BY-NC-ND

ISSN 1648-2603 (print)
ISSN 2029-2872 (online)

VIEŠOJI POLITIKA IR ADMINISTRAVIMAS
PUBLIC POLICY AND ADMINISTRATION
2017, T. 16, Nr. 2 / 2017, Vol. 16, No 2, p. 165–178.

Atvejo vadybos modelio taikymas asmens sveikatos priežiūros įstaigose modernaus viešojo valdymo kontekste

Alvydas Raipa, Daiva Čepuraitė

Mykolo Romerio universitetas,
Valakupių g. 5, LT-10101, Vilnius

DOI:10.13165/VPA-17-16-2-01

Anotacija. *XXI amžiaus pradžioje viešojo sektoriaus institucijų veiklos modernizavimą lemia objektyvūs viešojo valdymo procesų evoliucijos iššūkiai. Viešojo sektoriaus valdymo struktūroms reikalingos naujos, inovatyvios teorinės-metodologinės valdymo procesų reformavimo nuostatos, naujos koncepcijos, doktrinos ir praktiniai jų įgyvendinimo mechanizmų konstruktai. Straipsnio autoriai, remdamiesi metaanalizės, lyginamosios analizės, atvejo analizės ir kitais mokslinio tyrimo metodais, esamomis teorinio modeliavimo ir ekspertinio vertinimo galimybėmis, straipsnyje siekia išryškinti bendrąsias Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos veiklos, formuojant viešųjų organizacijų galimybes, rengiantis pokyčių valdymui, pačių pokyčių valdymo proceso sąlygas ir jiems įtaką darančius esminius veiksnius bei faktorius. Pasirinktas atvejo vadybos analizės metodas leidžia mėginti atskleisti ir klasifikuoti pokyčių valdymo specifiką ir ypatumus, t. y. valdymo procesų modernizavimo reformavimą vienoje iš pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo įstaigų – Vilniaus Centro poliklinikoje bei pateikti savitą viešųjų paslaugų teikimo kaitos modernizavimo struktūrinę dekompoziciją.*

Reikšminiai žodžiai: *naujasis viešasis valdymas, sveikatos priežiūros įstaigos, atvejo vadyba, kompleksinis požiūris, viešojo valdymo evoliucija, sveikatos apsaugos sistema.*

Keywords: *new public governance, health care institutions, case study, complexic view, public governance evolution, health care system.*

Įvadas

Modernaus viešojo valdymo XXI a. pradžios teorinėse konstrukcijose ir praktikoje itin yra aktualizuojamas metodologinių modelių vaidmuo viešojo sektoriaus pažinimo procesuose. Siekiant geriau pažinti ir prisitaikyti prie globalių pokyčių,

viešojo sektoriaus institucijoms iškyla daug problemų, ieškant geriausių strateginių sprendimų, formuojant naujas mokslinių tyrimų kryptis ir taikant pasaulinę „gerąją“ praktiką, t. y. inovacines viešųjų institucijų veiklas, jų organizavimo priemones, principus ir modelius. Tokia kompleksinė metodologinė prieiga, formuojant pokyčių valdymo viešajame sektoriuje instrumentarijų, reikalauja tiek iš mokslo darbuotojų – tyrėjų, tiek iš viešojo sektoriaus valstybės valdymo praktikų suprasti, kaip išryškinti esamas ir prognozuoti galimas netolimos ateities viešojo valdymo evoliucijos etapo specifikos dedamąsias įvairiuose regionuose, viešojo valdymo sektorinėse dimensijose. Itin svarbiais uždaviniais tampa gebėjimai identifikuoti valdymo reformavimo tipus ir būdus, patikrinti jau išryškėjusius gautų rezultatų kiekybinius ir kokybinius parametrus, įgyvendinant procesinių ir sisteminių pokyčių, suponuotų viešojo sektoriaus valdymo modernizavimo reformų, būklę ir poveikį, išskirti pokyčių valdymo rizikos elementus bei pokyčių valdymo procesų modeliavimą veikiančias, palaikančias ar trukdančias disfunkcines institucines – funkcines reikšmes.

Straipsnio autoriai, remdamiesi modernaus viešojo valdymo (metavaldymo), kaip besiformuojančios doktrinos, galimais pokyčių ir reformų valdymo tipologijos elementais, pokyčių klasifikavimo teorija, siekė pagrįsti vienos iš viešojo sektoriaus sričių – sveikatos apsaugos sistemos reformų kaitos proceso ypatumus bendrame kompleksiniame pokyčių valdymo analitiniame kontekste, atliepti uždaviniams, suformuluotiems 2020 m. Europos pažangaus, tvaraus ir integruoto augimo strategijoje. Iš itin plačios sveikatos apsaugos sistemos pokyčių valdymo ir reformų modernizavimo modeliavimo praktikos straipsnio autorius labiausiai domino pirminės sveikatos priežiūros institucijų pasirengimas modeliuoti galimas modernizavimo reformų perspektyvas.

Todėl straipsnio autorių **esminis tikslas** yra atlikti atvejo vadybos modelio taikymo galimybių Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros įstaigose analizę naujojo viešojo valdymo aplinkoje.

Pagrindiniais uždaviniais autoriai siekia: apibūdinti svarbiausias modernaus viešojo valdymo kaitos etapo charakteristikas ir reikšmes; atlikti pirminės asmens sveikatos priežiūros institucijų veiklos modernizavimo analizę; atvejo vadybos modelio analizės pagrindu išsiaiškinti šio modelio taikymo galimybes Vilniaus Centro poliklinikoje.

