

DARBO GRUPIŲ VIETA SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS ORGANIZACINĖJE STRUKTŪROJE

Birutė Mikulskienė, Birutė Pitrenaitė

Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto,
Vadybos katedra
Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius, Lietuva
Telefonas (+370 5) 2 74 0637

Elektroninis paštas: birute.mikulskiene@mruni.eu, birute.pitrenaite@mruni.eu

Danguolė Jankauskienė

Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto,
Politikos mokslų katedra
Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius, Lietuva
Telefonas (+370 5) 274 0635

Elektroninis paštas: djank@mruni.eu

Santrauka

*Straipsnis nagrinėja Sveikatos apsaugos ministerijoje buriamų darbo grupių, kaip horizonta-
lios organizacinės struktūros, veikimo praktiką, siekiant nustatyti kokia apimtimi suinteresuotosios
pusės yra įtraukiamos į politikos formavimą. Tyrimas apėmė darbo grupių dinamiką, pasirenkant
dvejų kalendorinių metų laikotarpį (2007 m. ir 2010 m.). Tyrimo metu buvo taikoma mišri meto-
dų derinimo metodologija, kai kokybinis tyrimas derinamas su kiekybiniu tyrimu. Darbo grupių
dalyvių sudėties analizei atlikti buvo pasitelktas statistinės analizės bei socialinių tinklų analizės
metodai, tinklo mazgais laikant oficialiose darbo grupėse dalyvavusiuosius narius. Siekiant iširti
darbo grupių būrimo tikslus, paskirtį ir pridėjamąją vertę politikos formavimui buvo atliki pusiau
struktūrizuoti interviu su valstybės tarnybos atstovais.*

*Buvo nustatyta, kad išoriniai suinteresuotieji yra įtraukiami į darbo grupes Sveikatos apsau-
gos ministerijoje, tačiau jiems suteikiama periferinė vieta tinklo struktūroje, tuo tarpu dominuoja
valstybės tarnybos atstovai. Taip pat nustatyti darbo grupių, kaip organizacinės struktūros veiki-
mo tikslai, kuriuos respondantai įvardijo kaip: konsultacijos, problemų sprendimas, kompromiso
ieškojimas, įrodymų ir pagrindimų ieškojimas, informacijos skaida, politinės atsakomybės pasida-
linimas ir vietą organizacinėje struktūroje.*

Reikšminiai žodžiai: Sveikatos politika, Sveikatos apsaugos ministerija, darbo grupė, inte-
resų raiška.

Įvadas

Politikos formavimas demokratinėje visuomenėje yra sudėtingas ir daugiamatis
uždavinys, kai be išpareigojimo suderinti skirtingus, kartais net priešingus interesus,
būtina atsižvelgti į naujausius mokslinių tyrimų siūlomus alternatyvius sprendimus bei
numatyti būsimų sprendimų poveikį visuomenei trumpuoju bei ilguoju laikotarpiu.
Kadangi politikams tenka veikti labai neapibrėžtomis aplinkybėmis, politikus palaikan-

tis ir suteikiantis politikos tęstinumo pagrindus biurokratinis viešojo administravimo aparatas stengiasi sukurti tokias organizacines struktūras, kurios amortizuotų tam tikrus galimus situacijos neapibrėžtumus ir garantuotų viešą ir legalią prieigą interesams pasireikšti. Taigi viešojo valdymo organizacinė struktūra (Vyriausybė, atskirus politikos sektorius koordinuojančios ministerijos bei kitos įstaigos, kaip agentūros, kurioms pavesta konkreti funkcija finansuoti, patarti ar kontroliuoti) tobulinama tomis kryptimis, kurios atlieptų demokratinės politikos formavimo principus: didesnio dalyvavimo, viešojo intereso pirmumo, procedūrų skaidrumo, profesionalumo¹. Be vertikalios hierarchinės organizacinės struktūros, kuri yra gan aiškiai teisiškai reglamentuota, viešojo administravimo institucijos, tokios kaip Vyriausybė ar jos vardu veikianti Sveikatos apsaugos ministerija, savo funkcijas vykdo naudodama ir horizontalias organizacines priemones. Tokiomis priemonėmis galime nesunkiai įvardinti darbo grupes, buriamas visose ministerijose, tame tarpe ir Sveikatos apsaugos ministerijoje. Suprantama, kad tokių horizontalių priemonių veikimo trumpalaikiškumas ir tam tikras organizacinis neapibrėžtumas nulemia ir priemonių poveikį sprendimų priėmimui. Jei apie viešojo administravimo organizacines struktūras yra gausu mokslinių tyrimų², tai apie horizontalias struktūras ir jų sąveiką su hierarchine struktūra tyrimų yra gerokai mažiau³. Tad kaip veikia tokios horizontalios valdymo priemonės, kas jose dalyvauja, ar darbo grupės yra tinkamos realizuoti suinteresuotųjų dalyvavimo politikos procesuose poreikį tyrimų pasigendama.

Tyrimo tikslas yra ištirti Sveikatos apsaugos ministerijoje buriamų darbo grupių veikimo praktiką, siekiant nustatyti kokia apimtimi suinteresuotosios pusės yra įtraukiamos į politikos formavimą.

Tyrimo uždaviniai: ištirti darbo grupių dinamiką, pasirenkant dviejų kalendorinių metų laikotarpį, nustatyti, kokia apimtimi išoriniai suinteresuotieji yra įtraukiami į darbo grupes Sveikatos apsaugos ministerijoje, šių rezultatų pagrindu nustatyti darbo grupių, kaip organizacinės struktūros veikimo tikslus ir vietą organizaciniame struktūroje.

Tyrimo metu buvo taikoma mišri metodų derinimo metodologija, kai kokybinis tyrimas derinamas su kiekybiniu tyrimu. Darbo grupių dalyvių sudėties analizei atlikti buvo pasitelktas statistinės analizės bei socialinių tinklų analizės metodai, tinklo mazgais laikant oficialiose darbo grupėse dalyvavusiuosius narius. Siekiant ištirti darbo grupių būrimo tikslus, paskirtį ir pridėjamąją vertę politikos formavimui buvo atlikti pusiau struktūrizuoti interviu su valstybės tarnybos atstovais.

-
- 1 Hailton M. R., 2007. Democracy and Public Service, p. 3–20. In Box R. C. (ed.), 2007. Democracy and Public administration. M. E. Sharpe, Inc., 228 p.
 - 2 Johnston J. 2001. Public Administration: Organizational Aspects. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, p. 12507–12512.
 - 3 Grafton J., Abernethy M.A., Lillis A.M. 2011. Organisational design choices in response to public sector reforms: A case study of mandated hospital networks. Management Accounting Research, Volume 22, Issue 4, December 2011, p. 242–268.

1. Sveikatos apsaugos ministerijos vaidmuo ir funkcijos, formuojant sveikatos politiką

Tam, kad valstybė sukurtų ir tobulintų efektyviai veikiančią sveikatos sistemą, kuri būtų rezultatyvi, subalansuota, o valstybės investicijos atneštų piliečiams apčiuopiamą naudą, būtinas adekvatus tokios sistemos administravimas ir valdymas⁴. Šis valdymas gali būti tiek centralizuotas ir realizuojamas ministerijose, tiek ir decentralizuotas, realizuojamas tokias funkcijas vykdančiose agentūrose. Dažniausiai ministerijoms yra pavedama kurti politikos įgyvendinimui reikalingus teisės aktus vyriausybės vardu, kartais ir parlamento pavedimu. Pats teisinės bazės kūrimo procesas yra sudėtingas ir daugiapakopis procesas, kai teisės aktų kūrimo procese bendradarbiaujama su kitomis ministerijomis, vyriausybe, kitomis vyriausybės institucijomis ir ministerijai pavaldžiomis institucijomis. Šiame procese nepamiršamas ir suinteresuotųjų bei visuomenės įtraukimo į politikos kūrimo procesus aspektas.

Aptariant Sveikatos apsaugos ministerijos funkcijas, galima išskirti dvi pagrindines bet kuriai ministerijai bendras funkcijų grupes⁵:

Struktūrinės funkcijos (tai ilgalaikė struktūrinė perspektyva, ribojama organizacinės struktūros ir išteklių).

Dinaminės politinės funkcijos. Šios funkcijos yra orientuotos situacijos nulemtus politinius tikslus.

