, priskirdami prioritetų sąraše 3-įjį numerį. Lietuvoje, – antroji sveikatos turizmo problema, yra nepakankamai pritaikytas užsienio pacientams valstybinis sveikatos priežiūros sektorius. Šią problemą ketvirtu numeriu išskiria CRO-EST-LAT-POR-TUR ir Lenkija. Lietuvoje trečiąją sveikatos turizmo problemą nurodomos – neišplėtos partnerystės galimybes, vyraujantis daugiau individualus požiūris į finansinę atskaitomybę ir pelno siekimą. Ši problema kitų tirtų šalių lygmeniu dalijasi 7 ir 8 vietas. Ekspertai iš CRO-EST-LAT-POR-TUR, kaip didžiausią problemą, išskiria sveikatos turizmo vertės grandinės modelį, neišvystytą praktiniu lygmeniu; Lenkija šią problemą nurodo antru numeriu, o Lietuva – 5 numeriu.

Empiriniu tyrimu buvo siekiama nustatyti, kurios institucijos yra (*turi būti*) atsakingos už sveikatos turizmo politikos formavimą (*sprendimo priėmimą*); politikos vykdymą ir stebėseną bei įgyvendinimą. Empirinio tyrimo pagrindu sudaroma lyginamoji sveikatos turizmo valdymo sistema (6 pav.).



6 pav. LTU- LAT-EST- POL- POR-TUR-CRO sveikatos turizmo valdymo sistema

Detalizuojant sveikatos turizmo lyginamąją valdymo sistemą, kaip efektyvios politikos formavimą ir reikšmingą patirtį, pateikiama Latvijos geroji praktika.

E_LV_1. Už sveikatos turizmo politikos formavimą Latvijoje atsakinga institucija – yra Latvijos ekonomikos ministerija. Taip pat yra sudaryta Koordinavimo taryba, kuri yra tarsi prižiūrėtoja, ir stebi visus su sveikatos turizmu susijusius klausimus, užduotis ir projektus. Šioje sveikatos priežiūros eksporto koordinavimo taryboje yra: Latvijos sveikatos turizmo klasteris, Užsienio reikalų ministerija, Ekonomikos ministerija, Finansų ministerija, Švietimo ir mokslo ministerija, Latvijos prekybos ir pramonės rūmai, Nacionalinis sveikatos departamentas, Sveikatos inspekcija, Latvijos plėtros ir investicijų

agentūra. Ši koordinavimo taryba yra parengusi informacinę ataskaitą apie sveikatos turizmo paslaugų eksportą, pagal kurią yra parengtas veikslių planas sveikatos priežiūros eksporto plėtrai 2019–2023 m.

Yra skirtingos užduotys, biudžetai, kurios institucijos yra atsakingos, terminai. Kiekvienos eilės pabaigoje rengiama premjero ir ministrų kabineto pažangos ataskaita. Pagal šį veikslių planą taip pat rengiamas metinis medicinos turizmo eksporto rinkodaros planas. Daugiau veiklų ir atsakomybės yra tik mums (Latvijos sveikatos turizmo klasteris) ir Latvijos investicijų ir plėtros agentūrai. Plėtros plane dalyvauja: užsienio reikalų ministerija, Latvijos investicijų ir plėtros agentūra (su turizmo departamentu), Nacionalinės Latvijos sveikatos tarnyba, Ligų prevencijos ir kontrolės centras, Latvijos prekybos ir pramonės rūmai, Sveikatos priežiūros tarnybos darbdavių asociacija ir Latvijos sveikatos turizmo klasteris, veikiantis nevyriausybinį organizacijų vardą. Šioms institucijoms yra priskirtos atsakomybės, užduotys, atlikimo įvykdymo terminai ir šiems tikslams pasiekti suformuotas atskiras biudžetas. Daugiausia veiklų ir atsakomybės turi Latvijos sveikatos turizmo klasteris ir Latvijos investicijų ir plėtros agentūra.

Empirinių tyrimų metu ekspertų buvo prašoma įvardyti rekomendacijas, orientuotas į regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemos gerinimą. Susisteminius Lietuvos ekspertų tiriamąjį medžiagą išskirtos tokios svarbiausios rekomendacijos:

1. ES struktūrinių fondų pritraukimas sveikatos turizmo plėtrai.
2. Bendros regioninės sveikatos turizmo strategijos sukūrimas.
3. Sveikatos turizmo paslaugų teikimo standarto parengimas.
4. Partnerystės ir bendradarbiavimo plėtojimas tarp valstybinių ir privačių medicinos įstaigų.

Apibendrinus iš CRO-EST-LAT-LTU-POR-POL-TUR ekspertų gautus duomenis, išskiriamos šios esminės rekomendacijos:

1. Regioninės institucijos, kaip tarpinės institucijos, atstovaujančios valstybinius ir privačius sveikatos turizmo industrijos objektus steigimas.
2. Didesnis vyriausybės įsitraukimas siekiant suderinti sveikatos turizmo plėtros planus regioniniu lygiu.
3. Paramos naujiems partneriams skyrimas, nustatant aukštos kokybės paslaugų teikimo reikalavimus.
4. Sistemos, kuri fiksuotų sveikatos turizmo turistus/pacientus, optimizuotų duomenis ir teiktų pasiūlymus sukūrimas.

Dabartinė COVID-19 paveikta pandeminė situacija pasižymi dideliu neapibrėžtumo laipsniu ir veikimo lauko apribojimu. Tarptautinių kelionių ir sveikatos turizmo sektoriai turi būti budrūs ir teikti pirmenybę sveikatos ir saugos klausimams. Rekomenduojama sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams plėtoti telemedicinos platformas, kad būtų galima susisiekti tiek su vietiniais pacientais, tiek su tarptautiniais pacientais, pasiūlant platų gydymo paslaugų spektrą. Kartu reiktų kurti sveikatos paslaugas COVID-19 persirgusiems/-paskiepytiems pacientams ir patiriantiems liekamąsias pasekmes (*komplikacijas*).

Atliktais empiriniais tyrimais pagrįsta, kad siekiant išnaudoti stipriąsias sveikatos turizmo puses ir sumažinti grėsmes, tikslinga sukurti sveikatos turizmo valdymo platformą, kuri apimtų šias funkcijas:

- bendravimą ir bendradarbiavimą su valstybinėmis valdžios institucijomis, ministerijomis, visuomeninėmis organizacijomis, profesinėmis bendruomenėmis ir asociacijomis nacionaliniu ir tarptautiniu lygmenimis;
- visų dalyvių darbo koordinavimą organizuojant medicinos paslaugų teikimo užsienio piliečiams sistemos organizacinę struktūrą;
- rinkodaros strategijos sudarymą ir įgyvendinimą;
- informacinio portalo turinio palaikymą, paslaugų kūrimą ir organizavimą;
- sąveiką ir darbo koordinavimą su pagalba teikiančiomis organizacijomis, medicinos centrais, kelionių ir draudimo kompanijomis, ir kt., dalyvaujančiomis teikiant sveikatinimo ir sveikatingumo paslaugas pacientui iš užsienio;
- sutarčių sudarymą su visais sistemos organizacinės struktūros dalyviais ir teisinę paramą;
- finansinių srautų reguliavimą, abipusių atsiskaitymų su sistemos dalyviais organizavimą ir kontrolę;
- principo „nuo slenksčio iki slenksčio“ įgyvendinimą;
- medicinos paslaugų užsienio piliečiams teikimo taisyklių, algoritmų ir standartų kūrimą, derinimą ir patvirtinimą.

Sveikatos turizmo valdymo platformoje yra užtikrinamas ir įgyvendinamas valdymas iš vieno išsiuntimo centro, visų rūšių išteklių konsolidavimas visais valdymo lygmenimis, griežta medicinos paslaugų ir sistemos kokybės kontrolė, prieiga prie tarpininkų medicinos centrų, vidaus sistemų ir susijusių paslaugų, – individuali paslauga kiekvienam sveikatos turistui, taip pat įdiegiamas „nuo durų iki durų“ principas.

Tikslinga parengti sveikatos turizmo plėtros programą-/strategiją laikantis strateginio požiūrio į sveikatos turizmo industrijos plėtojimą. Taip pat tikslinga numatyti ilgalaikes ir tęsines paramos priemones, ir sukurti sveikatos turizmo organizacijų atrankos metodiką, atsižvelgiant į turistinės vietovės išorinės aplinkos veiksnius, įtraukiant šiuos etapus: a) gydymo įstaigų – potencialių programos dalyvių registro formavimas; b) gydymo įstaigų atitikties sveikatos turizmo plėtros programos reikalavimams kriterijų rengimas; c) tam tikro laikotarpio sveikatos turizmo plėtros programos įgyvendinimo rezultatų stebėjimas.

Sveikatos turizmo sprendimus priimančias asmenys turi atsižvelgti į pagrindinių sveikatos priežiūros sistemos dalyvių, įskaitant sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus (*tokias įstaigas kaip ligoninės, reabilitacijos centrai; SPA viešbučiai ir kt.*), draudimo kompanijų, darbuotojų, medicinos klasterių-/asociacijų ir tiekimo įmonių poveikį. Mikroaplinka apima verslo savininkus, vadovus, darbuotojus, pacientus, paslaugų ir įrangos tiekėjus, agentūras ir net konkurentus, kurie tiesiogiai ar netiesiogiai veikia sveikatos turizmo galimybes efektyviai veikti savo tikslinėse rinkose. Sprendimų priėmėjai turi atsižvelgti į suinteresuotųjų šalių lūkesčius, efektyviai veikti, kad sveikatos turizmo industrija būtų sėkminga ir veiksminga. Sveikatos priežiūros sektoriuje turi būti pakankamai fizinės infrastruktūros. Tai apima ne tik tradicinius elementus, pvz., į poreikius orientuotus kelius ir statybinius elementus, bet ir medicinos pagalbos paslaugas, įskaitant pakankamą kvalifikuotų gydytojų, sveikatos priežiūros darbuotojų, intensyviosios terapijos skyrių ir technologinių priemonių skaičių.

Sveikatos turizmo organizacijų partnerystė turi apimti šiuos aspektus: bendrą rinkodaros ir prekės ženklą strategiją; betarpišką keitimąsi informacija; finansinių išteklių sutelkimą; kokybės standartų diegimą, taip pat naujų jungtinių produktų paslaugų kūrimą ir vystymą.

Reklamos strategijų tobulinimas. Empirinio tyrimo metu Lietuvoje buvo nustatyta, kad viena iš didžiausių sveikatos turizmo pramonės silpnybių yra rinkodaros veiklos stoka užsienio rinkose. Potencialūs turistai/pacientai nepakankamai žino apie Lietuvą, kaip sveikatos turizmo paskirties vietą. Reikia aktyvesnių, tikslingesnių ir veiksmingesnių rinkodaros sprendimų. Šie sprendimai gali apimti sveikatos priežiūros veiklą bendradarbiaujant su tarptautinėmis organizacijomis, nemokamas chirurgines operacijas pacientams, sergantiems retomis ligomis ar neturintiems privilegijų, sėkmingų operacijų atvejų paskelbimą, bendradarbiavimą su kitomis prekybos ar vyriausybėmis agentūromis, asociacijomis.

Sveikatos turizmo profesionalų ugdymas. Gebėjimas komunikuoti yra viena iš pagrindinių sveikatos turizmo specialistų savybių, įskaitant bendravimą tarp pacientų, gydytojų, administracijos darbuotojų ir slaugytojų. Kadangi pacientai keliauja iš skirtingų šalių, sveikatos turizmo profesionalai turėtų būti skatinami mokytis užsienio kalbų ir suprasti skirtingą kultūrinę aplinką. Norint sėkmingai auginti sveikatos turizmo specialistus, turi būti sukurta nacionalinė kvalifikacijos sistema ir papildomos mokymo programos.

Teisinių klausimų tobulinimas. Tikslinga supaprastinti ir modifikuoti su vizomis susijusias procedūras, įskaitant vizų galiojimo pratęsimą sunkiomis ligomis sergantiems pacientams iš trečiųjų šalių – *sveikatos turizmo vizos sukūrimas*. Minimalizuoti medicininių ginčų dėl nelaimingų medicininių atvejų skaičių.

Į pacientą orientuotų paslaugų sistemų sukūrimas. Numatyti finansavimą: viešbučiams, SPA centrams ir kt., kad jie galėtų pritaikyti patalpas medicinos turistui. Pasiūlyti vieno langelio paslaugų sistemą, skirtą: hospitalizavimui, ambulatoriniam gydymui, diagnostiniams tyrimams, sveikatingumo programoms, taip pat integruojant kitus turizmo produktus (kultūrinį, pažintinį, eko – turizmą, kaimo turizmą ir kt.). Taip pat reikia atsižvelgti į kultūrinius, etninius ir religinius skirtumus.

Siekiant užtikrinti pacientų sveikatą ir privatumą, turi būti suprojektuotos ir įgyvendintos į pacientą orientuotos vidaus struktūrinės priemonės ir srutai, bei žingsnis po žingsnio informacijos judėjimo mechanizmas, apimantis tai, kad:

1. Pacientas/-turistas gali savarankiškai, perskaitęs informaciją apie teikiamas sveikatinimo ar sveikatingumo paslaugas, įvesti savo duomenis pagal kontrolinį sąrašą. Kontroliniame sąraše yra forma, kurioje pateikiama informacija apie paciento poreikį gauti tam tikrą medicininę priežiūrą, jo buvimo vietą ir pageidavimus renkantis kliniką su galimybe pridėti medicininių dokumentų nuskaitymus ir tyrimų rezultatus. Informacija yra įkeliami į elektroninį modelį, kuriame kiti proceso dalyviai gali su juo susipažinti. Pacientas/turistas mato tik tą informaciją, kurią sugeneruoja regioninė sveikatos turizmo institucija (*RSTI*). Tarpininkai (*agentai*) per savo prieigą sukuria asmeninę sąskaitą sveikatos turistui ir padeda jam užpildyti pradinę informaciją.

