

INOVACINIŲ MEDICINOS TURIZMO POKYČIŲ ALTERNATYVŲ ATRANKA

ŠARŪNAS BANEVIČIUS¹

Klaipėdos universitetas (Lietuva)

ANOTACIJA

Medicinos turizmas šiuolaikiniame pasaulyje tampa svarbia ūkio šaka, kurio plėtra aktuali ir Lietuvos ekonominiam, socialiniam bei kultūriniam gyvenimui. Lietuvos medicinos turizmo plėtrai yra objektyvios sąlygos: geografinė padėtis, unikali gamta ir švelnus klimatas, gydomieji gamtos išteklių, senos kurortinio gydymo tradicijos bei aukštos kvalifikacijos specialistai. Tačiau Lietuvoje esant tokioms visapusiškoms plėtros sąlygoms ši ūkio šaka visapusiškai neišnaudojama, taigi atsiliekama nuo pirmaujančių šioje srityje šalių. Todėl plėtojant medicinos turizmą, būtina numatyti atrinktų prioritetinių inovacinių pokyčių diegimą, reitinguojant siūlomas alternatyvas.

PAGRINDINIAI ŽODŽIAI: *medicinos turizmas, optimalaus alternatyvaus sprendimo atranka, formalizuotas ekspertinis modifikuotas prioritetų skirstymo ir parinkimo metodas.*

JEL KLASIFIKACIJA: I15; I31; L83.

Įvadas

Medicinos turizmo situacija Lietuvoje ir pasaulyje teoriniu aspektu aktuali analizuoti ir tirti, nes medicinos turizmas vis labiau populiarėja, kadangi glaudžiai susijęs su sveikatos saugojimu ir sveika gyvensena. Kaip pažymi L. Bučinskaitė ir R. Navickienė (2013), medicinos turizmas – tai keliavimas siekiant gauti sveikatinimo ir sveikatingumo paslaugų, kurios ypač populiarios Tailande, Indijoje, Singapūre, Lotynų Amerikos šalyse, Turkijoje, Vengrijoje, Lenkijoje. Medicinos turizmas pritraukia didelius turistų srautus, nes derina gydymą su laisvalaikiu ir malonumu, supažindina su šalies istoriniu-kultūriniu paveldu, aplankant vieną ar kitą šalį.

Medicinos turizmo galimybių analizėje (2012) teigiama, kad medicinos turizmas yra perspektyvi sritis ir Lietuvai, turinčiai kvalifikuotų medicinos specialistų ir galinčiai suteikti tiek sveikatos tikrinimo ir diagnostavimo, tiek gydymo bei sveikatos stiprinimo paslaugas. Tai puiki galimybė pritraukti užsienio sveikatinimo turistų, didinti pajamas iš turizmo ir skatinti Lietuvos regionų plėtrą (Žilinskas, Maksimenko, 2008). Deja, Lietuva dar neaktyviai dirba medicinos turizmo srityje, t. y. šalis nesulaukė tokio medicinos turistų skaičiaus, kurį galėtų aptarnauti pagal turimą infrastruktūrą, kol kas nenumatyti ir galimi medicinos turizmo plėtros pokyčiai.

Problema: Lietuvoje yra objektyvios sąlygos, gausus medicinos turizmo potencialas, tačiau jis išnaudojamas nepakankami, nes nenumatyti inovacinių pokyčių plėtros prioritetai, todėl straipsnyje siūloma atrinkti optimalias inovacinių medicinos turizmo pokyčių alternatyvas, reitinguojant variantus.

¹ Šarūnas Banevičius – Klaipėdos universitetas, inovacijų vadybos ir technologijų magistro studijų programos magistrantas

Moksliniai interesai: medicinos turizmo vadyba, inovacinių pokyčių vertinimas

El. paštas: sbanevicius07@gmail.com

Tel. +370 630 395 32

Tikslas: sudaryti kompleksinį inovacinių medicinos turizmo pokyčių reitingavimo ir optimalios atrankos vertinimo modelį.

Objektas – Lietuvos medicinos turizmo plėtra.

Uždaviniai:

1. Atlikti medicinos turizmo situacijos Lietuvoje analizę.
2. Nustatyti inovacinių pokyčių įtaką medicinos turizmui ir numatyti plėtos galimybes.
3. Pateikti alternatyvių medicinos turizmo inovacinių pokyčių reitingavimo ir atrankos vertinimo modelį.

Metodai: mokslinės literatūros lyginamoji analizė ir sintezė, statistinių duomenų analizė, formalizuotas ekspertinis modifikuotas prioritetų skirstymo ir parinkimo (MPSP) vertinimo metodas, grafinis vaizdavimas.

1. Medicinos turizmo situacijos analizė

Prieš du dešimtmečius Lietuvos turizmo veikla ir šalies ekonomika patyrė didelius pokyčius, nes Lietuvai patekus į tarptautinę turizmo rinką, išaugo atvykstančių turistų srautai ir padidėjo turistų išlaidos. Turizmas tampa perspektyvia ekonomine veikla, kuri, siekdama efektyviai naudoti gausų Lietuvos istorijos, gamtos ir kultūros išteklių potencialą bei užtikrinti atvykstančių turistų poreikių tenkinimą, kuria naujas darbo vietas, didina gyventojų užimtumą, skatina investicijų ir ekonominę plėtrą (Markauskienė, Gižienė, 2012).

Kaip pažymi G. Černiauskas (2015), sveika visuomenė laikoma išsivysčiusia ir sektina, todėl žmonių sveikatinimas turėtų būti prioritetas tiek valstybės, tiek ir regionų bei namų ūkių mastu. Sveikata daro įtaką daugybei Lietuvos gyvenimo sričių.

Asmuo, turintis sveikatos problemų, dažniausiai yra neaktyvus darbinėje, socialinėje ir kultūrinėje aplinkose, todėl galima teigti, kad toks individas jaučiasi nelaimingas. Sveikatinimas turėtų gerinti žmonių gyvenimo kokybę, socialinę gerovę, užtikrinant darbingumą ir ilgaamžiškumą.