Šiuolaikinio viešojo valdymo evoliucijos etapo charakteristika

Šiuolaikinio viešojo valdymo evoliucionavimo tendencijų mokslinė analizė ir pirmųjų evoliucinio valdymo proceso konceptualizavimo rezultatų apibendrinimai rodo, kad modernizuojant viešojo sektoriaus veiklą XXI amžiuje esminėmis kryptimis lieka naujojo viešojo valdymo formavimasis ankstesnių viešojo valdymo doktrinų ir egzistavusių teorinių konstrukcijų pagrindu, kartu institucionalizuojant naujų infrastruktūrinių partnerystės projektų galimybes bei valdymo demokratizavimo kontekstą, kompleksinės veiklos ir administracinio kūrybingumo bruožus (Greve, Hodge, 2010, 149–151).

Tokiomis kertinėmis naujojo viešojo valdymo dekompozicijos dedamosiomis ir toliau išlieka politikos-administravimo dichotomijos, sistemų teorijos, sprendimų rengimo ir jų įgyvendinimo, biurokratinių centralizavimo ir demokratinio (decentralizuoto) valdymo sąveikos, formalių ir neformalių struktūrų vietos valdymo procese ir kitos problemos (Osborne, 2010, 5–7). Šių problemų sprendimo galimybių teorinių – metodologinių konceptualizavimo konstruktų paieška ir kūrimas gali padėti geriau suprasti šiuolaikinio viešojo valdymo kompleksiškumą kaip esminę modernaus valdymo turinio ir formų kaitos sąlygą.

Kompleksinis požiūris, vertinant viešojo valdymo evoliucionavimą XXI a. pradžioje, yra suprantamas kaip modernių inovatyvių procesų visuma, apimanti valstybės ir viešojo sektoriaus valdymo finansinius, ekonominius, politinius, socialinius, ideologinius ir teisinius aspektus. Taip pat jis yra būtinas siekiant užtikrinti valdymo modernizavimo, strategijų rengimo ir jų įgyvendinimo kokybinius parametrus (Osborne, Brown, 2011, 1335–1350). Kaip matome, esminis teorinis-metodologinis naujo viešojo valdymo pagrindimas atsiranda kartu su kintančiomis administracinių ir politinių struktūrų veiklos ir atsakomybės formomis, kai esminėmis pokyčių dominantėmis, teikiant viešąsias paslaugas, tampa naujos veiklos kryptys ir tendencijos, pasireiškiančios kuriant modernias viešosios politikos, sprendimų rengimo ir strateginio planavimo formas (Wall, 2013, 3–4).

XXI a. pradžioje viešojo valdymo evoliucijoje galima matyti, kad modernaus proceso kaitos etape itin svarbiais veiksniais tampa ne tik sisteminės, institucinės ir procesinės analizės prieigos teikiamos galimybės, bet ir pakankamai subjektyvios, viešojo valdymo kaitai svarbios dimensijos, tokios kaip: politinė-administracinė lyderystė; organizacijų ir personalo gebėjimai bei kompetencijos, asmeninių savybių vaidmuo, plėtojant komandinę veiklą, ir kiti kokybiniai kūrybiškumą ir motyvacijas apsprendžiantys faktoriai (Svara, 2009, 390). Straipsnio autorių nuomone, tai itin reikšminga analizuojant atskirų institucijų veiklos kaitos procesus, atliekant ekspertinius tyrimus, naudojant atvejo analizės modelius įvairiuose viešojo valdymo sektoriuose bei institucijose (tarp jų ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigose).

Šiuolaikinį viešojo valdymo evoliucijos etapą charakterizuoja inovatyvumas kaip vienas iš svarbiausių viso viešojo sektoriaus ir viešojo valdymo veiksnių. Viešajame sektoriuje (taip pat ir sveikatos apsaugos sferoje) esminės yra informacinės, technologinės, finansinės ir visų rūšių išteklių valdymo inovacijos, kurios suprantamos kaip naujų idėjų kūrimas, priėmimas ir jų įgyvendinimo mechanizmų konstrukcijų efektyvus ir veiksmingas poveikis, tobulinant viešosios vertės kūrimą (Bland ir kt., 2010, 1–18).

Inovacijos viešajame sektoriuje yra globalių pokyčių, suponuotų valdymo modernizavimo reformų, įgyvendinimo esminis instrumentarijus, kuriuo naudodamosi viešosios struktūros gali efektyviau ir veiksmingiau reaguoti į pasikeitusius globalios aplinkos iššūkius, visuomenės poreikius ir lūkesčius, gerinti inovacijų diegimo procedūras, tobulinti ir modernizuoti viešųjų paslaugų kūrimo ir jų teikimo vartotojams procesus (Bason, 2014, 74).

Viešojo valdymo evoliucijoje, turinčioje tiek objektyvių sąlygų, tiek subjektyvaus faktoriaus (interesų grupių, organizacijų ir kitų suinteresuotųjų) dėmenis, inovatyvios viešojo valdymo reformos skirstomos: reformos, kai jas įgyvendinant vadovaujamasi jau žinoma praktika; reformos, įvardinamos kaip antro lygio, kurios teikia galimybes parinkti ir pagrįsti pačius reformavimo metodus; trečio lygio reformos, siejamos su idėjų sistemų pokyčiais (Raipa, 2009, 22–32). Tačiau globalizacijos iššūkių suponuotų pokyčių eigoje vykdomų reformų modernizavimas inovatyviomis priemonėmis yra rizikingas dalykas, dažnai siejamas su planavimo, rezultatų prognozavimo sudėtingumu ir neapibrėžtumu, laiko, finansinių išteklių problemomis, inovatyvių technologijų, organizacinės patirties stoka, organizacijų reputacijos praradimo rizika (Damanpour, Aravind, 2012, 445; Kalvet, Lember, 2010, 244).