2. Visą turisto-/paciento įkeltą informaciją apdoroja regioninio sveikatos turizmo instituto sukurta IT struktūra. Informacija, gauta iš kliento, gydytojo ar gydymo įstaigos gyvenamosios vietos ar kliento šalyje, įkeliama į duomenų bazę. RSTI koordinuoja medicinos paslaugas teikiančią gydymo įstaigą su pacientu/turistu ir perduoda duomenis sveikatos turizmo organizacijai. Taip pat užtikrinamas grįžtamojo ryšio procesas ir sąveika su klinika ar gydytoju paciento gyvenamojoje šalyje.
3. Akredituotoms (*ISQua; SOFIHA; JCI ir kt.*) sveikatos turizmo organizacijoms RSTI pateikia sugeneruotą informaciją, kurią išnagrinėjus priimamas sprendimas priimti pacientą-/turistą arba atsisakyti nurodant priežastį arba patikslinančią informaciją. Priėmus sprendimą teikti sveikatinimo-/sveikatingumo paslaugas, pacientas/turistas perkeliamas į paciento statusą. Sveikatos turizmo organizacija realiuoju laiku stebi esamą informaciją apie atvykstančius ir besigydančius pacientus ir rengia apžvalgas ar teikia pasiūlymus.
4. Pacientas-/turistas gauna jo prašymu suformuotą pasiūlymą ir išsirenka reikalingas paslaugas su nurodytomis kainomis. Pacientas priima siūlomas paslaugų teikimo datas ir visus organizacinius pasiūlymus, sumoka už perkėlimo / apsigyvenimo vizos / vertėjo paslaugas ir kt.
5. Užbaigtos sveikatos turizmo paslaugos įkeliamos į atskirą bloką. Šioje informacijoje yra visa gydymo įstaigos ir paciento sąveikos istorija. Nurodoma diagnozė, tyrimo rezultatai, atliktos medicininės intervencijos aprašymas ir rezultatai bei gydytojo rekomendacijos. Pacientas, medicinos centras, gyvenamoji šalis (*kliento prašymu*) ir RSTI turi prieigą prie informacijos.
6. Gavęs visas paslaugas, pacientas įvertina gautų medicinos ir kitų paslaugų kokybę naudojantis sveikatos turizmo valdymo platforma. Ši informacija leis gauti grįžtamąjį ryšį apie sveikatos turizmo organizacijų teikiamų paslaugų kokybę ir atliepti paciento-/turisto lūkesčius.

Empirinio tyrimo metu identifikuoti veiksniai, kurie užtikrintų veiksmingą sveikatos turizmo institucijų partnerystę. Ekspertai išskiria veiksmingos partnerystės dedamąsias, tokias kaip: komunikavimo srauto užtikrinimas (*bendradarbiaujančios organizacijos turi parengti platformą, leidžiančią palaikyti informacinį srautą horizontaliomis ir vertikaliomis organizacijų kryptimis*); mažų laimėjimų požiūrio taikymas (*tikslinga suskirstyti darbą į mažas užduotis, leidžiančias organizacijos nariams pamatyti konkrečius rezultatus per trumpesnę laikotarpį, taip sukuriant teigiamą grįžtamąjį ryšį bendradarbiavimo procese, didinant darbuotojų įsipareigojimą, įsitraukimą ir pasitikėjimą*); tolygus jėgų balansas (*partnerystėje vienas ar keli pagrindiniai partneriai, suinteresuotieji subjektai turi pasižymėti tolygiu galios pasiskirstymu, esant priešingai situacijai, bendradarbiavimo procesas bus pažeidžiamas veikėjams manipuliuojant, kurie organizacijoje turi gana didelę galią*); koordinavimo funkcijos integravimas (*dideliam organizacijos tarpusavio priklausomybės poreikiui reikia koordinavimo, kuris yra pagrindinis organizacijos funkcionalumo ir veiklos elementas*); pasitikėjimo kūrimas (*susidariusiai priešpriešai ir nuomonių išsiskyrimui pasitikėjimas tampa svarbiausiu veiksnium, lemiančiu bendradarbiavimo procesą*). Šie veiksniai

skatintų mentaliteto pasikeitimus, suvienodintų vertybinį pamatą, sukurtų bendrumo jausmą ir kompetencijų lygį.

Bendras sutarimas, kad sveikata yra visuotinė žmogaus teisė.

Atliktos analizės pagrindu galima teigti, kad disertacijoje suformuoti teiginiai yra patvirtinti.

Pirmasis ginamasis teiginys. Sistemingą, reguliarią ir nenutrūkstamą sveikatos turizmo plėtrą trikdo šie stabdantys veiksniai: neefektyvi sveikatos turizmo rinkodaros strategija; prastas planavimas ir koordinavimas visame sektoriuje; patikimos statistikos trūkumas ir problemos, susijusios su tuo, kad: nėra aiškios ir vieningos sveikatos turizmo platformos; nepakankamai pritaikytas užsienio pacientams valstybinis sveikatos priežiūros sektorius; neišplėta organizacinės partnerystės kultūra.

Ginamąjį teiginį galima patvirtinti. Atlikus empirinį tyrimą buvo identifiukuotos šios **Lietuvos** sveikatos turizmo problemos: *nėra aiškios ir vieningos sveikatos turizmo platformos; nepakankamai pritaikytas užsienio pacientams valstybinis sveikatos priežiūros sektorius; neišplėtos partnerystės galimybės, vyrauja daugiau individualus požiūris į finansinę atskaitomybę ir pelno siekimą; neatliekama objektyvi sveikatos turizmo ekonominių ir statistinių rodiklių analizė; nėra tinkamai išvystytos medicinos paslaugų kokybės bei rezultatų stebėsenos ir vertinimo sistemos.* Ekspertai iš **Lenkijos** išskyrė šias esmines sveikatos turizmo problemas: *nėra aiškios ir vieningos sveikatos turizmo platformos; sveikatos turizmo vertės grandinės modelis neišvystytas praktiniu lygmeniu; neišvystyta medicinos paslaugų kokybės ir rezultatų stebėsenos vertinimo sistema; nepakankamai pritaikytas užsienio pacientams valstybinis sveikatos priežiūros sektorius.* **Tarptautinio** tyrimo metu ekspertai iš CRO-EST-LAT-POR-TUR, kaip pirmiausiai spręstinas problema, išskyrė tai: sveikatos turizmo vertės grandinės modelis neišvystytas praktiniu lygmeniu; neatliekama objektyvi sveikatos turizmo ekonominių ir statistinių rodiklių analizė; *nėra aiškios ir vieningos sveikatos turizmo platformos; nepakankamai pritaikytas užsienio pacientams valstybinis sveikatos priežiūros sektorius.*

Empirinio tyrimo metu buvo nustatyti šie sveikatos turizmo plėtrą stabdantys veiksniai: **Lietuvoje** – *neefektyvi sveikatos turizmo rinkodaros strategija; neišplėta sisteminių kontaktų su užsienio medicinos centrais ir tarpininkais patirtis; geopolitinė situacija regione.* Lenkijoje: *bloga medicinos kompetencijų reputacija; prastas planavimas ir koordinavimas visame sektoriuje; patikimos statistikos trūkumas.* CRO-EST-LAT-POR-TUR: *patikimos statistikos trūkumas; prastas planavimas ir koordinavimas visame sektoriuje; neefektyvi sveikatos turizmo rinkodaros strategija.*

Ginamąjį teiginį galima papildyti, kad sistemingą ir reguliarių sveikatos turizmo vystymą trikdo tai, kad sveikatos turizmo vertės grandinės modelis neišvystytas praktiniu lygmeniu; neišvystyta medicinos paslaugų kokybės ir rezultatų stebėsenos vertinimo sistema; *bloga medicinos kompetencijų reputacija; prastas planavimas ir koordinavimas visame sektoriuje; patikimos statistikos trūkumas.*

Antrasis ginamasis teiginys. Veiksmingą regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemos įgyvendinimą lemia: *sveikatos turizmo valdymo struktūros na-*

cionaliniu lygiu sudarymas ir regioninės sveikatos turizmo institucijos suformavimas.

Ginamąjį teiginį galima patvirtinti. Atliktu tyrimu pagrįsta, kad užtikrinant veiksmingą sveikatos turizmo valdymą, tikslinga sudaryti valdymo struktūrą, kurioje yra identifikuotos reikšmingiausios institucijos ir organizacijos, atsakingos už: sveikatos turizmo politikos formavimą ir sprendimų priėmimą; politikos vykdymą ir stebėseną; įgyvendinimą. Kaip jungiamosios grandies efektyvumą ir stiprinimą, ekspertai išskyrė regioninės sveikatos turizmo institucijos reikalingumą, kuris vykdytų šias funkcijas: sąveikos su fasilitatoriais, tarpininkais, tiekėjais, dispečeriais; informacijos teikimo; visų sveikatos turizmo sistemos dalyvių darbo koordinavimo; kontrolės ir medicinos paslaugų ekspertizės; sąveikos su medicinos centrais, taip pat užtikrintų informacinius šaltinius medicinos paslaugoms skatinti.

Empirinis tyrimas ginamąjį teiginį papildė, kad siekiant veiksmingos regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje turi būti sudaromas mechanizmas ES struktūriniais fondams ir verslo investicijoms pritraukti, taip pat turi būti parengtas sveikatos turizmo paslaugų teikimo standartas siekiant užtikrinti paslaugų prieinamumą ir kokybę; sukurta visus Lietuvos regionus apimanti regioninė sveikatos turizmo strategija; užtikrinamas partnerystės ir bendravimo plėtojimas tarp valstybinių medicinos įtaigų ir privačių medicinos institucijų.

IŠVADOS

1. Atlikta regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemų teorinių prielaidų analizė atskleidė, kad:

- 1.1. Regioninės partnerystės valdymas – tai teorinė koncepcija, naudojama siekiant pabrėžti suinteresuotųjų šalių, dalyvaujančių koordinuojant regioninės plėtros procesus ir savireguliaciją, atsirandančią sudėtingose situacijose, reikalaujančią valstybinių ir nevalstybinių veikėjų bendradarbiavimo; šios suinteresuotosios šalys atstovauja valstybinei ir nevalstybinei sričiai ir turi skirtingą pagrindą, interesus ir darbotvarkę.
- 1.2. Organizacinės partnerystės sąvoką apibūdinantys bruožai: bendradarbiavimu grįsti santykiai; ryšiai užmezgami sutartimis; veikla valdoma kelių skirtingų verslo subjektų; santykiai, kurie paremti bendru tikslu, ir santykiai, paremti bendros rizikos pasidalijimu.
 - 1.2.1. Veiksmingą sveikatos turizmo organizacijų partnerystę užtikrina šie veiksniai: pasitikėjimas ir įsipareigojimas; abipusė atsakomybė; dėmesys procesui; aiškus sprendimo priėmimo procesas; spręstinų problemų pasidalijimas.
- 1.3. Pagal sveikatos turizmo procedūrų/paslaugų įgyvendinimo pobūdį, kuris apima du porūšius: medicinos ir sveikatingumo/SPA turizmą, – sveikatos turizmo paslaugų spektrą galima suskirstyti taip: 1) palaikyti normalų kūno funkcionavimą esant ir progresuojant lėtinėms ligoms; 2) prevencinė medicinos kryptis, kuria siekiama užkirsti kelią galimoms ligoms; 3) medicinos ir sveikatingumo-/SPA turizmo reabilitacijos kryptis, kuri apima fizinio aktyvumo elementus ir fizioterapijos pratimus; 4) psichinės sveikatos ir psichosomatinės pusiausvyros stiprinimo kryptis.
- 1.4. Išskiriami turistų-/paciento motyvai pagal kelionės ciklą, – *prieš procedūrą*: bendros kelionės ir gydymo išlaidos; medicininės procedūros kokybė; gydytojų kompetencija; mokėjimo sąlygos. *Procedūros etape*: efektyvus sveikatos turizmo institucijų koordinavimas; konfidencialumo ir privatumo užtikrinimas; dėmesys paciento/turisto poreikiams. *Po procedūros etape*: aiškios ir suprantamos išleidimo instrukcijos; pasveikimo stebėjimas ir fizinės bei reabilitacinės terapijos priemonės; galimybė konsultuotis grįžus namo.
- 1.5. Išnagrinėjus rizikos valdymo sistemas-/algoritmus-/modelius, nustatyta, kad reikšmingiausios prielaidos sėkmingam sveikatos turizmo rizikų valdymo procesui yra šios: rizikos analizė-/numatymas; nelaimingų įvykių/-veiksnių identifikavimas; strateginis planavimas; kontrolės ir grįžtamojo ryšio užtikrinimas; rizikos profilio sudarymas, kurio metu visi galimi rizikos veiksniai yra klasifikuojami ir prioretizuojami.
- 1.6. Tinklaveikos ir tarporganizacinės partnerystės reiškinį apibūdina šie bruožai: tarpusavio priklausomybė; koordinavimas; pliuralizmas; bendradarbiavimas. Efektyvus tinklų sistemos valdymas apima tai: *tinklų struktūrą*, kurios veiksmų koordinavimas remiasi tarpusavio pasitikėjimo bei koman-

dinio bendradarbiavimo principais; konkrečius tikslus ir veiksmus, kurie yra tinkami ir pakankami sprendžiant platesnius valdymo sistemos klausimus; tinklų dalyvių išsamų susipažinimą su numatytais tikslais ir veiksmais.

1.7. Išnagrinėjus tinklaveikos reiškinių, išskiriami šie privalumai: darbo susitari- mai ir veikla yra greitai pritaikomi prie išorės ir vidaus poreikių, masto ekon- omijos, kuri didina plėtros pajėgumus; bendradarbiavimas yra orientuotas į paklausą; bendradarbiavimas yra horizontalus ir grindžiamas savanorišku dalyvavimu. Tinklaveikos reiškinių trūkumai: atsakomybės pasiskirstymo aiškumo stoka; sudėtinga kontroliuoti grįžtamąjį ryšį.

1.8. Partnerystės režimu veikiančių sveikatos turizmo klasterių viduje susiformuoja intensyvūs žinių mainų srutai, kurie dėl konkurencijos yra inten- syviai eksploatuojami, sudaromos sąlygos konkurenciniam pranašumui bei ekonominiam augimui. Sveikatos turizmo klasterių plėtros tikslas – vertės kūrimo grandinės efektyvinimas, integruojantis į tarptautinius sveikatos tu- rizmo tinklus.

2. Atlikus regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje empirinio tyrimo metodologinį pagrindimą, galima daryti tokias išvadas:

2.1. Pagrįsta, kad: *realityvistinė ontologinė kryptis*, kurioje pažymima, kad egzis- tuoja esminiai skirtumai tarp gamtos ir socialinių reiškinių ir kad žmonės, skirtingai nei gamta, turi kultūrinę įtaką ir gyvena savo bendrų interpreta- cijų pasaulyje, todėl skirtingi stebėtojai/tyrėjai gali turėti skirtingą požiūrį, todėl tiesa ir patirtis gali skirtis; *subjektyvistinė epistemologinė kryptis*, kuri apibūdinama kaip interpretacinis anti-pozityvistinis metodas, kuris ger- bia žmonių ir gamtos mokslo objektų skirtumus, remiantis šiuo požiūriu skirtingi tyrėjai gali skirtingai konstruoti prasmes, netgi tų pačių reiškinių atžvilgiu – *tinkamiausiai atlieps disertacijos empirinį tyrimą bei rezultatus, išvadas*.