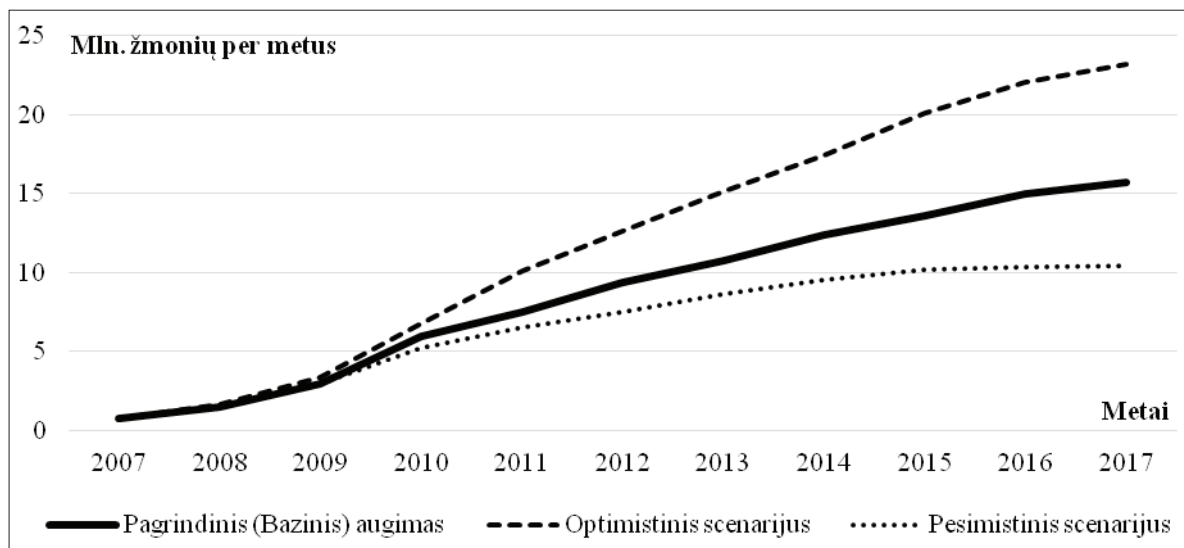
Lietuvos statistikos departamento duomenimis (2015), kasmet ligoninėse gydomas kas ketvirtas šalies gyventojas. Nuo 2006 metų ligoninėse gydytų ligonių skaičius vis augo ir vidutiniškai siekė per 750 tūkst. žmonių. Pasaulio sveikatos organizacijos (2015) teigimu, sergamumo priežastis yra skirtingų veiksmų kompleksas, veikiantis vienu metu: pasyvus gyvenimo būdas ir nuolat mažėjantis fizinis aktyvumas, žalingi įpročiai, nesveika ir nesaikinga mityba, didėjantis atsvoris ir nutukimas, nuolat spartėjantis gyvenimo tempas, lydimas psichologinės įtampos ar streso. Dėl pagausėjusių ligų daugelio žmonių poreikis rūpintis sveikata yra gerokai išaugęs, todėl paslaugų, padedančių išsaugoti ir stiprinti sveikatą, paklausa vis didėja.

Vienas iš sveikatos palaikymo ir gerinimo būdų yra medicinos turizmas, kurio pagrindinis tikslas yra žmonių keliavimas šalies viduje ar į kitas šalis, siekiant padidinti suderintą fizinį, dvasinį ir socialinį sveikatos potencialą, perkant sveikatinimo, sveikatingumo ir kitas turizmo paslaugas. Nevienodos geografinės sąlygos, socialiniai, ekonominiai ir technologiniai veiksniai formuoja ne tik skirtingus įvairių šalių gyventojų poreikius, bet ir jų tenkinimą skirtingų valstybių vietovėse. Tokių medicininių paslaugų teikimas ypač aktualus šalims, kurių palanki geografinė padėtis, kurios turi natūralių gydomųjų šaltinių, aukštos kvalifikacijos specialistų bei atitinkamai išvystytą infrastruktūrą (Adams ir kt., 2015).

Remiantis Pasauline turizmo organizacija (World tourism organization (UNWTO) Tourism Highlights, toliau – UNWTO, 2015) pasaulyje daugiau kaip 50 valstybių medicinos turizmą yra paskelbusios prioritetine turizmo sritimi (Lietuvos šiame sąrašė nėra). 2012 metų duomenimis, pirmą vietą pasaulyje pagal medicinos turizmo apimtį užima Tailandas: ši šalis kasmet sulaukia 1,4 mln. medicinos turistų per metus. Didžiausia Tailando konkurentė medicinos turizmo srityje yra Indija, kuri užima antrą vietą pasaulyje ir kasmet sulaukia daugiau kaip 500 tūkst. užsieniečių. Vengrija sugebėjo išreklamuoti savo šalies odontologijos paslaugas, į Lenkiją medicinos turistai keliauja dėl mažesnių paslaugų kainų, ypač plastinės chirurgijos ir odontologijos. Nemažai sveikatos turistų sulaukia Meksika, Turkija, Ukraina, Skandinavijos šalys (Bučinskaitė, Navickienė, 2013).

Nepaisant turizmo sektoriaus patiriamų nuosmukių, jis demonstruoja nepertraukiamą augimą. Tarptautinių turistų atvykimų skaičius pasauliniu mastu didėjo (UNWTO, 2015): 1950 m. – 278 mln. turistų; 1980–

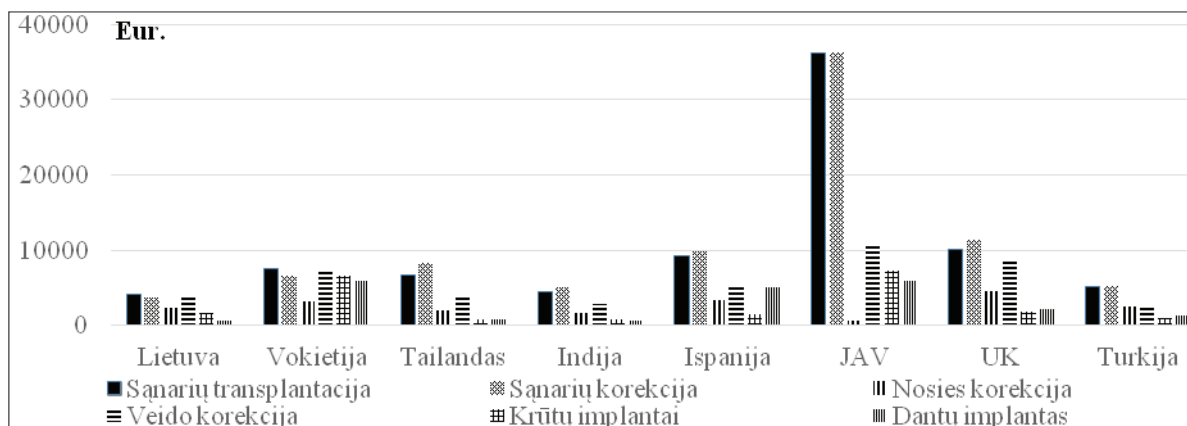
1995 m. – 527mln. turistų; 2014 m. pasiekė 1133 mln. Turistų lygį. Pagal paskirties vietas visame pasaulyje padaugėjo ir tarptautinio turizmo įplaukų: uždirbta suma pakilo nuo 91,7 mlrd. Eur 1950 m. iki 1109 mlrd. Eur 2014 m. Iš Jungtinių Amerikos Valstijų (JAV) medicinos turistų srautas, parengus optimistinį scenarijų, turėtų išaugti iki 23,2 mln. Klientų / pacientų (žr. 1 pav.).



1 pav. JAV išvykstamojo medicinos turizmo srautas (mln. Žmonių)

Šaltinis: Murillo, 2014

Matome, kad medicinos turizmo augimas (1 pav.) 2013–2017 m. kito: bazinis scenarijus – 46 %, pesimistinis – 20 %, optimistinis – 53 %. Lietuvai tai puiki galimybė pasinaudoti šiuo didžiu JAV turistų / pacientų srautu ir pasiūlyti medicinos turizmo paslaugas. Lietuvos medicinos turizmo paslaugų kainos ir kokybės santykis yra stiprioji pusė, kurią reikėtų išnaudoti (žr. 2 pav.).



2 pav. Medicinos turizmo paslaugų kainos pasaulyje

Šaltinis: Černikovaitė, Mameniškis, 2015

Lietuvoje sveikatinimo turizmo paslaugų kainos yra vienos konkurencingiausių, lyginant su 2 paveiksle pateiktomis valstybėmis. Taigi pozicionuojant Lietuvos medicinos turizmą pasauliniame kontekste, siekiant pritraukti kuo daugiau potencialių pacientų, tai tikslinga būtų pateikti kaip vieną iš konkurencinių pranašumų, pažymint kainos ir kokybės santykį.

