

SVEIKATOS ADMINISTRATORIŲ, VISUOMENĖS SVEIKATOS SPECIALISTŲ IR MOKSLININKŲ POŽIŪRIS Į VISUOMENĖS SVEIKATOS TECHNOLOGIJŲ VERTINIMĄ LIETUVOJE

Raimonda Janonienė, Vaida Aguonytė, Vytautas Jurkuvėnas
Higienos institutas

Santrauka

Tyrimo tikslas – atskleisti sveikatos administratorių, visuomenės sveikatos specialistų ir sveikatos mokslininkų požiūrį į visuomenės sveikatos technologijų vertinimą Lietuvoje.

Metodas ir medžiaga. Tyrimui atlikti pasirinktas sutelktų tikslinių grupių (angl. *focus group*) metodas. Sutelktų tikslinių grupių tyrimo dalyviai (N = 17) parinkti taikant netikimybinę patogiąją imtį. Tyrimui atlikti buvo sudarytos trys sutelktos tikslinės grupės: a) sveikatos politikų ir administratorių (toliau – SPA); b) visuomenės sveikatos priežiūros specialistų (toliau – VSPS); c) sveikatos mokslininkų ir tyrėjų (toliau – SMT).

Rezultatai. Visų trijų grupių nuomone, sveikatos stiprinimo, saugojimo ir ugdymo technologijos priskirtinos visuomenės sveikatos technologijoms (VST). Kaip mano VSPS grupė, sveikatos priežiūros organizacinės priemonės taip pat turėtų būti priskirtos VST. SPA teigimu, atskiras ankstyvajai diagnostikai taikomas intervencijas galima priskirti VST. VSPS ir SMT nuomone, tik dalis Lietuvoje taikomų VST yra įvertintos. Anot SPA grupės, neįvertintos yra tik valstybės nefinansuojamos technologijos. Visų grupių nuomone, neįvertintų VST naudojimo Lietuvoje priežastys: menkas supratimas apie tai, kas yra VST, šalyje nėra institucijos, atsakingos už vertinimų atlikimą, VST specifika – didžioji dalis VST yra saugios, todėl joms vertinti teikiama per mažai reikšmės. VSPS ir SMT grupių nuomone, VST vertinimo užsakovai turėtų būti valstybinės institucijos, atsakingos už politikos formavimą. Kaip teigė SPA, turėtų būti sudaryta galimybė visuomenei siūlyti vertintinas VST. Visų grupių nuomone, VST vertinimą turėtų finansuoti užsakovas. Anot VSPS grupės, vertinimo rezultato pobūdis turi priklausyti nuo vertinimo išvados (jei neigiama – privalomas), technologijos (jei nauja, neįdiegta – rekomendacinis) ir finansavimo šaltinio (jei vertinimas finansuojamas valstybės lėšomis – privalomas). SPA ir SMT grupių nuomone, sprendimą dėl vertinimo rezultatų pobūdžio turėtų priimti užsakovas.

Apibendrinimas. Inicijuojant VST vertinimą Lietuvoje būtina susitarti, kokios sveikatos technologijos patenka į VST sampratą. Diskusijos apie asmens ir visuomenės sveikatos technologijų skirtumus atskleidė, kad visos tyrime dalyvavusios grupės VST vertinimo objektą supranta plačiau, nei teisės aktuose apibrėžiamas visuomenės sveikatos priežiūros turinys. Tyrimo rezultatai parodė, kad sveikatos administratoriai, visuomenės sveikatos priežiūros specialistai ir sveikatos mokslininkai panašiai įsivaizduoja VST vertinimo organizavimą Lietuvoje – esminių nuomonių skirtumų dėl VST vertinimo užsakovų, vertinimo finansavimo, dalyvių vertinimo procese tarp grupių nenustatyta. Didesnė grupių nuomonių įvairovė pastebėta diskutuojant apie vertinimo rezultatų pobūdį, todėl priimant sprendimus dėl VST vertinimo organizavimo Lietuvoje reikėtų skirti didesnę dėmesį gerosios užsienio šalių patirties minėta tema sklandai.

Reikšminiai žodžiai: visuomenės sveikatos technologijos, visuomenės sveikatos technologijų vertinimas, tikslinės grupės.

ĮVADAS

Sveikatos priežiūrai skiriamų išteklių ribotumas ir vykstant mokslo pažangai atsirandančių sveikatos inovacijų sklaida verčia ieškoti būdų, kaip užtikrinti, kad sveikatos politikos formavimo centre būtų saugios, veiksmingos ir efektyvios sveikatos technologijos.

Dėl šios priežasties sveikatos technologijų vertinimas (toliau – STV) tampa neatsiejama sveikatos politikos dalimi daugelyje Europos šalių [1]. STV tikslas – suteikti naudingos, moksliniais įrodymais pagrįstos informacijos, kuri praverstų sveikatos priežiūros politikams, priimančioms strateginius sprendimus, taip pat ir gyventojams, norintiems daugiau žinoti apie saugias ir aukštos kokybės sveikatos priežiūros technologijas [2]. Lietuvoje apie tarptautinę STV praktiką pradėta diskutuoti 1990–1992 m. [3] ir jau 1994 m. priimtas Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, kurio 54 straipsnyje įteisinta prievolė vertinti asmens ir visuomenės sveikatos technologijas [4]. Tačiau

Adresas susirašinėti: Raimonda Janonienė
Higienos instituto
Visuomenės sveikatos technologijų centras
Didžioji g. 22, 01128 Vilnius
El. p. raimonda.janoniene@hi.lt

norint praktiškai taikyti šią įstatyminę nuostatą kyla nemažai iššūkių – trūksta išsamesnio reglamentavimo, kas ir kaip turėtų atlikti vertinimus, nėra institucijos, kuri koordinuotų šią veiklą [5]. Dėl šios priežasties Lietuvoje kol kas yra tik sveikatos priežiūros technologijų vertinimo užuomazgos. Siekiant užtikrinti aukštą sveikatos paslaugų kokybę, novatorišką požiūrį į sveikatos priežiūrą bei efektyvų sveikatos priežiūros išteklių naudojimą, reikia sistemaiškai vertinti sveikatos priežiūros technologijas [2].