2.2. Sudaryta empirinio tyrimo struktūra, kuri remiasi duomenų trianguliacijos principu, gaunant duomenis iš kelių šaltinių skirtingų tyrimo metu – *atlikti trys ekspertiniai vertinimai*: Lietuvoje (15 ekspertų); Lenkijoje (10 ekspertų) ir tarptautinis tyrimas Kroatijoje (1ekspertas), Estijoje (1ekspertas), Latvijoje (2 ekspertai), Portugalijoje (1ekspertas), Turkijoje (2 ekspertai).

3. Išnagrinėjus sveikatos turizmo valdymo sistemų situaciją, problemas, skatinančius ir stabdančius veiksnius, daromos šios išvados:

3.1. Ekspertinio vertinimo tyrimo pagrindu nustatyta, kad Lietuvos sveikatos turizmas yra II, t. y. B, – konfigūracijos gyvavimo ciklo stadijoje. Šioje sta- dijoje būtini du esminiai iššūkiai, t. y., partnerystės, o ne konkurencingumo skatinimo ir pasiūlos bei paklausos išgryninimo. Pagrindinės išskylančios valdymo problemos B stadijoje: atsakomybių pasiskirstymas tarp sveikatos turizmo tinkle esančių dalyvių ir tai, kad yra aktualu įveikti viešojo ir priva- taus sektorių pasipriešinimą pokyčiams. Šių valdymo problemų išspren- dimas pagal ekspertų vertinimą sąlygoja sveikatos turizmo plėtrą nacionaliniu ir tarptautiniu mastu bei sukuria sveikatos turizmo tinklo dalyviams naudą

vykdant naujų produktų plėtrą organizacijose ir pasitikėjimo augimo plečiantis į naujas rinkas.

- 3.2. Pagal gautus ekspertinio vertinimo rezultatus sudarytą SSGG sveikatos turizmo matricą Lietuvoje, yra išskiriamos šios esminės: stiprybės – aukštos kokybės medicinos personalas ir paslaugos; Lietuvos sveikatos turizmo paslaugų kaina ir kokybė vertinama teigiamai. Silpnybės – neparengta sveikatos turizmo strategija (prioritetai – jų įgyvendinimas: priemonės; veiksmai; finansavimas; tęstinumas); EIM ir SAM bendrystės nebuvimas. Galimybės – ES struktūrinių fondų ir verslo investicijų pritraukimas sveikatos turizmo plėtotei; integracija į tarptautinius sveikatos turizmo tinklus. Grėsmės – sveikatos turizmo statistikos trūkumas; neparengta sveikatos turizmo valdymo struktūra. Iš to seka būtini sprendimai prioritetų tvarka: medicinos paslaugų, grįstų IT technologijomis, plėtra; teisinių klausimų tobulinimas; būtinybė didinti bendradarbiavimą tarp mokslo, – verslo – ir politikos institucijų.
- 3.3. Išskiriamos šios esminės sveikatos turizmo problemos Lietuvoje: nėra aiškios ir vieningos sveikatos turizmo platformos; nepakankamai pritaikytas užsienio pacientams valstybinis sveikatos priežiūros sektorius; nėra tinkamai išvystytos medicinos paslaugų kokybės bei rezultatų stebėsenos ir vertinimo sistemos. Ekspertai iš Lenkijos ir CRO-EST-LAT-POR-TUR išskiria tai: nesudaryta aiški ir vieninga sveikatos turizmo platforma; sveikatos turizmo vertės grandinės modelis neišvystytas praktiniu lygmeniu; neatliekama objektyvi sveikatos turizmo ekonominių ir statistinių rodiklių analizė.
- 3.4. Svarbiausiu sveikatos turizmo plėtrą skatinančiu veiksmu ekspertai iš Lietuvos išskyrė – turizmo infrastruktūros išsivystymo veiksnį, ekspertai iš Lenkijos šį veiksnį išskyrė ketvirtuoju numeriu, o ekspertai iš CRO-EST-LAT-POR-TUR skyrė trečią vietą. Pagrindiniu stabdančiu veiksmu Lietuva ir CRO-EST-LAT-POR-TUR išskyrė – neefektyvią sveikatos turizmo rinkodaros strategiją, o ekspertai iš Lenkijos šį veiksnį mato septintoje vietoje. Ekspertai iš Lenkijos, kaip svarbiausią skatinantį plėtros veiksnį, išskiria – efektyvų ir prieinamą gydymą, o CRO-EST-LAT-POR-TUR – aktyvų sveikatos turizmo politikos formavimą. Sveikatos turizmo plėtrą stabdančiu veiksmu Lenkija nurodė – blogą medicinos kompetencijų reputaciją, o CRO-EST-LAT-POR-TUR – patikimos statistikos trūkumą.

4. Ištyrus tarporganizacinės partnerystės bruožus sveikatos turizmo valdymo sistemoje, daromos šios išvados:

- 4.1. Ekspertai iš Lietuvos konstatavo, jog tarporganizacinė partnerystė turi būti orientuota į nenutrūkstamo ir darnaus proceso užtikrinimą vykdant veiklą, aktyviai ir geranoriškai dalijantis žiniomis ir informacija bei siekiant aukšto tarpusavio pasitikėjimo laipsnio. Siekiant veiksmingo tarporganizacinės partnerystės suvaldymo, tikslinga sudaryti aiškius pavaldumo ryšius; vadovavimą orientuoti į projekto tikslus, užduočių paskirstymą, terminų ir atlikimo kontrolę.

- 4.2. Atlikus ekspertinį vertinimą Lenkijoje išskiriama esminė tarporganizacinio sąveikos proceso dalis yra bendra rizikos valdymo strategija ir išdiferencijuota rizika tarp tinklo dalyvių. Esminiai valdymo schemos bruožai yra šie: aiškūs pavaldumo ryšiai; tikslų bei užduočių pasiskirstymas ir etapų kontrolė. Siekiant suvaldyti Lenkijos sveikatos turizmo rizikos valdymo procesą, aktualu įgyvendinti tarpusavio integracijos veiklą; inicijuoti bendradarbiavimą su konkurentais; siekiamybę susidaryti ekonominių ryšių tinklus.
- 4.3. Atlikus tarptautinį ekspertų vertinimą (CRO-EST-LAT-POR-TUR), nustatyta, kad tarporganizacinė partnerystė turi būti pagrįsta vieningais interesais ir sąveikaujančios tinklo dalyvės daug laiko dirba drauge, užtikrinant pasidalytąją riziką tarp tinklo dalyvių. Tinklo valdymas turi būti orientuotas į aiškų ir pagrįstą užduočių atlikimo procesą, atsakomybę pasidalijant konsensuso būdu.

5. Atlikus regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo sistemoje empirinį tyrimą sudaryta sveikatos turizmo valdymo struktūra, kuri suponuoja šias išvadas:

- 5.1. Ištyrus nustatyta, kad valstybės mastu sveikatos turizmo valdymo principų nėra išvystyta. Ekspertų vertinimu yra tikslinga siekiant suformuoti valdymo struktūrą nacionaliniu lygmeniu išvystyti sveikatos turizmo valdymą regioniniu lygmeniu. Ekspertai nustato, kad stipriausias sveikatos turizmo regioninio valdymo principas yra vietinio augimo ir tęstinumo, o reikalaujanti tobulinimo grandis – prioritetų nustatymas ir jų išsigrininimas.
- 5.2. Sveikatos turizmo tinkle ekspertai nustato institucijų reikšmingumą formuojant, vykdant ir įgyvendinant politiką. Pirmajame etape didžiausią reikšmingumą ir tiesioginį ryšį turi LR Vyriausybė ir LR Ekonomikos ir inovacijų ministerija. Antrajame etape – turizmo taryba. Trečiajame etape – medicinos turizmo klasteriai; klinikos ir ligininės; medicinos SPA centrai; mokslinių tyrimų institutai.
- 5.3. Pagal ekspertinio tyrimo rezultatus yra sudarytas sveikatos turizmo rizikos valdymo algoritmas iš šešių žingsnių: rizikos tikslų nustatymas ir aprašymas; rizikos profilio sudarymas ir tikimybės įvertinimas; rizikos proceso kontrolė ir prevencija; tobulinimo planai ir jų įgyvendinimas; rizikos imitavimas/reagavimas/mokymasis; rizikos veiksmų identifikavimas ir analizė. Šie žingsniai turi apskaičiuotą svorinį koeficientą pritaikius prioritetų skirstymo ir palyginimo metodą.
- 5.4. Atlikus tarptautinį sveikatos turizmo ekspertinį vertinimą, galima išskirti regioninio sveikatos turizmo instituto reikšmę, – jis užimtų koordinuojančio instituto vaidmenį, vykdydamas šias pagrindines funkcijas: visų sveikatos turizmo sistemos dalyvių darbo koordinavimo; informacijos teikimo ir sąveikos su tarpininkais / fasilitatoriais / tiekėjais / dispečeriais. Svarbiausias tarporganizacinės sąveikos tikslas – interesų vieningumas bei darnaus proceso užtikrinimas.

5.5. Atlikus tarptautinį ekspertinį sveikatos turizmo valdymo sistemos vertinimą, ekspertai išskyrė šias veiksmingos regioninės sveikatos turizmo partnerystės dedamasias: komunikacijos srauto užtikrinimą; taikyti mažų laimėjimų požiūrį; tolygų jėgų balansą; koordinavimo funkcijos integravimą ir pasitikėjimo kultūros kūrimą.

REKOMENDACIJOS

Rekomendacijos institucijoms, atsakingoms už sveikatos turizmo organizacijų plėtrą, t. y. – LR Vyriausybei; LR Ekonomikos ir inovacijų ministerijai; LR Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Siekiant aiškios ir atsakingos valdymo struktūros vykdant sveikatos turizmo plėtrą Lietuvoje, rekomenduojama paskirti šias esamas institucijas: LR Sveikatos apsaugos ministeriją ir Turizmo politikos skyrių prie LR EIM; tikslinga įkurti Nacionalinę medicinos turizmo asociaciją. Šios institucijos vykdytų sumanų sveikatos turizmo valdymą; atliktų paslaugų reglamentavimą ir sertifikavimą; kurtų patikimo sveikatos turizmo prekės ženklo įvaizdį ir sukurtų sąlygas pritraukti ilgalaikius sveikatos turistus.
2. Siekiant efektyvaus sveikatos turizmo plėtos proceso reikia plėtoti klasterizacijos politiką, kuri skatintų tvarius tinklus ir partnerystes sveikatos turizme; sukurti IT platformos prieigą prie išteklių, reikalingų efektyviam klasterių valdymui; sukurti paramos priemonę „Sveikatos institucijų partnerystės“, kuri būtų skirta sveikatos turizmo organizacijoms, klasteriams ir mokslinių tyrimų institutams, kuriant sveikatos turizmo produktus, integruojantis į globalias vertės grandines.
3. Rekomenduojama sukurti standartizuotą sistemą, pagal kurią būtų atliekama objektyvi sveikatos turizmo ekonominių ir statistinių rodiklių analizė; išvystyti sveikatos turizmo paslaugų kokybės bei rezultatų stebėsenos ir vertinimo sistemas; pašalinti teisinės bazės barjerus.
4. Modernizuojant sveikatos turizmo regioninį valdymą bei siekiant užtikrinti valdymą nacionaliniu lygiu, rekomenduojama įsteigti regioninę sveikatos turizmo instituciją, kuri vykdytų šias funkcijas: teisinės paramos; rinkodaros; sąveikos su fasilitatoriais, tarpininkais ir tiekėjais; kontrolės ir medicinos paslaugų ekspertizės; informacijos teikimo; visų sistemos dalyvių darbo koordinavimo; finansinių srautų ir tarpusavio atsiskaitymų reguliavimo; sąveikos su medicinos centrais, veiktų, kaip informaciniai šaltiniai sveikatinimo ir sveikatingumo paslaugoms skatinti.

Rekomendacijos sveikatos turizmo organizacijoms, t. y. – Medicinos turizmo klasteriui, Nacionalinei sanatorijų ir reabilitacijos įstaigų asociacijai:

1. Siekiant gerinti sveikatos turizmo paslaugų kokybę rekomenduojama atnaujinti medicines technologijas ir mokyti žmogiškuosius išteklius tarptautiniu mastu. Išplėtoti sisteminių kontaktų su užsienio medicinos centrais ir tarpininkais patirtį.
2. Rekomenduojama, siekiant išnaudoti stipriąsias sveikatos turizmo puses ir sumažinti grėsmes, sukurti sveikatos turizmo technologinę platformą, kuri apimtų: gydymo įstaigas; SPA centrus; skrydžio rezervavimo nuorodas; gydymo pasiūlymus; leistų pasirinkti specialistus ir atlikti rezervacijas pagal pateiktą paslaugų kainodaros sistemą.
3. Siekiant įvertinti sveikatos turizmo etapų (*tai yra profilaktika; ūmaus simptomų/-fazės pašalinimas; visiškas/-dalinis pasveikimas*) svarbumą, atskiroms sveikatos turizmo paslaugų grupėms rekomenduojama vadovautis eksperimentinio tyrimo

metu patvirtina struktūra, pagal kurią yra sudaroma galimybė standartizuoti sveikatos turizmo paslaugas, planuoti, organizuoti, valdyti ir kontroliuoti paciento/turisto kelią suvaldant žmogiškojo faktoriaus klaidas.

Rekomendacijos tolimesniems moksliniams tyrimams:

1. Ištirti ir įvertinti Lietuvos regionų turimų išteklių potencialą sveikatinimo ir sveikatingumo paslaugoms plėtoti.
2. Įvertinti sveikatos turizmo valdymo sistemos ir regioninės sveikatos turizmo institucijos taikymą praktiniu lygmeniu, ir problematiką.
3. Ištirti sveikatos turizmo valdymo platformos efektyvumą lemiančius veiksnius.

MOKSLINIŲ TYRIMO REZULTATŲ APROBAVIMAS IR SKLAIDA

Mokslinės publikacijos disertacijos tema:

1. Banevičius, Š. 2019. Relevant Management Aspects of Health Tourism Networking. *Socialiniai tyrimai*, Vol. 42, No. 2, p. 30-43, DOI: 10.21277/st.v42i2.270, <https://www.journals.vu.lt/social-research/article/view/22929/22197>
2. Banevičius, Š. 2020. Rizikos veiksnių valdymas medicinos turizmo organizacijose. *Socialiniai tyrimai*, Vol. 43, No. 2, p. 26-34, DOI: 10.21277/st.v43i2.316, <https://www.zurnalai.vu.lt/social-research/article/view/22913/22186>

Kitos publikacijos disertacijos tema:

1. Banevičius, Š. 2018. Klaipėdos regiono kaimo turizmo plėtros kryptys. *International security in the frame of modern global challenges: Collection of scientific works*, p. 11-19, prieiga internetu: <https://repository.mruni.eu/handle/007/16764>
2. Banevičius, Š. 2019. Sveikatos turizmo tinklaveikos aktualūs valdymo aspektai. Tarptautinė 2-oji mokslinė – praktinė konferencija „*Tarptautinis saugumas šiuolaikinių globalių iššūkių kontekste*“, Vilnius, p. 1-6.
3. Banevičius, Š. 2019. Kaimo turizmo plėtra ir valdymas. *Darnus vystymasis: teorija ir praktika*, Druskininkai, p. 12-14.
4. Banevičius, Š. 2019. Tinklinis regionų medicinos turizmo aspektas. Mokslinė konferencija „*Iššūkiai vadybos moksle ir studijose*“ skirta, prof. habil. dr. Antanui Seiliui atminti, Klaipėda, p. 5-7.
5. Banevičius, Š. 2021. Rizikos veiksnių valdymas medicinos turizme. Prof. A. Seiliaus vardo mokslinė konferencija „*Iššūkiai vadybos moksle ir studijose*“, Klaipėda, p. 49-51.
6. Banevičius, Š. 2021. Aspects of successful public-private partnerships in the development of the health tourism industry. Tarptautinės mokslinės-praktinės internetinės konferencijos medžiaga - *The third sector and social economy: Ukrainian and international experiences*, p. 117-120, ISBN: 978-966-192-209-8.