Kaip pažymi V. Stravinskienė (2013), XXI a. turizmo industrija, apimanti ir medicinos turizmą, tapo bene sparčiausiai augančiu ekonomikos sektoriumi (UNWTO, 2008). Tarptautiniam turizmui ypač palankūs

buvo 2010 m., kai turistų skaičius per metus vidutiniškai išaugo 7 % ir pasiekė 940 mln. žmonių (UNWTO Annual report, 2010, 2011).

Turizmo sektorius apima apie 8 % visų pasaulinių investicijų, jame sukuriama apie 7 % pasaulinio BVP ir suteikiama apie 30 % pasaulinio paslaugų eksporto, kurio vertė daugiau nei 1 trilijono JAV dolerių (UNWTO 2011, 2012).

Pasauliniu mastu turizmo sektorius sukuria apie 400 mln. darbo vietų, suteikdamas galimybę dalyvauti darbo rinkoje daugeliui žmonių, ypač jaunimui ir moterims. Be to, jis yra vienas pagrindinių besivystančių šalių ekonomikos variklių, svarbiausias pajamų gavimo iš užsienio šaltinis ir tų šalių vystymosi bei kovos su skurdu garantija (Higgins-Desbiolles, 2006). Turizmas skatina rūpintis aplinkosauga, saugoti gamtos išteklius ir biologinę įvairovę, sukuria prielaidas bendrauti skirtingų kultūrų žmonėms, ugdytis tarpusavio pagarbą ir toleranciją (Newsome et al., 2002; Žilinskas, 2011).

Remiantis Jungtinių Tautų Pasaulinės turizmo organizacijos (PTO) pateiktomis prognozėmis ir vizija iki 2020 m., Europos turizmo rinkos dalis pasaulyje turėtų mažėti nuo 57,8 % iki 47 %, tačiau tarptautinio turizmo vidutinis augimo tempas išsilaikys apie 3,1 % ir 2020 m. Europoje planuojama sulaukti apie 717 mln. turistų, įtraukiant ir medicinos poreikius tenkinančius turistus (Tourism: 2020 Vision, 2000).

Lietuva turi daug palankių galimybių ne tik medicinos, bet ir kaimo turizmo (sveikatinimo ir sveikatingumo paslaugų) plėtrai, jų tarpusavio sąveikai, pvz.: kvalifikuotas ir daugiakalbis medicinos personalas, sveikatinimo ir sveikatingumo medicinos paslaugų kainos ir kokybės santykis, geografinė padėtis, graži gamta, švelnus klimatas, senovine architektūra dvelkiantys miestai, kultūrinis tautinis paveldas, svetingi žmonės. Visa tai, kaip pažymima Lietuvos medicinos turizmo plėtros ir medicinos paslaugų eksporto skatinimo galimybių analizėje ir rekomendacijose (2012), sudaro prielaidas plėtoti turizmą. Tačiau Lietuvoje turizmo plėtros sąlygos išnaudojamos nepakankamai, o atsižvelgiant į turizmo išsivystymą ir iš jo gaunamas pajamas dar gerokai atsilieka nuo pirmaujančių šioje srityje šalių, taip pat ir nuo artimiausių kaimynų Latvijos bei Estijos (žr. 1 lentelę) (Ramanauskienė ir kt., 2010). Turizmo plėtros 2014–2020 metų strategijoje (2014) numatyta, kad 2015 m. Lietuvos turizmo sektoriuje bus sukurta 5 % šalies BVP ir iš atvykstamojo turizmo gauta 1,8 mlrd. Eur pajamų.

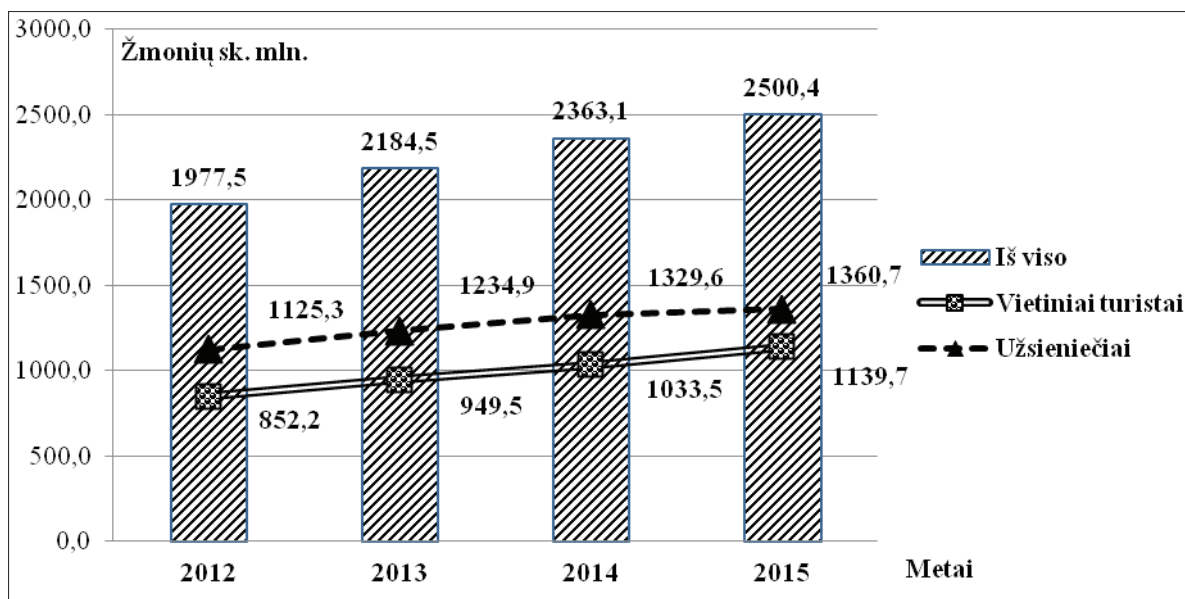
1 lentelė. Lietuvos, Latvijos, Estijos turizmo sektoriaus konkurencingumas pasaulyje

Indeksas	Lietuva			Latvija			Estija		
	Vieta reitinge 2011–2013–2015 metais								
Bendras vertinimas	<u>55</u>	<u>49</u>	<u>59</u>	<u>51</u>	<u>48</u>	<u>53</u>	<u>25</u>	<u>30</u>	<u>38</u>
Politika ir reguliavimas	33	75	64	59	58	53	25	26	26
Saugumas	59	56	54	53	53	40	25	25	23
Sveikata ir higiena	<i>1</i>	<i>18</i>	<i>3</i>	26	32	27	24	20	23
Oro transporto infrastruktūra (toliau – INF)	107	95	86	63	47	52	54	65	59
Žemės transporto INF	26	21	33	42	44	42	29	30	37
Turizmo infrastruktūra	50	63	71	35	35	36	11	18	17
Turizmo prioritetai	97	91	85	87	70	63	25	16	9

Šaltinis: The travel & tourism competitiveness report (2011; 2013; 2015)

Iš 1 lentelėje pateiktų duomenų matyti, kad Lietuva (tarp 141 pasaulio valstybės) šiek tiek nusileidžia Latvijos turizmo sektoriui, o nuo kaimynės Estijos atotrūkis yra gana ryškus, atitinkamai 59 ir 38 vieta bendrame vertinime. Tokią Lietuvos situaciją lėmė trys veiksniai: 1) nepakankamai investuojama į medicinos turizmo infrastruktūrą (diversifikuotas sveikatinimo ir sveikatingumo paslaugas teikiančių organizacijų skaičius, viešbučio numerių skaičius, automobilių nuomos punktai); 2) turizmo sektoriaus, kaip prioritetinės srities ir inovacinių aplinkos sąlygų, neišskyrimas (nepakankamos valdžios išlaidos turizmui; neefektyvi rinkodara; vyriausybės prioritetai); 3) oro transporto infrastruktūros nepakankamas vystymas (mažas avialinijų skaičius; oro transporto kokybės trūkumas). Išsprendusi šias problemas, Lietuva gebės konkuruoti ne tik

regione, bet ir pasaulyje, pritraukti ir patenkinti atvykstančių užsienio turistų / pacientų poreikius, teikdama sveikatinimo bei kitas turizmo paslaugas (žr. 3 pav.).