Itin reikšminga vieta valdant pokyčius šiuolaikiniame modernaus viešojo administravimo etape tenka viešojo sektoriaus organizacijų veiklos vadybos teorijos modeliavimo ir praktinės viešojo sektoriaus (taip pat ir sveikatos sistemos) analizei kaip holistinio pažinimo plėtros tikslui. Įvairios viešojo sektoriaus organizacijų, jų sistemų, tokių kaip: išteklių valdymas; veiklos monitoringas; visuotinė kokybės vadyba; viešoji – privačioji partnerystė; tinklaveikos procesų ir tarpsektorinės integracijos, plėtojimas tampa šiuolaikinio viešojo valdymo procesų evoliucionavimo dedamosiomis, kurios sudaro tam tikrą institucijų, organizacijų, struktūrų sąveikos sąrangą (Raipa, 2010, 7–18).

Šiandieninį viešojo valdymo modernizavimo etapą analizuojantys specialistai jį įvardina kaip naująjį viešąjį valdymą, kaip socialinių, ekonominių procesų evoliucionavimo rezultatą, kaip perėjimą nuo radikalaus „neoliberalizmo“ principų perdėto adoravimo link „neoveberinio“ valdymo, t. y. viešasis valdymas šiandien vis labiau įgauna ir stiprina valstybės vaidmenį įvairiose visuomenės procesų reguliavimo, paskirstymo, socialinės atsakomybės ugdymo ir kitose srityse (Robins ir kt., 2011, 1293–1313).

Todėl modernaus viešojo valdymo, kuris teoretikų šiandien apibūdinamas kaip „sumanus“, „geras“, „daugialygis“, „sąveikaujantis“ ir kitomis definicijomis, supratimas įgauna tam tikrą multikonstrukcinį pobūdį, o pačios valdymo konstrukcijos tampa kompleksiškesnės, jose įtinklinama daugybė veiklos komponentų ir viešosios vertės kūrimo proceso dalyvių, visų rūšių išteklių, valdymo modernizavimas ir kt. Visa tai ir reikalauja naujo tipo viešojo sektoriaus (taip pat ir sveikatos apsaugos sistemos) modernizavimui reikalingų naujų tinklinių, hibridinio valdymo organizacijų konceptualizavimo įvairių sektorių vadybos įvairovėje (Melian – Gonzalez ir kt., 2010, 9899).

Pirminės asmens sveikatos priežiūros institucijų veiklos modernizavimas Lietuvoje

Besikeičianti sveikatos priežiūros sistemos aplinka (augantys visuomenės reikalavimai medicininių paslaugų kokybei, kintantys pacientų lūkesčiai, didėjantis finansinis spaudimas viešajame sektoriuje, stiprėjanti vidaus ir net tarptautinė kon-

kurencija tarp gydymo įstaigų, tarp jų ir valstybinių bei privačių, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo internacionalizacijos ir globalizacijos procesai, tarptautinio medicininio „turizmo“ plėtra ir kt.) skatina ieškoti naujų sisteminių priemonių šios srities institucijų bendrajai veiklai ir teikiamų paslaugų kokybei gerinti bei valdyti (Kosinskienė, Ruževičius, 2011, 52). Pastaraisiais dešimtmečiais didelio visuomenės bei mokslininkų dėmesio susilaukė įvairūs sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo aspektai. Sveikatos priežiūros paslaugos vis dažniau vertinamos tiek profesionalų ir administratorių, tiek pacientų požiūriu (Kairys ir kt., 2004, 178–191). Didžiausias rūpestis – šių dienų poreikį ne visai atitinkanti sveikatos paslaugų kokybė, nepakankamas šio sektoriaus finansavimas, augantys gydytojų ir slaugytojų migracijos mastai ir kt. Medicinos paslaugų kokybė priklauso nuo labai konkrečių veiksnių – institucijos veiklos vadybos lygio, šiuolaikiškų gydymo priemonių ir būdų, naujausias savo srities žinias ir gydymo metodus taikančių medikų, darbuotojų kvalifikacijos kėlimo sistemos veiksmingumo, profesinių tarptautinių mainų, medicinos darbuotojų skaidrios motyvavimo sistemos ir kt. Tačiau medicinos paslaugų kokybė nėra abstraktus dalykas. Ženklią dalį šalies sveikatos apsaugos problemų galima išspręsti šios srities institucijose taikant šiuolaikinius vadybos, tarp jų ir kokybės vadybos, metodus bei priemones. Gerinti sveikatos priežiūros kokybę vienintelio būdo nėra. Šių įstaigų veiklos specifika, procesai, organizacinė kultūra, darbuotojų patirtis, vadyba ir jos metodai bei kokybės gerinimo tikslai ir priemonės gali ženkliai skirtis (Kosinskienė, Ruževičius, 2011, 23–36). Pokyčiai sveikatos priežiūros vadyboje vyksta labai greitai, o tai lemia ir kokybės pokyčius, todėl tai turi atsispindėti ne tik kokybės sistemos dokumentuose, bet ir personalo veiksmuose, įgūdžiuose bei veiklos kultūroje. Sveikatos priežiūros įstaigos specifikai pritaikytos ir savitos kokybės sistemos kūrimas bei diegimas yra nūdienos būtinybė, o jos palaikymas ir tobulinimas – nenutrūkstamas nuolatinis procesas.

Ribotos Lietuvos finansinės galimybės lemia ir pirminės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PASP) restruktūrizavimo etapų įgyvendinimo tempus, dažniausiai gyventojų poreikiai auga gerokai greičiau, negu sveikatos priežiūros sistema pajėgia juos tenkinti. Tačiau į problemą galima pažvelgti ir iš kitos pusės. Patys gyventojai, dalyvaudami sveikos gyvensenos, ligų prevencijos programose, mažiausiomis sąnaudomis išsaugotų savo sveikatą ir darbingumą. Mažiau lėšų pareikalautų ir sumažėjusi hospitalizacija bei ligų, tapusių lėtinėmis, gydymas. Šiam tikslui įgyvendinti labai tiktų į šeimos gydytojo ir slaugytojo komandą integruoto atvejo vadybininko veikla, motyvuojanti pasinaudoti prevencinėmis programomis. Valstybė turi skatinti savalaikį pačių gyventojų apsilankymą PASP teikiančiose įstaigose. Jei gyventojai sąmoningai siektų išsaugoti ir stiprinti savo sveikatą, ligų dažniausiai būtų galima išvengti. Motyvuoti žmonės dažniau linkę įsitraukti į prevencines programas, turi daugiau ryžto kontroliuoti savo ligą (Marchetti ir kt., 2013).