Europos sveikatos technologijų vertinimo tinklo (angl. *European Network for Health Technology assessment*, EUneHTA) duomenimis, Europos šalyse didžiausias dėmesys skiriamas vaistams, medicinos prietaisams, diagnostikos ir gydymo procedūroms vertinti. Tačiau šios tendencijos keičiasi – vis dažniau sveikatos technologijas vertinančios institucijos imasi sudėtingesnių technologijų: sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, ankstyvosios diagnostikos programų ir reabilitacijos vertinimo [6–9]. Lietuvoje vykdyti sveikatos priežiūros technologijų vertinimą ir organizavimą pavesta Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai, kurios viena iš veiklos krypčių – naujų ir brangių sveikatos priežiūros technologijų, susijusių su medicinos prietaisais, analizė [10]. Siekdamas užtikrinti, kad Lietuvoje būtų atliekamas ir visuomenės sveikatos priežiūros technologijų vertinimas, Higienos institutas parengė ir šiuo metu vykdo ES lėšomis finansuojamą projektą „Visuomenės sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, diegiant visuomenės sveikatos technologijų vertinimo sistemą ir nepageidaujamų įvykių registravimo sistemą“, kurio vienas iš strateginių tikslų – sukurti ir įdiegti visuomenės sveikatos technologijų vertinimo sistemą Lietuvoje [11].

Pagrindinė sąlyga, padedanti užtikrinti sėkmingą STV sistemos funkcionavimą, – jos priimtumas suinteresuotoms šalims, kurios apibrėžiamos kaip „*individai, grupės arba organizacijos, turinčios interesą ir potencialią galimybę daryti įtaką organizacijos, projekto arba politikos krypčių tikslams arba veiksmams*“ [12]. Suinteresuotų šalių įtraukimas į STV procesą sukuria palankias prielaidas bendradarbiauti, padeda formuoti platesnį pasitikėjimą STV procesu ir rezultatais bei pritraukti žmogiškuosius išteklius, kurie ypač svarbūs siekiant sukurti aukštos kokybės standartus atitinkančią STV sistemą [13, 14].

Vykdamas projektą atliktas kokybinis tyrimas, kurio tikslas – atskleisti suinteresuotų šalių: sveikatos administratorių, visuomenės sveikatos specialistų ir mokslininkų – požiūrį į visuomenės sveikatos technologijų vertinimą Lietuvoje.

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Tyrimui atlikti pasirinktas sutelktų tikslinių grupių (angl. *focus group*) metodas [15]. Sutelktų tikslinių grupių tyrimo dalyviai parinkti taikant netikimybinę patogiąją imtį. Imties vienetai konkrečiai grupei buvo atrinkti pagal grupei nustatytus kriterijus. Tyrime buvo apklaustos trys sutelktos tikslinės grupės. Pirmąją grupę sudarė 6 tyrimo dalyviai, užimančios pareigas ir dirbantys Pasaulio sveikatos organizacijos biure Lietuvoje, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijoje, Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centre ir Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamente (toliau – sveikatos politikai ir administratoriai, SPA). Antrąją grupę sudarė 6 asmenys – įvairių sričių visuomenės sveikatos priežiūros specialistai, dažnai išsakantys ekspertinę nuomonę visuomenės sveikatos klausimais ir dirbantys Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centre, Vilniaus miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biure, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijoje, Nacionaliniame maisto ir veterinarijos rizikos vertinimo institute (toliau – visuomenės sveikatos priežiūros specialistai, VSPS). Trečiąją grupę sudarė 5 asmenys, turintys mokslų daktaro laipsnį, sukaupę mokslinio tiriamojo darbo patirties ir dirbantys Higienos institute, Lietuvos sveikatos mokslų universitete ir Vilniaus universitete (toliau – sveikatos mokslininkai ir tyrėjai, SMT).

Duomenų rinkimas. Tyrimui atlikti 2013 m. rugsėjo 17 d. Vilniuje organizuotas 1 dienos trukmės seminaras-diskusija. Renginio dalyviai supažindinti su Higienos instituto vykdomu ES finansuojamu projektu ir paaiškinta, koks yra diskusijų tikslas. Dalyviai buvo informuoti, kad diskusijos bus įrašomos į diktofoną, tačiau diskusijų garso įrašai, transkribuoti tekstiniai dokumentai nebus platinami ir viešai prieinami, išskyrus tyrimą vykdančius asmenis. Nenorintiems tyrime dalyvauti asmenims buvo suteikta galimybė pasitraukti, tačiau tokių nebuvo. Diskusijoms grupėse vadovavo moderatoriai. Siekiant sumažinti galimą jų įtaką diskusijos eigai ir tyrimo rezultatams, moderatoriams buvo duoti iš anksto parengti diskusijų klausimai, informuojant, kokia tvarka juos pateikti tyrimo grupėms. Visoms trimis grupėms buvo užduodami tie patys klausimai. Moderatorių buvo prašyta neinterpretuoti dalyvių pasisakymų diskusijos grupėje metu.

Tyrimo dalyvių požiūrį į VST vertinimą Lietuvoje buvo siekiama atskleisti diskutuojant apie: a) asmens ir visuomenės sveikatos technologijų sampratą (kokius asmens ir visuomenės sveikatos technologijų skirtumus mato tyrimo dalyviai, kokias sveikatos technologijas būtų galima priskirti visuomenės

sveikatos technologijoms); b) įstatyminės nuostatos, draudžiančios naudoti neįvertintas ir neapčiuotas asmens ir visuomenės sveikatos technologijas, vykdymą; c) VST vertinimo Lietuvoje organizavimą: kas turėtų būti VST vertinimo užsakovai, kokių institucijų ir organizacijų atstovai turėtų dalyvauti vertinimo procese, kas turėtų finansuoti VST vertinimą ir koks turėtų būti vertinimo rezultatų pobūdis (informacinis, rekomendacinis, privalomas).

Duomenų tvarkymas ir analizė. Diskusijų grupėse garso įrašai buvo transkribuoti į tekstinę MS Word dokumentą, naudojant pažodinės transkripcijos metodą. Vėliau buvo atlikta dokumento turinio analizė. Siekiant struktūrinti ir paprastinti turinio suvokimą, analizė atlikta etapais: a) daugkartinis dokumento skaitymas ir akcentų paieška; b) akcentų ir

pasakymų citatų išskyrimas; c) išskirtų segmentų ir citatų perkėlimas į atskirą dokumentą; d) panašaus turinio segmentų ir citatų grupavimas; e) bendrybių (kategorijų ir subkategorijų) įvardijimas, ieškant geriausio diskusijos apibendrinimo konkrečiu klausimu; f) pasakymų, frazių ir vartotų terminų palyginimas su specialioje literatūroje vartojamais ieškant atitikties, kuri parodytų, jog diskusijos dalyviai supranta VST vertinimo objektą, tikslus ir uždavinius; g) nuomonių, išsakytų trijose grupėse, palyginimas.