Struktūrinės funkcijos lemia tokį politikos formavimo realizavimą, kuris pirmiausiai susijęs su valdomais ištekliais ir atsakomybe dėl jų naudojimo. Šis veikimas pasireiškia valstybės interesų, tikslų ir prioritetų nustatymu ir įgyvendinimu. Dinaminės politinės funkcijos įpareigoja ministerijos struktūras atspindėti vyriausybės politinius tikslus ir tam skiriamus resursus panaudoti būtent politinių tikslų įgyvendinimui. Šiuo atveju funkcija yra suprantama ne tiek kaip operatyvinė priemonė siekti strateginių tikslų, mažinant konfliktus, kiek politiką reprezentuojanti priemonė, politiniams įsipareigojimams realizuoti ieškant sąjungininkų ar rėmėjų.

Konkretinant Sveikatos apsaugos ministerijos kaip viešojo valdymo funkcijas vykdančios Sveikatos apsaugos politiką įgyvendinančios institucijos valdymo funkcijas, galima apibrėžti tokios organizacijos bendrąsias funkcijas⁶:

Strateginis valdymas – Nustatyti sveikatos priežiūros viziją ir rengti strategijas bei formuluoti politikos nuostatas siekiant geresnių sveikatos rodiklių;

Tarpsektorinis bendradarbiavimas – Siekti tarpsektorinio bendradarbiavimo diegiant kompleksinį požiūrį į visuomenės sveikatą;

Atskaitomybė – Užtikrinti gerojo valdymo praktiką, kuris siekia sveikatos sistemos tikslų;

4 Jankauskienė D. 2010. Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai. Černiauskas (red.). 2010. Lietuvos sveikatos sektoriaus amžių santūroje, p. 104-142.

5 Mätzke M. 2010. The Organization of Health Policy Functions in the German Federal Government. *Social Policy & Administration*, 44, p. 120-141. doi: 10.1111/j.1467-9515.2009.00704.x.

6 Veillard J.H, Brown A.D, Bariş E, Permanand G., Klazinga N.S. 2011. Health system stewardship of National Health Ministries in the WHO European region: concepts, functions and assessment framework. *Health Policy*, 103(2-3), p. 191-199.

Dėmesys sistemos modeliui – Sukurti darnią ir suderintą sveikatos sistema, kuri gebėtų siekti geresnės sveikatos tikslų;

Reguliavimas – Vadovautis teisine baze, derinti reguliavimo ir politikos priemones, siekiant sveikatos sistemos veiklos produktyvumo;

Žinių valdymas – Rinkti ir platinti su sveikatos tyrimais susijusią informaciją, ieškoti įrodymų ir jais remtis priimant sprendimus.

Pasaulio sveikatos organizacija pripažįsta šį valdymo elementų sąrašą, kaip būtiną prielaidą siekiant sveikatos sistemos tikslų: orientacija į sveikatos sistemos bendruosius tikslus (didinti sveikatos sistemos potencialą ir teisumą), atsakomybė ir orientaciją į paciento specifinius poreikius, finansinė pacientų apsauga, sistemos efektyvumo didinimas ir kiti⁷.

Sveikatos apsaugos ministerijų dominavimas (turint omenyje biurokratinę organizacinę struktūrą) vyriausybės lygiu formuojant sveikatos politikos turinį ir prisiimant pagrindinę politinę atsakomybę yra paplitęs reiškinys Europos Sąjungoje, tiesa, dominavimo lygis kinta gan plačiose ribose, pvz. Anglijoje (UK) dominavimas ir atsakomybės centralizavimas gerokai ryškesnis, tuo tarpu Danijoje atvirkščiai, ryškesnė yra decentralizacija⁸. Vertinant tokią situaciją galime literatūroje atsekti kelis požiūrius į didesnę ministerijų kontrolę: vieni sako, kad toks dominavimas veda į netinkamą mikro-valdymą, blokuoja efektyvesnę krizių valdymą, atsiranda daugiau erdvės formuoti ideologiniams sprendimams, ir sudėtingiau realizuoti įrodymais grįstus sprendimus, atsiranda didesni barjerai inovacijų plėtrai, atsiranda pernelyg neproporcinga politinio konsultavimo galimybė. Kiti autoriai atvirkščiai, tokiam dominavime įžvelgia daugiau teigiamų pusių nei neigiamų⁹. Teigiama, kad didesnė ministerijų kontrolė užtikrina didesnę atsakomybės laipsnį, bei garantuoja, kad tokia atsakomybė gali būti nustatyta. Decentralizacijos įgyvendinimui dažnai trūkta tiek empirinių įrodymų, tiek ir teorinių pagrindimo kriterijų, o pati decentralizacijos idėja pateikiama nekonkrečiai ir labiau, kaip geresnis sprendimas tiesiog dėl savo naujumo. Kaip bebūtų, visgi įtampa tarp politinio, viešojo administravimo, vadybinio bei teisinio ar net medicininio profesinio požiūrio nelengva išvengti. O jei dar prisiminsime ir verslo gamybos sektorių bei sveikatos paslaugų sektorių, kurie taip pat turi aiškų interesą politikos formavime, situacija tampa komplikuoja. Klausimas, kaip tolygiai paskirstyti viešojo administravimo atsakomybę, išsaugant autonomiją, lemiančias aukštesnius veiklos rezultatus¹⁰ ir tuo pačiu realizuoti demokratinį suinteresuotųjų dalyvavimą politikos formavimo procesuose išlieka nuolat aktualus ir palaikomas stipraus išorinio spaudimo. Pvz. Europos Sąjungos šalių patirtis rodo, kad sveikatos apsaugos ministerijos dažniausiai patiria tiesioginį

7 WHO. The World Health Report 2000: improving health system performance, Geneva, 2000.

8 Ettelt S., Mays N., Chevreur K., Nikolentzos A., Thomson S. and Nolte E. 2010. Involvement of Ministries of Health in Health Service Coverage Decisions: Is England an Aberrant Case? *Social Policy & Administration*, 44, p. 225–243. doi: 10.1111/j.1467-9515.2010.00710.x.

9 Ettelt S., Mays N., Chevreur K., Nikolentzos A., Thomson S. and Nolte E. 2010. Involvement of Ministries of Health in Health Service Coverage Decisions: Is England an Aberrant Case? *Social Policy & Administration*, 44, p. 225–243. doi: 10.1111/j.1467-9515.2010.00710.x.

10 Verhoest, K., Peters, B. G., Bouckaert, G., & Verschueren, B. (2004). The study of organisational autonomy: A conceptual review. *Public Administration and Development*, 24, p. 101–118.

visuomenės ir spaudos spaudimą net ir tais atvejais, kai konkreti funkcija yra deleguota kitoms tos pačios sistemos organizacijai. Toks reiškinys jau yra įgavęs savo pavadinimą „kaltinimų bumerangas (angl. „*blame boomerang*“)¹¹. Tad Sveikatos apsaugos ministerijos jaučia nuolatinį ir augantį spaudimą veikti viešai ir įtraukiant platesnį visuomenės ratą į sprendimų parengimo etapus. Bendradarbiavimas su suinteresuotaisiais ruošiant sprendimus yra įprasta ministerijų veikla, o darbas su suinteresuotaisiais tampa dalyvavimu grįstos demokratijos garantas. Suprantama, kad ministerijų organizacinei struktūrai kyla papildomų iššūkių, siekiant sukurti tinkamas bendravimo su suinteresuotaisiais infrastruktūrą, kuri bendradarbiavimą politikos formavime paverstų į rezultatus orientuotą procesą. Ir tokia infrastruktūra galėtų būti darbo grupės, kurios formuojamos konkrečioms politikos klausimams aptarti ar spręsti, o į jų veiklą įtraukiami ne tik Sveikatos apsaugos ministeriją reprezentuojantys dalyviai.

2. Darbo grupių būrimo tikslai ir veikimo principai

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, aprašydamas Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemą 6 straipsnyje nurodo, kad visuomenės dalyvavimas bei tarpžinybinis sveikatinimo veiklos koordinavimas be kitų pagrindų, sudaro sveikatos sistemos pagrindus. Ši įstatymo nuostata, įpareigojanti viešojo administravimo institucijas veikti drauge su visuomene bei ieškoti dalykinių kontaktų tarporganizaciniame lygyje, gali būti realizuojama formuojant sprendimų priėmimo darbo grupes. Detaliau darbo grupių veikla nėra teisiškai reguliuojama. Tik Ministro pirmininko sudaromų darbo grupių veikimo principai yra aprašyti Vyriausybės darbo reglamente ir numato balsavimo, pirmininko skyrimo, techninio aprūpinimo klausimus. Tuo tarpu ministerijos buriamų darbo grupių, kaip organizacinės struktūros, veikla smulkiau nereglamentuota, o tai galėtų reikšti, kad ši veikimo forma palikta hierarchinės struktūros savivaldai.