Įstaigos veiklos efektyvumas ir asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPĮ) sveikatos priežiūros efektyvumas yra tampriai tarpusavyje susiję ir didės tik tada, kai kokybės dimensijos bus užtikrinamos, efektyviai panaudojant turimus

finansinius išteklius ir atvirkščiai. R. Buivydas pastebi, kad paslaugų kokybė ir prieinamumas pacientams yra labai svarbūs. Todėl paklausos aspektu sveikatinimo sistemą reikėtų vertinti kaip visumą, apimančią tiek gyventojų interesą būti sveikiems, tiek pacientų poreikį susirgus gauti tinkamą gydymą. Jo teigimu, gerėjant gyvenimo sąlygoms, visuomenė natūraliai „sensta“, t. y. vis didesnę jos narių dalį sudaro vyresniojo amžiaus gyventojai. Jų poreikiai sveikatai paprastai didesni, sveikatos problemos sudėtingesnės, labiau komplikuotos, o dažnai ir daugybinės. Be to, vyresnio amžiaus žmonės dažniau serga chroniškomis ligomis, didėja ilgalaikės slaugos poreikis (Buivydas, 2010, 143–145).

Strateginė vadyba naujojo modernaus viešojo valdymo doktrinoje turi aiškius strateginius organizacinių pokyčių valdymo prioritetus, padeda įgyti gebėjimus, sąlygas ir galimybes nustatyti organizacijų aplinkos tendencijas ir priemones, siekiant daryti poveikį aplinkai įvairiais administraciniais, politiniais, finansiniais ir juridiniais svertais, užtikrinant mišraus ir kompleksinio arba daugiakriterio vertinimo metodologijos teikiamas galimybes bei pokyčių valdymo stebėsenai vykdyti reikalingus aplinkos kompleksiškumo ir pokyčių aplinkos nestabilumo, kontrolės bei kitus pažangius veiksmus ir metodus (Raipa ir kt., 2012, 132–133). Pastaraisiais dešimtmečiais daugelyje pasaulio šalių dėmesio susilaukusi sveikatos priežiūros sistemos kaitos strategijos tendencija, t. y. orientacija į pacientą ir jo poreikius, tampa vis svarbesne sveikatos sistemos reformos tendencija ir Lietuvoje. Siekiant pateikti moksliniais tyrimais pagrįstas rekomendacijas dėl sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimo, labiau atsižvelgiama į paciento nuomonę apie jam teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, t. y. pats pacientas turi vertinti, ar sveikatos priežiūros sistema yra orientuota į jo poreikius. Pasaulio sveikatos organizacija vienu reikšmingu sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimo rodikliu pripažįsta paciento lūkesčių įgyvendinimą. J. Kairio nuomone, paciento lūkesčiai svarbūs ne tik kaip jo nuomonės išraiška, jų įgyvendinimas turi įtakos paciento pasitenkinimui sveikatos priežiūros paslaugomis, paslaugų vartojimui, gydymo režimo laikymuisi – taigi, ir gydymo rezultatams (Kairys, 2010, 322).

Sveikatos priežiūros kokybės bei paslaugų poreikio vertinimas sukelia daug diskusijų. Ross S. ir kt. teigia, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nulemia ne tik techninės įstaigų galimybės: teikiamų paslaugų įvairovė, medicinos technologijų lygis, medicinos įrangos galimybės, bet ir valdymo bei vadybos instrumentų taikymas organizuojant sveikatos priežiūrą, tinkamai informuojant visuomenę. Vienas svarbių vadybos rodiklių daugelyje šalių yra įstaigų administracijos gebėjimai įvertinti, kokie gyventojų poreikiai ir kaip pacientai vertina teikiamas paslaugas, medicinos personalo darbo kokybę (Ross ir kt., 2011, 9–10). Svarbus faktorius pacientų pasitenkinimui gerinti yra jo informavimas apie PASP teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, ligų prevencijos programas.

Pacientui, kaip paslaugos gavėjui, informacijos prieinamumas apie sveikatos priežiūros įstaigą, jos darbuotojus ir teikiamas paslaugas yra svarbus, nes tokia informacija skatina visuomenės narius optimaliai naudotis sveikatos priežiūros sektoriaus teikiamomis paslaugomis ir stiprina konkrečios gydymo įstaigos vaidmenį,

kartu užtikrindama pranašumą prieš kitas toje teritorijoje esančias gydymo įstaigas, t. y. didina įstaigos konkurencingumą (Ulianskienė ir kt., 2006, 56).

Kaip didžiausia problema pirmiausia iškeliami demografiniai pokyčiai visuomenėje – visuomenės senėjimo problema (Commission of the European Communities. White Paper. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008–2013, 630). Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integruoto teikimo poreikį sąlygoja besikeičianti demografinė ir epidemiologinė situacija Europoje, taip pat ir Lietuvoje. A. Juozulynas su bendraautoriais apibūdina integraciją kaip daugiamatę sąvoką, kuri taikoma struktūrinėms ir funkcinėms sveikatos paslaugų problemoms spręsti bei plėtros ekonominiam racionalumui ir efektyvumui įvertinti. Jų teigimu, įrodyta, kad integracija didina sveikatos priežiūros veiksmingumą ir kokybę. Sveikatos ir socialinės politikos veiksmingumas pasiekiamas integruojant sveikatos ir socialinės priežiūros funkcijas (Juozulynas ir kt., 2010, 47).