REZULTATAI

Tyrimo dalyvių nuomonė apie asmens ir visuomenės sveikatos technologijų skirtumus

Remdamiesi savo žiniomis ir patirtimi tyrimo dalyviai apibūdino, kaip jie supranta asmens ir visuomenės

1 lentelė. Asmens ir visuomenės sveikatos technologijų skirtumai

Kategorija	Subkategorija	Diskusijos citata ¹	Grupė
AST ir VST skiriasi pagal taikymo tikslą	Technologijos, skirtos ligų prevencijai, priskirtinos VST	„Pavyzdžiui, prevencijos sritis, imkim psichoaktyvių medžiagų vartojimą, <...> tai jinau <...> būtų prie visuomenės sveikatos priežiūros technologijų.“	SPA
		„Visuomenės sveikatos technologijas mes suprantame kaip ligų prevencijos priemones.“	SMT
		„<...> skiepai yra prevencinė priemonė ir priskiriama visuomenės sveikatos priežiūros [technologijoms].“	SMT
		„<...> sveikatos stiprinimą priskirčiau visuomenės sveikatos technologijoms.“	SPA
	Technologijos, skirtos sveikatai stiprinti, saugoti ir ugdyti, priskirtinos VST	„Bet kurios sveikatos stiprinimo programos, prevencinės programos, kurios yra skirtos sveikatos išsaugojimui.“	SMT
		„<...> technologijos, reikalingos saugai, sveikatos ugdymui ir stiprinimui. Galbūt dar profilaktinės priemonės.“	VSPS
	Technologijos, skirtos stebėsenai, priskirtinos VST	„<...> jei kalbėtume apie vaistus, <...> [apie jų] efektyvumą asmens sveikatos [priežiūroje], galime kalbėti vadovaujantis klinikiniais tyrimais, o visuomenės sveikatos [priežiūroje] <...> [technologija] būtų stebėseną po to, kai vaistas pateko į rinką ir yra vartojamas, sąveikauja su kitais vaistais <...>.“	SPA
		„[Technologijos skirtos] sveikatos stiprinimui ir stebėsenai.“	VSPS
	Technologijos, skirtos antrinei prevencijai, priskirtinos AST	„<...> asmens sveikatos [technologijos], vis tiek jau labiau su <...> antrine prevencija [susijusios].“	SPA
	Technologijos, skirtos gydymui, priskirtinos AST	„Asmens sveikatos technologijos, pagal <...> bendrą supratimą, tai yra gydymo technologijos.“	SPA
	„Vaistas yra gydymui skirta technologija, todėl, mano manymu, tai yra asmens sveikatos technologija.“	SMT	
AST ir VST skiriasi pagal sveikatos priežiūros taikymo lygmenį ir tikslą	Technologijos, taikomos pirmiame lygyje, skirtos profilaktikai ir prevencijai, priskirtinos VST	„Visuomenės sveikatos technologijos [susijusios] su <...> pirminiu lygiu, <...> su prevencija visa. Su prevencija, su profilaktika, su veiksmų įtaka [sveikatai].“	SPA
AST ir VST skiriasi pagal taikymo tikslinę grupę	Technologijos, nukreiptos į vieną asmenį, yra AST, skirtos visai populiacijai – priskirtinos VST	„<...> jei [technologija] taikoma vienam asmeniui – tai asmens sveikatos technologija.“	VSPS
AST ir VST skiriasi pagal taikymo mastą	Technologijos, apimančios organizacines sveikatos paslaugų teikimo priemones, priskirtinos VST	„<...> esminis skiriamasis [VST ir AST] bruožas yra organizaciniai dalykai, vadybiniai dalykai ir visi kiti. Medicinos pagalbos priėmimas yra visuomenės sveikatos objektas <...>.“	VSPS
		„Skiepijimas, t. y. pats procesas, vienareikšmiškai priskiriamas prie asmens sveikatos technologijų, o jau programos organizavimas – prie visuomenės sveikatos technologijų.“	VSPS
Dalis technologijų gali būti priskirtos AST ir VST	Technologijos, skirtos ankstyvajai diagnostikai, priskirtinos ir VST, ir AST	„<...> ankstyva diagnostika, kuri rišasi labai su prevencija ir ankstyvuoju gydymu <...>, jautri sritis, kuri šiai dienai gali būti priskirta ir ten [visuomenės sveikatos technologijoms], ir ten [asmens sveikatos technologijoms].“	SPA

¹ Citatų kalba netaisyta.

sveikatos technologijas ir kokius išvelgia šių technologijų skirtumus. Vardydami požymius, kurie, jų nuomone, padėtų kiek aiškiau apibrėžti, kokios sveikatos technologijos galėtų būti priskirtos VST, akcentavo jų taikymo tikslą, mastą, tikslinę grupę, sveikatos priežiūros lygmenį, kur technologija taikoma, ir kt. Tyrimo dalyviai atkreipė dėmesį, kad VST išprausti į griežtus rėmus nėra paprasta, „pakeist žmogaus gyvenimą, elgseną yra menas, o ne vien technologijos“ (VSPS grupė). Visos trys grupės vieningai sutarė, kad technologijos, skirtos sveikatai stiprinti, saugoti ir ugdyti, yra priskirtinos VST. VSPS nuomone, technologijos, apimančios sveikatos paslaugų teikimo organizacines priemones, taip pat turėtų būti priskiriamos VST. SPA grupės dalyviai išskyrė ankstyvąją diagnostiką kaip sritį, kurioje taikomas intervencijas galima priskirti tiek VST, tiek asmens sveikatos technologijoms (toliau – AST) (1 lentelė).

Visų trijų grupių tyrimo dalyviai pastebėjo, kad nėra paprasta pasakyti, kokios sveikatos technologijos priskirtinos asmens sveikatos, o kokios – VST, kadangi „visuomenės sveikatos klausimai apima ir asmenis, ir visuomenę“ (SPA grupė), be to, „pasaulinėje literatūroje visa sveikatos sistema vadinama visuomenės sveikata“ (SMT grupė). Tyrimo dalyviai abejojo, ar iš viso tikslinga sveikatos technologijas skirstyti į asmens ir visuomenės sveikatos. „Jie [švedai] nestato klausimo, ar gydymo metodika – tai visuomenės sveikatos technologija ar asmens. <...> jie tiesiog pasiima problematiką, kurią vertina. Todėl ir mano būtų klausimas – ko [skirstymu] norima pasiekti“ (SPA grupė).