Mokslinėse konferencijose disertacijos tema skaityti pranešimai:

1. Banevičius, Š. „*Sveikatos ir kaimo turizmo sinergijos galimybės Klaipėdos regione*“. 18-ta tarptautinė Ernesto Galvanausko konferencija „Regiono konkurencingumo kaitos tendencijos“, Šiauliai, 2018.
2. Banevičius, Š. „*Tinklinis regionų medicinos turizmo aspektas*“. 19-ta tarptautinė mokslinė konferencija „Regiono konkurencingumo kaitos tendencijos“, Šiauliai, 2019.
3. Banevičius, Š. „*Risk factors management of medical tourism*“. Tarptautinė mokslinė – praktinė konferencija „*Механізми управління розвитком території*“, Житомир, 2020.

APIE AUTORIŲ

Vardas, Pavardė Šarūnas Banevičius
El. paštas sbanev1@yahoo.com

Išsilavinimas

2017–2021 Doktorantūros studijos, vadybos mokslo kryptis, Lyderystės ir strateginio valdymo institutas, Mykolo Romerio universitetas
2014–2016 Magistrantūros studijos, Inovacijų vadybos ir technologijų programa, Klaipėdos universitetas
2010–2014 Bakalauro studijos, Vadybos mokslų programa, Klaipėdos universitetas

Darbo patirtis

Nuo 2017 Klaipėdos universiteto socialinių ir humanitarinių mokslų fakulteto vadybos katedros dėstytojas (asist.), dėstomas studijų dalykas – *Inovacijų valdymas*.
Nuo 2021 Socialinių mokslų kolegijos dėstytojas, dėstomi studijų dalykai: *Tarptautinio verslo strategijos ir rizikos valdymas; Tarptautinio verslo organizavimas*.

MYKOLAS ROMERIS UNIVERSITY

Šarūnas Banevičius

**REGIONAL PARTNERSHIP IN HEALTH
TOURISM MANAGEMENT SYSTEM**

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 February 22, 2019.

Scientific supervisor:

Prof. Dr. Alvydas Baležentis (Mykolas Romeris University, Social Sciences, Management, S 003).

Scientific consultant:

Prof. Habil. Dr. Anna Lis (Gdańsk University of Technology, Social Sciences, Management, S 003).

Doctoral dissertation will be defended at the Committee of Management of Vytautas Magnus University, Klaipėda University, Mykolas Romeris University, and Vilnius University Šiauliai Academy:

Chairperson:

Prof. Dr. Vainius Smalskys (Mykolas Romeris University, Social Sciences, Management, S 003).

Members:

Prof. Habil. Dr. Diana Dryglas (AGH University of Science and Technology, Poland, Social Sciences, Management, S 003);

Prof. Dr. Diana Šaparnienė (Vilnius University Šiauliai Academy, Social Sciences, Management, S 003);

Prof. Dr. Tadas Sudnickas (Mykolas Romeris University, Social Sciences, Management, S 003);

Prof. Dr. Jan Žukovskis (Vytautas Magnus University, Social Sciences, Management, S 003).

The doctoral dissertation will be defended at an open meeting of the Scientific Council in the field of Management on 10th of December 2021 at 13:00 at Mykolas Romeris University, Room I-414.

Address: Ateities st. 20, Vilnius, Lithuania.

The summary of the doctoral dissertation was sent on 10th of November 2021.

The doctoral dissertation can be accessed 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).

REGIONAL PARTNERSHIP IN HEALTH TOURISM MANAGEMENT SYSTEM

SUMMARY

“Happiness is like health: if you don’t notice it, then it is“
— Ivan Turgenev

Relevance of the research. Organizational partnerships between actors in the services sector are one of the conditions for ensuring the economic development of Europe’s regions. The goal to increase the attractiveness of regions at the national and international level requires rational decisions related to – the modernization of public infrastructure, the promotion of intersectoral cooperation, the implementation of international projects and the aspiration to export the value of business cooperation and tourism by developing a culture of cooperation and organizational partnerships. With the help of a set of resources, objects and initiatives, various forms of partnerships become the cause for the creation of a new economic and social value, for the increased economic viability of business organizations, and for the arising opportunities to disseminate and market tourism products. *Regionalization* is aimed at reducing social and economic disparities between the country’s regions in the short term and at ensuring balanced and sustainable development of the regions, as well as of the country as a whole, in the long run. In this way, the aim is to ensure the sustainable development of the regions.

The complexity of the services sector forms a multi-level hierarchical system in which communication takes place in *vertical and horizontal connections*. Thus, the biggest challenges faced while improving the tourism services sector and health tourism are the coordination of management, the use and mobilization of resources, the efficient centralization/decentralization of functions. *A service* is at the same time an activity and a result, it is a more or less intangible activity that usually occurs when the user interacts with the objects providing the service, the material-/physical resources or the delivery systems that ensure the satisfaction of the user’s needs.

Improving the governance of the services sector requires a rational and optimal application of the achievements of the modern *synergy science*, using them to develop and implement the new forms of partnerships in the various fields of modern social and economic life.

In the Republic of Lithuania, as in other European Union (EU) countries, the identification of the long-term strategic priorities raises different problems, such as: health tourism planning, financing, setting health tourism infrastructure development priorities and the impact of *tourism seasonality*, which determines an unequal distribution of tourist flows. As a result, tourism management is a complex process, the governance of which requires an *organizational partnership* of all participating

institutions, a coordination of actions, and a rational and optimal division of functions and tasks in order to achieve common goals.

The scientific problem and the level of its research.

The forms, the management and the development perspectives of the regional tourism partnership were examined by: Nordin, 2003; McKercher, 2003; Easwar, 2003; Cunha, Cunha, 2005; Spiriajevas, 2007; Jucevičius, 2008; Vilkas, Bučaitė-Vilkė, 2009; Ribašauskienė, Šalengaitė, 2012; Redman, 2012; Leichteris, Švirinas, 2013; Medhekar, 2013; Gilienė, 2014; Mose et al., 2014; Vanagienė, Krikščiukinė, 2014; Velotti et al., 2014; Phua et al., 2014; Arts et al., 2014; Skaržauskienė, Gudelytė, Lančinskienė, 2014; Stačauskienė, 2015; Christian, 2015; Sala, 2016; Ligeikienė, 2016; Pape et al., 2016; Ying, 2016; Pütz and Job, 2016; Rukuizienė, 2017; Ketels 2017; Junevičius, Albrektas, 2017; Štaraitė, 2017; Bajwa et al., 2018; Boyer, 2019; Whiteside, 2019; Semenova et al., 2020; Narbaev et al., 2020, etc.

The tourism management at the national, regional and local level were examined by: Getz, 1987; Domarkas, 2007; Drege, Jenkins, 2007; Išoraitė, 2009; Vanagas, 2008; Beaumont, Dredge, 2010; Jagminas, 2011; Armaitienė, Zacharčenko, 2012; Česonis, 2012; Paulauskienė, 2013; Hall, 2016; Wen-Jung, 2016; Ghaderi, 2018, etc.

The management, the coordination, the cooperation mechanisms and the development barriers of the networking process were examined by: Klijn and Joop, 2006; Navickas and Malakauskaitė, 2009; Klijn et al., 2010; Stalgienė, 2010; Blomgren Bingham, L. 2011; Esmark, 2011; McGuire, 2011; Ribašauskienė and Šalengaitė, 2012; Viederytė and Juščius, 2012; Ribašauskienė and Šalengaitė, 2013; Gilienė, 2014; Khodabandehloo, 2014; Alberti et al., 2014; Nugaras, 2014; Skaržauskienė et al., 2014; Stačauskienė and Katininė, 2015; Čeičytė and Petraitytė, 2016; Casanueva et al., 2016; Grumadaitė and Jucevičius, 2017; Rondelez, 2018; Korir, 2018; Yustika ir Goni, 2019; Klijn et al., 2020 etc.

The concept, the services, – and the classification of health tourism and the tourist-/patient behaviour were studied by: Didaskalou and Nastos, 2003; Stašys, 2003; Janušonienė, 2009; Lent et al., 2010; Heung et al., 2010; Carrera and Lunt, 2010; Turner, 2010; Hall, 2011; Pocock, Hong Phua, 2011; Goel, 2012; Lukowicki-Vikuk 2012; Hofer et al., 2012; Kelly, 2012; Čiburienė, 2012; Bučinskaitė, Navickienė, 2012; Paškevičius, 2012; Hodges, Turner, Kimball, 2012; Hall, 2013; Savičiūtė, 2013; Smith, Puczko, 2014; Smith ir Puczko, 2015; Goodarzi et al., 2015; Dryglas and Salamaga, 2016; Šaparnienė, Jablonskytė, 2017; Mainil et al., 2017; Beladi, 2018; Hartwell et al., 2018; Ghosh, 2018; Bulut and Sengul, 2019; Khodayari-Zarnaq et al., 2020 etc.

The health tourism risk management process and algorithms were/are analyzed by the following researchers: Качалов, 1997; Iqbal et al., 2003; Wybo, 2004; Kaleininkaitė and Trumpaitė, 2007; Tamošiūnienė and Savčuk, 2007; Buškevičiūtė and Leškevičiūtė, 2008; Carabello, 2008; Kanapeckienė and Jurkuvėnas, 2009; Heung et al., 2011; Mekšriūnaitė and Rudaitis, 2013; Chew and Jahari, 2014; Paškevičius, 2014; Camillo, 2015; Leigh-Brown, 2015; Janušonis, 2016; Mutalib et al., 2016; Cui et al., 2016; Janušonis, 2017; Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2017; Ganguli and Ebrahim, 2017; Hasan et al., 2017; Ravulakollu et al., 2018;

Tham, 2018; Jankauskienė and Kostereva, 2019; Babinskas and Kanapeckienė, 2019; Nilashia et al., 2019; World Tourism Organization, 2020 etc.

Factors promoting and inhibiting the development of health tourism are reflected in the research of the following researchers: Bialk-Wolf, 2010; Heung et al., 2011; Purdy, 2011; Alonso-Alvarez, 2012; Fisher and Sood, 2014; Han and Hyun, 2015; Cini et al., 2015; Johnston et al., 2016; Olkiewicz, 2016; Gökhan, 2017; Guntawongwan, 2017; Ganguli and Ebrahim, 2017; Dryglas, 2017; Kim et al., 2019; Sutana et al., 2019; Lianto et al., 2020; Lee et al., 2020, etc.

The components and factors of a partnership for the sustainable development of the health tourism industry are examined by: McQuaid, 2000; Skietrys and Raipa, A. 2009; Schuppert, 2011; Gan and Frederick, 2011; Kolarska-Kardela, 2014; Lee and Fernando, 2015; Smith, 2015; Vetitnev et al., 2016; Padilla-Melendez and Del-Aguila-Obra, 2016; Chantrapornchai and Choksuchat, 2016; Padilla-Melendez and Del-Aguila – Obra, 2016; Ulaş and Anadol, 2016; Chistobaev and Grudtcyn, 2017; Georgieva et al., 2017; Kim and Seo, 2019; Illario and Bousquet, 2020, etc.

Summarizing the sources of information analyzed in the dissertation, it can be stated that in the scientific literature researchers pay attention to the following aspects of the regional partnership structure formation and the following issues related to this phenomenon: how to ensure an effective coordination function in the regional tourism management context; what factors influence the interaction between national and municipal levels of tourism management; how to identify and assess the factors of health tourism development; what partnership mechanism will ensure an effective organizational process for local action groups; what is the impact of the structure of the tourism sector on the regional development, etc.

The aspects of the regional partnership formation in improving the management of the health tourism services sector are a relevant object of a research, both theoretically and practically. This dissertation is devoted to a wider cognition. The dissertation examines the regional partnership in the health tourism management system.

The research problem is expressed by the following problematic questions: – what are the main theoretical foundations for the regional partnership management and how to improve a regional partnership in the health tourism management system.

The formulated problematic questions of the research allow to define **the object of the research, i.e.** – a regional partnership in the health tourism management. The research was conducted in the health tourism sectors of Lithuania and Poland. An international group of experts from Latvia, Estonia, Turkey, Portugal and Croatia was formed to appraise the obtained research results.

The aim of the research is to substantiate regional partnerships in the health tourism management system by analyzing the theoretical foundations of the regional partnership health tourism management and by conducting an empirical research.

Research tasks:

1. To examine the theoretical foundations for a regional partnership in the health tourism management system.

2. To methodologically substantiate the empirical study of a regional partnership in the health tourism management system.
3. To identify health tourism management systems: the situation; the problems; the incentives and the disincentives.
4. To study the features of an inter-organizational partnership in the health tourism management system.
5. To develop a health tourism management structure on the basis of a regional partnership.

Scientific novelty, theoretical and practical significance of the work. A reasonable regional partnership in the health tourism management system:

1. The problems of the scientific sources related to a regional partnership in the health tourism management system have been systematized and evaluated.
2. The life cycle of health tourism (CRO-EST-LAT-LTU-POR-POL-TUR) has been developed.
3. The functional model of the health tourism service management system has been developed and evaluated.
4. The factors that promote and hinder the development within the health tourism management system have been identified.
5. A health tourism risk management algorithm has been developed.
6. The structure of the health tourism management at the national level on the basis of a regional partnership has been developed.
7. The functions of a regional health tourism institution have been identified and evaluated.

Research methods. The analysis and generalization of scientific literature is performed by analyzing the theoretical principles of a regional partnership, – and the peculiarities of the health tourism management. The analysis of documents is performed by analyzing tourism reports prepared by Lithuania, other countries and international tourism organizations (UNWTO, ETOA, etc.). The following methods were used in the empirical research: expert evaluation; comparative analysis; Modified Priority Allocation and Selection Method. The qualitative analysis of the content was applied to analyze the empirically available research data.