Pastaraisiais metais sveikatos sistemoje pradeda įsitvirtinti suvokimas, kad už sveikatos priežiūrą, jos kokybiškumo ir prieinamumo užtikrinimą būtina kolegiali atsakomybė. Šią atsakomybę turi pasidalinti sveikatos sistemos politikos formuotojai, jos įgyvendintojai ir šios sistemos paslaugų vartotojai. Tam rengiamos (planuojamos) strateginės kryptys neturi apsiriboti tik sveikatos apsaugos sistema. Sveikatos sistemos strategijos kūrimas turi apjungti ekonomikos, socialinės, švietimo ir sveikatos apsaugos sferas. Visi šie veiksniai skatina Lietuvos sveikatos sistemos tobulinimą, jos reformavimą, grindžiamą teisingumo ir efektyvumo vertybėmis.

Atvejo vadybos modelio samprata ir jos taikymo galimybės Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose

Literatūroje lietuvių ir anglų kalbomis randami įvairūs atvejo vadybos apibrėžimai. Atvejo vadyba – tai paslaugų teikimo būdas, užtikrinantis, kad sudėtingų problemų turintis klientas laiku ir tinkamai gautų visas reikiamas paslaugas. Teigiama, jog tai tam tikrų paslaugų tam tikriems klientams (rizikos grupei) nustatymo, koordinavimo ir stebėsenos sistema. Atvejo vadyba apibūdinama kaip logiškų, nuoseklių žingsnių ir sąveikos procesų paslaugų tinkle visuma, užtikrinanti, kad klientai gautų palaikančias efektyvias, atsiperkančias reikiamas paslaugas (Pivorienė, 2007, 68–75).

Šis metodas remiasi individualiu požiūriu į kiekvieną klientą. Atvejo vadybininko pareiga – suteikti klientams visą informaciją apie bendruomenėje teikiamas paslaugas ir jų pobūdį bei užtikrinti šių paslaugų prieinamumą. Be to, atvejo vadybininkas padeda apsispręsti, kurios paslaugos labiausiai atitinka kliento poreikius ir tikslus bei vėliau, bendradarbiaudamas su paslaugų teikėjais, stebi, kaip viena ar kita paslauga daro įtaką kliento gyvenimo kokybei bei reabilitacijai. Autorių nuomone, atvejo vadyba kaip reabilitacijos metodas dažniausiai taikoma klientams su chroniškomis problemomis ir ilga ligos istorija. Dažnai tai būna lemiama priemonė, siekiant grąžinti sunkios negalios žmones į bendruomenę bei padėti joje išsilaikyti.

Atvejo vadyba turi dvi pagrindines funkcijas – palaikyti ryšį su negalią turinčiais asmenimis ir užtikrinti, kad paslaugos jiems būtų pagrįstos kokybės standartais ir padėtų grįžti į visavertį gyvenimą (Innovative Models and Best Practices in Case Management and Support Coordination, 2008).

Patridge S. teigia, kad atvejo vadyba (angl. *case management*) yra ganėtinai sudėtingas procesas ir reikalauja specialaus pasiruošimo ir įgūdžių. Bendrąja prasme atvejo vadyba taikoma įvairiose srityse, apima daugelį disciplinų, tačiau didžiojoje mokslinių šaltinių dalyje yra nagrinėjama kaip psichikos sveikatos ir socialinio darbo taikymas praktikoje. Būtent iš šių sričių kildinama atvejo vadybos koncepcija (Patridge, 2004, 11).

JAV mokslininkai teigia, kad jų šalyje atvejo vadyba ilgainiui tapo ištobulinta intervencija, sprendžiant deinstitucionalizacijos ir decentralizacijos sukeltus paslaugų fragmentiškumo ir dalinio finansavimo sunkumus asmenims, kuriems reikalinga ilgalaikė parama ir medicininės bei socialinės paslaugos. Tai ilgas bendradarbiavimo procesas, reikalaujantis žmogiškųjų išteklių ir koordinavimo žinių (Exploring the Differences Between Adaptive Case Management and Business Process Management, 2011).

Atvejo vadyba – bendradarbiavimu grindžiamas procesas, kai naudodamasis komunikacija ir turimais ištekliais atvejo vadybininkas, orientuodamasis į individualių poreikių patenkinimą, įvertina kliento galimybes, galimus pasirinkimus bei paslaugas, kurias vėliau planuoja, koordinuoja jų suteikimą, siekia kokybiškų ir ekonomiškai efektyvių rezultatų (Standards of Practice for Case Management Revised, 2010).

Tobulinant viešųjų organizacijų pasirengimą valdyti pokyčius, daugiausia dėmesio viešojo sektoriaus institucijų veikloje kreipiama į naujų organizacinių tikslų ir naujų strateginių veiklos uždavinių apibrėžimą, naujų sprendimų rengimą ir įgyvendinimo modelių, metodų ir procedūrų taikymą organizacijų veikloje (Raipa ir kt., 2016, 95). VšĮ Centro poliklinikoje pastaraisiais metais atliktas tyrimas parodė, kad dėl įstaigoje dirbančių koordinatorių veiklos padaugėjo prevencinėse programose dalyvaujančių pacientų. Daugiau pacientų atvyksta vizito pas gydytoją po greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) iškvietimo, ir tai užtikrina sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumą, gerina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą.