Tyrimo dalyvių nuomonė apie tai, ar įstatyminė nuostata, draudžianti naudoti neįvertintas ar neapčiuotus asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros technologijas, yra įgyvendinta. VSPS grupės dalyvių nuomone, tik dalis Lietuvoje taikomų VST yra įvertintos. Pagrindinė priežastis: „Neįmanoma patvirtinti [įvertinti] visas VST <...>, mes galime pasitvirtinti atskiras technologijas, be ne visas.“ Jų nuomone, „turėtų būti apibrėžti kriterijai, kurias sritis reikėtų vertinti, ar tai būtų intervencijos, ar tam tikri sprendimai, ar kompetencijos“. Pritardami išsakyta nuomonei, kiti VSPS grupės dalyviai pasiūlė, kad tik valstybės pripažintos technologijos turėtų būti vertinamos: „Tai, ką daro valstybė, žmogus turėtų žinoti, kad tai saugu ir geriau, o visa kita, kas nepraėjo pro valstybės filtrą, valstybė neatsako.“

SPA grupės nuomone, šiandien taikomos ir valstybės finansuojamos VST yra įvertintos („teorinė bazė yra paruošta, finansuojama tai, kas yra įvertinta ar mūsų, ar pasaulinės praktikos“). Tačiau šalyje naudojamos ir valstybės nefinansuojamos technologijos, pvz., D. Kepenio sveikatos mokykla: „Kiek ją žmonių praėjė – tūkstančiai. Ar ta technologija įvertinta? Ne. Bet valstybė jam nemoka.“

SMT grupės dalyvių nuomone, Lietuvoje taikomos neįvertintos VST „...jos daugiau „intuition based“ metodu [remiantis intuicija] įgyvendinamos, negu kad „evidence based“ metodu [remiantis įrodymais] <...>“. Kiti šios grupės dalyviai atkreipė dėmesį į tai, kad egzistuoja „mažos išimties: ankstyvos [susirgimų] diagnostikos programos, ligonių kasų užsakymu, buvo vertintos kaip visuomenės sveikatos technologijos <...>“.

2 lentelė. Neįvertintų ar neapčiuotų visuomenės sveikatos technologijų taikymo Lietuvoje priežastys

Kategorija	Subkategorija	Diskusijos citata	Grupė
Trūksta supratimo, kas yra VST	Nėra VST sąvokos apibrėžimo	„Mes neturime <...> apibrėžimo, kas tai yra VST <...>. <...> mes darom bet kokias veiklas, remdamiesi savo intuicija ir žiniomis, bet aš nežinau, ar jos tuo požiūriu būtų laikomos [visuomenės sveikatos] technologijomis.“	SMT
Nėra VST vertinimo ir aprobavimo sistemos	Nėra institucijos, kuri galėtų atlikti VST vertinimą	„Mes neturim instituto <...>, kuris vertintų...“	SPA
	Nesukurta VST aprobavimo procedūra	„Švietimo ir mokslo ministerija aprobuoja ir tvirtina [mokyamų] programas, bet mūsų srityje tokios [institucijos], kuri tvirtina, nėra. [Sveikatos apsaugos ministerija] tokio patvirtinto mechanizmo <...> neturi.“	VSPS
Nėra poreikio vertinti	Pasitikima užsienio šalyse atliktų technologijų vertinimo rezultatais	„Mes paimam jau įvertintas technologijas, pavyzdžiui, kitur jau, užsienyje.“	SPA
		„Mūsų šalyje yra tik 3 mln. gyventojų ir mes visada remsimės kitų šalių patirtimi, todėl visų smulkių vertinimų tikrai nedarysime.“	SMT
	„<...> kalbant apie VST, jos turi būti išbandytos Lietuvoje arba kitose šalyse, ir kad būtų įrodytas jų poveikis, efektyvumas. Pavyzdžiui, OLWEUS patyčių prevencijos programa, visi galvoja, kad ji labai gera, nes kai kuriose šalyse jau davė efektą. Tai tokią programą, manau, būtų galima saugiai leisti į mūsų mokyklas.“	VSPS	
VST vertinimui teikiama per mažai reikšmės		„Su visuomenės sveikata yra viskas paprasta <...>, mes neturime visuomenės sveikatoje nesaugių dalykų.“	SMT

Diskusijų grupėse metu išvardytos priežastys, kodėl Lietuvoje naudojamos neįvertintos ar neaprobintos visuomenės sveikatos technologijos (2 lentelė).

Tyrimo dalyvių nuomonė apie visuomenės sveikatos technologijų vertinimo organizavimą Lietuvoje

Visuomenės sveikatos technologijų vertinimo užsakovai. Reikšdami nuomonę, kas turėtų būti VST vertinimo užsakovai, VSPS grupės dalyviai akcentavo, kad „<...> pagrindiniai vertinimo užsakovai turėtų būti politikos formuotojai“. Šios grupės dalyviai įvardijo ir konkrečias institucijas: Sveikatos apsaugos ministeriją ir jai pavaldžias įstaigas, Aplinkos ministeriją, Susisiekimo ministeriją ir kt. SMT grupė buvo dar konkretesnė: „Kaip rodo tarptautinė patirtis, <...> „muziką“ užsakinėja [sveikatos apsaugos] ministerija, nes tai yra [sveikatos] politiką formuojanti institucija.“ SPA grupės dalyvių nuomone, galimybė teikti užsakymus vertinti VST turėtų būti suteikta ir savivaldybėms (3 lentelė).

SPA grupės dalyvių nuomone, užsakymus vertinti VST galėtų teikti visuomenė, tačiau šios grupės tyrimo dalyviai vieningai sutarė, kad tokia galimybė neturėtų būti suteikta privačioms įstaigoms: „Privačios

[įstaigos] tai tikrai ne.“ VSM grupės dalyvių pozicija privačių užsakymų atžvilgiu buvo nuosaikesnė, tačiau jie taip pat prioritetą teikė valstybinių įstaigų užsakymams: „<...> [vertinimą atliekanti institucija] turėtų iš esmės koncentruotis į valstybinį užsakymą ir daug nesiblaškyti su smulkiais privačiais užsakymais <...>“.

Visuomenės sveikatos technologijų vertinimo dalyviai. Tyrimo dalyviai, diskutuodami apie tai, kas turėtų dalyvauti vertinant VST, išvardijo visą spektrą dalyvių, kurie apima pagrindines suinteresuotų šalių grupes (4 lentelė).

Diskusijose grupės pabrėžė, kad vertinimo procese turėtų dalyvauti specialistai ir ekspertai, gerai išmanantys sritį, kuriai priklauso vertinama technologija. SPA grupės tyrimo dalyviai atkreipė dėmesį, kad labai svarbu užtikrinti, jog vertinimo procesas nebūtų politizuotas: „Dėl politikų [dalyvavimo vertinime], tai tikrai suabejočiau. Vis tik technologijų vertinimas turėtų būti nepolitizuotas.“

Visuomenės sveikatos technologijų vertinimo finansavimas. Diskutuojant apie tai, kas turėtų finansuoti VST vertinimą, didžioji dalis tyrimo dalyvių manė, kad tai turėtų būti daroma valstybės lėšomis, nors neatmetė ir kitų finansavimo variantų (5 lentelė).

