



Kauno technologijos universitetas

Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakultetas

**Tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimas konsolidavus
asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius Marijampolės
savivaldybės Sveikatos centre**

Baigiamasis magistro studijų projektas

Tomas Backūnas

Projekto autorius

Doc. dr. Rūta Petrauskienė

Vadovė

Kaunas, 2025



Kauno technologijos universitetas

Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakultetas

**Tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimas konsolidavus
asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius Marijampolės
savivaldybės Sveikatos centre**

Baigiamasis magistro studijų projektas

Viešasis administravimas (6211LX040)

Tomas Backūnas

Projekto autorius

Doc. dr. Rūta Petrauskienė

Vadovė

Doc. dr. Rimantas Rauleckas

Recenzentas

Kaunas, 2025



Kauno technologijos universitetas

Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakultetas

Tomas Backūnas

**Tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimas konsolidavus
asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius Marijampolės
savivaldybės Sveikatos centre**

Akademinių sąžiningumo deklaracija

Patvirtinu, kad:

1. baigiamąjį projektą parengiau savarankiškai ir sąžiningai, nepažeisdama(s) kitų asmenų autoriaus ar kitų teisių, laikydamasi(s) Lietuvos Respublikos autorių teisių ir gretutinių teisių įstatymo nuostatų, Kauno technologijos universiteto (toliau – Universitetas) intelektinės nuosavybės valdymo ir perdavimo nuostatų bei Universiteto akademinės etikos kodekse nustatytų etikos reikalavimų;
2. baigiamajame projekte visi pateikti duomenys ir tyrimų rezultatai yra teisingi ir gauti teisėtai, nei viena šio projekto dalis nėra plagijuota nuo jokių spausdintinių ar elektroninių šaltinių, visos baigiamojo projekto tekste pateiktos citatos ir nuorodos yra nurodytos literatūros sąrašė;
3. įstatymų nenumatytų piniginių sumų už baigiamąjį projektą ar jo dalis niekam nesu mokėjęs (-usi);
4. suprantu, kad išaiškėjus nesąžiningumo ar kitų asmenų teisių pažeidimo faktui, man bus taikomos akademinės nuobaudos pagal Universitete galiojančią tvarką ir būsiu pašalinta(s) iš Universiteto, o baigiamasis projektas gali būti pateiktas Akademinės etikos ir procedūrų kontrolieriaus tarnybai nagrinėjant galimą akademinės etikos pažeidimą.

Tomas Backūnas

Patvirtinta elektroniniu būdu

Backūnas, Tomas. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimas konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre. Magistro studijų baigiamasis projektas / vadovė doc. dr. Rūta Petrauskienė; Kauno technologijos universitetas, Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakultetas.

Studijų kryptis ir sritis (studijų krypties grupė): 03S (L07).

Reikšminiai žodžiai: bendradarbiavimas, tarpinstitucinis bendradarbiavimas, gydymo ištekliai, konsolidavimas, gydymo išteklių konsolidavimas, asmens sveikatos priežiūra, sveikatos centras.

Kaunas, 2025. 95 p.

Santrauka

Sveikatos priežiūros sistema šiuolaikinėje visuomenėje susiduria su nuolat augančiais iššūkiais – didėjančiais pacientų lūkesčiais, ribotais finansiniais ištekliais, žmogiškųjų išteklių trūkumu bei būtinybe užtikrinti kokybiškų paslaugų teikimą visiems gyventojams. Šiame kontekste vis aktualesnis tampa tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimas, ypač kai savivaldybių lygmeniu vykdomos gydymo išteklių konsolidavimo iniciatyvos. Konsolidavimas – tai naujas požiūris, taikomas sujungiant ar koordinuojant skirtingų įstaigų žmogiškuosius, infrastruktūros, informacinius ir finansinius išteklius, siekiant efektyviau teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Temos aktualumą lemia pasaulinės tendencijos ir Europos Sąjungos valstybių pastangos siekiant asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės, prieinamumo ir racionalaus išteklių naudojimo (Hearld ir Westra, 2022). Lietuvoje nuo 2023 metų pabaigos pradėtos diegti integruotos sveikatos priežiūros sistemos, kuriose akcentuojamas Sveikatos centrų steigimas savivaldybėse, siekiant efektyvesnio išteklių paskirstymo ir geresnio pacientų poreikių tenkinimo (Sveikatos apsaugos ministerija, 2024). Nepaisant to, informacijos apie konsoliduotų Sveikatos centrų steigimą ir valdymą mokslinėje literatūroje yra nedaug (Keast, Brown ir Mandell, 2007). Todėl, šiame baigiamajame projekte nagrinėjamos tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo galimybės konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre. Tyrimo problema – kaip stiprinti tarpinstitucinį bendradarbiavimą konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius savivaldybės Sveikatos centre? Tyrimo objektas – tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimas konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius Sveikatos centre. Projekto tikslas – nustatyti tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo galimybes konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre. Projekto tikslui pasiekti buvo suformuluoti trys uždaviniai: 1) parengti teorinį tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius modelį; 2) išnagrinėti tarpinstitucinio bendradarbiavimo bei asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklių konsolidavimo teisinį reguliavimą ES ir Lietuvoje bei gerąsias užsienio šalių praktikas; 3) ištirti tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo galimybes konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre. Tyrimui atkikti buvo naudojami šie metodai – mokslinės literatūros analizė padėjo atskleisti teorinius tarpinstitucinio bendradarbiavimo pagrindus ir gydymo išteklių konsolidavimo principus; strateginių ir teisinių dokumentų analizė – identifikuoti esamą teisinį reguliavimą Europos Sąjungoje ir Lietuvoje; užsienio šalių gerosios praktikos analizė – atrasti galimus sėkmės pavyzdžius; kokybinis atvejo tyrimas – atskleisti realią situaciją Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre. Empiriniam tyrimui atlikti taikyta tyrimo metodų trianguliacija: Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro dokumentų turinio analize, statistinių

duomenų analizė ir pusiau struktūruotas interviu su institucijų, dalyvaujančių Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veikloje, atstovais – Marijampolės savivaldybės administracijos, Visuomenės sveikatos biuro, Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veiklą koordinuojančios įstaigos bei viešųjų ir privačių gydymo įstaigų vadovais ar darbuotojais. Tyrimo metu išryškėjo pagrindinės stiprybės ir iššūkiai: viena vertus, tarpinstitucinį bendradarbiavimą stiprina aiški lyderystė, reguliari komunikacija ir pasitikėjimas tarp įstaigų; kita vertus, jį riboja biurokratiniai formalumai, institucinis uždarumas, skirtingi tikslai ir informacinių sistemų nepritaikymas konsoliduotų Sveikatos centrų veiklai. Projekto struktūrą sudaro trys pagrindiniai skyriai. Pirmame skyriuje, atlikus mokslinės literatūros analizę, buvo parengtas teorinis tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros išteklius modelis. Antrajame skyriuje nagrinėjami teisinis reguliavimas ir užsienio valstybėse taikytos praktikos, kurios padėjo patikslinti teorinį modelį pateikiant teorinio modelio elementų savybes arba jų apibrėžimus. Trečiajame skyriuje pateikiama tyrimo metodika bei gautų empirinio tyrimo duomenų analizė. Šie rezultatai leido įvertinti realų tarpinstitucinio bendradarbiavimo lygį Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre identifikuojant tobulintinas sritis, kas leido formuluoti rekomendacijas atitinkamiems adresatams. Galutinis baigiamojo projekto rezultatas – patikslintas teorinis tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius modelis, orientuotas į asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės, prieinamumo gerinimą bei efektyvesnį finansinių išteklių naudojimą. Šis modelis gali būti naudingas ne tik Marijampolės, bet ir kitų Lietuvos savivaldybių Sveikatos centrų steigimui ar veiklos tobulinimui bei bendradarbiavimo tarp skirtingų institucijų stiprinimui. Projekto pabaigoje formuluojamos išvados ir rekomendacijos. Baigiamasis projektas baigiamas mokslinės literatūros bei informacijos šaltinių sąrašais.

Backūnas, Tomas. Strengthening Interinstitutional Collaboration by Consolidating Personal Healthcare Treatment Resources at the Marijampolė Municipality Health Centre. Master's Final Degree Project / supervisor assoc. prof. dr. Rūta Petrauskienė; Faculty of Social Sciences, Arts and Humanities, Kaunas University of Technology.

Study field and area (study field group): 03S (L07).

Keywords: collaboration, interinstitutional collaboration, treatment resources, consolidation, consolidation of treatment resources, personal health care, health center.

Kaunas, 2025. 95 p.

Summary

The healthcare system in modern society faces continuously growing challenges – rising patient expectations, limited financial resources, shortages of human resources, and the need to ensure the provision of quality services for all citizens. In this context, strengthening inter-institutional collaboration becomes increasingly relevant, particularly when municipal-level initiatives for consolidating healthcare resources are implemented. Consolidation is a new approach that involves merging or coordinating human, infrastructure, informational, and financial resources from different institutions to provide personal healthcare services more effectively. The relevance of this topic is driven by global trends and the efforts of European Union (EU) member states to improve the quality, accessibility, and efficient use of personal healthcare services (Hearld & Westra, 2022). In Lithuania, since the end of 2023, integrated healthcare systems have been introduced, emphasizing the establishment of Health Centers in municipalities to ensure more efficient resource allocation and better fulfillment of patient needs (Ministry of Health, 2024). However, there is still limited scientific literature addressing the establishment and management of consolidated Health Centers (Keast, Brown, & Mandell, 2007). Therefore, this final project examines the possibilities for strengthening inter-institutional collaboration through the consolidation of personal healthcare treatment resources in the Marijampolė Municipality Health Center. The research problem: How to strengthen inter-institutional collaboration after consolidating personal healthcare treatment resources in a municipal Health Center? The object of research – the strengthening of inter-institutional collaboration after consolidating personal healthcare treatment resources in the Health Center. The aim of the project – to identify opportunities for strengthening inter-institutional collaboration through the consolidation of personal healthcare treatment resources in the Marijampolė Municipality Health Center. To achieve this aim, three tasks were formulated: 1) to develop a theoretical model for strengthening inter-institutional collaboration through the consolidation of personal healthcare treatment resources; 2) to examine the legal regulation of inter-institutional collaboration and personal healthcare resource consolidation in the EU and Lithuania, as well as best practices from other countries; 3) to explore the possibilities for strengthening inter-institutional collaboration through the consolidation of personal healthcare treatment resources in the Marijampolė Municipality Health Center. The research was conducted using the following methods – a scientific literature analysis to reveal the theoretical foundations of inter-institutional collaboration and principles of resource consolidation; an analysis of strategic and legal documents – to identify existing legal regulations in the European Union and Lithuania; a review of best practices from other countries – to discover potential success cases; and a qualitative case study to reveal the real situation in the Marijampolė Municipality Health Center.

Triangulation of research methods was applied for the empirical study: content analysis of documents from the Marijampolė Municipality Health Center, statistical data analysis, and semi-structured interviews with representatives from institutions involved in the activities of the Marijampolė Municipality Health Center – Marijampolė Municipality Administration, Public Health Bureau, the institution coordinating the Health Center's activities, and the heads or employees of public and private healthcare institutions. The research revealed key strengths and challenges: on the one hand, clear leadership, regular communication, and mutual trust between institutions strengthen inter-institutional collaboration; on the other hand, it is limited by bureaucratic formalities, institutional isolation, differing objectives, and the lack of information system adaptation for consolidated Health Centers. The project structure consists of three main sections. The first section presents a theoretical model for strengthening inter-institutional collaboration through the consolidation of personal healthcare resources, based on scientific literature analysis. The second section examines the legal regulation and best practices from foreign countries, which helped to refine the theoretical model by defining its elements and their characteristics. The third section provides the research methodology and the analysis of empirical research data. These results allowed the evaluation of the real level of inter-institutional collaboration in the Marijampolė Municipality Health Center, identifying areas for improvement and formulating recommendations for relevant stakeholders. The final outcome of the project is an improved theoretical model for strengthening inter-institutional collaboration through the consolidation of personal healthcare treatment resources, oriented towards improving the quality and accessibility of personal healthcare services and more efficient use of financial resources. This model may be valuable not only for Marijampolė but also for the establishment or improvement of Health Centers in other Lithuanian municipalities and for strengthening collaboration between different institutions. The project concludes with findings and recommendations, ending with a list of scientific literature and information sources.

Turinys

Lentelių sąrašas	9
Paveikslų sąrašas	10
Santrumpų ir terminų sąrašas	11
Įvadas.....	13
1. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius teorinė analizė.....	16
1.1. Bendradarbiavimo samprata ir tipai	16
1.2. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo tipai ir modeliai	22
1.3. Asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklių konsolidavimo samprata, tikslai ir priemonės ..	29
1.4. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius teorinis modelis	33
2. Tarptautinis ir nacionalinis tarpinstitucinio bendradarbiavimo ir asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklių konsolidavimo teisinis reguliavimas bei užsienio šalių gerosios praktikos.....	45
2.1. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo asmens sveikatos priežiūros srityje tarptautinis teisinis reguliavimas	45
2.2. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo ir asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklių konsolidavimo strateginės ir teisinės nuostatos Lietuvoje	48
2.3. Užsienio šalių gerosios praktikos pavyzdžiai konsolidavus asmens sveikatos gydymo išteklius	55
3. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre tyrimas	63
3.1. Tyrimo metodika	63
3.2. Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro ir jo veikloje dalyvaujančių įstaigų veiklos analizė	71
3.3. Empirinio tyrimo duomenų analizė ir rezultatų apibendrinimas	75
Išvados	85
Rekomendacijos.....	87
Literatūros sąrašas	89
Informacijos šaltinių sąrašas	94
Priedai.....	96

Lentelių sąrašas

1 lentelė. Skirtingų autorių pateikiama bendradarbiavimo samprata (sudaryta autoriaus, remiantis Costumato (2021); Woulfe ir kt. (2010); Axelsson ir Axelsson (2006); ir kt., 2025).....	18
2 lentelė. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo tipai viešajame sektoriuje (sudaryta autoriaus, remiantis Provan ir Kenis, 2007; Belrhiti ir kt., 2024; Knudsen ir kt., 2008, 2025).....	24
3 lentelė. Konsolidavimo samprata skirtinguose kontekstuose (sudaryta autoriaus, remiantis Afonso ir Alves (2023); Radhika, Krishnamoorthy ir Rao (2020); Undy (1999); ir kt., 2025).....	29
4 lentelė. Tarpinstituciniam bendradarbiavimui įtaką darantys veiksniai konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius (sudaryta autoriaus, remiantis Calancie ir kt. (2021); Tancred ir kt., (2024); Exley ir kt., (2024) ir kt.; 2025)	33
5 lentelė. Daugiaprofesinių sveikatos centrų kūrimo priemonės (sudaryta autoriaus, remiantis Yatim ir Sebai, 2021)	58
6 lentelė. Sritys, kurios padėjo arba trukdė sveikatos ir socialinės priežiūros integracijai (sudaryta autoriaus, remiantis Exley ir kt., 2024)	59
7 lentelė. Interviu klausimų pagrindimas (sudaryta autoriaus, 2025).....	66
8 lentelė. Informantų kodavimo lentelė (sudaryta autoriaus, 2025)	68
9 lentelė. Marijampolės savivaldybės informantų nuomonė apie išorinius tarpinstitucinio bendradarbiavimo veiksnius konsolidavus ASP gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės SC (sudaryta autoriaus, 2025)	76
10 lentelė. Marijampolės savivaldybės informantų nuomonė apie vidinius tarpinstitucinio bendradarbiavimo veiksnius konsolidavus ASP gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės SC (sudaryta autoriaus, 2025)	78
11 lentelė. Marijampolės savivaldybės informantų nuomonė apie tarpinstitucinio bendradarbiavimo formavimo elementus konsolidavus ASP gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės SC (sudaryta autoriaus, 2025)	79
12 lentelė. Marijampolės savivaldybės informantų nuomonė apie TB proceso elementus konsolidavus ASP gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės SC (sudaryta autoriaus, 2025)....	80
13 lentelė. Marijampolės savivaldybės informantų nuomonė apie siektinus tarpinstitucinio bendradarbiavimo rezultatus konsolidavus ASP gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės SC (sudaryta autoriaus, 2025)	82

Paveikslų sąrašas

1 pav. Sąveikos tarp organizacijų tipai pagal horizontalios integracijos apimtį/lygmenį (sudaryta autoriaus, remiantis Keast ir kt., 2007).....	17
2 pav. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo proceso valdymas (sudaryta autoriaus, remiantis Axelsson ir Axelsson, 2006)	28
3 pav. Efektyvaus tarpinstitucinio bendradarbiavimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros išteklius procesas (sudaryta autoriaus, remiantis Costumato (2021); Martinsen ir kt., (2021); Calancie ir kt., (2021) ir kt., 2025)	39
4 pav. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius teorinis modelis (sudaryta autoriaus, integruojant Axelsson ir Axelsson, 2006)..	43
5 pav. Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro atvejo tyrimo strategija (sudaryta autoriaus, 2025)	63

Santrumpų ir terminų sąrašas

Santrumpos:

ES – Europos Sąjunga;

TB – tarpinstitucinis bendradarbiavimas;

ASP – asmens sveikatos priežiūra;

ESDK – Europos sveikatos draudimo kortelė;

ESDE – Europos sveikatos duomenų erdvė;

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija;

NAPHS – Nacionalinis sveikatos saugumo veiksmų planas;

JTO – Jungtinių Tautų Organizacija;

NAO (angl. *network administrative organization*) – tinklo administravimo organizacija;

ESPBI IS – Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema;

IPR IS – išankstinės pacientų registracijos informacinė sistema;

SVEIDRA IS – sveikatos draudimo informacinė sistema;

ASPI VDU – asmens sveikatos priežiūros įstaigų vidutinio darbo užmokesčio valdymo sistema;

TLK – teritorinė ligonių kasa;

VRSAR – ambulatorinė vaikų raidos sutrikimų ankstyvoji reabilitacija;

PSDF – privalomojo sveikatos draudimo fondas;

NESS – nacionalinė elektroninės sveikatos sistema;

VPSP – viešojo ir privataus sektorių partnerystė.

Terminai:

Bendradarbiavimas – tai formali arba neformali tarpusavio sąveika, siekiant vieno ar kelių politikos tikslų (Costumato, 2021).

Tarpinstitucinis bendradarbiavimas – tai procesas, kurio metu skirtingos organizacijos, dirbančios kartu, siekia bendrų tikslų, dalijasi ištekliais, kompetencijomis ir atsakomybe tam, kad spręstų sudėtingas problemas ar gerintų paslaugų teikimą (Keast, Brown ir Mandell, 2007).

Funkcinis bendradarbiavimas – tai darbo organizavimo forma, kai sveikatos centrui priskirtos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos bendradarbiavimo sutarčių pagrindu skirtinguose juridiniuose asmenyse (Sveikatos centrui priskiriamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo aprašas, 2023).

Struktūrinis bendradarbiavimas – tai darbo organizavimo forma, kai sveikatos centrui priskirtos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos viename juridiniame asmenyje (Sveikatos centrui priskiriamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo aprašas, 2023).

Asmens sveikatos priežiūra – tai valstybės licencijuota fizinių ir juridinių asmenų veikla, kurios tikslas – laiku diagnozuoti asmens sveikatos sutrikimus ir užkirsti jiems kelią, padėti atgauti ir sustiprinti sveikatą (Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994).

Sveikatos centras – tai savivaldybės sprendimu įkurtas asmens sveikatos priežiūros centras, užtikrinantis LR sveikatos apsaugos ministro sveikatos centrui nustatyto sąrašo sveikatos priežiūros paslaugų teikimą funkcinio ir (ar) struktūrinio bendradarbiavimo būdais (Sveikatos centrui priskiriamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo aprašas, 2025).

Konsolidavimas – tai procesas, peržengiantis struktūrinius rėmus, skirtas sveikatos sistemos pertvarkymui ir leidžiantis optimaliai naudoti turimus išteklius (Campbell ir kt., 2020).

Gydymo ištekliai – tai įvairios priemonės ir pagalba, apimančios administracinę paramą, technines priemones, mokymus ir finansavimą, kurie padeda organizacijoms efektyviai įgyvendinti asmens sveikatos priežiūrą (Seaton ir kt., 2018).

Gydymo išteklių konsolidavimas – tai procesas, suteikiantis didesnes pasirinkimo galimybes ir platesnę prieigą prie koordinuoto sveikatos priežiūros proceso tarp skirtingų paslaugų teikėjų ir jų lygmenų (Mohebbi ir kt., 2020).

Ivadas

Temos aktualumas. Baigiamojo projekto temos aktualumą nulėmė pasaulinės tendencijos ir Europos Sąjungos (ES) šalių pasirinktos kryptys siekiant asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės, šių paslaugų prieinamumo bei racionalaus išteklių naudojimo. Šie tikslai yra vieni iš pagrindinių šiuolaikinės sveikatos priežiūros politikos uždavinių. ES šalyse narėse vis dažniau įgyvendinami sveikatos priežiūros įstaigų ir asmens sveikatos priežiūros išteklių konsolidavimo modeliai, siekiant didesnio veiklos efektyvumo ir geresnio pacientų poreikių tenkinimo (Hearld ir Westra, 2022). ES, formuodama sveikatos priežiūros politiką, atlieka visuomenės sveikatos klausimų koordinavimą. Šis procesas yra neišvengiama laisvo asmenų ir prekių judėjimo vidaus rinkoje pasekmė (Europos vadovų taryba, 2025).

Bendradarbiavimo tarp įvairių institucijų praktika, skirta sveikatos priežiūros gerinimui, yra ilgalaikė ir vykdoma tiek tarptautiniu, tiek regioniniu mastu. Tarptautiniu lygmeniu yra formuojama pasaulinė sveikatos apsaugos politika ir jos įgyvendinimo gairės. Tokiu požiūriu yra siekiama visuomenės sveikatos gerinimo, nelygybės tarp skirtingų valstybių mažinimo, ligų kontrolės ir prevencijos bei tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinant sveikatos priežiūros sistemą. Exley ir kt. (2024), analizuodami integruotų sveikatos ir socialinės priežiūros sistemų sėkmę patvirtino, jog ji priklauso nuo tinkamų valdymo mechanizmų, aiškiai apibrėžtų atsakomybių ir stiprios tarpinstitucinės partnerystės. Net ir gerai suplanuotos bendradarbiavimo iniciatyvos gali baigtis nesėkme. Dažnai tai lemia dalyvaujančių suinteresuotųjų šalių įvairovė, tinkamų modelių ir metodų trūkumas. (Bianchi, Nasi ir Rivenbark, 2021).

Mohebbi ir kt. (2020) pastebi, kad gydymo išteklių konsolidavimo procesai sulaukė mokslininkų dėmesio sveikatos priežiūros sektoriuje, kadangi nors jie ir turi potencialą geriau tenkinti pacientų poreikius, kartu kelia ir naujų iššūkių. Konsolidavimas leidžia efektyviau paskirstyti išteklius, užtikrinant savalaikę ir integruotą sveikatos priežiūrą (Mohebbi ir kt., 2020).

Lietuvoje, reaguojant į visuomenės demografinius iššūkius (tokius, kaip senėjanti visuomenė, miestų urbanizacija ar migracija) bei finansinių išteklių apribojimus ir sveikatos priežiūros paslaugų fragmentaciją, 2023 pradėtos diegti integruotos sveikatos priežiūros sistemos, kurių vienas pavyzdžių – gydymo išteklių konsolidavimu grįstų Sveikatos centrų steigimas savivaldybėse. Sveikatos priežiūros sistema šiame projekte suvokiama, kaip institucijų tinklas, siekiantis patenkinti pacientų sveikatos poreikius (Palumbo ir kt., 2020). Lietuvos Valstybės pažangos strategijoje „Lietuvos ateities vizija „Lietuva 2050““ numatyta siekti, kad žmonės galėtų rūpintis savo sveikata, naudodamiesi išplėta infrastruktūra bei tam sudarytomis sąlygomis (Lietuvos Respublikos Seimas, 2023). „Regioniniu bendradarbiavimo modeliu grįstų asmens sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimo veiksmų plane“, patvirtintame LR sveikatos apsaugos ministro 2023 m. rugpjūčio 1 d. įsakymu Nr. V-879 akcentuojama, jog pertvarkant sveikatos priežiūros įstaigų tinklą numatoma plėtoti šiuolaikiškus, integruotus ir į bendruomenę orientuotus Savivaldybių sveikatos centrus, teikiančius bazines asmens sveikatos priežiūros paslaugas savivaldybių gyventojams. Savivaldybių Sveikatos centrai konsoliduoja savivaldybėje esančius asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius (Sveikatos apsaugos ministerija, 2024).

Temos naujumas. Nors bendradarbiavimas viešajame valdyme nagrinėjamas jau gana seniai, tiesioginės informacijos apie konsoliduotų Sveikatos centrų steigimą ir valdymą yra nedaug. Keast, Brown ir Mandell (2007) aptarė organizacijų sąveikos sampratą ir tai leido išgryninti skirtumus tarp

kooperacijos, koordinavimo bei bendradarbiavimo. Šios žinios yra svarbios siekiant suprasti Sveikatos centrų valdymo efektyvumo klausimus. Bendradarbiavimo samprata ir tipai yra svarbūs skirtinguose kontekstuose. Nustatyta, jog anksčiau mokslinėje literatūroje bendradarbiavimas dažnai buvo apibrėžiamas kaip organizacijų ar asmenų sąveika, kuria siekiama bendrų tikslų (Axelsson ir Axelsson (2006); Woulfe ir kt. (2010)). Tuo tarpu naujesniuose mokslinės literatūros šaltiniuose (pvz., Exley ir kt., 2024) pabrėždama valdymo mechanizmų reikšmę siekiant bendradarbiavimo efektyvumo. Costumato (2021) aprašė sėkmingo tarpinstitucinio bendradarbiavimo veiksnius, kurių svarba ir įgalinimas prisideda prie tarpinstitucinio bendradarbiavimo procesų tobulinimo. Tokie mokslininkai, kaip Keast, Meek, Voets ir Flynn (2023), tyrinėjo tarpinstitucinio bendradarbiavimo tipus ir modelius. Wang'as ir Ran (2023) teigia, kad viešojo sektoriaus organizacijų bendradarbiavimas apima tiek vertikalią, tiek ir horizontalią sąveiką tarp skirtingų organizacijų. Todėl ir taikomas požiūris turi būti platesnis ir gilesnis. Pandemijų ir ekonominių krizių akivaizdoje valstybių vyriausybės vis dažniau ieško efektyvių būdų optimizuoti sveikatos priežiūros išteklius (Costumato, 2021). Vienas iš taikomų metodų yra išteklių konsolidavimas. Konsolidavimo proceso sampratą tyrinėja tokie mokslininkai, kaip Afonso ir Alves (2023), Campbell ir kt. (2020), Mohebbi ir kt. (2020), pabrėždami konsolidavimo proceso teikiamas naudas, siekiant efektyviai naudoti ribotus išteklius. Galima teigti, jog šių praktikų taikymas įgavo pagreitį po 2019 metais įvykusios COVID-19 pandemijos. Hall'as ir Chartier (2023) tyrė, kaip galima konsoliduoti gydymo išteklius, kuriant virtualios skubios pagalbos centrus. Ši iniciatyva remiasi regioniniu požiūriu, nukreiptu į asmens sveikatos priežiūrą, ir juo siekiama, jog būtų užtikrintas vienesnis asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas taikant virtualias priemones (Hall ir Chartier, 2023). Yatim ir Sebai (2021) atliktas tyrimas parodė spartų ir tvarų daugiaprofesinių sveikatos centrų plėtros procesą, tačiau tarpinstitucinis bendradarbiavimas asmens sveikatos priežiūros srityje vis dar išlieka ribotas. Todėl šiuo baigiamuoju projektu siekiama parengti tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius teorinį modelį, kuris padėtų stiprinti tarpinstitucinį bendradarbiavimą asmens sveikatos priežiūros srityje.

Lietuvoje įgyvendinant Valstybės pažangos strategiją „Lietuvos ateities vizija „Lietuva 2050“ bei regioninio bendradarbiavimo modeliu grįstų asmens sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimo projektą, 2023 metų viduryje buvo inicijuotas savivaldybių Sveikatos centrų kūrimas, kurie savivaldybių tarybų sprendimais pradėti steigti 2023 metų pabaigoje – 2024 metų pradžioje. Taigi, galima teigti, kad tai yra visiškai nauja iniciatyva. Todėl šiame baigiamajame projekte tyrimui atlikti buvo pasirinktas Marijampolės savivaldybės Sveikatos centras, įsteigtas 2023 metais. Šio Sveikatos centro pasirinkimą lėmė projekto autoriaus studijų vieta, optimalus bendradarbiaujančių organizacijų skaičius bei platus teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų spektras. Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro įsteigimas yra inovatyvus sprendimas, kuriuo, siekiama efektyviau organizuoti ir teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Todėl kyla poreikis išsamiai ištirti Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro steigimo procesą ir nustatyti veiksnius, kurie galėtų prisidėti prie tarpinstitucinio bendradarbiavimo, konsolidavus įvairių įstaigų asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius, stiprinimo. Tyrimo rezultatai ne tik padės parengti praktines rekomendacijas suinteresuotosioms šalims, bet ir suteiks vertingų įžvalgų apie tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo galimybes Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje.

Tyrimo problema – kaip stiprinti tarpinstitucinį bendradarbiavimą konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius savivaldybės Sveikatos centre?

Tyrimo objektas – tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimas konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius Sveikatos centre.

Projekto tikslas – nustatyti tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo galimybes konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre.

Projekto uždaviniai:

1. parengti teorinį tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius modelį.
2. išnagrinėti tarpinstitucinio bendradarbiavimo bei asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklių konsolidavimo teisinį reguliavimą ES ir Lietuvoje bei gerąsias užsienio šalių praktikas.
3. ištirti tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo galimybes konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre.

Tyrimo metodai. Rengiant baigiamąjį projektą, buvo naudoti šie tyrimo metodai: mokslinės literatūros šaltinių analizė, teorinis modeliavimas, strateginių ir teisinių dokumentų turinio analizė, tyrimų ataskaitų turinio analizė, Marijampolės savivaldybės sveikatos centro veiklos atvejo analizė. Mokslinės literatūros šaltinių analizė bei teorinis modeliavimas buvo naudojamas siekiant parengti teorinį tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius modelį. Strateginių ir teisinių dokumentų turinio analizė buvo naudojama siekiant patikslinti autoriaus parengtą teorinį modelį. Tyrimų ataskaitų turinio analizė leido įvertinti užsienio šalių gerąsias praktikas, taikomas asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklių konsolidavimo srityje. Kokybinis atvejo tyrimas – Marijampolės savivaldybės sveikatos centro veiklos analizė, įskaitant dokumentų analizę, pusiau struktūruotą interviu su įstaigų vadovais/darbuotojais. Imtį sudarė šios įstaigos: Marijampolės savivaldybės administracija, Marijampolės visuomenės sveikatos biuras, Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veiklą koordinuojanti įstaiga ir po 2 – 3 privačias bei viešąsias asmens sveikatos priežiūros įstaigas, dalyvaujančias Sveikatos centro veikloje.

Projekto struktūra. Baigiamąjį projektą sudaro įvadas, trys skyriai, išvados ir rekomendacijos. Pirmajame skyriuje atliekama tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius teorinė analizė, apibendrinus mokslinės literatūros analizę, buvo parengtas tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius teorinis modelis. Antrajame skyriuje nagrinėjamas tarpinstitucinio bendradarbiavimo ir asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklių konsolidavimo teisinis reguliavimas Europos Sąjungoje ir Lietuvoje bei pristatomi užsienio šalių asmens sveikatos priežiūros išteklių konsolidavimo gerųjų praktikų pavyzdžiai. Trečiame skyriuje, remiantis parengta tyrimo metodika, atliekamas tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo galimybių konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre tyrimas.

Baigiamojo projekto autorius dalyvavo studentų mokslinėje konferencijoje „SMILES 2024: Socialiniai, humanitariniai mokslai ir metai šiuolaikinėje visuomenėje“, kuri vyko 2024 m. lapkričio 29 dieną KTU Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakultete, skaitė pranešimą tema „Bendradarbiavimą skatinantys veiksniai sveikatos priežiūros tinkle“ ir publikavo straipsnį ta pačia tema studentų mokslinės konferencijos straipsnių leidinyje.

Projektą sudaro 107 puslapiai (su priedais), 13 lentelių, 5 paveikslai. Panaudota 69 mokslinės literatūros šaltinių ir 30 informacijos šaltinių.

1. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius teorinė analizė

Siekiant geriau suprasti tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo galimybes konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius, šiame skyriuje analizuojama bendradarbiavimo samprata ir bendradarbiavimo tipai, ypatingą dėmesį skiriant viešajam sektoriui. Nagrinėjamos skirtingos bendradarbiavimo formos ir jų taikymo galimybės siekiant efektyvesnio išteklių valdymo, kokybiškesnių viešųjų paslaugų ir geresnių veiklos rezultatų. Atskleidžiama tarpinstitucinio bendradarbiavimo reikšmė asmens sveikatos priežiūros srityje bei pristatomi asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklių konsolidavimo tikslai ir gydymo išteklių konsolidavimui taikomos priemonės.

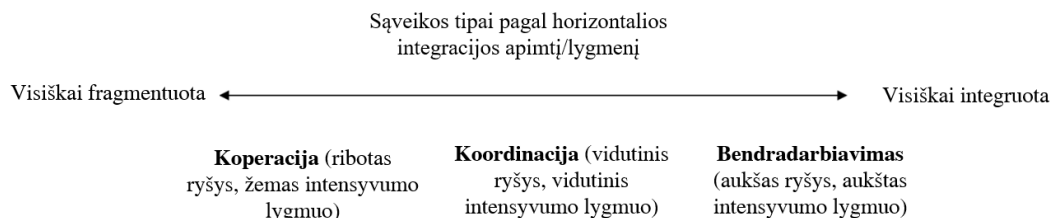
1.1. Bendradarbiavimo samprata ir tipai

Bendradarbiavimo samprata ir bendradarbiavimo tipai yra plačiai nagrinėjami moksliniuose tyrimuose, akcentuojant, jog efektyvus organizacijų bendradarbiavimas gali padėti spręsti tiek regioninius, tiek globalius iššūkius. Skirtingos bendradarbiavimo tipai leidžia organizacijoms pasiekti geresnių rezultatų, konsoliduoti išteklius ir kurti tvarias partnerystes įvairiose srityse (Keast, Meek, Voets ir Flynn, 2023). Sėkmingas organizacijų bendradarbiavimas priklauso nuo skirtingų bendradarbiavimo tipų, jų gebėjimo prisitaikyti prie kintančių aplinkybių bei užtikrinti efektyvią koordinaciją tarp partnerių (Cross, Parker ir Borgatti, 2002). Bendradarbiavimas yra esminis veiksnys, leidžiantis organizacijoms, institucijoms ir įvairiems sektoriams efektyviai koordinuoti veiklą, optimizuoti išteklius, dalintis žiniomis ir kartu spręsti sudėtingas problemas. Nors skirtingi autoriai pateikia įvairias bendradarbiavimo sampratas, pagrindinė jo esmė išlieka ta pati – tai procesas, kuriame dvi ar daugiau šalių dirba kartu siekdamos bendro tikslo. Sėkmingas bendradarbiavimas tarp organizacijų lemia jų veiklos efektyvumą ir gebėjimą spręsti sudėtingas socialines bei sveikatos priežiūros problemas (Costumato, 2021). Tačiau sėkmingam bendradarbiavimui būtina aiškiai apibrėžti bendradarbiaujančių šalių atsakomybes, užtikrinti skaidrumą ir efektyvų valdymą (Exley ir kt., 2024). Kad geriau suprasti bendradarbiavimo sampratą, verta panagrinėti Keast, Brown ir Mandell (2007) straipsnį kuriame autoriai aptaria tris terminus ir jų sampratas:

- **kooperacija** (angl. *cooperation*) – tai laisvesnė sąveikos forma, kai šalys dirba kartu siekdamos bendro tikslo, tačiau jų veikla išlieka savanoriška ir gana savarankiška. Yra dalijamasi informacija ir ištekliais, tačiau nėra glaudaus veiklos koordinavimo;
- **koordinavimas** (angl. *coordination*) – tai labiau struktūruota sąveika, kuriai būdingas veiklos derinimas ir aiškesnis atsakomybės pasidalijimas. Organizacijos ar asmenys siekia užtikrinti, kad jų veiksmai neprieštarautų vieni kitiems ir būtų efektyviai valdomi. Pvz., skirtingos ministerijos derina savo politiką, kad išvengtų dubliavimo ir užtikrintų nuoseklumą;
- **bendradarbiavimas** (angl. *collaboration*) – tai aukščiausias integracijos lygis, kai šalys aktyviai dirba kartu, dalijasi atsakomybėmis, priima bendrus sprendimus ir kuria naują vertę. Tai reikalauja didelio pasitikėjimo, ilgalaikių santykių ir intensyvaus bendravimo. Toks bendradarbiavimas yra stabiliausias ir ilgalaikis susitarimo būdas. Tam reikalingi stipriausi narių ryšiai. Jis taip pat turi aukščiausią rizikos laipsnį (Keast ir kt., 2007).

Įvertinus autorių pateiktas terminų sąvokas bei joms būdingus bruožus, tikslinga apibendrinti šių terminų tarpusavio sąveiką bei pateikti ryšių priklausomybę. Todėl šiam tikslui autoriai pateikia horizontalios integracijos tęstinumo schemą. Šioje Keast ir kt. (2007) pateiktoje horizontalios

integracijos tęstinumo schemoje parodoma (žr. 1 pav.), jog nei kooperacija, nei koordinacija negali užtikrinti horizontalios institucijų integracijos tęstinumo, todėl siekiant išvengti paslaugų fragmentacijos, norint turėti aukštą ryšį ir intensyvumo lygmenį, reikia taikyti bendradarbiavimo praktikas.



1 pav. Sąveikos tarp organizacijų tipai pagal horizontalios integracijos apimtį/lygmenį (sudaryta autoriaus, remiantis Keast ir kt., 2007)

1 paveikslas duomenimis, skirtingi bendradarbiavimo tipai – kooperacija, koordinavimas ir bendradarbiavimas – skiriasi savo intensyvumu, atsakomybių pasidalijimu ir integracijos lygiu. O siekiant išvengti paslaugų fragmentacijos ir užtikrinti horizontalios integracijos tęstinumą, būtina taikyti glaudžias bendradarbiavimo praktikas.

Mokslinėje literatūroje bendradarbiavimas dažnai apibrėžiamas kaip organizacijų ar asmenų sąveika, kuria siekiama bendrų tikslų. Woulfe ir kt. (2010) bendradarbiavimą mato kaip sistemos keitimo procesą, perkeliant dėmesį nuo atskirų institucijų atsakomybės ir efektyvumo į jų santykius ir kolektyvinį poveikį. Axelsson'as ir Axelsson (2006) pateikia koncepcinį bendradarbiavimo modelį, kuriame akcentuojama integracija ir organizacinė sąveika, būdinga sveikatos priežiūros sektoriui. Tuo tarpu Exley ir kt. (2024) išskiria sveikatos ir socialinės priežiūros integraciją, pabrėždami valdymo mechanizmų reikšmę efektyviam bendradarbiavimui. Taigi, bendradarbiavimas tarp organizacijų yra būtinas siekiant optimizuoti išteklius, dalintis žiniomis ir efektyviai spręsti sudėtingas problemas. O bendradarbiavimo tipo pasirinkimas daro esminę įtaką tiek taikomoms sąveikos praktikoms, tiek siektiniams rezultatams. Netinkamai pasirinktas sąveikos tipas negeneruos norimų rezultatų. Todėl yra svarbu įsivertinti siektinus tikslus bei tam pasirinkti geriausias priemones.

Bendradarbiavimas gali būti formalus arba neformalus. Formalus bendradarbiavimas grindžiamas aiškiai apibrėžtomis taisyklėmis, sutartimis ir strateginiais susitarimais tarp organizacijų. Pavyzdžiui, Lan ir kt. (2022) analizuoja integruotų sveikatos priežiūros sistemų struktūras ir išskiria organizacinius modelius, kurie skatina atsakomybę bei efektyvumą. Neformalus bendradarbiavimas, priešingai, yra lankstesnis ir dažnai priklauso nuo tarpasmeninių santykių bei dalyvių motyvacijos (de Montigny, Desjardins ir Bouchard, 2019). Pasak Palumbo ir kt., (2020) efektyvūs tarporganizaciniai santykiai reikalauja tiek formalių, tiek neformalių ryšių kūrimo ir palaikymo. Neformalus santykiai padeda stiprinti bendradarbiavimo efektyvumą, skatina žinių mainus ir mažina organizacinius barjerus. Tarpinstituciniai ryšiai, paremti abipusiu pasitikėjimu ir koordinuotu veikimu, leidžia užtikrinti ilgalaikį bendradarbiavimo tvarumą ir veiksmingumą. Bendradarbiavimo modeliai gali skirtis priklausomai nuo organizacijų tipo, tikslų ir veiklos konteksto. Pavyzdžiui, sveikatos priežiūros sektoriuje dažnai naudojamos integruotos priežiūros sistemos, kurios apjungia skirtingų institucijų veiklą, siekiant užtikrinti tęstinį ir koordinuotą paslaugų teikimą (Hearld ir Westra, 2022). Martinsen, Schrama ir Mastenbroek (2021) pabrėžia, kad bendradarbiavimo

mechanizmai Europos sveikatos priežiūros sistemoje priklauso nuo institucinių struktūrų skirtumų ir reguliavimo politikos. Siekiant sėkmingo tarporganizacinio bendradarbiavimo, būtina taikyti aiškias valdymo struktūras. Lan ir kt., (2022) pabrėžia, kad efektyvus bendradarbiavimo struktūrų kūrimas turėtų apimti bendrų tikslų nustatymą, atvirą komunikaciją bei gebėjimą prisitaikyti prie besikeičiančios aplinkos. Be to, skirtingų sektorių organizacijų įsitraukimas gali būti sėkmingas tik tuo atveju, jei yra užtikrintas nuoseklus koordinavimas ir aiškios veiklos gairės (Alderwick ir kt., 2021). Tancred ir kt. (2024) savo tyrime pabrėžia, kad tarpsektorinis bendradarbiavimas gali padėti įgyvendinti visuotinės sveikatos priežiūros politikos strategijas, ypač darbo jėgos planavimo ir valdymo srityje. Kita vertus, Calancie ir kt. (2021) siūlo suvienodintą bendradarbiavimo tyrimų pagrindą (CFCR) (angl. *Consolidated Framework for Collaboration Research*), kuris leidžia struktūrizuoti tarpsektorinio bendradarbiavimo procesus ir geriau suprasti jų poveikį organizacijų veiklai. Skirtingų mokslininkų siūlomos bendradarbiavimo sampratos yra pateikiamos 1 lentelėje.

1 lentelė. Skirtingų autorių pateikiama bendradarbiavimo samprata (sudaryta autoriaus, remiantis Costumato (2021); Woulfe ir kt. (2010); Axelsson ir Axelsson (2006); ir kt., 2025)

Autorius	Bendradarbiavimo samprata
Costumato (2021)	Tai formali arba neformali tarpusavio sąveika siekiant vieno ar kelių politikos tikslų. Šis autonominis bendradarbiavimas galimas tarp vienodo statuso institucijų arba skirtinguose valdymo lygiuose esančių institucijų.
Woulfe ir kt. (2010)	Tai sistemos keitimo procesas, perkeltant dėmesį nuo atskirų institucijų atsakomybės ir veiksmingumo į jų santykius ir kolektyvinį poveikį.
Axelsson ir Axelsson (2006)	Tai aukšto lygio integracijos forma, kuomet yra aukštas horizontaliosios integracijos laipsnis, bet tuo pačiu žemas vertikalios integracijos laipsnis. Tai reiškia, kad dauguma dalyvaujančių organizacijų veikia savanoriškais pagrindais ir susitarimais.
Maillet ir kt. (2023)	Tai sudėtinga daugelio vyriausybių ir visuomenių perspektyva, siekiant patenkinti populiacijų poreikius, kuomet organizacijos sąveikauja savo viduje ir išorėje.
Mervyn ir kt. (2019)	Tai viešojo valdymo komponentas, kai savarankiškai veikėjai sąveikauja tiek formaliai, tiek neformaliai sujungdami procesų pajėgumus, kartu sukuria normas, taisykles, struktūras problemų sprendimui, kuriomis grindžiamas jų integracijos taškas.
Wang ir Ran (2023)	Tai konsensu ir kolektyvinių sprendimų priėmimu pagrįsta viešojo, privataus ir pilietinio sektoriaus organizacijų sąveika, siekiant valdymo gerinimo ir strategijos įgyvendinimo.
Seaton ir kt. (2018)	Tai reiškia, kad partneriai dalyvauja kaip grupė, siekiant bendro numatyto tikslo, ir ši grupė dirba sinergijos principu, peržengdama atskirų organizacijų ribas.
Aunger ir kt. (2021)	Tai abipusiai naudingas procesas, kurio metu suinteresuotosios šalys arba organizacijos dirba kartu siekdamos bendro tikslo.

1 lentelės duomenimis, mokslininkai bendradarbiavimą dažniausiai apibrėžia kaip organizacijų ar asmenų sąveiką, kuria yra siekiama bendrų tikslų. Bendradarbiavimas gali būti suprantamas kaip sistemos keitimo procesas, kuris keičia institucijų atsakomybės suvokimą ir orientuoja jas į kolektyvinį poveikį. Taip pat bendradarbiavimas yra siejamas su aukšto lygio horizontalios integracijos modeliu, kai organizacijos veikia savanoriškais pagrindais. Todėl yra svarbi valdymo mechanizmų įtaka organizacijų integracijoje. Bendradarbiavimas gali vykti tarp institucijų, sektorių ar skirtingų valdymo lygių, jis gali būti ir autonominis procesas tarp vienodo statuso organizacijų arba institucijų, veikiančių skirtinguose valdymo lygmenyse. Tai yra ir reiškinys, leidžiantis organizacijoms sąveikauti tiek viduje, tiek išorėje, leidžiantis savarankiškiems veikėjams sąveikauti formaliai ir neformaliai, kuriant taisykles ir struktūras tikslui pasiekti.

Išanalizavus bendradarbiavimo sampratą, toliau reikėtų pereiti prie bendradarbiavimo tipų analizės. Remiantis mokslinės literatūros šaltiniais, bendradarbiavimą galima skirstyti į keturis pagrindinius tipus: 1) tarpsektorinis arba tarpsritis, 2) tarpinstitucinis arba tarporganizacinis, 3) viešojo ir privataus sektorių partnerystė, 4) bendradarbiavimo koalicijos. Taigi, pirmasis bendradarbiavimo tipas yra **tarpsektorinis arba tarpsritis** bendradarbiavimas. Šis bendradarbiavimo tipas apima įvairių sektorių, tokių, kaip sveikatos, socialinės apsaugos ar ekonomikos, sąveiką. Pavyzdžiui, integruotos priežiūros modeliai leidžia efektyviau organizuoti sveikatos priežiūros paslaugas ir pagerinti pacientų priežiūrą (Belrhiti ir kt., 2024). Exley ir kt. (2024) tyrimas atskleidžia, kad aiškiai apibrėžtos atsakomybės, bendri tikslai ir nuolatinė komunikacija tarp institucijų yra esminiai veiksniai, lemiantys sėkmingą išteklių konsolidavimą ir paslaugų kokybės gerinimą. Kartais tarpsektorinio bendradarbiavimo terminas yra naudojamas apibūdinti ir tarpvalstybinį bendradarbiavimą sprendžiant sudėtingas viešąsias problemas. Nepaisant plačiai paplitusio įsitikinimo, kad tarpsritis bendradarbiavimas gali pagerinti gyventojų sveikatą, mokslininkai retai tiria tokio bendradarbiavimo poveikį visuomenės sveikatos rezultatams. Mokslininkai nesutaria dėl veiksmų, kurie yra glaudžiausiai susiję su geresniais visuomenės sveikatos rezultatais. Dažnai šie veiksniai yra grindžiami įvairių sričių literatūros apžvalgomis, tačiau kiekviena sritis bendradarbiavimo veiksmingumą apibrėžia skirtingai. Net tyrėjai, pripažįstantys tam tikrą bendradarbiavimo bruožą kaip itin svarbų, gali nesutarti dėl jo matavimo metodų. Kaip teigia de Montigny ir kt. (2019), koncepcinė tarpsektorinio bendradarbiavimo struktūra, siekiant socialinių pokyčių, sujungia teorines žinias su praktinėmis išvalgomis. Norint užtikrinti sėkmingą bendradarbiavimą, būtina skirti daug pastangų motyvuojant dalyvius įsitraukti, stiprinant gebėjimus dirbti kartu ir prisitaikyti prie kintančių aplinkybių. Kartu svarbu puoselėti kolektyvinio mokymosi kultūrą, kuri skatina nuolatinį tobulėjimą. Pasak autorių, nei vienas kitas metodas negali užtikrinti reikšmingos pažangos sprendžiant sudėtingiausias šiuolaikines visuomenės problemas dėl jų kompleksiskumo ir ilgalaikio poveikio. Tačiau, taikant penkias esmines sąlygas – kolektyvinį poveikį, pasikartojantį prisitaikymo ciklą, mokymąsi, planavimą ir veiksmų įgyvendinimą – tarpsektorinis bendradarbiavimas gali tapti efektyvesniu. Tai leidžia ne tik kurti teigiamus socialinius pokyčius, bet ir ilgainiui gerinti visuomenės sveikatą. Taigi, galima teigti, jog tarpsektorinis bendradarbiavimas, jungiantis skirtingas sritis ir institucijas, gali būti veiksmingas sprendžiant sudėtingas visuomenės problemas, tačiau jo sėkmė priklauso nuo aiškos struktūros, nuoseklaus vertinimo, dalyvių motyvacijos bei gebėjimo prisitaikyti prie kintančių aplinkybių.

Antrasis bendradarbiavimo tipas – **tarpinstitucinis arba tarporganizacinis** bendradarbiavimas. Šiuo atveju dvi ar daugiau institucijų koordinuoja veiksmus, siekdamos bendrų tikslų. Exley ir kt. (2024) nagrinėja tarpinstitucinio bendradarbiavimo patirtis trijose ES šalyse (Italijoje, Nyderlanduose ir Škotijoje) asmens sveikatos priežiūros valdymo srityje, pabrėždami institucinius skirtumus ir jų įtaką bendradarbiavimo rezultatams. Aunger'is ir kt. (2021) tarpinstitucinį bendradarbiavimą apibrėžia kaip sinonimą terminui „bendra struktūrų plėtra“. Mokslinėje literatūroje pabrėžiama, kad sėkmingas bendradarbiavimas tarp skirtingų institucijų gali padėti optimizuoti išteklius, gerinti paslaugų teikimą ir didinti sektorių atsparumą. Axelsson'as ir Axelsson (2006) teigia, kad integracija ir organizacinė sąveika yra pagrindiniai veiksniai, lemiantys sėkmingą bendradarbiavimą sveikatos priežiūros sektoriuje. Jie siūlo koncepcinį modelį, kuriame akcentuojama tarpinstitucinė integracija, siekiant efektyvesnio išteklių panaudojimo ir geresnių paslaugų rezultatų. Šis modelis pabrėžia, kad bendradarbiavimas turi būti grindžiamas aiškiai apibrėžtomis struktūromis ir procesais, kurie skatina organizacijų sąveiką ir bendrų tikslų siekimą. Belrhiti ir kt. (2024) pabrėžia, kad institucijos turi investuoti į santykių kūrimą ir palaikymą, siekdamos užtikrinti ilgalaikį ir tvarų bendradarbiavimą.