Pagrindinės VšĮ Centro poliklinikos koordinatoriaus (atvejo vadybininko) funkcijos yra telefonu ar kitomis ryšio priemonėmis suteikti pacientams kvalifikuotą informaciją apie sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamas paslaugas, vykdomas prevencines programas, informuoti apie privalomąjį sveikatos draudimą, registruoti pacientus, pakviesti juos apsilankyti poliklinikoje po GMP iškvietimo, tikrinti ir pildyti paciento duomenis informacinėje sistemoje. Kiekvienu atskiru atveju šioms paslaugoms įgyvendinti reikia bendradarbiavimo, kruopštaus planavimo, administracinės paramos, laiko ir pastangų (Marchetti ir kt., 2013). Šiuo metu toks bendradarbiavimas vyksta tik „į vieną pusę“, t. y. koordinatorius pildo ir siunčia gydytojams ataskaitas apie pacientų srautus, registruoja pacientus vizitui. Gydytojai gauna informaciją, bet dažnai net nežino, kas ją teikia.

Kadangi atvejo vadybos modelio integravimas į PSP yra naujovė, koordinatoriaus funkcijos pildomos palaipsniui, įsitikinus esamų veiksmingumu. Naują atvejo vadybos etapą galima pradėti tik tinkamai suprojektavus modelį, o tam reikia nustatyti jo ypatumus. VšĮ Centro poliklinikos atvejo vadybos modelis nėra tradicinis, nes neturi itin glaudaus, nenutrūkstamo ryšio su pacientu. Kad galėtume išsirinkti / sukurti atvejo vadybos modelį, kuris atitiktų ir pateisintų atskirų socialinių grupių lūkesčius ir didintų poliklinikos veiklos efektyvumą, apžvelgti pagrindiniai suinteresuotų socialinių grupių lūkesčiai (1 lentelė).

1 lentelė. **Socialinių grupių lūkesčiai**

Socialinė grupė	Ko tikisi	Kas turėtų keistis
Pacientai	Mažėtų eilės, gerėtų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas	Gydytojai savo darbo laiką skirtų gydymo reikmėms, todėl galėtų priimti daugiau pacientų.
	Gydytojai išklausytų pacientą.	Gydytojo ir slaugytojo komandoje dirbantis atvejo vadybininkas išklausytų pacientą, padėtų pasirinkti paslaugą, stebėtų rezultatą.
	Nereikėtų „tuščiai“ eiti pas šeimos gydytoją.	Atvejo vadybininkas išrašytų siuntimus, pratęstų receptus ir kt. be būtino paciento atvykimo į polikliniką.
	Jaustų medikų dėmesį ir rūpestį.	Atvejo vadybininkas koordinuotų lėtinių ligų gydymo ir reabilitacijos eigą.
Gydytojai ir slaugytojai	Mažiau laiko sugaištų dokumentams pildyti, rašyti.	Gydytojai savo darbo laiką skirtų pacientų apžiūrai ir gydymui, o dokumentų pildymą perduotų kitam komados asmeniui – atvejo vadybininkui.
	Nereikėtų gaišti laiko informavimui apie prevencines programas.	Apie prevencines programas informuotų atvejo vadybininkas.
	Nereikėtų skambinti pacientams.	Skambučius perimtų atvejo vadybininkas.
Administracija	Patenkinti pacientai.	Mažėtų eilės patekti pas šeimos gydytoją, tiek pas gydytoją specialistą.
	Greičiau išaiškinama liga, dėl to efektyvesnis gydymo procesas.	Pacientai žino informaciją apie nemokamas prevencines programas ir jomis pasirinktinai naudojasi, mažėja skubių iškvietimų ir hospitalizacijos.
	Patenkinti gydytojai ir slaugytojai.	Sumažėja gydytojo ir slaugytojo darbo krūvis, jie vykdo tiesiogines savo funkcijas
	Daugiau prisirašiusių pacientų.	Pacientai, sužinoję apie Centro poliklinikoje teikiamas paslaugas, nori gydytis šioje įstaigoje.
	Didesnės poliklinikos pajamos.	Prisirašę ir gaunantys paslaugas pacientai atneša poliklinikai lėšas.

Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis VšĮ Centro poliklinikos duomenimis 2012–2016 m.

Įvertinus aukščiau išvardintas aplinkybes ir sąlygas, galima teigti, kad papildžius esamas atvejo vadybininko funkcijas, kurios leistų sumažinti gydytojo ir slaugytojo tiesiogiai su gydymu nesusijusį darbo krūvį, gerėtų teikiamų paslaugų kokybė ir prieinamumas. Bendradarbiaudamas su PASP komanda, atvejo vadybininkas galėtų koordinuoti lėtinėmis ligomis sergančių pacientų gydymą bei reabilitaciją, padėtų jiems apsispręsti ir pasirinkti reikiamas paslaugas. Šio papildyto modelio įgyvendinimas padėtų geriau tenkinti dėl visuomenės senėjimo didėjančius gyventojų sveikatos poreikius.

Kad esamas modelis veiktų efektyviau, būtų tikslinga jį papildyti dviem likusiomis brokerio modelio funkcijomis – stebėsena ir advokatavimu, integruoti koordinatorių į šeimos gydytojo bei slaugytojo komandą bei mažinti aptarnaujamų pacientų skaičių, kad kontaktas su jais būtų daugkartinis. Koordinatorius (atvejo vadybininkas) turėtų būti geras psichologas, įgyti pacientų pasitikėjimą, būti jautrus jų poreikiams, gerbti orumą. Jis turėtų stebėti ir koordinuoti pacientų gydymo ir reabilitacijos eigą, tokiu būdu padidinant tikimybę, kad pacientai tinkamu laiku ir tinkama tvarka gaus jiems priklausančias reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas, o didėjant pacientų pasitenkinimui, šeimos gydytojai ir slaugytojai, tikėtina, galėtų optimizuoti vizito laiką. Esamo ir siūlomo Centro poliklinikos atvejo vadybos modelių požymiai pateikiami 2 lentelėje.