3 lentelė. Visuomenės sveikatos technologijų vertinimo užsakovai

Kategorija	Subkategorija	Diskusijos citata	Grupė
Nacionalinio lygmens politiką formuojančios institucijos	Vyriausybė ir jos įgaliota institucija	„Ne vien SAM, o Aplinkos ministerija, Susisiekimo [ministerija]? Tiksliau, tai gali būti Vyriausybė ir jos įgaliota institucija.“	VSPS
	SAM arba jos įgaliota institucija	„SAM suteikti įgaliojimai pavaldžioms įstaigoms...“	VSPS
		„<...> „muziką“ užsakinėja [Sveikatos apsaugos] ministerija, nes tai yra [šios srities] politiką formuojanti institucija <...>“.	SMT
Paslaugų teikėjai ir gavėjai	Savivaldybės, visuomenė / bendruomenės	„Savivaldybės [taip pat] <...> galėtų.“	SPA
		„Visuomenė, teisingai... bendruomenės.“	SPA
Visi	Bet kuri institucija, kuri finansuoja vertinimą	„Tas, kas moka pinigus, kas asignavimus skiria, tas turėtų ir būti [vertinimo užsakovas].“	SPA

4 lentelė. Visuomenės sveikatos technologijų vertinimo proceso dalyviai

Kategorija	Subkategorija	Diskusijos citata	Grupė
Suinteresuotos šalys	Vertinimo užsakovai	„Procese dalyvauja, aišku, užsakovas, <...> mokslininkai, vertintojai.“	SPA
	Mokslininkai, ekonomistai	„Mokslo akademija.“ „Economistai, kurie vertintų ekonomines pasekmes, bioetikos atstovai...“	SPA
	Tos srities, kuriai priklauso vertinama technologija, specialistai	„Priklausomai nuo to, kokia technologija vertinama, tos srities profesionalai, specialistai.“	VSPS
	Visuomenė (kaip paslaugos gavėjas)	„<...> specialistai tos technologijos <...>, jei vertinam technologiją [pavyzdžiui] dantų plombą, tai [turėtų dalyvauti] odontologai...“	SPA
	Verslo atstovai	„<...> gali būti ir visuomenės <...>atsiklausta, ką jiniai galvoja. Jeigu, pavyzdžiui, švietimo technologija, tai gal pasižiūrėti, ar jiniai priimtina, ar poveikis yra kažkoks...“	SPA
		„Jei tai maisto srities technologija, tai turėtų dalyvauti mitybos, sveikatos specialistai, ekonomistai, verslo atstovai.“	VSPS

5 lentelė. Kas turėtų finansuoti visuomenės sveikatos technologijų vertinimą

Kategorija	Subkategorija	Diskusijos citata	Grupė
Užsakovas	Valstybinės institucijos	„<...> asignavimų valdytojas, kuris skiria užduotis [atlikti vertinimą] <...>.“	SPA
		„<...> jei šnekam apie VST, tai ne tik SAM <...>, bet ir kitos ministerijos gali būti užsakovais ir finansuotojais <...>.“	
	Privatios institucijos	„Jeigu eina kalba apie valstybinį užsakymą, tai turėtų būti finansuojama valstybės lėšomis <...>.“	SMT
		„<...> vyriausybė ir jos įstaigos <...>.“	VSPS
Savivaldybės	„<...> jei ateina interesus iš privatinės institucijos, tai jie ir turėtų mokėti.“	SMT	
		„<...> savivaldybė, jeigu, pavyzdžiui, [nori atlikti] gyvenamosios tyrimą <...> ir pasižiūrėti, ar toji technologija, kuri [taikoma] yra efektyvi.“	SPA
Europos Sąjungos institucijos	Europos Komisija	„Pavyzdžiui, Europos Komisijos visuomenės sveikatos programa <...>, bet ten reikia laimėti projektą <...>, kad būtų kažkokios technologijos vertinamos.“	SPA

6 lentelė. Koks turėtų būti vertinimo rezultato pobūdis

Kategorija	Subkategorija	Diskusijos citata	Diskusijos grupė
Priklauso nuo vertinimo išvadų	Jei vertinimo rezultatas teigiamas, rekomendacinio pobūdžio	„Neigiamo įvertinimo [rezultato] statusas turėtų būti privalomojo, o teigiamo – rekomendacinio pobūdžio.“	VSPS
	Jeif vertinimo rezultatas neigiamas, privalomojo pobūdžio	„Jeif vertinama jau <...> vykdoma technologija, ir išvados yra neigiamos, tuomet [vertinimo rezultatas] turi būti privalomojo pobūdžio, nes kitaip bus švaistomos lėšos.“	VSPS
		„<...> gaunam informaciją, kad <...> technologija yra bloga, sakysim, neveikia. Tada išbraukiam iš sąrašo arba sakom – taisykit.“	SPA
Priklauso nuo vertinamos technologijos	Jeif vertinama nauja technologija (neįdiegta), rekomendacinio pobūdžio	„Jeif technologija <...> įvertinta prieš jos [taikymą], tuomet [vertinimo rezultato] statusas turėtų būti rekomendacinio pobūdžio.“	VSPS
Priklauso nuo vertinimo finansavimo šaltinio	Jeif vertinimas finansuojamas valstybės lėšomis, privalomojo pobūdžio	„Jeif vertinimas vyksta valstybinių lygiu, valstybės lėšomis, tai [vertinimo rezultato] statusas turėtų būti privalomojo pobūdžio.“	VSPS
Neturėtų būti iš anksto nustatytas	Sprendimą turi priimti užsakovas	„<...> vertinimai paprastai būna rekomendacinio pobūdžio, nes ne visada būna vienareikšmiškas atsakymas, <...> sprendimų priėmėjas dažniausiai nusprendžia. Valstybės institucija, vertindama <...> ekonominį [poveikį], riziką, naudą, socialinį poveikį, sprendžia, ar ta technologija gali būti finansuojama ir realizuojama.“	SPA
		„<...> vertinamo rezultato statusas – tai tiesiog ataskaita su padarytomis argumentuotomis išvadomis <...>. Tai yra atiduodama užsakomajai institucijai, ar tai būtų ministerija, ar vyriausybė, kuri toliau užtikrina vertinamo objekto tolesnę eigą ir baigtį.“	MT

Kai kurie SMT grupės dalyviai įžvelgė privataus sektoriaus dalyvavimo finansuojant pavojus, susijusius su galimu spaudimu dėl įvertintų VST diegimo: „Jeif [vertinimo] sistema funkcionuos taip, kad <...> bele kas gali sumokėti pinigų, mes juos gavę [atliekam vertinimą] ir [rezultatus] pateikiame ministerijai, o ji sako, kad mes tokių didelių pinigų [technologijai įgyvendinti] neturime, tai sistema neveiks.“ SPA grupės dalyviai mano, kad „<...> turėtų būti <...> technologijų vertinimo programa padaryta, kuri skirta keleriems metams, būtų nustatytos ir užduotys, ir planas vertinimų, uždaviniai“. Ją turėtų rengti Sveikatos apsaugos ministerija, lėšų programai įgyvendinti skirtų Finansų ministerija.