3 pav. Vietinių ir užsienio turistų pasiskirstymas

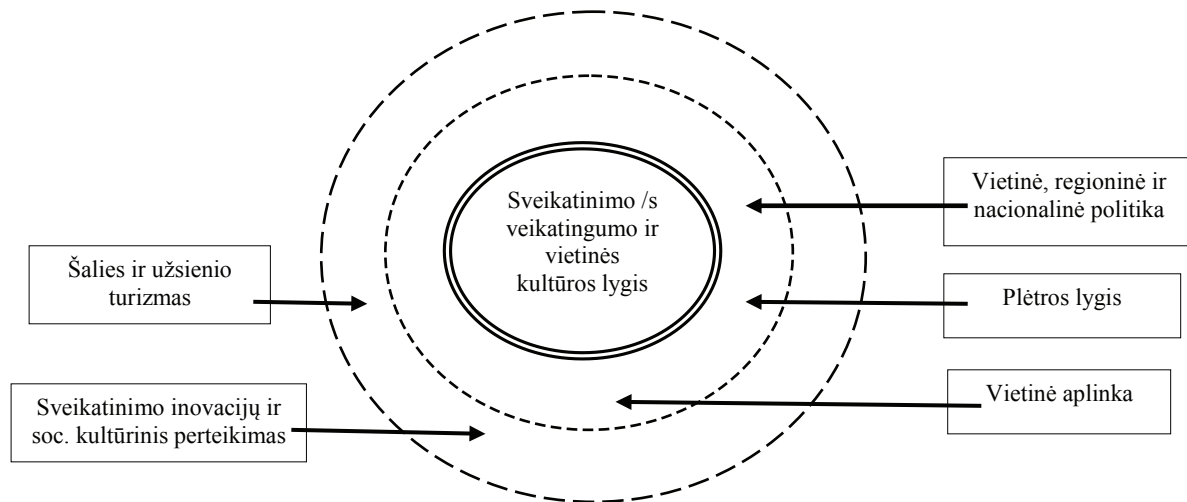
Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas, 2015

Išanalizavus 3 paveiksle pateiktus duomenis, galima teigti, kad vietinių turistų srautas yra didesnis už atvykstančiųjų atitinkamai: 2012 – $\approx 24\%$; 2013 – $\approx 23\%$; 2014 – $\approx 22\%$; 2015 – $\approx 16\%$. Pastebimas tendencingas skirtumo mažėjimas, ši tendencija ilgainiui turėtų dar labiau išryškėti, vystant ir plėtojant anksčiau minėtus veiksnius. Didėjančių turistų skaičių nulems ir šie įtaką medicinos turizmui darantys veiksniai:

1. Kokybės ir kainos santykis: atliekamas medicinos turizmo paslaugų teikėjų akreditavimas ir sertifikavimas, kaip, pavyzdžiui, „MAYO“ ir Johnso Hopkinso klinikose, kurios yra Artimuosiuose Rytuose, atliekamos chirurginės operacijos, lyginant su daugelio šalių tapačiomis paslaugomis, kainos yra 3 kartus mažesnės, o paslaugos kokybė – ta pati.
2. Greičiau ir patogiau: daugelyje šalių medicinos paslaugos sunkiai prieinamos. Pavyzdžiui, Jungtinėje Karalystėje ir Kanadoje klubo sąnario keitimo operacija gali užtrukti metus, o Tailande tai gali būti padaryta per savaitę (kainų skirtumus žr. 2 pav.).
3. Pasaulinė ekonomika: visuomenei tampant vis mobilesnei ir pasaulietiška, dažnai kintant gyvenamajai vietai, sveikatinimo procedūras tenka atlikti svečiose šalyse (Murillo, 2014).

Tikslinga būtų manyti, kad didėjančios atvykstančių turistų skaičius darys įtaką sveikatinimo / sveikatinimo paslaugoms bei vietinės kultūros lygiui ir ne visada tai yra teigiamas reiškinys (žr. 4 pav.).

Regioniniam turizmui plėtoti patrauklios vietovės vietinė kultūra, kaip unikalus veiksnys, skiriantis vieną vietovę nuo kitos, gali pritraukti medicinos turistų. Taip bus stengiamasi išlaikyti ir puoselėti savo šalies kultūrą. Teigiamų socialinių pokyčių veikiami vietos bendruomenės ir lankytojų santykiai skatina tarpkultūrinį supratimą. Priešingas atvejis, jei poveikis yra neigiamas, perdėtas medicinos turistų domėjimasis vietovės ar šalies senove, gyvenimo būdu gali lemti kultūros stagnaciją, stabdyti regioninės vietovės modernizaciją ir pažangą. Atvykstantiems turistams ir lankytojams kyla abejonių dėl kultūros autentiškumo, nebejaučiama krašto dvasia (Žilinskas, 2011).



4 pav. Vietinę kultūrą veikiančios jėgos

Šaltinis: sudaryta autoriaus

J. Ramanauskienės ir kt. (2010) teigimu, didėjanti konkurencija medicinos turizmo paslaugų rinkoje skatina verslininkus plėsti siūlomą paslaugų asortimentą ir jį modernizuoti, naudoti konkurencingumo didinimo priemones, vis dėlto to neužtenka. Siekiant padidinti medicinos turizmo konkurencingumą, būtina įvertinti jo plėtrai poveikį darančias inovacijas bei socialinius ir ekonominius aplinkos veiksnius. Medicinos turizmo ekonominės ir socialinės aplinkos būklės bei vystymosi tendencijų tyrimas būtinas, siekiant objektyviai ją įvertinti, atskleisti galimybes, numatyti galimas grėsmes ir rizikas, taip pat numatyti priemones, kaip jas eliminuoti ar bent sumažinti neigiamą poveikį. Tačiau, kaip pažymi J. Ramanauskienė ir kt. (2010), kyla ir kitų problemų, nes inovacinės veiklos, socialinių ir ekonominių aplinkos veiksnių poveikis medicinos turizmo konkurencingumui mažai tyrinėtus. Taigi tikslinga šias problemas išsamiai analizuoti, nes daugelyje mokslinių darbų šis klausimas aptariamas labai apibendrintai.