2 lentelė. **Centro poliklinikos atvejo vadybos pirminės sveikatos priežiūros modelis**

Esamas Centro poliklinikos atvejo vadybos modelis	Siūlomas papildytas Centro poliklinikos atvejo vadybos modelis
Asistentams neprivaloma turėti medicininį išsilavinimą.	Asistentams neprivaloma turėti medicininį išsilavinimą.
Asistentai susieja su šeimos gydytoju ir slaugytoju, kt. gydytojais, sveikatos draudimo žinybomis.	Asistentas yra jungiamoji grandis tarp paciento ir šeimos gydytojo bei slaugytojo komandos, susieja pacientą su sveikatos draudimo žinybomis.
Vienkartinis bendravimas tik telefonu ar el. paštu.	Pastovaus ryšio su pacientu palaikymas, bendraujant su juo tiesiogiai, telefonu ar el. paštu.
Siūlo pasitikrinti pagal prevencinę programą, užsiregistruoti pas gydytoją.	Siūlo pasitikrinti pagal prevencinę programą, užsiregistruoti pas gydytoją, koordinuoja sergančiųjų lėtinėmis ligomis ilgalaikės paramos ir paslaugų poreikių tenkinimą.
Pacientų skaičius neribotas.	Aptarnaujamų pacientų skaičius ribotas. Asistentas žino jų poreikius, koordinuoja tolesnę gydymo ir reabilitacijos eigą.

Šaltinis: sudaryta autorių.

Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 m. metmenyse priimtos nuostatos leidžia įstaigoms kurti ir išbandyti PASP veiklos integracijos atvejo vadybos modelį

tikslu pagerinti pirminės sveikatos priežiūros vadybą (Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas Nr. 73-3498). Tai turėtų tapti vienu iš svarbiausių ASPĮ tikslų ir leistų toliau plėtoti atvejo vadybos modelį, integruojant jį į šeimos gydytojo ir slaugytojo komandą.

Išvados

1. XXI a. pradžioje viešojo valdymo evoliucija siejama su pokyčiais, valdymo modernizavimo inovacinėmis priemonėmis, reikalauja pagrįsti valdymo procesų kaitos priežastis, suprasti pokyčių proceso struktūrą ir gebėti prognozuoti tolesnes valdymo kaitos tendencijas. Pokyčių valdymas viešajame sektoriuje kaip daugialygis, daugiaplanis reiškinys skatina pokyčių procese institucionalizuoti naujausias valdymo strategijų, sprendimų rengimo ir įgyvendinimo inovacines formas, metodus ir procedūras, realizuoti viešojo sektoriaus procesinius-sisteminius pokyčius ir sveikatos apsaugos sistemos posistemėje – pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose institucijose.
2. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nulemia ne tik ištekliai, techninės įstaigų galimybės (teikiamų paslaugų įvairovė, medicinos technologijų lygis, medicinos įrangos galimybės), bet ir lankstus šiuolaikinės vadybos principų pritaikymas sveikatos priežiūros įstaigų darbo organizavime, t. y. sveikatos apsaugos sistemos, pirminės asmens sveikatos priežiūros institucijų administracijos padalinių vadovų ir darbuotojų gebėjimai vertinant teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, strategiškai planuojant jų tobulinimo instrumentų kryptis.
3. Atvejo vadyba taikoma įvairiose srityse, todėl jos taikymo modeliai pasižymi didele įvairove. Atvejo vadybos modelio taikymas priklauso nuo įstaigos veiklos ypatumų, o jo efektyvumą lemia daugelis veiksnių. VšĮ Centro poliklinikoje įdiegtas atvejo vadybos modelis yra unikalus, nes suprojektuotas remiantis dviejų modelių savybėmis – pirminės sveikatos priežiūros modeliu ir brokerio modeliu. Sveikatos priežiūros modelis skirtas sveikatos priežiūros paslaugų paklausai didinti, prevencinei veiklai gydytojų kabinetuose plėtoti ir paslaugų prieinamumo kliūtims mažinti.

Literatūra

1. Bason, Ch. *Leading Public Sector Innovation. Co-Creating for a Better Society.* Chicago: Policy Press, 2014.
2. Bland, T.; Bruk, B.; Kim, D.; Tailor, L. Enhansicing Public Sector Innovation: Examining the Network – Innovation Relationship. *The Innovation Journal* 15(3) (2010): 1–18.
3. Buivydas, R. Lietuvos sveikatos sistema. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. Vilnius (2010): 143–145.
4. Carter, R.; Lonial, S.; Raju, P. Impact of Quality Management on Hospital Performance: an Empirical Examination. QMJ. 14(4) (2010): 8–24.
5. Commission of the European Communities. White Paper. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008–2013. COM(2007) 630 final. Brussels.
6. Damanpour, F.; Aravind, D. Managerial Innovation: Conceptions, Processes and Antecedentes. *Management and Organization Review* 8(2) (2012): 423–454.
7. Europos komisija. 2020 m. Europa. Pažangaus, tvaraus ir integracinio augimo strategija. Komisijos Komunikatas. Briuselis. 2010.
8. Exploring the Differences Between Adaptive Case Management and Business Process Management. Open Source, BPM 2011. Prieiga per internetą: http://www.processmakerblog.com/acm/exploring-the-differences-between-adaptive-case-management-acm-and-business-process-management-bpm/.
9. Greve, C.; Hodge, G. The New Public Governace? In St. Osborne (ed.). *The New Public Governance*. London: Routledge, 2010: 149–162.
10. Innovative Models and Best Practices in Case Management and Support Coordination. 2008. Prieiga per internetą: http://ici.umn.edu/products/prb/191/.
11. Įvadas į viešąjį valdymą. Ats. red. A. Raipa. Kaunas: Technologija. 2010: 148–150.
12. Jankauskienė, D. Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. Vilnius: 2010.
13. Juozulynas, A.; Jurgelėnas, A.; Filipavičiūtė, R. ir kt. Gyvenimo kokybės prognozavimo galimybė senstančioje visuomenėje. Gerontologija 11(3) (2010): 47.
14. Kairys, J.; Žėbienė, E.; Rutkys, B. A.; Zokas, I. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose. Medicina (40)2 (2004): 178–191.
15. Kairys, J. Sveikatos priežiūros paslaugos Lietuvoje gyventojų ir medikų akimis. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. Vilnius: 2010.
16. Kalvet, T.; Lember, V. Risk Management in Public Procurement for Innovation: the Case of Nordic – Baltic Sea Cities. *Innovation*: *The European Journal of Social Science Research* 23(3) (2010): 241–262.
17. Kosinskienė, A.; Ruževičius, J. Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui. Visuomenės sveikata 1(52) (2011): 13–29.
18. Kosinskienė, A.; Ruževičius, J. Sveikatos priežiūros kokybės valdymas ligoninėje. Medicinos teorija ir praktika 17(1) (2011): 23–36.
19. Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo" Nr. XI-1430. „Valstybės žinios", 2011-06-16, Nr. 73-3498.

20. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2004-09-28, Nr. 144-5268.
21. Marchetti, P.; Voltz, R.; Rubio, C.; Mayeur, D.; Kopf, A. Provision of Palliative Care and Pain Management Services for Oncology Patients. 2013. Prieiga per internetą: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2254564/.
22. Melian-Gonzalez, A.; Batista-Canino, M.; Sanches-Medina, A. Identifying and Accessing Valuable Resources and Core Capabilities in Public Organizations. *International Review of Administrative Sciences* 78(1) (2010): 98–118.
23. Osborne, St.; Brown, L. Innovation, Public Policy and Public Services Delinery in the Uk. The Word that Would be King? *Public Administration Review* 65(6) (2011): 1335–1350.
24. Osborne, St. *The New Public Governance.* London: Routledge, 2010.
25. Patridge S. Examining Case Management Models for Community Sentences – Home Office Online Report (17)4 (2004): 11.
26. Pivorienė P. Atvejo vadyba socialinio darbo metodikoje. Socialinis darbas 6(1) (2007): 68–75.
27. Raipa, A. Šiuolaikinio viešojo valdymo pokyčių kryptys ir tendencijos. Viešoji politika ir administravimas 30 (2009): 22–32.
28. Raipa, A. Metodologiniai viešojo valdymo demokratizavimo aspektai. Viešoji politika ir administravimas 32 (2010): 7–18.
29. Raipa, A. ir kt. Modernus viešasis valdymas. Kaunas: Vitae Litera, 2012.
30. Raipa, A.; Smalskys, V.; Giedraitytė, V.; Nefas, S. Šiuolaikinio viešojo administravimo pagrindai. Vilnius: VšĮ Registrų centras, 2016.
31. Robins, G.; Bates, I.; Pattison, P. Network Governance and Environmental Management: Conflict and Cooperation. *Public Administration* 89(4) (2011): 1293–1313.
32. Ross, S.; Curry, N.; Goodwin, N. *Case Management What It Is and How It Can Best Be Implemented*. The Kings Fund. 2011, 9–10.
33. Ruževičius, J.; Bubnienė, D. Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai. Verslo ir teisės aktualijos 5 (2010): 22–40.
34. Ruževičius, J. Kokybės vadybos metodai ir modeliai. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla (2007): 257–289.
35. Standards of Practice for Case Management, Revised 2010. Prieiga per internetą: http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/StandardsOfPractice.pdf.
36. Svara, J. Advancing Facilitative Leadership in Practice. In *Facilitatine Leader in City Hall*. New York: CRC Press, 2009.
37. Texas Department of State Health Services Texas HIV Case Management Project, 13-13144 (2009): 6–18.
38. Ulianskienė, R.; Vitkūnienė, O.; Hitaitė, L. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. – Vilnius: VĮ Seimo leidykla „Valstybės žinios“. (2006): 56.
39. Wall, A. *Public – Private Partnerships in the USA.* New York: Tailor and Francis, 2013.

Applying of the Case Management Model in the Personal Health Care Institutions in the Context of the New Public Governance

Alvydas Raipa, Daiva Čepuraitė

Abstract

Analyzing the evolution of modern public management decomposing stage, it can be stated that the global change management presuppose the modernization reform is not easily identified on the organization‘s internal and external activities of diversity factors. The management of change, modernization reforms innovative nature, as a procedural phenomenon has a certain vector is limited to certain actions amplitude that exist more organizations in the internal environment. Such as internal change management capability modeling factors in addressing the twenty-first century public sector change modeling issues permits at least partial plan strategic change management cycles, anticipate potential risks, identification of internal conflicts and innovative provisions in organizations. Health care quality is determined not only resources, technical institutions access (provided a variety of services, level of medical technology, medical equipment capability), and flexible modern management principles can be applied in the health care work management.Vilnius Centro Outptient Clinic introduced a case management model that is unique because it is designed based on the characteristics of the two models - the primary health care model and the agent model. Health care model for the health service demand increase, preventive activities of doctors‘ offices to develop and service access barriers reduction.

Alvydas Raipa, Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Viešojo administravimo instituto profesorius.
El. paštas: alvydas.raipa@mruni.eu

Alvydas Raipa, Doctor of Social Sciences, Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, Department of Public Administration, Professor.
E-mail: alvydas.raipa@mruni.eu

Daiva Čepuraitė, Mykolo Romerio univesriteto Politikos ir vadybos fakulteto Viešojo administravimo instituto doktorantė.
El. paštas: daiva.cepuraite@gmail.com

Daiva Čepuraitė, phD student of Social Sciences, Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, Department of Public Administration.
E-mail: daiva.cepuraite@gmail.com

Straipsnis įteiktas 2016 m. kovo–rugsėjo mėn., recenzuotas, parengtas spaudai 2016 m. gruodžio mėn.