Kadangi darbo grupės yra organizacinės viešojo valdymo sistemos dalis, pirmiausia šios grupės turi padėti organizacijai siekti bendrųjų organizacijos, tai yra Sveikatos apsaugos ministerijos tikslų ir prisidėti vykdant pagrindines funkcijas. Apibendrinant, galime teigti, kad grupės gali būti buriamos dėl kelių priežasčių: vidinių – jos veikia kaip vidinės nehierarchinės (horizontalios) komunikacijos priemonė, išorinės – jos veikia kaip tarporganizacinės komunikacijos priemonė arba bendradarbiavimo su suinteresuotomis priemonėmis būdas. Kaip tik pastaroji priežastis gali padėti realizuoti didesnio ir aktyvesnio interesų ir visuomenės dalyvavimo politikos formavimo procesuose funkciją, kai į darbo grupes kviečiami konkrečiu sprendimu suinteresuotieji, tame tarpe ir išreiškiantys viešąjį interesą.

3. Empirinio tyrimo metodika

Empirinis tyrimas buvo atliktas Sveikatos apsaugos ministerijoje (toliau – Ministerija). Tyrimas apima darbo grupes, kurios buvo sudarytos ministro įsakymu ir veikė 2007 m. ir 2010 m. kalendoriniais veiklos metais. Šie tyrimo laikotarpiai buvo pasirinkti

11 Verhoest, K., Peters, B. G., Bouckaert, G., & Verschueren, B. (2004). The study of organisational autonomy: A conceptual review. *Public Administration and Development*, 24, p. 101–118.

ti tikslingai, nes tai yra konkrečios vyriausybės kadencijos vidurys, kai ministrų kabinetas veikia stabiliausiai. Tad tyrimui pasirinkus dviejų skirtingų Vyriausybių kadencijų vidurį, atsiranda galimybė palyginti teisiškai nereglamentuojamas, bet natūraliai besiformuojančias organizacines valdymo priemonių praktikas.

Tyrimas atliktas taikant mišriąją metodų derinimo metodologiją¹², derinant kokybinių ir kiekybinių tyrimų metodus, kai kiekybinių tyrimų metodu pasirinkta socialinių tinklų analizė¹³, o kokybiniu tyrimo metodu – pusiau struktūrizuotas interviu.

Socialinių tinklų teorija gan naujas metodas medicinos sociologijoje, tačiau plačiau jo taikymo galimybių ribų dėka metodu imame vis dažniau naudotis aiškinant socialines struktūras. Organizacijų elgsenos studijose, tinklai suvokiami kaip mazgų, susietų ryšiais, rinkinys, kur mazgai atitinka organizacijas arba individus, o ryšiai atitinka tarp mazgų besiformuojančius tarpusavio bendradarbiavimą, komunikavimą. Ryšiai gali būti nustatomi tiek stebėjimo būdu, tiek ir dokumentuojami. Nagrinėjant sveikatos sektoriuose besiformuojančius tinklus, pastebėta, kad tinklai yra mažesni, nei kituose sektoriuose. Ši savybė išskiria sveikatos organizacijų tinklus iš kitų tinklų. Tad būtina turėti šį faktą omenyje, interpretuojant tinklo parametrus¹⁴.

Norint atstatyti darbo grupių formuojamą politikos tinklo struktūrą, reikalinga informacija apie tinklo narius ir jų atstovaujamas organizacijas. Kiekybinis tyrimas buvo atliktas 2012 m. gegužės - rugpjūčio mėn. Tyrimo duomenimis tapo darbo grupių sąrašas ir darbo grupėse veikiančios asmenys. Išnagrinėjus Ministerijoje tiriamuoju laikotarpiu veikusią darbo grupių sudarymo teisinius dokumentus, buvo atkurtas politikos dalyvių tinklas. Duomenys tyrimui surinkti iš ministro įsakymų, kuriais buvo nustatoma darbo grupės veikimo tikslas, pavedimas, tikimasis rezultatas ir paskiriami darbo grupės nariai. Taigi, įsakymu paskirti nariai yra tinklo mazgai, o faktas, kad jie yra įtraukti į įsakymą yra tolygus faktui, kad jie turi ryšį su tuo pačiu įsakymu paskirtu darbo grupės pirmininku. Toks ryšys vertinamas kaip tiesioginis ir išeinantis ir grupės pirmininko. Taip bus sudaromas žvaigždės formos tinklo struktūra. Duomenims analizuoti, buvo išskirti pagrindiniai sveikatos politikos dalyvių aprašantys kriterijai. Kriterijai atspindėjo interesą, kurį galėtų atstovauti darbo grupėse dalyvaujantys atstovai. Taip buvo išskirtos trys kriterijų grupės: kriterijai, aprašantys institucijos, kuriai priklauso dalyvis, priklausomybė konkrečiam veiklos sektoriui, kriterijus, kaip institucijos teisinė forma bei institucijos atliekama funkcija. Socialinių tinklų analizės vizualizacija buvo atlikta naudojantis nekomerciniu Netdraw programiniu paketu.

Kokybinis tyrimas buvo atliktas 2011 m. lapkričio - 2012 balandžio mėn. Pusiau struktūrizuoto interviu metu buvo siekiama išsiaiškinti, kaip yra buriamos darbo grupės, kaip pažįstami interesai, kokių tikslų yra siekiama darbo grupės veikimo metu ir kokiais vadybiniais principais remiasi šių grupių veikla. Tyrimo metu buvo atlikti

12 Creswell J. W., Plano Clark V. L. 2011. Designing and conducting mixed methods research. (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

13 Borgatti S.P., Mehra A., Brass D. and Labianca G. 2009. Network Analysis in the Social Sciences. Science, 323, 5916, p. 892 – 895.

14 Dunn A.G. Westbrook J. 2011. Interpreting social network metrics in healthcare organisations: A review and guide to validating small networks, Social Science and Medicine, vol. 72, p. 1064–1068.

6 interviu su Ministerijos valstybės tarnautojais. Kokybinio tyrimo duomenys buvo toliau nagrinėjami atliekant turinio analizę: formuojant kategorijas ir subkategorijas bei interpretuojant respondentų pasisakymus.

1 lentelė. Klausimyno diagnostiniai blokai ir turinys

	Diagnostiniai blokai	Klausimų turinys
1.	Dalyvavimas ir jo turinys	Ar sudaryti darbo grupės, Jūsų nuomone, buvo geriausias būdas nustatytam tikslui pasiekti (užduočiai įvykdyti, problemai išspręsti)? Kaip buvo sudaryta (sudaromos) darbo grupė? Kaip apibūdintumėte savo vaidmenį darbo grupėje?
2.	Darbo grupės veiklos valdymas	Kaip apibūdintumėte darbo atmosferą, darbo grupės narių darbo kultūrą, organizuotumą, užduočių įvykdymą ir pan.?
3.	Pasitenkinimas	Kaip vertinate darbo grupės veiklos organizavimą? Kaip vertinate darbo grupės veiklos rezultatus?

4. Sveikatos politikos suinteresuotųjų interesų raiška

Darbo grupių skaičius. Nors darbo grupių, kuriuose dalyvauja išoriniai suinteresuotieji nariai, būrimo procesas nėra teisiškai reglamentuotas, tačiau visos viešojo administravimo institucijos naudojami panašia praktika bendradarbiauti su išoriniais nariais. Kai kurios grupės pasirengia savo darbo reglamentą, kuriuo vadovaujasi savo darbe. Tačiau reiktų turėti omenyje, kad tai nėra kasdieninė praktika, nors ir ganėtinai dažna.