Defensive statements of the dissertation:

1. The systematic, regular and uninterrupted development of health tourism is hindered by the following *obstacles*: inefficient health tourism marketing strategy; poor planning and coordination across the sector; lack of reliable statistics; and by the following *problems*: lack of a clear and single platform for the health tourism; the public health care sector that is insufficiently adapted for foreign patients; an undeveloped culture of an organizational partnership.
2. The effective implementation of a regional partnership in the health tourism management system is determined by the following: the establishment of the health tourism management structure at the national level and the formation of the regional health tourism institution.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, three chapters, conclusions, recommendations, appendices and summaries, in Lithuanian and English. The volume of the dissertation is 173 pages with 46 figures and 22 tables. The bibliographic list consists of 376 references.

The first chapter of the dissertation, – **“Theoretical Foundations of a Regional Partnership in the Health Tourism Management System”** –, examines the essence, content and management of a regional (*organizational*) partnership; the essence of health tourism and the factors determining the effectiveness of a partnership of health tourism organizations and the risk management process; it also analyses in depth an inter-organizational partnership in the health tourism management system (Figure 1), which is understood as a set of management methods that ensure the management of health tourism policies, processes, procedures and,- related parts of organizations to achieve the goals.

The main goal of the health tourism management system is to create, develop and maintain various health tourism services for the sustainable development of the sector. The formed health tourism networks are formalized by contracts, legal acts, contractual memoranda, and general agreements, therefore the relations, functions and responsibilities of their participants are clearly defined.

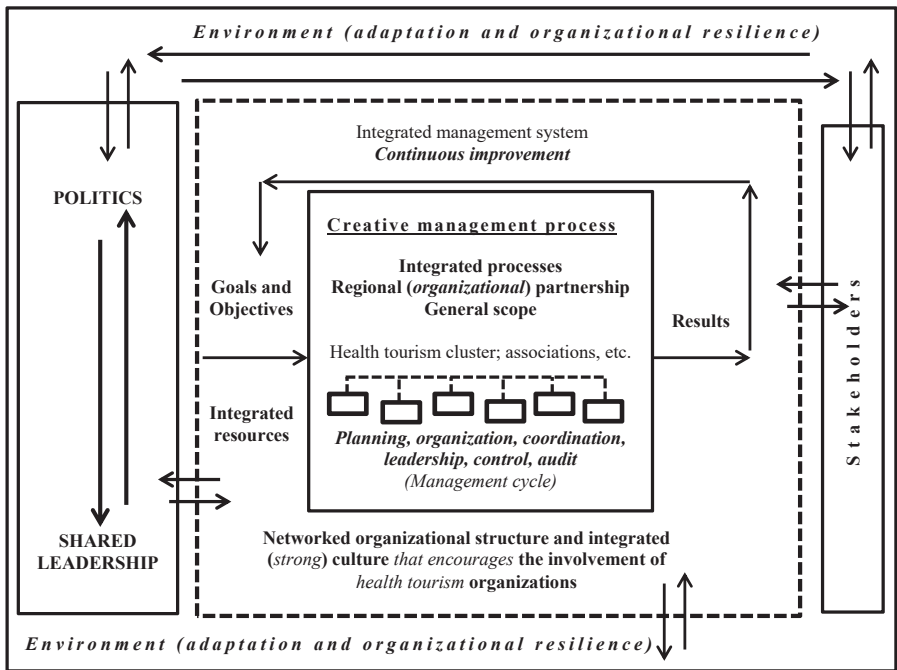


Fig. 1. Health tourism management system

In detailing the health tourism management system, it is important to emphasize the phenomenon of an organizational partnership, which is as the core and the fundamental axis of the system. The integrated management (*based on a systemic approach*) and a partnership mechanism bring together health tourism organizations, integrating resources, shared networks and challenges that transform into results through a creative management process. The concept of the health tourism management system can be defined as a tool / instrument for shaping the development of health tourism in the region, which at the same time takes into account and has a positive impact on health tourism organizations, tourists / patients, local community and nature.

The first chapter of the dissertation ends with summary conclusions (*the essential ones are presented here*):

1. The governance of a regional partnership consists of the following features: a conscious and targeted interaction between key actors; it is based on collective decision-making; it needs collective cooperation efforts,- proactive regional self-control,- organizational interaction in problem solving,- organizational networking,- activities focused on influencing economic, social, cultural, environmental and other societal outcomes throughout the region, and,- vertical and horizontal process coordination.
2. The types of the health tourism management system can be divided as follows: direct health tourism; health tourism organized by domestic or foreign intermediaries; health tourism is part of public health policy; health tourism is developing on the basis of partnerships between domestic medical service providers (*medical centers, doctors*) and foreign medical service providers (*medical centers, specialized clinics, private doctors*).
3. The basic model of the health tourism cluster operation is a chain of inter-related stages (*preparation; procedures; after procedure*). Each link and its constituent stages must be qualitatively assessed. The tourist-/patient expects to receive services of the appropriate quality for the price paid for them, so the integrated quality management and the development and implementation of a service standard contribute to meeting the tourists-/patients expectations. The general rule is that the model is as strong as its weakest link, which means that tourist-/patient satisfaction and the overall positive evaluation of the health tourism products offered are strongly influenced by the weakest health tourism service.

The second chapter, – “**Methodological Bases of a Regional Partnership in the Health Tourism Management System Research**”-, presents the methodological substantiation of the empirical research, details the structure of the research choice, analyzing the following aspects in greater detail: research strategies (*induction, deduction, retroduction, abduction and counterfactual thinking*); research philosophies (*positivism and constructivism/-interpretatism*) and research triangulation and crystallization. The second chapter also presents: the methodology of the empirical research, – the evaluation of the reliability of the empirical research, and the organization of the expert evaluation.

Summarizing the structure of the research choice, it can be stated that as a precursor to any type of research, the researcher must have a clearly formulated and reasonable research structure that reflects the: research strategy; the ontology; the epistemology; the research philosophy; the research methods and techniques, and the data triangulation. The specific structure of the research and the paradigmatic position of the researcher encourage not only the research problem, goal, objectives but also the criticism, as a result of which the research results and conclusions are substantiated in detail. On this basis, the empirical methodology and research structure of the dissertation have been developed (Figure 2). The structure allows for a reasonable assessment and analysis of the research problem, which in turn allows for the preparation of factual conclusions and recommendations.

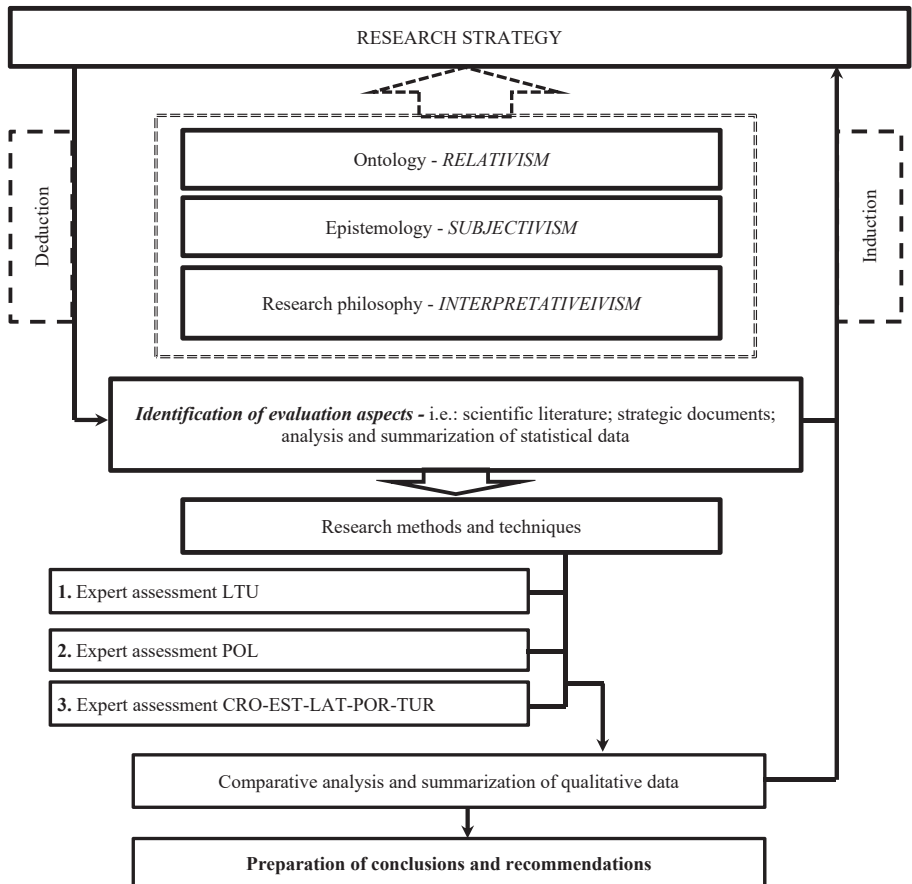


Fig. 2. The structure of the empirical research of the dissertation

The empirical research of the dissertation is based on the interpretive philosophy of research, according to which the researcher tries to obtain data by directly interacting with the researched phenomenon. Interpretive (*subjectivist*) research is performed using qualitative research methods: a modified method of evaluating the allocation and comparison of priorities; an expert evaluation; interviews; a comparative analysis. The triangulation of data used in the research provides the following benefits: the ability to obtain additional data and insights from sources that cannot be obtained from a literature review alone; the ability to reduce a research gap, occurring when using only one source, as more than 3 data sources that complement and support each other have been included.

The object of the research is a regional partnership in the health tourism management systems of individual countries.

The subject of the research is the structure and functions of a regional partnership in the health tourism management system.

The aim of the research is to develop a generalized governance model by examining the aspects of a regional partnership in the health tourism management system.

Research tasks:

1. To perform the SWOT analysis of health tourism in Lithuania and to compile the TOWS matrix.
2. To form the life cycle of CRO-EST-LAT-LTU-POR-POL-TUR health tourism.
3. To examine the aspects of regional governance and a (*organizational*) partnership in health tourism.
4. To develop a health tourism risk management algorithm.
5. To develop a governance model for a regional partnerships in health tourism.

Investigation period. The dissertation deals with the statistics of 2007–2019. The empirical research covers the period from February 2020 until 2021 May.

The third chapter of the dissertation, – “**Research Results of a Regional Partnership in the Health Tourism Management System**”-, investigates and evaluates the development of the health tourism systems of Estonia, Croatia, Lithuania, Poland, Latvia, Portugal and Turkey.

Lithuanian and Portuguese health tourism is in the 2nd stage of the health tourism life cycle, i.e. stage B (Figure 3), which is described as the configuration stage, which means that Lithuanian and Portuguese health tourism is at the forefront of strategic networking, forms and symmetrical relations – development between service providers.

According to the experts, the main challenges at the configuration stage are related to the refinement of supply and demand; and to the definition of a partnership by eliminating mutual competitiveness. The research on the application of natural resources to health tourism is crucial for an evidence-based diversity of services. One of the challenges is to refine marketing solutions to attract and retain more tourists/-patients. Effective marketing solutions are relevant both in Lithuania and Portugal,

as well as internationally. One of the key challenges in Phase B is the involvement of public authorities in the development of health tourism.

The most advanced countries are Latvia and Turkey, which are in stage D – stabilization, Croatia is between stages C and D, and Estonia – is in stage A (*establishment*), which an initial stage.

The Latvian experts identify the Health Care Export Coordination Council as the strongest link in the health tourism management system, which can operate successfully at the national and regional levels to develop – health tourism. Also, the development of digital health products stands out as a perspective.

The Turkish experts emphasize that competition does not always have a positive effect, and especially that price competition jeopardizes the quality. The Turkish expert states that in future, – a higher value will be attached to the amount of people but not to the amount of income. The key is to prioritize health care as a commercial product. On this basis, priority is given to service accreditation and quality assurance.

It has been identified that the main challenge for the health tourism industry in Croatia today is to improve the quality of services and to involve more health tourism providers, as the health tourism product is very complex, involves many different experts and provides high added value. Ensuring effective coordination between the cluster and stakeholders is singled out as the biggest governance challenge in the C-D stage.

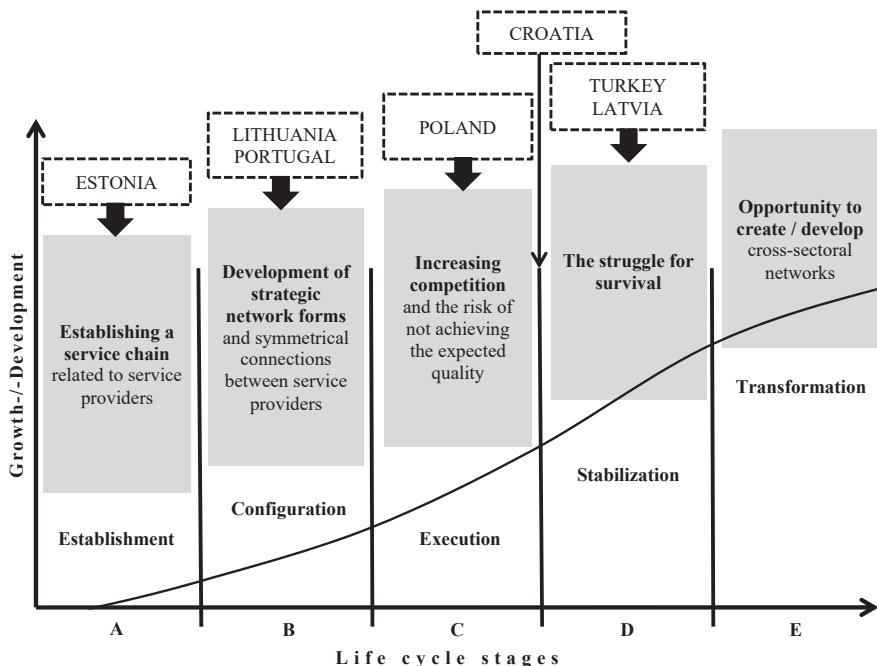


Fig. 3. A place of CRO-EST-LAT-LTU-POR-POL-TUR in the life cycle of health tourism – expert assessments (n = 32), 2021

The third chapter presents and analyzes the results of the expert evaluation of the Lithuanian health tourism system, detailing the following: the current situation of health tourism; the factors promoting and hindering the development of health tourism; the features of interorganizational interaction; the health tourism management algorithm. *The health tourism management structure* is also being formed (Figure 4).