Tuo tarpu Mervyn'as, Amoo ir Malby (2019) aptaria iššūkius, su kuriais susiduria organizacijos, siekdamos tarporganizacinio bendradarbiavimo sveikatos priežiūros srityje. Jie pastebi, kad kultūriniai skirtumai, skirtingos organizacinės struktūros ir išteklių trūkumas gali trukdyti sėkmingam bendradarbiavimui. Šį teiginį patvirtina ir Karabukayeva ir kt. (2022), kurie teigia, jog institucijose, kuriose yra dinamiškesnė organizacinė kultūra, labiau būdingas komandinis darbas ir darbuotojų bendradarbiavimas. Galima teigti, jog tarpinstitucinis bendradarbiavimas yra veiksmingas būdas siekiant optimizuoti išteklius, gerinti paslaugų teikimą ir stiprinti sektorių atsparumą, tačiau jo sėkmė priklauso nuo aiškos organizacinės struktūros, bendrų tikslų, pasitikėjimo tarp partnerių ir veiksmingos komunikacijos.

Trečiasis bendradarbiavimo tipas – **viešojo ir privataus sektorių partnerystė (toliau – VPSP)**. Tokio tipo bendradarbiavimas skatina inovacijas, investicijas ir paslaugų prieinamumą. Mervyn'as, Amoo ir Malby (2019) aptaria iššūkius, su kuriais susiduria organizacijos, kurdamos tarpsektorines partnerystes sveikatos srityje. VPSP yra bendradarbiavimo tipas, kurioje viešasis sektorius bendradarbiauja su privačiomis organizacijomis siekiant teikti viešąsias paslaugas ar įgyvendinti infrastruktūros projektus (Belhiti ir kt., 2024). Viešasis sektorius dažniausiai yra apibrėžiamas, kaip valstybės finansuojamas ir valdomas sektorius, kuriame nėra orientuojamasi į pelno siekimą, bet siekiama tenkinti viešuosius interesus (Jones ir Thomas, 2007). Taigi, tokia partnerystė dažnai naudojama sveikatos priežiūros, transporto, švietimo ir kitose srityse, kuriose svarbu subalansuoti viešuosius ir privačiuosius interesus. Tokiu būdu yra suteikiama galimybė pasinaudoti privataus sektoriaus efektyvumu, inovacijomis ar finansiniais ištekliais, kartu užtikrinant viešojo sektoriaus kontrolę bei atskaitomybę. Tai ypač aktualu šiuolaikiniame valdyme, kai viešojo sektoriaus organizacijos susiduria su biudžeto apribojimais ir ieško būdų, kaip optimizuoti paslaugų teikimo valdymą (Mervyn, Amoo ir Malby, 2019). Svarbus elementas yra tinkamo valdymo modelio pasirinkimas. Tačiau šis bendradarbiavimo tipas susiduria ir su iššūkiais. Pasak Martinsen, Schrama ir Mastenbroek (2021), skirtingi instituciniai ir teisiniai reikalavimai gali trukdyti veiksmingam bendradarbiavimui. Be to, skirtingos organizacijų kultūros ir tikslai gali kelti riziką partnerystės efektyvumui. Atskirų sektorių bendradarbiavimas gali būti naudingas tiek ekonominiu, tiek socialiniu požiūriu, tačiau tai sėkmingai įgyvendinti reikia tinkamai suderintų valdymo strategijų ir aiškos atsakomybės (Keast, Brown ir Mandell, 2007). Alderwick'as ir kt. (2021) mano, jog daugelis partnerysčių yra brangios, sunkiai valdomos. Kyla organizacinių, kultūrinių ir atskaitomybės problemų. O privataus verslo diktuojamos sąlygos gali apsunkinti paslaugų prieinamumą, todėl ekonomiškai silpnesniems vartotojams kai kurios paslaugos gali tapti nepasiekiamos. Taip pat net ir labiausiai subrendę partnerystės gali pasirodyti ne tokios tvirtos. Galima teigti, jog viešojo ir privataus sektorių partnerystė gali būti veiksmingas būdas siekiant skatinti inovacijas, investicijas ir paslaugų prieinamumą, tačiau sėkmė priklauso nuo aiškių valdymo mechanizmų, atsakomybės pasidalijimo ir subalansuotų interesų, siekiant užtikrinti tiek paslaugų teikimo efektyvumą, tiek paslaugų kokybę.

Ketvirtasis tipas – **bendradarbiavimo koalicijos**. Tai procesas, kai organizacijos ar institucijos jungiasi į bendras iniciatyvas ir siekia ilgalaikių tikslų. Pavyzdžiui, Mohebbi, Li ir Wyatt (2020) nagrinėja ligoninių bendradarbiavimą per gydytojų skatinimo sistemas, kurios užtikrina optimalų pacientų srautų paskirstymą. Bendradarbiavimo koalicijos yra bendradarbiavimo tipas, priskiriamas strateginei partnerystei tarp skirtingų organizacijų. Koalicijų tikslas yra siekti bendrų tikslų per koordinuotą veiklą. Šios koalicijos dažnai formuojamos sveikatos, socialinės politikos, aplinkosaugos ir kitose srityse, kur būtinas tarpsektorinis bendradarbiavimas (Calancie ir kt., 2021). Provan'as ir Kenis (2007) išskiria tris pagrindinius valdymo modelius – savivaldą, vadovaujamą valdymą ir

tarpininkaujantį valdymą, kurių pasirinkimas priklauso nuo koalicijos dydžio, sudėtingumo ir tikslų. Sėkmingoms koalicijoms būdingas aiškiai apibrėžtas atsakomybės pasiskirstymas bei nuoseklus strateginis planavimas (Keast, Brown ir Mandell, 2007). Bendradarbiavimo koalicijos sveikatos priežiūros sektoriuje yra ypač svarbios. Woulfe ir kt. (2010) akcentuoja, kad tarpsektorinis bendradarbiavimas gali padėti geriau spręsti visuomenės sveikatos problemas, nes skatina daugiapakopį valdymą ir inovatyvius sprendimus. Naujai įsteigtos bendrijos gali turėti pranašumą, nes nėra išipareigojusios jokiai konkrečiai bendruomenės grupei, tačiau joms dažnai trūksta patikimumo ir įtakos. Dėl šios priežasties koalicijos turėtų strategiškai susieti save su jau nusistovėjusiomis organizacijomis, kad sustiprintų savo pozicijas. Tyrimai rodo, kad tarpsektorinis bendradarbiavimas yra sėkmingesnis, kai egzistuoja bent vienas susiejimo mechanizmas, pavyzdžiui, stiprūs esami tinklai ar įtakingi rėmėjai. Tai reiškia, jog veiksmingiau yra plėtoti bendradarbiavimą remiantis jau egzistuojančiais santykiais, o ne kurti visiškai naujus ryšius nuo nulio. Be to, nariai, kurie turi stiprius ryšius su bendruomene ir gali skirti išteklių bendradarbiavimui bei aktyviai dalyvauja partnerystės veikloje, yra vertinami labiausiai. Nepaisant to, bendradarbiavimo koalicijos gali susidurti su iššūkiais, susijusiais su skirtingų organizacijų tikslais, kultūriniais skirtumais bei išteklių valdymu. Maillet ir kt. (2023) nurodo, kad svarbu sukurti aiškius bendradarbiavimo mechanizmus, kad būtų išvengta konfliktų ir užtikrintas ilgalaikis koalicijos veiksmingumas. Taigi, veiksmingai veikiančios bendradarbiavimo koalicijos gali būti galingas įrankis sprendžiant kompleksines problemas, tačiau jų sėkmė priklauso nuo tinkamo valdymo, aiškių tikslų ir efektyvaus komunikavimo.

Apibendrinant skirtingus bendradarbiavimo tipus, Keast ir kt. (2007) pastebi, jog anksčiau kooperacija ir koordinavimas buvo pagrindiniai veiklos būdai, tačiau sudėtingėjant išūkiams, iškilo poreikis atsisakyti griežtos institucijų ir sektorių atskirties. Dėl to tapo būtina didesnė paslaugų ir visuomenės integracija. Vyriausybės, siekdamos spręsti šiuos iššūkius, ėmėsi dar labiau gilinti integraciją ir vis dažniau renkasi bendradarbiavimą kaip pageidaujamą strategiją. Bendradarbiavimas reikalauja mąstymo, išeinančio „už įprastų ribų“ ir dažnai nesuderinamas su tradicinėmis organizacinėmis sistemomis, procesais bei kultūromis, kurios sunkiai prisitaiko prie tokių pokyčių. Todėl organizacijos neretai grįžta prie koordinavimo, nes tai yra labiau įprasta, patogiu ir lengviau valdoma strategija.

Provan'as ir Kenis (2007); Knudsen'as (2008) bei kiti autoriai į bendradarbiavimą žvelgia per tinklų valdymo prizmę. Bendradarbiavimas tampa vertinamas kaip organizacijų sąveikavimas bendrame tinkle, tad tinklų teorija tampa svarbia tarpinstitucinio bendradarbiavimo valdymo sritimi. Pasak Wang'o ir Ran (2023), daugelis mokslininkų teigė, kad tinklo valdymo tyrimai atsirado iš akademinio interesų, susijusių su korporatyvizmu, politikos tikslų įgyvendinimu ir bendru paslaugų teikimu. Tai apima bendradarbiavimą su įvairiomis suinteresuotomis grupėmis ir politiniais subjektais ir padeda sumažinti konfliktus bei sukurti platesnį sutarimą dėl bendros politikos. Toks bendradarbiavimas prisideda prie efektyvesnio viešųjų paslaugų teikimo. Taigi, tinklai ir suvokimas apie tinklo valdymą tampa vis svarbesniu viešojo sektoriaus elementu. Kaip teigia O'Leary ir Vij (2012), bendradarbiavimas gali būti tinklų bruožas, jis taip pat gali egzistuoti ir už tinklų ribų. Panašiai kaip ir tinklai gali apimti ne tik bendradarbiavimo ryšius. Organizacijos vis dažniau siekia spręsti sudėtingas problemas per tarpinstitucinius ryšius. Tinklo valdymas viešajame sektoriuje reikalauja aiškių koordinacijos mechanizmų ir strategijų, nes organizacijos gali turėti skirtingus veiklos prioritetus bei paskatas (Provan ir Kenis, 2007). Šis bendradarbiavimas gali būti grindžiamas įvairiais valdymo modeliais, o jo sėkmė priklauso nuo tinkamų koordinacijos mechanizmų, pasitikėjimo tarp

partnerių ir gebėjimo prisitaikyti prie besikeičiančių aplinkybių. Emerson ir Nabatchi (2015) pabrėžia, kad sėkmingas bendradarbiavimas reikalauja stiprių institucinių ryšių, pasitikėjimo tarp partnerių ir gebėjimo prisitaikyti prie besikeičiančios aplinkos. Nepaisant terminų skirtumų, visi šie projekte aptari bendradarbiavimo tipai (tarpsektorinis ir tarpinstitucinis bendradarbiavimas, viešojo ir privataus sektorių partnerystė bei bendradarbiavimo koalicijos) siekia suteikti pranašumų prieš konkurencinius metodus. Jie skatina inovacijas, gerina veiklų koordinavimą mažindami paslaugų dubliavimą, bei skatina efektyvesnę dalijimąsi informacija. Be to, bendradarbiavimas suteikia didesnę prieigą prie išteklių, didina organizacijų įtaką ir stiprina tarpusavio ryšius (Aunger ir kt., 2021). Bendradarbiavimas leidžia optimizuoti išteklius, koordinuoti veiklą ir kartu spręsti sudėtingas problemas, todėl yra esminis veiksnys tiek regioniniu, tiek globaliu mastu. Galima teigti, jog šis procesas yra dinamiškas, jis gali skirtis priklausomai nuo organizacijų tipo, tikslų ir veiklos konteksto, todėl reikalingas nuolatinis šio proceso stebėjimas, jo efektyvumo vertinimas bei gebėjimų prisitaikyti prie kintančių aplinkybių užtikrinimas.

Apibendrinant poskyrį galima teigti, jog bendradarbiavimas mokslinėje literatūroje apibrėžiamas kaip organizacijų ar asmenų sąveika, siekiant bendrų tikslų, ir gali būti formalus arba neformalus. Jis vyksta įvairiais lygmenimis – tarpsektoriniu, tarporganizaciniu, viešojo ir privataus sektoriaus partnerystės ar bendradarbiavimo koalicijų pagrindu. Sėkmingam bendradarbiavimui būtini aiškūs valdymo mechanizmai, bendri tikslai, efektyvi komunikacija ir pasitikėjimas tarp dalyvių. Nors bendradarbiavimas skatina inovacijas ir išteklių optimizavimą, jo metu susiduriama ir su iššūkiais, tokiais, kaip instituciniai skirtumai, kultūriniai barjerai ir ilgalaikio poveikio vertinimo sudėtingumas. Nepaisant to, veiksmingas bendradarbiavimas gali prisidėti prie socialinių pokyčių ir visuomenės gerovės didinimo. Efektyvus bendradarbiavimas reikalauja stiprių lyderystės įgūdžių ir strateginio požiūrio. Tarpsektorinio bendradarbiavimo sėkmę lemia aiškiai apibrėžti kriterijai, modeliai ir rodikliai, kurie padeda įvertinti bendradarbiavimo efektyvumą. Kadangi tarpinstitucinis bendradarbiavimas yra dinamiškas procesas, jo efektyvumas priklauso nuo nuosekliai taikomų vertinimo metodų ir ilgalaikės partnerių įsitraukimo motyvacijos užtikrinimo, tad tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimas reikalauja aiškių valdymo struktūrų, nuolatinės komunikacijos, pasitikėjimo tarp partnerių ir bendrų tikslų nustatymo. Detalus šių sričių aptarimas tarp bendradarbiaujančių pusių gali padėti sukurti efektyvesnę ir tvaresnę bendradarbiavimą, kuris geriau atitiktų visuomenės poreikius.

1.2. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo tipai ir modeliai

Toliau projekte dėmesys bus skiriamas vienam iš prieš tai aptartų bendradarbiavimo tipų – būtent tarpinstituciniam bendradarbiavimui. Šis tipas apibrėžiamas kaip procesas, kurio metu skirtingos institucijos, dirbančios kartu, siekia bendrų tikslų, dalijasi ištekliais, kompetencijomis ir atsakomybe tam, kad spręstų sudėtingas problemas ar gerintų paslaugų teikimą. Šiame poskyryje analizuojami tarpinstitucinio bendradarbiavimo aspektai, jo tipai ir taikomi modeliai, siekiama suprasti sąveiką tarp bendradarbiaujančių institucijų, taip pat pabrėžiamas tarpinstitucinio bendradarbiavimo indėlis į inovacijas, tvarų augimą ir ilgalaikius rezultatus.

Tarpinstitucinis bendradarbiavimas viešajame sektoriuje yra esminis veiksnys, užtikrinantis efektyvų viešųjų paslaugų teikimą, politikos įgyvendinimą ir išteklių optimizavimą. Jo reikšmė atsiskleidžia per kelis pagrindinius aspektus:

- Efektyvumo užtikrinimas ir išteklių taupymas – institucijų bendradarbiavimas leidžia sumažinti veiklos dubliavimąsi, dalintis turimais ištekliais ir taip optimizuoti išlaidas

(Costumato, 2021). Be to, integruoti sveikatos ir socialinės priežiūros tinklai padeda užtikrinti geresnį išteklių panaudojimą (Exley ir kt., 2024);

- Aukštesnė viešųjų paslaugų kokybė – skirtingos institucijos gali keistis žiniomis, patirtimi bei technologijomis, taip užtikrindamos aukštesnę paslaugų kokybę ir prieinamumą visuomenei (Belrhiti ir kt., 2024). Tyrimai rodo, kad bendradarbiavimas tarp sveikatos priežiūros ir kitų sektorių organizacijų padeda geriau patenkinti gyventojų poreikius (Alderwick ir kt., 2021);
- Sudėtingų problemų sprendimas – viešasis sektorius susiduria su kompleksiniais iššūkiais, kuriems spręsti reikalingas koordinuoti institucijų veiksmai. Pavyzdžiui, pandemijos metu institucijų bendradarbiavimas, kurio metu buvo svarbu užtikrinti greitą ir efektyvų reagavimą (Lai, 2012);
- Didėjantis pasitikėjimas ir skaidrumas – bendradarbiavimas tarp institucijų skatina geresnę komunikaciją, skaidrumą ir pasitikėjimą tarp valdžios institucijų bei visuomenės (Martinsen ir kt., 2021). Efektyviai valdomi tarpsektoriniai tinklai gali pagerinti politikos įgyvendinimą ir viešųjų paslaugų prieinamumą (Provan ir Kenis, 2007);
- Inovacijų skatinimas – dalijimasis informacija ir gerosiomis praktikomis leidžia greičiau pritaikyti naujus sprendimus ir inovacijas viešajame sektoriuje. Tinklinis valdymas gali būti ypač svarbus skatinant naujas iniciatyvas sveikatos priežiūros sistemoje (Knudsen, Hansson ir Mønsted, 2008);
- Krizių valdymas – ekstremalių situacijų metu koordinuotas skirtingų institucijų darbas leidžia efektyviau reaguoti ir mažinti krizės padarinius. Pavyzdžiui, tyrimai apie sveikatos priežiūros tinklus rodo, kad institucijų sąveika yra kritinė valdant krizes, tokias, kaip COVID-19 pandemija (Streicher ir kt., 2022).

Apibendrinant šiuos aspektus galima teigti, jog tarpinstitucinis bendradarbiavimas viešajame sektoriuje leidžia efektyviau valdyti išteklius, mažinant veiklos dubliavimąsi ir užtikrinant racionalų jų paskirstymą. Dalijimasis žiniomis, patirtimi ir technologijomis skatina inovacijų ir pažangių technologijų diegimą bei prisideda prie aukštesnės viešųjų paslaugų kokybės ir didesnio jų prieinamumo. Sudėtingų problemų sprendimui, ypač krizių metu, itin svarbus koordinuotas institucijų veikimas, leidžiantis greitai ir veiksmingai reaguoti. Be to, glaudesnis bendradarbiavimas skatina skaidrumą, stiprina pasitikėjimą tarp valdžios ir visuomenės bei spartina inovacijų diegimą, taip prisidedamas prie efektyvesnio valdymo ir aukštesnės paslaugų kokybės.

Wang'as ir Ran (2023) teigia, kad viešojo sektoriaus organizacijų bendradarbiavimas apima vertikalią ir horizontalią sąveiką tarp skirtingų šio sektoriaus institucijų, įskaitant tarptautinį valdymą, tarpinstitucinį bendradarbiavimą, regioninį valdymą ir vietos susitarimus. Dažniausiai bendradarbiauja daugiau nei dvi institucijos ir pagrindinis dėmesys skiriamas sudėtingų problemų, tokių, kaip visuomenės sveikata, ekstremaliųjų situacijų valdymas ar aplinkos apsauga, sprendimui. Tokiose srityse būtinas įvairių veikėjų įsitraukimas ir koordinuotas veikimas. Viešojo ir privataus sektoriaus bendradarbiavimas dažniausiai susijęs su infrastruktūros valdymu, kai privačios organizacijos prisideda prie viešųjų paslaugų plėtros ir priežiūros. Kita vertus, viešojo sektoriaus, nevyriausybinių organizacijų bei pilietinės visuomenės bendradarbiavimas dažniausiai vyksta socialinių paslaugų srityje, kur siekiama teikti paslaugas be tiesioginių vartotojų apmokėdinimo, pavyzdžiui, socialinės rūpybos ar pagalbos programose. Pasak Jones ir Thomas (2007), tarpinstitucinio bendradarbiavimo poreikis artimiausiu metu tikrai nemažės, ypač viešajame sektoriuje, kur sveikatos ir socialinės priežiūros sritys susiduria su itin sudėtingais iššūkiais. Nuolat

besivystanti programinė įranga gali tapti esmine priemone, palengvinančia ryšius tarp institucijų, mažinančia bendravimo kliūtis ir užtikrinančia sklandų bendradarbiavimą.

2 lentelė. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo tipai viešajame sektoriuje (sudaryta autoriaus, remiantis Provan ir Kenis, 2007; Belrhiti ir kt., 2024; Knudsen ir kt., 2008, 2025)

Tarpinstitucinio bendradarbiavimo tipai		Bruožai
Strateginis bendradarbiavimas - orientuotas į politikos formavimą, viešųjų paslaugų tobulinimą bei sisteminius pokyčius ir priklauso nuo ilgalaikio institucijų bendro veikimo siekiant strateginių tikslų (Knudsen ir kt., 2008)	<i>Struktūrinis bendradarbiavimas</i>	Yra susijęs su organizacinėmis formomis, valdymo modeliais ar struktūromis, įgalinančiomis bendrą veiklą tarp institucijų (Provan ir Kenis, 2007).
	<i>Funkcinis bendradarbiavimas</i>	Priklauso nuo tikslų, organizavimo lygmens ir poveikio valdymui bei paslaugų teikimui (Belrhiti ir kt., 2024).

Apibendrinant tarpinstitucinio bendradarbiavimo tipus viešajame sektoriuje galima teigti, jog strateginis bendradarbiavimas apima tiek struktūrinio, tiek funkcinio bendradarbiavimo tipus ir yra orientuotas į sisteminius pokyčius bei strateginių tikslų siekimą. Tuo tarpu struktūrinis bendradarbiavimas labiau orientuotas į valdymo struktūras ir formas, o funkcinis bendradarbiavimas skirtas kasdieninių funkcijų užtikrinimui bei veiklos optimizavimui.

Išskiriami tokie tarpinstitucinio bendradarbiavimo bruožai, kaip:

- ilgalaikė perspektyva – partnerystės kuriamos ne tik dėl trumpalaikių rezultatų, bet ir siekiant ilgalaikės naudos (Provan ir Kenis, 2007);
- bendra vizija ir tikslai – strateginis bendradarbiavimas remiasi aiškiai apibrėžtais tikslais, kurie suderinti su nacionalinėmis ar regioninėmis politikos kryptimis (Martinsen ir kt., 2021);
- struktūrinis bendradarbiavimas – dažnai kuriami formalūs tinklai, koordinavimo tarybos ar jungtiniai projektai, kurie užtikrina strateginių tikslų įgyvendinimą (Lai, 2012);
- tarpsektorinis bendradarbiavimas – strateginis bendradarbiavimas apima ne tik viešojo sektoriaus organizacijas, bet ir akademinę bendruomenę, privačias įmones bei nevyriausybinės organizacijas (Knudsen ir kt., 2008).

Būtent sveikatos apsaugos ir socialinių paslaugų integracija Europos šalyse vykdoma per strateginį bendradarbiavimą, kuris padeda gerinti gyventojų sveikatos rodiklius ir mažinti administracines išlaidas (Exley ir kt., 2024). Sveikatos apsauga šiame projekte suprantama kaip valstybės, įvairių institucijų ir visuomenės bendromis pastangomis įgyvendinamų priemonių visuma, kuria yra siekiama užtikrinti visuomenės sveikatą. Šios priemonės apima ligų prevenciją, jų ankstyvą diagnozavimą ir gydymą, reabilitacijos paslaugų teikimą bei sveikos gyvensenos skatinimą.

Strateginis bendradarbiavimas yra esminė bendradarbiaujančių institucijų veiklos dalis, siekiant ilgalaikių tikslų ir tvaraus poveikio. Tai procesas, kuriame bendradarbiaujančios institucijos ar sektoriai koordinuoja savo veiksmus ir išteklius, siekdami bendrų strateginių tikslų (Keast, Brown, ir Mandell, 2007) bei siekia užtikrinti ilgalaikį įsipareigojimą bei pasitikėjimą tarp partnerių (Provan ir Kenis, 2007). Sveikatos priežiūros sektoriuje strateginis bendradarbiavimas dažnai pasireiškia per integruotus sveikatos priežiūros tinklus ir tarpsektorines iniciatyvas, kurios skatina efektyvesnį paslaugų teikimą bei pacientų gerovę (Belrhiti ir kt., 2024). Viešojo bei privataus sektoriaus partnerystės gali būti vertinamos kaip strateginio bendradarbiavimo formos, kurios padeda spręsti sudėtingas visuomenės problemas, optimizuoti išteklius ir stiprinti inovacijas (Alderwick ir kt., 2021). Tyrimai rodo, kad sėkmingas strateginis bendradarbiavimas priklauso nuo aiškiai apibrėžtų

tikslų, bendrų valdymo mechanizmų ir abipusio pasitikėjimo tarp partnerių (Costumato, 2021). Be to, svarbu atsižvelgti į tinkamą valdymo modelio pasirinkimą, nes skirtingos bendradarbiavimo struktūros turi skirtingą poveikį veiklos rezultatams (Wang ir Ran, 2023). Taigi, galima teigti, kad strateginis bendradarbiavimas labiau vertinamas kaip ilgalaikis procesas, kuriam reikalinga nuosekli koordinacija ir savalaikė adaptacija prie kintančių sąlygų.

Struktūrinis bendradarbiavimas apibrėžiamas kaip ilgalaikis ir instituciškai įtvirtintas įvairių organizacijų ar sektorių sąveikos modelis, orientuotas į bendrų tikslų įgyvendinimą per aiškiai nustatytas struktūras, mechanizmus ir valdymo sistemas (Axelsson ir Axelsson, 2006). Šis bendradarbiavimo tipas dažnai pasireiškia per formalius susitarimus, bendras valdymo tarybas ir nuolatinę veiklos koordinaciją. Struktūrinio bendradarbiavimo efektyvumą lemia keletas pagrindinių veiksnių, tarp jų – aiškiai apibrėžtos atsakomybės, bendra strategija ir nuoseklus išteklių paskirstymas (Provan ir Kenis, 2007). Tyrimai rodo, kad struktūrinis bendradarbiavimas yra ypač svarbus viešojo ir privataus sektoriaus partnerystėje bei tarpsektorinėse iniciatyvose, kur būtinas ilgalaikis įsipareigojimas ir koordinuotas veikimas (Costumato, 2021). Be to, struktūrinio bendradarbiavimo modeliai dažnai taikomi sveikatos priežiūros, socialinių paslaugų ir viešosios politikos srityse, kur veiksmingas institucijų tinklas gali lemti geresnius rezultatus visuomenei (Belrhiti ir kt., 2024). Moksliniai tyrimai rodo, kad tinkamai suformuotos struktūros leidžia išvengti dubliavimosi, užtikrinti informacijos sklaidą ir skatinti inovacijas (Exley ir kt., 2024). Apibendrinant galima teigti, jog struktūrinis bendradarbiavimas yra esminis elementas organizacijų sąveikai, leidžiantis užtikrinti ilgalaikį poveikį ir tvarius rezultatus įvairiose srityse. Išskiriami šie struktūrinio bendradarbiavimo tipo bruožai:

- veikimo principai – tai yra ilgalaikis, instituciškai įtvirtintas organizacijų ar sektorių sąveikos tipas, kuriuo siekiama bendrų tikslų per aiškiai apibrėžtas struktūras, mechanizmus ir valdymo sistemas. Jis grindžiamas formaliais susitarimais, bendromis valdymo nuostatomis ir nuolatinę veiklos koordinacija, o jo efektyvumą užtikrina aiškiai apibrėžtos atsakomybės, bendra strategija ir nuoseklus išteklių paskirstymas (Axelsson ir Axelsson, 2006; Provan ir Kenis, 2007).
- taikymo sritys – ypač svarbus viešojo ir privataus sektoriaus partnerystėse bei tarpsektoriniame bendradarbiavime. Šis bendradarbiavimo tipas plačiai taikomas sveikatos priežiūros, socialinių paslaugų ir viešosios politikos srityse, kur gali lemti geresnius visuomenės gerovės rezultatus (Costumato, 2021; Belrhiti ir kt., 2024).
- nauda ir poveikis – galimybė išvengti veiklų dubliavimosi, užtikrina sklandžią informacijos sklaidą, skatina inovacijas bei efektyvesnį išteklių naudojimą, taip prisideda prie ilgalaikio poveikio ir tvarumo (Exley ir kt., 2024; Emerson, 2018).

Tuo tarpu **funkcinio bendradarbiavimo** tipas orientuotas į kasdienį institucijų ir organizacijų bendradarbiavimą vykdant operacinius procesus ir užtikrinant paslaugų teikimą. Išskiriami tokie šio tipo bendradarbiavimo bruožai:

- kasdienė veiklos koordinacija – institucijos dalijasi informacija, darbo priemonėmis ar paslaugų teikimo mechanizmais (Costumato, 2021);
- procesų optimizavimas – efektyvus funkcinų užduočių pasidalijimas padeda mažinti veiklos dubliavimąsi ir geriau išnaudoti turimus išteklius (Belrhiti ir kt., 2024);
- lankstumas ir operatyvumas – funkcinis bendradarbiavimas leidžia greitai reaguoti į iškilusias problemas ir užtikrinti sklandų viešųjų paslaugų teikimą (Streichert ir kt., 2022);

- technologijų integracija – dažnai taikomi bendri informaciniai sprendimai, duomenų valdymo sistemos ar kitos priemonės, kurios palengvina kasdienį bendradarbiavimą (Alderwick ir kt., 2021).

Europos sveikatos sektoriuje diegiamos bendros duomenų dalijimosi platformos leidžia gydytojams skirtingose šalyse greičiau priimti sprendimus dėl pacientų gydymo (Exley ir kt., 2024). Funkcinio bendradarbiavimo valdymas yra sudėtingas procesas, kuriame institucijos koordinuoja savo veiklą siekdamos bendrų tikslų. Be to, Errecaborde ir kt. (2019) nurodo, kad funkcinis bendradarbiavimas tarp organizacijų yra būtinas, siekiant efektyviai spręsti sudėtingas visuomenės sveikatos problemas, tačiau tam reikalingi aiškūs valdymo modeliai. Tinklinis valdymas yra vienas pagrindinių funkcinio bendradarbiavimo organizavimo principų. Provan'as ir Kenis (2007) išskiria tris tinklų valdymo tipus:

- **dalyvių valdomus tinklus**, kuriuose sprendimai priimami kolegialiai;
- **vadovaujamus tinklus**, kuriuose viena organizacija atlieka koordinacinį vaidmenį;
- **tarpininkaujamus tinklus**, kuriuose už tinklo valdymą atsakinga specialiai sukurta administracinė organizacija.

Kiekvienas iš šių modelių turi savų privalumų ir iššūkių, o jų tinkamumas priklauso nuo tinklo sudėtingumo, partnerių tarpusavio priklausomybės ir bendradarbiavimo tikslo.

Strateginio ir struktūrinio bendradarbiavimo ryšys yra itin glaudus, strateginis bendradarbiavimas dažnai remiasi struktūriniais mechanizmais, užtikrinančiais veiklos stabilumą ir sistemingą įgyvendinimą. Kita vertus, struktūrinis bendradarbiavimas be strateginio požiūrio gali tapti neefektyvus, nes trūksta aiškos krypties ir adaptacijos galimybių (Belrhiti ir kt., 2024; Exley ir kt., 2024). Pavyzdžiui, viešojo ir privataus sektoriaus partnerystėje strateginis bendradarbiavimas užtikrina bendrą viziją ir ilgalaikius tikslus, o struktūriniai mechanizmai sudaro organizacinę bazę jų įgyvendinimui (Costumato, 2021). Efektyviai derinant abu bendradarbiavimo tipus, institucijos gali pasiekti aukštesnį efektyvumo ir inovacijų lygį, užtikrinant tvarų poveikį įvairiose srityse (Provan ir Kenis, 2007). Apibendrinant galima teigti, kad strateginis ir struktūrinis bendradarbiavimas yra tarpusavyje papildantys vienas kitą, kurie kartu sudaro veiksmingą organizacijų sąveikos modelį, skatinantį ilgalaikį augimą ir tvarius sprendimus.

Kalbant apie **struktūrinio ir funkcinio bendradarbiavimo ryšį** reikėtų pastebėti, kad funkcinis bendradarbiavimas, priešingai nei struktūrinis, daugiausia orientuojasi į konkrečių veiklų ar procesų koordinavimą, siekiant efektyvesnio veiklos vykdymo ir geresnių rezultatų (Provan ir Kenis, 2007). Tai gali apimti bendrų išteklių naudojimą, dalijimąsi informacija ir operatyvinę sąveiką tarp organizacijų, net jei formalios valdymo struktūros nėra griežtai apibrėžtos. Tačiau struktūrinio ir funkcinio bendradarbiavimo ryšys yra glaudus, nes veiksmingas funkcinis bendradarbiavimas dažnai tampa pagrindu struktūriniam bendradarbiavimui, o tokie struktūriniai susitarimai suteikia stabilumą ir tvarumą funkciniai sąveikai. Pavyzdžiui, sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sektoriuose efektyvi funkcinė integracija gali paskatinti institucinį susitarimą ir ilgalaikio bendradarbiavimo modelio sukūrimą (Belrhiti ir kt., 2024; Exley ir kt., 2024). Arba atvirkščiai, struktūrinis bendradarbiavimas tampa funkcinio bendradarbiavimo katalizatoriumi, kuomet struktūruoti tikslai yra skirstomi smulkesnėms funkcijoms atlikti. Be to, tiek struktūrinis, tiek funkcinis bendradarbiavimas yra būtini viešojo ir privataus sektoriaus partnerystėje, kur reikia tiek strateginių, tiek operatyvinių sprendimų, užtikrinančių sklandų veikimą ir rezultatų pasiekimą (Costumato, 2021). Struktūriniai mechanizmai užtikrina aiškias atsakomybes ir ilgalaikį įsipareigojimą, o

funkcinis bendradarbiavimas leidžia lanksčiai prisitaikyti prie pokyčių ir inovacijų (Provan ir Kenis, 2007). Taigi, galima teigti kad tiek struktūrinis, tiek funkcinis bendradarbiavimas yra tarpusavyje susiję ir vienas kitą papildantys tipai, kurie kartu užtikrina efektyvią organizacijų sąveiką, tvarius rezultatus ir ilgalaikį poveikį įvairiose srityse išlaikant reikalingą dinamiką ir lankstumą.

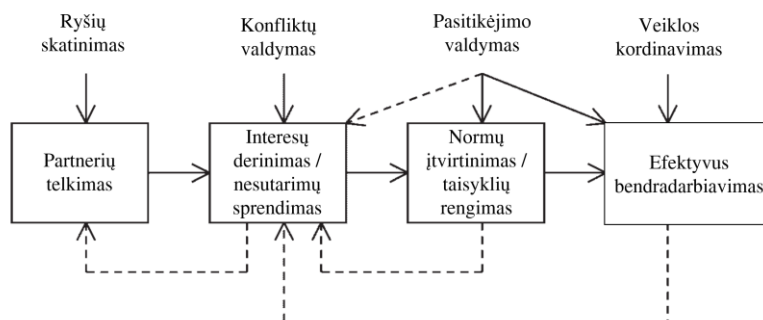
Tuo tarpu kalbant apie **strateginio ir funkcinio bendradarbiavimo ryšį** reikia pastebėti, kad strateginis ir funkcinis bendradarbiavimas yra glaudžiai susiję. Strateginis bendradarbiavimas kuria ilgalaikes gaires ir politikos kryptis, kurios lemia viešųjų paslaugų efektyvumą, o funkcinis bendradarbiavimas užtikrina, kad šios strategijos būtų įgyvendintos praktiškai, optimizuojant operacinius procesus ir gerinant paslaugų kokybę. Exley ir kt. (2024) atlikto tyrimo dalyviai pripažino, kad naujų darbo metodų diegimas yra ilgas ir sudėtingas procesas, todėl integracija turėtų būti vertinama kaip ilgalaikis politikos tikslas. Respondentai iš Italijos ir Nyderlandų ypač akcentavo nacionalinės vyriausybės vaidmenį – ji turėtų ne tik inicijuoti, bet ir palaikyti ilgalaikę viziją, užtikrinančią nuoseklią ir tvarią politikos sistemą. Tokia sistema turėtų peržengti politinių partijų ribas ir išlikti stabili nepaisant rinkimų ciklų.

Toliau baigiamajame projekte bus analizuojami mokslinės literatūros šaltiniuose išskiriami tarpinstitucinio bendradarbiavimo modeliai. Provan'as ir Kenis (2007) išskiria tris tarpinstitucinio bendradarbiavimo modelius: decentralizuotas, centralizuotas (arba vadovaujančios institucijos) ir tinklinio valdymo. **Decentralizuotas** tarpinstitucinio bendradarbiavimo modelis, kuomet kiekvienas narys turi vienodą nuomonę ir tiesiogiai bendradarbiauja su kitais. **Centralizuotas** (arba vadovaujančios institucijos), kuomet viena institucija atlieka pagrindinį vaidmenį koordinuojant ir valdant bendradarbiavimą. Ši vadovaujanti organizacija paprastai turi daugiau išteklių ir įgaliojimų vadovauti tinklo veiklai ir sprendimams. Kartais gali būti įkuriama atskira veiklos administravimo institucija, t. y. atskiras administravimo subjektas, sukurtas specialiai tinklui valdyti. Kadangi kontrolės funkcijos skirtos užtikrinti veiklos koordinavimą ir išteklių valdymą tarp tinklo narių yra vykdomos valstybės lygmeniu, todėl šis modelis dar vadinamas **hierarchiniu**. Kaip aptarta aukščiau, tinklinis valdymas yra vienas pagrindinių funkcinio bendradarbiavimo organizavimo principų. **Tinkliniam valdymui** yra būdingas lankstus prisitaikymas, todėl šios sistemos greitai reaguoja į pokyčius. Būtent lankstumas suteikia tinklams pranašumą prieš tradicines hierarchijas, kurios gali būti biurokратиškos. Veikdamos per tinklus, institucijos gali greitai ir efektyviai bendradarbiauti, derindamos išteklius ir žinias tam tikriems tikslams pasiekti – ko hierarchinės sistemos vienos pačios dažnai negalėtų padaryti. Be to, tinklai leidžia organizacijoms keisti ar nutraukti esamus santykius bei užmegzti naujas partnerystes, atsižvelgiant į kintančius poreikius ir užduotis. Šis lankstumas suteikia galimybę tinklinėms organizacijoms greitai reaguoti į konkurencinius iššūkius, aplinkos pokyčius ir naujas galimybes. Problema tinkliniame valdyme ta, jog tinklai, kurie orientuojasi ne tik į trumpalaikius projektus, bet ir į ilgalaikę veiklą, turi siekti stabilumo. Ilgalaikis stabilumas yra būtinas tinklo patikimumui ir teisėtumui užtikrinti tiek jo viduje, tiek išorėje. Stabilūs tinklai leidžia dalyviams užmegzti tvirtus tarpusavio ryšius, geriau pažinti vieni kitų stipriąsias ir silpnąsias puses bei veiksmingiau bendradarbiauti, siekiant maksimalių rezultatų. Kitaip tariant, lankstumas yra būtinas greitam prisitaikymui prie besikeičiančių sąlygų, tačiau stabilumas padeda užtikrinti nuoseklumą, efektyvų valdymą ir ilgalaikį tinklo gyvybingumą (Provan ir Kenis, 2007).

Vienas iš būdų stabilumui palaikyti yra formalios hierarchijos sukūrimas. Tačiau per didelė biurokratija gali pakenkti pačiai bendradarbiavimo esmei ir atbaidyti dalyvius. Kita vertus, visiškas lankstumas taip pat gali būti sunkiai išlaikomas, nes kyla iššūkis siekiant užtikrinti patikimumą ir efektyvumą ilgalaikėje perspektyvoje. Todėl institucijos turi derinti stabilumo ir lankstumo principus,

reguliariai peržiūrint struktūras bei procesus ir esant reikalui įgyvendinant pokyčius, net jei jie gali sukelti tam tikrų nepatogumų. Galima teigti, jog tarpinstitucinis bendradarbiavimas viešajame sektoriuje apima bendradarbiavimą tarp įvairių institucijų, siekiant efektyviau spręsti sudėtingas problemas. Pagrindiniai tarpinstitucinio bendradarbiavimo tipai yra strateginis, struktūrinis ir funkcinis ir kiekvienas iš jų turi savitus bruožus, užtikrinančius veiklos stabilumą, koordinavimą ir efektyvumą. Tinkamai integruojant šiuos bendradarbiavimo tipus galima pasiekti ilgalaikį ir tvarų poveikį organizacijų veikloje.

Palumbo ir kt. (2020) teigia, kad tarpinstitucinių santykių sėkmė priklauso nuo tinkamo centralizacijos ir decentralizacijos balanso, kuris lemia dalyvaujamąjį valdymą. Taip pat svarbu pabrėžti, kad tiek integracija, tiek aiškus ribų nustatymas yra būtini, siekiant išlaikyti tarpinstitucinių santykių gyvybingumą. Jei šie aspektai nėra tinkamai atpažįstami ir valdomi, tai gali lemti nesusikalbėjimą tarp partnerių ir konfliktinių situacijų atsiradimą. Kaip aptarta aukščiau, centralizuotame valdymo modelyje vadovaujančios institucijos arba Palumbo ir kt. (2020) apibrėžiamos kaip veiklos administravimo institucijos, dažniausiai turi labiau formalizuotą struktūrą, kuri orientuojasi į stabilumą. Tokios struktūros gali būti sukurtos valdžios institucijų iniciatyva arba atsirasti natūraliai subrendus, kai bendradarbiaudami dalyviai pripažįsta poreikį turėti aiškia, ilgalaikę valdymo sistemą (Provan ir Kenis, 2007). Axelsson'as ir Axelsson (2006) pristatytoje tarpinstitucinio bendradarbiavimo valdymo scheme išskiriami trys procesai, skatinantys efektyvų tarpinstitucinį bendradarbiavimą: partnerių telkimas, interesų suderinimas bei bendrų normų įtvirtinimas yra esminiai tarpinstitucinio bendradarbiavimo žingsniai. Tarpinstitucinis bendradarbiavimas leidžia efektyviau paskirstyti išteklius, optimizuoti procesus ir gerinti paslaugų kokybę (Belrhiti ir kt., 2024).



2 pav. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo proceso valdymas (sudaryta autoriaus, remiantis Axelsson ir Axelsson, 2006)

2 paveikslo duomenimis, partnerių telkimas yra vykdomas per ryšių skatinimą bei interesų derinimą. Interesai derinami valdant konfliktus bei įtvirtinant normas, taip pat atlikus bendradarbiavimo efektyvumo vertinimą. Pasitikėjimas skatina normų įtvirtinimą, o tai užtikrina interesų derinimą. Bendradarbiavimo efektyvumas vykdomas per interesų derinimo prizmę. Galima teigti, jog pagrindinis tarpinstituciniame bendradarbiavimo elementas yra interesų derinimas ir nesutarimų sprendimas, kuris daro įtaką tiek normų įtvirtinimui, tiek partnerių telkimui. Efektyvaus bendradarbiavimo vertinimas įgalina interesų tarp bendradarbiaujančių šalių derinimo procesą, o tai padeda spręsti kylančius konfliktus ir užtikrinti įtvirtintų normų įgyvendinimą. Šis procesas užtikrina pasitikėjimą, kuris savo ruožtu prisideda prie partnerių telkimo.

Apibendrinant ši poskyrį galima teigti, jog tarpinstitucinis bendradarbiavimas yra esminis veiksnys siekiant užtikrinti efektyvų viešųjų paslaugų teikimą, politikos įgyvendinimą ir išteklių optimizavimą.

Koordinuotas veikimas padeda spręsti sudėtingas visuomenės problemas, skatina inovacijas, didina pasitikėjimą valdžia bei užtikrina efektyvų krizių valdymą. Tarpinstitucinis bendradarbiavimas gali būti strateginis (ilgalaikis, orientuotas į politikos formavimą ir sisteminius pokyčius), struktūrinis (orientuotas į organizacines formas bei valdymo modelius) bei funkcinis (orientuotas į kasdienį institucijų bendradarbiavimą vykdant operacinius procesus ir užtikrinant paslaugų teikimą). Strateginis bendradarbiavimas grindžiamas aiškiai apibrėžtais tikslais, bendromis vizijomis bei tarpsektoriniu bendradarbiavimu, įtraukiant ne tik viešąjį, bet ir privatųjį sektorių. Funkcinis bendradarbiavimas užtikrina technologijų integraciją ir lankstumą. O struktūrinis bendradarbiavimas yra ilgalaikis ir instituciškai įtvirtintas organizacijų sąveikos tipas, kuris užtikrina aiškiai apibrėžtą atsakomybių paskirstymą, strateginį valdymą bei efektyvų išteklių naudojimą, taip prisidedamas prie tvarių rezultatų ir inovacijų skatinimo įvairiose srityse. Efektyvus tarpinstitucinis bendradarbiavimas reikalauja aiškių valdymo modelių ir nuolatinio proceso tobulinimo. Nepaisant iššūkių, jis yra būtinas siekiant kokybiškesnių viešųjų paslaugų, inovatyvių sprendimų ir tvarios politikos.

1.3. Asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklių konsolidavimo samprata, tikslai ir priemonės

Konsolidavo terminas gali būti aptariamas įvairiose srityse ir kontekstuose. 3 lentelėje pristatomos skirtingų autorių pateikiamos konsolidavo sampratos skirtingose srityse.

3 lentelė. Konsolidavimo samprata skirtinguose kontekstuose (sudaryta autoriaus, remiantis Afonso ir Alves (2023); Radhika, Krishnamoorthy ir Rao (2020); Undy (1999); ir kt., 2025)

Autorius, metai	Kontekstas	Konsolidavimo samprata
Afonso ir Alves (2023)	Ekonomika	Tai procesas, kuriuo siekiama pagerinti efektyvumą ir stabilumą, mažinant biudžeto deficitą ir valstybes skolas per priemones, kurios stiprina fiskalinį tvarumą.
Radhika, Krishnamoorthy ir Rao (2020)	Aplinkosauga	Tai procesas, kuomet dirvožemio ar kitų medžiagų suspaudimo metu, didėjant apkrovai, sumažėja tūris dėl vandens išstūmimo iš porų, todėl jis tampa tvirtesnis ir mažiau jautrus išoriniams poveikiams.
Grossi ir Pepe (2009)	Viešasis sektorius	Tai institucijų struktūrinis sujungimas ir išteklių koncentracija siekiant pagerinti paslaugų teikimą, efektyvumą ir sumažinti patiriamas išlaidas, tuo pačiu užtikrinant geresnį valdymą ir atsakomybę.
Undy (1999)	Politika	Tai teritorinių ir politinių bei administracinių reformų procesas, kurio tikslas – sukurti didesnes ir veiksmingesnes paslaugų teikimo organizacijas per institucijų susijungimus, siekiant gerinti paslaugų kokybę ir administracinį efektyvumą.
Seaton ir kt. (2018)	Sveikatos apsauga	Tai procesas, apimantis įvairias priemones ir pagalbą, tiek administracinę paramą, tiek technines priemones ar mokymus bei finansavimą, kurie padeda organizacijoms efektyviai įgyvendinti asmens sveikatos priežiūrą.
Campbell ir kt. (2020)	Sveikatos apsauga	Tai procesas, peržengiantis struktūrinius rėmus, skirtas sveikatos sistemos pertvarkymui ir leidžiantis optimaliai naudoti turimus išteklius.
Mohebbi ir kt. (2020)	Gydymo ištekliai	Tai procesas, suteikiantis didesnes pasirinkimo galimybes ir platesnę prieigą prie koordinuotą sveikatos priežiūros sistemą sudarančių skirtingų paslaugų teikėjų.

3 lentelės duomenimis, konsolidavimo samprata gali būti labai įvairi ir skirtinguose kontekstuose reikšti skirtingus dalykus. Pastaruoju metu asmens sveikatos priežiūros sistemose vis dažniau taikomas gydymo išteklių konsolidavimas, kaip priemonė, kuria siekiama didinti paslaugų efektyvumą, kokybę ir prieinamumą. Asmens sveikatos priežiūra apibrėžiama kaip valstybės

licencijuota fizinių ir juridinių asmenų veikla, kurios tikslas – laiku diagnozuoti asmens sveikatos sutrikimus ir užkirsti jiems kelią, padėti atgauti ir sustiprinti sveikatą.

Bendrai konsolidavimas šiame baigiamajame projekte suvokiamas kaip procesas, peržengiantis struktūrinius rėmus, skirtas sveikatos sistemos pertvarkymui ir leidžiantis optimaliai naudoti turimus išteklius. Pasak Seaton ir kt. (2018), gydymo ištekliai apima įvairias priemones ir pagalbą, tiek administracinę paramą, tiek technines priemones ar mokymus bei finansavimą, kurie padeda organizacijoms efektyviai įgyvendinti asmens sveikatos priežiūrą. Tuo tarpu gydymo išteklių konsolidavimas apibrėžiamas kaip procesas, suteikiantis didesnes pasirinkimo galimybes ir turintis platesnę prieigą prie koordinuoto sveikatos priežiūros proceso tarp skirtingų paslaugų teikėjų ir jų lygmenų (Mohebbi ir kt., 2020).

Gydymo išteklių konsolidavimas apima įvairias priemones ir strategijas, kuriomis siekiama optimizuoti paslaugų teikimo procesus ir gerinti pacientų priežiūros kokybę. Tai tampa vis aktualesniu klausimu tiek nacionaliniu, tiek regioniniu mastu, nes sveikatos priežiūros sistemos susiduria su finansiniais iššūkiais ir vis didėjančiais pacientų srautais (Belrhiti ir kt., 2024; Mervyn, Amoo ir Malby, 2019). Toks konsolidavimo procesas reikalauja efektyvios bendradarbiavimo valdymo struktūros ir stiprių tarpsektorinių ryšių (Costumato, 2021; Belrhiti ir kt., 2024). Konsolidavimo tikslai ir priemonės dažnai apima organizacijų bendradarbiavimo strategijų kūrimą, siekiant pasiekti didesnę veiksmingumą ir užtikrinti optimalų resursų paskirstymą (Maillet ir kt., 2023; Martinsen, Schrama ir Mastenbroek, 2021).

Gydymo išteklių konsolidavimu siekiama įvairių tikslų, kurie priklauso nuo sveikatos sistemos prioritetų, tačiau dažniausiai minimi tokie, kaip paslaugų efektyvumo didinimas, kaštų mažinimas ir paslaugų kokybės užtikrinimas. Šie tikslai dažnai siejami su bandymais pasiekti geresnį koordinavimą tarp įvairių sveikatos priežiūros sektoriaus institucijų (Costumato, 2021). Vienas pagrindinių asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklių konsolidavimo tikslų – pasiekti didesnę sistemos efektyvumą ir kokybę, naudojant ribotus išteklius. Konsolidavimas leidžia pasiekti ekonominį ir organizacinį efektyvumą, sumažinant administracinius ir funkcinius dubliavimus tarp skirtingų sveikatos priežiūros institucijų (Costumato, 2021). Pavyzdžiui, vienas iš pagrindinių konsolidavimo tikslų yra susijęs su efektyviu paslaugų teikimu, kad būtų užtikrinta, jog visi pacientai gautų laiku reikalingą gydymą. Tinkamas gydymo išteklių paskirstymas leidžia mažinti pasikartojančius tyrimus ir procedūras, užtikrinant geresnį asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą (Belrhiti ir kt., 2024). Konsolidavimo tikslai taip pat susiję su sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimu. Tai ypač aktualu, kai kalbama apie skirtingų sektorių, tokių, kaip socialinė rūpyba ir asmens sveikatos priežiūra, integravimą. Pasak Exley ir kt. (2024), integruotos sveikatos ir socialinės paslaugos gali padidinti paslaugų efektyvumą, nes apjungia skirtingus išteklius ir paslaugas į vieną sistemą, kuri geriau tenkina pacientų poreikius. Pasak Alderwick'o ir kt. (2021), efektyvumo didinimas ir kaštų mažinimas yra du pagrindiniai tikslai, kurių siekia sveikatos priežiūros institucijos, konsoliduodamos išteklius. Hearld'as ir Kelly (2023) teigia, jog asmens sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimas su kitomis organizacijomis, padeda nustatyti ir spręsti medicinos paslaugų teikimo spragas. Efektyvumas gali būti matuojamas tiek finansiniu, tiek laiko požiūriu, kai ištekliai naudojami taip, kad paslaugos būtų teikiamos greitai, tačiau už prieinamą kainą. Exley ir kt. (2024) teigia, jog paslaugų kokybės užtikrinimas tiesiogiai priklauso nuo išteklių valdymo ir koordinavimo tarp įvairių sektorių.

Asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklių konsolidavimas neįmanomas be efektyvaus bendradarbiavimo tarp įvairių institucijų. Mervyn'as, Amoo ir Malby (2019) pabrėžia, kad tarpinstitucinis bendradarbiavimas leidžia geriau koordinuoti paslaugų teikimą, nes institucijos dalijasi informacija, ištekliais ir praktikomis. Tai ypač svarbu, kai kalbama apie daugelio skirtingų institucijų įtraukimą į asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procesą, nes tai leidžia sukurti veiksmingą darbo eigą ir sumažinti kliūtis. Bendradarbiavimo struktūros gali būti įvairios, pradedant nuo paprastų koordinavimo mechanizmų iki sudėtingų tinklų valdymo modelių. Lan ir kt. (2022) teigia, kad integruoti sveikatos priežiūros sistemos tinklai, kaip pavyzdžiui, atsakingos priežiūros organizacijos (toliau – ACO) (angl. *accountable care organization*), savanoriškai prisiima kolektyvinę atsakomybę už tam tikros pacientų grupės priežiūros kokybę ir kainą. Tai savotiškai papildoma Provan'o ir Kenis (2007) aprašytą tinklo administravimo organizaciją (toliau – NAO), kas leidžia daryti išvadą, jog dideli tinklai gali būti skirstomi į potinklius, už visą tarpinstitucinį bendradarbiavimą ir jo valdymą gali būti atsakinga tinklo administravimo institucija, o už mažesnių dalių – potinklių – funkcijų vykdymą paskirtos atskiros atsakingos priežiūros institucijos. Toks modelis užtikrina ne tik paslaugų kokybę, bet ir sąnaudų kontrolės gerinimą bei leidžia bendradarbiaujančioms institucijoms naudotis vieninga administracine sistema, koordinuoti paslaugas ir užtikrinti nuoseklumą bei efektyvumą.

Gydymo išteklių konsolidavimo priemonės apima įvairias institucines ir technologines strategijas, kurios padeda pasiekti minėtus tikslus. Pagrindinės priemonės yra susijusios su tinklo valdymu, bendradarbiavimu tarp skirtingų sektorių ir technologijų integravimu į bendrą sistemą. Tinklo valdymas – tai viena iš pagrindinių priemonių, kai kalbama apie išteklių konsolidavimą. Tinklo valdymas apima koordinavimą tarp skirtingų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, taip pat tarp sveikatos priežiūros ir kitų sektorių, tokių, kaip socialinė apsauga ar švietimas (Keast, Meek, Voets ir Flynn, 2023). Tai leidžia kurti integruotus paslaugų teikimo modelius, kurie pagerina paslaugų teikimo kokybę ir sumažina pasikartojančius išteklių panaudojimo atvejus, kuomet tos pačios paslaugos, tam pačiam pacientui yra suteikiamos skirtingose įstaigose. Pavyzdžiui, ACO modeliui būdingas tinklo valdymo principas, kur keli sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai yra atsakingi už pacientų sveikatos priežiūrą ir paslaugų teikimo kokybę (Lan ir kt., 2022). Toks integruotas požiūris leidžia pasiekti sinergiją ir optimizuoti išteklių panaudojimą, užtikrinant geresnį paslaugų prieinamumą ir kokybę. Peeters ir kt. (2024) pastebi, jog į tikslą orientuotose tinkluose bendradarbiavimas sprendžiant konkrečias problemas veda prie to, jog institucijos dalyvauja ir skiria daug išteklių keliose srityse vienu metu. Taigi, siekiamas rezultatas tampa svarbesnis nei taikomų priemonių sudėtingumas.

Mohebbi, Li ir Wyatt (2020) tyrinėjo ligoninių motyvus bendradarbiauti kuriant konsoliduotas sveikatos priežiūros sistemas. Dėmesys buvo sutelkiamas į ligoninių veiklos koordinavimą ir centrinę pacientų srautų paskirstymo sistemą, kuri skirta palengvinti pacientų perkėlimo kelią tarp skirtingų įstaigų ar skirtingų gydymo skyrių, esančių toje pačioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Siekianti sukurti gydytojų skatinimo schemą ir suderinti ligoninių veiklą, buvo naudotas tikslus matematinis modelis. Šis modelis nagrinėjamas atliekant atvejo analizę su realiais pasaulio duomenų rinkiniais. Pirma buvo sukurtas atitikimo algoritmas, kuris leido efektyviai susieti pacientus su tinkamiausiais sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais pagal jų specifinę sveikatos būklę. Skatindami informacinių technologijų plėtrą, Belrhiti ir kt. (2024) tokiame duomenų vertinime siūlo naudoti dirbtinio intelekto galimybes. Antra, buvo išvystytas sisteminis metodas, leidžiantis optimizuoti visos sistemos išlaidas ir pacientų perkėlimą, atsižvelgiant į ligos sunkumą. Taip pat buvo sukurta gydytojų

skatinimo schema, pagrįsta kooperatyvinio žaidimo principu, kuri užtikrina sąžiningą pacientų paskirstymą. Vis gi nustatyta, kad skatinimo tipai gali skirtis priklausomai nuo gydytojų specializacijos, būtina praktiškai įvertinti jų efektyvumą bei pritaikomumą skirtingoms medicinos sritims. Taip pat Karam ir kt. (2018) tyrime nustatyta, jog kiekvieno komandos nario tapatybė yra svarbi bendradarbiavimui, todėl į šį procesą negalima žiūrėti tik institucijos lygmeniu, tačiau reikia įvertinti ir kiekvieno bendradarbiavimo procese dalyvaujančio asmens perspektyvą.

Technologijų integravimas taip pat yra svarbi gydymo išteklių konsolidavimo priemonė. Pasitelkiant šiuolaikines technologijas, tokias, kaip elektroniniai sveikatos įrašai, galima greičiau ir tiksliau apdoroti informaciją, taip sumažinant administracinę krūvį ir užtikrinant greitesnę paslaugų teikimą (Mohebbi, Li ir Wyatt, 2020). Technologijos taip pat leidžia pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų koordinavimą ir suteikti pacientams lengvesnę prieigą prie reikiamų paslaugų. Pasak Tancred ir kt. (2024), duomenys yra būtini siekiant paremti tarpsektorinį/tarpsritinį planavimą ir sprendimų priėmimą. Be tinkamo koordinavimo ir duomenų dalijimosi sunku kurti nuoseklią politiką, nes šie duomenys yra išsklaidyti tarp skirtingų veikėjų ir sektorių ir bendrai turi ribotas sąsajas. Dabartinės sveikatos priežiūros sistemos yra stipriai apribotos – jos pernelyg priklauso nuo popierinių, nestandartizuotų duomenų rinkimo metodų.

Nors gydymo išteklių konsolidavimas turi daug privalumų, šiame procese kyla ir tam tikrų iššūkių. Vienas iš pagrindinių iššūkių yra organizacinė kultūra ir atsparumas pokyčiams. Sveikatos priežiūros sektorius dažnai yra konservatyvus ir atsparus naujovėms, todėl integruotos paslaugos ar technologijų naudojimas gali sukelti pasipriešinimą tiek darbuotojų, tiek pacientų tarpe (Riley ir kt., 2021). Taip pat svarbu atsižvelgti į finansinius iššūkius, kadangi kai kurie konsolidavimo procesai gali reikalausti didelių pradinių investicijų, o ilgalaikės grąžos pasiekimas gali užtrukti. Kaip teigia Peeters ir kt. (2024), vyriausybė ir politikos formuotojai turėtų geriau suderinti būsimą politiką su praktika, kad būtų užtikrinamas lengvesnis bendradarbiavimo procesas. Be to, didelis dėmesys turėtų būti skiriamas tarpinstitucinio bendradarbiavimo rezultatų stebėjimui, siekiant užtikrinti, kad riboti ištekliai būtų tiksliai panaudoti numatytiems rezultatams pasiekti.

Apibendrinant galima teigti, jog gydymo išteklių konsolidavimas yra sudėtingas ir daugialypis procesas, kuriuo siekiama pagerinti paslaugų efektyvumą, kokybę ir pasiekiamumą. Pagrindiniai šio proceso tikslai apima geresnį išteklių paskirstymą, paslaugų prieinamumo gerinimą bei skirtingų sveikatos priežiūros sektorių ir institucijų koordinaciją. Efektyvus konsolidavimas leidžia išvengti paslaugų dubliavimosi, sumažinti administracinę naštą ir pagerinti pacientų priežiūrą. Svarbi konsolidavimo dalis – tarpinstitucinis bendradarbiavimas, kuris leidžia institucijoms dalintis ištekliais, informacija ir geriausiomis praktikomis. Tam dažnai naudojami tinklo valdymo modeliai. Technologijų integravimas yra dar viena svarbi konsolidavimo priemonė. Elektroniniai sveikatos įrašai padeda sumažinti administracinę krūvį, užtikrina greitesnę duomenų apdorojimą ir palengvina sveikatos priežiūros paslaugų koordinavimą. Taip pat duomenų analizė ir dalijimosi sistemos leidžia kurti efektyvesnę tarpsektorinę politiką ir optimizuoti sprendimų priėmimą. Nepaisant privalumų, konsolidavimo proceso metu susiduriama ir su iššūkiais, tokiais, kaip vidinė organizacinė kultūra ir atsparumas pokyčiams. Sveikatos priežiūros sektorius dažnai susiduria su pasipriešinimu naujovėms, o pradinės investicijos į konsolidavimo procesus gali būti gana didelės. Vis dėlto, ilgalaikėje perspektyvoje gydymo išteklių konsolidavimo procesas prisideda prie efektyvesnės ir kokybiškesnės sveikatos priežiūros sistemos kūrimo.

1.4. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius teorinis modelis

Šiame poskyryje, išanalizavus mokslinės literatūros šaltiniuose pateikiamą informaciją, siekiama sukurti tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius teorinį modelį.

Tarpinstitucinio bendradarbiavimo veiksmingumas siekiant bendrų tikslų priklauso nuo veiksmų, kurie daro įtaką šiam bendradarbiavimui. Todėl yra būtina apžvelgti įtaką darančius veiksmus ir jų poveikį visam bendradarbiavimo procesui. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo veiksmus galima skirstyti į dvi grupes, t. y. vidinius ir išorinius. Išoriniai veiksniai yra tokie, kuriuos į bendradarbiavimo procesą atsineša bendradarbiaujančios institucijos arba jie yra nustatyti valstybės politikos. Vidiniai veiksniai – tai tokie, kurie veikia bendradarbiaujančias institucijas tarpinstitucinio bendradarbiavimo metu ir yra būtini efektyviam bendradarbiavimo procesui užtikrinti.

4 lentelė. Tarpinstituciniam bendradarbiavimui įtaką darantys veiksniai konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius (sudaryta autoriaus, remiantis Calancie ir kt. (2021); Tancred ir kt., (2024); Exley ir kt., (2024) ir kt.; 2025)

Išoriniai veiksniai	Vidiniai veiksniai
Sveikatos priežiūros infrastruktūra	Ryšių skatinimas
Žmogiškieji ištekliai	Konfliktų valdymas
Finansavimo mechanizmai	Pasitikėjimo stiprinimas
Teisinis reguliavimas	Veiklos koordinavimas

Remiantis 4 lentele, toliau bus plačiau pristatomi išoriniai veiksniai. **Sveikatos priežiūros infrastruktūra** yra esminis veiksnys, užtikrinantis sklandų ir prieinamą medicinos paslaugų teikimą. Tai apima platų medicinos įstaigų tinklą, įskaitant ligonines, poliklinikas, reabilitacijos centrus ir kitas paslaugų teikimo vietas, taip pat pažangią medicinos įrangą ir priemones. Kaip teigia Belrhiti ir kt. (2024), konsolidavimas leidžia pasiekti didesnes pasirinkimo galimybes ir turėti platesnę prieigą prie koordinuoto sveikatos priežiūros proceso tarp skirtingų paslaugų teikėjų ir jų lygmenų. O tai svarbu, nes sveikatos priežiūros sistemos dažnai susiduria su finansiniais iššūkiais ir didėjančiais pacientų srautais (Mervyn, Amoo ir Malby, 2019). Skaitmeninės sveikatos priežiūros technologijos, tokios, kaip elektroninės sveikatos įrašų sistemos ir nuotolinė medicina, papildomai pagerina paslaugų teikimą, palengvindamos duomenų mainus ir nuotolines konsultacijas (Belrhiti ir kt., 2024). Belrhiti ir kt. (2024) siūlo naudoti dirbtinį intelektą siekiant paspartinti duomenų analizę. Be to, pacientų transportavimo ir skubios pagalbos infrastruktūra užtikrina savalaikes medicininės intervencijos ir lygias galimybes gauti priežiūrą, ypač kaimo ir mažiau aptarnaujamose vietovėse. Tvirtai išvystyta sveikatos priežiūros infrastruktūra, veikiant tarpinstituciniam bendradarbiavimui, leidžia efektyviau konsoliduoti įvairių institucijų išteklius, sumažinti paslaugų dubliavimąsi ir taip gerinti bendrą sveikatos priežiūros sistemos veiklą (Hearld ir Westra, 2022). Efektyvus infrastruktūros išteklių paskirstymas konsolidavimo metu tampa neatsiejama šio proceso dalimi, nes jis padeda pasiekti didesnę sveikatos sistemos efektyvumą ir aukštesnę asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, naudojant ribotus išteklius (Costumato, 2021). Bendradarbiavimas tarp įvairių institucijų, kaip teigia Mervyn ir kt. (2019), leidžia geriau koordinuoti paslaugų teikimą, nes institucijos dalijasi informacija, ištekliais ir taikomomis praktikomis. Žmogiškieji ištekliai yra labai svarbi sveikatos priežiūros

infrastruktūros dalis, kuri atlieka pagrindinį vaidmenį teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas, todėl turi būti įvertinamas žmogiškųjų išteklių poveikis tarpinstitucinio bendradarbiavimo procesui.

Žmogiškieji ištekliai yra esminiai sveikatos priežiūros sistemos veiksniai, nes asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė tiesiogiai priklauso nuo specialistų kompetencijos ir prieinamumo. Šiai grupei priklauso ne tik gydytojai, slaugytojai, kineziterapeutai ir kiti medicinos specialistai, bet ir administracijos darbuotojai, atsakingi už bendradarbiavimo tarp institucijų koordinavimą (Tancred ir kt., 2024). Žmogiškieji ištekliai yra esminis veiksnys, užtikrinantis gydymo išteklių konsolidavimo sėkmę sveikatos priežiūros sistemoje. Efektyvus bendradarbiavimas tarp įvairių institucijų ir sektorių dažnai priklauso nuo kvalifikuotų ir motyvuotų darbuotojų, kurie geba koordinuoti paslaugų teikimą ir užtikrinti aukštą paslaugų kokybę. Nuolatinis profesinis tobulėjimas ir mokymas yra būtini, kad asmens sveikatos priežiūros specialistai būtų susipažinę su naujausiais medicinos pasiekimais ir geriausiomis praktikomis (Axelsson ir Axelsson, 2006). Veiksmingas asmens sveikatos priežiūros specialistų paskirstymas tarp įvairių institucijų padeda subalansuoti darbo krūvius, užkertant kelią šių specialistų trūkumui tam tikruose regionuose ir neleidžiant įstaigose dirbantiems specialistams „perdegti“. Tai užtikrina tiek efektyvų paslaugų teikimą, tiek ir aukštą paslaugų kokybę. Tačiau tam yra reikalingi tvarūs ir stabilūs finansavimo mechanizmai, kurie įgalina institucijas plėsti žmogiškuosius išteklius ar išlaikyti ir skatinti jau esamus darbuotojus.

Finansavimo mechanizmai yra svarbūs siekiant tvarios asmens sveikatos priežiūros, nes taip yra užtikrinamas reikalingų paslaugų teikimas. Šie mechanizmai apima valstybės finansavimą ir asmens sveikatos priežiūros draudimo sistemas, kurios sudaro pagrindą gaunant asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Be to, ES ir kiti tarptautiniai fondai suteikia papildomų išteklių, skirtų asmens sveikatos priežiūros infrastruktūros tobulinimui ir inovacijų diegimui (Martinsen ir kt., 2021). Scott'as ir Thomas (2017) teigia, jog problemos mastas gali paskatinti vadovus ieškoti bendradarbiavimo su kitomis organizacijomis, papildoma paskata gali būti ir masto ekonomija, susijusi su politikos priemonėmis bei paslaugų teikimu. Dalijantis viešųjų paslaugų teikimu su kitomis viešosiomis, privačiomis ar ne pelno organizacijomis galima sumažinti institucijos sąnaudas ir efektyviau išnaudoti skirtingų institucijų turimus išteklius, taip išvengiant investicijų dubliavimo, todėl bendradarbiavimo tipas priklauso nuo teikiamos paslaugos pobūdžio ir su ja susijusios sandorio rizikos. Finansavimo mechanizmai yra esminis veiksnys, užtikrinantis gydymo išteklių konsolidavimo sėkmę sveikatos priežiūros sistemoje. Efektyvus finansavimo modelis leidžia geriau paskirstyti išteklius ir optimizuoti paslaugų teikimą, kad jos būtų prieinamos visiems pacientams. Mervyn ir kt. (2019) pabrėžia, kad tarpinstitucinis bendradarbiavimas leidžia geriau koordinuoti paslaugų teikimą, nes institucijos dalijasi informacija, ištekliais ir praktikomis. O tai reiškia, jog finansavimo mechanizmai turi būti suderinti tarp skirtingų sektorių ar institucijų, kad būtų pasiektas efektyvus ir tvarus sveikatos priežiūros finansavimas. Viešojo ir privataus sektoriaus partnerystės taikymas dar labiau skatina bendradarbiavimą tarp institucijų ir privataus sektoriaus, pritraukiant investicijas ir žinias, siekiant pagerinti teikiamų paslaugų kokybę (Exley ir kt., 2024). Efektyvus biudžeto planavimas ir išlaidų optimizavimas yra būtini siekiant maksimizuoti turimų finansinių išteklių poveikį. Sveikatos priežiūros sistemos finansavimo mechanizmai yra griežtai apibrėžti teisės aktais ir poįstatyminiais dokumentais, taigi tarpinstitucinio bendradarbiavimo procese turi būti aiškus srities teisinis reglamentavimas. Turi būti įvertinamos bendradarbiavimo galimybės ir bendradarbiaujančių institucijų pareigos. Kai visi dalyviai aiškiai supranta savo poziciją tinkle, kyla mažiau ginčų ir nesutarimų, todėl bendradarbiavimo procesas tampa stipresnis.

Teisinis reglamentavimas yra ne mažiau svarbus sveikatos priežiūros sistemos veikimui, nes aiški ir struktūruota teisinė bazė nustato bendradarbiavimo galimybes ir taisykles bei apibrėžia skirtingų institucijų atsakomybę. Teisinis reglamentavimas yra esminis veiksnys, užtikrinantis gydymo išteklių konsolidavimo sėkmę sveikatos priežiūros sistemoje. Efektyvus teisinis reglamentavimas leidžia geriau paskirstyti išteklius ir optimizuoti paslaugų teikimą, kad jos būtų prieinamos visiems pacientams. Efektyvus teisinis reglamentavimas gali padėti sumažinti fragmentaciją ir užtikrinti, kad teisinė bazė būtų aiški, nuosekli ir lengvai pritaikoma praktikoje. Tai taip pat prisideda prie geresnio išteklių paskirstymo ir paslaugų kokybės užtikrinimo (Alderwick ir kt., 2021). Pagrindiniai teisinio reglamentavimo aspektai apima asmens sveikatos priežiūros valdymą, pacientų duomenų apsaugos įstatymus bei teisinius pagrindus, reglamentuojančius viešojo ir privataus sektoriaus partnerystę. Tarpinstituciniai bendradarbiavimo susitarimai ir strateginiai dokumentai palengvina struktūrizuotą suinteresuotų šalių bendradarbiavimą (Costumato, 2021). Teisinis aiškumas yra būtinas, kad būtų išvengta konfliktų tarp institucijų ir užtikrintas sklandus tarpsektorinis ar tarpinstitucinis bendradarbiavimas (de Montigny ir kt., 2019).

Apibendrinant išorinius tarpinstituciniam bendradarbiavimui įtaką darančius veiksnys, sveikatos priežiūros infrastruktūra, žmogiškieji ištekliai, finansavimo mechanizmai ir teisinis reglamentavimas yra esminiai veiksniai, užtikrinantys veiksmingą tarpinstitucinį bendradarbiavimą ir sklandų sveikatos paslaugų teikimą. Tačiau reikia nepamiršti, jog atskiros institucijos jungiasi į bendradarbiavimo procesą turėdamos savo ryšius, vidines struktūras ir kultūras, kurios gali skirtis priklausomai nuo institucijos tipo, personalo amžiaus ar kitų veiksnių. Kiekviena institucija į bendradarbiavimą gali žiūrėti skirtingai, todėl yra reikalingas bendro požiūrio aptarimas ir panašios organizacinės vertybės. Siekiant sukurti tvarią ir stabilią bendradarbiavimo praktiką, reikalinga skatinti ryšius tarp institucijų, jog dialogo būdu būtų įmanoma nustatyti galinčių bendradarbiauti institucijų vertybes, požiūrius ir lūkesčius.

Toliau, remiantis 4 lentelės duomenimis, bus pristatoma vidinių tarpinstitucinio bendradarbiavimo veiksnių analizė. **Ryšių skatinimas** būtinas siekiant suburti pagrindines suinteresuotąsias šalis, kad šios institucijos užmegztų tvirtą partnerystę ir sukurtų veiksmingą bendradarbiavimo tinklą. Efektyvi komunikacija yra esminė siekiant užtikrinti sklandų bendradarbiavimą tarp institucijų. Calancie ir kt. (2021) pabrėžia, kad aiškūs komunikacijos kanalai ir reguliarios informacijos dalijimosi praktikos stiprina tarpinstitucinį bendradarbiavimą. Be to, Cross'as, Parker ir Borgatti (2002) teigia, kad socialinio tinklo analizė gali padėti atskleisti nematomus ryšius institucijoje, taip skatindama strateginį bendradarbiavimą. Institucijoms, siekiančioms bendradarbiauti, ilgalaikė sėkmė ir tvarumas priklauso nuo jų gebėjimo paskatinti dalyvius imtis veiksmų savo pačių institucijose. Taip pat svarbu, kad šios institucijos gebėtų institucionalizuoti savo viziją, tikslus ir programas, kurios būtų naudingos ne tik dalyvaujančioms institucijoms, bet ir platesnei bendruomenei (Hearld ir Alexander, 2014). Taigi, turint stiprius institucinius ryšius yra lengviau sutelkti partnerius bendro tikslo siekimui.

Partnerių telkimas žymi bendradarbiavimo tarp institucijų pradžią, kur užmezgamos pirminės partnerystės. Šiame procese nustatomos ir įtraukiamos pagrindinės suinteresuotosios šalys, tokios, kaip asmens sveikatos priežiūros įstaigos (sveikatos centrai, ligoninės, klinikos ir pan.), socialinių paslaugų teikėjai ir politikos formuotojai (centrinės ir/arba vietos valdžios institucijos), kad būtų užtikrintas platus atstovavimas ir įtraukimas į bendradarbiavimą. Esminis šio etapo aspektas yra sutarimas dėl bendrų tikslų ir laukiamų rezultatų. Aiškus bendrų tikslų išdėstymas padeda sukurti vieningą kryptį visoms dalyvaujančioms institucijoms, sumažinant galimus nesusipratimus ir

nukreipiant pastangas link bendro tikslo (Costumato, 2021). Partnerių telkimas yra esminis veiksnys siekiant efektyvaus išteklių konsolidavimo sveikatos priežiūros sistemoje. Bendradarbiavimas tarp skirtingų institucijų leidžia optimizuoti turimus partnerių išteklius, sumažinti paslaugų dubliavimą ir pagerinti jų prieinamumą. Kaip teigia Mervyn ir kt. (2019), tarpinstitucinis bendradarbiavimas leidžia efektyviau paskirstyti ribotus išteklius, užtikrinant jų tvarų naudojimą ir mažinant švaistymą. Tai pabrėžia partnerių telkimo svarbą, nes be veiksmingo bendradarbiavimo, išteklių konsolidacija gali būti fragmentuota ir neefektyvi. Be to, norint palengvinti veiksmingą bendradarbiavimo koordinavimą, būtina sukurti komunikacijos kanalus ir sudaryti oficialius susitarimus. Struktūrinių dialogo ir sprendimų priėmimo mechanizmų sukūrimas leidžia institucijoms nuo pat pradžių kurti pasitikėjimą ir skaidrumą (Mervyn ir kt., 2019). Šio proceso rezultatas yra reikšmingas, nes jis padeda struktūrizuoti bendradarbiavimo pagrindą. Stipri tarpinstitucinė lyderystė ir aiškiai apibrėžtos bendros vertybės skatina partnerių sutelktumą bei strateginę viziją (Palumbo ir kt., 2020). Anksti suderinusios tikslus ir lūkesčius, institucijos gali sukurti tvirtą pagrindą ilgalaikiam bendradarbiavimui. Peeters ir kt. (2023) pastebi, jog labai svarbu egzistuojantys institucijų santykiai ir požiūris į bendradarbiavimą, pastebėta, kad santykiai, kurie bendradarbiavimo procese buvo įtempti, stabdė jo efektyvumą. Todėl interesų derinimas turėtų būti nuolatinis procesas, kad pasikeitus aplinkybėms, būtų galima išryškinti konfliktines sritis ir suderinti visoms šalims tinkamiausią sprendimo būdą.

Interesų derinimas tampa svarbus, nes gali atsirasti skirtumų tarp institucinių prioritetų, veiklos metodų ir sprendimų priėmimo procesų, galinčių sukelti įtampą tarp bendradarbiaujančių institucijų (Lan ir kt., 2022). Susibūriant įvairioms institucijoms, priešingi interesai ir požiūriai turi būti pripažinti ir sprendžiami siekiant išvengti partnerystės trikdžių. Svarbus šio proceso aspektas yra konfliktų sprendimas per struktūrinį dialogą ir derybas. Atviros diskusijos leidžia institucijoms išreikšti savo interesus, išsiaiškinti nesusipratimus ir siekti visoms pusėms priimtinių sprendimų. Efektyvus bendravimas padeda kurti pasitikėjimą ir ugdo bendradarbiavimo kultūrą (Wang ir Ran, 2023). Išteklių konsolidavimas neišvengiamai susijęs su skirtingų suinteresuotųjų šalių interesų derinimu. Efektyvus bendradarbiavimas tarp institucijų kitų partnerių reikalauja subalansuoto požiūrio, kuris leistų išvengti konfliktų ir užtikrintų bendrą naudą. Kaip teigia Seaton ir kt. (2018), sėkmingas interesų derinimas yra kertinis efektyvaus išteklių paskirstymo elementas, leidžiantis užtikrinti tvarų ir subalansuotą sprendimų priėmimą. Vienas iš pagrindinių iššūkių derinant interesus yra nevienodi išteklių valdymo prioritetai tarp skirtingų institucijų. Kai kurie partneriai gali siekti didesnio finansavimo, kiti – geresnio paslaugų prieinamumo ar inovacijų diegimo. Siekiant efektyvios konsolidacijos, būtina aiškiai apibrėžti bendrus tikslus ir rasti kompromisus. Mohebbi, Li ir Wyatt (2021) pabrėžia, kad sėkmingas interesų derinimas vyksta per atvirą komunikaciją, aiškiai suformuluotus tikslus ir nuoseklią koordinavimo strategiją. Tačiau svarbus aspektas – skirtingų interesų derinimas išsaugant institucijų autonomiją. Institucijos turi rasti bendrą kalbą nepažeisdamos savo pagrindinių vertybių ar veiklos nepriklausomumo. Tam reikia lankstumo, kompromisų ir įsipareigojimo siekti bendrų tikslų. Norint paremti ilgalaikį bendradarbiavimą, būtina sukurti ginčų sprendimo ir vaidmens išaiškinimo mechanizmus. Aiškiai apibrėžtos atsakomybės, sprendimų priėmimo įgaliojimai ir konfliktų sprendimo procedūros užtikrina, kad nesutarimai gali būti valdomi efektyviai ir sąžiningai. Šio proceso rezultatas itin svarbus, nes jis užtikrina sklandesnę sveikatos priežiūros paslaugų integraciją, valdant nesutarimus, kol jie neperauga į bendradarbiavimo kliūtis (Alderwick ir kt., 2021). Aktyviai spręsdamos galimus konfliktus, institucijos gali sukurti stabilesnę ir veiksmingesnę partnerystę, kuri leis pasiekti geresnių integruotų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo rezultatų. Veiksmingo interesų derinimo rezultatai turėtų būti aiškiai dokumentuoti, todėl

rekomenduojama sukurti bendras normas, kurių turi laikytis visos bendradarbiaujančios institucijos ir jų darbuotojai.

Kai interesai yra suderinami, institucijos pradeda **kurti bendras normas**, taisykles ir veiklos sistemas, kuriomis vadovaujantis vystomos jų bendradarbiavimo pastangos. Šis procesas yra labai svarbus siekiant sukurti struktūrizuotus ir nuspėjamus veiklos santykius tarp institucijų, užtikrinant, kad visi partneriai veiktų pagal bendrus principus (Tancred ir kt., 2024). Pagrindinis šio proceso tisklas yra valdymo struktūrų ir koordinavimo mechanizmų apibrėžimas. Aiškiai apibrėžti lyderio vaidmenys, sprendimų priėmimo procesai ir komunikacijos kanalai padeda sukurti organizuotesnę ir efektyvesnę bendradarbiavimą. Šios struktūros užtikrina atskaitomybę ir palengvina sklandesnę institucijų sąveiką. Dar vienas svarbus proceso aspektas yra darbo eigos ir informacijos dalijimosi protokolų standartizavimas. Derindamos procedūras ir keitimosi duomenimis metodus, institucijos gali sumažinti neefektyvumą, klaidas ir pagerinti paslaugų tęstinumą (Exley ir kt., 2024). Kaip nurodo Exley ir kt. (2024), bendrų normų kūrimas konsolidavimo procese apima ne tik administracinius ar teisės aktus, bendrą organizacijų veiklą reglamentuojančius aspektus, bet ir organizacinę kultūrą bei tarpusavio pasitikėjimo skatinimą. Jei dalyvaujančios institucijos nesilaiko bendrų veiklos standartų ar neturi aiškių įsipareigojimų, kyla rizika, kad konsolidavimo procesas taps neefektyvus arba susidurs su vidiniais konfliktais. Bendrų normų kūrimas taip pat tiesiogiai susijęs su interesų derinimu. Kaip pažymi Alderwick ir kt. (2021), sėkmingam išteklių konsolidavimui būtina, kad institucijos dalintųsi atsakomybėmis ir veiktų pagal aiškiai nustatytus kriterijus. Pavyzdžiui, sveikatos priežiūros sektoriuje konsoliduojant paslaugas būtina sukurti bendrus kokybės vertinimo standartus, aiškiai apibrėžti paslaugų prieinamumo ir teikimo prioritetus, kad visos įsitraukusios institucijos turėtų vienodą veiklos pagrindą. Vieningas požiūris į dokumentaciją, ataskaitų teikimą ir pacientų siuntimą pagerina bendrą sveikatos priežiūros integraciją. Be to, stiprinant tarpprofesinį ir tarpinstitucinį bendradarbiavimą per mokymus ir bendras iniciatyvas, sustiprinamas komandinis darbas ir keitimasis žiniomis. Reguliarios mokymo programos, seminarai ir bendradarbiavimo projektai padeda kurti pasitikėjimą, tobulinti kompetencijas ir skatinti sveikatos priežiūros specialistų bendrą viziją. Šio proceso poveikis yra reikšmingas, nes skatina asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo nuoseklumą. Nustatydamos aiškias normas ir koordinavimo mechanizmus, institucijos didina efektyvumą, mažina veiklos neapibrėžtumą, užtikrina sklandesnę patirtį tiek paslaugų teikėjams, tiek pacientams. Efektyvus tarporganizacinių santykių valdymas reikalauja ne tik siekti bendrų tikslų, bet ir suderinti individualius partnerių interesus, skatinant jų įsipareigojimą bendradarbiauti (Palumbo ir kt., 2020). Institucijų ir struktūrų įvairovė bei skirtingi požiūriai ateityje gali išsaukti konfliktus ar nesusipratimus, todėl yra reikalinga užtikrinti efektyvų konfliktų valdymą.

Konfliktų neišvengiamumas bendradarbiaujant reikalauja efektyvių **konfliktų valdymo** strategijų. Emerson ir Nabatchi (2015) teigia, jog konstruktyvūs konfliktų sprendimo mechanizmai padeda išlaikyti bendradarbiavimo produktyvumą. Konfliktų valdymas yra svarbi proceso dalis, nes nesutarimai gali trukdyti sklandžiam išteklių paskirstymui, todėl svarbu, kad institucijos sukurtų aiškius konfliktų valdymo mechanizmus, kuriuos būtų lengva pritaikyti viso konsolidavimo proceso metu. Žiūrint bendrai, išteklių konsolidavimo metu konfliktai dažnai kyla dėl trijų pagrindinių priežasčių: nesuderinamų tikslų, konkurencijos dėl ribotų išteklių bei skirtingų institucijų vertybinių bei veiklos sistemų. Kaip nurodo Provan'as ir Kenis (2007), net ir sėkmingai konsoliduojant išteklius, būtina užtikrinti, kad visos dalyvaujančios institucijos būtų vienodai įsipareigojusios bendram tikslui ir kad jų interesai būtų suderinti. Konfliktai kyla, kai dalyvaujančios institucijos nesugeba susitarti

dėl bendrų tikslų arba kai išteklių paskirstymas neatitinka lūkesčių. Axelsson'as ir Axelsson (2006) pažymi, kad aiškiai apibrėžtos atsakomybės ir vaidmenys gali sumažinti konfliktų tikimybę tarp partnerių. Šis procesas skatina institucijas pasitikėti vienas kitomis, taip stiprinant bendro tikslo siekimą.

Pasitikėjimo stiprinimas yra pagrindas tvariam bendradarbiavimui. Provan'as ir Kenis (2007) pastebi, kad aukštas pasitikėjimo lygis tarp narių yra susijęs su didesniu tinklo efektyvumu. Be to, Errecaborde ir kt. (2019) pabrėžia, jog pasitikėjimo kūrimas reikalauja laiko ir nuoseklių pastangų, tačiau tai yra esminis veiksnys sėkmingam bendradarbiavimui. Gydymo išteklių konsolidavimas, kaip procesas, reikalauja stiprių tarpinstitucinių ryšių ir bendro supratimo, nes šis procesas apima įvairių sektorių ar paslaugų teikėjų koordinavimą (Costumato, 2021; Belrhiti ir kt., 2024). Pasitikėjimas tarp institucijų yra būtinas, kad būtų galima efektyviai dalytis ištekliais, informacija ir geriausiomis praktikomis, siekiant optimizuoti paslaugų teikimą ir sumažinti administracinį krūvį (Mohebbi, Li ir Wyatt, 2020). Pasitikėjimo kūrimas dažnai prasideda nuo skaidrumo ir aiškaus komunikacijos proceso. Institucijos turi gerai suprasti vienos kitos tikslus ir lūkesčius, kad būtų pasiektas bendras rezultatas, ypač kai kalbama apie sudėtingas ir koordinuojamas paslaugas. Kuomet institucijose yra aukštas pasitikėjimo lygmuo, jos lengviau susitaria dėl bendros struktūros ir veiklos koordinavimo.

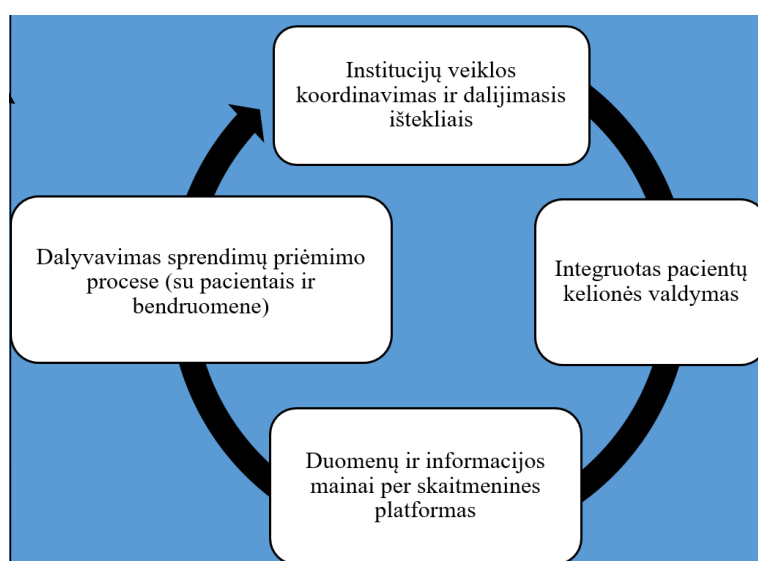
Veiklos koordinavimas užtikrina, kad visos dalyvaujančios šalys dirbtų harmoningai siekdamos bendrų tikslų. Keast, Brown ir Mandell (2007) teigia, kad tinkamas integracijos strategijų pasirinkimas gali pagerinti veiklos koordinavimą tarp institucijų. Taip pat, Lan ir kt. (2022) pastebi, jog bendradarbiavimo struktūros integruotoje sveikatos priežiūros sistemoje padeda optimizuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir išteklių naudojimą. Hilligoss'o, Song'o ir McAlearney (2016) tyrimo išvados rodo, kad koordinavimo mechanizmai, skirti integracijos pasiekimui, palaikymui ir tobulinimui, dažnai priklauso nuo ilgalaikės kelių sąveikos mechanizmų strategijos. Vadovams tai reiškia, kad nors ir koordinavimo mechanizmai turi būti pritaikyti prie vietinių darbo sąlygų ir netikėtumų, būtina išlaikyti ir aukštesnio lygio strateginę perspektyvą. Tik taip galima užtikrinti, kad šie mechanizmai veiktų darniai ir padėtų institucijai siekti savo tikslų. Gydymo išteklių konsolidavimas reikalauja, kad institucijos bendradarbiautų ir koordinuotų savo veiklą, užtikrindamos optimalų išteklių paskirstymą ir paslaugų teikimą. Koordinavimas taip pat apima paslaugų teikimo procesų racionalizavimą ir administracinių funkcijų pašalinimą, kuomet gydančio personalo darbuotojai yra priversti patys koordinuoti savo veiklą, bet ne vykdyti tiesiogines savo funkcijas. Todėl administracinių funkcijų pašalinimas padeda užtikrinti efektyvesnę ir greitesnę paslaugų teikimą (Martinsen, Schrama ir Mastenbroek, 2021).

Tarpinstitucinis bendradarbiavimas apima koordinuotus procesus, kurie leidžia skirtingoms institucijoms veiksmingai sąveikauti siekiant bendrų tikslų. Šie procesai yra dinamiški ir priklauso nuo institucijų tarpusavio pasitikėjimo, aiškių valdymo mechanizmų ir bendrų veiklos strategijų (Provan ir Kenis, 2007; Wang ir Ran, 2023).

Apibendrinant svarbiausius vidinius tarpinstitucinio bendradarbiavimo veiksnius galima teigti, jog yra labai svarbus ryšių skatinimas, efektyvi komunikacija, interesų derinimas ir pasitikėjimo kūrimas. Pirmiausia, būtina sukurti tvirtus ryšius tarp institucijų, kad jos galėtų dalintis ištekliais ir bendradarbiauti siekdamos bendrų tikslų. Aiškūs komunikacijos kanalai ir dalijimasis informacija sustiprina tarpinstitucinį bendradarbiavimą. Interesų derinimas ir konfliktų sprendimas yra būtinas, nes gali kilti nesutarimų tarp skirtingų institucijų prioritetų ar veiklos metodų, tad efektyvus konfliktų

valdymas padeda išlaikyti bendradarbiavimo produktyvumą ir pasiekti geresnių rezultatų. Pasitikėjimo kūrimas yra esminis veiksnys tvariam tarpinstituciniam bendradarbiavimui, o veiklos koordinavimas leidžia institucijoms veikti harmoningai siekiant bendrų tikslų.

Efektyvus institucijų bendradarbiavimas asmens sveikatos priežiūros srityje padeda optimaliai paskirstyti išteklius, sutrumpinti pacientų laukimo laiką ir padidinti paslaugų prieinamumą. Sklandus pacientų srautų valdymas ir koordinuota asmens sveikatos priežiūros politika leidžia efektyviau spręsti sektoriaus iššūkius bei mažinti sistemos išlaidas. Integruotas pacientų kelionių valdymas užtikrina nenutrūkstamą gydymo procesą, pritaikytą individualiems poreikiams, ir sumažina administracinę naštą. Skaitmeninės technologijos palengvina duomenų mainus, padeda priimti tikslesnius sprendimus ir mažina biurokratiją. Tuo tarpu aktyvus pacientų ir bendruomenės dalyvavimas sveikatos sistemos formavime gerina paslaugų kokybę ir skatina didesnę įsitraukimą į gydymo procesą.



3 pav. Efektyvaus tarpinstitucinio bendradarbiavimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros išteklius procesas (sudaryta autoriaus, remiantis Costumato (2021); Martinsen ir kt., (2021); Calancie ir kt., (2021) ir kt., 2025)

Įvertinus mokslinės literatūros šaltiniuose pateikiamą informaciją galima teigti, jog efektyvaus tarpinstitucinio bendradarbiavimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros išteklius procesas apima keturis elementus – institucijų veiklos koordinavimą ir dalijimąsi ištekliais; integruotą pacientų kelionės valdymą; duomenų ir informacijos mainus bei dalyvavimą sprendimų priėmimo su pacientais ir bendruomene. Šiems aukščiau paminėtiems elementams tarpinstitucinio bendradarbiavimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros išteklius procese turėtų būti skiriamas nuolatinis dėmesys. Toliau projekte bus detalčiau aptariami efektyvaus tarpinstitucinio bendradarbiavimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros išteklius proceso elementai, pateikti 3 paveiksle.

Institucijų veiklos koordinavimas ir dalijimasis ištekliais tarp asmens sveikatos priežiūros įstaigų leidžia optimizuoti medicinos išteklių panaudojimą, kad būtų pasiekti geresni sveikatos priežiūros rezultatai. Toks koordinavimas padeda ne tik dalytis infrastruktūra ir specialistų patirtimi, bet ir mažina laukimo laiką bei pagreitina būtinų paslaugų prieinamumą. Optimizavus pacientų srautus tarp įstaigų, užtikrinamas greitesnis ir efektyvesnis paslaugų teikimas. Regioninės bendradarbiavimo

iniciatyvos dar labiau sustiprina bendrų sprendimų priėmimą, leisdamos institucijoms koordinuoti strategijas, paskirstyti išteklius ir kartu spręsti asmens sveikatos priežiūros iššūkius (Costumato, 2021; Mervyn ir kt., 2019). Tai lemia dvi pagrindines naudas: sumažinamos sveikatos priežiūros išlaidos, nes optimizuojama paslaugų teikimo sistema, ir užtikrinama, kad pacientai gautų laiku reikiamą priežiūrą, taip sumažinant laukimo laiką ir pagerinant jų sveikatos būklę. Kadangi kai kurių institucijų dalyvavimas bendradarbiavimo procese gali būti grindžiamas savanaudiškais motyvais, būtina tinkamai koordinuoti bendradarbiavimą, skatinant partnerius orientuotis į kolektyvinius, o ne individualius tikslus (Palumbo ir kt., 2020). Pasak Palumbo ir kt. (2020), savanaudiški interesai ypač išryškėja, kai pagrindiniai veikėjai nesugeba užtikrinti savo lyderystės tinkle, kai trūksta stiprių horizontalių ryšių arba kai partneriai nesugeba sutelkti dėmesio į bendrą viziją ir pasitikėjimą. Šie veiksniai silpnina tarpinstitucinės sistemos kuriamą vertę ir mažina bendradarbiavimo potencialą. Gerai koordinuota sistema taip pat skatina sklandų perėjimą tarp skirtingų priežiūros lygių, užtikrinant, kad paslaugos nebūtų fragmentuotos ir neatsirastų paslaugų dubliavimo (Lan ir kt., 2022; Wang ir Ran, 2023).

Integruotas pacientų kelionės valdymas yra būtinas, siekiant užtikrinti sklandų ir visapusišką sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Tai apima sklandų perėjimą tarp skirtingų priežiūros lygių, pavyzdžiui, nuo šeimos gydytojo prie specializuoto gydymo ar reabilitacijos gydytojo, kas gerina asmens sveikatos priežiūros tęstinumą (Alderwick ir kt., 2021; Tancred ir kt., 2024). Karlsson ir kt. (2020) atliktas tyrimas parodė, jog pacientų priežiūra ir reabilitacija apima daugelį veikėjų, ypač kai pacientų poreikiai yra sudėtingi. Tokiais atvejais reikalingos specializuotos pagalbinės priemonės ir kompetencija joms pritaikyti. Sudėtingesni atvejai didina reikalavimus įrangai, jos priežiūrai ir specialistų gebėjimams. Be to, pacientų poreikiai tiesiogiai veikė bendradarbiaujančių specialistų skaičių, o tai kėlė didesnius reikalavimus tarpsektoriniam bendradarbiavimui ir pastangų koordinavimui. Individualizuoti gydymo planai, kuriuose atsižvelgiama į kiekvieno paciento ligos istoriją, leidžia sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams pasiūlyti tikslesnius ir veiksmingesnius gydymo būdus, pritaikytus pagal paciento poreikius (Exley ir kt., 2024; Belrhiti ir kt., 2024). Be to, pagerintas paslaugų teikėjų bendravimas užtikrina, kad svarbi informacija apie pacientus būtų greitai perduodama, taip sumažinant medicininių klaidų ir nereikalingo gydymo riziką. Integruoto paciento kelionės valdymo nauda yra akivaizdi, nes pacientams tenka mažesnė administracinė našta, kadangi jie nesusiduria su poreikiu patiems ieškoti sudėtingose sveikatos priežiūros sistemose (Maillet ir kt., 2023; Esmaili ir kt., 2021). Dėl šio valdymo pacientai gauna labiau individualizuotą priežiūrą, kas padidina jų pasitenkinimą ir skatina laikytis paskirtų gydymo rekomendacijų. Šiame projekte pacientų kelionės valdymas suprantamas kaip sveikatos priežiūros paslaugų planavimo, koordinavimo ir stebėsenos procesas, apimantis visą paciento kelią asmens sveikatos priežiūros sistemoje nuo pirmojo kreipimosi į ASPĮ dėl tos ligos iki visiško išgyjimo ar ilgalaikės priežiūros. Tad galiausiai šis procesas prisideda prie veiksmingesnių ir į pacientą orientuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių prioritetas asmens sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumas ir prieinamumas.

Duomenų ir informacijos mainai per skaitmenines platformas vaidina svarbų vaidmenį tarpinstituciniame bendradarbiavime, nes yra sklandžiau vykdomi informacijos mainai tarp asmens sveikatos priežiūros įstaigų. Elektroniniai sveikatos duomenų įrašai užtikrina nuolatinę ir saugią prieigą prie pacientų duomenų, taip suteikiant medicinos specialistams galimybę priimti sprendimus remiantis realiu laiku gaunama informacija (Martinsen ir kt., 2021; Woulfe ir kt., 2010). Skaitmeninės platformos leidžia efektyviau koordinuoti gydytojų paskyrimus ir diagnostikos procesus, taip supaprastinant pacientų srautų valdymą įstaigose. Skaitmeninių sprendimų integravimas turi didelę

įtaką sveikatos priežiūros sistemos efektyvumui, nes sumažina biurokratinės kliūtis ir paslaugų dubliavimą, leisdamas sveikatos priežiūros įstaigoms daugiau dėmesio skirti priežiūros teikimui, o ne administracinių procesų valdymui (Provan ir Kenis, 2007). Jau dabar informacinės technologijos plačiai naudojamos sveikatos ir socialinės apsaugos srityse. Sveikatos priežiūroje veikia telemedicina, o socialinėje globoje – nuotolinė priežiūra. Šios priemonės padeda spręsti pacientų ir klientų geografinio pasiskirstymo iššūkius, ypač kaimo vietovėse, kur nuolatiniai sveikatos paslaugų pokyčiai reikalauja vis didesnio planavimo ir efektyvumo (Jones ir Thomas, 2007). Bendradarbiavimo partnerystės paprastai vertinamos teigiamai, nes jos sukuria sinergiją – kai partnerių bendras darbas duoda didesnę rezultatą nei atskirų jų pastangų suma. Nuo devintojo dešimtmečio ši idėja tapo svarbia vyriausybių strateginio mąstymo dalimi. Bendradarbiavimas tampa lengvesnis, kai partneriai turi panašias organizacines struktūras, misijas ir tikslus. Be to, veiksmingoms partnerystėms būtinas pasitikėjimas tarp dalyvaujančių organizacijų. Geresnė prieiga prie išsamių pacientų duomenų pagerina sprendimų priėmimo kokybę, užtikrinant, kad gydymas būtų pagrįstas tikslia ir naujausia ligos istorija.

Dalyvavimas sprendimų priėmime su pacientais ir bendruomene asmens sveikatos priežiūroje pabrėžia paciento ir bendruomenės įsitraukimo svarbą formuojant medicinos paslaugų teikimą. Įtraukiant pacientus ar juos atstovaujančias organizacijas į asmens sveikatos priežiūrą, užtikrinama platesnės nuomonė ir tuo pačiu tai, kad sveikatos paslaugos atitiktų pacientų poreikius ir lūkesčius (Calancie ir kt., 2021). Bendruomenės įsitraukimas skatinamas įvairiomis iniciatyvomis, tokiomis, kaip apklausos, pacientų tarybos ir dalyvaujantys sprendimų priėmimo forumai, kurie stiprina nuosavybės jausmą ir bendrą atsakomybę už sveikatos priežiūrą (Hearld ir Westra, 2022). Bendruomenės įsitraukimas yra esminis daugelio skirtingų sektorių bendradarbiavimo aspektas, nors konkretūs metodai ir dalyvavimo mastas labai skiriasi (Calancie ir kt., 2021). Be to, edukacinės programos pacientams suteikia žinių apie ligų prevenciją ir valdymą, kas padeda jiems geriau kontroliuoti savo sveikatą. Pacientų ar juos atstovaujančių organizacijų bendradarbiavimo poveikis sveikatos priežiūrai yra reikšmingas – pacientai pereina nuo pasyvių paslaugų gavėjų į aktyvius savo gydymo proceso dalyvius, todėl jie labiau įsitraukia ir laikosi paskirto gydymo (Axelsson ir Axelsson, 2006; Cross, Parker ir Borgatti, 2002). Dėl to gerėja gydymo rezultatai, o bendras sveikatos sistemos veikimas tampa efektyvesnis dėl stipresnio bendradarbiavimo tarp paslaugų teikėjų, pacientų ir bendruomenės.