Iš viso per du tiriamuosius kalendorinius metus Sveikatos apsaugos ministerijoje buvo sudarytos 173 darbo grupės. Jose veikė 1005 dalyviai, sudarydami net 1764 atskirų individualių dalyvavimo atvejų. Vadinasi, 758 dalyvavimo atvejai sudaro įvairius atsikartojimus (t. y. kai kurie asmenys šiose laikinosiose struktūrose dalyvavo daugiau negu vieną kartą). Pastebėta tendencija, kad 2007 metais veikė gerokai daugiau darbo grupių, nei jų buvo 2010 m. 2 lentelėje pateikta detali statistika apie bendrą darbo grupių skaičių tiriamaisiais laikotarpiais.

2 lentelė. SAM darbo grupių statistika tiriamaisiais laikotarpiais

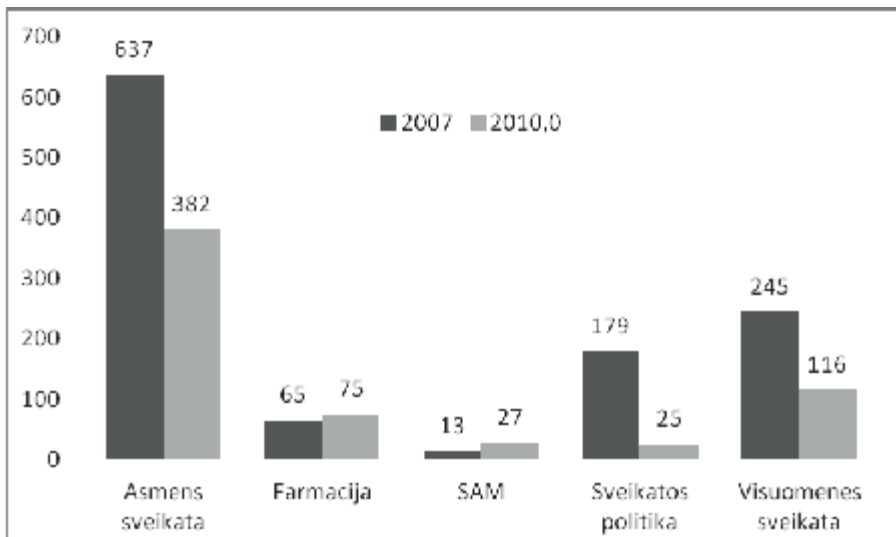
	2007	2010
Darbo grupės	112	61
Dalyvavimo atvejų skaičius	1139	625
N (narių skaičius)	640	365

Nors 2010 m. darbo grupėse dalyvavo dvigubai mažiau narių, nei 2007 m., tačiau procentine išraiška 2010 m. buvo suburta ir dviguba mažiau darbo grupių. Toks ryškus darbo grupių sumažėjimas 2010 m. reikalauja specialaus dėmesio. Tuo labiau, kad kokybinis tyrimas niekaip neatspindėjo šio kiekybinio, dokumentais užfiksuoto fakto. Net gi atvirksčiai, interviu dalyvaujantiems tarnautojams nesusidarė įspūdis, kad darbo grupių būtų buriama mažiau kuriais nors kalendoriniais metais. Jie teigė, kad darbas grupėse yra visada panašaus intensyvumo ir vyksta maksimaliai įmanomu dažniu. Taip teigdami, jie pabrėžė, kad darbo grupės buriamos periodiškai, daugelis jų minėjo, kad patys yra įtraukiami į stabilų darbo grupių skaičių, kuris svyruoja nuo 5 iki 15 per metus. Tad kyla pagrįstas klausimas, kas galėtų nulemti darbo grupių bürimo tendencijos mažėjimą. Viena vertus, darbo grupių skaičius gali priklausyti nuo tiriamų politikos formavimo klausimų sudėtingumo. Paprastesniems klausimams išspręsti gal būt nereikalinga papildoma informacija ir kompetencija, kurią galima suburti darbo grupėje. Kita vertus, darbo grupių mažėjimas gali būti indikatorius, kad keičiasi požiūris į darbo grupių, kaip organizacinės struktūros, pridedamąją vertę. Tiesa, reiktų turėti omenyje ir faktą, kad 2010 m. dar buvo stipriai jaučiamas visuomenės ir žiniasklaidos spaudimas mažinti viešąsias išlaidas, tad kasmet nuo 2008 m. buvo siekiama optimizuoti ir valstybės tarnautojų skaičių ministerijose, tam tarpe ir tirtose Minsiterijoje. Su tuo faktu yra susiję net trys vidiniai reorganizaciniai procesai, kai per Vyriausybės kadenciją buvo reorganizuojama Ministerijos organizacinė struktūra kuriant naujus skyrius, jungiant esamus skyrius ir perskirstant atsakomybės sritis. Todėl nemažai tarnautojų 2010 ir 2007 m. užėmė kitas pareigas ministerijoje. Tik viename interviu buvo užsiminta, kad dabar dalyvaujama gerokai mažiau, ir tas faktas buvo aiškinamas pasikeitusia darbo specifika po reorganizacijos ir pakeitus veiklos sritį ir skyrių.

Darbo grupių pobūdis. Per tiriamąjį laikotarpį veikė įvairaus pobūdžio darbo grupės, kurios apėmė visą Ministerijos kompetencijos lauką. Buvo suburtos grupės spręsti asmens sveikatos („Akušerių veiklos problemoms bei akušerijos integravimo į pirminės sveikatos priežiūros veiklą analizei atlikti“, „Paliatyvosios pagalbos paslaugų įkainių projektui parengti“, „Parengti ortopedijos techninių priemonių skyrimo indikacijų bei Valstybės paramos ortopedijos techninėms priemonėms įsigyti organizavimo tvarkos aprašo pakeitimų projektus“, „Odontologinės pagalbos organizavimo problemoms spręsti“, „Pateikti išvadas ir pasiūlymus dėl stacionarių vidaus ir nervų ligų profilių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo optimizavimo Vilniaus mieste“) visuomenės sveikatos (SAM sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo programai parengti“, „Teisės aktų, susijusių su Valstybinės tabako ir alkoholio tarnybos prie LR Vyriausybės reorganizavimu prijungiant narkotikų kontrolės departamento prie PER Vyriausybės, projektams parengti“, „Visuomenės sveikatos priežiūros biudžetinių įstaigų veiklos optimizavimo projektui parengti“, „Visuomenės sveikatos priežiūros specialistų licencijavimo nuostatų projektui parengti“, „Būsto poveikio sveikatai vertinimo metodinių rekomendacijų savivaldybėms projektui parengti“), farmacijos („Dėl Lietuvos nacionalinės vaistų politikos nuostatams parengti“, „Parengti priemonėms, skirtoms pediatrijoje vartojamų vaistinių preparatų moksliniams tyrimams ir kūrimui remti“, „Priemokų už kompensuojamuosius vaistus

mažinimo socialiai pažeidžiamiems asmenims priemonių planui parengti“, „Parengti teisės aktų projektus, reglamentuojančius vaistinių preparatų įsigijimą stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose“, taip pat nagrinėjami klausimai, susiję su bendra sveikatos politika („Išnagrinėti situaciją bei teikti siūlymus dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės draudimo už pacientams padarytą žalą Lietuvos sveikatos sistemoje“ „Svarstyti galimybę perduoti savivaldybėms slaugos paslaugų, derinant ir integruojant su globos paslaugomis, organizavimo ir finansavimo funkcijas“, „Psichikos sveikatos priežiūros ir Narkologinės priežiūros įstatymams peržiūrėti“). Kelios grupės buvo suburtos tam, kad spręstų Ministerijos veiklos organizavimo klausimus „Bendrųjų reikalų programai parengti“ ir „SAM dalyvavimui parodoje „BALTMEDICA - 2007“ organizuoti“.

Nagrinėjant darbo grupių pasiskirstymą pagal darbo grupių turinį ir nagrinėjamą politikos sritį (žr. 1 pav.), matome, kad dominuoja darbo grupės, veikiančios asmens sveikatos srityje. Reiktų atkreipti dėmesį, kad 2010 m. sumažėjus bendram darbo grupių skaičiui, šiek tiek pasikeitė sprendžiamų klausimų balansas. 2010 m. išryškėjo farmacijos klausimų svarba, tuo tarpu sveikatos politikos klausimų gerokai sumažėjo ir 2010 m. buvo suburta tik 1 tokia grupė, kurioje dalyvavo 25 nariai.



1 pav. Darbo grupių pasiskirstymas pagal veiklos rūšies tipologiją.