Visuomenės sveikatos technologijų vertinimo rezultatų pobūdis. Visose grupėse vyravo nuomonės,

kad vertinimo rezultatų pobūdis (*privalomas, rekomendacinis ar informacinis*) turėtų priklausyti nuo vertinimo išvadų, vertinamos technologijos ir technologijos vertinimo finansavimo šaltinio. SMT ir SPA grupių nuomone, vertinimo rezultatų pobūdžio nereikia iš anksto apibrėžti, o apsisprendimo laisvė, ar į rezultatus atsižvelgti, turėtų būti palikta vertinimo užsakovams (6 lentelė).

REZULTATŲ APTARIMAS

Inicijuojant visuomenės sveikatos technologijų vertinimą Lietuvoje svarbu sutarti dėl vertinimo objekto, t. y. kokios sveikatos technologijos priskirtinos VST. Tyrimo metu buvo siekiama išsiaiškinti, kaip skirtingoms visuomenės sveikatos veiklos sritims atstovaujantys tyrimo dalyviai supranta asmens ir visuomenės sveikatos

technologijas. Tyrimo dalyviai, remdamiesi savo praktinėmis žiniomis ir patirtimi, vardijo įvairius požymius, kurie, jų manymu, galėtų padėti išskirti VST iš bendros sveikatinimo veiklai priskirtinų technologijų grupės. Visų trijų grupių tyrimo dalyviai vieningai sutarė, kad nėra paprasta atsakyti, kokios sveikatos technologijos priskirtinos asmens sveikatos priežiūrai, o kokios – visuomenės sveikatos priežiūrai, ir abejojo, ar iš viso tikslinga sveikatinimo veiklą skirstyti į asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą. Tarptautinio sveikatos technologijų vertinimo organizacijų bendradarbiavimo tinklo (angl. *International Network of Agencies for Health Technology Assessment*, INAHTA) dalyviai sveikatos technologiją apibrėžė kaip bet kokią intervenciją, kuri gali būti panaudota sveikatai stiprinti, ligoms išvengti, diagnozuoti, gydyti, sveikatai atgauti ar ilgą laiką ją rūpintis. Tai apima sveikatos priežiūrai naudojamus vaistinius preparatus, prietaisus, procedūras ir organizacines sistemas [16]. Pasaulio sveikatos organizacija sveikatos technologijas apibrėžia kaip žinių ir įgūdžių apie įrangą, vaistus, vakcinas, procedūras ir sistemas taikymą, sprendžiant sveikatos problemą ir gerinant gyvenimo kokybę [17]. Taigi tyrimo dalyvių išsakyta nuomonė visiškai atitinka pasaulyje paplitusią sveikatos technologijų sampratą, kuri apima visą sveikatinimo veiklą, o ne vieną atskirą fragmentą.

Tyrimo dalyviai, vardydami požymius, kurie galėtų padėti atskirti VST nuo AST, akcentavo technologijų taikymo tikslą, sveikatos priežiūros lygmenį, kuriame technologija yra taikoma, technologijos taikymo tikslinę grupę, mastą ir taikymo reglamentavimą. Visų trijų tyrime dalyvavusių grupių nuomonės sutapo, kad technologijos, skirtos sveikatai stiprinti, saugoti ir ugdyti, yra priskirtinos visuomenės sveikatos technologijoms. Mokslininkų ir sveikatos politikų / administratorių nuomone, technologijos, skirtos ligų prevencijai, pavyzdžiui, skiepai, taip pat yra priskirtinos visuomenės sveikatos technologijų vertinimo objektui, nors Sveikatos sistemos įstatymas prevencinę mediciną, įskaitant užkrečiamųjų ligų imunoprofilaktiką, priskiria asmens sveikatos priežiūrai [18]. Visuomenės sveikatos specialistų grupės nuomone, tikslinė technologijų taikymo grupė ir taikymo mastas galėtų būti tie požymiai, kurie padėtų priskirti technologijas visuomenės sveikatos ar asmens sveikatos priežiūros sritims. Šioje grupėje diskutavę tyrimo dalyviai buvo įsitikinę, kad technologijos, nukreiptos į visą populiaciją arba tam tikrą populiacijos grupę, taip pat technologijos, susijusios su sveikatos priežiūros organizavimo ir valdymo aspektais, yra priskirtinos VST vertinimo objektui.

Tyrimo dalyvių išsakytos mintys apie technologijas, priskirtinas visuomenės sveikatai, iš esmės atitinka tarptautinę praktiką. Pavyzdžiui, Jungtinės Karalystės Nacionalinis sveikatos ir klinikinės kokybės institutas (angl. *National Institute for Health and Clinical Excellence*, NICE) VST apibrėžia kaip tam tikrą veiklą / priemones ar jų kompleksą, taikomą siekiant pagerinti ar išsaugoti sveiką gyvenimo būdą bei sumažinti ligų rizikos veiksnių poveikį [19]. Įprastai visuomenės sveikatos intervencijomis laikomos priemonės, kurios yra taikomos ne asmeniui, o bendrajai populiacijai ir dažniausiai apima pirminės ir antrinės, rečiau tretinės profilaktikos priemones ar programas [20, 21]. Pirminės profilaktikos intervencijomis laikomos priemonės, kuriomis siekiama stiprinti sveikatą ir išvengti ligų, šalinant ligų priežastis ir rizikos veiksnius [22]. Antrinės profilaktikos intervencijoms dažniausiai priskiriamos ankstyvosios diagnostikos priemonės [22]. Pavyzdžiui, šalyse plačiai taikomos gimdos kaklelio [23], krūties vėžio [24] ir kitos ankstyvosios diagnostikos programos ar jų priemonės. Tretinės profilaktikos intervencijoms priskiriamos priemonės, kurias taikant siekiama išvengti ligų ar jų poveikio jau esant tam tikriems simptomams [22]. Pavyzdžiui, mitybos gerinimo programos ar priemonės asmenims, sergantiems diabetu, siekiant išvengti ligų komplikacijų.