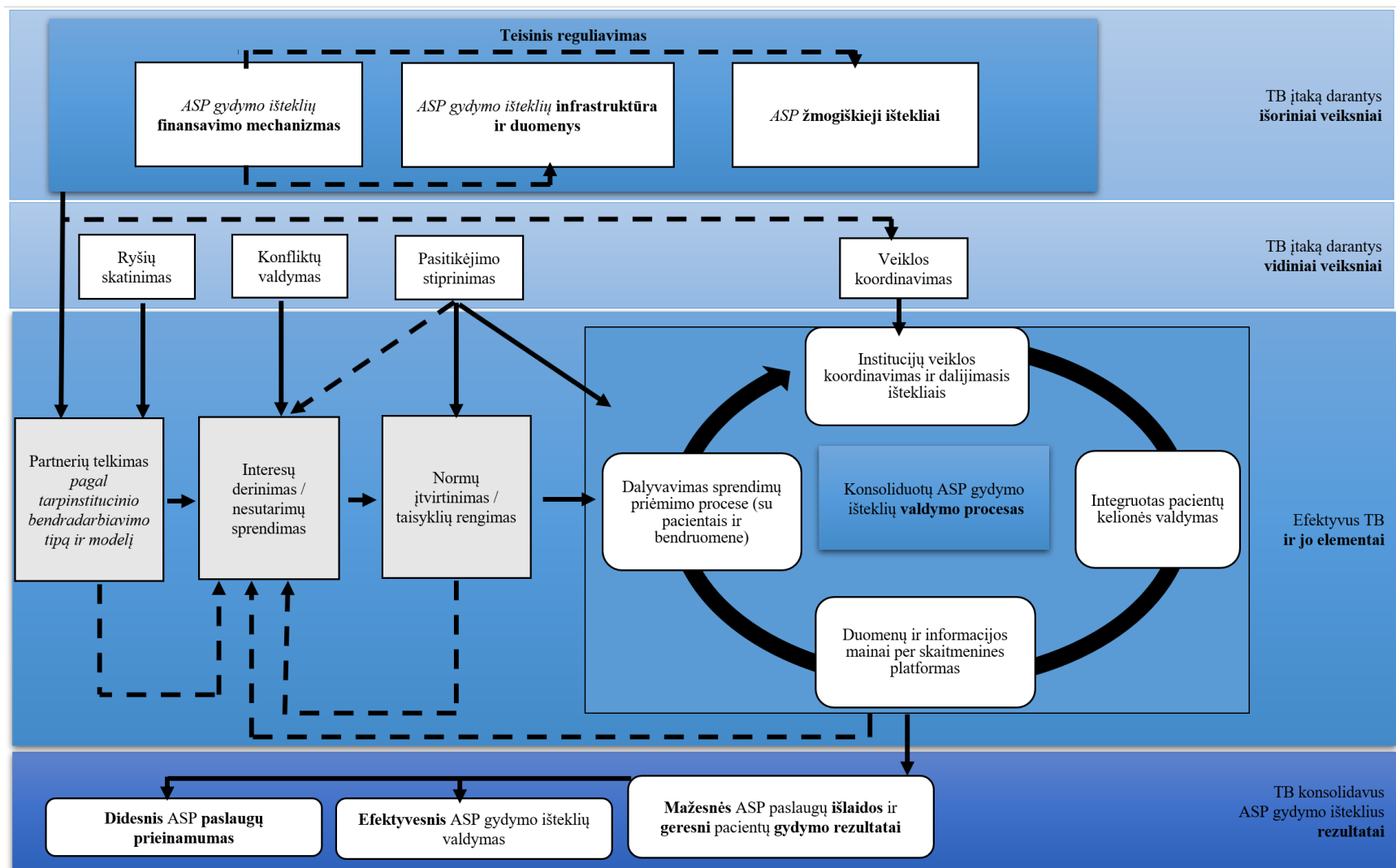
Galima teigti, jog visų šių aukščiau aptartų elementų visuma bendradarbiaujančias šalis veda į efektyvų bendradarbiavimą ir bendrų rezultatų siekimą. Bendruomenės, pacientų ir sveikatos priežiūros institucijų koordinuotas bendradarbiavimas, integruotas pacientų kelionės valdymas bei efektyvūs duomenų mainai prisideda prie sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo, užtikrinant jų prieinamumą, tęstinumą ir didinant pacientų pasitenkinimą.

Tarpinstitucinis bendradarbiavimas konsolidavus gydymo išteklius didina **paslaugų prieinamumą** ir **efektyvumą** sveikatos priežiūros sistemoje. Optimizuojant išteklių paskirstymą, šio bendradarbiavimo metu užtikrinama, kad paslaugos pasiektų didesnę pacientų ratą. Dėl to pacientai gali pasinaudoti labiau prieinamomis sveikatos priežiūros galimybėmis savo regione, sumažinant poreikį keliauti dideliais atstumais ir pagerinti galimybes laiku gauti medicininę priežiūrą. Šis išplėstas pasiekiamumas taip pat stiprina sveikatos priežiūros paslaugų teisingumą, ypač nepakankamai aptarnaujamose ar kaimiškose vietovėse (Costumato, 2021; Mervyn ir kt., 2019).

Pagrindinis tarpinstitucinio bendradarbiavimo konsolidavus gydymo išteklius rezultatas yra **efektyvesnis** sveikatos priežiūros **paslaugų paskirstymas**, nes sumažinus paslaugų dubliavimą, institucijos gali aptarnauti didesnę pacientų skaičių, neviršydamos to paties biudžeto. Šiame procese labai svarbus tampa geresnis tarpinstitucinis koordinavimas, kuris racionalizuoja pacientų srautus ir mažina laukimo laiką gydymo ir diagnostinėms procedūroms gauti. Dėl to sveikatos priežiūros sistemos tampa labiau reaguojanti į pacientų poreikius ir yra užtikrinamos savalaikės ir efektyvios paslaugos (Lan ir kt., 2022; Wang ir Ran, 2023).

Tarpinstitucinis bendradarbiavimas konsolidavus gydymo išteklius ne tik gerina sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir efektyvumą, bet ir prisideda prie **išlaidų mažinimo** bei **geresnių gydymo rezultatų**. Efektyvesnis išteklių paskirstymas taip pat padeda sumažinti bereikalingas išlaidas, nukreipiant lėšas į esmines paslaugas ar inovacijas. Tai, savo ruožtu, lemia geresnius pacientų gydymo rezultatus, aukštesnius paslaugų kokybės matavimo rodiklius ir bendrą gyvenimo kokybės pagerėjimą. Integruojant šiuos principus, tarpinstitucinis bendradarbiavimas skatina tvaresnę ir į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą, kuri subalansuoja ekonominę efektyvumą su geresniais paslaugų teikimo rodikliais (Alderwick ir kt., 2021; Belhiti ir kt., 2024). Įvertinus atliktos mokslinės literatūros šaltinių analizės duomenis, buvo parengtas keturių lygmenų teorinis tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius modelis (žr. 4 pav.).

Apibendrinant šį poskyrį galima teigti, kad teorinį tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius modelį sudaro keturi lygmenys: pirmame lygmenyje išskiriami tokie išoriniai veiksniai, darantys įtaką tarpinstituciniam bendradarbiavimui, kaip sveikatos priežiūros infrastruktūra, žmogiškieji ištekliai, finansavimo mechanizmai ir teisinis reguliavimas; antrame lygmenyje išskiriami tokie vidiniai veiksniai, darantys įtaką tarpinstituciniam bendradarbiavimui, kaip ryšių skatinimas, konfliktų valdymas, pasitikėjimo stiprinimas ir veiklos koordinavimas; trečiajame lygmenyje išskirti tokie tarpinstituciniam bendradarbiavimui svarbūs procesai, kaip partnerių telkimas, interesų derinimas, normų įtvirtinimas bei bendradarbiavimo ciklas, kuriame išskiriami keturi pagrindiniai elementai: institucijų veiklos koordinacija ir išteklių dalijimasis, integruotas pacientų kelionės valdymas, duomenų ir informacijos mainai per skaitmenines platformas bei dalyvavimas sprendimų priėmimo procese (su pacientais ir bendruomene). Ketvirtajame lygmenyje pateikti siektini tarpinstitucinio bendradarbiavimo rezultatai tokie, kaip, didesnis asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, efektyvesnis asmens sveikatos priežiūros paslaugų paskirstymas, mažesnės išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms ir geresni pacientų gydymo rezultatai. Punktyrinėmis linijomis pažymėti ryšiai daro netiesioginę įtaką modelio elementams, tuo tarpu ištisinės linijos žymi sąveikos ryšius, kurie tiesiogiai veikia sujungtus elementus. Apibendrinant galima pasakyti, jog šiame teoriniame modelyje apjungiami tarpinstituciniam bendradarbiavimui konsolidavus ASP gydymo išteklius įtaką darantys veiksniai, būtini užtikrinti procesai bei siektini rezultatai.



4 pav. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius teorinis modelis (sudaryta autoriaus, integruojant Axelsson ir Axelsson, 2006)

Apibendrinant pirmąjį skyrių galima teigti, jog bendradarbiavimas gali būti formalus arba neformalus. Taip pat yra išskiriami keturi pagrindiniai bendradarbiavimo tipai: tarpsektorinis arba tarpsritinis, tarpinstitucinis arba tarporganizacinis, viešojo ir privataus sektorių partnerystė bei bendradarbiavimo koalicijos. Šio baigiamojo projekto apimtyje asmens sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimas bus nagrinėjamas kaip tarpinstitucinis arba tarporganizacinis bendradarbiavimas. Plačiau aptarus tarpinstitucinio bendradarbiavimo tipus ir modelius, tapo aišku, jog yra išskiriami trys tarpinstitucinio bendradarbiavimo tipai: strateginis, struktūrinis bei funkcinis, bei išskiriami trys tarpinstitucinio bendradarbiavimo valdymo modeliai, t. y. decentralizuotas, centralizuotas bei hierarchinis. Aptariant asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklių konsolidavimo sampratą, tikslus ir priemones nustatyta, jog pati konsolidavimo samprata yra priklausoma nuo konteksto, kuriame ji taikoma. Šiame baigiamajame projekte bus taikomas sveikatos apsaugos kontekstas, kuriame konsolidavimas apibrėžiamas kaip procesas, peržengiantis struktūrinius rėmus, skirtas sveikatos sistemos pertvarkymui ir leidžiantis optimaliai naudoti turimus išteklius. Kadangi nustatyta, jog asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklių konsolidavimas neįmanomas be efektyvaus bendradarbiavimo tarp įvairių institucijų, yra reikalingas tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius elementų nustatymas. Atlikus mokslinės literatūros analizę buvo išskirta 18 elementų, kurie tapo tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius teorinio modelio konstruktu. Kuriant šį modelį išryškinti vidiniai ir išoriniai tarpinstitucinio bendradarbiavimo veiksniai. Papildytas mokslininkų taikytas tarpinstitucinio bendradarbiavimo proceso modelis bei išskirti laukiami rezultatai.

2. Tarptautinis ir nacionalinis tarpinstitucinio bendradarbiavimo ir asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklių konsolidavimo teisinis reguliavimas bei užsienio šalių gerosios praktikos

Sveikatos priežiūros sistemos efektyvumas ir paslaugų kokybė priklauso nuo tinkamo gydymo išteklių valdymo bei sklandaus institucijų bendradarbiavimo. Tarpinstitucinis bendradarbiavimas ir gydymo išteklių konsolidavimas tampa vis aktualesni, siekiant optimizuoti sveikatos paslaugų teikimą, mažinti sąnaudas ir užtikrinti pacientams savalaikę bei kokybišką priežiūrą. ES šalyse ir Lietuvoje šie procesai yra akcentuojami strateginiuose dokumentuose bei reglamentuojami teisės aktais, o jais siekiama sukurti veiksmingą sveikatos priežiūros modelį, pagrįstą duomenų dalijimusi, finansavimo mechanizmų optimizavimu ir inovatyvių valdymo sprendimų diegimu. Šiame skyriuje nagrinėjamas tarpinstitucinio bendradarbiavimo ir gydymo išteklių konsolidavimo teisinis reguliavimas ES bei Lietuvoje, analizuojamos pagrindinės teisinės nuostatos, jų praktinis įgyvendinimas ir kylantys iššūkiai. Taip pat aptariama, kaip skirtingose užsienio šalyse taikomos priemonės prisideda prie efektyvesnio tarpinstitucinio bendradarbiavimo skatinimo bei sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo. Skyriuje siekiama patikrinti autoriaus parengtą tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius teorinį modelį (žr. 1.4 poskyris) ir jį sudarančius elementus remiantis strateginiuose dokumentuose įvardintomis ilgalaikėmis kryptimis, teisės aktų nuostatomis bei užsienio valstybių gerosiomis praktikomis.

2.1. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo asmens sveikatos priežiūros srityje tarptautinis teisinis reguliavimas

Šiame poskyryje nagrinėjamos su sveikatos priežiūra susijusių tarptautinių organizacijų strategijos ir teisiniai dokumentai, kuriais siekiama stiprinti institucijų bendradarbiavimą sveikatos priežiūros srityje ir kurie daro įtaką Lietuvoje rengiamiems strateginiams dokumentams bei norminiams teisės aktams. Norint įvertinti Lietuvoje taikomą teisinį reguliavimą, reikalingas platesnis konteksto suvokimas. Todėl šiame poskyryje bus nagrinėjama Jungtinių Tautų (toliau – JT) Chartija, kaip kertinis pasaulinio bendradarbiavimo sveikatos bei kitose srityse pamatas, Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) tikslai ir strateginės bendradarbiavimo skatinimo nuostatos bei kiti ES dokumentai.

Bene svarbiausias pasaulinio lygmens bendradarbiavimą sveikatos priežiūros srityje apibrėžiantis dokumentas yra Jungtinių Tautų Chartija (toliau – Chartija), šis dokumentas pasirašytas 1945-06-26 Jungtinėse Amerikos Valstijose. Jungtinių Tautų Chartijos tiksluose apibrėžiamos šios veiklos kryptys: palaikyti tarptautinę taiką bei saugumą ir imtis veiksmingų kolektyvinių priemonių, siekiant užkirsti kelią grėsmei, plėtoti draugiškus tautų santykius, grindžiamus tautų lygiateisiškumo ir laisvo apsisprendimo principu, įgyvendinti tarptautinį bendradarbiavimą ir būti centru, vienijančiu tautų veiksmus bendriems tikslams įgyvendinti (Jungtinių Tautų Chartija, 1945). Pirmajame skyriuje pateikiami pagrindiniai JT tikslai ir principai. Pirmame tikslu pabrėžiamas tarptautinės taikos ir saugumo palaikymas, kolektyvinių priemonių taikymas siekiant užkirsti kelią grėsmėms taikai, nutraukti agresijos aktus ar kitus taikos pažeidimus, bei taikių priemonių naudojimas, remiantis teisingumo ir tarptautinės teisės principais, sprendžiant tarptautinius ginčus ar situacijas, galinčias kelti pavojų taikai. Antruoju tikslu siekiama skatinti draugiškus santykius tarp tautų, grindžiamus tautų lygiateisiškumo ir laisvo apsisprendimo principais, bei kitų priemonių, stiprinančių visuotinę taiką, taikymą. Trečiuoju tikslu numatomas tarptautinio bendradarbiavimo skatinimas sprendžiant

ekonominės, socialinės, kultūrinės ir humanitarinės problemas, ugdant ir skatinant pagarbą žmogaus teisėms ir pagrindinėms laisvėms, nepaisant rasės, lyties, kalbos ar religijos skirtumų. Ketvirtuoju tikslu nurodoma, kad Jungtinės Tautos veikia kaip centras, koordinuojantis tautų veiksmus siekiant šių bendrų tikslų (Jungtinių Tautų Chartija, 1945). Tarptautinio bendradarbiavimo rėmimas ekonominėje, socialinėje, kultūros, švietimo bei sveikatos apsaugos srityse nepaisant skirtingos rasės, lyties, kalbos ir religijos, peržengia nacionalines valstybių ribas ir tampa geresnio pasaulio kūrimo etalonu (Jungtinių Tautų Chartija, 1945).

Kaip nurodoma JT Chartijoje, JT Ekonominė ir Socialinė Taryba gali inicijuoti ar atlikti tyrimus ir rengti pranešimus tarptautiniais sveikatos apsaugos klausimais bei teikti rekomendacijas Generalinei Asamblėjai, JT narėms ir suinteresuotoms specializuotosioms agentūroms (Jungtinių Tautų Chartija, 1945). Įvairios specializuotos agentūros steigiamos tarpvyriausybiniams susitarimams ir turi plačią jų steigiamuose aktuose nustatytą tarptautinę atsakomybę ekonominėje, socialinėje, kultūrinėje, švietimo, sveikatos apsaugos ir kitose panašiose srityse. Viena tokių agentūrų yra Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) (Jungtinių Tautų Chartija, 1945).

2022 m. gruodžio 1 d. PSO valdymo organai patvirtino 2022–2026 metų strategiją dėl nacionalinio sveikatos saugumo veiksmų plano (NAPHS) (toliau – Strategija). Šia Strategija yra siekiama užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir tvarumą, ypač žemų ir vidutinių pajamų šalyse, skatinant tarptautinį bendradarbiavimą ir investicijas į sveikatos infrastruktūrą. Pabrėžiamas „Viena sveikata“ (angl. *One health*) požiūris, kuris akcentuoja žmogaus, gyvūnų ir aplinkos sveikatos sąsajas, siekiant gerinti sveikatos sistemų atsparumą kovojant su naujais iššūkiais (Pasaulinė sveikatos organizacija, 2022). Strategijoje pateikiamos gairės valstybėms narėms, siekiant sustiprinti jų gebėjimus reaguoti į sveikatos krizes, bei apibrėžtas išsamus sisteminis požiūris, orientuotas į Nacionalinių sveikatos saugumo veiksmų planų (toliau – NAPHS) kūrimą, įgyvendinimą ir stebėseną per penkerių metų laikotarpį. Pagrindinis jos tikslas – užtikrinti, kad šalys turėtų veiksmingas sistemas sveikatos grėsmių prevencijai, nustatymui, reagavimui ir atsigavimui po krizių. Strategija remiasi tarpsritiniu požiūriu, integruojant ankstesnių sveikatos krizių, įskaitant COVID-19 pandemiją, patirtis (Pasaulinė sveikatos organizacija, 2022). Strategijoje pateiktos gairės dėl NAPHS plėtros ir įgyvendinimo, atsižvelgiant į skirtingus nacionalinius kontekstus, bei įtvirtinti mechanizmai, skirti skaidrios veiklos stebėsenos ir vertinimo užtikrinimui. Be to, šioje Strategijoje numatytos priemonės efektyviam išteklių mobilizavimui ir naudojimui sveikatos saugumo iniciatyvoms remti. Akcentuojamas tarpinstitucinis ir tarptautinis bendradarbiavimas, skatinamas aktyvus vyriausybių, sveikatos apsaugos ministerijų, tarptautinių organizacijų ir kitų suinteresuotųjų šalių dalyvavimas. Taip pat pabrėžiama visuomenės įtraukimo ir efektyvios informacijos sklaidos svarba siekiant didinti pasitikėjimą ir užtikrinti sveikatos priežiūros priemonių laikymąsi. PSO 2022–2026 m. Strategija dėl NAPHS yra svarbus kelrodis šalims, norinčioms stiprinti savo sveikatos apsaugos sistemas ir prisidėti prie pasaulinio sveikatos atsparumo didinimo (Pasaulinė sveikatos organizacija, 2022).

Europos Komisija 2022 m. lapkričio 30 d. Liuksemburge patvirtino ES pasaulinės sveikatos strategiją „Geresnė sveikata visiems besikeičiančiame pasaulyje“ (toliau – Strategija). Šia Strategija yra siekiama stiprinti ES vaidmenį sprendžiant pasaulinius sveikatos iššūkius ir užtikrinti, kad sveikatos priežiūra būtų lygiavertė, atspari ir tvari. Strategijoje pabrėžiama būtinybė kurti ir įgyvendinti veiksmingus sveikatos saugumo planus, atsižvelgiant į skirtingus nacionalinius kontekstus, ir stiprinti pasaulinį atsparumą tokioms sveikatos krizėms, kaip pandemijos (Europos Komisija, 2022). Strategijoje pabrėžiama daugiašalio bendradarbiavimo svarba su tokiomis organizacijomis, kaip PSO, G7 ir G20, siekiant stiprinti pasaulinį sveikatos priežiūros saugumą ir pasirengimą

pandemijoms. G7 ir G20 yra pagrindinės tarptautinės, ekonominės ir politinės bendradarbiavimo grupės, įkurtos skatinti tvarią ekonomikos plėtrą, prekybą ir finansų rinkų stabilumą, remti demokratiją, žmogaus teises, teisės viršenybę ir tarptautinį saugumą, stiprinti tarptautinę sveikatos priežiūros sistemą, reaguoti į pandemijas ir užtikrinti vakcinų prieinamumą, užtikrinti duomenų apsaugą ir kovoti su kibernetinėmis grėsmėmis. G7 dar kitaip vadinama Didžiuoju septynetu, įkurta 1975 metais ir vienija ekonomiškai stipriausias ir labiausiai išsivysčiusias demokratines pasaulio valstybes (Didysis septynetas (G7), 2025). O Didysis dvidešimtukas (G20) įkurtas 1999 metais ir vienija 19 pramoninių ir besivystančių šalių bei ES (Didysis dvidešimtukas (G20), 2025).

Kaip nurodoma Strategijoje, vienas iš pagrindinių jos tikslų – užtikrinti visuotinę sveikatos aprėptį, kad visi žmonės, ypač žemų ir vidutinių pajamų šalyse, turėtų galimybę gauti būtinais sveikatos priežiūros paslaugas, vaistus ir vakcinas (Europos Komisija, 2022). Strategijoje taip pat daug dėmesio skiriama sveikatos sistemų atsparumui. Tai apima investicijas į visuomenės sveikatos infrastruktūrą, sveikatos specialistų rengimą ir skaitmeninių inovacijų diegimą. ES taip pat remiamas „Viena sveikata“ principas, kuris pabrėžia glaudų ryšį tarp žmonių, gyvūnų ir aplinkos sveikatos (Europos Komisija, 2022). Šis požiūris yra ypač svarbus kovojant su naujai atsirandančiomis ligomis, antimikrobinio atsparumu ir klimato kaitos poveikiu sveikatai. Be to, ES skatinami moksliniai tyrimai ir inovacijos, ypač biomedicinos srityje, sveikatos duomenų dalijimasis ir technologijų perdavimas. Sveikatos klausimai integruojami į platesnę ES politiką – prekybą, vystymąsi ir klimato veiksmus – siekiant užtikrinti suderintą ir tvarų požiūrį į sveikatos valdymą. Stiprindama tarptautines partnerystes, skatindama gebėjimų stiprinimą ir įtraukiąją politiką, ES siekia užtikrinti geresnę sveikatą visiems nuolat besikeičiančiame pasaulyje (Europos Komisija, 2022).

ES, formuodama sveikatos ar kitų sričių politiką, atlieka šių klausimų koordinavimą. Taigi, šis procesas yra neišvengiama laisvo asmenų ir prekių judėjimo vidaus rinkoje pasekmė. ES lygmeniu bendradarbiaujant visuomenės sveikatos klausimais, lengviau spręsti bendrus sveikatos srities uždavinius, kylančius, pavyzdžiui, dėl atsparumo antimikrobinėms medžiagoms, lėtinių ligų, kurių galima išvengti, ar visuomenės senėjimo (Europos Vadovų taryba, 2025). Pagal ES teisę, ES piliečiai turi teisę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis bet kurioje ES valstybėje narėje ir gauti išlaidų kompensaciją savo šalyje už užsienyje suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas. Europos sveikatos draudimo kortelė (ESDK) užtikrina, kad būtinos sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos tomis pačiomis sąlygomis ir už tą pačią kainą, kaip ir toje šalyje apdraustiems asmenims. 2025 m. sausio 21 d. Europos Vadovų Taryba priėmė Europos sveikatos duomenų erdvės (ESDE) reglamentą, kuris palengvina keitimąsi sveikatos duomenimis ir prieigą prie jų ES lygmeniu. Tai yra svarbus žingsnis keičiantis duomenimis, skatinantis nacionalinius sveikatos tinklus jungtis su kitų ES valstybių narių tinklais. Šiuo požiūriu sveikatos priežiūros paslaugos peržengia nacionalines sienas, o sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų bendradarbiavimas žengia naują platesnį žingsnį (Europos Vadovų taryba, 2025).

Apibendrinant išnagrinėtus dokumentus galima teigti, jog tokių tarptautinių organizacijų, kaip JTO ir jos specializuotos agentūros PSO indėlis į globalių sveikatos problemų koordinavimą atlieka esminį vaidmenį pasaulinės sveikatos politikos formavime, kovojant su sveikatos grėsmėmis ir gerinant sveikatos paslaugas visame pasaulyje. PSO veikla yra svarbi siekiant užtikrinti sveikatos saugumą, pagerinti gyvenimo kokybę ir mažinti sveikatos priežiūros paslaugų nelygybę. Bendradarbiaujant tarptautiniu mastu PSO padeda valstybėms narėms gerinti jų sveikatos apsaugos sistemas ir užtikrinti, kad sveikatos apsauga būtų pasiekiamą visiems. ES aktyviai formuoja sveikatos apsaugos politiką tarptautiniu lygiu. 2022 m. ES patvirtintoje pasaulinės sveikatos strategijoje

„Geresnė sveikata visiems besikeičiančiame pasaulyje“ siekiama užtikrinti lygiavertę, atsparią ir tvarią asmens sveikatos priežiūrą. Šioje strategijoje pabrėžiama tarptautinio bendradarbiavimo, sveikatos saugumo stiprinimo ir investicijų į infrastruktūrą svarba. ES taip pat įgyvendina ir tokias praktines priemones, kaip būtiniosios pagalbos teikimas ES narių piliečiams, bei 2025 m. patvirtinta Europos sveikatos duomenų erdvė (ESDE), kuri prisideda prie sveikatos paslaugų prieinamumo ir tarpvalstybinio duomenų keitimosi skatina. Tai padeda stiprinti sveikatos sistemų bendradarbiavimą ir gerina asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę visoje ES.

2.2. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo ir asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklių konsolidavimo strateginės ir teisinės nuostatos Lietuvoje

Šiame poskyryje yra analizuojami svarbiausi Lietuvos Respublikos strateginiai ir teisiniai dokumentai, susiję su sveikatos priežiūros sritimi, bei kuriais skatinamas tarptautinis, nacionalinis ar regioninis bendradarbiavimas šioje srityje. Taip pat pristatoma sveikatos apsaugos sistemos raida ir jos ateities plėtros kryptys.

1990 m. kovo 11 d. LR Aukščiausioji Taryba, paskelbusi Lietuvos nepriklausomos valstybės atstatymo aktą, grąžino šalį, kaip suverenią valstybę, į tarptautinę bendruomenę. Tačiau kartu šis žingsnis lietuvių tautai ir Aukščiausiajai Tarybai tapo nelengvu išūkiu – nuo pat pamatų teko kurti tiek teisinę struktūrą, tiek valstybės valdymo mechanizmus. Aukščiausiasis lietuvių tautos teisinis dokumentas yra 1992-10-25 referendumu priimta LR Konstitucija, kurioje yra įtvirtintos piliečių teisės, laisvės ir pareigos. LR Konstitucijos 53 straipsnyje įtvirtinta, jog „[...] valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. O įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką [...]“ (LR Konstitucija, 1992). Taigi, ši LR Konstitucijos nuostata suteikė pagrindus tolimesniam sveikatos apsaugos sistemos kūrimui ir vystymui bei jos teisiniam reglamentavimui.

LR Seimo 2023 m. gruodžio 23 d. nutarimu Nr. XIV-2466 patvirtintoje Lietuvos ateities vizijoje „Lietuva 2050“ numatyta, jog įgyvendinusi ateities viziją „Lietuva 2050“ (toliau – Valstybės ateities vizija), ji bus atspari ir klestinti valstybė, kurios žmonės – pilietiškai ir jaučia gyvenantys gerą bei prasmingą gyvenimą. Šiai Valstybės ateities vizijai įgyvendinti reikalingos penkios esminės valstybės vystymosi kryptys:

- Pirmoji – demokratinės kultūros ir valdysenos pokyčių valdymo sistema;
- Antroji – švietimo, sveikatos ir socialinės politikos pokyčių kryptis;
- Trečioji – ekonominės politikos pokyčių kryptis;
- Ketvirtoji – tarptautinės politikos ir saugumo pokyčių kryptis;
- Penktoji – infrastruktūros ir gyvenimo aplinkos pokyčių kryptis (Valstybės ateities vizija „Lietuva 2050“, 2023).

Taigi, antroje valstybės vystymosi kryptyje numatytas sveikatos politikos tobulinimas. Strategijoje yra įsipareigojama suteikti visoms visuomenės grupėms prieigą prie jų poreikius atitinkančių viešųjų paslaugų. Siekiama, kad žmonės galėtų rūpintis savo sveikata, naudodamiesi išplėta infrastruktūra bei tam sudarytomis sąlygomis (Valstybės ateities vizija „Lietuva 2050“, 2023). Todėl, pasitelkus modernias technologijas, stiprinamas sveikatos priežiūros tinklas. Saugiam, sveikam ir fiziškai aktyviam gyvenimui reikalingų sąlygų plėtros ir užtikrinimo srityje yra siekiama užtikrinti sveikatos apsaugos sistemos efektyvumą. Šioje strategijoje numatytas didesnis sveikatos apsaugos sistemos orientavimas į žmogų ir efektyvų išteklių panaudojimą, sveikatos priežiūros įstaigų valdymo pokyčiai

per sistemos darbuotojų įgalinimą bei pažangiųjų technologijų integravimą (Valstybės ateities vizija „Lietuva 2050“, 2023).

2020 m. rugsėjo 9 d. LR Vyriausybės nutarimu Nr. 998 buvo patvirtintas 2021–2030 metų Nacionalinis pažangos planas (toliau – Planas), kuris rengiamas siekiant nustatyti pagrindinius ateinantį dešimtmetį valstybėje siekiamus pokyčius, užtikrinančius pažangą socialinėje, ekonominėje, aplinkos ir saugumo srityse (2021–2030 metų Nacionalinis pažangos planas, 2020). Plane yra numatytas strateginis tikslas, kuriuo siekiama didinti šalies gyventojų socialinę gerovę ir įtrauktį, stiprinti sveiką, darbingą, kuriančią ir socialiai atsakingą visuomenę. Siekiant strateginio tikslo, yra numatoma įgyvendinti pažangos uždavinius, viename iš jų numatyta, jog yra reikalinga gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, siekiant didinti gydymo priemonių veiksmingumą ir gerinti gydymo rezultatus, o gydymo priemonėmis turi būti sumažintas išvengiamo mirtingumo lygis (2021–2030 metų Nacionalinis pažangos planas, 2020). Taip pat numatoma didinti pacientų sveikatos raštingumą ir jų įsitraukimą į gydymo procesą. Todėl yra svarbu didinti sveikatos apsaugos sistemos efektyvumą, stiprinti gebėjimą reaguoti į kylančius iššūkius, tobulinti žmoniškųjų išteklių kompetencijas, pertvarkyti ligoninių tinklą, mažinti hospitalizacijų, ir tikslinga judėti nuo stacionarios priežiūros prie modelio, pagrįsto stipresne pirmine priežiūra, taip pat taikyti skaitmeninės sveikatos sistemos sprendiniais grįstas inovatyvias paslaugas, įgalinant neefektyviai naudojamus išteklius, o panaudoti juos paslaugų kokybei gerinti, ilgalaikės priežiūros modeliui (integruojančiam slaugos ir socialines paslaugas) diegti (2021–2030 metų Nacionalinis pažangos planas, 2020).

Dar 2014 metais LR Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimu Nr. XII-964 patvirtintoje Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijoje numatyti šie tikslai: 1) gyventojų sveikatos būklės gerinimas; 2) sveikatos priežiūros sistemos efektyvumo didinimas – tai yra užtikrinti lygias galimybes gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas visiems gyventojams, nepriklausomai nuo jų gyvenamosios vietos ar socialinės padėties; 3) sveikatos skatinimo ir ligų prevencijos stiprinimas; 4) žmoniškųjų išteklių sveikatos sektoriuje stiprinimas – užtikrinti pakankamą ir kvalifikuotą sveikatos priežiūros specialistų skaičių, gerinti jų darbo sąlygas ir motyvaciją; 5) sveikatos sistemos finansavimo tvarumo užtikrinimas – didinti sveikatos sektoriaus finansavimą, siekiant užtikrinti paslaugų prieinamumą ir kokybę (Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategija, 2014). Ruošiant šią strategiją buvo pastebėta, jog sveikatos sektoriui kovojant su visuomenės sveikatos problemomis, buvo stokojama darnaus visuomenės vystymosi supratimo ir bendradarbiavimo sprendžiant ekonomikos, socialinės ir kultūrinės gerovės, aplinkosaugos ir visuomenės sveikatos klausimus. Tai atspindėjo kai kurie gyventojų sveikatos rodikliai. Todėl šioje Strategijoje numatyta skatinti bendruomeninę gerovę ir sveikatos kultūrą, stiprinant tarpinstitucinį bendradarbiavimą savivaldybių lygmeniu, stiprinti tarpinstitucinį bendradarbiavimą, užtikrinant sveikos aplinkos tvarumą, holistiškumą ir kokybę (Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategija, 2014). Strategijoje įvardinama, jog sveikata turi būti vertinama kaip svarbus šalies ekonomikos augimo veiksnys, todėl įgyvendinant principą „Sveikata visose politikos srityse“ reikia siekti glaudesnio tarpinstitucinio bendradarbiavimo sprendžiant visuomenės sveikatos klausimus. Siekiant plėtoti sveikatos priežiūros infrastruktūrą, didinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir gerinti pacientų saugą, būtina skatinti skirtingo lygmens sveikatos priežiūros įstaigų, savivaldybių socialinių ir transporto tarnybų bendradarbiavimą, užtikrinant galimybes gyventojams atvykti į sveikatos priežiūros įstaigas, efektyvų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimą ir pacientų srautų valdymą (Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategija, 2014). Taip pat didinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą pažeidžiamiausioms gyventojų grupėms, plėtojant odontologijos, medicininės

reabilitacijos paslaugas mažas pajamas turintiems ar jų neturintiems asmenims, psichosocialinės pagalbos paslaugas sergantiems onkologinėmis ligomis, priklausomybės ligų diagnostikos, prevencijos, žemo slenksčio paslaugas (Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategija, 2014).

2024-12-12 LR Seimo priimtu nutarimu Nr. XV-54 buvo priimta devynioliktosios LR Vyriausybės programa (toliau – Vyriausybės programa), kurioje numatyta, jog bus užtikrinama kokybiška ir prieinama sveikatos apsauga. Bus imtasi priemonių, dėl kurių ilgės vidutinė kokybiško ir sveiko gyvenimo trukmė, bus skatinama sveika gyvensena ir mityba, taip pat judėjimo įpročiai. Vyriausybės programoje numatytas didesnis įnašas į privalomojo sveikatos draudimo fondą. Planuojama mažinti medikų administracinę naštą ir eiles pas gydytojus. Numatoma stabdyti asmens sveikatos priežiūros paslaugų privatizacijos procesą bei užtikrinti pakankamą sveikatos priežiūros įstaigų tinklą regionuose (Devynioliktosios LR Vyriausybės programa, 2024). Planuojama formuoti į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą, ją grindžiant lygiateisiškumo, prieinamumo bei kokybės principais. Todėl yra numatoma užtikrinti ilgalaikes ir pakankamas investicijas į asmens sveikatos priežiūros infrastruktūros plėtrą. Taip pat yra numatyta užtikrinti, kad pirminė asmens sveikatos priežiūra būtų arti paciento, įgalinant šeimos gydytojus visa apimtimi teikti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir naikinti biurokratinės ir administracinės kliūtis. Savivaldybių sveikatos centruose numatoma plėtoti ambulatorines ir dienos stacionaro paslaugas (Devynioliktosios LR Vyriausybės programa, 2024). Siekiama valdyti pacientų eiles, prioritetą skiriant didžiausios rizikos pacientams. Keliamas tikslas naikinti regionų netolygumus ir maksimaliai išnaudoti nuotolines gydytojo ir paciento bei gydytojo su kitu gydytoju konsultacijas. Tais atvejais, kai nuotolinės konsultacijos negalimos, užtikrinti fizinių vizitų prieinamumą. Siekiama panaudoti elektroninės sveikatos sistemos (e. sveikatos sistemą) vizitų registracijos ir stebėsenos išteklių eilėms valdyti (Devynioliktosios LR Vyriausybės programa, 2024). Programoje numatyta įtraukti pacientų organizacijų atstovus ir asmens sveikatos priežiūros specialistus į sprendimų dėl vaistų kompensavimo priėmimo procesą. Siekiama sutvarkyti e. sveikatos sistemą, kuri užtikrina medikų poreikį turėti savalaikę, tikslią ir koncentruotą sveikatos informaciją apie pacientą, mažina medikų administracinę krūvį (Devynioliktosios LR Vyriausybės programa, 2024). Siekiama į pacientą orientuotos e. sveikatos sistemos, kuri užtikrina paciento poreikį turėti paprastai suprantamą informaciją apie savo sveikatos būklę. Taip pat šioje Programoje akcentuojamas siekis didinti sveikatos priežiūros darbuotojų veiklos efektyvumą, plečiant sveikatos koordinatorių administravimo, dokumentacijos pildymo funkcijas ir užtikrinti, kad medicinos darbuotojai atliktų tik sveikatos priežiūros (gydymo, slaugos) funkcijas. Bus stengiamasi didinti gydytojų, slaugytojų rengimą ir profesijos patrauklumą, gerinant jų darbo sąlygas bei mažinant jų administracinę naštą (Devynioliktosios LR Vyriausybės programa, 2024).

1994 m. liepos 19 d. LR Seimas priėmė LR sveikatos sistemos įstatymą, kuriuo buvo reglamentuota Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema, jos struktūra, sveikatinimo veiklos organizavimo ir valstybinio valdymo pagrindai bei šios veiklos subjektų teisės ir pareigos (LR sveikatos sistemos įstatymas, 1994). Buvo numatytas sveikatinimo veiklos išteklių integravimas į bendrą sistemą, jų planavimas ir naudojimas atsižvelgiant į nacionalinės sveikatinimo veiklos strateginius tikslus ir (arba) pažangos uždavinius. Šiame įstatyme buvo numatyti pagrindiniai Lietuvos Respublikos tarptautinio bendradarbiavimo sveikatinimo veiklos srityje principai. Taip pat nurodyta, jog ministerijos bei kitos valstybės institucijos ir įstaigos pagal kompetenciją plėtoja tarptautinį bendradarbiavimą sveikatinimo veiklos srityje (LR sveikatos sistemos įstatymas, 1994). LR Seimui atskaitinga sveikatos politikos vertinimo ir formavimo patariamoji institucija Nacionalinė sveikatos taryba įpareigota skatinti valstybės ir savivaldybių institucijas, įstaigas, asociacijas bendradarbiauti

sprendžiant strateginius sveikatos sistemos tobulinimo klausimus bei bendradarbiauti su kitų ES valstybių narių ir kitų valstybių panašiomis institucijomis (LR sveikatos sistemos įstatymas, 1994). Įstatyme yra aptariama Regioninė funkcinė sveikatos priežiūra – kuomet asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos atliekant tam tikras funkcijas nustatytoje teritorijoje, kurios ribos nesiejamoms su administracinių apskričių ir savivaldybių ribomis, bendradarbiaujant tose teritorijose esančioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms bei savivaldybių institucijoms ir įstaigoms (LR sveikatos sistemos įstatymas, 1994). Numatyta, jog įstaigos privalo bendradarbiauti su kitomis šiai teritorijai priskirtomis įstaigomis, užtikrindamos atitinkamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. O šį bendradarbiavimą privalo užtikrinti teritorijai priskirtų įstaigų savininko (dalininkų) teisės ir pareigos įgyvendinančios institucijos (LR sveikatos sistemos įstatymas, 1994).

1996 m. gegužės 21 d. LR Seimas priėmė LR sveikatos draudimo įstatymą, kuriame buvo nustatytos sveikatos draudimo rūšys, privalomojo sveikatos draudimo sistema, privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir paslaugų apmokėjimo, vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išlaidų kompensavimo tvarka. Taip pat įstatyme buvo apibrėžti Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto pagrindai, privalomąjį sveikatos draudimą vykdančios institucijos, privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamų asmenų ir sveikatos priežiūros įstaigų teisės bei pareigos, vykdamas privalomąjį sveikatos draudimą, tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo pagrindai (LR sveikatos draudimo įstatymas, 1996). Šie teisiniai pagrindai taip pat sudarė sąlygas ir tarptautiniam institucijų bendradarbiavimui teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas ES ekonominėje erdvėje.

1996 m. birželio 6 d. LR Seimo priimtame LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme numatyta, kad sveikatos priežiūros įstaigos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų nustatytais atvejais gali sudaryti sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimo sutartis su kitomis sveikatos priežiūros paslaugas galinčiomis suteikti sveikatos priežiūros įstaigomis (nepriklausomai nuo jų nuosavybės formos ir pavaldumo). Rekomenduojamą sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimo sutarčių sudarymo tvarką nustato ir pavyzdines formas tvirtina LR sveikatos apsaugos ministras (LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996).

Apibendrinant svarbiausius Lietuvos Respublikos įstatymus galima teigti, jog yra parengtas tvirtas ir aiškus teisinis bendradarbiavimo reglamentavimas, tačiau poįstatyminiai aktai ir jų įgyvendinimas priklauso nuo srities politikos ir ją įgyvendinančių institucijų.

LR sveikatos apsaugos ministro 2023 m. vasario 28 d. įsakymu Nr. V-273 „Dėl bendradarbiavimo sveikatinimo veiklos klausimais organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ buvo nustatyti bendradarbiavimo principai ir tvarka, kuri turi padėti užtikrinti veiksmingą bendradarbiavimą tarp viešojo administravimo subjektų ir sveikatinimo veikloje dalyvaujančių įstaigų tiek nacionaliniu, tiek regioniniu ir savivaldybių lygmenimis (Bendradarbiavimo sveikatinimo veiklos klausimais organizavimo tvarkos aprašas, 2023). Šio aprašo tikslas – užtikrinti sklandų sveikatos politikos formavimą ir įgyvendinimą, apimant sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos, farmacinės veiklos ir sveikatos draudimo klausimus. Apraše apibrėžiami bendradarbiavimo organizavimo metodai ir taisyklės, kurios taikomos įvairiais lygmenimis. Nacionaliniu lygmeniu bendradarbiavimą koordinuoja LR sveikatos apsaugos ministerija, įtraukdama ir kitas suinteresuotas institucijas, o regioniniu ir savivaldybių lygmenimis bendradarbiavimą organizuoja sveikatos priežiūros įstaigos, aktyviai dalyvaudamos sveikatos politikos įgyvendinime ir paslaugų teikime (Bendradarbiavimo sveikatinimo veiklos klausimais organizavimo tvarkos aprašas, 2023). Įgyvendinant šį aprašą,

ypatingas dėmesys skiriamas teisės aktų įgyvendinimo stebėsenai, paslaugų kokybei ir prieinamumui, taip pat sveikatos draudimo klausimams. Visiems sveikatos priežiūros sektoriams, įskaitant regioninius centrus ir savivaldybes, suteikiama atsakomybė už šio aprašo nuostatų taikymą ir užtikrinimą (Bendradarbiavimo sveikatinimo veiklos klausimais organizavimo tvarkos aprašas, 2023).

Toliau šiame poskyryje nagrinėjamas gydymo išteklių konsolidavimo teisinis reguliavimas Lietuvoje. Kadangi ši praktika Lietuvoje yra nauja, o gydymo išteklių konsolidavimas pradėtas įgyvendinti tik 2023 metų pabaigoje, todėl šią sritį valstybės lygmeniu reglamentuoja vos keli teisės aktai.

LR sveikatos apsaugos ministro 2023 m. rugpjūčio 1 d. įsakymu Nr. V-879 patvirtintame „Regioninių bendradarbiavimo modeliu pagrįstų asmens sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimo veiksmų plane“ pateikta, jog pertvarkant sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, numatoma plėtoti šiuolaikiškus, integruotus ir į bendruomenę orientuotus Savivaldybių sveikatos centrus, teikiančius bazines paslaugas savivaldybių gyventojams (Regioniniu bendradarbiavimo modeliu pagrįstų asmens sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimo veiksmų planas, 2023). Savivaldybės sveikatos centrai konsoliduos savivaldybėje esančius sveikatos priežiūros išteklius arba kaip atskiri juridiniai asmenys, arba sudarys bendradarbiavimo sutartis su kitomis nomenklatūroje nurodytomis įstaigomis ar su kitomis savivaldybės paskirtomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, panaudodamos turimus įstaigų išteklius (infrastruktūrą, žmogiškuosius išteklius) (Regioniniu bendradarbiavimo modeliu pagrįstų asmens sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimo veiksmų planas, 2023). Minėtame plane yra išskirti galimi bendradarbiavimo tipai konsoliduojant asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius. Numatoma, jog asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas gali būti vykdomas funkcinio ir (ar) struktūrinio bendradarbiavimo būdais (Regioniniu bendradarbiavimo modeliu pagrįstų asmens sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimo veiksmų planas, 2023).

Siekiant įgyvendinti šį Savivaldybių sveikatos centrų steigimo procesą, 2023 m. gegužės 22 d. buvo priimtas LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-589 „Dėl sveikatos centrui priskiriamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (toliau – Tvarkos aprašas). Šiame Tvarkos apraše nustatyta Sveikatos centrui priskiriamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo tvarka, Sveikatos centro veikimo principai – sveikatos centro savivaldybėje kūrimas, tokiam centrui priskiriamų paslaugų sąrašas, darbo organizavimo tvarka, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo Sveikatos centre tvarka bei šių paslaugų apmokėjimo tvarka (Regioniniu bendradarbiavimo modeliu pagrįstų asmens sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimo veiksmų planas, 2023). Tvarkos apraše numatoma, jog įsakymą įgyvendinančius sprendimus pagal kompetenciją priima LR sveikatos apsaugos ministras ir savivaldybių institucijos. Taip pat numatyta, jog savivaldybės teritorijoje pagal kompetenciją paslaugų teikimo užtikrinimo priežiūrą vykdo savivaldybės institucijos. Numatyta, jog Sveikatos centras „[...] yra savivaldybės sprendimu įkurtas asmens sveikatos priežiūros centras, užtikrinantis sveikatos apsaugos ministro sveikatos centrui nustatyto sąrašo sveikatos priežiūros paslaugų teikimą **funkcinio** ir (ar) **struktūrinio** bendradarbiavimo būdais. Įsakyme funkcinis bendradarbiavimas įvardijamas kaip sveikatos priežiūros paslaugų teikimas bendradarbiavimo sutarčių pagrindu skirtinguose juridiniuose asmenyse. Tuo tarpu struktūrinis bendradarbiavimas – tai sveikatos priežiūros paslaugų teikimas viename juridiniame asmenyje [...]“ (Regioniniu bendradarbiavimo modeliu pagrįstų asmens sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimo veiksmų planas, 2023). Savivaldybės sveikatos centro veiklai priskiriamos paslaugos priklauso nuo savivaldybės gyventojų skaičiaus: a) „Savivaldybėje, kurioje yra iki 21 tūkst. gyventojų, ir žiedinėje savivaldybėje; b) Savivaldybėje, kurioje yra 21 tūkst.

ir daugiau gyventojų. Nurodoma, jog savivaldybės gyventojų skaičius yra praėjusių kalendorinių metų paskutinę dieną buvęs nuolatinių gyventojų skaičius savivaldybėje pagal oficialiosios statistikos portalo duomenis (<https://osp.stat.gov.lt/gyventojai1>). Sveikatos centro tikslas – bendradarbiaujant savivaldybėje ir nustatytais atvejais besiribojančioje savivaldybėje veikiančioms sveikatos priežiūros įstaigoms, užtikrinti savivaldybėje gyvenantiems pacientams prieinamas ir kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas ir jų tęstinumą, gerinti savivaldybės gyventojų sveikatos rodiklius. Sveikatos centro paslaugų teikimą organizuojant funkcinio bendradarbiavimo būdu, sveikatos centro paslaugos teikiamos pagal 5 metų laikotarpiui sudarytą bendradarbiavimo sutartį. Likus pusei metų iki sutarties galiojimo termino pabaigos, naujo penkerių metų laikotarpio bendradarbiavimo sutartis iš naujo sudaromos vadovaujantis Sveikatos centrui priskiriamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo tvarkos aprašo nustatyta tvarka (Regioniniu bendradarbiavimo modeliu pagrįstų asmens sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimo veiksmų planas, 2023). Veiksmų plane nustatyta, jog bendradarbiavimo sutartis yra vadybinė sutartis, kurios tikslas – užtikrinti, jog būtų pasiekti Sveikatos centro nurodyti tikslai. Ši sutartis gali būti papildyta, patikslintos bendradarbiavimo sutarties sąlygos, nekeičiant sutarties esmės ir pritaikant jas konkrečiam funkcinio sveikatos centro efektyviam veiklos organizavimui bei vykdymui užtikrinti. O naujos asmens sveikatos priežiūros įstaigos prisijungimas prie jau pasirašytos bendradarbiavimo sutarties likusiam bendradarbiavimo sutarties galiojimo laikotarpiui (Regioniniu bendradarbiavimo modeliu pagrįstų asmens sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimo veiksmų planas, 2023). Veiksmų plane pateikiamas ir Sveikatos centrui priskiriamų teikti sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas. Pagal funkcinį bendradarbiavimą sudarytame Sveikatos centre dalyvaujančioms įstaigoms yra sudaroma galimybė turėti prieigą prie paciento medicinos duomenų elektroninėje erdvėje. Tam tikslui visi prie Sveikatos centro prirašytų pacientų sveikatos duomenys turi būti pildomi ir laiku perduodami į Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinę sistemą (ESPBI IS) (Regioniniu bendradarbiavimo modeliu pagrįstų asmens sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimo veiksmų planas, 2023).

Apmokėjimas už suteiktas paslaugas Sveikatos centre vykdomas per administruojančią Teritorinę ligonių kasą (toliau – TLK), kuri sudaro sutartį su Sveikatos centru dėl sveikatos centro paslaugų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis. Sveikatos centro, veikiančio funkcinio bendradarbiavimo būdu, koordinuojančioji įstaiga privalo nedelsdama raštu informuoti TLK apie tai, kad veiklą pradėjęs Sveikatos centras užtikrina visos apimties jam priskirtų privalomų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir apie visus asmens sveikatos priežiūros įstaigų, įtrauktų į Sveikatos centro sudėtį, pasikeitimus (Regioniniu bendradarbiavimo modeliu pagrįstų asmens sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimo veiksmų planas, 2023).

Taigi, galima teigti, jog įsakyme nurodytas ne tik galimas tarpinstitucinio bendradarbiavimo tipas, tačiau prie konkretaus tipo yra priskiriamas ir tarpinstitucinio bendradarbiavimo modelis, kuomet nurodoma, jog turi būti paskirta Sveikatos centro veiklą koordinuojanti įstaiga. Šis modelis buvo aptartas projekto 1.2 poskyryje, kur toks modelis įvardinamas kaip centralizuotas, o jeigu vertinama iš tinklinio valdymo perspektyvos, šis modelis atitiktų vadovaujamų tinklų sampratą.

Kaip buvo aptarta baigiamojo projekto 1.4 poskyryje, efektyvus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklių konsolidavimas nėra įmanomas be duomenų ir informacijos mainų. Todėl yra būtina turėti informacines sistemas, kurios leistų keistis informacija ir duomenimis. Šiam tikslui buvo kuriama Nacionalinė elektroninės sveikatos sistema (NESS). Todėl verta pristatyti NESS kūrimo raidą ir etapus. Kaip teigiama 2017 m. gruodžio 19 d. LR Seimo nutarime Nr. XIII-904, LR Seimo Antikorupcijos komisija (toliau – Komisija) atliko parlamentinį tyrimą dėl Lietuvos elektroninės

sveikatos sistemos (NESS) (NESS I, NESS II, ESPBI IS) kūrimo. Komisija išaiškino, jog 2000 metais buvo inicijuotas nacionalinės elektroninės sveikatos sistemos kūrimas ir šis procesas buvo išskaidytas į kelis vystymo etapus: NESS I, NESS II ir ESPBI IS (Antikorupcijos komisijos parlamentinio tyrimo išvados, 2017). NESS I projekto įgyvendinimo laikotarpis buvo nuo 2005-01-01 iki 2007-01-01. 2008-02-29 Valstybės kontrolė paskelbė Valstybinio audito ataskaitą „LR sveikatos apsaugos ministerijos informacinių sistemų bendrosios kontrolės vertinimas. Elektroninės sveikatos informacinės sistemos kūrimo auditas“ Nr. IA-9000-6-2. Šioje ataskaitoje konstatuota, kad e. sveikatos informacinės sistemos kūrimo projekte nebuvo aiškūs vykdomų darbų prioritetai ir projektų rezultatų vertinimo kriterijai. Todėl ataskaitoje pateikiama išvada, jog SAM netinkamai valdė NESS I eigą ir nebuvo pasiekti šio projekto įgyvendinimo sutartyje numatyti rezultatai, o kuriant NESS nebuvo laikomasi teisės aktų reikalavimų (Antikorupcijos komisijos parlamentinio tyrimo išvados, 2017).