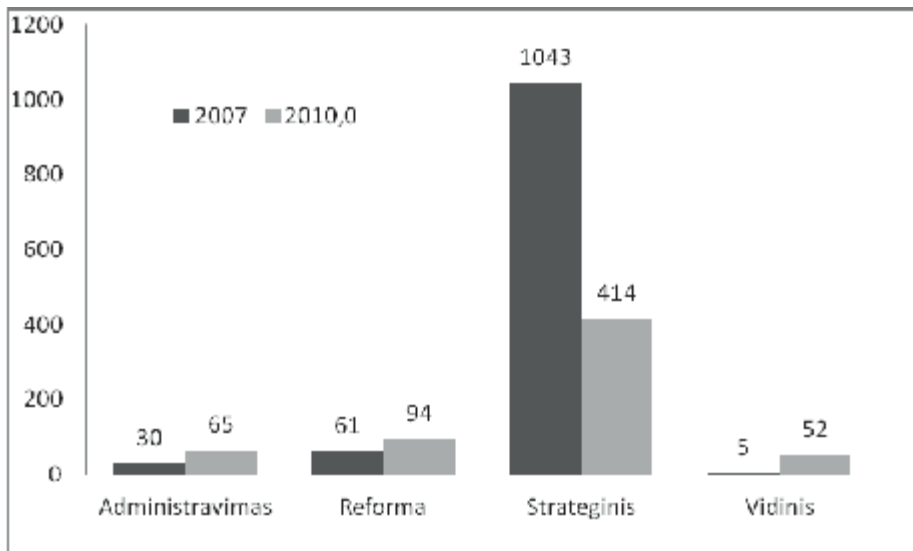
Nagrinėjant darbo grupių sprendžiamų klausimų paveikumą ir reikšmingumą, buvo išskirti keturi darbo grupių turinio svarbos tipai:

Reformos darbo grupės. Tokiose grupėse sprendžiami klausimai, kurių sprendimai iš esmės siekia pakeisti esamą sveikatos apsaugos praktiką bei apima ne vieną konkrečios politikos veiklos sritį.

Strateginių pokyčių darbo grupės sprendžia strateginės svarbos sektoriaus klausimus, o jiems nuspręsti **reikalingos naujos idėjos**.

Administracinių pokyčių darbo grupės administruoja teisės aktų leidybos procesą arba kitaip prižiūri, stebi ar kontroliuoja jiems pavestų teisės normų įgyvendinimą.

Vidinės darbo grupės. Su organizacijos (Ministerijos) **vidiniais valdymo tikslais susijusios** grupės, tokios kaip naujo dokumentacijos plano rengimas ar vidinės organizacinės struktūros tobulinimas.

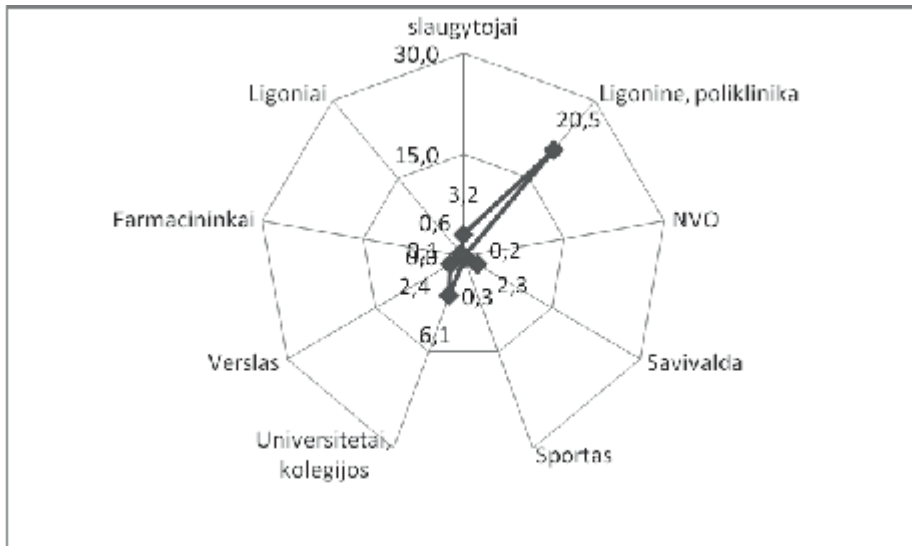


2 pav. Darbo grupių pasiskirstymas pagal jų turinio svarbos tipus

Tarp visų darbo grupių svarbos tipų, dominuoja tos grupės, kurios sprendžia strateginės svarbos uždavinius (žr. 2 pav.). Tai tokios grupės, kurios rengia naujas taisykles, tvarkas ir jų pagrindu rengia teisės aktų projektus. Darbo grupių, kurios būtų buriamos tik administravimo tikslais, atliekant valdymo uždavinius, skaičius yra nedidelis. Reiktų atkreipti dėmesį, kad mažas skaičius grupių, priskirtinų administravimo ir vidinių klausimų sprendimui 2010 m. šie tiek išaugo, palyginus su 2007 m. Tai galėtų būti indikacija, kad darbo grupės, kaip organizacinės veiklos priemonės, imtos naudoti tarp-dalykiniams, horizontaliems institucijos ryšiams palaikyti, ir tuo pačiu sumažėja darbo grupių reikšmė derinant interesus tarp-organizaciniu lygiu (su išoriniais suinteresuotaisiais). Suprantama, norint teigti, kad 2010 m. pastebėtas reiškinys yra nauja tendencija, reiktų atlikti dinaminis tyrimus bent jau už tris metus, tačiau jau ir vienerių metų faktas yra vertas sunerinti dėl interesų atstovavimo reikšmingumo mažėjimo. Taip pat tai gali būti indikacija, kad Ministerija neišnaudoja esamos organizacinės struktūros administraciniams tikslams.

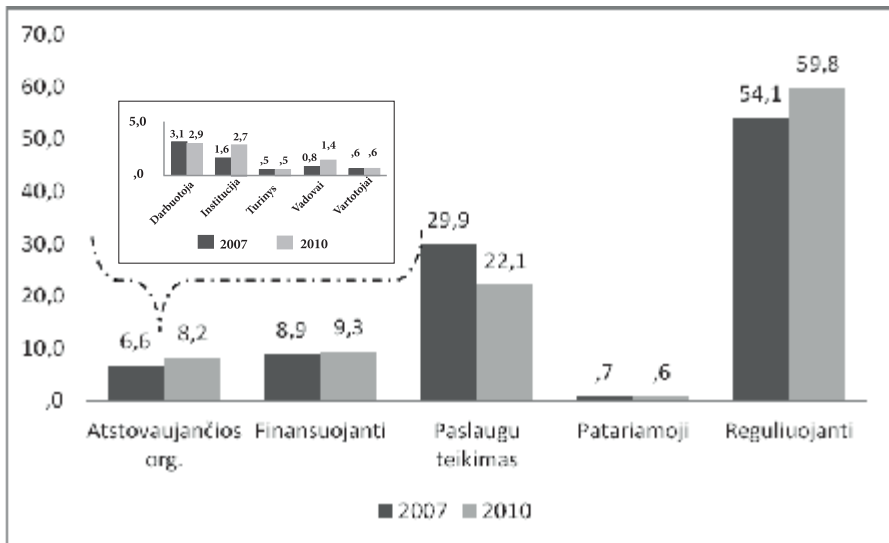
Sveikatos politikos dalyvių struktūra. Išnagrinėjus politikos dalyvius pagal jų atstovaujamas institucijas, pasirodė, kad 54% – 2007 m. ir 59% – 2010 m. visų dalyvavimo atvejų sudaro reguliavimo funkciją vykdančių institucijų atstovai, kurių didžioji

dalį – tai Ministerijos tarnautojai, kitų valstybės tarnybos institucijų atstovai bei keli kitų ministerijų atstovai. O jei dar pridėtume finansuojančias, patariamąsias bei kontroliuojančias organizacijas, kurios taip pat priklauso viešojo administravimo subjektams, tuomet valstybės tarnautojų dominavimas darbo grupėse išauga dar ryškiau iki 62%. Išoriniai dalyviai (žr. 3 pav.), kaip interesą atstovaujantys asmenys, tesudaro apie 38%. Ta pati dalyvavimo proporcija būdinga abiem tiriamiesiems laikotarpiams. Antra pagal gausumą institucijų grupė yra ligoninės ir poliklinikos atstovaujantys politikos dalyviai ir jie sudaro 20,5% dalyvavimo atvejų. Aukštojo mokslo ir mokslinių tyrimų institucijos sudaro apie 6% visų dalyvių. Ne institucijas, bet individualius atstovus, tokius kaip gydytojai, slaugytojai, ligoniai, farmacininkai atstovauja apie 6 proc. dalyvių.