2. Inovacinių pokyčių įtaka medicinos turizmui, plėtros galimybės

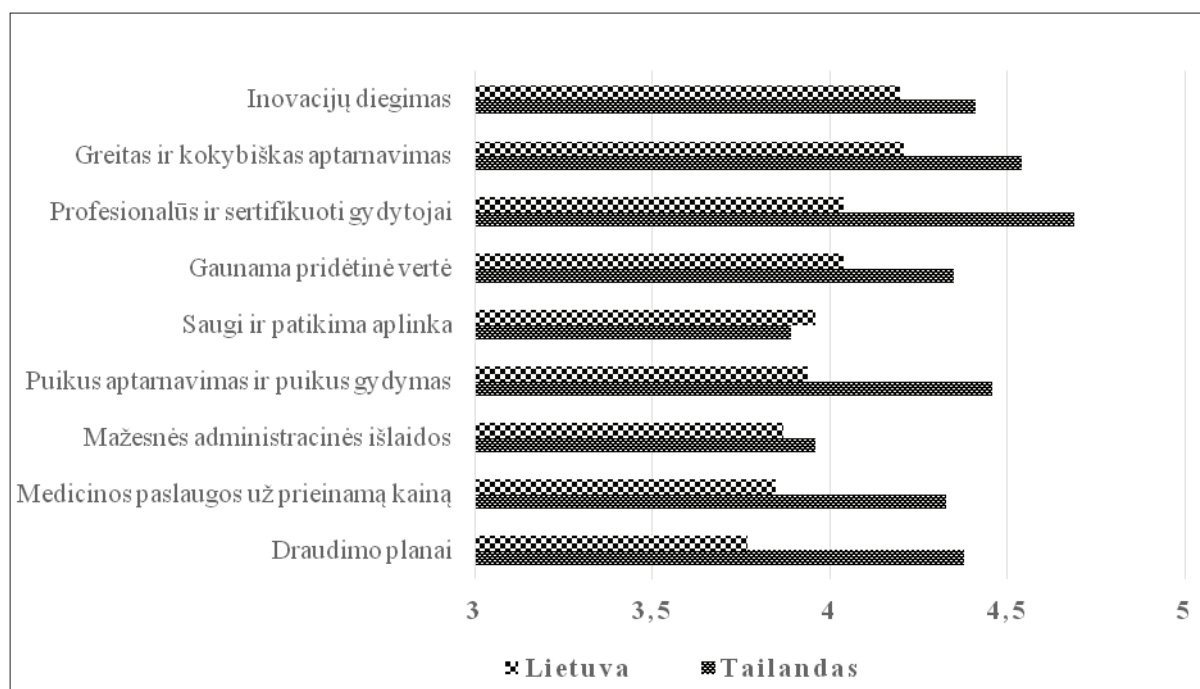
Kaip pažymi A. R. Ligeikienė (2003), norint nagrinėti plėtros ir valdymo procesą, pirmiausia tikslinga pateikti medicinos turizmo ir plėtros definicijas. *Medicinos turizmas* – tai galimybė turizmo plėtros sektoriaus verslo atstovams didinti turistų srautus, generuoti pajamas, kartu skatinti regionų vystymąsi (Valstybinis turizmo departamentas, 2009).

Terminas *plėtra* byloja pažangą, modernizavimą, technologijų ir technikos tobulėjimą bei šių procesų nulemtus pokyčius. Turizmo plėtra, kaip procesas, arba fizinė plėtra, suvokiama kaip fiziniai pokyčiai, nulemti didėjančio turistų domėjimosi vietoje bei šio susidomėjimo rezultatyvumo raiškos – augančių atvykstančiųjų srautų. Tikslią turizmo plėtros definiciją pateikti sudėtinga, todėl dažniausiai nagrinėjamas su turizmo veikla susietas plėtros procesas. Kaip teigia A. R. Ligeikienė (2003), V. J. Žilinskas, A. Skrodienė (2008), turizmo plėtra gali būti traktuojama kaip turistų ir vietovės visuomenės gyvenimo kokybės lygio gerėjimo prielaida. *Šią prielaidą* sustiprina inovaciniai pokyčiai medicinos turizmo srityje.

Inovacinių pokyčių definicija apima keletą sudedamųjų dalių. Pavyzdžiui, S. Valentinavičius (2006) inovaciją apibūdina, kaip naujų žinių panaudojimą organizacijose, skatinant gaminti ir pateikti rinkai technologiškai naujus produktus bei tobulinti procesus pateikiant į rinką naują produkciją. Šioje sąvokoje išryškėja du kriterijai – *naujovė* ir *tobulinimas*, tačiau jie nebus vertingi, jeigu kuriama / įdiegta inovacija nebus komerciškai pritaikyta. Pokyčio samprata glaudžiai susijusi su inovacija. Pokytis – tai nuolatinis organizacijos krypties, struktūros ir gebėjimų atnaujinimo procesas, siekiant tenkinti besikeičiančius išorinių ir vidinių

vartotojų poreikius (Korsakienė, 2006). Taigi *inovacinį pokytį* galima taip apibrėžti: tai daugialypis fenomenas, pasižymintis komerciniu pritaikomumu (kuriantis pridėtinę vertę) ir apimantis daugelį gyvenimo sričių; tai procesas, kai organizacija ar individas, sukurdamą, įdiegdama naują / modifikuotą produktą / paslaugą / technologiją, pereina iš vienos būsenos į kitą (kartais geresnę, kartais blogesnę) (Drucker, 2004; D. O’Sullivan, 2008).

M. Černikovaitė, M. Mameniškis (2015) atliko kiekybinį tyrimą, siekdami nustatyti, kokie medicinos turizmo sektoriaus veiksniai nulemia, kurią šalį rinkis. Šiuo atveju lyginta Lietuva ir Tailandas (žr. 5 pav.). Didžiausią įtaką respondentų ir būsimų pacientų pasirinkimui daro: profesionalūs ir sertifikuoti gydytojai; inovacijų diegimas; puikus aptarnavimas ir geras gydymas.



5 pav. Veiksniai, lemiantys šalies pasirinkimą (Lietuva, Tailandas) medicinos turizme

Šaltinis: Černikovaitė, Mameniškis, 2015

Atlikto tyrimo rezultatai (žr. 5 pav.) patvirtina inovacijų svarbą. Taigi didėjantis atvykstančių turistų / pacientų srautas ne tik prisideda prie medicinos turizmo plėtros, bet ir prie šalies ekonominės bei socialinės gerovės.

V. J. Žilinsko, A. Skrodiene (2008) teigimu, LR turizmo plėtros planavimo lygmenys skiriami, atsižvelgiant į planuojamos teritorijos dydį ir konkretizavimo lygį: nacionalinis (visa valstybės teritorija); regiono (valstybės teritorijos dalis – apskritis); rajono (regiono dalis, savivaldybė); vietovės (savivaldybės dalis).

Analizuojant ir lyginant turizmo planavimo variantus, paminėtinas D. Getz (1987), kuris išskyrė keturias turizmo planavimo tradicijas: skatinimo, ekonominę, teritorijų naudojimo ir bendruomenių. C. Hall (2000) jas papildė pastaruosius dešimtmečius susiformavusia nauja darnios plėtros tradicija. Pastebėtina, kad daugelyje besivystančių šalių, neturinčių gausių turistinių išteklių ir turinčių gana trumpą turistinį sezoną (pvz., Baltijos, Centrinės Europos šalys), dominuoja ekonomiais rodikliais grindžiama turizmo plėtra. Turizmo veikla siejama su pajamomis vietiniams gyventojams, šalies ūkiu, poveikiu turistiniams ištekliams. Vyrauja turizmo valdymas, daugiausia siekiant finansinės naudos, turistiniai ištekliai naudojami labai intensyviai. Rinkodara ir reklama paprastai siekiama pritraukti kuo daugiau turistų / pacientų, kurie turistinėms vietovėms teikia didžiausias pajamas, t. y. ekonominės naudos siekiai svarbesni nei socialiniai ar ekologiniai.