NESS II projektas pradėtas įgyvendinti 2007-01-01. 2011 metų Valstybės kontrolės ataskaitoje teigiama, jog iki 2009-12-31 nebuvo sukurtos numatytos nacionalinio lygmens 11 funkcijų, kurias LR sveikatos apsaugos ministerija įsipareigojo įdiegti. Ministerija kartu su Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikomis, Kauno medicinos universiteto klinikomis ir Klaipėdos universitetine ligonine surado galimybę kitomis priemonėmis užtikrinti sėkmingą projekto „E. sveikatos paslaugos“ tikslų įgyvendinimą. NESS II etapo darbai įstrigo ir nebuvo iki galo įgyvendinti (Antikorupcijos komisijos parlamentinio tyrimo išvados, 2017).

Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos (ESPBI IS) kūrimas prasidėjo 2011-03-26. LR Vyriausybės 2011-09-07 nutarimu Nr. 1057 buvo patvirtinti elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos nuostatai ir ESPBI IS tvarkytoju paskirtas VĮ Registrų centras (Antikorupcijos komisijos parlamentinio tyrimo išvados, 2017). LR sveikatos apsaugos ministro 2015 m. gegužės 26 d. įsakymu „Dėl Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ Nr. V-657 buvo patvirtintos ESPBI IS naudotojų teisės ir pareigos, naudojimosi tvarka ir taisyklės (Antikorupcijos komisijos parlamentinio tyrimo išvados, 2017).

Apibendrinant Nacionalinės elektroninės sveikatos sistemos (NESS) kūrimą Lietuvoje galima teigti, jog procesas buvo inicijuotas siekiant užtikrinti efektyvius informacijos mainus ir bendradarbiavimą sveikatos priežiūros srityje. Tačiau šių projektų įgyvendinimas susidūrė su valdymo iššūkiais ir nebuvo pasiekti visi iškelti tikslai. NESS II buvo siekiama sukurti bendrą nacionalinę sistemą, leidžiančią dalintis sveikatos duomenimis tarp skirtingų regionų ir įstaigų, tačiau numatytos funkcijos nebuvo pilnai įdiegtos. Vėliau pradėta kurti Elektroninė sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema, kuri suteikė techninį pagrindą elektroninės sveikatos paslaugoms ir informacijos dalijimuisi tarp sveikatos priežiūros institucijų. Nepaisant iššūkių, bendradarbiavimo infrastruktūros plėtra yra būtina efektyviam asmens sveikatos priežiūros išteklių valdymui ir pacientų duomenų sklaidai nacionaliniu mastu.

Apibendrinant šį poskyrį galima teigti, jog tarpinstitucinio bendradarbiavimo įgyvendinimas atlieka esminį vaidmenį užtikrinant sveikatos apsaugos sistemos tvarumą ir efektyvumą. Lietuvos sveikatos politikos teisinis reguliavimas grindžiamas keliais svarbiausiais dokumentais ir įstatymais, siekiančiais užtikrinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamą bei kokybišką ir veiksmingą asmens sveikatos priežiūros apsaugą. 2020 m. patvirtintame Nacionaliniame pažangos plane 2021–2030 m. akcentuojamas socialinės gerovės ir įtraukties stiprinimas bei perėjimas nuo stacionarinės

priežiūros prie stipresnės pirminės asmens sveikatos priežiūros modelio. Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijoje numatytas sveikatos sistemos efektyvumo didinimas, sveikatos specialistų kompetencijų stiprinimas bei tarpinstitucinio bendradarbiavimo plėtojimas. 2024 m. priimtoje Devynioliktosios LR Vyriausybės programoje numatyta orientacija į pacientą, infrastruktūros plėtra, eilių pas specialistus mažinimas, šeimos gydytojo vaidmens stiprinimas bei e. sveikatos sistemos tobulinimas. Programoje siekiama regioninių netolygumų mažinimo ir pacientų organizacijų įtraukimo į sprendimų priėmimą. Nauja kryptis – gydymo išteklių konsolidavimas, pradėtas vykdyti 2023 m. pabaigoje, grindžiamas Regioninių bendradarbiavimo modeliu pagrįstų sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimo veiksmų planu, kuris siekia sukurti savivaldybių sveikatos centrus, konsoliduojančius turimus išteklius ir teikiančius integruotas paslaugas vietos gyventojams.

2.3. Užsienio šalių gerosios praktikos pavyzdžiai konsolidavus asmens sveikatos gydymo išteklius

Gydymo išteklių konsolidavimas tampa vis aktualesne tema siekiant efektyviau naudoti ribotus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius, didinti paslaugų kokybę ir užtikrinti sveikatos sistemų tvarumą. Konsolidacija gali reikšti paslaugų centralizavimą, sveikatos priežiūros tinklų plėtrą ar bendradarbiavimą tarp skirtingų sveikatos priežiūros institucijų. Tačiau taip pat gali apimti ne tik fizinių struktūrų kūrimą ar dalinimąsi infrastruktūra, bet ir virtualų tarpinstitucinį bendradarbiavimą, kuomet organizacijos keičiasi žiniomis ir informacija siekdamos bendro tikslo. Todėl yra svarbu aptarti ir gerąsias praktikas, taikomas užsienio šalyse. Kaip gerosios praktikos pavyzdžiai buvo pasirinktos tokios šalys, kaip Kanada, Jungtinės Amerikos Valstijos, Prancūzija bei Italija. Šių šalių atvejų pasirinkimą lėmė faktas, jog šios valstybės yra Didžiojo septyneto narės, kurios yra demokratinės valstybės bei jų ekonomikos yra vienos iš stipriausių pasaulyje. Todėl šių valstybių taikomos praktikos yra modernios bei orientuotos į pacientų poreikius. Turkijos ir Taivano gerosios patirtys buvo pasirinktos kaip efektyvių gydymo išteklių konsolidavimo pavyzdžiai esant ekstremalioms situacijoms. Šios valstybės dėl savo kultūrinio savitumo ir geografinės lokacijos su ekstremaliomis situacijomis susiduria dažniau, nei kiti regionai, tad jų taikomos priemonės yra neįkainuojamas žinių šaltinis.

Kanados patirtis. 2019 metais kilusi COVID-19 pandemija ir taikomi judėjimo ribojimai apsunkino galimybes pacientams patekti pas šeimos gydytojus ar kitus specialistus. Šie iššūkiai suteikė galimybę vystyti naujus metodus ir būdus, kad būtų galima patenkinti pacientų poreikius. Daugelis pacientų pandemijos metu buvo priversti naudotis skubios pagalbos skyriumi kaip viena iš nedaugelio prieinamų asmens sveikatos priežiūros galimybių, uždarius šeimos gydytojų kabinetus. Dėl tiekėjų negalėjimo užtikrinti reikalingų asmens apsaugos priemonių bei dėl sunkumų užtikrinant fizinį atstumą kai kuriose mažesnėse įstaigose, buvo uždaromi šeimos gydytojo kabinetai. Pacientams, siekiantiems gauti asmens sveikatos gydymo paslaugas, nebeliko kito kelio, kaip tik kreiptis į skubios pagalbos skyrius. Tačiau tokios kelionės gali būti per daug apsunkintos ir nepatenkinančios lūkesčių dėl pacientų nenoro kreiptis į sveikatos priežiūros specialistus ar dėl baimės užsikrėsti. Tad norėdami skatinti prieigą prie saugių ir laiku suteikiamų skubios pagalbos paslaugų, Kanados Ontarijo provincijos valdžia 2020 metų rudenį finansavo 14 virtualių skubios pagalbos bandomųjų programų. Kiekviena bandomoji programa buvo atsakinga už skubios pagalbos gydytojo vadovaujamų paslaugų teikimą ir programos įvertinimą. Sukūrus ligoninių, turinčių bendrą viziją, tinklą, bendradarbiavimo lyderystę ir bendrus išteklius, buvo pagerinta virtualios skubios pagalbos kokybė ir paslaugų tvarumas visame regione, pagerinta pacientų prieiga ir geresnė pacientų patirtis. Pastebėta, jog tokia koordinuota priežiūra, grindžiama pacientų poreikiais, bendromis vertybėmis ir programos tikslais,

padėjo sumažinti slaugos susiskaidymą, suderinti procesus bei priežiūros metodus, taip pat suprasti ir spręsti vietinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bei informacinių sistemų sudėtingumo problemas.

Šiuolaikinėje sveikatos priežiūros sistemoje vis dažniau pasitelkiamos virtualios komandos, kurios leidžia skirtingų institucijų specialistams bendradarbiauti nepaisant geografinių ribų. Tyrimai rodo, kad virtualios komandos, veikiančios vadovaujantis žinių ir informacijos dalijimosi bei kapitalo vertės didinimo principais, gali reikšmingai prisidėti prie gydymo išteklių konsolidavimo (Gao ir kt., 2015). Tai parodo, kad sisteminės reformos ir bendradarbiavimo tinklai gali užtikrinti geresnius asmens sveikatos priežiūros gydymo rezultatus nei pavienių organizacijų veiksmai. Šiame informacinių technologijų amžiuje tapo įmanomas platesnis informacinių technologijų integravimas į asmens sveikatos priežiūrą. Vienas iš pavyzdžių, kaip galima konsoliduoti gydymo išteklius, yra virtualios skubios pagalbos (angl. *Virtual Urgent Care*) modelis. Ši iniciatyva remiasi regioniniu požiūriu į sveikatos priežiūrą ir siekia užtikrinti vienodesnį paslaugų prieinamumą taikant virtualius metodus (Hall ir Chartier, 2023). Bendradarbiavimas tarp skirtingų sveikatos priežiūros institucijų leidžia pacientams gauti konsultacijas ir medicininę pagalbą nuotoliniu būdu, taip sumažinant fizinę įstaigų apkrovą. Tai taip pat skatina efektyvų gydymo išteklių paskirstymą, nes pacientai gali būti nukreipiami į tinkamiausią priežiūros lygį, remiantis jų būklės sunkumu. Pasak Hall'o ir Chartier (2023), COVID-19 pandemija dramatiškai pakeitė pacientų prieigą prie sveikatos priežiūros paslaugų. Virtualios sveikatos priežiūros naudojimas visoje sveikatos priežiūros sistemoje paspartėjo, tačiau vis dar buvo nepakankamai išnaudojamas skubios pagalbos skyriuose.

Gydymo išteklių konsolidavimas apima procesus, kuriais asmens sveikatos priežiūros paslaugos sutelkiamos sveikatos priežiūros centruose arba tinkluose, užtikrinant efektyvesnį jų teikimą (Mostepaniuk ir kt., 2023). Tai gali apimti ligoninės skyrių apjungimą, tarpusavio išteklių dalijimąsi ir koordinuotą pacientų srautų valdymą. Tokia strategija leidžia ne tik optimizuoti sveikatos priežiūros sistemos veiklą, bet ir mažinti finansinę naštą (Criado ir Guevara-Gómez, 2021). Viena pagrindinių konsolidavimo naudų yra išteklių naudojimo efektyvumas. Pavyzdžiui, pritaikius bendradarbiavimo praktikas pandemijos metu, buvo galima geriau paskirstyti medicinos personalą ir įrangą (Schwartz ir Yen, 2017). Taip pat svarbu pabrėžti, kad centralizuotas paslaugų teikimas dažnai lemia aukštesnę paslaugų kokybę, nes gydytojai ir slaugytojai dirba specializuotose komandose, turinčiuose daugiau patirties konkrečiose srityse (Huang, 2020). Dar vienas svarbus aspektas yra finansinių išteklių taupymas. Pavyzdžiui, bendri sveikatos priežiūros centrų pirkimai gali sumažinti įrangos ir vaistų kainas, o efektyvesnis personalo valdymas leidžia sumažinti ekonominius kaštus (Tremblay ir kt., 2022). Be to, gerai organizuota sveikatos priežiūros sistema gali sumažinti pacientų laukimo laiką ir padidinti paslaugų prieinamumą. Nepaisant privalumų, konsoliduojant asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius susiduriama ir su tam tikrais iššūkiais. Vienas pagrindinių yra pasipriešinimas pokyčiams. Sveikatos priežiūros darbuotojai ir pacientai gali nenorėti keisti nusistovėjusių praktikų ar keliauti toliau, siekiant gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugas (Hermansson, 2015). Taip pat gali kilti problemų dėl organizacinio nesuderinamumo, ypač kai konsoliduojamos skirtingos organizacijos su savomis vidinėmis kultūromis ir valdymo sistemomis (Brummel ir kt., 2012). Kitas svarbus iššūkis yra galimas paslaugų prieinamumo sumažėjimas tam tikrose geografinėse vietovėse. Jei konsoliduojant paslaugas tam tikri skyriai ar net ligoninės yra uždaromi, kai kuriems pacientams gali tapti sunkiau gauti reikiamą gydymą (Yatim ir Sebai, 2021).

JAV patirtis. Toliau verta apžvelgti Mohebbi ir kt. (2020) atliktą efektyvaus pacientų kelionių valdymo tyrimą. Autoriai teigia, jog tyrimas atliktas remiantis realiais duomenimis, šiame tyrime

naudojami duomenys buvo nuasmeninti. Straipsnio autoriai dirba JAV universitetuose (angl. *University of Oklahoma* ir angl. *University of Tennessee – Knoxville*). Šio tyrimo metu buvo nustatyta, jog efektyvus pacientų kelionių valdymas reikalauja struktūruotų ir koordinuotų priemonių, užtikrinančių prieigos prie asmens sveikatos priežiūros paslaugų gerinimą, informacijos srautų integravimą ir sklandų perėjimą tarp skirtingų asmens sveikatos priežiūros etapų. Šiame tyrime aptariami skirtingi metodai modeliuojant ir analizuojant sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų partnerystes, tačiau šie metodai dažniausiai rėmėsi nekooperacinių žaidimų teorija. Autoriai apibrėžė kooperacinių žaidimų teoriją konsoliduotų ligoninių sistemos kontekste. Jie teigia, jog konsolidacija gali būti suprantama kaip koalicija, kurioje paslaugų teikėjai sujungia savo išteklius, siekdami bendro našumo. Pagrindinė tokių kooperacinių žaidimų savybė yra superadityvumas – t. y. matematinė savybė, reiškianti, kad didelių koalicijų formavimas nėra žalingas nė vienam dalyviui. Kitaip tariant, bendradarbiavimas nepablogina individualaus veikėjo našumo. Todėl didelės koalicijos yra optimali struktūra, o pagrindinis iššūkis – kaip reikėtų užtikrinti tokių koalicijų stabilumą. Todėl autoriai pabrėžia individualių skatinimo mechanizmų ir sąžiningo pajamų paskirstymo svarbą tokiuose kooperatyviniuose žaidimuose. Teigiama, jog ligoninės veikia kaip daugelio grupių, turinčių sutampančius ar išsiskiriančius interesus, sąveikos erdvė. Tyrime buvo analizuojama perspektyvinės mokėjimo sistemos poveikis ligoninių veiklai, daugiausia dėmesio skiriant ligoninių ir jų medicinos personalo santykiams. Išskirti tyrimai, kuriuose buvo aptariami dalyvaujančių šalių derybų modeliai, kuomet viena iš šalių turi lemiamą sprendimų priėmimo galią. O sprendimų priėmimas gali būti vyksti tiek vadovų, tiek gydytojų lygmenyse. Mohebbi ir kt. (2020) išplėtė šį modelį, įtraukdami strateginių gydytojų ir vadovų derybų ligoninėse svarbą, pagrįstą nekooperacinėmis derybomis. Autoriai tyrė ligoninių bendradarbiavimą siekiant sumažinti neefektyvius greitosios pagalbos automobilių nukreipimus didmiesčiuose. Tyrimo rezultatai parodė, jog teorinis optimalus pacientų perkėlimo paskirstymas tarp ligoninių reikšmingai skiriasi nuo realiai taikomos praktikos. Todėl siūlomas perkėlimo modelis gali tiesiogiai pagerinti teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir sumažinti išlaidas, kurios susidaro dėl neefektyviai organizuojamų pacientų pervežimų. Kaip teigia Exley ir kt. (2024), vienas pagrindinių metodų siekiant mažinti paslaugų dubliavimą ir užtikrinti greitesnę bei efektyvesnę prieigą prie reikiamų specialistų, yra sveikatos paslaugų centralizavimas ir integruotų priežiūros modelių diegimas. Taip yra išvengiama pacientų kelionės nesklaidumų, taip pat šis metodas leidžia geriau paskirstyti išteklius. Autoriai teigia, jog siekiant užtikrinti sklandų perėjimą tarp asmens sveikatos priežiūros etapų, buvo įgyvendintos standartizuotos komunikacijos ir koordinavimo sistemos. Šios sistemos apima bendrą sveikatos informacinės sistemos naudojimą, kuri užtikrina, kad visi sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai turėtų prieigą prie paciento medicininės istorijos ir galėtų efektyviau bendradarbiauti (Exley ir kt., 2024). Tokia praktika padeda išvengti nereikalingų tyrimų ir užtikrina gydymo tęstinumą. Be to, turi būti taikomos skatinamosios priemonės, pagrįstos bendradarbiavimu tarp sveikatos priežiūros įstaigų, siekiant efektyviau paskirstyti atsakomybę ir finansinius išteklius. Tokios priemonės, remiantis kooperacinių žaidimų teorija, padeda pasiekti efektyvesnius pacientų kelionės valdymo rezultatus ir skatina ilgalaikį sveikatos priežiūros paslaugų tvarumą (Mohebbi ir kt., 2020). Apibendrinant Mohebbi ir kt. (2020) atliktą tyrimą galima paminėti, jog siūlomas pacientų kelionės valdymas tapo labiau orientuotas į integruotą priežiūrą, efektyvesnį išteklių naudojimą ir didesnę pacientų pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis.

Prancūzijos patirtis. Sėkmingi gydymo išteklių konsolidavimo pavyzdžiai rodo, kad tinkamai suplanavus procesus, galima pasiekti gerų rezultatų. Pavyzdžiui, Prancūzijoje daugiaprofesiniai medicinos centrai (angl. *pluri-professional medical centres* (MSP)) sujungė kelių specialybių

gydytojus ir leido pagerinti pacientams teikiamų paslaugų kokybę bei efektyviau naudoti išteklius (Yatim ir Sebai, 2021). Toliau plačiau bus nagrinėjamas daugiaprofesinių medicinos centrų kūrimas Prancūzijoje. Kaip teigia Yatim ir Sebai (2021), šie centrai buvo sukurti kaip tarpdisciplininės tarprofesinės sveikatos priežiūros įstaigos, kuriose dirba skirtingų specialybių gydytojai, slaugytojai ir kiti sveikatos priežiūros specialistai. Šių centrų tikslas – stiprinti pirminės sveikatos priežiūros sektorių, skatinti tarpdisciplininį bendradarbiavimą ir užtikrinti geresnę pacientų priežiūrą. Daugiaprofesinis modelis leidžia optimaliai paskirstyti išteklius, nes gydytojai gali dalintis pacientų priežiūra, kartu spręsti sudėtingesnius atvejus ir geriau organizuoti prevencinių programų vykdymą. Be to, šis modelis sumažina administracinę naštą pavieniams gydytojams, nes veikla yra koordinuojama komandiškai. Pavyzdžiui, pacientas, sergantis tokia lėtine liga, kaip diabetas, gali gauti integruotas paslaugas vienoje vietoje: jam nereikia lankytis skirtingose įstaigose, nes daugiaprofesiniame medicinos centre dirba endokrinologai, dietologai, slaugytojai ir kiti specialistai. Tai ne tik pagerina pacientų patirtį, bet ir didina gydymo efektyvumą, mažinant nereikalingus vizitus į ligonines ir skatinant ankstyvą ligų prevenciją. Autorių atliktas tyrimas rodo, kad daugiaprofesinių medicinos centrų veikla leidžia sumažinti sveikatos priežiūros išlaidas, nes mažėja nereikalingų hospitalizacijų ir gerėja lėtinių ligų valdymas. Be to, šis modelis yra ypač svarbus kaimo vietovėse, kur sveikatos priežiūros specialistų trūkumas yra didelė problema – bendradarbiavimas tarp skirtingų sveikatos priežiūros specialistų leidžia padengti didesnę pacientų skaičių ir geriau paskirstyti darbo krūvius (Yatim ir Sebai, 2021).

Autoriai teigia, jog daugiaprofesiniai sveikatos centrai yra tarpinstitucinio bendradarbiavimo modelis, sudarytas dviem lygmenimis: vidinis bendradarbiavimas – tarp centro specialistų, kurie gali dirbti toje pačioje vietoje arba skirtingose vietose, ir išorinis bendradarbiavimas – su kitomis sveikatos priežiūros, mišrių organizacijų, tokių, kaip sveikatos ir socialinės priežiūros bei socialinės pagalbos įstaigomis. Tokie centrai siekia ne tik suburti bendradarbiaujančius specialistus, bet ir įdiegti „struktūruoto bendradarbiavimo“ principus bei sukurti nacionalinę sveikatos priežiūros koordinavimo sistemą. Šie Sveikatos centrai veikia kaip tinklai, kuriuose vyksta trijų šalių – pacientų, gydytojų, ir valdžios institucijų – sąveika. Pacientai šioje sąveikoje dalyvauja kaip naudos gavėjai, gydytojai – kaip proceso įgyvendintojai, o valdžios institucijos – kaip proceso iniciatoriai bei veiklos sąlygų užtikrintojai ir kordinatoriai. Šioje sąveikoje daugiaprofesiniai sveikatos centrai atlieka pagrindinį vaidmenį. Išskiriami tokie pagrindiniai daugiaprofesinių sveikatos centrų kūrimo aspektai (žr. 5 lent.).

5 lentelė. Daugiaprofesinių sveikatos centrų kūrimo priemonės (sudaryta autoriaus, remiantis Yatim ir Sebai, 2021)

Daugiaprofesinių sveikatos centrų kūrimo priemonės	Daugiaprofesinių sveikatos centrų kūrimui taikytos priemonės
Tarpinstitucinio bendradarbiavimo skatinimas	Medicinos centrų modelis buvo kuriamas remiantis glaudžiu bendradarbiavimu tarp įvairių sveikatos priežiūros specialistų – gydytojų, slaugytojų, dietologų, kineziterapeutų ir psichologų. Taip buvo sudarytos sąlygos pacientams gauti visapusišką priežiūrą vienoje vietoje, mažinant poreikį lankytis skirtingose gydymo įstaigose.
Elektroninių sveikatos įrašų diegimas	Kadangi pacientai buvo gydomi kelių specialistų, buvo įdiegtos skaitmeninės pacientų duomenų valdymo sistemos, kurios leido efektyviai keistis informacija tarp medicinos darbuotojų. Tai užtikrino greitesnį ir tikslesnį diagnostikos bei gydymo procesą.
Bendras finansavimo modelis	Šiems centrams buvo taikomas mišrus finansavimo modelis, apjungiantis valstybės finansavimą ir privačias iniciatyvas. Tai leido centrams išlaikyti aukštą paslaugų kokybę ir nepriklausyti tik nuo pavienių gydytojų pajamų. Sveikatos prevencijos ir lėtinių ligų

Daugiaprofesinių sveikatos centrų kūrimo priemonės	Daugiaprofesinių sveikatos centrų kūrimui taikytos priemonės
	valdymo programos – šių centrų iniciatyvos buvo orientuotos ne tik į gydymą, bet ir į ligų prevenciją. Buvo vykdyti edukaciniai projektai apie sveiką gyvenseną, vakcinacijos programos ir lėtinių ligų (pvz., diabeto, hipertenzijos) valdymą.
Regioninė sveikatos priežiūros tinklų integracija	Centrai buvo integruoti į platesnes regionines sveikatos sistemas, kurios padėjo užtikrinti geresnį pacientų srautų valdymą bei efektyvesnį išteklių naudojimą, ypač kaimo vietovėse, kur gydytojų trūkumas buvo jaučiamas labiau.

Apibendrinant Yatim ir Sebai (2021) atliktą tyrimą galima teigti, jog pastebėtas spartus ir tvarus daugiaprofesinių sveikatos centrų plėtros procesas Prancūzijoje, tačiau tarpinstitucinis bendradarbiavimas vis dar išlieka ribotas. Tyrimo ataskaitoje buvo išskirtos trys pagrindinės organizacinės savybės – įstaigos dydis, papildomas finansavimas ir IT sistemų integracija, kurios gali paskatinti tiek tarpasmeninį, tiek tarpinstitucinį bendradarbiavimą. Paskutiniai COVID-19 pandemijos mėnesiai atskleidė sudėtingus iššūkius, su kuriais susidūrė Prancūzijos sveikatos priežiūros sistema. Buvo nustatyta pirminės asmens sveikatos priežiūros svarba teikiant sveikatos gydymo paslaugas visoje asmens sveikatos priežiūros sistemoje. Daugiaprofesinių sveikatos centrų ateitis yra svarbi siekiant atnaujinti sveikatos sistemą, tačiau kartu su bendradarbiavimu, koordinavimu ir organizaciniais iššūkiais reikia spręsti ir platesnius klausimus, tokius, kaip sveikatos priežiūros profesijų plėtra ir taikomų gydymo, bei prevencijos metodų atnaujinimas (pvz., telemedicinos plėtra, visuomenės sveikatos edukacija). Tyrime vertintame sveikatos priežiūros sistemos transformacijos plane numatyti sprendimai, tačiau jų poveikis galės būti įvertintas tik po jų įgyvendinimo. Dar vienas tarpinstitucinio bendradarbiavimo Prancūzijoje pavyzdys yra sėkmingai veikianti integruota onkologinių paslaugų sistema, kuri remiasi glaudžiu bendradarbiavimu tarp ligoninių, tyrimų centrų ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigų (Tremblay ir kt., 2022). Šios sistemos pagrindą sudaro įvairios „artumo arba sąveikos“ dimensijos – organizacinė, geografinė ir socialinė artuma. Tokiu būdu užtikrinamas greitesnis pacientų perėjimas tarp skirtingų gydymo lygių, taip sumažinant gydymo vėlavimus ir išteklių švaistymą. Pavyzdžiui, centralizuotos pacientų duomenų sistemos leidžia skirtingoms institucijoms efektyviai keistis informacija, koordinuoti gydymo planus bei valdyti pacientų keliones.

Italijos, Nyderlandų ir Škotijos patirtys. Kaip dar vienas tarpinstitucinio bendradarbiavimo pavyzdys gali būti asmens sveikatos priežiūros ir socialinės priežiūros integracijos valdymas Italijoje, Nyderlanduose ir Škotijoje. Exley ir kt. (2024) atliktame tyrime buvo nagrinėjama sveikatos ir socialinės priežiūros integracija. Tyrimo rezultatai parodė, kad integracijos lygis skiriasi priklausomai nuo savanoriškų susitarimų Nyderlanduose iki privalomos integracijos Škotijoje. Tyrimo metu išryškėjo septynios sritys, kurios padėjo arba trukdė šiai integracijai (žr. 6 lent.).

6 lentelė. Sritys, kurios padėjo arba trukdė sveikatos ir socialinės priežiūros integracijai (sudaryta autoriaus, remiantis Exley ir kt., 2024)

Sritis	Apibūdinimas
Nacionalinių arba regioninių tikslų neatitikimas vietos tikslams	Centrinės valdžios ir vietos institucijų siekiai ne visada buvo suderinti, todėl kilo neaiškumų ir prieštaravimų.
Lankstumo ir laiko svarba	Siekiant veiksmingos integracijos, reikėjo pakankamai laiko ir galimybių pritaikyti nacionalines strategijas prie vietos konteksto

Sritis	Apibūdinimas
Vietos lyderystė	Aktyvūs ir įsitraukę vietos lyderiai buvo esminis veiksnys sklandžiam integracijos procesui užtikrinti.
Sveikatos priežiūros dominavimas	Ligoninių sektorių dominavo prieš socialinės priežiūros sektorių politikos formavimo, išteklių paskirstymo ir stebėsenos srityse, kuomet vienos bendradarbiaujančios šalies interesai buvo iškelti aukščiau kitos šalies interesų ir tai apsunkino tarpinstitucinį bendradarbiavimą.
Išteklių paskirstymas	Finansavimo ir žmogiškųjų išteklių paskirstymas dažnai neatitiko integracijos poreikių, todėl kai kuriose srityse trūko paramos.
Koordinavimo mechanizmų veiksmingumas	Skirtingų institucijų bendradarbiavimas priklausė nuo aiškių koordinavimo mechanizmų ir komunikacijos kanalų.
COVID-19 pandemijos poveikis	Pandemija sustiprino tiek esamas stipriasias, tiek silpnąsias valdymo ir integracijos puses, bet tai nebuvo laikoma pagrindiniu kliuviniu integruotai sveikatos ir socialinei priežiūrai.

Apibendrinant galima teigti, jog vyravo neatitikimas tarp nacionalinės ar regioninės valdžios siekių dėl socialinės priežiūros integracijos įgyvendinimo lygmens, dėl ko kilo neaiškumų ir kartais prieštarų atskaitomybės linijų tarp centrinės valdžios ir vietos valdžios institucijų. Lankstumas ir laikas, leidžiantis pritaikyti nacionalinę politiką prie vietos konteksto bei įsitraukę vietos lyderiai buvo esminiai veiksniai įgyvendinant integraciją. Sveikatos priežiūra, ypač stacionari asmens sveikatos priežiūra, dominavo socialinės priežiūros atžvilgiu, o išteklių paskirstymas ir nacionalinės stebėsenos sistemos apsunkino vietos bendradarbiavimą. Pandemija pabrėžė ir sustiprino esamas stipriasias ir silpnąsias puses, tačiau nebuvo laikoma pagrindiniu trikdžiu bendrai sveikatos ir socialinės priežiūros sistemų vizijai. Tarpinstitucinis asmens sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimas yra vienas iš pagrindinių mechanizmų, kuriais Nyderlandai bando pagerinti integraciją sektoriuje. Visai neseniai šalis inicijavo visos šalies „Integralios priežiūros susitarimą“, pagal kurį 31 šalies regionas yra skatinamas gerinti tarpinstitucinį bendradarbiavimą (Tietschert ir Westra, 2024).

Turkijos patirtis. Nors COVID-19 pandemija ir popandeminis laikotarpis paskatino ieškoti naujų gydymo išteklių konsolidavimo metodų, tačiau tokie metodai buvo taikomi ir anksčiau, pavyzdžiui valdant krizes po įvykusių katastrofų. Turkijoje vykdomas nelaimių valdymas taip pat yra pavyzdys, kaip gali būti efektyviai konsoliduojami gydymo ištekliai ekstremaliomis situacijomis (Hermansson, 2015). Kaip teigia autorius, tai yra hibridinio tinklo valdymo modelis, taikomas šioje šalyje, leidžiantis skirtingoms institucijoms veikti sinergijos principu ir lanksčiai reaguoti į krizines situacijas (Hermansson, 2015). Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, vyriausybės institucijos ir nevyriausybės organizacijos dirba kartu, siekdami efektyviai paskirstyti medicinos išteklius ir užtikrinti, kad pagalba pasiektų nukentėjusius gyventojus kuo greičiau. Šis bendradarbiavimo modelis taip pat taikomas siekiant sumažinti ligoninių apkrovą pandemijų ir kitų sveikatos krizių metu. Tačiau šis modelis taikomas trumpalaikėje perspektyvoje ir neturi ilgalaikių strateginių tikslų siekiant tobulinti asmens sveikatos priežiūros sistemą.

Taivano patirtis. Pasak Schwartz'o ir Yen (2017), tradiciškai pasirengimas pandemijai ir reagavimas į ją laikomi nacionalinės valdžios atsakomybe. Vis dėlto, nacionalinė valdžia dirbdama viena pasiteisina tik iš dalies, o situaciją apsunkina natūrali visuomenės tendencija ignoruoti situaciją, jog pandemija gali kilti ir ateityje, laikant ją neįtikėtina ar nereikšminga, todėl valdžios institucijos gali susidurti su visuomenės pasipriešinimu. Vyriausybės, atsižvelgdamos į visuomenės požiūrį, dažnai sutelkia dėmesį į savo ribotus išteklius ir tiesioginius, matomus projektus (pvz., kelių statyba, tiltų

remontas, parkų plėtra), tačiau pasirengimas galimiems ligų protrūkiams neretai tampa antračiliu prioritetu. Kai pandemija vis dėlto prasideda, visuomenė tikisi, kad nacionalinė valdžia ją valdys efektyviai. Jei valstybė tam neturi pakankamai pajėgumų, gali kilti visuomenės nepasitikėjimas ir nusivylimas, o tai tik dar labiau apsunkina situaciją. Tokie įvykiai įvyko Taivane per SARS protrūkį ir parodė, jog tai gali sukelti nevaldomą situaciją, kai visuomenės nepasitenkinimas ir atsakas į vyriausybės iniciatyvas gali pasireikšti atsisakymu bendradarbiauti arba net informacijos slėpimu nuo valstybės. Kaip tai buvo per 2014 m. Ebolos protrūkį Vakarų Afrikoje. Ši problema neapsiriboja tik Taivanu, bendradarbiavimas ir įtraukimas į krizių valdymą yra svarbūs tiek vyriausybiniams, tiek nevyriausybiniams organizacijoms. Taivanas, pasitelkdamas savo ankstesnes patirtis, sugebėjo sukurti įvairias priemones, apimančias tiek vyriausybinius, tiek nevyriausybinius subjektus. Centrinė epidemijų kontrolės ir prevencijos komisija sujungė ministerijas ir departamentus visoje nacionalinėje sistemoje, siekdama koordinuoti atsaką pandemijoms. Taip pat vyksta bendradarbiavimas su vietos valdžia, pvz., Taipejuje, Tainanu ir Gaosionge bei su valstybinėmis ligoninėmis. Bendradarbiavimas su miesto viešbučiais pademonstruoja privataus sektoriaus įtraukimą į krizės valdymą. Be to, nuolatinis ir besiplečiantis bendradarbiavimas tarp centrinės ir vietos valdžios kartu su bendruomenėmis taip pat yra svarbus pavyzdys, kaip gali būti įtraukiama bendruomenė (Schwartz ir Yen, 2017). Šios iniciatyvos parodo, jog bendradarbiavimas yra esminis elementas norint veiksmingai kovoti su pandemijomis. Taivano bendradarbiavimo praktikos padeda kurti pasitikėjimą vietos lygmeniu ir geriau suprasti pažeidžiamumą, o tai leidžia efektyviau paskirstyti išteklius pandemijų prevencijai ir kontrolei. Taivano požiūris į bendradarbiavimą yra vertingas ne tik Taivanui, bet ir kitiems Rytų bei Pietryčių Azijos regionams, kuriems taip pat gali būti naudingos šios patirtys.

Apibendrinat poskyrį galima teigti, jog skirtingų šalių gerųjų praktikų pavyzdžių analizė suteikia įžvalgų apie gydymo išteklių konsolidavimo procesą, kuris leidžia optimizuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, užtikrinant kokybiškesnes paslaugas pacientams ir efektyviau naudoti turimus išteklius. Viena iš pagrindinių gero valdymo praktikų yra regioninių gydymo centrų kūrimas, kurie padeda koncentruoti specializuotas paslaugas, geriau išnaudoti medicininę įrangą ir sumažinti paslaugų dubliavimą. Be to, skaitmeninių sistemų diegimas leidžia paspartinti pacientų aptarnavimą, mažinti laukimo laiką ir pagerinti sveikatos paslaugų prieinamumą net ir atokiose vietovėse. Taip pat itin svarbu skatinti glaudesnę bendradarbiavimą tarp gydymo įstaigų, kuris leidžia dalytis infrastruktūra, medicinos personalu bei gerąja praktika, taip išvengiant sveikatos priežiūros paslaugų fragmentacijos. Efektyvus finansinių ir infrastruktūros išteklių valdymas yra dar vienas reikšmingas konsolidavimo aspektas – centralizuotas vaistų, medicinos priemonių ir įrangos pirkimas gali sumažinti sąnaudas ir užtikrinti skaidresnį biudžeto paskirstymą. Be to, siekiant optimizuoti ligoninių veiklą, itin svarbu diegti pacientų srautų valdymo sistemas, kurios padėtų mažinti eiles ir užtikrinti greitesnę bei tikslesnę pacientų nukreipimą į atitinkamas gydymo įstaigas. Taip pat svarbus dėmesys turėtų būti skiriamas medicinos personalo kompetencijų stiprinimui – nuolatiniai mokymai, kvalifikacijos kėlimas ir tarptautinių patirčių taikymas prisideda prie aukštesnės gydymo kokybės ir sumažina klaidų riziką. Taigi, gerųjų praktikų, taikomų konsoliduojant gydymo išteklius, analizė leidžia sukurti efektyvesnę, tvaresnę ir pacientams palankesnę sveikatos apsaugos sistemą, kuri ne tik sumažina finansines sąnaudas, bet ir gerina gydymo rezultatus bei paslaugų prieinamumą.

Apibendrinant 2 skyriuje aptartas tarpinstitucinio bendradarbiavimo asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklių konsolidavimo strategines nuostatas bei teisinį reguliavimą ES ir Lietuvoje, bei

aptarus užsienio šalių gerąsias praktikas, pateikiamas baigiamojo projekto 1.4 poskyryje parengto tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius teorinio modelio elementų apibūdinimas ir/ar savybės (žr. 1 Priedas).

Išanalizavus strateginius dokumentus ir norminius teisės aktus, reglamentuojančius regioninių Sveikatos centrų steigimo procesą Lietuvoje, bei aptarus užsienio šalių gerąsias praktikas, buvo atliktas tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius teorinio modelio elementų patikslinimas. Šis patikslinimas, leido aprašyti baigiamojo projekto 1.4 poskyryje parengto teorinio tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius modelio elementus ar jų savybes. Atlikus analizę nustatyta, jog dokumentuose iš esmės nėra akcentuojami konkretūs tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros išteklius veiksniai bei nėra siūlomos metodikos, tačiau atliepiamas poreikis skatinti tarpinstitucinį bendradarbiavimą, siekiant gerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Todėl galima teigti, jog nagrinėtuose teisės aktuose yra nepakankamai atliepiami asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklių konsolidacijos aspektai. Remiantis šiais dokumentais, institucijos bendradarbiaudamos tarpusavyje, susiduria su neaiškumais steigiant konsoliduotus Sveikatos centrus bei vykdant jų veiklą. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos, dalyvaujančios Sveikatos centro veikloje, turi galimybę naudotis paciento medicinos duomenimis elektroninėje erdvėje, tačiau akcentuotina, jog Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos (ESPBI IS) techninės ir programinės galimybės valdant pacientų keliones nėra nagrinėjamos šiame baigiamajame projekte.

Apibendrinant antrąjį skyrių galima teigti, kad tarpinstitucinis bendradarbiavimas yra esminis sveikatos apsaugos sistemų tvarumo ir efektyvumo veiksnys. Tokios tarptautinės organizacijos, kaip JT, PSO ir ES, stiprina bendradarbiavimo mechanizmus, siekdamos spręsti pandemijų, klimato kaitos ir sveikatos nelygybės iššūkius. Lietuva aktyviai dalyvauja tarptautinėse iniciatyvose, derina nacionalines strategijas su globaliais įsipareigojimais ir skatina regioninį bendradarbiavimą. Svarbios iniciatyvos, tokios, kaip „Viena sveikata“, pabrėžia žmonių, gyvūnų ir aplinkos sąsajas. Efektyvus išteklių valdymas, regioninių sveikatos centrų kūrimas bei skaitmeninių sistemų diegimas padeda optimizuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir didinti jų prieinamumą. Tačiau tam būtinas nuolatinis medicinos personalo mokymas ir inovacijų diegimas, siekiant užtikrinti aukštesnę gydymo kokybę ir geresnius rezultatus. Nagrinėjant strateginius dokumentus ir norminius teisės aktus, reglamentuojančius regioninių sveikatos centrų steigimo procesą Lietuvoje, bei analizuojant užsienio šalių gerąsias praktikas, buvo pagrįsti tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros išteklius teorinio modelio elementai bei pateiktos šių elementų sampratos ar savybės. Efektyviam tarpinstituciniam bendradarbiavimui būtinas pasitikėjimas, konfliktų valdymas, interesų derinimas bei bendrų normų įtvirtinimas. Taip pat svarbu įtraukti pacientus, jų atstovus ar bendruomenines organizacijas į sprendimų priėmimo procesą bei sukurti aiškius pacientų kelionės valdymo mechanizmus. Siekiant užtikrinti efektyvesnę ir prieinamesnę asmens sveikatos priežiūrą, būtinas nuoseklus šių modelio elementų stiprinimas.

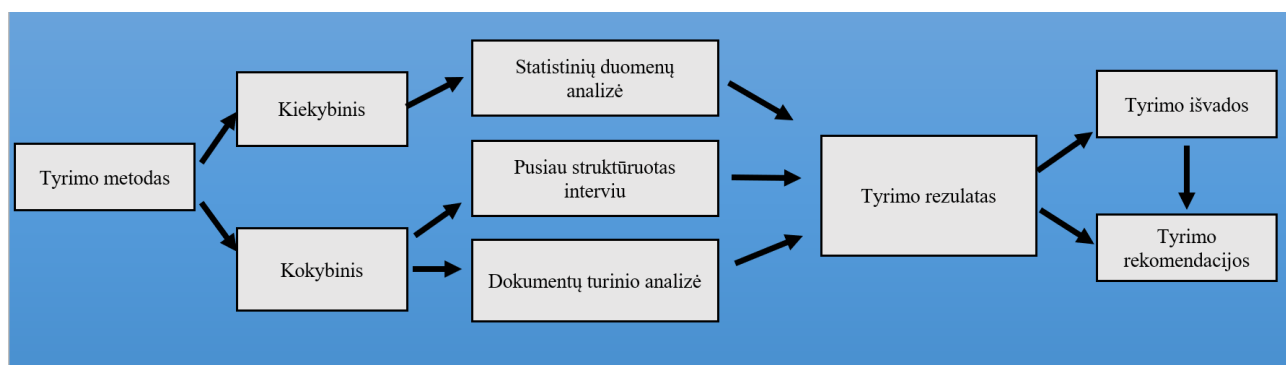
3. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre tyrimas

Šiame baigiamojo projekto skyriuje pristatomas tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo galimybių konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre tyrimas. Pirmiausia pateikiama empirinio tyrimo metodika, vėliau analizuojama Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veikla bei su ja susiję dokumentai. Paskutiniame skyriaus poskyryje pristatomi gauti kokybinio tyrimo – pusiau struktūruoto interviu – rezultatai.

3.1. Tyrimo metodika

Tyrimo strategija. Kardelis (2017) akcentuoja, kad tyrimo strategijos pasirinkimas – tai sprendimas dėl viso tyrimo plano, kuris gali būti aprašomasis, eksperimentinis, lyginamasis ar kt., priklausomai nuo tyrėjo keliamų klausimų ir hipotezių. Kokybiniams tyrimams apibūdinti dažnai vartojama sąvoka atvejo analizė (angl. *case study*) arba tyrimas, kuris remiasi atskirų atvejų studijomis. Taip pat šie tyrimai įvardinami kaip interpretaciniai tyrimai, pabrėžiantys tyrėjų siekį interpretuoti reiškinius tomis prasmėmis, kurias jiems suteikia tiriami žmonės (Kardelis, 2017). Pasak Bitino, Rupšienės ir Žydžiūnaitės (2008), atvejo analizė padeda tyrėjui visapusiškai suprasti reiškinį, atskleisti jo giluminius ryšius ir jų prasmę. Tuo tarpu Nassaji (2020) teigia, kad kokybinio tyrimo strategija turi būti grindžiama aiškia logika, pagrindžiančia atvejo pasirinkimą ir jo reikšmę mokslui. Žydžiūnaitė ir Sabaliauskas (2017) pabrėžia, kad kokybinuose tyrimuose itin svarbus tampa etiškas atvejo pasirinkimas ir tyrimo eiga, siekiant išlaikyti tyrimo dalyvių orumą ir autonomiją. Šiame baigiamajame projekte bus taikomas Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro atvejo tyrimas.

5 paveiksle pateikiama tyrimo strategija, kurią sudaro kiekybinės statistinės informacijos analizė bei kokybinis Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro atvejo tyrimas. Kokybiniam atvejo tyrimui atlikti naudotas pusiau struktūruotas interviu bei įstaigų dokumentų turinio analizė. Šių metodų taikymas leido išgryninti tyrimo rezultatus bei pateikti tyrimo išvadas ir rekomendacijas.



5 pav. Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro atvejo tyrimo strategija (sudaryta autoriaus, 2025)

Tyrimo metodai. Tyrimo metodai pasirenkami atsižvelgiant į tyrimo tikslą, pobūdį ir siekiamus rezultatus. Gerai parengtas ar pritaikytas metodas žymiai palengvina tyrimą. Teigiama, kad nuo metodo priklauso viso tyrimo sėkmė. Tačiau patys metodai dar nenulemia mokslo laimėjimų – jie negali pakeisti kūrybinių tyrėjų minčių, jų sugebėjimo analizuoti ir interpretuoti tyrimo duomenis (Kardelis, 2017). Kaip teigia Kardelis (2017), ieškant efektyvių tyrimo metodų ir objektyvių naujų žinių gavimo būdų, visų pirma šie metodai turi būti metodologiškai pagrįsti, o antra – informatyvūs ir patikimi. Taikant pačių tyrėjų parengtas ar koreguotas metodikas, būtina pagrįsti taikomų metodų patikimumą ir objektyvumą. Gaižauskaitė ir Mikėnė (2014) pabrėžia, kad kiekybiniai tyrimai leidžia

apibendrinti duomenis ir atskleisti tam tikras tendencijas, tuo tarpu kokybiniai tyrimai padeda giliau suvokti reiškinių esmę. Pasak tų pačių autorių, tyrimo metodai turi būti pasirenkami remiantis tyrimo tikslais, kad būtų užtikrintas duomenų gilumas, lankstumas ir galimybė kontekstualiai interpretuoti tiriamą reiškinį. Žydzūnaitė ir Sabaliauskas (2017) taip pat pažymi, kad tyrėjo vaidmuo kokybiniame tyrime yra esminis – jis turi ne tik techniškai taikyti metodus, bet ir etiškai bei atsakingai įsitraukti į tyrimo procesą. Nassaji (2020) pabrėžia duomenų analizės kokybę ir svarbą, pasak jo, tik per kruopštų tyrimo metodų pritaikymą galima pasiekti aukšto lygio mokslinį indėlį. Todėl įvertinus tyrimo kontekstą ir tikslus, šiame baigiamajame projekte nuspręsta taikyti tyrimo metodų trianguliaciją: 1) Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro dokumentų analizę, 2) statistinių duomenų analizę ir 3) pusiau struktūruotą interviu su ekspertais. Pasak Bowen (2009), dokumentų analizė suteikia galimybę papildyti kitus kokybinius duomenis, ypač kai siekiama pagrįsti tyrimo išvadas. Galiausiai, pagrindinis tyrėjo tikslas lieka – suprasti ir interpretuoti dalyvių patirtis bei požiūrius, taikant metodiškai pagrįstus, kontekstualiai tinkamus ir etiškai atsakingus tyrimo metodus.

Duomenų rinkimo metodai. Pasirinktas duomenų rinkimo metodas turi atitikti tyrimo pobūdį ir užtikrinti duomenų kokybę. Duomenų rinkimo metodai yra esminiai kokybinio tyrimo elementai, nes jie tiesiogiai veikia tyrimo išvadų gilumą ir patikimumą. Pasak Gaižauskaitės ir Mikėnės (2014), apklausa yra vienas populiariausių metodų, leidžiantis efektyviai surinkti informaciją apie tyrimo dalyvių nuomones, elgseną ar vertybes. Kokybiniuose tyrimuose dažnai naudojama keletas duomenų rinkimo metodų, kad būtų gauta įžvalgų iš įvairių šaltinių ir požiūrių. Bitinas, Rupšienė ir Žydzūnaitė (2008) teigia, kad įvairių metodų derinimas padidina tyrimo patikimumą, leidžia geriau suprasti tiriamą reiškinį ir įvertinti jį iš skirtingų perspektyvų. Pasak Gaižauskaitės ir Valavičienės (2016), kokybiniuose tyrimuose dažniausiai taikomi trys interviu tipai: struktūruotas interviu, pusiau struktūruotas interviu ir nestruktūruotas interviu. Struktūruotas interviu – kuomet klausimai yra aiškiai suformuluoti iš anksto ir užduodami visiems informantams ta pačia tvarka, tačiau toks metodas turi mažai lankstumo ir labiau primena apklausą. Pusiau struktūruoto interviu metu tyrėjas turi paruoštus iš anksto klausimus, bet leidžiama nukrypti nuo jų ir gilintis į svarbias temas arba užduoti papildomus klausimus. Nestruktūruotas interviu – tai yra laisvas pokalbis, be aiškos struktūros, leidžiantis tyrimo dalyviui laisvai pasisakyti apie jam svarbius dalykus. Šis interviu metodas tinka ieškant gilių, subjektyvių įžvalgų. Gaižauskaitė ir Mikėnė (2014) pabrėžia, kad pusiau struktūruoti interviu yra vienas pagrindinių kokybinių tyrimo metodų, nes jie leidžia tyrėjui gilintis į dalyvių patirtis ir motyvus, tuo pačiu užtikrinant pokalbio kryptingumą. Nassaji (2020) pažymi, kad kokybiško tyrimo esmė yra ne tik tinkamų metodų pasirinkimas, bet ir jų taikymas laikantis akademinės etikos ir tikslios metodologijos. Tuo tarpu Bowen (2009) išskiria dokumentų analizę kaip vertingą ir dažnai nepakankamai įvertintą metodą, kuris leidžia tyrėjui įsigilinti į kontekstą ir papildyti kitais metodais surinktą informaciją. Apibendrinant galima pasakyti, jog pusiau struktūruoto interviu metodas yra tinkamas pasirinkimas kuomet yra siekiama lankstumo bei galimybių gauti galias įžvalgas ir gebėjimo prisitaikyti prie tyrimo dalyvių. Tai metodas, kuris leidžia ne tik rinkti duomenis, bet ir juos suprasti tiriamųjų pateikiamame kontekste.

Dokumentų (turinio) analizė. Dokumentų analizė kaip duomenų rinkimo metodas suteikia galimybę tirti tokius antrinius šaltinius, kaip rašytiniai dokumentai, viešosios politikos dokumentai ar organizacijų ataskaitos (Kardelis, 2017). Šie šaltiniai gali suteikti vertingos kontekstinės informacijos ir papildyti tiesiogiai surinktus duomenis (Gaižauskaitė ir Mikėnė, 2014).

Statistinių duomenų analizė. Statistinių duomenų analizė dažniausiai atliekama siekiant įvertinti kiekybiniu būdu surinktus duomenis ir identifikuoti reikšmingus ryšius tarp tiriamųjų kintamųjų.

Pasirinkti analizės metodai priklauso nuo duomenų pobūdžio ir tyrimo tikslo – analizuojami tiek dažnių pasiskirstymai, tiek ryšiai tarp kintamųjų, pasitelkiant aprašomąją ir inferencinę statistiką. Pasak Gaižauskaitės ir Mikėnės (2014), statistinė analizė leidžia ne tik apibūdinti surinktus duomenis, bet ir patikrinti tyrimo hipotezes, pateikti patikimus apibendrinimus bei atrasti tendencijas, būdingas tiriamajai populiacijai. Kadangi baigiamojo projekto atveju tyrimui vykdomas tikslinės imties pusiau struktūruotas interviu, tikslinga naudoti tik šios imties organizacijų statistinę informaciją. Todėl siekiant gauti šiuos duomenis, bus naudojamas oficialiosios statistikos portalas bei kiti šaltiniai – informacinė Sveikatos draudimo sistema (Sveidra IS), Valstybinės ligonių kasos asmens sveikatos priežiūros įstaigų vidutinio darbo užmokesčio valdymo sistema (ASPI VDU) bei Visuomenės sveikatos stebėsenos informacinė sistema. Šie duomenys skirti įvertinti organizacijose dirbančio personalo skaičių, organizacijų naudojimąsi ESPBI IS, bei šios platformos išankstinės pacientų registracijos posistemių (IPR IS). Taip pat siekiama įvertinti ir kitus asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės ir finansinio efektyvumo rodiklius. Ši statistinių duomenų analizė bus pateikiama aprašomosios statistikos metodu.