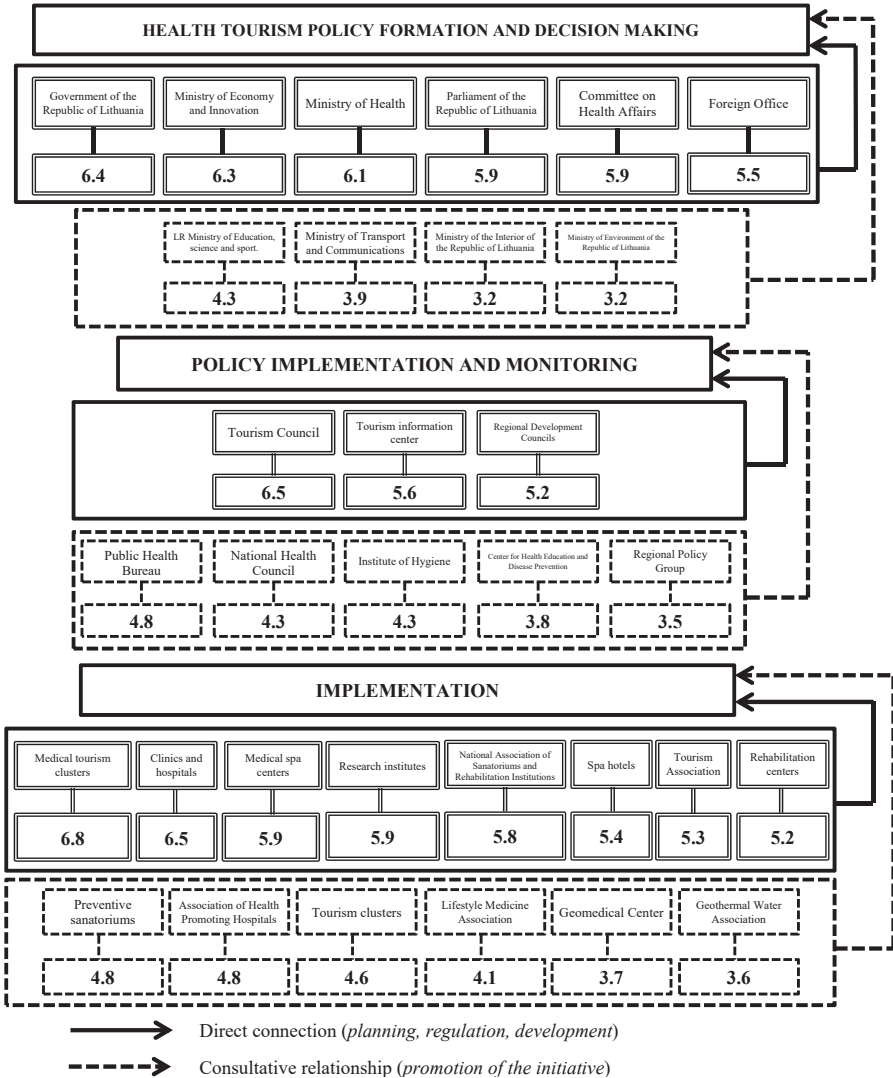


Fig. 4. The principle structure of the Lithuanian health tourism management – the expert assessments – (n = 15), 2020

Three levels of governance have been identified in the governance structure of health tourism: 1) policy – making and decision – making; 2) policy enforcement and monitoring; 3) implementation.

The experts were tasked with assessing the institutions in terms of relevance, i.e. to find out which ones have a direct link and which ones play a consultative role. The experts rated the institutions on a 7-point scale – according to the significance of the impact.

At the stage of policy-making and decision-making, the most significant institutions are the following: the Government of the Republic of Lithuania; the Ministry of the Economy and Innovation and the Ministry of Health. The Ministry of Education, Science and Sports *has the strongest consultative relationship*. *In the policy implementation and monitoring phase*, the strongest direct link is, – the Tourism Council, and the consultative link is the Public Health Office. *In the implementation stage*, the most active entities in terms of direct link are the following: the Medical Tourism Cluster; clinics and hospitals, and the National Association of Sanatoriums and Rehabilitation Institutions. The consultative link is typical to on – preventive sanatoriums and the, - Association of Health Promoting Hospitals.

During the expert evaluation in Lithuania (n = 15) it was established that in order to develop health tourism in Lithuania and to improve a regional (*organizational*) partnership, – it is advisable to establish a *regional health tourism institution*. The experts in Lithuania singled out 8 essential functions of a regional health tourism institution, the necessity and significance of which were assessed during the Polish and international (CRO-EST-LAT-POR-TUR) expert evaluation of the health tourism system (Figure 5).

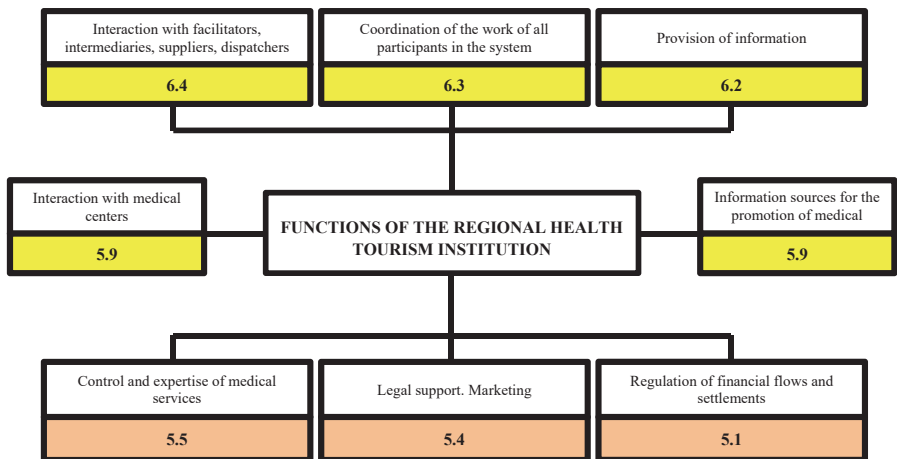


Fig. 5. *The need for the functions of a regional health tourism institution in CRO-EST-LAT-POR-POL-TUR – expert assessments (n = 17), 2021*

Summarizing the results of the empirical research, when choosing Lithuania as a starting point, the factors promoting the development of health tourism were compared. The factor of the health tourism infrastructure development in terms of importance was ranked first by the experts from Lithuania, while it was ranked fourth by the experts from Poland, and third by the experts from CRO-EST-LAT-POR-TUR. The factor that ranked second in Lithuania is an international human resources training, while in Poland this factor is ranked eighth, while in CRO-EST-LAT-POR-TUR it is ranked seventh. In Poland, the promotion of good practice is seen as the second most important factor, while CRO-EST-LAT-POR-TUR singles out the promotion of exports of health tourism services. Poland identifies effective and affordable treatment as the most important factor for the development, and CRO-EST-LAT-POR-TUR considers active health tourism policy formation to be the most important one.

The main factor that hinders the development of health tourism in Lithuania is an – inefficient health tourism marketing strategy, – in CRO-EST-LAT-POR-TUR this factor is also ranked third in the list of priorities; while Poland ranks it seventh. According to the Lithuanian experts, the second hindering factor – is the undeveloped systematic contacts with foreign medical centers and intermediaries and the lack of experience; In Poland, this factor ranks fifth in the list of priorities, while in CRO-EST-LAT-POR-TUR it ranks fourth. The experts from Poland point to the poor reputation of medical competencies as the main deterrent, while the experts from CRO-EST-LAT-POR-TUR point to the lack of reliable statistics. The second factor – which is poor planning and coordination of the health tourism industry – hindering the development of health tourism coincide between on the international scale.

The experts from both Lithuania and Poland unanimously agree that the main problem of health tourism is the lack of a clear and unified single technological management platform for health tourism; the latter problem is also pointed out by the experts from CRO-EST-LAT-POR-TUR who ranked it third in the list of priorities. In Lithuania, the state health care sector, which is insufficiently adapted to foreign patients, is singled out as the second problem of health tourism, and CRO-EST-LAT-POR-TUR and Poland rank this problem fourth. In Lithuania, the undeveloped partnership opportunities and, – a prevailing rather individual approach to the financial reporting and profit-making are pointed out as the third problem of health tourism, in other researched countries this problem is ranked seventh and eighth. The experts from CRO-EST-LAT-POR-TUR as the biggest problem single out – the fact that the health tourism value chain model is not developed on a practical level; while Poland ranks this problem second and Lithuania ranks it fifth.

The aim of the empirical research was to determine which institutions are (*should be*) responsible for the formulation of the health tourism policy (*decision-making*); as well as for the policy compliance and monitoring, and for the implementation. On the basis of the empirical research, a comparative health tourism management system has been developed (Figure 6).

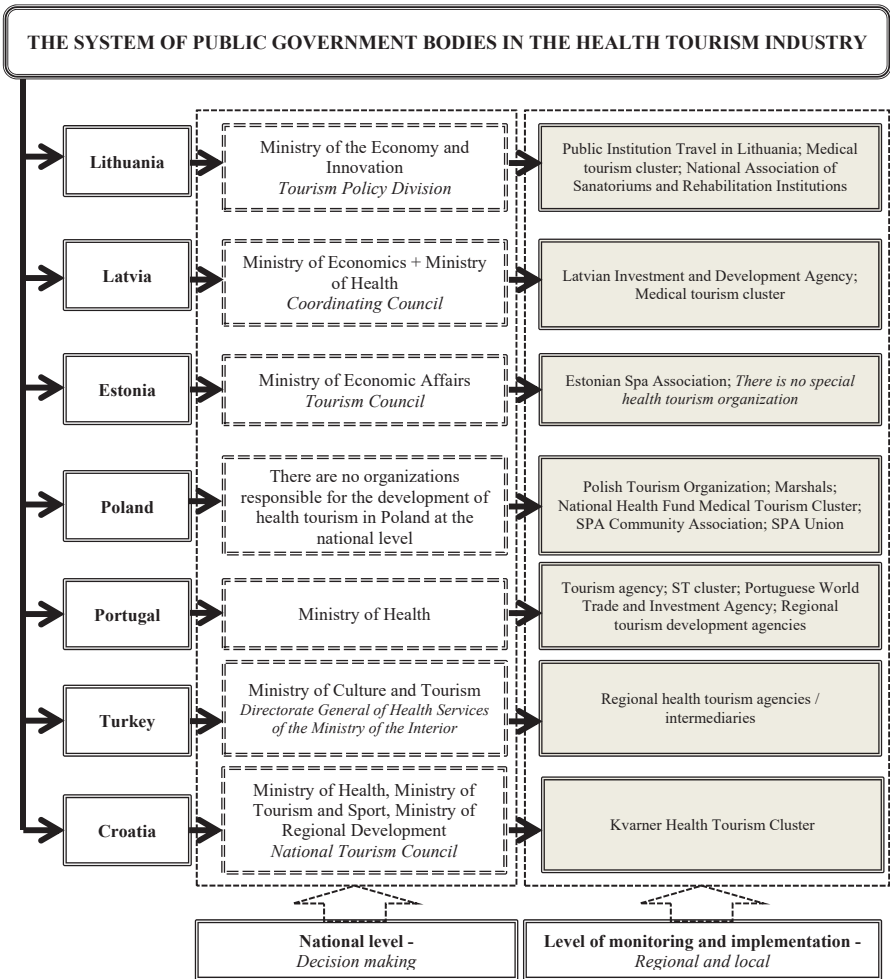


Fig. 6. LTU- LAT-EST- POL- POR-TUR-CRO health tourism management system

The good practice of Latvia is shared while detailing the comparative management system of health tourism as an effective policy formulation and significant experience.

E_LV_1. In Latvia, the development of health tourism policy falls within the responsibility of the Ministry of Economics of Latvia. There is also a Coordinating Council, which acts as a supervisor and monitors all issues, tasks and projects related to health tourism. This Healthcare Export Coordination Council includes the following: the Latvian Health Tourism Cluster, the Ministry of Foreign Affairs, the Ministry of Economics, the Ministry of Finance, the Ministry of Education and Science, the Latvian Chamber of Commerce and Industry, the National Health Department, the Health Inspectorate, the Latvian Development and Investment Agency. This Coordinating Council has prepared

an information report on the export of health tourism services, which has resulted in the action plan for the development of health care exports in 2019–2023.

There are different tasks, budgets, deadlines for which institutions are responsible. At the end of each line, we prepare a progress report for the Prime Minister and the Cabinet. There is also an annual medical tourism export marketing plan under this action plan. It is only us (the Latvian Health Tourism Cluster) and the Latvian Investment and Development Agency who get more activities and responsibilities. The development plan involves: the Ministry of Foreign Affairs, the Latvian Investment and Development Agency (with the Department of Tourism), the Latvian National Health Service, the Center for Disease Prevention and Control, the Latvian Chamber of Commerce and Industry, the Health Service Employers' Association and the Latvian Health Tourism Cluster acting on behalf of NGOs. These institutions are assigned responsibilities, tasks, deadlines and a separate budget to achieve these goals. Most of the activities fall within the responsibility of the Latvian Health Tourism Cluster and the Latvian Investment and Development Agency.

In the course of the empirical research the experts were asked to formulate recommendations aimed at improving a **regional partnership in the health management system**. After systematizing the research material of the Lithuanian experts, the following most important recommendations were singled out:

1. Attracting EU structural funds for the development of health tourism.
2. Developing a joint regional health tourism strategy.
3. Developing a standard for the provision of health tourism services.
4. Developing partnerships and cooperation between public and private medical institutions.

Summarizing the data received from the CRO-EST-LAT-LTU-POR-POL-TUR experts, the following key recommendations are highlighted:

1. Establishment of a regional authority as an intermediate body representing public and private objects in the health tourism industry.
2. Increased involvement of the Government in planning and coordinating health tourism development plans at the regional level.
3. Providing support to new partners by setting requirements for the provision of high quality services.
4. Developing of a system that would record health tourism tourists/-patients, optimize data and provide suggestions.

The current pandemic situation affected by COVID-19 is characterized by a high degree of uncertainty and a limitation of the field of action. The international travel and health tourism sectors need to be vigilant and prioritize health and safety issues. It is recommended that healthcare providers develop telemedicine platforms to be able to get in touch with both local patients and international patients, offering a wide range of treatment services. They should also develop health services for COVID-19 recovered/-vaccinated patients and those experiencing residual sequelae (*complications*).

The main empirical research revealed that in order to exploit the strengths of health tourism and to reduce threats, it is appropriate to create a health tourism management platform, which would include the following functions:

- communication and cooperation with public authorities, ministries, public organizations, professional communities and associations on the national and international level;
- coordination of the work of all participants in organizing the organizational structure of the system of providing medical services to foreign citizens;
- development and implementation of a marketing strategy;
- support of information portal content, development and organization of services;
- interaction and coordination with aid organizations, medical centers, travel and insurance companies, etc. involved in the provision of health and wellness services to a patient from abroad;
- concluding contracts with all participants in the organizational structure of the system and legal support;
- regulation of financial flows, organization and control of mutual settlements between system participants;
- implementation of the “threshold – to – threshold” principle;
- development, harmonization and approval of rules, algorithms and standards for the provision of medical services to foreign citizens.

The health tourism management platform ensures and implements the management from a single dispatch center; the consolidation of all types of resources at all levels of governance; the strict quality control of medical services and system access to intermediary medical centers, internal systems and related services; an individual service for each health tourist; besides, the door-to-door principle is introduced.