3 pav. Išorinių, ne valstybės tarnautojų, sveikatos politikos dalyvių struktūra (procentais). 2007 m.

Sugrupavus visus darbo grupėse dalyvavusius politikos dalyvius pagal funkcijas ir ginamą interesą, galima išskirti 5 grupes: reguliuojančios institucijos (viešojo administravimo institucijos), patariamąsios institucijos (viešojo administravimo institucijos), finansuojančios institucijos (viešojo administravimo institucijos), paslaugas teikiančios ir asocijuotos individualų interesą ginančios institucijos.

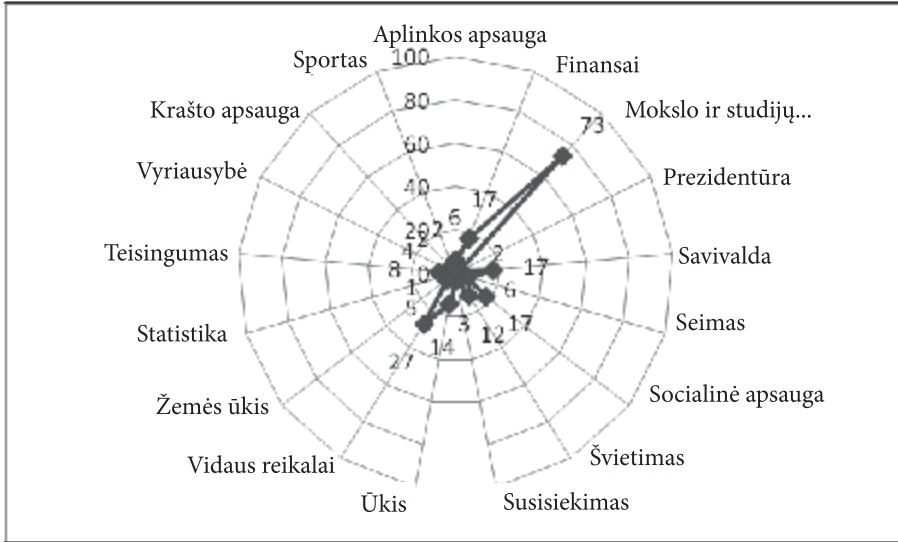


4 pav. Darbo grupėse dalyvaujančiųjų pasiskirstymas pagal atstovaujamos organizacijos funkcijos tipą (duomenys apskaičiuoti procentine išraiška nuo visų dalyvavimų)

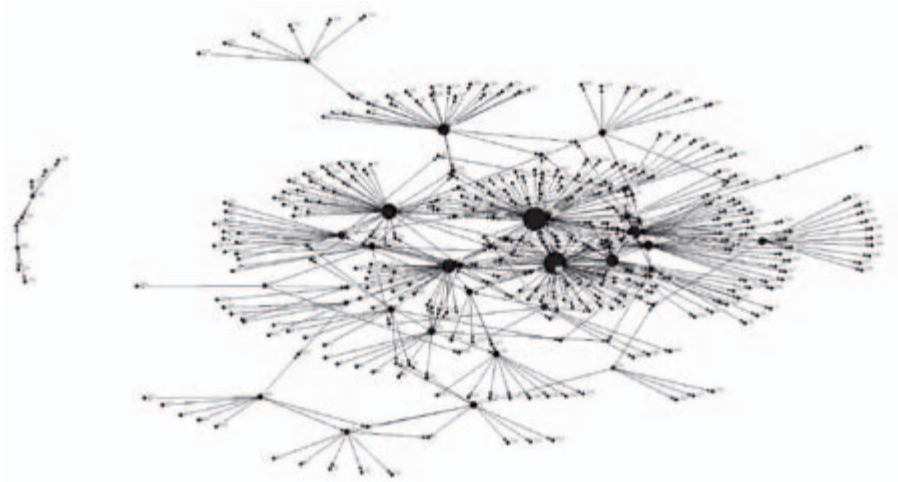
Kaip jau minėta, reguliavimo funkciją vykdančios institucijos dominuoja darbo grupių veikloje. Paslaugas teikiančios (tiek valstybės išlaikomos, tiek ir privačios) institucijos sudaro iki 30% visų dalyvavimo faktų, o viešai interesą ginančios ir susibūrusios į interesą atstovaujančias asociacijas institucijos tesudaro apie 6-8 %. Bandymas išskirti asociacijų pobūdį atsižvelgiant į ginamo intereso rūšį, pvz. darbuotojų interesus, institucijos vadovų interesus, vartotojų, institucinis ar konkretaus sveikatos politikos turinio (pvz. odontologijos ir pan.) laukiamos naudos neatnešė, nes bendras asociacijų dalyvavimo lygis yra gan menkas. Galima tik teigti, kad institucijos ir sveikatos sektoriaus darbuotojai yra atstovaujami plačiau, nei vartotojai (šiuo atveju pacientai) (žr. 4 pav.).

Toks dalyvių pasiskirstymas, kai dominuoja viešojo administravimo funkcijas vykdančios organizacijos, leidžia teigti, kad viena iš darbo grupių funkcijų reikia laikyti tarpžinybinį koordinavimą, veiksmų, pozicijų derinimą, o išorinio interesų raiškos galimybės yra antra pagal svarbumą funkcija.

Jei žvilgteltume į sveikatos politikos dalyvių pasiskirstymą pagal sektorius, matytume gan gausų visų sektorių atstovavimą. Suprantama, kad sveikatos sektorius yra atstovaujamas gausiausiai ir sudaro 81 proc. visų dalyvių ir tai yra per 800 dalyvavimo atvejų. Šiam sektoriui priskiriamos tiek viešojo administravimo institucijos, tiek paslaugas teikiančios institucijos. Antrasis gan gausus sektorius yra aukštasis mokslas ir moksliniai tyrimai (žr. 5 pav.). Aktyvus mokslininkų dalyvavimas rodo, kad sveikatos politikos sprendimams priimti yra ieškoma objektyvių įrodymų ir konsultuojamasi su aukštojo mokslo sektoriumi. Tiesa, reikia pažymėti, kad ne vienas darbo grupėse dalyvaujantis dalyvis turi dvigubą priklausomybę, kai medicinos krypties mokslininkai dirba kaip praktikai ligoninėse, tad kartais dalyvaudami darbo grupėse jie nurodo vieną instituciją, kitą kartą kitą. Todėl dalyvavimo faktų skaičius galėtų būti tikslinamas.



5 pav. Sveikatos politikos dalyvių pasiskirstymas pagal sektorius. 2007 m.



6 pav. 2010 m. formalusis politikos tinklas, surūšiuvus politikos dalyvius pagal atstovaujamos institucijos rūšį

Taikant socialinių tinklų analizės metodą, buvo vizualizuoti 2007 m. ir 2010 m. darbo grupių politikos tinklai (žr. 6 paveikslą). Šie tinklai parodo gan tankią dalyvių struktūrą, kai centrinę poziciją tinkle užima valstybės tarnautojai, o periferinę poziciją užleidžia interesus atstovaujančiosioms organizacijoms. Paveiksle mazgų dydis atitinka mazgo ryšių skaičių (angl. *degree centrality*). Nors 2007 m. ir 2010 m. darbo grupių

skaičius gan žymiai skiriasi ir tai lemia tinklo tankį, centralizacijos laipsnio vertė yra palyginama. Kadangi centralizacijos laipsnis charakterizuoja mazgo populiarumą tinkle, faktas jog centralizacijos laipsnis nepasikeičia rodo, kad vadovų ir išorinių asmenų santykis politikos tinkle išlieka panašus. Vadinasi besikeičiant politikams, organizacinė darbo grupių sistemos praktika išlieka tokia pati.

3 lentelė. Sveikatos politikos tinklų bendrosios charakteristikos.