Pusiau struktūruota apklausa. Šis plačiai taikomas duomenų rinkimo metodas kokybiniuose tyrimuose vertinamas dėl gebėjimo derinti struktūrą su lankstumu. Pasak Gaižauskaitės ir Mikėnės (2014), pusiau struktūruota apklausa yra vienas iš pagrindinių kokybinio tyrimo instrumentų, leidžiančių surinkti giluminius duomenis apie tiriamą reiškinį, atsižvelgiant į tyrimo tikslus ir tiriamųjų patirtis. Šis instrumentas remiasi iš anksto parengtu klausimų sąrašu, tačiau, skirtingai nei struktūruota apklausa, leidžia tyrėjui sekti išskylančias temas ir giliau nagrinėti aktualius klausimus, kai jie natūraliai iškyla – taip užtikrinant lankstumą ir pritaikomumą prie individualių atsakymų. Bitinas, Rupšienė ir Žydžiūnaitė (2008) akcentuoja, kad pusiau struktūruoti pokalbiai leidžia tyrėjui gilintis į tiriamųjų patirtis, padeda suprasti jų prasminį lauką bei socialinį kontekstą, kuriame šios patirtys susiformavo. Be to, šis metodas padeda užmegzti natūresnį ir pasitikėjimu grįstą ryšį tarp tyrėjo ir dalyvio, sukuriant saugią erdvę atvirai dalintis patirtimis. Bowen (2009) išskiria šio metodo pranašumą kaip galimybę užfiksuoti ne tik tai, kas pasakyta, bet ir kaip tai išreiškiama – įtraukiant emocijas, balso toną, kūno kalbą ar pauzes. Tai leidžia tyrėjui susidaryti holistinį vaizdą apie dalyvio patirtį. Vis dėlto, kaip pažymi Gaižauskaitė ir Mikėnė (2014), pusiau struktūruotos apklausos sėkmė didele dalimi priklauso nuo tyrėjo pasirengimo ir gebėjimų. Tyrėjas turi gerai išmanyti tiriamą temą, gebėti valdyti pokalbio eigą, išlaikyti neutralumą, vengti vedančių klausimų bei užtikrinti profesinį ir etišką santykį su dalyviu (Žydžiūnaitė ir Sabaliauskas, 2017). Apibendrinant galima pasakyti, jog kokybinė pusiau struktūruota ekspertų apklausa yra veiksmingas įrankis giliam žmogaus patirčių pažinimui. Įvertinus galimus taikyti tyrimo metodus ir strategijas bei siekiant baigiamajame projekte numatyto tikslo ir uždavinių, buvo nuspręsta naudoti kokybinio tyrimo metodą, taikant pusiau struktūruotą ekspertų apklausą.

Tyrimo instrumentas. Tyrimo instrumentas turi būti patikimas ir validus, kad surinkti duomenys atspindėtų tikrovę (Gaižauskaitė ir Mikėnė, 2014). Todėl tyrimo instrumento pagrindimui buvo naudojamas baigiamojo projekto 1.4 poskyryje autoriaus parengtas tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius teorinis modelis bei jo elementai. Antrame baigiamojo projekto priede išskiriami tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius teorinio modelio elementai, bei kiekvienam šių elementui nustatyti tyrimo kriterijai ir/arba rodikliai, leidžiantys nustatyti elemento įtaką tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimui. Taip pat minėtame priede nurodomi galimi tyrimo kriterijų ir/arba rodiklių informacijos gavimo šaltiniai (žr. 2 Priedas). Tyrimo

instrumentą sudarė 5 lygmenys, tai yra – išoriniai veiksniai, vidiniai veiksniai, tarpinstitucinio bendradarbiavimo formavimas, tarpinstitucinio bendradarbiavimo procesas, bei siektini rezultatai (žr. 7 lent.).

7 lentelė. Interviu klausimų pagrindimas (sudaryta autoriaus, 2025)

Klausimo kategorija	Teorinis klausimo pagrindimas	Klausimai užduodami Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro steigime/veikloje dalyvaujančių organizacijų atstovams			
		Savivaldybės atstovas	Visuomenės sveikatos biuro atstovas	Koordinuojančios įstaigos atstovas	ASPI atstovas
Išoriniai TB veiksniai	Žmogiškieji ištekliai yra esminis sveikatos priežiūros sistemos veiksnys, nes asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė tiesiogiai priklauso nuo specialistų kompetencijos ir prieinamumo (Tancred ir kt., 2024)		Kaip parenkate savo įstaigos darbuotojus, dalyvaujančius Sveikatos centro veikloje?	Kaip numatote įstaigų darbuotojų poreikį teikiant ASP paslaugas Sveikatos centre?	Kaip parenkate savo įstaigos darbuotojus, teikiančius ASP paslaugas Sveikatos centre?
Vidiniai TB veiksniai	Ryšių skatinimas būtinas siekiant suburti pagrindines suinteresuotąsias šalis (Calancie ir kt., 2021)	Kaip vyko Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro steigimo procesas?			Kodėl nusprendėte dalyvauti Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veikloje?
	Konfliktų valdymas reikalauja efektyvių strategijų (Emerson ir Nabatchi, 2015)		Kaip buvo derinami partnerių interesai / tikslai Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro steigimo metu?		
	Pasitikėjimo kūrimas yra esminis veiksnys sėkmingam bendradarbiavimui (Errecaborde ir kt., 2019). Sėkmingas interesų derinimas yra kertinis efektyvaus išteklių paskirstymo elementas (Seaton ir kt. 2018)		Kokios priemonės taikomos siekiant sklandaus partnerių bendradarbiavimo?		
	Už visą tarpinstitucinį bendradarbiavimą ir jo valdymą gali būti atsakinga administruojanti institucija (Provan ir Kenis, 2007)		Kaip vyko Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veiklą koordinuojančios įstaigos parinkimas?		
TB formavimas	Tarpinstitucinis bendradarbiavimas leidžia efektyviau paskirstyti ribotus išteklius, užtikrinant jų tvarų naudojimą ir mažinant švaistymą. Tai pabrėžia	Kaip vyko partnerių telkimas Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro			

Klausimo kategorija	Teorinis klausimo pagrindimas	Klausimai užduodami Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro steigime/veikloje dalyvaujančių organizacijų atstovams			
		Savivaldybės atstovas	Visuomenės sveikatos biuro atstovas	Koordinuojančios įstaigos atstovas	ASPI atstovas
	partnerių telkimo svarbą (Mervyn ir kt., 2019)	steigimo procese?			
	Veiklos koordinavimas padeda dalytis ištekliais (Costumato, 2021; Mervyn ir kt., 2019). Būtinės aiškos struktūros, efektyvūs finansavimo modeliai, tvirta reguliavimo politika, ir subalansuoti galios santykiai, suderinta informacinė infrastruktūra (Yasobant ir kt., 2021)	Kaip yra vykdomas Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veiklos koordinavimas? Kaip iš dalyvaujančių Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veikloje partnerių yra (pa)skiriami ištekliai šio Sveikatos centro veiklai užtikrinti?			
	Aiškios normos ir koordinavimo mechanizmai didina institucijų efektyvumą ir mažina veiklos neapibrėžtumą (Palumbo ir kt., 2020)		Ar yra parengtos Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veiklos taisyklės ar vidaus normos? (Jeigu „Taip“) Kokios veiklos taisyklės ar vidaus normos yra parengtos Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre? (Jeigu „Taip“) Kaip dėl jų buvo susitarta tarp partnerių?		
TB procesas	Pacientų kelionių valdymas daro įtaką efektyvesniam paslaugų teikimui ir geresniems gydymo rezultatams (Exley ir kt., 2024)	Ar jums yra suprantamas terminas „pacientų kelionės valdymas“? (Jeigu „Ne“, reikėtų paaiškinti). (Jeigu „taip“) Ar yra vykdomas pacientų kelionės valdymas ASP paslaugų teikimo metu? (Jeigu „taip“) Kaip yra vykdomas pacientų kelionės valdymas Sveikatos centro veikloje?			
	Standartizuotos komunikacijos ir koordinavimo sistemos padeda išvengti nereikalingų tyrimų ir užtikrina gydymo tęstinumą (Exley ir kt., 2024)			Kokios informacinės sistemos yra naudojamos arba planuojamos naudoti siekiant užtikrinti sklandų keitimąsi informacija ir duomenimis tarp Sveikatos centro veikloje dalyvaujančių organizacijų?	
	Bendruomenės įsitraukimas yra esminis daugelio skirtingų sektorių bendradarbiavimo aspektas (Calancie ir kt., 2021)	Ar į sprendimų priėmimo procesą Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre yra įtraukiami pacientai ar jų atstovai? Kokiu būdu į šį procesą yra įtraukiami pacientai ar jų atstovai?			
TB rezultatai	Gydymo išteklių paskirstymas leidžia užtikrinant geresnį asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą (Belrhiti ir kt., 2024). Asmens sveikatos gydymo išteklių konsolidavimas įtakoja sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir	Kokių rezultatų tikimasi pasiekti konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre?			

Klausimo kategorija	Teorinis klausimo pagrindimas	Klausimai užduodami Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro steigime/veikloje dalyvaujančių organizacijų atstovams			
		Savivaldybės atstovas	Visuomenės sveikatos biuro atstovas	Koordinuojančios įstaigos atstovas	ASPI atstovas
	kokybės gerinimą (Alderwick ir kt., 2021)				

Tyrimo imtis. Tyrimo imtis – tai dalyvių, iš kurių renkami duomenys, visuma. Kaip nurodo Kardelis (2017), imties dydis ir sudarymo būdas turi būti pagrįsti statistiškai bei atitikti tyrimo tikslus. Gaižauskaitė ir Mikėnė (2014) pažymi, kad atsitiktinė imtis padidina tyrimo rezultatų reprezentatyvumą, tačiau socialiniuose tyrimuose dažnai dėl praktinių priežasčių naudojama ir patogioji ar tikslinė imtis. Tyrimo imties pasirinkimas yra svarbi kokybinio tyrimo dalis, nes jis tiesiogiai veikia gautų duomenų reprezentatyvumą ir bendrąsias išvadas. Kokybiniuose tyrimuose imtis paprastai nėra pasirenkama atsitiktinai, o tikslingai, siekiant gauti galias įžvalgas iš asmenų, kurie yra ypač svarbūs tyrimo tikslams. Gaižauskaitė ir Mikėnė (2014) teigia, kad kokybiniai tyrimai dažnai naudoja mažesnes, tačiau detaliau nagrinėjamas imtis, nes jų tikslas nėra kiekybinis duomenų rinkimas, o gilus reiškinių supratimas ir interpretacija. Bitinas, Rupšienė ir Žydzūnaitė (2008) išskiria, kad kokybinio tyrimo tikslas nėra kiekybinis apibendrinimas. Svarbiausia – ne imties dydis, bet jos sudėtis ir atitikimas tyrimo tikslui. Mažesnė imtis leidžia atlikti detalesnį tyrimą, kuriame kiekvienas dalyvis turi galimybę atskleisti galias asmenines patirtis, jausmus, socialinius vaidmenis ar vertybines nuostatas. Imtis gali būti atrenkama remiantis tam tikrais kriterijais, kurie atitinka tyrimo tikslus, pavyzdžiui, dalyvių patirtimi, vaidmenimis ar požiūriais. Tikslinės atrankos metodu formuojama tiriamųjų grupė priklauso nuo tyrėjo tikslų. Tai yra tyrėjas nusprendžia, kurie jį dominančios populiacijos elementai yra informatyviausi tiriamo požymio atžvilgiu (Gaižauskaitė ir Mikėnė, 2014). Gaižauskaitė ir Mikėnė (2014) pabrėžia, kad svarbu užtikrinti imties įvairovę, kad būtų užfiksuotas platus nuomonių ir patirčių spektras, tačiau tuo pačiu išlaikant tyrimo nuoseklumą ir dėmesį užsibrėžtiems tikslams. Nassaji (2020) pažymi, kad atranka kokybiniuose tyrimuose gali būti koreguojama tyrimo metu, kai paaiškėja, jog reikia įtraukti papildomų informantų, galinčių suteikti naujų ar alternatyvių požiūrių. Tokia lankstumo galimybė – vienas iš kokybinio tyrimo pranašumų. Todėl šio baigiamojo projekto tyrimui nuspręsta naudoti tikslinę imtį, sudarytą iš ekspertų, dalyvaujančių Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veikloje (toliau – Centras). Ekspertai atrenkami atsižvelgiant į institucijų vaidmenis Centro veikloje, bei taikant ekspertų atrankos kriterijus. Matoma, jog yra tikslinga į imtį įtraukti: savivaldybės atstovus – kaip gydymo išteklių konsolidavimo proceso iniciatorius, koordinuojančios Centrą įstaigos atstovus – kaip vykdytojus bei viešųjų ir privačių ASP įstaigų, dalyvaujančių minėto Centro veikloje, atstovus – kaip bendradarbiaujančias šalis. Kiekvienas informantas yra laikomas ekspertu. Išskiriami tokie ekspertų atrankos kriterijai:

- Darbo asmens sveikatos priežiūros / koordinavimo srityje patirtis;
- Dalyvavimas Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veikloje ir / ar steigimo procese;
- Pasiekiamumas ir motyvacija dalyvauti tyrime.

8 lentelė. Informantų kodavimo lentelė (sudaryta autoriaus, 2025)

Informanto kodas	Atstovaujama institucija
E.1	Marijampolės savivaldybės administracija

Informanto kodas	Atstovaujama institucija
E.2	VšĮ Marijampolės ligoninė
E.3	VšĮ Marijampolės pirminės sveikatos priežiūros centras
E.4	Marijampolės savivaldybės visuomenės sveikatos biuras
E.5	Rimanto Bernoto pirminės sveikatos priežiūros centras
E.6	UAB „Aglisa“
E.7	UAB Gydytojų Keršanskų klinika

Informantų kodavimo lentelė yra sudaryta siekiant užtikrinti dalyvių anonimiškumą ir apsaugoti jų tapatybę. Kodai taip pat padeda sisteminti ir struktūruoti surinktą informaciją, ypač kai yra daug interviu ar apklaustų informantų, tai leidžia lengviau susieti citatas su konkrečiais, bet anonimiais informantais. Pradėjus tikslinės atrankos metodu atrinktų informantų apklausas, išryškėjo sniego gniūžtės principas, kuomet apklaustieji iš tikslinės imties pasiūlė galimus apklausti informantus. Įvertinus ekspertų nuomones ir rekomendacijas, buvo nuspręsta peržiūrėti informantų sąrašą bei į jį įtraukti ASPI, kurios turi padalinius ir kitose savivaldybėse bei dalyvauja kitų savivaldybių Sveikatos centrų veikloje. Deja, tik vienos iš tokių įstaigų atstovai atitiko ekspertų atrankos kriterijų sąrašė nurodytą trečiąjį kriterijų. Aštuntoje lentelėje yra pateikiamas tikslinės atrankos bei sniego gniūžtės principu parengtas informantų kodavimo sąrašas. Informantai apklausti 2025 metų balandžio mėnesio 23-29 dienomis.

Tyrimo etika. Tyrimo etika padeda užtikrinti, kad tyrimo dalyvių teisės būtų apsaugotos. Gaižauskaitė ir Mikėnė (2014) pabrėžia, kad būtina gauti iš tyrimo dalyvių informuotą sutikimą, užtikrinti jų anonimiškumą ir konfidencialumą. Informuotas sutikimas – tai informanto laisva valia duotas sutikimas dalyvauti tyrime. Prieš tai informantui pateikus visą aiškį ir suprantamą informaciją apie tyrimo tikslą, eigą, naudojamus metodus, duomenų panaudojimą bei jo teises. Kardelis (2017) išskiria tyrėjo atsakomybę už teisingą duomenų interpretavimą ir pateikimą, vengiant šališkumo ir manipuliacijų. Tyrimo etika yra esminė kokybinių tyrimų dalis, nes ji padeda užtikrinti, kad tyrimo proceso metu būtų laikomasi moralinių ir teisinių principų, gerbiamas dalyvių privatumas ir teisės į konfidencialumą. Kokybiniai tyrimai dažnai apima tiesioginį sąveikavimą su dalyviais, todėl svarbu, kad tyrėjas aiškiai ir sąžiningai paaiškintų tyrimo tikslus, naudą ir galimas pasekmes. Gaižauskaitė ir Mikėnė (2014) teigia, kad etinė atsakomybė yra viena pagrindinių tyrėjo pareigų, nes klaidinga informacija arba neskaidrumas gali paveikti tyrimo rezultatus ir dalyvių pasitikėjimą. Pasak Kardelio (2017), pagrindinės etinės nuostatos apima informuotą sutikimą, konfidencialumo užtikrinimą ir dalyvių teisę pasitraukti iš tyrimo bet kuriuo metu be jokių neigiamų pasekmių. Sutikimas turi būti suteikiamas laisvai ir be spaudimo. Taip pat svarbu, kad tyrėjas užtikrintų dalyvių tapatybės apsaugą ir konfidencialumą, uždraudžiant naudoti asmens duomenis be jų sutikimo. Be to, kokybinio tyrimo etika apima ir tyrėjo profesionalumą bei objektyvumą (Žydzūnaitė ir Sabaliauskas, 2017). Tyrėjas turi išlaikyti neutralumą, vengti bet kokios įtakos, kuri galėtų iškreipti tyrimo rezultatus. Gaižauskaitė ir Mikėnė (2014) pabrėžia, kad svarbu užtikrinti, jog tyrėjas būtų sąžiningas ir atsakingas bei laikytųsi tiek akademinų, tiek etinių standartų. Tyrimo etika yra pagrindinis kokybinio tyrimo elementas, kuris užtikrina tyrimo skaidrumą, dalyvių apsaugą ir aukštus profesinius standartus (Žydzūnaitė ir Sabaliauskas, 2017). Galima teigti, jog tyrėjai turi ne tik rūpintis duomenų rinkimu, bet ir užtikrinti, kad visa tyrimo praktika būtų atvira, atsakinga ir etiška. Siekiant užtikrinti informantų anonimiškumą ir konfidencialumą, jie tyrimo metu bus užkoduoti, o pateikti atsakymai nuasmeninti.

Tyrimo rizikos. Pasak Gaižauskaitės ir Mikėnės (2014), tikslinė atranka gali lemti ribotą rezultatų apibendrinamumą – pasirinkti dalyviai gali neatspindėti visos populiacijos įvairovės, todėl tyrimo duomenys gali būti šališki. Pusiaus struktūruoto interviu metu taip pat egzistuoja interpretavimo rizika – tyrėjo nuostatos gali turėti įtakos klausimų formulavimui, duomenų analizės eigai bei rezultatų interpretacijai (Kardelis, 2017). Taip pat, atliekant dokumentų turinio analizę, išlieka duomenų konteksto vertinimo ar net praradimo grėsmė, kai dokumentai interpretuojami be papildomos informacijos ir platesnio konteksto (Gaižauskaitė ir Mikėnė, 2014). Kalbant apie statistinių duomenų analizę, kyla pavojus taikyti netinkamus statistinius metodus ar daryti prielaidas, kurios neatitinka tiriamos situacijos – tai gali lemti netikslias ar klaidingas išvadas (Kardelis, 2017). Tyrimo patikimumas ir etiškumas glaudžiai susijęs su galimų rizikų įvertinimu. Emocinė įtampa ir tyrėjo nepasirengimas gali paveikti ne tik duomenų kokybę, bet ir pačių dalyvių gerovę. Kaip teigia Žydzūnaitė ir Sabaliauskas (2017), tyrėjai turi būti pasirengę iš anksto įvertinti galimas etines dilemas, užtikrinti informuotą sutikimą, konfidencialumą ir saugų duomenų saugojimą. Tai svarbu ne tik dėl etinių principų laikymosi, bet ir dėl teisinių pasekmių, kurios gali kilti, jei pažeidžiamas dalyvių privatumas ar jų tapatybė. Kokybiniuose tyrimuose, kuriuose naudojami subjektyvūs atsakymai ir interpretaciniai metodai, itin svarbu išlaikyti tyrėjo objektyvumą. Gaižauskaitė ir Mikėnė (2014) pažymi, kad tyrėjas turi vengti asmeninių išankstinių nuostatų ir būti sąžiningas duomenų analizės metu, kad nebūtų iškreipta surinktų duomenų reikšmė. Bitinas, Rupšienė ir Žydzūnaitė (2008) atkreipia dėmesį į metodologines rizikas, kai pasirenkami metodai nėra tinkamai pagrįsti arba netinkamai pritaikomi konkrečiai tiriamajai problemai. Tokiais atvejais rezultatai gali būti netikslūs arba net neetiški. Norint sumažinti galimas rizikas, būtina taikyti prevencines strategijas: emocinės paramos užtikrinimas dalyviams, konfidencialumo laikymasis, apklausų vykdymas saugioje aplinkoje. Viena tokių priemonių – galimybė organizuoti interviu nuotoliniu būdu, pavyzdžiui, naudojant „Zoom“ platformą. Tai suteikia dalyviams galimybę pasirinkti jiems patogiausią ir saugiausią būdą dalyvauti tyrime, mažina psichologinę įtampą bei prisideda prie tyrimo etiškumo.

Apibendrinant šį poskyrį galima teigti, jog tyrimo strategija ir tyrimo metodai yra esminiai tyrimo komponentai, lemiantys viso tyrimo kokybę ir rezultatų patikimumą. Tyrimo metodo pasirinkimas priklauso nuo tyrimo tikslo, pobūdžio ir siekiamų rezultatų. Kiekybiniai tyrimų metodai padeda apibendrinti duomenis, o kokybiniai – gilintis į reiškinių esmę. Pusiaus struktūruota kokybinė apklausa ypač vertinama dėl savo lankstumo ir gebėjimo atskleisti dalyvių patirtis, motyvus bei emocijas. Šis metodas leidžia išlaikyti struktūrą, bet kartu suteikia galimybę prisitaikyti prie pokalbio eigos, todėl yra itin naudingas tiriant jautrias ar sudėtingas temas. Tokie tyrimo instrumentai, kaip standartizuota anketa ar pusiau struktūruota apklausa, turi būti patikimi ir validūs. Pusiaus struktūruota apklausa išsiskiria kaip vienas pagrindinių kokybinio tyrimo instrumentų, padedantis ne tik rinkti informaciją, bet ir interpretuoti socialinį kontekstą. Tyrimo imtis turi būti pagrįsta tyrimo tikslais. Kokybiniuose tyrimuose dažniausiai naudojama tikslinė atranka, siekiant gauti galias įžvalgas iš tam tikros patirties ar požiūrio turinčių dalyvių. Daugiau dėmesio skiriama atsakymų gilumui nei kiekybei, todėl imtis dažnai yra nedidelė, tačiau labai informatyvi. Duomenų rinkimo metodai parenkami pagal tyrimo pobūdį. Kokybiniuose tyrimuose dažnai naudojami interviu, statistinių duomenų ir dokumentų analizė. Pusiaus struktūruoti interviu leidžia gauti galias įžvalgas, o stebėjimas suteikia galimybę analizuoti elgseną natūralioje aplinkoje. Dokumentų analizė padeda papildyti surinktus duomenis kontekstine informacija. Tyrimo etika yra būtina kiekvieno tyrimo dalis. Ji užtikrina informuotą dalyvių sutikimą, anonimiškumą, konfidencialumą bei jų apsaugą nuo žalos. Tyrėjas turi būti sąžiningas, objektyvus ir etiškai atsakingas už visą tyrimo procesą. Etikos laikymasis garantuoja tyrimo skaidrumą, dalyvių pasitikėjimą ir aukštą mokslinę kokybę.

3.2. Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro ir jo veikloje dalyvaujančių įstaigų veiklos analizė

Šiame poskyryje aptariamas teisinis Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius steigimo reglamentavimas ir šio centro steigimo proceso eiga.

Dokumentų (turinio) analizė. Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro (toliau – Sveikatos centras) steigimo procesas prasidėjo tuomet, kai Marijampolės savivaldybės taryba (toliau – Taryba), 2023 m. birželio 26 d. sprendimu Nr. 1-227 „Dėl Marijampolės sveikatos centro sukūrimo inicijavimo“ nusprendė inicijuoti Marijampolės sveikatos centro sukūrimą. 2023 m. lapkričio 27 d. tarybos sprendimu Nr. 1-354 „Dėl sveikatos centro steigimo Marijampolės savivaldybėje“ buvo patvirtintas šio Sveikatos centro steigimas. Tarybos sprendime nurodoma, jog Sveikatos centras steigiamas funkcinio bendradarbiavimo būdu, kai Sveikatos centrui priskirtos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos atskiruose juridiniuose asmenyse, o šio centro veikloje dalyvauja 19 įstaigų (Marijampolės savivaldybė, 2023). Sveikatos priežiūros paslaugos Sveikatos centre teikiamos pagal bendradarbiavimo sutartį, kurioje įstaigos susitaria dėl Sveikatos centro paslaugų teikimą koordinuojančios įstaigos (Marijampolės savivaldybė, 2023). 2023 m. gruodžio 28 d. buvo pasirašyta „Sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių sveikatos centrui priskiriamas sveikatos priežiūros paslaugas Marijampolės savivaldybėje, bendradarbiavimo sutartis“ Nr. ST-88 (4.17.). Šia sutartimi buvo numatytos Sveikatos centro teikiamos paslaugos, šalių įsipareigojimai ir atsakomybė bei nustatyta, jog Sveikatos centro veiklą koordinuojanti įstaiga – VšĮ Marijampolės pirminės sveikatos priežiūros centras (Marijampolės savivaldybė, 2023). Matoma, jog šie dokumentai atskleidžia nuoseklų Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro steigimo procesą – nuo pirminių tarybos sprendimų iki konkrečių veiklos planų įgyvendinimo.

2024 m. gruodžio 20 d. Marijampolės savivaldybės tarybos nutarimu Nr. 1-413 patvirtintame 2025-2027 metų Strateginiame Marijampolės savivaldybės veiklos plane numatyta teikti ir plėtoti asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Šiuo tikslu yra įgyvenami tokie projektai: a) Marijampolės savivaldybės sveikatos centre teikiamų ASP paslaugų infrastruktūros modernizavimas; b) Centro veiklos modelio diegimas Marijampolės savivaldybėje; c) Sveikatos priežiūros specialistų rengimas, pritraukimas Marijampolės savivaldybėje. Šie projektai yra įgyvendinami Marijampolės savivaldybės biudžeto lėšomis bei ES struktūrinių fondų investicijomis (Marijampolės savivaldybė, 2024). Projekto „Marijampolės savivaldybės sveikatos centro sudėtyje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros modernizavimas“ įgyvendinimas Marijampolės pirminės sveikatos priežiūros centro, Marijampolės ligoninės ir privačių pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų infrastruktūros plėtra, vykdomas aprūpinimas medicinine įranga, informacinėmis sistemomis ir transporto priemonėmis (Marijampolės savivaldybė, 2024). Tokia plėtra yra labai svarbi siekiant užtikrinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei prieinamumą. Projekto „Sveikatos centro veiklos modelio diegimas Marijampolės savivaldybėje“ įgyvendinimas, kuriame numatyta Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro koordinuojančios įstaigos veiklos finansavimas (darbo užmokestis) (Marijampolės savivaldybė, 2024). Efektyvių paslaugų teikimo modelių (metodų), gerinančių sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą pacientams, sergantiems viena ar keliomis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis taikymas sveikatos centre (daugiadalykės specialistų komandos veiklos, vykdomos taikant naują paslaugų teikimo modelį, finansavimas, mokymai, pacientų ir jų šeimos narių mokymas savarankiškai valdyti lėtines neinfekcines ligas, prietaisų, skirtų pacientų sveikatos būklei ambulatoriškai ir nuotoliniu būdu stebėti ir vertinti,

įsigijimui ir reikalingų programėlių, įgalinančių stebėti pacientų sveikatos būklę ir pateikti rekomendacijas, įsigijimas) (Marijampolės savivaldybė, 2024). Taigi matoma, jog toks sveikatos stebėjimo sprendimų diegimas įsigyjant reikalingus prietaisus ir programėles, leidžiančias stebėti pacientų būklę ir teikti personalizuotas rekomendacijas yra inovatyvus ir į pacientus labiau orientuotas modernios asmens sveikatos priežiūros plėtros etapas. Projekto „Sveikatos priežiūros specialistų rengimas, pritraukimas Marijampolės savivaldybėje“ įgyvendinimas apima investicijas į sveikatos priežiūros specialistų rengimą, siekiant pritraukti sveikatos priežiūros specialistus darbui sveikatos sistemos prioritetinėse investavimo srityse: finansuoti gydytojų rezidentų ir bendrosios ar išplėstinės praktikos slaugytojų studijų kainą, mokėti stipendijas slaugos studijų studentams (Marijampolės savivaldybė, 2024). Analizuojant Marijampolės savivaldybės strateginį 2025-2027 metų veiklos planą galima teigti, kaip yra numatyta toliau plėtoti Sveikatos centro veiklą, modernizuoti infrastruktūrą bei stiprinti žmogiškuosius išteklius. Ši dokumentų seka leidžia suprasti ne tik institucinius sprendimus, bet ir ilgalaikę Sveikatos centro vystymo viziją. Galima teigti, jog konsolidavus ASP gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre konsoliduojami ne tik dalyvaujančių šalių ištekliai, tačiau yra pritraukiama ir savivaldybės parama, dalyvaujama ES struktūrinių fondų investicijomis finansuojamuose projektuose, siekiant modernizuoti infrastruktūrą bei pritraukti žmogiškuosius išteklius (Marijampolės savivaldybė, 2024).

Statistinių duomenų analizė. Vertinant ASP paslaugų prieinamumą, yra tikslinga aptarti šių paslaugų laukimo laiką. Ši informacija gaunama iš statistinių duomenų. Statistinius sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ar laukimo eilių duomenis galima rasti ESPBI IS posistemo IPR švieslentėje. Šioje švieslentėje prie laukimo eilių nurodoma, jog vertinamos tik privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto lėšomis apmokamos paslaugos. Iš švieslentėje pateikiamų paskutinių trijų mėnesių duomenų matyti, jog vertinamos pirminės ASP paslaugos. Marijampolės savivaldybėje iš 19 įstaigų, išankstinių paciento registracijų (IPR) posistemiui naudojasi tik 4 asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPĮ) – VšĮ Marijampolės pirminės sveikatos priežiūros centras, UAB JOGIMEDA, UAB InMedica, UAB MEDGINTRAS (Oficialiosios statistikos portalas, 2025). Kitos Marijampolės savivaldybės ASPĮ neteikia laisvų registracijos laikų informacijos. Taip pat matoma, jog tik 19,3 proc. registracijų buvo įvykdytos IPS IS modulio aplinkoje. Tuo tarpu vertinant specializuotas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, 5 asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikia informaciją apie laisvus registracijos laikus pas gydytojus specialistus. Ir šiuo atveju registracijų, atliktų naudojantis IPR IS modulio pagalba, procentinė išraiška nuo bendro suteiktų specializuotų paslaugų skaičius siekia 85,5 procentus (Oficialiosios statistikos portalas, 2025). Galima teigti, jog registracija pas gydytojus specialistus yra vykdoma kur kas aktyviau naudojant IPR IS modulio galimybes. Vertinant laukimo patenkant pas pirminės ASP specialistus laiką matoma, jog daugiau nei 50 proc. atvejų pas specialistus patenkama nuo 0 iki 7 d., tačiau net iki 20 proc. pacientų pas specialistus patenka netgi po 15 ar daugiau dienų. Vertinant pacientų registracijos įpročius matoma, jog daugiau nei 90 proc. atvejų registracijas atlieka specialistas, tai yra gydytojas, slaugytojas ar kitas personalo darbuotojas (Oficialiosios statistikos portalas, 2025). Apibendrinat galima teigti, jog pacientai vis dar vangiai naudojasi IPR IS funkcionalumais. Vertinant įstaigas, kuriose yra greičiausiai suteikiamos pirminės ASP paslaugos, galima pateikti šį sąrašą: UAB InMedica – 76,3 proc., UAB MEDGINTRAS – 68,8 proc., VšĮ Marijampolės ligoninė – 67,9 proc., UAB JOGIMEDA – 57,9 proc., VšĮ Marijampolės pirminės sveikatos priežiūros centras – 57,7 proc. (Oficialiosios statistikos portalas, 2025). Aptariant laukimo patenkant pas gydytojus specialistus laiką, matoma, apie 88,3 proc. atvejų pas gydytojus specialistus patenkama nuo 0 iki 30 d., tačiau net iki 11,6 proc. pacientų pas specialistus patenka praėjus 30 d. ar netgi po 61 ir daugiau dienų nuo registracijos

pateikimo (Oficialiosios statistikos portalas, 2025). Vertinant pacientų registracijos įpročius matoma, jog apie 84 proc. pacientų registracijas atlieka specialistai – tai yra gydytojai, slaugytojai ar kitas personalo darbuotojas. Vertinant Marijampolės savivaldybės įstaigas, kuriose yra greičiausiai patenkama pas specializuotos medicinos gydytojus, galima teigti, jog tai šios ASPĮ: UAB JOGIMEDA, UAB Sasnavos ambulatorija, UAB Gyd. Purtokų klinika, UAB MEDGINTRAS, UAB Kireilio klinika – 100 proc. patenkama pas gydytojus specialistus per trumpiausią galimą laiką. Taip pat gerus rezultatus pateikia ir kitos ASPĮ: UAB Gydytojų Keršanskų klinika – 97,1 proc., VšĮ Marijampolės pirminės sveikatos priežiūros centras – 92,2 proc., VšĮ Marijampolės ligoninė – 87 procentai (Oficialiosios statistikos portalas, 2025). Nepaisant to, kad pacientai vangiai naudoja IPR IS pacientų registracijos moduliu, didėjantis elektroninių paslaugų naudojimas leidžia geriau valdyti pacientų srautus, trumpinti eiles ir efektyviau naudoti turimus išteklius. Gydomo išteklių konsolidavimas skatina skaitmenizacijos plėtrą. Todėl yra svarbu suprasti, kokios sąlygos lemia, jog vienos įstaigos gali paslaugas suteikti greičiau nei kitos. Tam buvo nuspręsta pasinaudoti ASPĮ VDU duomenimis ir įvertinti įstaigose dirbančių specialistų bei kitų darbuotojų pokyčius iki Sveikatos centro įsteigimo bei po įsteigimo. Tam tikslui buvo naudojami Valstybinės ligonių kasos ASPĮ VDU 2023 ir 2024 metų lapkričio mėnesio duomenys. Remiantis šiais duomenimis matoma, jog didžiausius žmogiškuosius išteklius turinčios įstaigos yra VšĮ Marijampolės ligoninė bei VšĮ Marijampolės pirminės sveikatos priežiūros centras (Valstybinė ligonių kasa, 2025). Atitinkamai jos turi po 707 ir 185 darbuotojus. Vertinant darbuotojų pokyčius, šie įstaigų darbuotojai buvo suskirstyti į 4 grupes: administracija ir kiti bendrųjų funkcijų specialistai, gydytojai, slaugytojai, kitas personalas, teikiantis ASP paslaugas, ir kitas personalas. Nors ir 2024 metų lapkričio mėnesio duomenimis matoma, jog bendras Sveikatos centro veikloje dalyvaujančių įstaigų darbuotojų skaičius padidėjo, palyginus su 2023 metų lapkričio mėnesiu, tačiau didžiosios viešosios bei privačios įstaigos susiduria su gydytojų skaičiaus mažėjimo tendencija (Valstybinė ligonių kasa, 2025). Kaip pavyzdys, VšĮ Marijampolės ligoninę per šį laikotarpį paliko 8 gydytojai, tuo tarpu UAB Gydytojų Keršanskų kliniką bei Rimanto Bernoto pirminės ASP centrą paliko po du gydytojus (žr. 7 Priedas) (Valstybinė ligonių kasa, 2025). Nors bendras darbuotojų skaičius konsoliduotose ASPĮ išaugo, stebimos gydytojų mažėjimo tendencijos rodo būtinybę tikslingai planuoti žmogiškuosius išteklius. Konsolidavimas leidžia efektyviau paskirstyti esamą personalą tarp įstaigų bei užtikrinti nenutrūkstamą paslaugų teikimą. Kadangi Centro veikla neapsiriboja vien bendradarbiaujančių organizacijų pacientais ir jų srautais, bet apima ir kitų organizacijų pacientus bei jų valdymą, todėl, remiantis Sveidra IS duomenimis, buvo nuspręsta atlikti 2023 – 2024 metų ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų analizę. 2023 metais dar nebuvo vykdoma Centro veikla, todėl šių metų palyginimas turėtų parodyti sveikatos priežiūros paslaugų bei organizacijų veiklos pokyčius po Centro įsteigimo (Sveidra IS, 2025). Analizei nuspręsta vertinti dvi įstaigų grupes – organizacijas, turinčias prie ASPĮ prirašytų pacientų, bei neturinčių prie ASPĮ prirašytų pacientų. Buvo vertinami procentiniai prie ASPĮ neprirašytų pacientų srautai bei paslaugos. Šiuo tikslu buvo vertinami šie kriterijai: ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros kortelių skaičius, apsilankymų skaičius, paslaugų skaičius, konsultacijų skaičius bei asmenų skaičius. Analizė parodė, jog bendrai vertinant pokyčiai nėra reikšmingai dideli. Tačiau įstaigų, turinčių prie ASPĮ prirašytų pacientų grupėje juntamas beveik 8 proc. paslaugų skaičiaus bei konsultacijų skaičiaus augimas VšĮ Marijampolės pirminės sveikatos priežiūros centre (žr. 8 Priedas). Tuo tarpu įstaigų, neturinčių prie ASPĮ prirašytų pacientų grupėje stebimas VšĮ Marijampolės ligoninė beveik 6 proc. apsilankymų, paslaugų skaičiaus bei konsultacijų skaičiaus augimas (žr. 9 Priedas) (Sveidra IS, 2025). Gydomo išteklių konsolidavimas Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre leidžia užtikrinti geresnį gydymo paslaugų prieinamumą ir efektyvumą. Tai pasireiškia tiek didesniu suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiumi, tiek trumpesniu laukimo laiku

patenkant pas gydytojus specialistus. Visuomenės sveikatos stebėsenos informacinės sistemos duomenimis, galima netiesiogiai vertinti ir ASP paslaugų efektyvumą, prieinamumą, taip pat sveikatos priežiūros išteklių (personalo) kitimo tendencijas, lyginant su visos šalies duomenimis. Visuomenės sveikatos stebėsenos informacinėje sistemoje duomenys yra sudaryti pagal jungtinį Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (EBPO) bei ES statistikos tarnybos (Eurostato) sąrašą. Išvengiamo mirtingumo rodiklis parodo prevencinių programų bei taikomo tinkamo gydymo efektyvumą, todėl šis rodiklis yra svarbus siekiant vertinti paslaugų kokybę bei efektyvumą. Ir nors bendras EBPO ir Eurostato jungtinis išvengiamo mirtingumo rodiklis tenkantis 100 000 gyventojų 2023 metais Marijampolės savivaldybėje yra mažesnis nei šalies vidurkis, bet siekia 470,7 (šalies vidurkis – 487,2). Tačiau kai kuriose srityse šis atotrūkis mažėja – stebimas prevencinėmis priemonėmis išvengiamo mirtingumo atotrūkio mažėjimas palyginti su 2017-2020 metų duomenimis (Visuomenės sveikatos stebėsenos informacinė sistema, 2025). Todėl yra tikslinga stiprinti šią sritį. Bendras EBPO ir Eurostato pateikiamas gydytojų skaičiaus rodiklis tenkantis 10 000 gyventojų 2019 metais Marijampolės savivaldybėje yra mažesnis nei šalies vidurkis bei siekia 31,8 (šalies vidurkis – 48,7). O daugiausiai gydytojų, tenkančių 10 000 gyventojų, yra Vilniaus bei Kauno miesto savivaldybėse (atitinkamas rodiklis 85,7 ir 126,3) (Visuomenės sveikatos stebėsenos informacinė sistema, 2025). Vertinant 2010 – 2019 metų duomenis, matomas pastovus slaugytojų (įskaitant akušerius) skaičiaus mažėjimas. Tokia pat situacija ir su šeimos gydytojais, tenkančias 10 000 gyventojų, 2019 metais yra atitinkamai 6 – Marijampolės savivaldybėje, bei 7,2 – šalies mastu (Visuomenės sveikatos stebėsenos informacinė sistema, 2025). Nuo 2014 metų stebimas tendencingas gydytojų akušerių, tenkančių 10 000 gyventojų, skaičiaus mažėjimas, kuris nuo šalies vidurkio – 2,2 (2014 m.) sumažėjo iki – 1,4 (2018-2019 metais). Panašios tendencijos yra ir su gydytojais oftalmologais bei gydytojais psichiatrais (Visuomenės sveikatos stebėsenos informacinė sistema, 2025). Taigi, tokios šių specialistų mažėjimo tendencijos daro įtaką ir ASP paslaugų prieinamumui. Tos įstaigos, kurios turi daugiau darbuotojų ir aktyviau taiko pacientų išankstinę registraciją, pasiekia geresnių rezultatų pagal laukimo trukmę. Tai rodo, kad gydymo išteklių konsolidavimas leidžia užtikrinti greitesnį ir patogesnį paslaugų suteikimą pacientui. Įvertinus VšĮ Marijampolės ligoninės bei VšĮ Marijampolės pirminės sveikatos priežiūros centro 2023 metų veiklos ataskaitas galima teigti, jog šių įstaigų veikla yra finansuojama iš tokių šaltinių: valstybės ir savivaldybių biudžeto lėšų, ES struktūrinių fondų investicijų, PSDF biudžeto lėšų bei kitų finansavimo šaltinių (VšĮ Marijampolės pirminės sveikatos priežiūros centro 2023 m. veiklos ataskaita, 2024). Viešųjų ir privačių įstaigų finansavimo mechanizmai šiek tik skiriasi, priklausomai nuo įstaigos steigėjų ir organizacijos teisinio statuso. Viešosios įstaigos, kurios priklauso savivaldybėms, gauna finansavimą ir iš tų savivaldybių biudžetų, tuo tarpu privačios įstaigos gali gauti papildomą finansavimą iš suteikiamų papildomai apmokamų ASP paslaugų (VšĮ Marijampolės ligoninės 2023 m. veiklos ataskaita, 2024). Todėl vertinant ASP finansavimą, reikėtų taikyti bendrą praktiką, vertinant tik bendrą finansavimo šaltinį, t. y. PSDF biudžeto skiriamas lėšas. Šias lėšas administruoja ir už ASP paslaugas apmoka administruojanti Teritorinė ligonių kasa (TLK). Marijampolės savivaldybės įstaigų atveju šias paslaugas apmoka Kauno TLK. Valstybinės ligonių kasos interneto svetainėje pateikiamos API skurtų PSDF biudžeto lėšų ataskaitos. Šiose ataskaitose nurodomi su įstaigomis sutartyse numatyti asignavimai. Kad būtų galima įvertinti PSDF biudžeto lėšų asignavimus, buvo nuspręsta analizuoti VLK interneto svetainėje pateikiamus 2023 – 2025 metų duomenis. Vertintos tik API dalyvaujančios Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veikloje. Kadangi įstaigos tiek savo dydžiu, tiek specifika ir teikiamų paslaugų spektru skiriasi, todėl buvo vertinamas procentinis sutartinių sumų tarp 2023 – 2024 ir 2024 – 2025 metų pokytis, bei sumų kitimo tendencijos. Į vertinimą nebuvo įtrauktos tos įstaigos, kurios turi kelis padalinius skirtingose

vietovėse ir PSDF biudžeto asignavimai yra paskirstomi keliems padaliniais, tačiau vadovaujantis viena sutartimi. Taigi, atlikus šių duomenų apdorojimą nustatyta, jog yra stebimas nuolatinis asignavimų iš PSDF biudžeto lėšų augimas. 2023 – 2024 jis siekė 13,16 proc., o 2024 – 2025 stebimas bendras 17,23 proc. augimas. Ir tik vienai įstaigai – Lino Bieliausko šeimos klinikai, 2024 metais buvo nustatyta 1,82 procento mažesnė suma nei 2023 metais (žr. 10 Priedas) (Valstybinė ligonių kasa, 2025). ASPĮ, dalyvaujančios Sveikatos centro veikloje, pritraukia daugiau finansavimo šaltinių, o tai leidžia palaikyti ne tik teikiamų paslaugų kokybę, bet ir investuoti į tolesnę gydymo išteklių plėtrą.

Apibendrinant galima teigti, kad Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro steigimo ir veiklos procesas grindžiamas aiškiu teisiniu reguliavimu bei poįstatyminiais teisės aktais, bendradarbiavimo principu bei strateginiu požiūriu į paslaugų plėtrą. Sveikatos centras įkurtas funkcinio bendradarbiavimo principu, paslaugos teikiamos skirtinguose juridiniuose asmenyse, o veiklos koordinavimą vykdo VšĮ Marijampolės PSPC. Strateginiame Marijampolės savivaldybės 2025–2027 m. veiklos plane numatyta asmens sveikatos priežiūros plėtra apima infrastruktūros modernizavimą, inovatyvių asmens sveikatos priežiūros paslaugų modelių diegimą bei specialistų pritraukimą. Įgyvendinant šiuos projektus planuojama modernizuoti medicininę bei informacinę infrastruktūrą, taip pat taikyti naujus lėtinių ligų priežiūros metodus bei skatinti jaunų specialistų įsitraukimą į savivaldybės sveikatos sistemą. Tai rodo, jog konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius ne tik siekiama efektyvinti ASPĮ bendradarbiavimą, bet ir teikti aukštesnės kokybės paslaugas. Siekiama didesnio ASP paslaugų prieinamumo gyventojams, tam pasitelkiant tiek savivaldybės, tiek ES struktūrinių fondų investicijas. Statistinių duomenų analizė rodo, kad pagrindiniai iššūkiai – tai nevienodas duomenų prieinamumas, žmoniškųjų išteklių trūkumas (ypač gydytojų specialistų ir slaugytojų) bei nevienodas pacientų registracijų pas gydytojus valdymas. Nors PSDF biudžeto asignavimai auga, kai kurios įstaigos patiria personalo netekčių. Tai kelia riziką paslaugų prieinamumui ir kokybei, tačiau rodo ir poreikį toliau stiprinti sveikatos sistemą tiek organizaciniu, tiek finansiniu lygmeniu.

3.3. Empirinio tyrimo duomenų analizė ir rezultatų apibendrinimas

Pusiau struktūruoto interviu klausimai buvo sugrupuoti į kategorijas pagal patikslinto tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius teorinio modelio lygmenis (išoriniai tarpinstitucinio bendradarbiavimo (toliau – TB) veiksniai, vidiniai TB veiksniai, TB formavimas, TB procesas, bei TB rezultatai). Tai buvo daroma, siekiant realiais duomenimis patvirtinti arba paneigti teorinio modelio konstrukta, ryšius tarp elementų bei jų įtaką efektyviam tarpinstituciniam bendradarbiavimui konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius. Išryškinti ryšiai ir sąlyčio taškai, bei taikomos praktikos leidžia nustatyti silpnąsias TB bendradarbiavimo vietas Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro (toliau – SC) veikloje, bei pasiūlyti galimus sprendinius tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimui Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre.

Toliau projekte bus analizuojamos pusiau struktūruoto interviu klausimų kategorijos. **Išorinių TB veiksmų** klausimų kategorijoje, išanalizavus informantų atsakymus, išryškėjo tokios subkategorijos, kaip teisinis SC steigimo procesas ir šio proceso eiga, SC veiklos reglamentavimas, duomenų mainų galimybės bei SC steigimo metu galimi taikyti ASP gydymo išteklių konsolidavimo metodai, žmoniškųjų ASP išteklių paskirstymas (žr. 9 lent.), šios subkategorijos pilnai atitinka baigiamojo projekto 1.4 poskyryje pateikto teorinio modelio pirmojo lygmens elementus.

9 lentelė. Marijampolės savivaldybės informantų nuomonė apie išorinius tarpinstitucinio bendradarbiavimo veiksnius konsolidavus ASP gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės SC (sudaryta autoriaus, 2025)

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantis teiginys
Išoriniai TB veiksniai	Teisinis Sveikatos centro steigimo procesas ir eiga	„<..> Valstybės lygmeniu. Sveikatos apsaugos ministerija turėjo <..>matymą<..>steigti sveikatos centrus visoje Lietuvoje“ (E.4); „<..> Vyriausybė taip pat turėjo sprendimą <..>“ (E.5); „<..> Savivaldybė sušaukė <..>“ (E.3); „<..> gavo raštus iš ministerijų<..>“ (E.1); „<..>įstatymas išėjo <..>“ (E.2)
	Sveikatos centro veiklos finansavimo mechanizmai	„<..> iš Europos Sąjungos (ES) ir Lietuvos Vyriausybės/valstybinių lėšų“ (E.7); „<..>buvo inicijuoti projektai<..>savivaldybė <..> minima kaip projektų teikėjas“ (E.1); „<..> skirti tą paramą <..>“ (E.4); „<..> finansavimas buvo vienkartinis <..>“ (E.7)
	ASPI gydymo išteklių infrastruktūra ir duomenys	„<..> investicijoms į pirminio ir antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigas.“ (E.7); „<..>visi ištekliai kol kas eina iš Marijampolės PSPC.“ (E.7); „<..>veiklos kaštus <..> dengia pačios iš savo resursų“ (E.5); „<..> duomenimis keičiasi tik tai tada, kai koordinuojanti įstaiga kažko paprašo <..>(E.3); „<..>tokios kaip bendros sistemos nėra.“ (E.3); „<..>tiesiog arba skambina arba internetu gaunam pranešimą, kad planuojamas <..> susitikimas <..> nagrinėjami klausimai, ataskaitos pateikimai.“ (E.5); „<..> visos turinčios priemonės.“ (E.3); (Kalba apie galimybę naudotis ESPBI IS portalu). „<..> ne visai tinka <..> Foxsus ‘as lengviau, greičiau patogesnė truputėlį“ (E.5). „<..> per E. sveikatą jų nematom<..>“ (E.7); „<..>norėtųsi <..>kad būtų galima <..> sistemoje <..> žinoti tai, ką teikia savivaldybės centras“ (E.7)
	ASP žmogiškieji ištekliai	„Pagal pareigybės aprašymus<..>“ (E.4); „<..>paskirti asmenys<..>jeigu norima pasidalinti <..>patirtimi, tai atitinkamai kviečiami gydytojai <..>. (E.3); „Visi darbuotojai pagal poreikį<..>.“ (E.5)

Pirmoji subkategorija – **teisinis savivaldybių Sveikatos centrų** steigimas, kuris buvo inicijuotas nacionaliniu lygmeniu ir deleguotas įgyvendinti savivaldybių administracijoms. Šią informaciją pateikė visi informantai. Toks koordinuotas SC steigimo procesas patvirtina ir de Montigny ir kt. (2019) teiginius, jog yra būtinas teisinis aiškumas, siekiant užtikrinti sklandų tarpinstitucinį bendradarbiavimą. Pats SC steigimo procesas ir šio proceso eiga plačiau bus aptariami analizuojant informantų nuomonę apie vidinių TB veiksmų subkategoriją – Ryšių skatinimas, bei TB proceso subkategorijas – partnerių telkimas, interesų derinimas bei normų įtvirtinimas. Nors informantai nebuvo tiesiogiai klausiami apie **Sveikatos centro ir jo veiklos finansavimą**, dalis informantų palietė šią temą, todėl buvo išskirta ši subkategorija. Kaip teigia, Martinsen ir kt. (2021), ES struktūrinių fondų investicijos suteikia išteklių, skirtų asmens sveikatos priežiūros infrastruktūros tobulinimui. Tai patvirtina ir informantai, teigdami, jog SC steigimo finansavimas buvo „<..> vykdomas ES struktūrinių fondų lėšomis, bei vyriausybės asignavimais <..>“ (E.1; E.7), taip pat ir iš savivaldybės biudžeto lėšų skiriant „<..>finansavimą koordinavimo funkcijai“ (E.5) užtikrinti. Informacija apie trečiąją subkategoriją – **ASPI gydymo išteklių infrastruktūrą ir duomenis** – buvo gauta informantams atsakant į klausimus, susijusius su partnerių išteklių skyrimu SC veiklai bei

informacinių sistemų panaudojimu keitimuisi informacija. Nors informantai teigia, jog nepatiria papildomų išlaidų, ir „*dalyvaujančios įstaigos savo įprastos veiklos kaštus <..> dengia pačios iš savo resursų*“ (E.5), tačiau pastebima, jog tokius kaštus patiria SC veiklą koordinuojančioji įstaiga. Taip pat išryškėjo, jog SC veikloje dalyvaujančios įstaigos duomenimis keičiasi koordinuotai – kuomet koordinuojanti įstaiga prašo pateikti atitinkamą informaciją. Tokie informacijos mainai vyksta ne centralizuotai, tačiau koordinuojančios įstaigos iniciatyva, bei naudojamais kanalais. Nors, kaip teigia Mervyn ir kt. (2019), dalijimasis informacija tarp institucijų leidžia geriau koordinuoti paslaugų teikimą, tačiau SC veikloje yra pasigendama bendros informacinės sistemos. Kalbant apie bendrą informacinę sistemą, poįstatyminiuose teisės aktuose numatyta, jog SC veikloje dalyvaujančios organizacijos turi ir gali naudotis E. sveikata informacinės sistemos arba ESPBI IS funkcionalumais, kaip ir nurodyta Regioniniu bendradarbiavimo modeliu pagrįstų asmens sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimo veiksmų plane (2023), tačiau ši sistema yra nepatogi, taip pat nepritaikyta būtent savivaldybių SC veiklai. Taip pat pastebėta, jog nėra galimybės bendrai matyti visų SC duomenų, kiekviena įstaiga mato tik savo pacientus, tačiau nemato kitose SC įstaigose prirašytų pacientų duomenų. Kita išryškėjusi subkategorija – **ASP žmogiškieji ištekliai**. Informantai nurodė, jog SC veikloje dalyvaujančios institucijos specifiškai neskirsto savo darbuotojų, praktiškai visi darbuotojai dalyvauja SC veikloje, atlikdami savo pagrindines darbinės funkcijas, nurodytas pareigybių aprašymuose. Kalbėdami apie dalyvavimą koordinacinėje veikloje – pavyzdžiui, susitikimuose ar posėdžiuose, informantai teigė, jog paprastai įstaigas atstovauja įstaigos vadovai arba jų deleguoti asmenys. Taip pat pažymima, jog esant specifiniams klausimams, yra pasitelkiami ir kiti įstaigų darbuotojai, kurie turi specifinių srities žinių. Visuomenės sveikatos biuro darbuotojai SC veikloje dalyvauja vykdydami savo valstybės deleguotas visuomenės sveikatos priežiūros funkcijas. Yra numatyta, jog esant specifinėms situacijoms, pavyzdžiui „*<...> esant epidemijoms ar mobilizacijai, būtų skiriami konkretūs darbuotojai tam tikroms užduotims vykdyti, tačiau šiai dienai tokių kaip ir nereikia <..>*“ (E.5).