It is expedient to develop a health tourism development program-/strategy in accordance with the strategic approach to the development of the health tourism industry. It is also expedient to provide for long-term and continuous support measures, as well as to develop a methodology for selection of health tourism organizations, taking into account the external environment of the tourist area and including the following stages: (a) establishment of a register of potential participants; (b) development of criteria for the compliance of medical institutions with the requirements of the health tourism development program; (c) monitoring the results of the implementation of the health tourism development program over a period of time.

Health tourism decision-makers need to consider the impact of the key actors in the healthcare system, including healthcare providers (*institutions such as hospitals, rehabilitation centers; spa hotels, etc.*), insurance companies, employees, medical clusters-/associations and supply companies. The microenvironment includes business owners, managers, employees, patients, service and equipment providers, agencies, and even competitors who directly or indirectly affect the ability of health tourism to operate effectively in their target markets. Decision makers need to take into account the expectations of stakeholders and to act effectively for the health tourism industry

to be successful and efficient. There must be sufficient physical infrastructure in the healthcare sector. This includes not only traditional elements such as needs-oriented roads and construction elements, but also medical care services, including a sufficient number of qualified doctors, health care workers, intensive care units and technological facilities.

Partnerships with health tourism organizations must include the following aspects: a common marketing and branding strategy; a direct exchange of information; mobilization of financial resources; implementation of quality standards; creation and development of new joint product services.

Improving advertising strategies. An empirical research in Lithuania revealed that one of the biggest weaknesses of the health tourism industry is the lack of marketing activities in foreign markets. Potential tourists / patients do not know enough about Lithuania as a destination for health tourism. More active, targeted and effective marketing solutions are needed. These solutions may include healthcare activities in collaboration with international organizations, free surgeries for patients with rare diseases or those without privileges, the publicity of successful surgeries, collaboration with other trade or government agencies and, – associations.

Education of health tourism professionals. The ability to communicate is one of the key characteristics of health tourism professionals, including communication between patients, physicians, administration staff, and nurses. As patients travel from different countries, health tourism professionals should be encouraged to learn foreign languages and understand different cultural environments. In order to successfully educate health tourism professionals, a national qualification system and additional training programs must be developed.

Improving legal issues. It is advisable to simplify and modify visa procedures, including the extension of visas for patients with serious illnesses from third countries, *by establishing a health tourism visa*. It is also necessary to minimize the number of medical disputes due to medical accidents.

Development of patient-centered service systems. It is necessary to provide funding for institutions such as: hotels, spas, etc., for them to be able to arrange adapted premises for medical tourists. It is also necessary to offer a one-stop-shop system for – hospitalization, outpatient treatment, diagnostic tests, health programs as well as by integrating other tourism products (cultural, cognitive, eco-tourism, rural tourism, etc.). Account should be taken of cultural, ethnic and religious differences.

To ensure patient's health and privacy, patient-centered internal structural measures and flows, as well as a step-by-step information flow mechanism must be designed and implemented, including the following:

1. The patient-/tourist can independently enter his / her data according to the checklist after reading the information about the health or wellness services being provided. The checklist contains a form that provides information about the patient's need for certain medical care, his or her location, and preferences when choosing a clinic, with the option to include scans of medical records and test results. The information is uploaded to an electronic model where it can

be accessed by other participants in the process. The patient-/tourist only sees the information generated by the regional health tourism institution (RHTI). Through their access, intermediaries (*agents*) create a personal account for the health tourist and help him or her to fill in the initial information.

2. All information uploaded by the tourist / patient is processed by an IT structure set up by the regional health tourism institute. Information received from the client's, doctor's or medical institution's place of residence or the client's country is uploaded to the database. RHTI ensures coordination between the medical institution providing medical services and the patient-/tourist and transmits the data to the health tourism organization. Thus, the feedback process and the interaction with a clinic or a doctor in the patient's country of residence is also ensured.
3. For accredited (*ISQua; SOFIHA; JCI, etc.*) health tourism organizations, RHTI provides the generated information, and after this information is analyzed, the decision to accept or reject a patient-/tourist is made, alongside providing a reason or clarifying information. Once a decision to provide health-/wellness services has been made, the patient-/tourist is given the status of a patient. The health tourism organization monitors available information about incoming and outgoing patients in real time and prepares reviews or makes suggestions.
4. The patient-/tourist receives an offer made at his / her request and chooses the necessary services with the indicated prices. The patient accepts the proposed dates of the services and all organizational offers, pays for the services, for a transfer-/residence, visa-/interpreter, etc.
5. The provided health tourism services, when they are competed, are uploaded in a separate block. This information contains the full history of the interaction between the treatment facility and the patient. The diagnosis, the examination results, the description and results of the medical intervention performed and the doctor's recommendations shall be indicated. The patient, the medical center, the country of residence (*at the request of the client*) and RHTI have access to the information.
6. After being provided all services, the patient evaluates the quality of the received medical and other services using the health tourism management platform. This information will provide feedback on the quality of services provided by health tourism organizations and respond to patient-/tourist expectations.

The empirical research identified the factors that would ensure an effective partnership between health tourism institutions. The experts single out the following components of an effective partnership; ensuring the flow of communication (*cooperating organizations must develop a platform to support horizontal and vertical flows of information in organizations*); applying a low-achievement approach (*it is appropriate to divide work into small tasks that allow members of the organization to see concrete results in a shorter period of time, thus creating positive feedback in the collaborative process, thus increasing employee commitment, involvement and confidence*); keeping an even balance of powers (*in a partnership, one or more key partners or stakeholders*

must have an even distribution of powers; otherwise, the collaborative process will be vulnerable to manipulation by actors who have relatively high power in the organization); integration of the coordination function (the high need for interdependence of the organization requires coordination, which is a key element of the organisation's functionality and performance); building trust (trust becomes the most important factor in the cooperation process in the face of conflict and disagreement). These factors would encourage changes in mentality, unify the value base, create a sense of community and a level of competencies.

There is a general consensus that health is a universal human right.

Based on the performed analysis, it can be stated that the statements formulated in the dissertation are confirmed.

First defense: The systematic, regular and uninterrupted development of health tourism is hampered by the following obstacles: an ineffective health tourism marketing strategy; poor planning and coordination across the sector; the lack of reliable statistics and problems related to the lack of a clear and single platform for health tourism; the public health care sector that is insufficiently adapted for foreign patients; an undeveloped culture of an organizational partnership.

The defense can be upheld. The empirical research identified the following problems of health tourism in **Lithuania**: *a clear and single health tourism platform is not available; the public health care sector is insufficiently adapted for foreign patients; partnership opportunities are undeveloped, a more individualized approach to financial reporting and profit-making prevails; a lack of an objective analysis of economic and statistical indicators of health tourism; the systems of monitoring and evaluating the quality of medical services and the results are under developed.* The experts from **Poland** singled out the main problems of health tourism: *the lack of a clear and single platform for health tourism; the health tourism value chain model is not developed on a practical level; the system for evaluating the quality and results of medical services is underdeveloped; the public health care sector is insufficiently adapted for foreign patients.* On an **international** scale, – the experts from CRO-EST-LAT-POR-TUR identified the following as the first issues to be addressed: *the health tourism value chain model is not developed on a practical level; the lack of an objective analysis of economic and statistical indicators of health tourism; clear and single platform for health tourism is not available; the public health care sector is insufficiently adapted for foreign patients.*

The following factors hindering the development of health tourism were identified during the empirical research: in **Lithuania**: *an inefficient health tourism marketing strategy; undeveloped experience of systematic contacts with foreign medical centers and intermediaries; geopolitical situation in the region.* In Poland: *bad reputation of medical competencies; poor planning and coordination across the sector; lack of reliable statistics.* In CRO-EST-LAT-POR-TUR: *lack of reliable statistics; poor planning and coordination across the sector; an ineffective health tourism marketing strategy.*

The defense can be supplemented by the fact that the systematic and regular development of health tourism is hindered by the following: the health tourism value chain model is not developed on a practical level; the system for evaluating the quality and results of medical services is underdeveloped; poor reputation of medical competencies; poor planning and coordination across the sector; the lack of reliable statistics.

The second defense: The effective implementation of a regional partnership in the health tourism management system is determined by the following: the establishment of a health tourism management structure at the national level and the formation of a regional health tourism institution.

The defense can be upheld. The research substantiated that in order to ensure effective health tourism management, it is advisable to create a management structure in which the most significant institutions and organizations responsible for: health tourism policy formulation and decision-making, policy enforcement and monitoring, and for implementation are identified. To ensure the efficiency and strengthening of the connecting link, the experts singled out the need for a regional health tourism institution, which would perform the following functions: interaction with facilitators, intermediaries, suppliers, dispatchers; provision of information; coordination of the work of all participants in the health tourism system; control and expertise of medical services; interaction with medical centers; provision of information sources to promote medical services.

Empirical research has complemented the defense by stating that in order to have an effective regional partnership in the health tourism management system, a mechanism must be created to attract EU structural funds and business investment; a standard for the provision of health tourism services has been developed to ensure the availability and quality of services; a regional health tourism strategy covering all regions of Lithuania has been developed; the development of partnerships and communication between public medical institutions and private medical institutions is ensured.

CONCLUSIONS

1. The analysis of the theoretical assumptions of a regional partnership of the health tourism management systems revealed that:

- 1.1. Regional partnership management is a theoretical concept used to emphasize the involvement of stakeholders in the coordination of regional development processes and the self-regulation that arises in complex situations that require cooperation between public and non-public actors; these stakeholders represent the governmental and non-governmental spheres and have different backgrounds, interests, and agendas.
- 1.2. The features defining the concept of organizational partnerships are the following: collaborative relationships; contacts are made by contract; activities are managed by several different business entities; a relationship based on a common purpose and a relationship based on joint risk sharing.
 - 1.2.1. Effective partnerships between health tourism organizations are ensured by the following factors: trust and commitment; mutual responsibility; focus on the process; a clear decision-making process; sharing of problems to be solved.
- 1.3. According to the nature of the implementation of health tourism procedures / services, which includes two subtypes, namely: medical and health-/-SPA tourism, – the range of health tourism services can be divided into the following: 1) maintaining normal body function in the presence and progression of chronic diseases; 2) preventive medicine, which aims to prevent possible diseases; 3) a rehabilitation branch of medical and health-/-SPA tourism, which includes elements of physical activity and physiotherapy exercises; 4) the branch related to of strengthening mental health and psychosomatic balance.
- 1.4. The motives of a tourist-/-patient are distinguished according to the travel cycle, – Namely, – *before the procedure*: total travel and treatment costs; the quality of the medical procedure; competence of doctors; payment conditions. *In the procedure stage*: effective coordination of health tourism institutions; ensuring confidentiality and privacy; focus on patient / tourist needs. *After the procedure stage*: clear and comprehensible discharge instructions; recovery monitoring and physical and rehabilitation therapy measures; opportunity to consult after returning home.
- 1.5. After analyzing the risk management systems / algorithms / models, it was found that the most significant preconditions for a successful health tourism risk management process are the following: risk analysis / forecasting; identification of accidents-/-factors; strategic planning; providing control and feedback; risk profiling, during which all possible risk factors are classified and prioritized.
- 1.6. The phenomenon of networking and inter-organizational partnerships is characterized by the following features: interdependence; coordination;

pluralism; cooperation. Effective network system management includes: a network structure, the coordination of which is based on the principles of mutual trust and team cooperation; specific objectives and actions that are appropriate and sufficient to address the wider issues of the management system, and detailed knowledge of the intended objectives and actions of the participants in the networks.

- 1.7. Having examined the phenomenon of networking, the following advantages are highlighted: working arrangements and activities are quickly adapted to the external and internal needs; the existence of the economies of scale that increase development capacity; the fact that cooperation is demand-driven, also that cooperation is horizontal and based on voluntary participation. Disadvantages of the networking phenomenon are the following: lack of clarity in the distribution of responsibilities; difficulty to control feedback.
- 1.8. Intensive knowledge exchange flows are formed within the health tourism clusters operating in the partnership mode, which are intensively exploited due to competition, creating conditions for competitive advantage and economic growth. The goal of the development of health tourism clusters is to streamline the value chain by integrating it into international health tourism networks.

2. After the methodological substantiation of the empirical research of the regional partnership in the health tourism management system, the following conclusions can be drawn:

- 2.1. It is argued that: *a realistic ontological trend* indicates that there are fundamental differences between natural and social phenomena and that people, unlike nature, have cultural influences and live in a world of common interpretations, so different observers-/researchers may have different perspectives, so the truth and experiences may vary, and a *subjectivist epistemological trend*, which is described as an interpretive anti-positivist method that respects the differences between human and natural science objects, - (based on this point different researchers may construct meanings differently, even when the phenomena are the same), - *best respond to the empirical research and results of the dissertation.*
- 2.2. The structure of the empirical research is based on the principle of data triangulation, obtaining the data from several sources that vary in the course of the research - *three expert evaluations were performed:* in Lithuania (15 experts); Poland (10 experts) and the international research in Croatia (1 expert), Estonia (1 expert), Latvia (2 experts), Portugal (1 expert), Turkey (2 experts).

3. After examining the health tourism management systems: the situation, the problems, and the promoting and inhibiting factors, - the following conclusions are drawn:

- 3.1. On the basis of the expert evaluation study, it was established that Lithuanian health tourism is in the configuration life cycle stage II -, i.e. stage B. This

stage poses two fundamental challenges, namely the promotion of partnership rather than competitiveness and the refinement of supply and demand. The main management challenges that arise in stage B are the distribution of responsibilities between the actors in the health tourism network and the need to overcome the resistance of the public and private sectors to change. According to experts, solving these management challenges leads to the development of health tourism nationally and internationally and creates benefits for the participants of the health tourism network due to the development of new products in organizations and the growth of confidence by expanding into new markets.

- 3.2. According to the results of the expert evaluation, the SWOT health tourism matrix in Lithuania has the following main ones: Strengths – high quality medical staff and services; the price and quality of Lithuanian health tourism services are assessed positively. Weaknesses – the lack of a health tourism strategy (priorities – their implementation: measures; actions; funding; continuity); the lack of partnership between the Ministry of the Economy and Innovation and the Ministry of Health. Opportunities – attracting EU structural funds and business investments for the development of health tourism; integration into international health tourism networks. Threats – the lack of health tourism statistics; health tourism management structure is not developed. These results in the necessary decisions in order of priority: development of medical services based on IT technologies; improvement of legal issues; increased cooperation between science-business-policy institutions.
- 3.3. The main problems of health tourism in Lithuania are the following: the lack of a clear and single health tourism platform; the – public health care sector is insufficiently adapted for foreign patients; the lack of a well-developed system of monitoring and evaluation of the quality and results of medical services. The experts from Poland and CRO-EST-LAT-POR-TUR single out the following: the lack of a clear and single platform for health tourism; the health tourism value chain model is not developed on a practical level; lack of an objective analysis of economic and statistical indicators of health tourism.
- 3.4. Experts from Lithuania singled out the most important factor promoting the development of health tourism, which is – the factor of tourism infrastructure development, while the experts from Poland ranked this factor fourth, and the experts from CRO-EST-LAT-POR-TUR ranked it third. Lithuania and CRO-EST-LAT-POR-TUR identified the ineffective health tourism marketing strategy as the main inhibiting factor, and the experts from Poland rank this factor seventh. Poland identifies effective and affordable treatment as the most important driver of development, and CRO-EST-LAT-POR-TUR point out to the active health tourism policy-making. Poland mentioned the poor reputation of medical competencies and CRO-EST-LAT-POR-TUR pointed out the lack of reliable statistics as a factor hindering the development of health tourism.