	2007 m.	2010 m.
Tankis	0.25%	0.42%
Centralizacijos laipsnis	3.589% (išeinantis) 0.402% (įeinantis)	3.832% (išeinantis) 0.481% (įeinantis)

Sveikatos politikos darbo grupių veikos principai valstybės tarnautojų vertinimu. Pusiau struktūrizuotas interviu padėjo įvertinti valstybės tarnautojų požiūrį į darbo grupes Ministerijos organizacinėje struktūroje bei galimybę reikšti interesus darbo grupių veiklos metu. Svarbu pabrėžti, kad visi dalyvavę tyrime valstybės tarnautojai neabejoja, kad suinteresuotųjų dalyvavimas sprendimų priėmimo formuojant sveikatos politiką yra būtina sąlyga. Jie pabrėždavo, kad darbo grupės kuriamos pirmiausia tam, kad Ministerija, kaip už sveikatos politikos įgyvendinimą atsakinga viešojo administravimo institucija, išklaustų suinteresuotųjų nuomonę, surinktų informaciją apie konfrontuojančius interesus ir pasidalintų turimomis žiniomis apie sveikatos politikos vystymo kryptis, o vėliau ieškotų susitarimų ir geriausių sprendimų drauge su suinteresuotaisiais.

Visgi interviu atskleidė ir prieštaravimų, kurie parodė nevienareikšmį darbo grupių veiklos integravimo į Ministerijos organizacinę struktūrą pobūdį.

Jau vien todėl, kad darbo grupių dalyvių sąrašė dominuoja valstybės tarnautojai, galima teigti, kad darbo grupės dažniau yra naudojamos kaip horizontalaus koordinavimo mechanizmas. Šią prielaidą taip pat patvirtina ir interviu su valstybės tarnybos atstovais analizė. Į diskusinį klausimą, ką kviečiate į darbo grupes, tarnautojas pirmiausia ima vardinti kitų ministerijų ir pavaldžių ministerijoms institucijų atstovus. Tačiau vėliau prisimena ir kitas interesų grupes, kurios gindamos siaurą interesą, kelia tam tikrų įtampų. Šios įtampos iš dalies gali būti mažinamos darbo grupių veikimo metu.

4 lentelė. Dalyvių pasirinkimo prioritetai

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Kaip pasirenkami darbo grupių nariai (tame tarpe išoriniai, ne valstybės tarnautojai)?	Pirmiausia kviečiami viešojo administravimo funkcijas vykdančios atstovai	Kviečiame (nekalbu apie socialinius partnerius) iš žinybų: finansų ministerijos, socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. Kitais klausimais ateina iš savivaldybių, iš ligoninių. SAM1 ¹ .
	Horizontalaus koordinavimo mechanizmas	Tenka siųsti 13 ministerijų raštus prašome atstovus skirti, na sueis ir kas iš to, tik vienas-trys gali turėti realią nuomonę. SAM1.
	Kviečiami ekspertai	Pasikviečiame (ekspertus) pagal kompetenciją iš turimo sąrašo SAM2. Dažnai (su ekspertais) mus sieja ilgalaikė darbinė pažintis, tad žinome, ką galima pakviesti. SAM3. specialistų-konsultantų sąrašas SAM3.
	Kviečiami aktyvūs interesų gynėjai (kiti ignoruojami...)	Rašė skundus. Šį kartą jie patys raštu kreipėsi kad nori dalyvauti ruošiant teisės aktą. Pradžioje pradėjo nuo skundų: netobuli teisės aktai. SAM2 Skambino telefonu: Inicatyva parodo raštais, el. paštu, skambučiais. Tie, kurie bet kokiais būdais į mus kreipiasi SAM2. Pasirodė aktyvūs per konferencijas SAM1. Patys kreipėsi raštu prašydami būti pakviesti ateityje svarstant konkrečius klausimus. SAM4. Patys kreipiamės į žinomas organizacijas skirti atstovus į darbo grupes SAM3. kreipiamės raštu į vedančias ligonines (SAM3). Iš vienos pusės – pacientų asociacijos, iš kitos medikų asociacijos SAM1 Iš vartotojų praktiškai negirdime jokios reakcijos. SAM2 Yra tos, kurios aktyvios, rodo iniciatyva, tada ir jas įsitraukiame SAM2

Kas nulemia dalyvavimo faktą: Kada kviečiami išoriniai dalyviai?	Žinoma iš anksto apie interesų konfrontaciją	Jei daug suinteresuotųjų, tai tada vėl būtina daryti darbo grupę, dėl susikalbėjimo bei nuomonėms išsakyti. SAM5.
	Kai reikia tarpsektorinio palaikymo	Tada mes patys, žinodami situacija iš anksčiau darbų, susirandama socialinius partnerius SAM4.
	Įstatyminė nuostata derinti su suinteresuotaisiais	Įstatymas, be to gyvenimas priverčia matyti visą tą interesų lauką SAM1
	Politinės nuostatos	Darbo grupių sudėtis keičiasi priklausomai nuo politinių partijų esančių valdžioje SAM5.

Siekiant pažinti išorinius potencialius politikos dalyvius, yra naudojamos nors ir atsitiktinės strategijos (kas kreipiasi, tie pakviečiami), tačiau siekiama išnaudoti visus įmanomus pakvietimo būdus, sudarant erdvės iniciatyvai pasireikšti (žr. 4 lentelė).

Darbo grupių narių pasirinkimo klausimas yra tampriai susijęs su darbo grupių būrimo tikslais – ko siekiama ir ko tikimasi iš darbo grupės veiklos. Respondentai paminėjo visą rinkinį rezultatų, kurių yra siekiama buriant darbo grupes. Tai yra: konsultacijos, problemų sprendimas, kompromiso ieškojimas, įrodymų ir pagrindimų ieškojimas, informacijos skaida, politinės atsakomybės pasidalinimas (5 lentelė). Ir nors respondentai nerūšiavo darbo grupių pagal siekiamą tikslą, teigdami, kad visos darbo grupės siekia apčiuopiamo rezultato – pateikti ministruui teisės akto projektą, kuris išreikštų naują politikos turinį, išvardinto rezultato turinys atitinka kiekvienos darbo grupės veikimo fazes, kurias turėtų išgyventi sėkminga darbo grupė.

5 lentelė. Darbo grupės veikimo tikslas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Darbo grupės būrimo siekiamybė	Konsultacijoms	Darbo grupė yra skirta konsultavimuisi SAM2. Darbo grupė dažniausiai atsiranda tam tikrose „pilkose srityse“, kur reikia kažką naujo. Reikia tų įvairesnių nuomonių paklausti reglamentuoti. SAM1.
	Problemoms spręsti	Darbo grupės – geras būdas spręsti problemas SAM2. Buriama: kai yra problema, SAM5.

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Darbo grupės būrimo siekiamybė	Kompromisui ieškoti	Reakcija pajuntama, kadangi visada reikia surasti bendrą sprendimą, reikia surasti kompromisą, todėl tenka konsultuotis. SAM2. Vis dėlto dažnai mums reikia ieškoti kompromiso, SAM4 Darbo grupė buriama, kai reikia išspręsti iškilusią problemą ne tik mūsų kompetencijos ribose. SAM3. kai yra daug nesuderinamų interesų. SAM5.
	Įrodymams rinkti	DG kuriamos, kad pasidalintume racionalių požiūriu. SAM2. tad kuo daugiau argumentų turime iš įvairių pusių, tuo yra lengviau priimti racionalų sprendimą galutiniame ministro sprendime. SAM4. Mūsų specialistai nėra visų sričių specialistai, tad įtraukiame profesorius, mokslininkus, įstaigų vadovus, praktikus, institucijų atstovus, priklausomai koks svarstomas klausimas. SAM3. kai nežinomas sprendimas, kai nežinoma kurią alternatyvą pasirinkti. SAM5.
	Informacijos sklaidai	Mes norime paruošti visuomenę, pramonę, kad žinotų, kad greitai bus kokios naujovės. SAM2. Geriau prieš išleidžiant teisės aktą aptarti su tais, kuriems jis įdomus, negu po to. SAM1.
	Politinei atsakomybei pasidalinti	Kitu atveju (jei neburtų darbo grupių) ministrui tektų prisiimti atsakomybę už sprendimus, kurie visuomenei labai jautrūs. SAM1.
	Administravimo funkcijoms realizuoti	DG buriamos kažkokiam tikslui pasiekti: teisės aktui ar tvarkai paruošti, gaunami užduotį, įpareigojimą. SAM6.