Tyrimo dalyviai buvo vieningi teigdami, kad Lietuvoje yra naudojamos neįvertintos (neapbruotos) VST, o įvertintų VST naudojimas sudaro „mažas išimtis“. Jų nuomone, neapbruotų ar neįvertintų VST naudojimo priežastys susijusios su menku supratimu apie tai, kas yra VST, be to, Lietuvoje nėra institucijos, kuri atliktų reikalingus vertinimus. Tyrimo dalyviai mano, kad tam turi įtakos ir VST specifika – didžioji dalis VST yra saugios, todėl jų vertinimui teikiama per mažai reikšmės. Literatūros duomenimis, visuomenės sveikatos intervencijos sudaro mažą atliekamų vertinimų dalį [25]. Pavyzdžiui, Švedijos sveikatos technologijų vertinimo agentūros vykdyto ECHTA/ECAHI projekto metu buvo nustatyta, kad 2001 m. sveikatos technologijų vertinimo įrašų duomenų bazėse visuomenės sveikatos technologijų vertinimai sudarė vos 11 proc. [20]. Ir nors per pastarąjį laikotarpį dėmesys visuomenės sveikatai išaugo, nedaug sveikatos technologijas vertinančių agentūrų imasi vertinti visuomenės sveikatos technologijas. Pagrindinės priežastys, kodėl VST vertinimo apimtys yra nedidelės, labiau sietinos ne su požiūriu į šias technologijas, kaip mano tyrimo dalyviai, o su metodologinėmis vertinimo problemomis [26, 27].

Diskutuodami apie Lietuvoje kuriamą VST vertinimo sistemą, tyrimo dalyviai sutartinai tvirtino, kad pagrindinis VST vertinimo užsakovas ir finansuotojas turėtų būti valstybė, konkrečiai – Sveikatos apsaugos ministerija ar kitos politiką formuojančios institucijos. Tyrimo dalyvių nuomone, verslo įmonėms, paslaugų teikėjams ir visuomenei turėtų būti sudarytos sąlygos teikti pasiūlymus dėl vertintinų VST. Tyrimo dalyvių išsakyta nuomonė dėl VST vertinimo užsakovų iš dalies atitinka tarptautinę praktiką. EUnetHTA atlikto tyrimo duomenimis, dauguma pasaulyje veikiančių STV agentūrų yra pelno nesiekiančios įmonės, kurių steigėjai – vyriausybė, jos įgaliotos institucijos arba universitetai [25]. Didesnė praktikos įvairovė užsienio šalyse stebima dėl galimybės teikti vertintinų technologijų pasiūlymus. Pavyzdžiui, Belgijoje, Jungtinėje Karalystėje, Švedijoje pasiūlymų teikimo procesas yra viešas, pasiūlymus gali teikti ir fiziniai asmenys. Danijoje, Vokietijoje ir Suomijoje vertintinų sveikatos technologijų procesas yra uždaras – pasiūlymus teikia ir sprendimus priima sveikatos politikai [28].

Visų tyrime dalyvavusių grupių nuomonės buvo panašios, kad vertinant VST turi dalyvauti atitinkamos srities specialistai, mokslininkai. Tačiau buvo minimi ir vertinimo užsakovai, paslaugų vartotojai / gavėjai bei kiti suinteresuoti asmenys. Vertinimo dalyvių galimi vaidmenys ir įtaka vertinimo rezultatams nebuvo giliau analizuojami, tačiau užsiminta apie būtinybę sudaryti sąlygas atliekant vertinimus papildomai kviestiti ekspertus ir atskirų sričių specialistus.

Tyrimo dalyvių nuomonės išsiskyrė diskutuojant apie vertinimo rezultatų pobūdį. Dalyviai grupėse siūlė vertinimo rezultatus sieti su vertinimo išvadomis (jei išvada neigiama, rezultatas privalomojo pobūdžio), vertinama technologija (jei vertinama nauja technologija, rezultatas rekomendacinio pobūdžio) arba vertinimo finansavimo šaltiniu (jei vertinimas finansuojamas valstybės lėšomis, rezultatas privalomojo pobūdžio). Mokslininkų grupėje vyravo nuomonė,

kad sprendimą dėl vertinimo rezultatų turėtų priimti pats užsakovas. Kokie konkretūs veiksmai ar sprendimai turėtų būti priimti ir kokių lygmeniu įteisinti, grupės diskutavo skirtingai, tačiau dauguma tyrimo dalyvių sutiko, kad vertinimo rezultatų pagrindu turėtų būti rengiamos rekomendacijos. Užsienio šalyse paplitusi praktika, kad STV institucijos vertinimų rezultatus pateikia užsakovui ir svarstymuose dėl jų įgyvendinimo nebedalyvauja. Tokiu principu veikia Belgijos, Danijos, Vokietijos ir Švedijos STV agentūros [25, 28]. Išimtis yra Jungtinė Karalystė, kurioje NICE, vadovaudamasi vertinimų rezultatais, rengia rekomendacijas, privalomas nacionalinės sveikatos sistemos institucijoms [28, 29].

APIBENDRINIMAS

Inicijuojant VST vertinimą Lietuvoje būtina susitarti, kokios sveikatos technologijos patenka į VST sampratą. Diskusija apie asmens ir visuomenės sveikatos technologijų skirtumus atskleidė, kad visos tyrime dalyvavusios grupės VST vertinimo objektą supranta plačiau, nei teisės aktuose apibrėžiamas visuomenės sveikatos priežiūros turinys. Tyrimo dalyvių nuomone, neįvertintų VST naudojimo Lietuvoje priežastys sietinos tiek su VST specifika, tiek su institucinių pajėgumų atlikti vertinimą stoka. Tyrimo rezultatai parodė, kad sveikatos administratoriai, visuomenės sveikatos priežiūros specialistai ir sveikatos mokslininkai panašiai įsivaizduoja VST vertinimo organizavimą Lietuvoje – esminių nuomonių skirtumų dėl VST vertinimo užsakovų, vertinimo finansavimo, dalyvių vertinimo procese tarp grupių nenustatyta. Didesnė grupių nuomonių įvairovė pastebėta diskutuojant apie vertinimo rezultatų pobūdį, todėl priimant sprendimus dėl VST vertinimo organizavimo Lietuvoje reikėtų skirti didesnę dėmesį gerosios užsienio šalių patirties minėta tema sklaidai.