Apibendrinus informantų atsakymus apie išorinius TB veiksnius nustatyta, jog teisinis reguliavimas suteikė organizacijoms aiškumo ir užtikrino sklandų Sveikatos centro steigimo procesą Marijampolės savivaldybėje, padedant išvengti institucinių konfliktų, šių aspektų savą pažymi de Montigny ir kt. (2019). Nors finansavimas nebuvo pagrindinis tyrimo objektas, informantai jį įvardijo kaip reikšmingą motyvacinį veiksnių – Centro veikla finansuojama iš ES struktūrinių fondų investicijų, valstybės ir savivaldybės lėšų. Martinsen ir kt. (2021) pabrėžia ES struktūrinių fondų investicijų svarbą infrastruktūros stiprinimui, o Scott ir Thomas (2017) akcentuoja efektyvų lėšų paskirstymą bei rizikos valdymą. Infrastruktūros aspektas pasireiškia per materialius išteklius ir informacinių sistemų veikimą – nors papildomos sąnaudos yra nedidelės, trūksta koordinuotų informacijos mainų ir vieningos duomenų valdymo sistemos (Mervyn ir kt., 2019). Žmogiškieji ištekliai nėra formaliai skirstomi, tačiau į Centro veiklą įtraukiami visi darbuotojai, kurie vykdo savo kasdienes funkcijas. Tancred ir kt. (2024) pabrėžia kvalifikuotų, motyvuotų darbuotojų ir subalansuoto darbo krūvio svarbą. Taigi, kaip teigia Costumato (2021), tik integruotas požiūris į šiuos veiksnius leidžia užtikrinti sisteminį efektyvumą, paslaugų kokybę ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą regioniniu mastu.

Analizuojant informantų atsakymus, susijusius su antrąja kategorija – **Vidiniai TB veiksniai**, išryškėjo tokios subkategorijos, kaip ryšių skatinimas, konfliktų valdymas, pasitikėjimo stiprinimas bei SC veiklos koordinavimas (žr. 10 lent.), šios subkategorijos pilnai atitinka baigiamojo projekto 1.4 poskyryje parengto teorinio modelio antrojo lygmens elementus.

10 lentelė. Marijampolės savivaldybės informantų nuomonė apie vidinius tarpinstitucinio bendradarbiavimo veiksmus konsolidavus ASP gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės SC (sudaryta autoriaus, 2025)

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantis teiginys
Vidiniai TB veiksniai	Ryšių skatinimas	„<...> inicijavo savivaldybė <...> jame dalyvavo pats meras <...> gausiai ir privačių įstaigų <...>“ (E.4); „<...> asociacija reguliariai rinkdavosi ir aptardavo įvairius klausimus <...> centras iš esmės atlieka tą pačią susirinkimų ir aptarimo funkciją<...>“ (E.5)
	Konfliktų valdymas	„<...> interesų susipriešinimo pas mus ir nebuvo <...> labai gražiai <...>“ (E.5); „Bendravimas vyksta tikrai<...> susirenkam matom bendrus <...> poreikius, matom ko reikia siekti.“ (E.5)
	Pasitikėjimo stiprinimas	„<...> meras kažkaip labai paprastai, taip dalykiškai pasižiūrėjo <...> vis tikrai turi tai tam tikrą naudą kiekvienam, kas įsitrauks <...>“ (E.4); „Organizuojam susitikimus <...> visi Sveikatos centro atstovai ir aptariam iškilusius klausimus <...>“ (E.5); „<...> mes vieni kitus labiau pažint galime <...>, kokias paslaugas vieni kitiems teikiame, problemas išsiginčiname <...>“ (E.2)
	Veiklos koordinavimas	„<...> sėkmės garantas kad koordinavimas paskirtas vis tikrai įstaigai, kuri pajėgi tą atlikti“ (E.4); „<...> dalinamės tą gerąja praktika, klausimais išskylančiais <...> aptariami Sveikatos centro rodikliai, kurie nustatyti <...>“ (E.3); „PSPC atitiko teisinius reikalavimus ir turėjo didesnius žmogiškuosius ir administracinius išteklius <...>“ (E.1;E.5;E.6)

Išryškinant pirmąją subkategoriją – **ryšių skatinimas**, informantai teigė, kad procesą inicijavo Marijampolės savivaldybės administracija. Svarbus ryšių skatinimo etapas buvo bendras susitikimas. Susitikime buvo nurodytos konkrečios naudos, „<...> tokios, kaip finansinė parama ir galimybė turėti bendrą junginį darbų planavimui <...>“ (E.4). Tai padėjo apsispręsti ir privačioms įstaigoms įsitraukti į SC veiklą. Nors pradžioje buvo nerimo ir abejonių, tačiau bendras tikslas dirbti dėl pacientų padėjo užtikrinti sklandų bendradarbiavimą. Marijampolės savivaldybės atveju, privačių šeimos klinikų asociacija suvaidino svarbų vaidmenį – telkiant privačias ASPĮ. Koordinuojančios įstaigos parinkimas taip pat buvo dalis telkimo proceso. Buvo nutarta, jog tikslinga „<...> pasirinkti įstaigą, kuri turi <...> didžiausią administracinį potencialą“ (E.5) ir turinti pakankamai žmogiškųjų išteklių. Analizuojant antrąją ir trečiąją subkategorijas – **konfliktų valdymą** ir **pasitikėjimo stiprinimą**, informantai pažymi, jog interesų derinimas steigimo metu vyko sklandžiai ir draugiškai. Kasdienėje centro veikloje dalinamasi gerąja praktika, įstaigų darbuotojai gali kreiptis vieni į kitus. Koordinacinės grupės posėdžių metu „<...> visos įstaigos yra išgirstos ir išklausomos“ (E.5). Informantai teigia, jog pradinis skeptiškas požiūris ir baimės dėl SC veiklos išnyko. Aptariant **koordinuojančios įstaigos pasirinkimo procesą** bei **SC veiklos koordinavimą** informantai pažymi, jog šis procesas vyko bendru sutarimu ir „sprendimas dėl PSPC buvo priimtas vienbalsiai <...>“ (E.6). Koordinavimui paskirtas atsakingas asmuo, o pagrindinė koordinavimo priemonė yra reguliarūs koordinacinės grupės posėdžiai/susitikimai.

Apibendrinus informantų atsakymus apie vidinius TB veiksmus galima teigti, jog šie vidiniai veiksniai glaudžiai susiję su mokslinės literatūros analizės metu aptartais teorinio TB stiprinimo konsolidavus ASP gydymo išteklius modelio elementais, kuriais yra pabrėžiama komunikacijos svarba (Calancie ir kt., 2021), pasitikėjimo tarp institucijų būtinybė (Tancred ir kt., 2024) bei koordinavimo mechanizmų reikšmė efektyviam išteklių paskirstymui (Exley ir kt., 2024). Vidinių veiksmų stiprinimas padeda įveikti tokius potencialius atskirų institucijų skirtumus, kaip skirtinga organizacinė kultūra ar instituciniai interesai, kurie gali trukdyti konstruktyviam bendradarbiavimui

(Alderwick ir kt., 2021). Taigi, ši Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro atvejo analizė parodo, jog tvirtas vidinių veiksmų pagrindas yra būtina sąlyga siekiant ilgalaikio, veiksmingo ir į pacientų poreikius orientuoto tarpinstitucinio bendradarbiavimo.

Toliau projekte analizuojant informantų atsakymus, susijusius su trečiąją kategorija – **TB formavimas**, išryškėjo tokios subkategorijos, kaip partnerių telkimas, interesų derinimas, bei normų įtvirtinimas (žr. 11 lent.), šios subkategorijos pilnai atitinka baigiamojo projekto 1.4 poskyryje pateikto teorinio modelio trečiojo lygmens elementus.

11 lentelė. Marijampolės savivaldybės informantų nuomonė apie tarpinstitucinio bendradarbiavimo formavimo elementus konsolidavus ASP gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės SC (sudaryta autoriaus, 2025)

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantis teiginys
TB formavimas	Partnerių telkimas	„<..> bendras susirinkimas, kurį inicijavo savivaldybė <..>“ (E.4); „<..> kad visi nusprendė, mūsų šeimos klinikų Marijampolėje yra daug, mes tokį susirinkimą padarėm <..>“ (E.5); (Kalba apie Marijampolės šeimos klinikų asociacijos „Šeimos sveikata“ rengtą susirinkimą). „<..> buvo bendras sprendimas visų šeimos klinikų dalyvauti“ (E.5)
	Interesų derinimas	„<..> susipriešinimo pas mus ir nebuvo <..>“ (E.5); „Bendravimas <..> vyksta <..> susirenkam tiesiog matom <..> ko reikia siekti“ (E.5); „<..> funkcinis bendradarbiavimas buvo viena iš pagal teisės aktus numatytų galimybių steigti tokius centrus“ (E.4)
	Normų įtvirtinimas	„<..> parengė Darbo reglamentą, ir dėl jo buvo susitarta <..>“ (E.3); „Yra metinis/ketvirtinis planas, kai kas patvirtinta penkeriems metams“ (E.6); „<..> aptariami klausimai ir tai, ką norima daryti, koordinuojančios įstaigos yra surašoma, pakoreguojama, ir dalyviai dažniausiai visada tam pritaria“ (E.6)

Išskirdami subkategorijas – **Partnerių telkimas** ir **Interesų derinimas** – Marijampolės savivaldybės SC steigimo metu, daugumos informantų teigimu vyko sklandžiai ir draugiškai. Interesų derinimas vyko per bendrus susitikimus. Marijampolės šeimos klinikų asociacija suvaidino svarbų vaidmenį telkiant privačias ASPĮ. Tai yra įvardijama kaip Marijampolės SC stiprybė, palengvinusi partnerių telkimo procesą. Savivaldybės atstovai buvo maloniai nustebinti tokių privačių įstaigų aktyvumu. Marijampolės savivaldybėje SC buvo pasirinktas funkcinio bendradarbiavimo metodas, tai lėmė kelios priežastys: mažas viešųjų įstaigų skaičius bei privačioms ASPĮ nepriimtinas struktūrinio sujungimo taikymas kuris, „<..> sulaukė <..> pasipriešinimo <..>“ (E.5). Buvo atsižvelgta į visų bendradarbiaujančių šalių interesus. Pažymima, jog Marijampolės savivaldybė turi savo išskirtinumą – šioje teritorijoje yra Lietuvos kalėjimų tarnybai priklausantis Marijampolės kalėjimas, kur nuteistiesiems teikiamų ASP paslaugų teikimą kalėjimo gydytojų atostogų metu turi užtikrinti Marijampolės SC. Tokių viešųjų įstaigų, kaip PSPC, atstovai jaučiasi įpareigoti „<..> ginti <..> viešąjį interesą <..>“ (E.3). Pažymima, jog kitų ASPĮ gydytojai nesutiko teikti šias paslaugas, todėl yra pasigendama privačių įstaigų geranoriškumo užtikrinant ASP paslaugų teikimą Marijampolės kalėjime. Taip pat pastebėta, kad kai kurios įstaigos prisijungė tik dėl finansinės naudos ir nėra labai aktyvios SC veikloje. Mažųjų privačių ASPĮ atstovų teigimu, ASP tampa labai „<..> komerciškos <..>“ (E.6), tai patvirtina ir tinklinių asmens sveikatos priežiūros centrų nepasiekiamumas bei nepakankama motyvacija dalyvaujant Marijampolės savivaldybės SC veiklos tyrime. Aptariant kitą subkategoriją – **bendrų normų ir taisyklių įtvirtinimą** – pastebima, jog pagrindinis dokumentas yra bendradarbiavimo sutartis, pagal kurią institucijos bendradarbiauja SC veikloje, sutartyje numatytos

taisyklės, teikiamų paslaugų spektras. Dar vienas dokumentas – SC koordinacinės grupės darbo reglamentas, taip pat informantai minėjo ir SC veiklos planą ir tvarką.

Apibendrinus informantų atsakymus apie TB formavimo procesą galima teigti, jog partnerių telkimas, kaip pažymi Costumato (2021) ir Mervyn ir kt. (2019), yra kritiškai svarbus siekiant optimizuoti išteklius bei suformuoti tvirtą bendradarbiavimo tinklą. Tiriamu atveju institucijos jau pradžioje demonstravo pasiryžimą bendradarbiauti, o tai, kaip teigia Palumbo ir kt. (2020), padeda suformuoti bendrą strateginę viziją. Svarbu ir tai, kad nevyriausybinė organizacija Marijampolės šeimos klinikų asociacija „Šeimos sveikata“ suvaidino svarbų vaidmenį telkiant privačias ASPĮ, kas rodo tarpinstitucinės lyderystės svarbą. Interesų derinimas buvo grindžiamas konstruktyviu bendravimu ir nuosekliu sprendimų priėmimu, kaip siūlo Lan ir kt. (2022) bei Seaton ir kt. (2018). Susipriešinimo nebuvimas ir geranoriškas bendravimas atspindi Mohebbi, Li ir Wyatt (2021) pabrėžiamą atviro dialogo ir nuoseklios koordinacijos svarbą. Tokios situacijos, kuomet partneriai prisiima nevienodą atsakomybę bendradarbiaudami, patvirtina Peeters ir kt. (2023) išvadą, kad neišspręsti interesų konfliktai gali trukdyti bendradarbiavimo efektyvumui ir sukelti problemų ateityje. Kaip nurodo Exley ir kt. (2024), bendrų normų kūrimas stiprina veiklos nuspėjamumą ir pasitikėjimą tarp partnerių. Marijampolės savivaldybės SC atveju, šį procesą liudija ir veiklos planų bei darbo reglamento patvirtinimas, kas atitinka Tancred ir kt. (2024) siūlomą požiūrį į koordinavimo mechanizmų svarbą.

Toliau projekte analizuojant informantų atsakymus, susijusius su ketvirtąja kategorija – **TB procesas**, išryškėjo tokios subkategorijos, kaip institucijų veiklos koordinavimas ir dalijamasi ištekliais, pacientų kelionės valdymas, duomenų ir informacijos manai per skaitmenines platformas, bei pacientų ar jų atstovų įtraukimas į SC sprendimų priėmimo procesą (žr. 12 lent.), šios subkategorijos atitinka baigiamojo projekto 1.4 poskyryje pateikto teorinio modelio trečiojo lygmens elementus.

12 lentelė. Marijampolės savivaldybės informantų nuomonė apie TB proceso elementus konsolidavus ASP gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės SC (sudaryta autoriaus, 2025)

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantis teiginys
TB procesas	Institucijų veiklos koordinavimas ir dalijamasi ištekliais	„<...> sėkmės garantas kad koordinavimas paskirtas vis tikslai įstaigai, kuri pajėgi tą atlikti“ (E.4); „<...> koordinacinės grupės posėdžiai, kurių metu dalinamės tą gerąją praktiką <...> aptariami Sveikatos centro rodikliai <...>“ (E.3)
	Pacientų kelionės valdymas	„<...> nėra visiškai tobulo paciento kelionės valdymo“ (E.6); „<...> pacientų kelionę daugiausia valdo pats pacientas <...> arba jo šeimos gydytojas/įstaiga, skiriant tyrimus ir siuntimus pas specialistus“ (E.7)
	Duomenų ir informacijos manai per skaitmenines platformas	„<...> matyti specialistus ir laukimo eiles visose centro įstaigose centralizuotai“ (E.7); „daugelis <...> Lietuvos gydymo įstaigų naudoja tarpininkus, tokius kaip Foxus, Varutis, ar Polis <...> darbas su E. sveikata gydytojams yra labai sunkus“ (E.5; E.7)
	Pacientų ar jų atstovų įtraukimas į SC sprendimų priėmimo procesą	„<...> pacientai ar jų atstovai paprastai tiesiogiai nėra įtraukiami į <...> sprendimų priėmimo procesą <...>“ (E.3; E.5); „<...> pacientų poreikiai daro netiesioginę įtaką sprendimų priėmimui <...>“ (E.2; E.5; E.7); „<...> įtraukimas galėtų būti neefektyvus <...>“ (E.5)

Pirmoji išryškėjusi subkategorija – **Institucijų veiklos koordinavimas ir dalijamasis ištekliais**. Tačiau ši informacija plačiau jau buvo aptarta nagrinėjant tiek vidinius TB veiksmus, tiek TB formavimo procesą. Vertindami **pacientų kelionės valdymą**, informantai atsakė, jog tai yra vykdoma „<...> iš dalies <...>“ (E.6). Argumentuojama tuo, jog pacientas patenka pas gydytojus ir yra nukreipiamas kur reikia. Pažymima, kad Lietuvoje nėra visiškai tobulo paciento kelionės valdymo. Vienas informantas pažymėjo, jog Marijampolės ligoninėje „nėra išskirti talonai Sveikatos centro pacientams, kad jie patektų kitaip nei kiti, nes tai būtų diskriminacija <...>“ (E.2). Kaip pažymi kitas informantas, šiuo metu pacientų kelionę daugiausia valdo patys pacientai arba jų šeimos gydytojai ar kiti ASPĮ darbuotojai, skirdami tyrimus ir siuntimus pas specialistus. Vertinama, jog pirminės grandies eilės Marijampolės savivaldybėje praktiškai yra išspręstos, tačiau didesnės eilės yra pas gydytojus specialistus ir tai išlieka opia problema. Kalbant apie kitą subkategoriją – **duomenų ir informacijos manus per skaitmenines platformas**, informantai atsakė, jog nėra vienos bendros informacinės sistemos, skirtos sklandžiam informacijos ir duomenų keitimuisi tarp visų SC dalyvaujančių organizacijų. Nors vienos privačios įstaigos atstovas teigė, kad „galbūt bendra sistema kol kas kaip ir nereikalinga“ (E.5), vis gi kitas informantas pasigenda tokios sistemos galimybių, yra poreikis „<...> matyti specialistus ir laukimo eiles visose centro įstaigose centralizuotai“ (E.7). Tačiau informantai pažymi, jog nėra numatyta kurti tokią sistemą. Informantai pastebi, jog E. sveikatos svetainė yra nepatogi ir sudėtinga naudotis, todėl daugelis Lietuvos gydymo įstaigų, naudoja tokius tarpininkus, kaip Foxus, Varutis, ar Polis ir nederba tiesiogiai su e. sveikata. Visgi, pastebima, kad „jei E. sveikata turėtų geresnę funkcionalumą, turbūt visi bendrai naudotųsi ja <...>“ (E.5.) Kalbant apie **pacientų ar jų atstovų įtraukimą į SC sprendimų priėmimo procesą** galima pastebėti, jog šiuo metu pacientai ar jų atstovai paprastai tiesiogiai nėra įtraukiami į Marijampolės SC sprendimų priėmimo procesą. Tačiau pacientų poreikiai daro netiesioginę įtaką sprendimų priėmimui, nes gydymo įstaigų vadovai ir gydytojai, bendraudami su pacientais, išklauso jų poreikius ir juos išreiškia SC koordinacinės grupės susitikimuose. Kai kurie informantai mano, jog „<...> tiesioginis pacientų įtraukimas galėtų būti neefektyvus dėl individualių problemų masės“ (E.5). Taip pat „<...> nėra aišku, kuri organizacija galėtų tinkamai atstovauti pacientų interesus Marijampolės SC“ (E.2).

Apibendrinus informantų atsakymus apie TB procesą galima teigti, jog institucijų veiklos koordinavimas padeda sumažinti pacientų laukimo laiką ir leidžia efektyviau naudoti išteklius (Costumato, 2021; Palumbo ir kt., 2020), nors ir patį veiklos koordinavimą kartais apsunkina institucijų interesai ar silpni tarpinstituciniai ryšiai (Palumbo ir kt., 2020). Pacientų kelionės valdymas šiuo metu dar nėra pakankamai organizuotas – pirminės grandies paslaugų prieinamumas beveik išspręstas, tačiau specialistų paslaugos pasiekiamos sunkiau. Literatūroje pabrėžiama integruoto valdymo svarba, nes tai palengvina perėjimą tarp skirtingų ASP lygių ir gerina paslaugų tęstinumą (Alderwick ir kt., 2021; Maillet ir kt., 2023; Exley ir kt., 2024). Duomenų mainai per skaitmenines platformas kelia nepasitenkinimą – nėra centralizuotos sistemos, o E. sveikatos sistema vertinama kaip nepatogi, todėl dažnai yra naudojamos tarpininkaujančios sistemos. Mokslinėje literatūroje akcentuojama, kad skaitmeniniai sprendimai gali reikšmingai mažinti biurokriją ir pagerinti duomenų prieinamumą (Martinsen ir kt., 2021; Woulfe ir kt., 2010). Pacientų įtraukimas į sprendimų priėmimą Marijampolės savivaldybės SC kol kas nėra vykdomas tiesiogiai, nors pacientų poreikiai netiesiogiai ir daro įtaką sprendimams. Įvertinus informantų nuomones bei įžvalgas yra pastebima, jog 1.4 poskyryje autoriaus sudaryto teorinio tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius modelio trečiojo lygmens elementas „Dalyvavimas sprendimų priėmimo procese (su pacientais ir bendruomene)“ turėtų būti

koreguojamas ir daugiau orientuojamas ne į sprendimų priėmimą, bet į konsultavimosi proceso užtikrinimą. Tai patvirtina ir Calancie ir kt. (2021), teigdami, kad dalyvavimas sprendimų priėmime gali būti tiek tiesioginis, tiek netiesioginis. Netiesioginis dalyvavimas, pasak Hearld ir Westra (2022), gali būti įvairių formų ir labiau orientuotas į konsultavimą.

Toliau projekte analizuojant informantų atsakymus, susijusius su penktąja kategorija – **TB rezultatai**, išryškėjo tokios subkategorijos, kaip didesnis ASP paslaugų prieinamumas, efektyvesnis ASP gydymo išteklių valdymas, mažesnės ASP paslaugų išlaidos ir geresni pacientų gydymo rezultatai (žr. 13 lent.), šios subkategorijos pilnai atitinka baigiamojo projekto 1.4 poskyryje pateikto teorinio modelio ketvirtojo lygmens elementus.

13 lentelė. Marijampolės savivaldybės informantų nuomonė apie siektinus tarpinstitucinio bendradarbiavimo rezultatus konsolidavus ASP gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės SC (sudaryta autoriaus, 2025)

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantis teiginys
TB rezultatai	Didesnis ASP paslaugų prieinamumas	„<...> prieinamesnės asmens sveikatos priežiūros paslaugos“ (E.1; E.2; E.3; E.4); „<...> eilės <..> sutrumpės <...>“ (E.3); „<...> paciento kelias sutrumpės <...>“ (E.2)
	Efektyvesnis ASP gydymo išteklių valdymas	„Padidinti prevencinių programų vykdymo rodiklius <..>“ (E.6); „<...> vietoje, ir nereikėtų važinėti per Respubliką“ (E.7); „<...> konsultacijos tarp pačių gydytojų pagerės <...>“ (E.3)
	Mažesnės ASP paslaugų išlaidos ir geresni pacientų gydymo rezultatai	„<...> pagerinti paslaugų kokybę“ (E.1; E.2); „<...> pacientai kokybiškas paslaugas gaus vietoje, Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre <...>“ (E.7); „<..> mokinti pacientus profilaktikos, kas galėtų sumažinti gydymo kaštus“ (E.6)

Informantai teigia, jog konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės SC, tikimasi pasiekti reikšmingų teigiamų pokyčių sveikatos paslaugų prieinamumo, kokybės ir koordinavimo srityse. Vienas pagrindinių siekių – užtikrinti, kad gyventojai galėtų gauti reikiamas paslaugas vietoje, nevažiuodami į kitas savivaldybes, taip pat kad „paciento kelias sutrumpės ir nebūtų stumdymo tarp įstaigų“ (E.2). Planuojama, jog pagerės tiek gydytojų tarpusavio bendradarbiavimas, tiek bendras įstaigų informacijos pasiekiamumas – tai leis efektyviau reaguoti į pacientų poreikius bei mažinti laukimo eiles. Konsolidavimas taip pat turėtų sustiprinti centro įstaigų bendradarbiavimą, skatinti keitimąsi informacija apie teikiamas paslaugas bei didinti aiškumą gyventojams, kur kokias paslaugas jie gali gauti. Informantai pabrėžia, kad „gyventojams bus aiškiau, kur kokias paslaugas galima gauti, o centro įstaigos bus suinteresuotos informuoti vienos apie kitų teikimas paslaugas“ (E.4). Tikimasi, kad šis konsolidavimas leis efektyviau įgyvendinti prevencinių programų vykdymą, skatinti profilaktiką ir sumažins ilgalaikes gydymo išlaidas. Svarbiausias siekis, kaip pabrėžia informantai, yra paciento gerovė – kad „<..> biurokratija tarnautų pacientui, o ne atvirkščiai, ir pacientas nebūtų įkaltas tarp sveikatos sistemos organizacijų“ (E.2). Galutinis tikslas – didesnis pacientų pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis bei geresnis jų prieinamumas.

Apibendrinus informantų atsakymus apie siektinus TB rezultatus konsolidavus asmens sveikatos gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės SC galima teigti, jog siektini rezultatai atitinka mokslinėje literatūroje įvardytus principus, kur pabrėžiama, kad tarpinstitucinis bendradarbiavimas leidžia optimizuoti išteklių paskirstymą, mažina paslaugų dubliavimą ir leidžia pasiekti platesnį pacientų ratą (Costumato, 2021; Mervyn ir kt., 2019). Koordinuotas veikimas stiprina paslaugų

prieinamumą, ypač kaimiškose ar nepakankamai aptarnaujamose vietovėse, bei leidžia užtikrinti jų teikimo savalaikiškumą (Lan ir kt., 2022; Wang ir Ran, 2023). Informantų pastebėjimas, kad biurokratija turėtų tarnauti pacientui, o ne atvirkščiai, atspindi tą vertybinį poslinkį, kurį apibrėžia Alderwick ir kt. (2021), akcentuodami sveikatos sistemų tvarumą ir orientaciją į pacientą. Tuo tarpu Belrhiti ir kt. (2024) pabrėžia, kad išteklių konsolidavimas ne tik taupo sąnaudas, bet ir skatina geresnius gydymo rezultatus bei didesnę pacientų pasitenkinimą. Tokiu būdu tarpinstitucinis bendradarbiavimas tampa neatsiejama modernios, pacientui palankios ir ekonomiškai efektyvios asmens sveikatos priežiūros sistemos dalimi. Įvertinus empirinės duomenų analizės rezultatus, projekte pateikiamas patikslintas baigiamojo projekto 1.4 poskyryje parengto tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius teorinis modelis (žr. 11 Priedas).

Dokumentų (turinio) analizės, statistinių duomenų bei empirinio tyrimo **rezultatų apibendrinimas**. Atlikus mokslinės literatūros šaltinių analizę, išnagrinėjus tarptautinius ir Lietuvos Respublikos strateginius bei norminius dokumentus, taip pat ištyrus Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro atvejį galima pagrįsti Marijampolės savivaldybės SC bei kitoms institucijoms galimas teikti rekomendacijas. Pažymima, jog Marijampolės savivaldybės SC veikloje nustatytos stiprybės bei taikytos gerosios praktikos – vadovų lyderystė, tinkamai parinkti koordinatoriai, skaidrus dialogas, reguliari komunikacija – leido pasiekti gerus rezultatus tiek telkiant partnerius, tiek skatinant ryšius, valdant konfliktus, stiprinant pasitikėjimą ar vykdant veiklos koordinavimą. Šios praktikos gali būti taikomos ir kitų savivaldybių steigiamuose Sveikatos centruose. Tačiau pastebėta, jog Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre vis tik yra susiduriama ir su šiais iššūkiais:

- Nėra vieningos informacinės sistemos, todėl sudėtinga keistis pacientų duomenimis tarp skirtingų Marijampolės savivaldybės SC dalyvaujančių įstaigų;
- Pacientų kelionės valdymas vyksta fragmentiškai ir nėra aiškos proceso metodikos;
- Nevienodas dalyvaujančių ASPĮ įsitraukimas į SC veiklą;
- Nėra dokumentuotas konsultavimosi procesas su (pacientus, medikus ar slaugytojus) atstovaujančiomis organizacijomis – nenustatyta šio proceso metodika.

Todėl, siekiant sustiprinti tarpinstitucinį bendradarbiavimą konsolidavus ASP gydymo išteklius bei teikti metodinę pagalbą tiek Marijampolės savivaldybės Sveikatos centrui, tiek kitų savivaldybių administracijoms ar savivaldybių Sveikatos centrams, projekto pabaigoje yra pateikiamos rekomendacijos.

Apibendrinant 3 poskyryje atliktą empirinio tyrimo duomenų analizę galima teigti, jog SC steigimą inicijavo Marijampolės savivaldybės administracija, atsižvelgdama į LR sveikatos apsaugos ministerijos rekomendacijas. Dėl didelio veikiančių privačių įstaigų skaičiaus Marijampolės savivaldybėje, buvo pasirinktas funkcinio bendradarbiavimo modelis, leidęs išvengti struktūrinių pokyčių ir sumažinęs pasipriešinimą. TB formavimo procesas vyko sklandžiai. Pagrindinis SC veiklos koordinadorius – Marijampolės PSPC – buvo pasirinktas bendru sutarimu dėl šios įstaigos administracinio pajėgumo ir teisiniame reguliavime pateikiamų rekomendacijų. Vidinių TB veiksmų analizė atskleidė, kad vyrauja didelis pasitikėjimas, kuris tarp įstaigų stiprinamas per bendras veiklas ir reguliarius susitikimus. Iki SC įsteigimo bendradarbiavimas tarp viešųjų ir privačių ASPĮ buvo ribotas, bet ši situacija pasikeitė įkūrus SC. Marijampolės šeimos klinikų asociacija „Šeimos sveikata“ suvaidino svarbų vaidmenį telkiant privacias ASPĮ. Nors kai kurios įstaigos dalyvauja pasyviai, didžioji dauguma prisideda aktyviai, siekdamos bendros viešosios naudos. TB procesas

grindžiamas nuolatine komunikacija, informacijos mainais ir atviru dialogu. Sprendimai priimami kolegialiai, remiantis susirinkimų praktika, per koordinacinę SC grupę, kurioje dalyvauja ASPĮ atstovai, VSB, bei Marijampolės savivaldybės administracijos atstovai. Nepaisant akivaizdžios pažangos, tebėra iššūkių – trūksta bendros informacinės sistemos, nevienoda motyvacija tarp partnerių, o kai kurios funkcijos, pvz., pacientų kelionių valdymas, nėra sistemiškai įgyvendinamos. Galima teigti, kad Marijampolės SC atvejis rodo, jog sėkmingam TB yra svarbi vadovų lyderystė, tinkamas koordinatorių pasirinkimas, skaidrus dialogas, bendras tikslų siekimas, lankstus organizacinis modelis bei koordinuotas veiklos valdymas. Dabartinis bendradarbiavimo modelis, nepaisant tam tikrų iššūkių, sudaro tvirtą pagrindą efektyvesniam ir kokybiškesniam sveikatos priežiūros paslaugų teikimui Marijampolės savivaldybėje.

Apibendrinant trečiąjį skyrių galima teigti, jog Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro steigimo dokumentų bei empirinio tyrimo duomenų analizė atskleidė kompleksiską ir daugiashuoksnį sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo bei tobulinimo procesą. Pirmiausia, svarbu pažymėti, jog tyrimo strategija ir pasirinktų metodų kokybė tiesiogiai lėmė tyrimo patikimumą, duomenų tikslumą bei tyrimo išvadų pagrįstumą. Analizuojant Marijampolės savivaldybės SC steigimo procesą, atsiskleidė sistemingas koordinavimas, teisės aktais ir strateginiais dokumentais pagrįstas pokytis, siekiant didesnio ASP paslaugų prieinamumo, efektyvumo ir kokybės gerinimo. SC steigimas buvo grindžiamas funkcinio bendradarbiavimo modeliu, kai skirtingi juridiniai asmenys bendradarbiauja, išlaikydami savo struktūrinį savarankiškumą, o veiklą koordinuoja pagrindinis subjektas – VšĮ Marijampolės PSPC. Toks modelis pasirinktas reaguojant į vietinį kontekstą, kuriame veikia daug privačių asmenų sveikatos priežiūros įstaigų, ir leido išvengti didelio pasipriešinimo bei konfliktų, kurie dažnai kyla diegiant struktūrines reformas. Empirinio tyrimo duomenys patvirtina, kad bendradarbiavimo procesas vyko sklandžiai, dalyvaujant tiek viešųjų, tiek privačių ASPĮ atstovams. Svarbus veiksnys – aukštas tarpinstitucinio pasitikėjimo lygis, nuosekli komunikacija bei sprendimų priėmimas vyksta kolegialiai per koordinacinės grupės posėdžius. Toks centralizuotas valdymo modelis, grindžiamas dialogu, pasitikėjimu ir dalyvavimu, stiprina įstaigų tarpusavio ryšius bei padeda siekti bendrų tikslų – geresnių, efektyvesnių ir savalaikių paslaugų pacientams. Vis dėlto, nepaisant akivaizdžios pažangos ir sėkmingo organizacinio modelio įgyvendinimo, tebėra iššūkių, kurie trukdo pasiekti maksimalų sistemos efektyvumą. Vienas pagrindinių – bendros informacinės sistemos trūkumas, dėl kurio tampa sudėtinga užtikrinti sklandų pacientų kelionių valdymą bei informacijos srautą tarp institucijų. Taip pat pastebimas nevienodas įsitraukimo ir motyvacijos lygis tarp partnerių, o žmoniškųjų išteklių – ypač gydytojų specialistų ir slaugytojų – trūkumas daro tiesioginę įtaką paslaugų prieinamumui. Tai atskleidžia būtinybę stiprinti sveikatos sistemą ne tik organizaciniu, bet ir finansiniu bei technologiniu lygmeniu, pasitelkiant savivaldybės bei ES struktūrinių fondų investicijas. Marijampolės savivaldybės SC atvejis tampa pavyzdžiu, kaip pasitelkiant funkcinį bendradarbiavimą, galima sukurti pagrindą efektyvesnei, į pacientą orientuotai asmenų sveikatos priežiūros paslaugų sistemai.

Išvados

1. konsolidavimas asmens sveikatos priežiūros kontekste apibrėžiamas kaip procesas, skirtas optimizuoti turimus išteklius ir pertvarkyti sveikatos sistemos struktūras siekiant efektyvesnio asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo. ASP gydymo išteklių konsolidavimas padeda išvengti asmens sveikatos priežiūros paslaugų dubliavimosi, sumažinti administracinę naštą bei gerinti šių paslaugų prieinamumą. Atlikus mokslinės literatūros analizę nustatyta, jog tarpinstitucinis bendradarbiavimas yra būtinas siekiant efektyvaus asmens sveikatos priežiūros išteklių konsolidavimo ir kokybiškų paslaugų teikimo. Tarpinstitucinis bendradarbiavimas apibrėžiamas kaip organizacijų ar institucijų sąveika, grindžiama bendrais tikslais, kuri gali būti tiek formali, tiek neformali. Išskiriami trys pagrindiniai bendradarbiavimo tipai: strateginis (ilgalaikis, orientuotas į politikos formavimą), struktūrinis (instituciškai įtvirtintas, užtikrinantis aiškų atsakomybių paskirstymą) ir funkcinis (kasdienės veiklos koordinavimas). Siekiant sklandaus bendradarbiavimo, būtina aiški valdymo struktūra, nuosekli komunikacija, pasitikėjimo stiprinimas bei koordinuotas išteklių ir veiklų valdymas. Svarbūs tiek tokie išoriniai veiksniai, kaip sveikatos priežiūros infrastruktūra, žmogiškieji ir finansiniai ištekliai bei teisinis reguliavimas, tiek vidiniai – institucijų tarpusavio ryšiai, konfliktų valdymas ir bendrų tikslų derinimas. Vienas iš svarbiausių procesų yra integruotas pacientų kelionės valdymas, kuris užtikrina paslaugų tęstinumą tarp skirtingų sveikatos priežiūros lygių. Taip pat itin svarbūs yra duomenų ir informacijos mainai per skaitmenines platformas, kurios didina prieigos prie informacijos efektyvumą ir mažina administracinę naštą. Todėl siekiant realiais duomenimis patikrinti šiuos elementus bei jų įtaką tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimui buvo sukurtas teorinis modelis, skirtas stiprinti tarpinstitucinį bendradarbiavimą konsoliduojant ASP gydymo išteklius. Šis modelis apima keturis lygmenis: išorinius ir vidinius veiksnius, svarbius bendradarbiavimo procesus bei siektinus rezultatus, tokius kaip didesnis paslaugų prieinamumas, efektyvesnis išteklių paskirstymas ir geresni pacientų gydymo rezultatai. Ilgalaikėje perspektyvoje veiksmingas tarpinstitucinis bendradarbiavimas leidžia pasiekti reikšmingų rezultatų: pagerėjusį paslaugų prieinamumą, efektyvesnį išteklių paskirstymą, mažesnes paslaugų teikimo sąnaudas bei geresnius pacientų gydymo rezultatus. Todėl siekiant pažangios, tvarios ir pacientų poreikius atliepiančios asmens sveikatos priežiūros sistemos, būtina stiprinti tarpinstitucinį bendradarbiavimą konsoliduojant turimus asmens sveikatos gydymo išteklius.
2. tarpinstitucinis ir tarptautinis bendradarbiavimas yra vienos iš kertinių praktikų, siekiant sukurti tvarią, veiksmingą ir pacientui palankią asmens sveikatos apsaugą. Tarptautinės organizacijos atlieka esminį vaidmenį globalių sveikatos problemų sprendime – jos padeda šalims gerinti asmens sveikatos priežiūros sistemas, užtikrinti paslaugų prieinamumą bei stiprinti sveikatos saugumą visame pasaulyje. ES patvirtintos strategijos akcentuoja tarptautinio bendradarbiavimo, investicijų į infrastruktūrą bei skaitmeninių sprendimų svarbą, padedančią gerinti sveikatos paslaugų kokybę ir prieinamumą visoje Europoje. Lietuvoje taip pat pastebimas nuoseklus siekis stiprinti sveikatos apsaugos sistemą per tarpinstitucinį bendradarbiavimą ir išteklių konsolidavimą. Viena iš pagrindinių pastarojo meto iniciatyvų – Regioninių bendradarbiavimo modeliu grįstų savivaldybių Sveikatos centų kūrimas, leidžiantis konsoliduoti asmenes sveikatos gydymo išteklius ir užtikrinti integruotų paslaugų teikimą vietos gyventojams. Gydymo išteklių konsolidavimas padeda optimizuoti sveikatos paslaugų teikimą, sumažinti paslaugų dubliavimą, pagerinti pacientų aptarnavimo kokybę ir efektyviau naudoti turimus išteklius. Svarbų vaidmenį čia atlieka skaitmeninių sistemų diegimas, leidžiantis valdyti pacientų srautus, mažinti laukimo laiką ir užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą net atokiose vietovėse. Taip pat itin

svarbu stiprinti medicinos personalo kompetencijas – per nuolatinį mokymus, kvalifikacijos kėlimą ir tarptautinės patirties taikymą. Siekiant sėkmingo bendradarbiavimo, būtina užtikrinti pasitikėjimą tarp institucijų, aiškiai apibrėžti atsakomybes, efektyviai valdyti konfliktus bei įtvirtinti bendras vertybes ir normas. Galiausiai, paciento, kaip lygiaverčio proceso dalyvio, įtraukimas bei aiškus pacientų kelionės valdymas yra būtinos sąlygos veiksmingai ir prieinamai sveikatos apsaugai. Taigi, efektyvus tarpinstitucinis bendradarbiavimas ir gerųjų praktikų taikymas konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius leidžia sukurti pažangesnę, labiau pacientų poreikius atitinkančią, asmens sveikatos priežiūros sistemą.

3. atlikus empirinio tyrimo duomenų analizę nustatyta, jog Marijampolės savivaldybės SC steigimo procesas buvo įgyvendinamas nuosekliai, atsižvelgiant į visus teoriniame tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus ASP gydymo išteklius modelyje numatytus elementus. Steigimas buvo inicijuotas nacionaliniu lygmeniu, remiantis aiškiai apibrėžtu teisiniu pagrindu ir finansuojamas iš įvairių šaltinių. Vidinių ir išorinių TB veiksmų analizė parodė, kad esami organizacijų ryšiai, pasitikėjimo kultūra ir bendradarbiavimo tradicijos reikšmingai prisidėjo prie sklandaus tarpinstitucinio bendradarbiavimo įgyvendinimo. Svarbus buvo funkcinio, o ne struktūrinio bendradarbiavimo modelio pasirinkimas, leidęs užtikrinti įstaigų savarankiškumą bei privačių ASP įtraukimą. Ypatingai svarbu įtraukti nevyriausybinės asmens sveikatos priežiūros (šeimos klinikų, gydytojų ar slaugytojų) organizacijas, kuriose nusistovėję ryšiai bei vidinė organizacinė kultūra susitirpina naujas struktūras ir daro įtaką bendradarbiavimo procesams tiek formavimo, tiek veiklos etapuose. Nors pacientų kelionės valdymas šiuo metu vykdomas fragmentiškai, o skaitmeninių sistemų integracija neatitinka organizacijų poreikių, bendra SC veikla jau duoda pirmuosius teigiamus rezultatus – gerėja įstaigų tarpusavio komunikacija, stiprinamas pasitikėjimas ir koordinacija tarp gydytojų. Pacientų ir bendruomenės įtraukimas į SC veiklą, turėtų būti orientuotas į konsultavimosi procesą, numatant aiškius tokio konsultavimosi mechanizmus, nes individualūs tiesioginiai poreikiai gali daryti neigiamą įtaką SC veiklai ar veiklos koordinavimo kaštams. Taip pat yra aiškiai įvardijami siekiami rezultatai: trumpesnės eilės, kokybiškesnės paslaugos, didesnis jų prieinamumas bei pacientų pasitenkinimas. Empirinio tyrimo duomenų analizė patvirtino teorinio modelio aktualumą praktikoje ir atskleidė sritis, kuriose būtina papildoma intervencija – ypač informacinių sistemų tobulinimo ir pacientų įtraukimo srityse.
4. atliktas Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro atvejo tyrimas atskleidė, kad projekto 3.3 poskyryje pateiktas patikslintas tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos gydymo išteklius teorinis modelis gali būti sėkmingai taikomas ir kitose Lietuvos savivaldybėse įgyvendinant ASP gydymo išteklių pagrindu vykdomą asmens sveikatos priežiūros įstaigų konsolidaciją. Empiriniame tyrime taikyta tyrimo metodų trianguliacija leido į tarpinstitucinį bendradarbiavimą Sveikatos centre pažvelgti įvertinant skirtingus aspektus, todėl buvo naudinga ne tik nustatant faktus, bet ir jų įtaką teorinio modelio elementams. Tolimesni moksliniai tyrimai turėtų gilinti supratimą apie tarpinstitucinio bendradarbiavimo kokybinius aspektus – pasitikėjimą, lyderystę, motyvaciją – bei tirti, kaip šie veiksniai daro įtaką asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ar prieinamumui. Taip pat tikslinga plėtoti palyginamuosius tyrimus tarp skirtingų savivaldybių, siekiant identifikuoti universalius bei kontekstui jautrius bendradarbiavimo modelius. Be to, svarbu tirti ir pačių pacientų įtrauktį į Sveikatos centrų veiklą, kaip neatsiejamą bendradarbiavimo dimensiją, kuri ne tik stiprina sistemos lygtinumą, bet ir gerina bendrus gydymo rezultatus.

Rekomendacijos

Atlikus mokslinės literatūros, tarptautinių ir nacionalinių strateginių dokumentų bei teisės aktų ir empirinio tyrimo duomenų analizę yra pateikiamos rekomendacijos šioms suinteresuotoms šalims: LR Vyriausybei, LR sveikatos apsaugos ministerijai, VĮ Registrų centrui, Valstybinei ligonių kasai, Higienos institutui, Valstybinei duomenų apsaugos inspekcijai, Nacionaliniam kibernetinio saugumo centrui, Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, Marijampolės savivaldybės administracijai, Marijampolės savivaldybės Sveikatos centrui, Tarpininkaujančių informacinių sistemų kūrėjams/paslaugų teikėjams bei kitų savivaldybių administracijoms ar savivaldybių Sveikatos centrams.

1. **LR Vyriausybei** – numatyti ir skirti finansavimą E. sveikatos modernizavimui, pritaikant šią platformą savivaldybių Sveikatos centrų veiklos poreikiams.
2. **LR sveikatos apsaugos ministerijai (SAM):**
 - inicijuoti E. sveikatos modernizavimo projektą, parengiant teisinį pacientų duomenų mainų tarp savivaldybių Sveikatos centrų veikloje dalyvaujančių ASPI reguliavimą;
 - parengti vieningą pacientų kelionės valdymo metodiką, taikomą visiems savivaldybių Sveikatos centrams, bei konsultuoti informacinių sistemų diegėjus E. sveikatos plėtros klausimais.
3. **VĮ „Registrų centrui“:**
 - atlikti esamų E. sveikatos funkcionalumų vertinimą, siekiant nustatyti informacinės sistemos pritaikymo savivaldybių Sveikatos centrų veiklai galimybes;
 - konsultuotis su SAM, VLK ir Sveikatos centrais dėl būtinų informacinės sistemos funkcionalumų diegimo;
 - įgyvendinti techninę E. sveikatos plėtrą bei užtikrinti technologinius duomenų apsaugos sprendimus.
4. **Valstybinei ligonių kasai (VLK)** – bendradarbiauti su kitomis institucijomis stebint ASP paslaugų rodiklius, konsultuoti SAM bei informacinių sistemų diegėjus.
5. **Higienos institutui** – analizuoti sveikatos apsaugos sistemos rodiklius, teikti pasiūlymus dėl SC veiklos tobulinimo.
6. **Valstybinei duomenų apsaugos inspekcijai (VDAI):**
 - užtikrinti E. sveikatos ar tarpininkaujančių informacinių sistemų naujų funkcionalumų atitikimą Bendrajam duomenų apsaugos reglamentui (BDAR);
 - konsultuoti diegiant duomenų apsaugos priemones;
 - parengti metodinę medžiagą ir mokymus duomenų saugos klausimais savivaldybių Sveikatos centrų darbuotojams.
7. **Nacionaliniam kibernetinio saugumo centrui (NKSC):**
 - vertinti informacinių sistemų saugumą;
 - teikti rekomendacijas dėl galimo rizikų valdymo E. sveikata ar tarpininkaujančių informacinių sistemų plėtros metu;
 - rengti metodinę medžiagą ir mokymus kibernetinio saugumo klausimais savivaldybių Sveikatos centrų darbuotojams.
8. **Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (ASPI):**
 - diegti pacientų kelionės valdymo metodiką;
 - teikti pasiūlymus bei rekomendacijas SAM ar informacinių sistemų diegėjams dėl informacinių sistemų plėtros poreikių;

- užtikrinti asmens duomenų saugą;
- darbuotojams sudaryti sąlygas dalyvauti Nacionalinio kibernetinio saugumo centro bei Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos organizuojamuose mokymuose.

9. Marijampolės savivaldybės administracijai:

- skatinti vienodą visų bendradarbiaujančių institucijų įsitraukimą parengiant SC veikloje dalyvaujančių institucijų motyvavimo priemones (apdovanojimai, paskatinimai tarptautinės medikų dienos proga ir kt.);
- periodiškai viešai pateikti visų SC veikloje dalyvaujančių organizacijų pasiektus rodiklius.

10. Marijampolės savivaldybės Sveikatos centrui:

- vadovautis ASPĮ teiktomis rekomendacijomis (pateikiamomis 8 rekomendacijų punkte);
- įdiegti bendrą SC įstaigas vienijančią informacinę sistemą;
- parengti konsultavimosi su (pacientus, medikus ar slaugytojus) atstovaujančiomis organizacijomis tvarką bei kreipimusi nagrinėjimo metodiką;
- vykdyti periodines pacientų pasitenkinimo paslaugomis apklausas;
- stiprinti SC veikloje dalyvaujančių darbuotojų komunikaciją, pasitikėjimą ir supratingumą organizuojant neformalias veiklas.

11. Kitų savivaldybių administracijoms ar savivaldybių Sveikatos centrams:

- partnerių telkimo proceso metu pasitelkti lyderius, kurie padėtų suburti suinteresuotas šalis, aiškiai komunikuotų proceso galimybes, išryškintų stiprybes bei pristatytų galimus bendradarbiavimo modelius;
- įtraukti nevyriausybinės organizacijas, veikiančias asmens sveikatos priežiūros srityje (jei tokių yra), taip pat gydytojų, slaugytojų bei kitų profesinių bendruomenių atstovus, siekiant užtikrinti sklandų Sveikatos centro steigimo procesą bei jo veiklą;
- Veiklos koordinavimui pasirinkti instituciją, galinčią efektyviai vykdyti koordinavimo funkciją, ir paskirti motyvuotą, kompetenciją bei pasitikėjimą turintį veiklos koordinatorių;
- užtikrinti reguliarius bendrus susitikimus, atvirą ir skaidrią komunikaciją, visų bendradarbiaujančių institucijų įtraukimą bei galimybę išsakyti lūkesčius ir poreikius, kas sudaro sąlygas veiksmingam tarpinstituciniam bendradarbiavimui;
- kartu tarp bendradarbiaujančių institucijų derinti veiklos normas ir organizacinius dokumentus, kad visi partneriai jaustųsi atsakingi už bendrus tikslus.