Minėti požymiai, J. Jagmino, L. Paulauskienės (2011) teigimu, būdingi ir Lietuvos turizmo valdymui, kur turizmas siejamas su pajamomis valstybės biudžetui. Planavimo dokumentuose įvardijami tikslai, uždaviniai ir rezultatai orientuoti į pajamų iš turizmo bei turistų / pacientų skaičiaus iš įvairių rinkų didinimą, turizmas

skatinamas, neįvertinant galimo neigiamo jo poveikio, darnios turizmo plėtros tendencijų, socialinio bei medicininio turizmo svarbos. Todėl galima teigti, kad planuojant Lietuvos turizmą dominuoja ekonominei planavimo tradicijai būdingi bruožai. Kaip teigia J. Ramanauskienė ir kt. (2010), vienas reikšmingiausių ekonominių veiksnių paslaugų, taip pat ir medicinos turizmo, paklausos pokyčiams turi gyventojų darbo užmokestis. Didėjantis darbo užmokestis leidžia didesnę dalį savo uždirbtų lėšų skirti poilsiui ir sveikatos turizmui (sveikatinimo ir sveikatingumo paslaugoms), todėl šis veiksnys labiausiai lemia medicinos turizmo verslo augimą, įtakos turi ir socialiniai veiksniai: kultūra, demografinė situacija, švietimas. Lietuvos medicinos turizmo plėtros ir medicinos paslaugų eksporto skatinimo galimybių analizėje (2012) išskirti šie medicinos turizmo plėtrą ribojantys veiksniai ir barjerai (žr. 2 lentelę).

2 lentelė. Lietuvos sveikatinimo turizmo trukdžiai

Sveikatinimo turizmo plėtrą ribojantys veiksniai	Teisinės bazės barjerai
• Kokybiškų ir saugių paslaugų pristatymo šalyje ir užsienyje trūkumas	• Netikslus viešojo sektoriaus paslaugų kainų apskaičiavimas
• Bendros koordinacijos ir komunikacijos trūkumas	• Dirbtinio apvaisinimo apribojimai
• Nepakankama infrastruktūros ir aptaranavimo kokybė valstybinio sektoriaus ligoninėse	• Ilgai trunkantis vizų gavimo procesas
• Oro uostų infrastruktūros ir skrydžių tvarkaraščių trūkumai	• Nėra draudiminių garantijų teikiant paslaugas užsieniečiams
• Specializuotų studijų programų trūkumas	• Apribojimai teikti naujas paslaugas
	• Apribojimai teikti naujas ambulatorines ir stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas
	• Nėra gamtos išteklių sertifikavimo
	• Kurortinio sanatorinio gydymo paslaugos neapmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF)

Šaltinis: Lietuvos medicinos turizmo plėtros ir medicinos paslaugų eksporto skatinimo galimybių analizė ir rekomendacijos, 2012, p. 66–68

Kaip matyti (2 lentelė), medicinos turizmo plėtros procesą trikdo įvairūs teisinės bazės netobulumai ir kiti plėtrą ribojantys veiksniai. Vis dėlto Lietuva turi puikias sąlygas: plėtojamą ir vystomą sveikatinimo turizmo infrastruktūrą; sertifikuotą ir daugiakalbį medicinos personalą; geografinio ir kultūrinio paveldo potencialą ir gerai išvystytą kelių transporto infrastruktūrą.

Skatinti medicinos turizmo plėtrą ir didinti šalies patrauklumą padėtų šios straipsnio autoriaus siūlomos priemonės: 1) produkto / paslaugos gerinimas ir diversifikavimas; 2) dviejų medicinos turizmo vietovių derinimas (pritraukiant edukacines ir kultūrinės keliones į kaimo turizmo sodybas); 3) turizmo rinkos diversifikavimas; 4) keturių sezonų kurortų kūrimas; 5) kainos diferenciacija, atsakingas ir tikslingas pajamų valdymas bei paskirstymas.

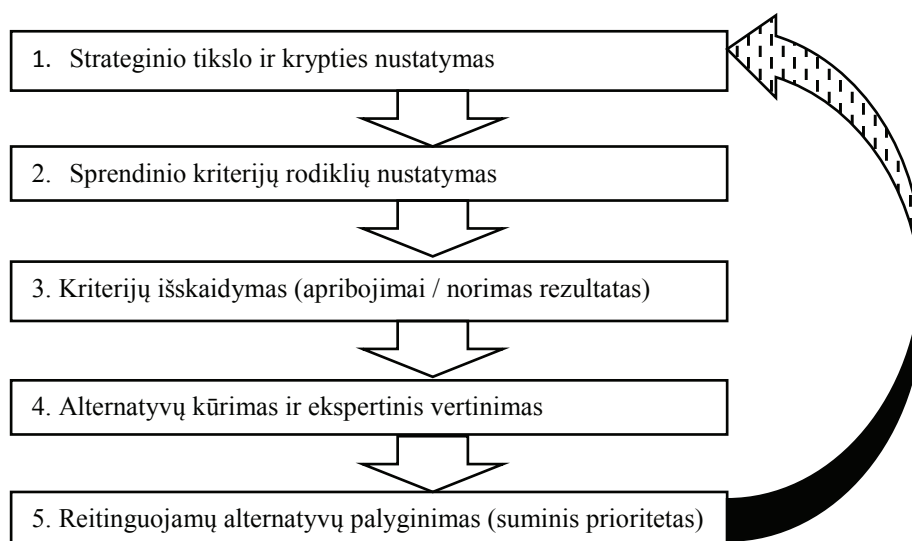
Be šių minėtų priemonių, kaip pažymėta „Sveikatingumo ir poilsio kompleksų poreikio ir plėtros Lietuvoje studijoje“ (2007), Lietuvoje medicinos / sveikatinimo turistams galėtų būti siūlomos odontologijos, plastinės chirurgijos, širdies chirurgijos, ortopedijos ir traumatologijos, akių gydymo ir kitos medicinos paslaugos. Todėl galima teigti, kad šios medicinos turizmo rūšies plėtros ir augimo galimybės Lietuvoje yra didelės, tik būtini atitinkami Vyriausybės nutarimai ir glaudus bendradarbiavimas su turizmo organizacijomis.

3. Optimalaus sprendimo atrankos vertinimo modelis

Inovacinių medicinos turizmo pokyčių alternatyvų atrankai tikslinga sudaryti optimalaus sprendimo vertinimo modelį. Tam tikslui sudaromas optimalaus sprendimo priėmimo algoritmas (žr. 6 pav.).