Straipsnis gautas 2014-02-10, priimtas 2014-03-17

Literatūra

1. World Health Organisation. WHO Regional Office for Europe. Institutionalization of health technology assessment: report on a WHO meeting, 2001. Prieiga per internetą: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/120247/E72364.pdf>.
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. balandžio 26 d. įsakymas Nr. V-330 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. vasario 29 d. įsakymo Nr. V-160 „Dėl sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programos patvirtinimo“ pakeitimo“.
3. Černiauskas G. Sveikatos technologijų vertinimas (STV) Lietuvoje: dabartis ir ateitis. Mykolo Romerio universitetas, Vilnius, 2012.
4. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552. Žin. 1994;63-1231; 1998;112-3099.
5. Jankauskienė D. Sveikatos technologijų vertinimas. Sveikatos politikos kurso paskaitos. Mykolo Romerio universitetas, Vilnius.
6. Petronytė G, Jurkuvėnas V. Sveikatos technologijos ir jų vertinimas. Visuomenės sveikata. 2010;4(51):9-16.
7. John C. O'Donnell, Sissi V. Pham et al. Health Technology Assessment: Lessons Learned from Around the World – An Overview. Value in Health. 2009;12(2). Prieiga per internetą: <<http://www.ispor.org/htaspecialissue/Odonnell.pdf>>.
8. Abinaya Rajan, I.G.-I.a.M.M. Addressing issues in health technology assessment promotion: Motives, enablers, and barriers. International Journal of Technology Assessment in Health Care. 2011;27:55-63.
9. Sorenson C, Drummond M, Kanavos P. Ensuring value for money in health care: The role of health technology assessment in the European Union. 2008;1-179.
10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. kovo 19 d. įsakymas Nr. V-281 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2013–2015 metų strateginio veiklos plano patvirtinimo“. 14 p.
11. <http://www.hi.lt/content/technologijos.html>.
12. Brugha R, Varvasovszky Z. Stakeholder analysis: A review. Health Policy Plan. 2000;15:239-246.
13. Crosby B. Stakeholder analysis: A vital tool for strategic managers. Washington DC: USAID, 1991.
14. Walt G. Can interest groups influence government policy? Health Policy: An introduction to process and power. London: Zed Publications, 1994.
15. <http://www.odi.org.uk/publications/5695-focus-group-discussion>.
16. Tarptautinis sveikatos technologijų vertinimo tinklas (angl. *International Network of Agencies for Health Technology*). Prieiga per internetą: <<http://www.inahta.org/HTA/>>.
17. WHO. Health technologies. WHO resolution. 23 May 2007. WHA60.29.
18. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas 1994-07-19 Nr. I-552, 17 str. 1 d. Žin., 1994;63-1231.
19. Oficiali užklausa, atsakymo Nr. EH38062: Public health terminology. Prieiga per internetą: <www.nice.org.uk/aboutnice/howwe-work/developing-nice-public-health-guidance/developing-nice-public-health-guidance.jsp>.
20. The ECHTA/ECAHI project. Stockholm: SBU, 2001.
21. The Cochrane collaboration. Prieiga per internetą: <http://ph.cochrane.org/sites/ph.cochrane.org/files/uploads/HPPH_systematic_review_handbook.pdf>.
22. The association of faculties of medicine of Canada. Prieiga per internetą: <<http://phprimer.afmc.ca/Part1-theoryThinkingAboutHealth/Chapter4BasicConceptsInPreventionSurveillanceAndHealthPromotion/TheStagesofPrevention>>.
23. Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių finansavimo programos patvirtinimo“. Žin. 2004;104-3856.
24. Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“. Žin. 2005;117-4249.
25. Moharra M, Kubesch N, Estrada MD, Parada A, Cortes M, Espallargues M on behalf of Work Package 8, European Network for Health Technology Assessment and Research (EUnetHTA project). Survey report on HTA organisations. Catalan Agency for Health Technology Assessment, 2008.
26. Banta D, Luce B. Health care technology and its assessment, an international perspective. Oxford: Oxford University Press, 1993.
27. Russell L. Is prevention better than cure? Washinton, DC: The Brookings Institution, 1986.
28. Oregon Health & Science University. „Health technology assessment“. Center for Evidence-based Policy Medicaid Evidence-based Decisions Project (MED). Rapid Review. 2011;1-151.
29. <http://www.nice.org.uk/aboutnice/>.

Public health technology assessment in Lithuania from the point of view of the health administrators, public health specialists and researchers

Raimonda Janonienė, Vaida Aguonytė, Vytautas Jurkuvėnas
Institute of Hygiene

Summary

Objective. To disclose point of view of health administrators, public health specialists and researchers on public health technology (PHT) assessment in Lithuania.

Methods. Qualitative study using focus group method was performed. Convenience sampling method was applied selecting participants (N=17) to attend the focus group discussions. Three different focus groups were composed of individuals, representing: i) health politicians and administrators (HPA); ii) public health specialists (PHS); and iii) health scientists and researchers (HSR).

Results. All three groups had similar opinion that technology for disease prevention and health strengthening and promotion is attributable to PHT. Respondents in PHS group noted that organization and delivery of health services should be assigned to PHT. Respondents in HPA group discussed, that some interventions aimed at early diagnosis should also be assigned to PHT. In PHS and HSR groups participants noted that evaluated and approved technologies represent a small part of all PHT currently used in Lithuania. HPA group respondents pointed out that only PHT financed from sources other than the state budget are not evaluated and approved. Across all groups, respondents discussed a number of reasons why in Lithuania PHT is used without formal assessment: lack of understanding of what is PHT; absence of the institution, responsible for PHT assessment; specifics of PHT – most PHT do not pose a threat to health, therefore little importance is given in their assessment. Respondents in PHS and HSR groups highlighted public institutions, responsible for health policy shaping as the most important customers of PHT assessment. Respondents in HPA group suggested empowering the general public to offer PHT to be assessed. All three groups had similar opinion that financing of PHT assessment should be under the responsibility of PHT assessment customer. Respondents in PHS group had an opinion that a status of PHT assessment results should depend on the final conclusion of the assessment (if negative – result is mandatory), on

technology (if a technology is new – result is advisable) on financing source (if an assessment is financed from public sources – result is mandatory). However, respondents in HPA and HSR groups have been standing at the position to leave final decision on the status of the assessment results under the responsibility of PHT assessment customer.

Conclusions. Before initiating PHT assessment in Lithuania, it is necessary to agree on what health technologies fall under the category of public health technology. Discussions on the differences between individual and public health technologies revealed, that all groups similarly understand PHT appraisal object, which exceeds public health definition established by national legislation. The results of this study indicate that health administrators, public health specialists and researchers similarly imagine PHT assessment organization in Lithuania – substantial differences of opinion on the PHT assessment customers, assessment financing sources and participants in the assessment process were not identified among the groups. The greater diversity of opinions among the groups noted during the debate on the status of the assessment results, therefore making decisions regarding the organization of PHT assessment in Lithuania more attention should be paid on good practice in other countries on this subject diffusion.

Keywords: public health technology, public health technology assessment, focus groups.

Correspondence to Raimonda Janonienė
Institute of Hygiene,
Center of Public Health Technology
Didžioji 22, LT-01128 Vilnius, Lithuania
E-mail: raimonda.janoniene@hi.lt

*Received 10 February 2014,
accepted 17 March 2014*