Literatūros sąrašas

1. Afonso, A., & Alves, J. (2023). Are fiscal consolidation episodes helpful for public sector efficiency? *Applied Economics*, 55(31), 3547–3560. <https://doi.org/10.1080/00036846.2022.2115455>
2. Alderwick, H., Hutchings, A., Briggs, A., & Mays, N. (2021). The impacts of collaboration between local health care and non-health care organizations and factors shaping how they work: a systematic review of reviews. *BMC public health*, 21(1), 753. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10630-1>
3. Aunger, J. A., Millar, R., Greenhalgh, J., Mannion, R., Rafferty, A. M., & McLeod, H. (2021). Why do some inter-organisational collaborations in healthcare work when others do not? A realist review. *Systematic Reviews*, 10(1), 82–82. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01630-8>
4. Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health-a conceptual framework. *The International Journal of Health Planning and Management*, 21(1), 75–88. <https://doi.org/10.1002/hpm.826>
5. Belrhiti, Z., Bigdeli, M., Lakhal, A., Kaoutar, D., Zbiri, S., & Belabbes, S. (2024). Unravelling collaborative governance dynamics within healthcare networks: a scoping review. *Health Policy and Planning*, 39(4), 412–428. <https://doi.org/10.1093/heapol/czae005>
6. Bianchi, C., Nasi, G., & Rivenbark, W. C. (2021). Implementing collaborative governance: models, experiences, and challenges. *Public Management Review*, 23(11), 1581–1589. <https://doi.org/10.1080/14719037.2021.1878777>
7. Bitinas, B., Rupšienė, L., & Žydzūnaitė, V. (2008). Kokybinių tyrimų metodologija. II dalis. S.
8. Bowen, G. A. (2009). *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27–40. <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>
9. Brummel, RF, Nelson, KC ir Jakes, PJ (2012). Burning through organizational boundaries? Examining inter-organizational communication networks in policy-mandated collaborative bushfire planning. *Global Environmental Change*, 22(2), 516–528. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2011.12.004>
10. Calancie, L., Frerichs, L., Davis, M. M., Sullivan, E., White, A. M., Cilenti, D., Corbie-Smith, G., & Hassmiller Lich, K. (2021). Consolidated Framework for Collaboration Research derived from a systematic review of theories, models, frameworks and principles for cross-sector collaboration. *PloS One*, 16(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244501>
11. Campbell, K. H., Pettker, C. M., & Goffman, D. (2020). Consolidation of obstetric services in a public health emergency. *Seminars in Perinatology*, 44(7), 151281–151281. <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2020.151281>
12. Costumato, L. (2021). Collaboration among public organizations: a systematic literature review on determinants of interinstitutional performance. *The International Journal of Public Sector Management*, 34(3), 247–273. <https://doi.org/10.1108/IJPSM-03-2020-0069>
13. Criado, J. I., & Guevara-Gómez, A. (2021). Public sector, open innovation, and collaborative governance in lockdown times. A research of Spanish cases during the COVID-19 crisis. *Transforming Government*, 15(4), 612–626. <https://doi.org/10.1108/TG-08-2020-0242>
14. Cross, R., Parker, A., & Borgatti, SP (2002). Making invisible work visible: Using social network analysis to support strategic collaboration. *California Management Review*, 44(2), 25–46. <https://doi.org/10.2307/41166121>

15. de Montigny, J. G., Desjardins, S., & Bouchard, L. (2019). The fundamentals of cross-sector collaboration for social change to promote population health. *Global Health Promotion*, 26(2), 41–50. <https://doi.org/10.1177/1757975917714036>
16. Emerson, K. (2018). Collaborative governance of public health in low- and middle-income countries: lessons from research in public administration. *BMJ Global Health*, 3(4). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000381>
17. Emerson, K., & Nabatchi, T. (2015). Evaluating the Productivity of Collaborative Governance Regimes: A Performance Matrix. *Public Performance & Management Review*, 38(4), 717–747. <https://doi.org/10.1080/15309576.2015.1031016>
18. Errecaborde, K. M., Macy, K. W., Pekol, A., Perez, S., O'Brien, M. K., Allen, I., Contadini, F., Lee, J. Y., Mumford, E., Bender, J. B., & Pelican, K. (2019). Factors that enable effective One Health collaborations - A scoping review of the literature. *PloS one*, 14(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224660>
19. Esmaili, M. R. A., Damari, B., Hajebi, A., Rafiee, N., Goudarzi, R., & Haghshenas, A. (2021). Basic Criteria, Models, and Indicators of Intersectoral Collaboration in Health Promotion: A Scoping Review. *Iranian Journal of Public Health*, 50(5), 852–865. <https://doi.org/10.18502/ijph.v50i5.6103>
20. Exley, J., Glover, R., McCarey, M., Reed, S., Ahmed, A., Vrijhoef, H., Manacorda, T., Vaccaro, C., Longo, F., Stewart, E., Mays, N., & Nolte, E. (2024). Governing Integrated Health and Social Care: An Analysis of Experiences in Three European Countries. *International Journal of Integrated Care*, 24(1), 9–9. <https://doi.org/10.5334/ijic.7610>
21. Gaižauskaitė, I., & Valavičienė, N. (2016). Socialinių tyrimų metodai: kokybinis interviu. Registrų centras.
22. Gaižauskaitė, I., & Mikėnė, S. (2014). Socialinių tyrimų metodai: apklausa. Mykolo Romerio universitetas. Mykolo Romerio universitetas.
23. Gao, S., Chen, J., Li, L., & Guo, Y. (2015). Factors affecting the performance of knowledge collaboration in virtual team based on capital appreciation. *Information Technology and Management*, 17(2), 119–131. <https://doi.org/10.1007/s10799-015-0248-y>
24. Grossi, G., & Pepe, F. (2009). Consolidation in the public sector: a cross-country comparison. *Public Money & Management*, 29(4), 251–256. <https://doi.org/10.1080/09540960903035031>
25. Hall, J. N., & Chartier, L. B. (2023). Learning from a regional approach: integration to scale, spread, and sustain virtual urgent care. *INQUIRY the Journal of Health Care Organization Provision and Financing*, 60. <https://doi.org/10.1177/00469580221143273>
26. Hearld L. R., & Westra D. (2022). Charting a Course: A Research Agenda for Studying the Governance of Health Care Networks. In *Advances in health care management*, 21. <https://doi.org/10.1108/S1474-823120220000021006>
27. Hearld, L. R., & Alexander, J. A. (2014). Governance Processes and Change Within Organizational Participants of Multi-sectoral Community Health Care Alliances: The Mediating Role of Vision, Mission, Strategy Agreement and Perceived Alliance Value. *American Journal of Community Psychology*, 53(1–2), 185–197. <https://doi.org/10.1007/s10464-013-9618-y>
28. Hearld, L. R., Tafili, A., & Kelly, R. J. (2023). Patterns and trends in local health departments' efforts to promote access to care in local communities throughout the United States: The contributions of governance structures. *The International Journal of Health Planning and Management*, 38(5), 1284–1299. <https://doi.org/10.1002/hpm.3653>

29. Hermansson, H. M. (2015). Disaster Management Collaboration in Turkey: Assessing Progress and Challenges of Hybrid Network Governance. *Public Administration*, 94(2), 333–349. <https://doi.org/10.1111/padm.12203>
30. Hilligoss, B., Song, P. H., & McAlearney, A. S. (2016). Coordination mechanisms in four accountable care organizations. *International Journal of Organization Theory and Behavior*, 19(2), 207–232. <https://doi.org/10.1108/IJOTB-19-02-2016-B004>
31. Huang, I. Y. (2020). Fighting COVID-19 through Government Initiatives and Collaborative Governance: The Taiwan Experience. *Public Administration Review*, 80(4), 665–670. <https://doi.org/10.1111/puar.13239>
32. Yasobant, S., Bruchhauksen, W., Saxena, D., & Falkenberg, T. (2021). Systemic factors for enhancing intersectoral collaboration for the operationalization of One Health: a case study in India. *Health research policy and systems*, 19(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00727-9>
33. Yatim, F., & Sebai, J. (2021). Inter-organizational cooperation in the health sector. The case of the pluri-professional medical centres (MSP) in France. *Gestion et management public*, Volume 9(3), 47-66. <https://doi.org/10.3917/gmp.093.0047>
34. Jones, N., & Thomas, P. (2007). Inter-organizational Collaboration and Partnerships in Health and Social Care: The Role of Social Software. *Public Policy and Administration*, 22(3), 289–302. <https://doi.org/10.1177/0952076707078761>
35. Karabukayeva, A., Hearld, L. R., Kelly, R., Hall, A., & Singh, J. (2022). Association between the number of adopted implementation strategies and contextual determinants: a mixed-methods study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1518–1518. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08736-2>
36. Karam, M., Brault, I., Van Durme, T., & Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 79, 70–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002>
37. Kardelis, K. (2017). Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai : edukologija ir kiti socialiniai mokslai. (6-asis-asis patais. ir papild. leid. leid.). Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras.
38. Karlsson, M., Garvare, R., Zingmark, K., & Nordström, B. (2020). Organizing for sustainable inter-organizational collaboration in health care processes. *Journal of Interprofessional Care*, 34(2), 241–250. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1638760>
39. Keast, R., Brown, K., & Mandell, M. (2007). Getting The Right Mix: Unpacking Integration Meanings and Strategies. *International Public Management Journal*, 10(1), 9–33. <https://doi.org/10.1080/10967490601185716>
40. Keast, R., Meek, J. W., Voets, J., & Flynn, C. (2023). Introduction: why a modern guide to networks? In *Edward Elgar Publishing eBooks* (pp. 2–14). <https://doi.org/10.4337/9781800883987.00008>
41. Knudsen, L. G. (Ed.) (2008). Characteristics of Collaborative Network Models. In F. Hansson, N. T. Brenneche, M. Mønsted, & T. Fransson (Eds.), *Benchmarking Successful Models of collaboration: DRAFT version* (Vol. Appendix 5.3).
42. Knudsen, L. G., Hansson, F., & Mønsted, M. (2008). Collaborations and management of and through networks: Literature review. *Benchmarking Successful Models of collaboration*, 3-15.

43. Lai, A.Y. (2012). Organizational collaborative capacity in fighting pandemic crises. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 24(1), 7–20. <https://doi.org/10.1177/1010539511429592>
44. Lan, Y., Chandrasekaran, A., Goradia, D., & Walker, D. (2022). Collaboration Structures in Integrated Healthcare Delivery Systems: An Exploratory study of Accountable care Organizations. *Manufacturing & Service Operations Management*, 24(3), 1796–1820. <https://doi.org/10.1287/msom.2021.1038>
45. Maillet, L., Thiebaut, G. C., Goudet, A., Godbout, I., Touati, N., Smits, P., Duhoux, A., Breton, M., Abou-Malham, S., Couturier, Y., Gilbert, F., Marchand, J., & Denis, J. (2023). Evaluation of the implementation and effects of management through care and services pathways: A protocol study. medRxiv (Cold Spring Harbor Laboratory). <https://doi.org/10.1101/2023.05.25.23290549>
46. Maillet, L., Thiebaut, G., Duranceau, M., Breton, M., Marchand, J., Manceau, L., & Gagnon, J. (2019). Integrated Care Pathways and Networks: Implementing governance innovations in Quebec’s health and social services system. *International Journal of Integrated Care*, 19(4), 12. <https://doi.org/10.5334/ijic.s3012>
47. Martinsen, D. S., Schrama, R., & Mastenbroek, E. (2021). Experimenting European healthcare forward. Do institutional differences condition networked governance? *Journal of European Public Policy*, 28(11), 1849–1870. <https://doi.org/10.1080/13501763.2020.1804436>
48. Mervyn, K., Amoo, N., & Malby, R. (2019). Challenges and insights in inter-organizational collaborative healthcare networks: An empirical case study of a place-based network. *International Journal of Organizational Analysis* (2005), 27(4), 875–902. <https://doi.org/10.1108/IJOA-05-2018-1415>
49. Mohebbi, S., Li, X., & Wyatt, T. (2020). Designing an incentive scheme within a cooperative game for consolidated hospital systems. *The Journal of the Operational Research Society*, 71(7), 1073–1144. <https://doi.org/10.1080/01605682.2019.1700192>
50. Mostepaniuk, A., Akalin, T., & Parish, MR (2023). Practices Pursuing the Sustainability of a Healthcare Organization: A Systematic review. *Sustainability*, 15(3), 2353. <https://doi.org/10.3390/su15032353>
51. Nassaji, H. (2020). Good qualitative research. *Language Teaching Research*, 24(4), 427–431. <https://doi.org/10.1177/1362168820941288>
52. O’Leary, R., & Vij, N. (2012). Collaborative Public Management: Where Have We Been and Where Are We Going? *American Review of Public Administration*, 42(5), 507–522. <https://doi.org/10.1177/0275074012445780>
53. Palumbo, R., Manesh, M. F., Pellegrini, M. M., & Flamini, G. (2020). Exploiting inter-organizational relationships in health care: A bibliometric analysis and literature review. *Administrative Sciences*, 10(3), 1–23. <https://doi.org/10.3390/admsci10030057>
54. Peeters, R., Westra, D., Gifford, R., & Ruwaard, D. (2024). Who, what, where? The influence of the Integral Care Agreement (IZA) on established regional networks in Dutch healthcare. *TSG : Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, 102(2), 67–73. <https://doi.org/10.1007/s12508-024-00433-1>
55. Peeters, R., Westra, D., van Raak, A. J. A., & Ruwaard, D. (2023). So Happy Together: A Review of the Literature on the Determinants of Effectiveness of Purpose-Oriented Networks in Health Care. *Medical Care Research and Review*, 80(3), 266–282. <https://doi.org/10.1177/10775587221118156>

56. Provan, K. G., & Kenis, P. (2007). Modes of network Governance: structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229–252. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum015>
57. Radhika, B. P., Krishnamoorthy, A., & Rao, A. U. (2020). A review on consolidation theories and its application. *International Journal of Geotechnical Engineering*, 14(1), 9–15. <https://doi.org/10.1080/19386362.2017.1390899>
58. Riley W. J., Love K, Runger G, Shafer M. S., Pine K., & Mays G. (2021). Framework for Multisector Alignment Research. In *Journal of public health management and practice : JPHMP*, 27(5). <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001275>
59. Schwartz, J., & Yen, M.Y. (2017). Toward a collaborative model of pandemic preparedness and response: Taiwan's changing approach to pandemics. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 50(2), 125–132. <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2016.08.010>
60. Scott, T. A., & Thomas, C. W. (2017). Unpacking the Collaborative Toolbox: Why and When Do Public Managers Choose Collaborative Governance Strategies? *Policy Studies Journal*, 45(1), 191–214. <https://doi.org/10.1111/psj.12162>
61. Seaton C. L., Holm N, Bottorff J. L., Jones-Bricker M., Errey S., Caperchione C. M., Lamont S., Johnson S. T., & Healy T. (2018). Factors That Impact the Success of Interorganizational Health Promotion Collaborations: A Scoping Review. In *American journal of health promotion : AJHP*, 32(4). <https://doi.org/10.1177/0890117117710875>
62. Streichert, L. C., Sepe, L. P., Jokelainen, P., Stroud, C. M., Berezowski, J., & Del Rio Vilas, V. J. (2022). Participation in One Health Networks and Involvement in the COVID-19 Pandemic Response: A Global Study. *Frontiers in public health*, 10, 830893. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.830893>
63. Tancred, T., Caffrey, M., Falkenbach, M. ir Raven, J. (2024). The pathway to health in all policies through intersectoral collaboration on the health workforce: a scoping review, 39(2), i54–i74. <https://doi.org/10.1093/heapol/czae046>
64. Tietschert, M. V., & Westra, D. (2024). It Does Not Add Up: A Mixed-Methods Study Of Collaborative Healthcare Networks. *Academy of Management Proceedings*, 1. <https://doi.org/10.5465/AMPROC.2024.173bp>
65. Tremblay, D., Touati, N., Usher, S. E., & Cournoyer, J. (2022). Dimensions of Proximity: an actionable framework to better understand integrated practices in cancer networks. *International Journal of Integrated Care*, 22(3). <https://doi.org/10.5334/ijic.6434>
66. Undy, R. (1999). Negotiating Amalgamations: Territorial and Political Consolidation and Administrative Reform in Public-Sector Service Unions in the UK. *British Journal of Industrial Relations*, 37(3), 445–463. <https://doi.org/10.1111/1467-8543.00136>
67. Wang, H., & Ran, B. (2023). Network governance and collaborative governance: a thematic analysis on their similarities, differences, and entanglements. *Public Management Review*, 25(6), 1187–1211. <https://doi.org/10.1080/14719037.2021.2011389>
68. Woulfe, J., Oliver, T. R., Zahner, S. J., & Siemering, K. Q. (2010). Multisector Partnerships in Population Health Improvement. *Preventing Chronic Disease*, 7(6), A119–A119.
69. Žydžiūnaitė, V. ir Sabaliauskas, S. (2017). Kokybės tyrimai. Principai ir metodai (p. 332–367), Vilnius: Vaga.

Informacijos šaltinių sąrašas

1. 2021–2030 metų nacionalinis pažangos planas, 2020 m. rugsėjo 9 d. Nr. 998. (2020). <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/c1259440f7dd11eab72ddb4a109da1b5/asr>
2. Antikorupcijos komisijos parlamentinio tyrimo išvados, 2017 m. gruodžio 19 d. Nr. XIII-904. (2017). <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/436b2310eb0811e7acd7ea182930b17f>
3. Bendradarbiavimo sveikatinimo veiklos klausimais organizavimo tvarkos aprašas, 2023 m. vasario 28 d. Nr. V-273 (2023). [https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/%C4%AEsakymas%20D%C4%96L%20BENDRADARBIAVIMO%20SVEIKATINIMO%20VEIKLOS%20KLAUSIMAIS%20%20ORGANIZAVIMO%20TVARKOS%20APRA%20%20PATVIRTINIMO\(1\).pdf](https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/%C4%AEsakymas%20D%C4%96L%20BENDRADARBIAVIMO%20SVEIKATINIMO%20VEIKLOS%20KLAUSIMAIS%20%20ORGANIZAVIMO%20TVARKOS%20APRA%20%20PATVIRTINIMO(1).pdf)
4. Dėl Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo, 2015 m. gegužės 26 d. Nr. V-657. (2015). <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/49e35880064e11e5b0d3e1beb7dd5516/yBbopeahAo>
5. Dėl Marijampolės savivaldybės 2025–2027 metų strateginio veiklos plano patvirtinimo, 2024 m. gruodžio 20 d. I-413. (2024). <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/19bb2101c49511ef940bca4d136e126f?jfwid=m4xrexcvt>
6. Dėl Sveikatos centrui priskiriamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo, 2023 m. gegužės 22 d. Nr. V-589. (2023). <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/9fcb2bd0f88311edb649a2a873fdbdf/asr>
7. Devynioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programa, 2024 m. gruodžio 12 d. Nr. XV-54. (2024). <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/d4b57910b89711efbb3fe9794b4a33e2?jfwid=-wdjctrz3j>
8. Didysis dvidešimtukas (G20). (2025). <https://g20.org/>
9. Didysis septynetas (G7). (2025). <https://www.g7italy.it/en/documents/>
10. Europos Komisija. ES visuotinė sveikatos strategija siekiant didinti pasaulinį sveikatos saugumą ir užtikrinti geresnę visų žmonių sveikatą. (2022). https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/lt/ip_22_7153
11. Europos Komisija. EU Global Health Strategy: Better Health for all in a changing world. (2022). Public Health. https://health.ec.europa.eu/publications/eu-global-health-strategy-better-health-all-changing-world_en
12. Europos vadovų taryba. (2025). <https://www.consilium.europa.eu/lt/policies/eu-health-policy/#role>
13. Europos vadovų taryba. Europos, dėl bendros sveikatos duomenų erdvės, kuriuo iš dalies keičiama Direktyva 2011/24/ES ir Reglamentas (ES) 2024/2847 (2024). <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/PE-76-2024-INIT/lt/pdf>
14. Jungtinių Tautų Chartija, 1945-06-26, Nr. 15-557. (1945). <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.160266?jfwid=pd6eq7mgf>
15. Lietuvos Respublikos Konstitucija, 1992 m. spalio 25 d. Nr.33-1014. (1992). <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.1890/asr>
16. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343. (1996). <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.28356/asr>
17. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367. (1996). <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.29546/asr>

18. *Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas*, 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552. (1994). <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905/asr>
19. *Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategija*, 2014 m. birželio 26 d. Nr. XII-964. (2014) <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/85dc93d000df11e4bfca9cc6968de163/asr>
20. Marijampolės savivaldybės taryba. *Sprendimas dėl Marijampolės sveikatos centro sukūrimo inicijavimo* (2023). <https://teisesaktai.marijampole.lt/document/64279>
21. Marijampolės savivaldybės taryba. *Sprendimas dėl sveikatos centro steigimo Marijampolės savivaldybėje* (2023). <https://teisesaktai.marijampole.lt/document/65479>
22. *Marijampolės savivaldybės visuomenės sveikatos stebėsenos 2023 metų ataskaita* (2024). https://www.marijampolesvsb.lt/uploads/Steb%C4%97senos%20ataskaitos/2024-12-20%201-451%20MARIJAMPOL%C4%96S%20STEB%C4%96SENOS%20ATASKAITA_Tarybos%20patvirtinta.pdf
23. *Regioniniu bendradarbiavimo modelių pagrįstų asmens sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimo veiksmų planas*, 2023 m. rugpjūčio 1 d. Nr. V-879. (2023). <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/3481a530302c11ee9de9e7e0fd363afc>
24. *Švieslentė. Pacientų eilės* - Oficialiosios statistikos portalas. (2025). <https://osp.stat.gov.lt/pacientu-eiles>
25. *Valstybės ateities vizija „Lietuva 2050“*, 2023 m. gruodžio 23 d. Nr. XIV-2466. (2023). <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/a8b03ef0a55511ee8172b53a675305ab?jfwid=1z7qrkybq>
26. Valstybinė ligonių kasa. *Preliminarios sutartinės sumos*. (2025). <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/gydymo-istaigoms-ir-partneriams/sutarciau-sudarymas-su-ligoniu-kasa/gydymo-istaigoms/informacija-apie-sudarytas-sutartis-ir-sutartines-sumas-iskaitant-preliminarias/tlk-su-aspi-pasirasytos-sutartys-ir-sutartines-sumos/kauno-teritorine-ligoniu-kasa-8/>
27. *Viešosios įstaigos Marijampolės ligoninės 2023 metų veiklos ataskaita*. (2024). <https://www.marijampolesligonine.lt/veikla/veiklos-ataskaitos/>
28. *Viešosios įstaigos Marijampolės pirminės sveikatos priežiūros centro 2023 metų veiklos ataskaita*. (2024). https://marijampolespspc.lt/wp-content/uploads/2024/05/2023_m_veiklos_ataskaita.pdf
29. *Visuomenės sveikatos stebėsenos informacinė sistema*. (2025). <https://sveikstat.hi.lt/chart-overview.aspx>
30. *World Health Organization strategy (2022-2026) for the National Action Plan for Health Security* (2022). https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-security-preparedness/cap/naphs/whe-naphs-strategy-vers-4.4.3.pdf?sfvrsn=307db4d1_3

Priedai

1 priedas. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius teorinį modelį sudarančių elementų apibūdinimas pagal teisinio reguliavimo bei gerųjų užsienio šalių analizę (sudaryta autoriaus, 2025)

TB stiprinimo konsolidavus ASP gydymo išteklius teorinio modelio elementai	Elementų apibūdinimas pagal TB teisinį reguliavimą sveikatos priežiūros srityje ES ir Lietuvoje bei užsienio šalių gerąsias praktikas
Teisinis reguliavimas	Tarptautinis ir nacionalinis teisinis reguliavimas tarpvalstybinio ir tarpinstitucinio bendradarbiavimo srityje užtikrinama sveikatos priežiūros paslaugų teikimo efektyvumą (Jungtinių Tautų Chartija, 1945; Regioniniu bendradarbiavimo modeliu pagrįstų asmens sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimo veiksmų planas, 2023).
Sveikatos priežiūros infrastruktūra	ASP sistemoje vis dažniau pasitelkiamos virtualios komandos, leidžiančios specialistams bendradarbiauti nepaisant geografinių ribų. Tai gali padėti geriau paskirstyti gydymo išteklius ir užtikrinti efektyvesnį pacientų aptarnavimą bei srautų valdymą (Gao ir kt., 2015). Sveikatos priežiūros paslaugų tinklas, kuris turi būti efektyvus siekiant optimizuoti gydymo išteklių panaudojimą ir užtikrinti paslaugų prieinamumą (2021–2030 metų nacionalinis pažangos planas, 2020).
Žmogiškieji ištekliai	Medicinos personalo rengimas, kvalifikacijos kėlimas ir darbo sąlygų gerinimas yra pagrindiniai veiksniai siekiant užtikrinti kokybiškas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (Mohebbi ir kt. 2020).
Finansavimo mechanizmai	Turi būti užtikrinamas sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas siekiant sveikatos priežiūros sistemos stabilumo ir tvarumo (Yatim ir Sebai, 2021).
Ryšių skatinimas	Reikalingas bendradarbiavimo tarp sveikatos priežiūros įstaigų ir kitų institucijų stiprinimas per dalijimosi informacija ir gerosiomis praktikomis mechanizmų skatinimą (Exley ir kt., 2024).
Konfliktų valdymas	Efektyvus konfliktų sprendimas tarp sveikatos priežiūros institucijų remiasi mediacijos ir derybų principais, skatinant bendradarbiavimą ir pacientų gerovės užtikrinimą (Mohebbi ir kt., 2020).
Pasitikėjimo stiprinimas	Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas ir skaidrumas didina pacientų bei medicinos darbuotojų pasitikėjimą sistema (Yatim ir Sebai, 2021).
Veiklos koordinavimas	Integruotas sveikatos paslaugų valdymas leidžia efektyviai paskirstyti išteklius ir sumažinti nereikalingas hospitalizacijas (2021–2030 metų nacionalinis pažangos planas, 2020).
Partnerių telkimas	TB remiasi strateginių partnerių įtraukimu, siekiant geresnio paslaugų teikimo (Regioniniu bendradarbiavimo modeliu pagrįstų asmens sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimo veiksmų planas, 2023).
Interesų derinimas	Efektyvus tarpinstitucinis koordinavimas leidžia užtikrinti sveikatos priežiūros politikos darną (Pasaulinė sveikatos organizacija, 2022).
Normų įtvirtinimas / taisyklių rengimas	Aiškiai apibrėžtos teisinės normos leidžia efektyviai valdyti sveikatos paslaugų teikimą ir užtikrinti pacientų teises (Jungtinių Tautų Chartija, 1945).
Institucijų veiklos koordinavimas ir dalijimasis ištekliais	Sėkmingam tarpinstituciniam bendradarbiavimui būtinos aiškos struktūros, efektyvūs finansavimo modeliai, tvirta reguliavimo politika, subalansuoti galios santykiai, suderinta informacijos infrastruktūra ir tikslinis profesinis švietimas (Yasobant ir kt., 2021). TB leidžia geriau valdyti turimus išteklius ir sumažinti administracinę naštą (Devynioliktosios LR Vyriausybės programa, 2024).
Integruotas pacientų kelionės valdymas	ASP sistemoje vis dažniau pasitelkiamos virtualios komandos, leidžiančios specialistams bendradarbiauti nepaisant geografinių ribų. Tai gali padėti geriau paskirstyti gydymo išteklius ir užtikrinti efektyvesnį pacientų aptarnavimą bei srautų valdymą (Gao ir kt., 2015). Skaitmeninės platformos leidžia užtikrinti nuoseklų pacientų gydymą ir efektyvesnį paslaugų teikimą (Exley ir kt., 2024).

TB stiprinimo konsolidavus ASP gydymo išteklius teorinio modelio elementai	Elementų apibūdinimas pagal TB teisinį reguliavimą sveikatos priežiūros srityje ES ir Lietuvoje bei užsienio šalių gerąsias praktikas
Duomenų ir informacijos mainai per skaitmenines platformas	ASP įstaigos, dalyvaujančios Sveikatos centro veikloje, turi galimybę naudotis paciento medicinos duomenimis elektroninėje erdvėje. Tai užtikrina sklandų informacijos perdavimą ir integraciją į Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinę sistemą (ESPBI IS) (Regioniniu bendradarbiavimo modeliu pagrįstų asmens sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimo veiksmų planas, 2023). Bendrų informacinių sistemų naudojimas leidžia sumažinti pasikartojančius tyrimus ir gerina gydymo procesą (Mohebbi ir kt., 2020; Exley ir kt., 2024).
Dalyvavimas sprendimų priėmimo procese (su pacientais ir bendruomene)	Pacientų įsitraukimas į gydymo procesą skatina didesnę ASP paslaugų prieinamumą ir efektyvumą (Yasobant ir kt. 2021; Yatim ir Sebai, 2021).
Didesnis ASP paslaugų prieinamumas	Strateginiai sprendimai padeda užtikrinti, kad ASP paslaugos būtų prieinamos visiems gyventojams, nepriklausomai nuo socialinio statuso (2021–2030 metų nacionalinis pažangos planas, 2020).
Efektyvesnis ASP gydymo išteklių valdymas	ASP gydymo išteklių optimizavimas leidžia užtikrinti didesnę paslaugų efektyvumą ir mažesnes sąnaudas (Regioniniu bendradarbiavimo modeliu pagrįstų asmens sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimo veiksmų planas, 2023).
Mažesnės ASP paslaugų išlaidos ir geresni pacientų gydymo rezultatai	Sveikatos priežiūros sistemos efektyvumo didinimas lemia geresnius gydymo rezultatus ir sumažina gydymo sąnaudas (Yasobant ir kt. 2021; Regioniniu bendradarbiavimo modeliu pagrįstų asmens sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimo veiksmų planas, 2023).

2 priedas. Empirinio tyrimo metodų panaudojimo pagrindimas (sudaryta autoriaus, 2025)

TB stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius teorinio modelio elementai	Kriterijus ir/arba rodiklis	Tyrimo metodas (instrumentas)
1. Išoriniai veiksniai:		
1.1.Sveikatos priežiūros infrastruktūra	Sveikatos centro infrastruktūros (pastatų/patalpų, inventoriaus, medicininės įrangos ir pan.) priskyrimas ir disponavimo sąlygos.	Dokumentų (turinio) analizė.
1.2.Žmogiškieji ištekliai	Sveikatos centro darbuotojų vadyba, atskirų institucijų žmogiškųjų išteklių valdymas.	Dokumentų (turinio) analizė, statistinių duomenų analizė, pusiau struktūruotas ekspertų interviu.
1.3.Finansavimo mechanizmai	Sveikatos centro finansavimo tvarka, šaltiniai ir apimtys.	Dokumentų (turinio) analizė, statistinių duomenų analizė.
2. Vidiniai veiksniai:		
2.1.Ryšių skatinimas	Sveikatos centro formavimo principai.	Pusiau struktūruotas ekspertų interviu.
2.2.Konfliktų valdymas	Bendradarbiaujančių organizacijų tikslų derinimo ir konfliktų valdymo principai.	Pusiau struktūruotas ekspertų interviu.
2.3.Pasitikėjimo stiprinimas	Sveikatos centro organizacijų bendradarbiavimo principai ir priemonės.	Pusiau struktūruotas ekspertų interviu
2.4.Veiklos koordinavimas	Sveikatos centro veiklos organizavimo principai ir priemonės.	Dokumentų (turinio) analizė, pusiau struktūruotas ekspertų interviu.
3. TB formavimas:		
3.1.Partnerių telkimas	Partnerių (koordinuojančios įstaigos ir kitų centro veikloje dalyvaujančių organizacijų) sutelkimo metodika ir procesas.	Dokumentų (turinio) analizė, pusiau struktūruotas ekspertų interviu.
3.2.Interesų derinimas	Sveikatos centro steigimo sutartis.	Pusiau struktūruotas ekspertų interviu.
3.3.Normų įtvirtinimas / taisyklių rengimas	Sveikatos centro veiklos koordinavimo aprašas ir įvairias veiklos sritis/aspektus reglamentuojančios tvarkos.	Pusiau struktūruotas ekspertų interviu.
4. TB procesas:		
4.1.Institucijų veiklos koordinavimas ir dalijimasis ištekliais	Bendradarbiaujančių organizacijų dalyvavimas Sveikatos centro veikloje (asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas).	Dokumentų (turinio) analizė, pusiau struktūruotas ekspertų interviu.
4.2.Integruotas pacientų kelionės valdymas	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pacientams bet kurioje Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro partnerių įstaigoje.	Statistinių duomenų analizė, pusiau struktūruotas ekspertų interviu.
4.3.Duomenų ir informacijos mainai per skaitmenines platformas	Prisijungimai prie ESPBI IS, naudojimasis IPR moduliui.	Dokumentų (turinio) analizė, pusiau struktūruotas ekspertų interviu, statistinių duomenų analizė.

TB stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius teorinio modelio elementai	Kriterijus ir/arba rodiklis	Tyrimo metodas (instrumentas)
4.4.Dalyvavimas sprendimų priėmimo procese (su pacientais ir bendruomene)	Suinteresuotų šalių įtraukimo į sprendimų priėmimą tvarka.	Dokumentų (turinio) analizė, pusiau struktūruotas ekspertų interviu.
5. Rezultatai:		
5.1.Didesnis ASP paslaugų prieinamumas	Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro partnerių pacientų srautai ir jų pokytis.	Statistinių duomenų analizė, pusiau struktūruotas ekspertų interviu.
5.2.Efektyvesnis ASP gydymo išteklių valdymas	Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro partnerių pacientų registracijos pas šeimos gydytoją, ar gydytoją specialistą.	Statistinių duomenų analizė, pusiau struktūruotas ekspertų interviu.
5.3.Mažesnės ASP paslaugų išlaidos ir geresni pacientų gydymo rezultatai	Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro partnerių pacientų registracijos pas specialistus.	Statistinių duomenų analizė, pusiau struktūruotas ekspertų interviu.

3 priedas. Pusiau struktūruoto interviu klausimynas, skirtas Marijampolės savivaldybės administracijos atstovams (sudaryta autoriaus, 2025)

1. Pasidalinkite, kaip vyko Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro steigimo procesas?
2. Pasidalinkite, kaip vyko partnerių telkimas Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro steigimo procese?
3. Kaip yra vykdomas Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veiklos koordinavimas?
4. Kaip iš dalyvaujančių Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veikloje partnerių yra (pa)skiriami ištekliai šio Sveikatos centro veiklai užtikrinti?
5. Ar jums yra suprantamas terminas „pacientų kelionės valdymas“*? (Jeigu „Ne“, reikėtų paaiškinti. Jeigu „taip“, kitas klausimas)
6. Ar yra vykdomas pacientų kelionės valdymas ASP paslaugų teikimo metu? (Jeigu „taip“, kitas klausimas)
7. Kaip yra vykdomas pacientų kelionės valdymas Sveikatos centro veikloje?
8. Ar į sprendimų priėmimo procesą Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre yra įtraukiami pacientai ar jų atstovai? (Jeigu „taip“, kitas klausimas)
9. Kokiu būdu į šį procesą yra įtraukiami pacientai ar jų atstovai?
10. Kokius rezultatus tikimasi pasiekti konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre?

*Pacientų kelionės valdymas – tai sveikatos priežiūros paslaugų planavimo, koordinavimo ir stebėsenos procesas, apimantis visą paciento kelią asmens sveikatos priežiūros sistemoje, nuo pirmojo kreipimosi į ASPĮ dėl tos ligos iki visiško išgyjimo ar ilgalaikės priežiūros.

4 priedas. Pusiaus struktūruoto interviu klausimynas, skirtas Marijampolės savivaldybės visuomenės sveikatos biuro atstovams (sudaryta autoriaus, 2025)

1. Pasidalinkite, kaip vyko Marijampolės savivaldybės Sveikatos centras steigimo procesas?
2. Pasidalinkite, kaip buvo derinami partnerių interesai / tikslai Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro steigimo metu?
3. Kokios priemonės taikomos siekiant sklandaus partnerių bendradarbiavimo?
4. Kaip vyko Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veiklą koordinuojančios įstaigos parinkimas?
5. Kaip yra vykdomas Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veiklos koordinavimas?
6. Kaip iš dalyvaujančių Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veikloje partnerių yra (pa)skiriami ištekliai šio Sveikatos centro veiklai užtikrinti?
7. Kaip parenkate savo įstaigos darbuotojus, dalyvaujančius Sveikatos centro veikloje?
8. Ar yra parengtos Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veiklos taisyklės ar vidaus normos? (Jeigu „Taip“, kitas klausimas)
9. Kokios veiklos taisyklės ar vidaus normos yra parengtos Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre? Kaip dėl jų buvo susitarta tarp partnerių?
10. Ar jums yra suprantamas terminas „pacientų kelionės valdymas“*? (Jeigu „Ne“, reikėtų paaiškinti. Jeigu „taip“, kitas klausimas)
11. Ar yra vykdomas pacientų kelionės valdymas ASP paslaugų teikimo metu? (Jeigu „taip“, kitas klausimas)
12. Kaip yra vykdomas pacientų kelionės valdymas Sveikatos centro veikloje?
13. Ar į sprendimų priėmimo procesą Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre yra įtraukiami pacientai ar jų atstovai? (Jeigu „taip“, kitas klausimas)
14. Kokiu būdu į šį procesą yra įtraukiami pacientai ar jų atstovai?
15. Kokius rezultatus tikimasi pasiekti konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre?

*Pacientų kelionės valdymas, tai sveikatos priežiūros paslaugų planavimo, koordinavimo ir stebėsenos procesas, apimantis visą paciento kelią asmens sveikatos priežiūros sistemoje, nuo pirmojo kreipimosi į ASPĮ dėl tos ligos iki visiško išgyjimo ar ilgalaikės priežiūros.

5 priedas. Pusiaus struktūruoto interviu klausimynas, skirtas Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veiklą koordinuojančios įstaigos atstovams (sudaryta autoriaus, 2025)

1. Pasidalinkite, kaip buvo derinami partnerių interesai / tikslai Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro steigimo metu?
2. Pasidalinkite, kokios priemonės taikomos siekiant sklandaus partnerių bendradarbiavimo?
3. Kaip vyko Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veiklą koordinuojančios įstaigos parinkimas?
4. Kaip yra vykdomas Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veiklos koordinavimas?
5. Kaip iš dalyvaujančių Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veikloje partnerių yra (pa)skiriami ištekliai šio Sveikatos centro veiklai užtikrinti?
6. Kaip numatote įstaigų darbuotojų poreikį teikiant ASP paslaugas Sveikatos centre?
7. Ar yra parengtos Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veiklos taisyklės ar vidaus normos? (Jeigu „Taip“, kitas klausimas)
8. Kokios veiklos taisyklės ar vidaus normos yra parengtos Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre? Kaip dėl jų buvo susitarta tarp partnerių?
9. Ar jums yra suprantamas terminas „pacientų kelionės valdymas“*? (Jeigu „Ne“, reikėtų paaiškinti. Jeigu „taip“, kitas klausimas)
10. Ar yra vykdomas pacientų kelionės valdymas ASP paslaugų teikimo metu? (Jeigu „taip“, kitas klausimas)
11. Kaip yra vykdomas pacientų kelionės valdymas Sveikatos centro veikloje?
12. Kokios informacinės sistemos yra naudojamos arba planuojamos naudoti siekiant užtikrinti sklandų keitimąsi informacija ir duomenimis tarp Sveikatos centro veikloje dalyvaujančių organizacijų?
13. Ar į sprendimų priėmimo procesą Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre yra įtraukiami pacientai ar jų atstovai? (Jeigu „taip“, kitas klausimas)
14. Kokiu būdu į šį procesą yra įtraukiami pacientai ar jų atstovai?
15. Kokius rezultatus tikimasi pasiekti konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre?

*Pacientų kelionės valdymas, tai sveikatos priežiūros paslaugų planavimo, koordinavimo ir stebėsenos procesas, apimantis visą paciento kelią asmens sveikatos priežiūros sistemoje, nuo pirmojo kreipimosi į ASPĮ dėl tos ligos iki visiško išgyjimo ar ilgalaikės priežiūros.

6 priedas. Pusiaus struktūruoto interviu klausimynas, skirtas Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veikloje dalyvaujančių ASPĮ atstovams (sudaryta autoriaus, 2025)

1. Pasidalinkite, kodėl nusprendėte dalyvauti Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veikloje?
2. Pasidalinkite, kaip buvo derinami partnerių interesai / tikslai Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro steigimo metu?
3. Kokios priemonės taikomos siekiant sklandaus partnerių bendradarbiavimo?
4. Kaip vyko Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veiklą koordinuojančios įstaigos parinkimas?
5. Kaip yra vykdomas Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veiklos koordinavimas?
6. Kaip iš dalyvaujančių Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veikloje partnerių yra (pa)skiriami ištekliai šio Sveikatos centro veiklai užtikrinti?
7. Kaip parenkate savo įstaigos darbuotojus, teikiančius ASP paslaugas Sveikatos centre?
8. Ar yra parengtos Marijampolės savivaldybės Sveikatos centro veiklos taisyklės ar vidaus normos? (Jeigu „Taip“, kitas klausimas)
9. Kokios veiklos taisyklės ar vidaus normos yra parengtos Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre? Kaip dėl jų buvo susitarta tarp partnerių?
10. Ar jums yra suprantamas terminas „pacientų kelionės valdymas“*? (Jeigu „Ne“, reikėtų paaiškinti. Jeigu „taip“, kitas klausimas)
11. Ar yra vykdomas pacientų kelionės valdymas ASP paslaugų teikimo metu? (Jeigu „taip“, kitas klausimas)
12. Kaip yra vykdomas pacientų kelionės valdymas Sveikatos centro veikloje?
13. Kokios informacinės sistemos yra naudojamos arba planuojamos naudoti siekiant užtikrinti sklandų keitimąsi informacija ir duomenimis tarp Sveikatos centro veikloje dalyvaujančių organizacijų?
14. Ar į sprendimų priėmimo procesą Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre yra įtraukiami pacientai ar jų atstovai? (Jeigu „taip“, kitas klausimas)
15. Kokiu būdu į šį procesą yra įtraukiami pacientai ar jų atstovai?
16. Kokius rezultatus tikimasi pasiekti konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius Marijampolės savivaldybės Sveikatos centre?

*Pacientų kelionės valdymas, tai sveikatos priežiūros paslaugų planavimo, koordinavimo ir stebėsenos procesas, apimantis visą paciento kelią asmens sveikatos priežiūros sistemoje, nuo pirmojo kreipimosi į ASPĮ dėl tos ligos iki visiško išgyjimo ar ilgalaikės priežiūros.

7 priedas. ASPI darbuotojų skaičiaus pokytis pagal 2023 ir 2024 m. lapkričio mėnesio duomenų suvestinę (sudaryta autoriaus, remiantis ASPI VDU valdymo sistemos duomenimis, 2025)

Istaigos pavadinimas	2023-11 duomenimis						2024-11 duomenimis						Darbuotojų 2023-2024 metų lapkričio mėnesių pokytis absoliučiais skaičiais (asmenys)					
	Administracija ir kiti bendrųjų funkcijų specialistai	Gydytojai	Slaugytojai	Kitas personalas, teikiantis asmens sveikatos priežiūros paslaugas	Kitas personalas	Iš viso	Administracija ir kiti bendrųjų funkcijų specialistai	Gydytojai	Slaugytojai	Kitas personalas, teikiantis asmens sveikatos priežiūros paslaugas	Kitas personalas	Iš viso	Administracija ir kiti bendrųjų funkcijų specialistai	Gydytojai	Slaugytojai	Kitas personalas, teikiantis asmens sveikatos priežiūros paslaugas	Kitas personalas	Iš viso
Viešoji įstaiga Marijampolės pirminės sveikatos priežiūros centras	14	39	48	27	48	176	14	39	50	28	54	185	0	0	2	1	6	9
Viešoji įstaiga Marijampolės ligoninė	28	154	240	69	209	700	30	146	241	71	219	707	2	-8	1	2	10	7
UAB "Gydytojų Keršanskų klinika"	1	27	3	4	3	38	1	25	3	3	4	36	0	-2	0	-1	1	-2
Rimanto Bernoto pirminės sveikatos priežiūros centras	1	11	5	3	1	21	1	9	5	3	1	19	0	-2	0	0	0	-2
UAB Sasnavos ambulatorija	2	7	3	0	0	12	2	7	2	0	0	11	0	0	-1	0	0	-1
Aglisa UAB	1	3	3	0	1	8	1	3	3	0	1	8	0	0	0	0	0	0
Onos Gurevičienės šeimos klinika	1	7	4	0	1	13	1	7	4	0	1	13	0	0	0	0	0	0
Lino Bieliausko šeimos klinika	1	15	13	5	1	35	1	14	13	7	1	36	0	-1	0	2	0	1
Danguolės Skurkienės bendrosios medicinos klinika	1	3	3	1	1	9	1	3	4	1	1	10	0	0	1	0	0	1
Uždaroji akcinė bendrovė "JOGIMEDA"	2	8	6	1	1	18	2	8	6	1	1	18	0	0	0	0	0	0
Algimanto Žvirblio pirminės sveikatos priežiūros centras	3	5	3	0	0	11	2	5	3	0	1	11	-1	0	0	0	1	0
UAB "Skraistėlė"	1	7	4	2	0	14	1	9	4	2	0	16	0	2	0	0	0	2
Reginos Gabrilavičienės bendrosios praktikos gydytojo kabinetas	3	3	2	0	1	9	3	2	2	0	1	8	0	-1	0	0	0	-1
„Gutavita“ UAB	0	9	6	2	0	17	0	9	6	2	0	17	0	0	0	0	0	0
„Stauga jums“ VŠĮ	0	0	4	8	0	12	0	0	4	6	6	16	0	0	0	-2	6	4
VŠĮ Giedrums LT	2	2	3	6	2	15	2	2	4	7	2	17	0	0	1	1	0	2
UAB "MEDGINTRAS"	Neteikia duomenų						Neteikia duomenų											
UAB InMedica																		
UAB "True medical"																		
													1	-12	4	3	24	20

8 priedas. ASP paslaugų, teiktų ASPI neprirašytiems pacientams, 2023 - 2024 metų duomenų palyginimas (sudaryta autoriaus, remiantis Sveidra IS duomenimis, 2025)

	2023m. ASP paslaugų teiktų ne savo pacientams dalis (proc.)					2024m. ASP paslaugų teiktų ne savo pacientams dalis (proc.)					Ne savo įstaigos pacientams 2023-2024 metais teiktų ASP paslaugų pokyčio palyginimas (proc.)				
	Kortelių skaičius	Apsilankymų skaičius	Paslaugų skaičius	Konsultacijų skaičius	Asmenų skaičius	Kortelių skaičius	Apsilankymų skaičius	Paslaugų skaičius	Konsultacijų skaičius	Asmenų skaičius	Kortelių skaičius %	Apsilankymų skaičius %	Paslaugų skaičius %	Konsultacijų skaičius %	Asmenų skaičius %
Gydymo įstaigos pavadinimas															
Viešojo įstaiga Marijampolės pirminės sveikatos priežiūros	12,50	10,71	52,25	52,25	26,55	12,77	12,00	60,10	60,10	30,43	0,28	1,28	7,86	7,86	3,89
UAB "Gdytojų Keršanskų klinika"	19,41	10,35	38,53	38,53	46,62	17,91	9,67	36,35	36,35	44,72	-1,51	-0,68	-2,18	-2,18	-1,90
Rimanto Bernoto pirminės sveikatos priežiūros centras	0,21	0,11			1,11	0,31	0,18			1,58	0,10	0,07			0,47
UAB Sasnavos ambulatorija	0,58	0,32	2,17	2,17	2,30	0,23	0,14	0,00	0,00	1,05	-0,34	-0,19	-2,17	-2,17	-1,25
Aglisa UAB	0,99	0,74			3,12	1,70	1,31			5,23	0,70	0,57			2,11
Onos Gurevičienės šeimos klinika	0,07	0,05	0,00	0,00	0,14	0,03	0,03			0,19	-0,04	-0,02			0,05
Lino Bieliausko šeimos klinika	1,41	1,08	16,60	16,60	4,78	0,95	0,72	13,58	13,58	3,37	-0,46	-0,36	-3,02	-3,02	-1,41
Danguolės Skurkienės bendrosios medicinos klinika	0,31	0,28			1,00	0,43	0,38			1,12	0,11	0,09			0,12
Uždaroji akcinė bendrovė "JOGIMEDA"	0,01	0,02			0,05	0,00	0,00			0,00	-0,01	-0,02			-0,05
Algimanto Žvirblio pirminės sveikatos priežiūros centras	1,31	0,95			6,08	0,92	0,73			4,62	-0,39	-0,22			-1,45
UAB "Skraistėlė"	0,22	0,15	0,00	0,00	0,81	0,36	0,28			1,06	0,14	0,13			0,25
Reginos Gabrielavičienės bendrosios praktikos gydytojo kabinetas	0,16	0,16			0,53	0,09	0,11			0,33	-0,07	-0,05			-0,20
UAB InMedica	3,27	0,70	1,12	1,12	9,26	3,73	2,05	1,73	1,73	13,95	0,46	1,35	0,61	0,61	4,69
„Gutavita“ UAB	0,37	0,27	0,00	0,00	1,66	0,62	0,44	0,00	0,00	2,80	0,25	0,17	0,00	0,00	1,14
UAB "True medical"						36,94	23,93	50,00	50,00	55,56					

9 priedas. ASP paslaugų teiktų visų savivaldybės gydymo įstaigų pacientams 2023 - 2024 metų duomenų palyginimas, kuomet ASPI neturi prirašytų pacientų (sudaryta autoriaus, remiantis Sveidra IS duomenimis, 2025)

	Faktinis pokytis 2023-2024m.					Procentinis pokytis 2023-2024m.				
	Kortelių skaičius	Apsilankymų skaičius	Paslaugų skaičius	Konsultacijų skaičius	Asmenų skaičius	Kortelių skaičius	Apsilankymų skaičius	Paslaugų skaičius	Konsultacijų skaičius	Asmenų skaičius
Viešojo įstaiga Marijampolės ligoninė	4047	11487	11978	11978	644	2,71	5,47	5,82	5,82	1,42
„Slauga jums“ VšĮ	-75	-2404			19	-4,00	-14,00			3,65
VšĮ Giedruma LT	555	9730			47	70,88	76,76			27,01

10 priedas. 2023 – 2025 metų ASPI skirtų PSDF biudžeto lėšų palyginimas (sudaryta autoriaus, remiantis Valstybinės ligonių kasos duomenimis, 2025)

ASPI ID kodas	ASPI pavadinimas	Sutartinių PSDF biudžeto lėšų sumų 2023- 2024 pokytis procentais	Sutartinių PSDF biudžeto lėšų sumų 2024- 2025 pokytis procentais
188	Viešoji įstaiga Marijampolės pirminės sveikatos priežiūros centras	5,15	11,29
430	Viešoji įstaiga Marijampolės ligoninė	8,83	8,53
610	UAB "Gydytojų Keršanskų klinika"	12,92	23,76
4428	Rimanto Bernoto pirminės sveikatos priežiūros centras	12,64	15,83
4492	UAB Sasnavos ambulatorija	5,87	12,39
4493	UAB "Aglisa"	13,07	12,29
4707	Onos Gurevičienės šeimos klinika	3,51	18,70
4729	Lino Bieliausko šeimos klinika	-1,82	14,71
4770	Danguolės Skurkienės bendrosios medicinos klinika	7,78	20,06
6170	Uždaroji akcinė bendrovė "JOGIMEDA"	13,46	5,53
6317	Algimanto Žvirblio pirminės sveikatos priežiūros centras	11,74	12,74
6319	UAB "Skraistėlė"	15,58	17,42
6404	Reginos Gabrilavičienės bendrosios praktikos gydytojo kabinetas	14,78	6,78
29930	UAB "Gutavita"	12,97	14,97
53864	VsĮ "Slauga jums"		4,23
55580	VsĮ Giedruma LT	47,68	76,38
65514	UAB "True medical"		1134,01
		13,16	17,23

11 priedas. Patikslintas tarpinstitucinio bendradarbiavimo stiprinimo konsolidavus asmens sveikatos priežiūros gydymo išteklius teorinis modelis (sudaryta autoriaus, integruojant Axelsson ir Axelsson, 2006)