Išvados

1. Pasaulio sveikatos organizacija apibrėžia bendruosius sveikatos sistemos valdymo kriterijus, kuriuos tiesiogiai rekomenduoja taikyti Sveikatos apsaugos valdymo

funkcijas vykdančioms viešojo valdymo institucijoms, pvz. Sveikatos apsaugos ministerijai. Tie kriterijai apima strateginį planavimą, tarpsektorinį bendradarbiavimą, atskaitomybę, reguliavimą, žinių valdymą. Apibrėžti principai yra universalūs ir vienodai svarbūs bet kuriai viešojo valdymo sričiai. Paminėtiems valdymo kriterijams realizuoti yra kuriamos tiek stacionarios, tiek ir laikinos ir dinaminės ministerijų organizacinės struktūros. Darbo grupės, kaip mobilios ir horizontalios organizacinės struktūros priemonės taip pat turi siekti realizuoti pagrindinius valdymo kriterijus. Tačiau empirinių tyrimų, kaip veikia ir kokių tikslų siekia darbo grupės trūksta. Šiuo tyrimu buvo siekiama užpildyti šią spragą. Tyrimas parodė, kad Sveikatos apsaugos ministerija intensyviai naudoja darbo grupes strateginiams klausimams spręsti.

2. Galima vienareikšmiškai teigti, kad darbo grupė, kaip organizacinė priemonė atlieka savo pagrindines organizacines funkcijas, ir užtikrina strateginių, sudėtingų klausimų sprendimo galimybes. Jos nėra apkraunamos administraciniais ar net vidinio pobūdžio sprendimais, kuriuos turėtų išspręsti organizacinės struktūros pagalba. Kadangi reformos pobūdžio klausimai, kurie keičia visą egzistuojančią politikos praktiką yra ypatingai sudėtingi ir reikalauja papildomų pastangų surinkti informaciją ir žinias, organizacinės struktūros ir organizacinių resursų nebepakanka, tad darbo grupės tarnauja, kaip papildomų resursų pritraukimo į sistemą schema.

3. Darbo grupių sudėties pokyčių tendencija skirtingais metais rodo, kad suinteresuotojų vaidmuo yra neišnaudojamas, nors dedamos konkrečios pastangos suinteresuotuosius įtraukti ir su jais bendradarbiauti. Kokybinis tyrimas rodo, kad interesus atstovaujantiems, darbo grupėse suteikiamas didelis dėmesys ir reikšmingumas. Su jais derinami politikos formavimo sprendimai ne tik darbo grupės veikimo metu ir bet ir darbo grupei veiklą baigus. Visgi, darbo grupėse dominuoja valstybės tarnautojai, vykdančys reguliuotojo funkciją. Tad nors grupės buriamos strateginiams klausimams spręsti, jose dominuoja daugiau dalyviai iš kitų valstybės institucijų, nei tikrieji intereso turėtojai.

4. Nagrinėjant Sveikatos apsaugos ministerijos veikimo darbo grupėse pobūdį ir galimų interesų atstovavimo raišką, tyrimas atskleidė jau tvirtai susiformavusią viešojo administravimo institucijos praktiką pasitelkti institucijas ir individus, kurie gali atstovauti interesus. Puikus atstovaujamų sektorių pasiskirstymas sudaro prielaidas užmegzti prasmingus bendradarbiavimo ryšius su kitais sektoriais, siekiant stiprinti visuomenės sveikatos prioritetus ir ieškant palaikymo kituose sektoriuose.

Padėka

Tyrimą parėmė Lietuvos mokslo taryba. Paramos sutartis Nr. MIP-109/2011.

Literatūra

1. Borgatti S.P., Mehra A., Brass D. and Labianca G. 2009. Network Analysis in the Social Sciences. *Science*, 323, 5916, p. 892 – 895.
2. Creswell J.W., Plano Clark V. L. 2011. *Designing and conducting mixed methods research*. (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

3. Dunn A.G., Westbrook J. 2011. Interpreting social network metrics in healthcare organisations: A review and guide to validating small networks, *Social Science and Medicine*, 72, p. 1064 – 1068.
4. Ettelt S., Mays N., Chevreur K., Nikolentzos A., Thomson S. and Nolte E. 2010. Involvement of Ministries of Health in Health Service Coverage Decisions: Is England an Aberrant Case? *Social Policy & Administration*, 44, p. 225–243. doi: 10.1111/j.1467-9515.2010.00710.x.
5. Grafton J., Abernethy M.A., Lillis A.M. 2011. Organisational design choices in response to public sector reforms: A case study of mandated hospital networks. *Management Accounting Research*, 22, 4, p. 242-268.
6. Hailton M.R., 2007. Democracy and Public Service, p. 3–20. In Box R. C. (ed.), 2007. *Democracy and Public administration*. M. E. Sharpe, Inc., 228 p.
7. Jankauskienė D. 2010. Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai. Černiauskas (red.). 2010, Lietuvos sveikatos sektoriaus amžių santūroje, p. 104–142.
8. Johnston J. 2001. Public Administration: Organizational Aspects. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, p. 12507–12512.
9. Mätzke M. 2010. The Organization of Health Policy Functions in the German Federal Government. *Social Policy & Administration*, 44, p. 120–141. doi: 10.1111/j. 1467-9515.2009.00704.x.
10. Veillard J. H, Brown A. D, Barış E, Permanand G., Klazinga NS. 2011. Health system stewardship of National Health Ministries in the WHO European region: concepts, functions and assessment framework. *Health Policy*, 103(2-3), p. 191–199.
11. Verhoest K., Peters B.G., Bouckaert G., Verschurere B. 2004. The study of organisational autonomy: A conceptual review. *Public Administration and Development*, 24, p. 101–118.
12. WHO. *The World Health Report 2000: improving health system performance*, Geneva, 2000.

The role of advisory groups in the organisational structure of Ministry of Health

Birutė Mikulskienė, Birutė Pitrenaitė, Danguolė Jankauskienė

Mykolas Romeris University, Lithuania

Summary

Public participation as an approach to health policy decision making refers to a democratic component of “institutional design of partnership governance”. The practice of policy formation inevitably triggers networks of external stakeholders and tends to change into a flexible organisational structure which recognises the value added of the knowledge that networks generate. Seeking to depolarize new trends of spontaneous policy networking with an existing hierarchical institutional structure, and find out the renewed role of democratic representatives, the practice of network recognition at the ministerial level needs to be explored.

Research seeks to evaluate whether the policy making environment at Ministry of Health is adopted to integrate the network paradigm and to explore the level of stakeholder participation. The research is drawn on the cases of participatory decision-making groups, consensus-building groups that operated during 2007 and 2010 at the Ministry of Health of Lithuania.

The research methodology engages a social network analysis for participation measurement

and semi-structural interview for participation practice evaluation. The network analysis and network visualisation were processed by UCINET software. The total research data set covers temporary institutional arrangements and makes a network of 1005 nodes with 1764 relationships that represent individual participation facts. Participatory groups were employed more than twice as less frequently in 2010 than in 2007. The social network analysis of the members that participate in problem solution processes lets us measure the prevalence and the boundaries of participatory policy practice. Empirical studies of the evolution of the network characteristics of the groups exhibit a stable practice of using interrelation with stakeholders in the policy network. A decision making group as a temporary organisational structure is employed with the diverse purpose: to manage stakeholder input, to burst consultation, to align proper decision, to diminishing confrontation. The equilibrium between dominant policy actors with high interest representation abilities and the stakes that are not expressed and conceptualized make a second challenge that needs to be solved by designing the organisational framework.

Keywords: *Keywords: Health policy, Ministry of Health, working group, interest representation.*

Birutė Mikulskienė, Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Vadybos katedros profesorė, katedros vedėja, fizinių mokslų daktarė.

Birutė Pitrėnaitė, Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto prodekanė, Vadybos katedros profesorė, socialinių mokslų daktarė.

Danguolė Jankauskienė, Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto prodekanė, Politikos mokslų katedros profesorė, biomedicinos mokslų daktarė.

Birutė Mikulskienė, Doctor of Physical Sciences, is Professor and of Head of the Department of Management, Faculty of Policy and Management, Mykolas Romeris University.

Birutė Pitrėnaitė, Doctor of Social Sciences, is a Vice-dean for Research at the Faculty of Policy and Management, Professor at the Department of Management, Mykolas Romeris University.

Danguolė Jankauskienė, Doctor of Biomedicine, is Vice-dean for Study at the Faculty of Policy and Management, Professor at the Department of Political Sciences, Mykolas Romeris University.