Sprendimas – tai alternatyvaus inovacinių medicinos turizmo pokyčių varianto, kurį taikant bus sprendžiama probleminė situacija, atranka. Efektyvaus sprendimo šaltiniai yra alternatyvos, kurios suteikia pasi-

rinkimo laisvę. Priimant optimalius ir racionalius sprendimus taikomi įvairūs algoritmai, kuriuos sprendimo priėmimui taiko daugelis sėkmingai dirbančių organizacijų. Plačiausiai taikoma algoritmo procedūra apima šiuos 5 etapus:



6 pav. Sprendimo priėmimo algoritmas

Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis Bartkus, 2014

Detalizuojant pateiktą sprendimo priėmimo algoritmą, 1 etape strateginio tikslo krypties nustatymo seka turėtų būti ta pati, kaip ir strateginio tikslo įgyvendinimo. 2 etape, nustatant sprendimo kriterijus, būtina parinkti tokius kontrolinius rodiklius, kurie maksimaliai apimtų geriausias nustatyto tikslo įgyvendinimo sąlygas. 3 etape turi būti apibrėžiamos norimos charakteristikos ir apribojimai, sprendimo priėmimo kriterijai, atsižvelgiant į santykį su valdymo subjektu. Nustatomi formalizuoti rodikliai, parenkamos jų reikšmės. 4 etape sprendimų efektyvumas priklauso nuo to, iš kiek alternatyvių variantų išrinktas sprendimo variantas. Alternatyvių variantų nebuvimas liudija nepakankamą asmens, priimančio sprendimą, informavimą arba laiko, kuris skirtas kruopščiai patikrinti sprendimo empirinę bazę, trūkumą. Tai didina klaidų tikimybę priimant sprendimą, apsunkina optimalaus varianto parinkimą. 5 etape, norint sėkmingai pasirinkti alternatyvą, visi galimi sprendimų variantai turi būti palyginti pagal kelis veiksnius: laiką, objekto kokybę, objekto gamybos mastą, tikėtiną materialinę naudą, organizacijos veiklos profilio atitikimą, papildomos informacijos panaudojimo galimybę, rizikos veiksnius (Bartkus, 2014).

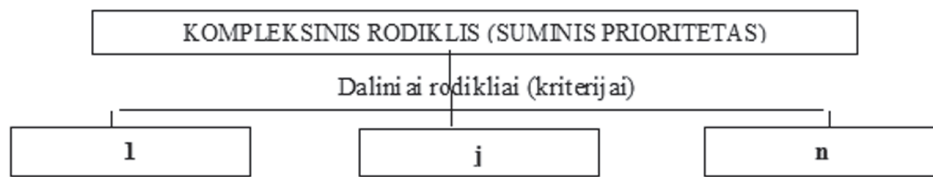
Inovacinių medicinos turizmo pokyčių analizei, įvertinimui ir galutinei atrankai tikslinga būtų taikyti formalizuotą ekspertinį modifikuotą prioritetų skirstymo ir parinkimo (MPSP) metodą (Žilinskas ir kt. 2012), kuris leistų įvertinti inovacinį pokytį (toliau – IP) pagal paskirus dalinius rodiklius ir jų svarbumo reikšmę bei gauti atrenkamo inovacinio pokyčio kompleksinį įvertinimą, reitinguojant siūlomas alternatyvas. Šį MPSP metodą tikslinga taikyti, kai reikia vienu metu įvertinti kiekybinių ir kokybinių rodiklių (kriterijų) įtaką. Vertinimo metodika ir ekspertinio įvertinimo formos parinkimas turi įtakos ekspertizės rezultatų tikslumui, todėl būtina pagrįsti ekspertinį įvertinimą ir jo formą. Šis MPSP metodas, skirtingai nuo prioritetų skirstymo ir parinkimo (PSP) metodo (Блюмберг, Глущенко, 1982), paremtas labiau pagrįsta ir argumentuota logine procedūra, paverčiant kokybines charakteristikas, naudojamas atliekant porinį palyginimą, į kiekybinius įvertinimus, gaunamus santykinėje skalėje. Kadangi valdymo sprendimo priėmimas (šiuo atveju inovacinio pokyčio) susijęs su vienu iš daugelio sprendimo parinkimo variantų (alternatyvų), įvertinimo ir atrankos procese būtina kompleksinio įvertinimo sąlyga: esant skirtingų veiksnių (rodiklių) kilmei ir matmenims, jų reikšmės paverčiamos santykiniais dydžiais, kurie normuojami vienodai ir vienu matu / dimensija (išreiškiamu vieneto dalimis). Kita būtina sąlyga – kiekvieno dalinio rodiklio reikšmingumo įvertinimas. Jei daliniai rodikliai matuojami vienoje mato skalėje ir įvertinamas jų reikšmingumas, tenkinamas kompleksinio

įvertinimo sudarymas ir kompleksinis (suminis) rodiklis užrašomas kaip šių rodiklių įvertinta suma, iš kurios matyti, kad rodiklis yra dalinių rodiklių funkcija.

$$P_i^{kompl.} = \sum_{i=1; j=1}^{m,n} P_{ij}^S \times Y_j$$

čia: $P_i^{kompl.}$ – i -tojo objekto / alternatyvos kompleksinis rodiklis (suminis prioritetas); P_{ij}^S – i -tojo objekto / alternatyvos pagal j -ąjį dalinį rodiklį santykinis įvertinimas (prioritetas); Y_j – j -ojo dalinio rodiklio svarbumo reikšmė.

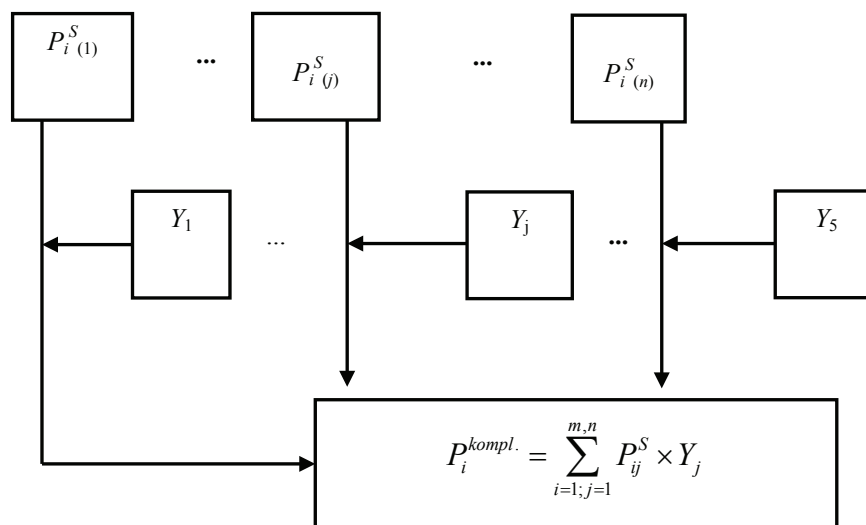
Kompleksinio vertinimo procedūra turi prasidėti nuo vertinimo tikslo nustatymo, vertinimo objekto apibūdinimo ir ekspertų komisijos sudarymo. Ekspertų komisijos svarbiausia užduotis – nustatyti dalinius vertinimo rodiklius (kriterijus) ir jų svarbumą bei atlikti ekspertizę, taikant netransityvinę porinio lyginimo sistemą. Inovaciniai pokyčiai medicinos turizme (nagrinėjami objektai / alternatyvos) vertinami taip: remiantis sisteminė analize, sudaromi grafai („Rodiklių medis“ [7 pav.] ir „Sprendimų medis“ [8 pav.]). Tada pagal siūlomus vertinimo rodiklius atliekama ekspertizė.



7 pav. Grafas „Rodiklių medis“

Kiekvienas ekspertas, atlikdamas ekspertinį vertinimą, nagrinėjamiems objektams (variantams) nesuteikia konkretaus kiekybinio įvertinimo, o tik poromis lygina objektus vieną su kitu pagal kiekvieną iš rodiklių, pranašumo santykį tarp jų nustatydamas pirmumo ženklais, išreikštais kokybine forma: *daug geresnis* (daug daugiau >>), *geresnis* (daugiau >), *trupučią geresnis* (nedaug daugiau ≥), *lygus* (lygu =), *trupučią blogesnis* (nedaug mažiau ≤), *blogesnis* (mažiau <), *daug blogesnis* (daug mažiau <<). Ekspertinio palyginimo sistema pateikiama lentelėje.