- 4. Having examined the features of an inter-organizational partnership in the health tourism management system, the following conclusions can be drawn:**
- 4.1. The experts from Lithuania stated that an inter-organizational partnership must be focused on ensuring a continuous and cohesive process in carrying out activities, by sharing knowledge and information actively and in good faith, and achieving a high degree of mutual trust. In order to effectively manage an inter-organizational partnership, it is appropriate to establish clear lines of command, – focusing on – project objectives, task allocation, timeline and performance control.
 - 4.2. The peer review in Poland highlights an essential part of the inter-organizational interaction process as follows: a shared risk management strategy and differentiated risks among network participants. The essential features of the management scheme are the following: clear lines of subordination; distribution of goals and objectives and control of stages. In order to manage the risk management process of health tourism in Poland, it is important to implement mutual integration activities, – to initiate cooperation with competitors, – and to have economic networks.
 - 4.3. An international peer review (CRO-EST-LAT-POR-TUR) found out that inter-organizational partnerships must be based on common interests and that interacting network members work together for a long time, ensuring shared risk between network members. Network management must be focused on: a clear and reasonable process of performing tasks, sharing responsibilities by consensus.
- 5. The empirical research of regional partnership in the health tourism management system has created a health tourism management structure, which presupposes the following conclusions:**
- 5.1. The research revealed that the principles of health tourism management have not been developed at the state level. According to the experts, it is expedient to develop health tourism management at the regional level in order to form a governance structure at the national level. The experts identify that the strongest principle of regional management of health tourism is local growth and continuity, and that a priority chain for improvement is the setting and refinement of priorities.
 - 5.2. In the health tourism network, the experts identify the importance of institutions in policy formulation, enforcement and implementation. In the first stage, the Government of the Republic of Lithuania and the Ministry of the Economics and Innovation of the Republic of Lithuania have the greatest significance and direct connection. The second stage – includes the tourism council, – while the third stage – includes medical tourism clusters, – clinics and hospitals, – medical spa centers, – and research institutes.
 - 5.3. Based on the results of the expert research, a health tourism risk management algorithm has been developed. The algorithm consists of six steps: setting and describing risk objectives; risk profiling and probability assessment;

risk process control and prevention; improvement plans and their implementation; risk simulation / response / learning; identification and analysis of risk factors, these steps have a calculated weighting factor using the method of prioritization and comparison.

- 5.4. Following the international expert assessment of health tourism, it is possible to highlight the importance of the regional institute of health tourism, which would play a role of coordinating institute, performing the following main functions: coordinating the work of all participants in the health tourism system; information provision and interaction with intermediaries / facilitators / suppliers / dispatchers. The most important goal of inter-organizational interaction is unity of interests and ensuring a coherent process.
- 5.5 Following an international peer review of the health tourism management system, the experts identified the following components of an effective regional health tourism partnership: ensuring communication flows; a low-achievement approach; an even balance of powers; an integration of a coordination function and building a culture of trust.

RECOMMENDATIONS

Recommendations to institutions responsible for the development of health tourism organizations, namely to – the Government of the Republic of Lithuania; the Ministry of the Economy and Innovation of the Republic of Lithuania; the Ministry of Health of the Republic of Lithuania:

1. In order to achieve a clear and responsible management structure in the development of health tourism in Lithuania, it is recommended to appoint the following existing institutions: the Ministry of Health of the Republic of Lithuania and the Tourism Policy Division under the Ministry of the Economy and Innovation of the Republic of Lithuania; and it is appropriate to establish a National Medical Tourism Association. These institutions would carry out: smart health tourism management, – regulation and certification of performed services, – they would also create a credible health tourism brand image and ensure conditions for attracting long-term health tourists.
2. In order to achieve an effective health tourism development process it is recommended: to develop a clustering policy that promotes sustainable networks and partnerships in health tourism, – to create an IT platform access to the resources needed for effective cluster management, – to create a support instrument (-“Partnerships of Health Institutions”-) for health tourism organizations, clusters and research institutes to be applied while developing health tourism products, – and while getting integrated into global value chains.
3. It is recommended to create a standardized system according to which an objective analysis of economic and statistical indicators of health tourism would be performed, – to develop systems for monitoring and evaluating the quality and results of health tourism services and to, – remove barriers within the legal framework.
4. In order to strengthen regional governance in health tourism, – and in order to ensure governance at the national level, it is recommended to establish a regional health tourism authority with the following functions: legal support; marketing; interaction with facilitators, intermediaries and suppliers; control and expertise of medical services; information support; coordination of the work of all participants in the system; regulation of financial flows and mutual settlements; interaction with medical centers; sources of information to promote health and wellness services.

Recommendations for health tourism organizations, namely for – the Medical Tourism Cluster; the National Association of Sanatoriums and Rehabilitation Institutions:

1. In order to improve the quality of health tourism services, it is recommended to update medical technologies and to train human resources on an international level, – and to develop the experience of systematic contacts with foreign medical centers and intermediaries.

2. It is recommended to create a technological platform for health tourism in order to exploit the strengths of health tourism and reduce the threats, which would include: medical institutions, – SPA centers, – flight booking instructions, – treatment proposals; which would allow to select specialists and make reservations according to the provided service pricing system.
3. To assess the importance of the stages of health tourism: (prevention, – elimination of acute symptom-/-phase, – full-/-partial recovery), individual groups of health tourism services are recommended to follow the structure approved by the expert research, which allows to standardize health tourism services, plan, organize, manage and control the patient-/-tourist path by managing human factor errors.

Recommendations for further research:

1. To study and evaluate the potential of available resources of Lithuanian regions for the development of health and wellness services.
2. To evaluate the application of the health tourism management system and the regional health tourism institution on a practical level, – and the corresponding problems.
3. To investigate the determinants of the effectiveness of the health tourism management platform.

APPROVAL AND DISSEMINATION OF RESEARCH RESULTS

Scientific publications on the topic of the dissertation:

1. Banevičius, Š. 2019. Relevant Management Aspects of Health Tourism Networking. *Socialiniai tyrimai*, Vol. 42, No. 2, p. 30-43, DOI: 10.21277/st.v42i2.270 <https://www.journals.vu.lt/social-research/article/view/22929/22197>
2. Banevičius, Š. 2020. Rizikos veiksnių valdymas medicinos turizmo organizacijoje. *Socialiniai tyrimai*, Vol. 43, No. 2, p. 26-34, DOI: 10.21277/st.v43i2.316 <https://www.zurnalai.vu.lt/social-research/article/view/22913/22186>

Other publications on the topic of the dissertation:

1. Banevičius, Š. 2018. Klaipėdos regiono kaimo turizmo plėtos kryptys. *International security in the frame of modern global challenges: Collection of scientific works*, p. 11-19, prieiga internetu: <https://repository.mruni.eu/handle/007/16764>
2. Banevičius, Š. 2019. Sveikatos turizmo tinklaveikos aktualūs valdymo aspektai. Tarptautinė 2-oji mokslinė – praktinė konferencija „*Tarptautinis saugumas šiuolaikinių globalių iššūkių kontekste*“, Vilnius, p. 1-6.
3. Banevičius, Š. 2019. Kaimo turizmo plėtra ir valdymas. *Darnus vystymasis: teorija ir praktika*, Druskininkai, p. 12-14.
4. Banevičius, Š. 2019. Tinklinis regionų medicinos turizmo aspektas. Mokslinė konferencija „*Iššūkiai vadybos moksle ir studijose*“ skirta, prof. habil. dr. Antanui Seiliui atminti, Klaipėda, p. 5-7.
5. Banevičius, Š. 2021. Rizikos veiksnių valdymas medicinos turizme. Prof. A. Seiliaus vardo mokslinė konferencija „*Iššūkiai vadybos moksle ir studijose*“, Klaipėda, p. 49-51.
6. Banevičius, Š. 2021. Aspects of successful public-private partnerships in the development of the health tourism industry. Tarptautinės mokslinės-praktinės internetinės konferencijos medžiaga - *The third sector and social economy: Ukrainian and international experiences*, p. 117-120, ISBN: 978-966-192-209-8.

Papers presented at scientific conferences on the topic of the dissertation:

1. Banevičius, Š. „Sveikatos ir kaimo turizmo sinergijos galimybės Klaipėdos regione“. 18-ta tarptautinė Ernesto Galvanausko konferencija „Regiono konkurencingumo kaitos tendencijos“, Šiauliai, 2018.
2. Banevičius, Š. „Tinklinis regionų medicinos turizmo aspektas“. 19-ta tarptautinė mokslinė konferencija „Regiono konkurencingumo kaitos tendencijos“, Šiauliai, 2019.
3. Banevičius, Š. „Risk factors management of medical tourism“. Tarptautinė mokslinė – praktinė konferencija „Механізми управління розвитком територій“, Житомир, 2020.

ABOUT AUTHOR

Name, Surname Šarūnas Banevičius
Email sbanev1@yahoo.com

Education

2017-2021 Doctoral studies, field of Management, Institute of Leadership and Strategic Management, Mykolas Romeris University
2014-2016 Master's studies, Innovation Management and Technology Program, Klaipeda University
2010-2014 Bachelor studies, Management Science Program, Klaipeda University

Career

From 2017 Lecturer (*assistant*) of the Department of Management, Faculty of Social Sciences and Humanities, Klaipeda University, study subject taught – *Innovation Management*.
From 2021 Lecturer at the College of Social Sciences, taught study subjects: *International Business Strategy and Risk Management; International business organization*.

Banevičius, Šarūnas

REGIONINĖ PARTNERYSTĖ SVEIKATOS TURIZMO VALDYMO SISTEMOJE:
daktaro disertacija. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2021. 256 p.

Bibliogr. 161–182 p.

Disertacijoje nagrinėjama regioninė partnerystė sveikatos turizmo valdymo sistemoje, kaip kompleksinis procesas, kurio branduolys ir kertinė sistemos ašis yra organizacinės partnerystės fenomenas. Sistemoje integruotas valdymas ir partnerystės mechanizmas sujungia sveikatos turizmo organizacijas, integruoja išteklius, bendrus tikslus ir uždavinius, kurie kūrybinio vadybinio proceso metu transformuojasi į rezultatus. Šiuo disertaciniu darbu siekiama išspręsti šias mokslines problemas: kokie yra pagrindiniai regioninės partnerystės valdymo teoriniai pagrindai ir, – kaip tobulinti regioninę partnerystę sveikatos turizmo valdymo sistemoje. Teorinio ir empirinio tyrimo Lietuvoje, Lenkijoje, Latvijoje, Estijoje, Portugalijoje, Kroatijoje, Turkijoje pagrindu yra nustatyta sveikatos turizmo valdymo sistemos: situacija (sudarytas sveikatos turizmo gyvavimo ciklas; SSGG ir GGSS matricos ir kt.); valdymo bruožai (sąmoninga ir tikslinga sąveika tarp pagrindinių veikėjų, organizacinių tinklų kūrimas ir kt.); problemos (nėra aiškios ir vieningos sveikatos turizmo platformos, nepakankamai pritaikytas užsienio pacientams valstybinis sveikatos priežiūros sektorius, neišplėtotos organizacinės partnerystės galimybės ir kt.); sveikatos turizmo plėtrą skatinantys ir stabdantys bei organizacinės partnerystės veiksmingumą užtikrinantys veiksniai.

Mokslinio tyrimo tikslas – išanalizavus regioninės partnerystės sveikatos turizmo valdymo teorinius pagrindus bei atlikus empirinį tyrimą, pagrįsti regioninę partnerystę sveikatos turizmo valdymo sistemoje. Disertacijoje sudaryta principinė Lietuvos sveikatos turizmo valdymo struktūra, įvertinant institucijų reikšmingumą trimis valdymo lygmenimis: politikos formavimo ir sprendimų priėmimo; politikos vykdymo ir stebėsenos; įgyvendinimo. Nustatyta, kad tobulinant regioninę partnerystę sveikatos turizmo valdymo sistemoje tikslinga politikos vykdymo ir stebėsenos lygmeniu įsteigti regioninę sveikatos turizmo instituciją, kuri atliktų šias esmines funkcijas: sąveiką su fasilitatoriais, tarpininkais, tiekėjais, medicinos centrais; visų sistemos dalyvių darbo koordinavimą; informacijos aprūpinimą.

The dissertation examines the regional partnership in the health tourism management system as a complex process, the core and fundamental axis of which is the phenomenon of an organizational partnership. Within this system, the integrated management and a partnership mechanism bring together health tourism organizations, integrating resources, common goals and objectives that transform into results during the creative management process. This dissertation is devoted to solving the following scientific problems: what are the main theoretical foundations of regional partnership management and, – how to improve regional partnerships in the health tourism management system. The theoretical and empirical research carried out in Lithuania, Poland, Latvia, Estonia, Portugal, Croatia, Turkey was taken and as a basis to define the following features of the health tourism management system: the situation (health tourism life cycle; SWOT and TOWS matrices, etc.); the management features (conscious and purposeful interaction between key actors, organizational networking, etc.); problems (lack of a clear and single health tourism platform, insufficient adaptation of the state health care sector to foreign patients, underdeveloped organizational partnership opportunities, etc.); the factors promoting and hindering the development of health tourism and ensuring the effectiveness of organizational partnerships.

The aim of the research is to substantiate a regional partnership in the health tourism management system by analyzing the theoretical foundations of a regional partnership health tourism management and conducting the empirical research. The dissertation sets forth the principal structure of the Lithuanian health tourism management, assessing the significance of institutions at three levels of management: policy formulation and decision-making; policy enforcement and monitoring; implementation. It was established that in order to improve a regional partnership in the health tourism management system, it is advisable to establish a regional health tourism institution at the level of policy enforcement and monitoring, which would perform the following essential functions: interaction with facilitators, intermediaries, suppliers, medical centers; coordination of the work of all participants in the system; provision of information.

Šarūnas Banevičius

REGIONINĖ PARTNERYSTĖ SVEIKATOS TURIZMO VALDYMO SISTEMOJE

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>