Remiantis ekspertų pateiktais porinių palyginimų sistemos pagal atskirus rodiklius įvertinimais, sudaromos pirmumo matricos $A = \| a_{ij}^{dif.} \|$, kurių pagrindu nustatomi santykiniai prioritetai P_{ij}^S tarp nagrinėjamų objektų (alternatyvų) pagal atitinkamus dalinius rodiklius. Kadangi gaunami ne visiškai identiški ekspertų įvertinimai, pagal jų rodiklius apskaičiuojami diferencijuoti pirmumo koeficientai $a_{ij}^{dif.}$.



8 pav. Grafas „Sprendimų medis“

Pirmumo matricos A elementas $a_{ij}^{dif.}$ – tai diferencijuotas pirmumo koeficientas, kuris nėra eksperto įvertinimas balais, o tik skaitinis matas – vieno i -ojo objekto palyginimo su kitu j -uoju objektu, remiantis koku nors požymiu (kriterijumi), pranašumo (pirmumo) suvokimo analogas.

Diferencijuotas pirmumo koeficientas $a_{ij}^{dif.}$, kuris kiekvienai lyginamai objektų i ir j porai pagal pasirinktą dalinį rodiklį įvertina visų ekspertų subjektyvią nuomonę apie šios lyginamos poros pranašumo santykį, apskaičiuojamas pagal formulę:

$$a_{ij}^{dif.} = \frac{1}{q} \sum_{k=1}^q a_{ij(k)}$$

čia: $a_{ij}^{dif.}$ – pirmumo matricos diferencijuotas pirmumo koeficientas; $k = 1, 2, \dots, q$; q – ekspertų skaičius; $a_{ij(k)}$ – k -ojo eksperto duotas i -tojo objekto prieš j -ąjį objektą požymio reiškinio pranašumo laipsnio kiekybinis įvertinimas (žr. 3lentelę).

3 lentelė. Pirmumo koeficiento $a_{ij(k)}$ reikšmių skalė

Pranašumo (pirmumo) požymis						
Daug daugiau >>	Daugiau >	Nedaug daugiau ≥	Lygu =	Nedaug mažiau ≤	Mažiau <	Daug mažiau <<
$2^3 = 8,0$	$2^2 = 4,0$	$2^1 = 2,0$	$2^0 = 1,0$	$2^{-1} = 0,5$	$2^{-2} = 0,25$	$2^{-3} = 0,125$

MPSP metodas parentas sudėtingesne sistema, pagal kurią įvertinamas pirmumo koeficientas a_{ij} ($a_{ij} = 2^n$, čia $-3 \leq n \leq 3$), įvedant 7 pirmumo ženklus (>>, >, ≥, =, ≤, <, <<), negu PSP metodas ($a_{ij} + a_{ji} = 2$, kai koeficiento reikšmės išdėstomos simetriškai vieneto atžvilgiu), naudojant tris pirmumo ženklus (>, =, <) santykiniam objektų (variantų) palyginimui pagal pasirinktus rodiklius (kriterijus). Todėl taikant MPSP metodą gaunami tikslesni rezultatai, negu taikant PSP metodą.

Dalinių vertinimo rodiklių (kriterijų) svarbumo reikšmė Y_j nustatoma MPSP metodu, analogiškai kaip ir nagrinėjamų objektų, taikant ekspertinio vertinimo palyginimo sistemą, kai sudaroma pirmumo matrica, tik šiuo atveju lyginami objektai yra ne alternatyvos, o daliniai rodikliai (kriterijai). Sprendimo būdu gauti santykiniai prioritetai P_{ij}^S ir yra dalinių rodiklių (kriterijų) Y_j reikšmingumo (svarbumo) reikšmės.

Kompleksinis rodiklis (suminis prioritetas) $P_i^{kompl.}$ skaičiuojamas ir pirmenybę turintis objektas (inovacinio pokyčio variantas) išrenkamas pagal kiekvieną dalinį rodiklį, atsižvelgiant į vertinimo rodiklio reikšmingumą. Kiekvienas variantas vertinamas atskirai, nurodant vietas, kiekvienam iš jų apskaičiuojamas įvertinimo kompleksinis rodiklis (suminis prioritetas), pagal kurį skirstomos galutinės vietos (ranguojama) bei atrenkamas prioritetinis inovacinis pokytis.

Kompleksinio įvertinimo reikšmė $P_i^{kompl.}$ (8 pav.) yra integralinis (suminis) rodiklis, rodantis, kad IP yra pranašesnis už kitus, kurie vertinami pagal pasirinktus kriterijus. Inovacinį pokytį vertinanti institucija arba ekspertų komisija pasirenka tą IP, kuris turi didžiausią suminį įvertinimą, ir pateikia išvadą, kurioje nurodo pasirinkimo metodiką ir vertinimą.

Kadangi racionalūs atrankos matematiniai metodai gali būti vienakriteriai ir daugiakriteriai, racionaliai vertinant IP ir atrenkant metodus, kaip pažymi E. Valakevičius (2001), tikslinga laikytis šių principų:

1. Adekvatumo. Metodas tinkamas, jei jį taikydamas investuotojas tiki, kad dirbama tikslingai, turi ma informacija naudojama racionaliai.
2. Naudojimo paprastumo. Metodas paprastas, jei be didelio teorinio, matematinio pasirengimo jį galima taikyti ir gauti objektyvų galutinį rezultatą.
3. Veiksmingumo. Metodas veiksmingas, jei jį taikant galima gauti geresnius arba ekvivalentiškesnius projekto variantus negu taikant kitus metodus.

Taikyti vienakriterius atrankos metodus nelabai sudėtinga, todėl ekonomiškai tikslinga juos kuo dažniau taikyti. Tačiau, kadangi IP vertinimas pagal vieną kriterijų nėra labai patikimas, tikslinga taikyti daugiakriterius atrankos metodus. Gauti matematiniai rezultatai leidžia išrinkti racionalų ir optimalų inovacinio pokyčio sprendinį.

Apibendrinant matematinių metodų taikymą, išrenkant racionalius ir optimalius IP, tikslinga pabrėžti, kad nereikia šių metodų laikyti panacėja ir taikyti ten, kur reikia ir kur nereikia. Visada būtina logiškai įvertinti jų taikymo galimybes, būtinumą ir parinkti siekiamiems tikslams įgyvendinti tinkamą racionalų matematinį metodą (Žilinskas, 2010).

Išvados

Atlikus Lietuvos medicinos turizmo analizę ir palyginus su Latvija bei Estija ir pasaulio reitingu, galima teigti: kad į turizmo infrastruktūrą investuojama nepakankamai (viešbučio numerių skaičius, automobilių nuomos punktai, diversifikuotas sveikatinimo ir sveikatingumo paslaugas teikiančių organizacijų skaičius); turizmo sektorius, kaip prioritetinga sritis, neišskiriama (nepakankamos valdžios išlaidos turizmui; neveiksminga rinkodara; Vyriausybės prioritetai); nepakankamai išvystyta oro transporto infrastruktūra (mažas avialinijų ir vykimo krypčių skaičius). Medicinos turizmo plėtrą ir šalies patrauklumą padėtų didinti šios siūlomos priemonės: produkto / paslaugos gerinimas ir diversifikavimas; dviejų medicinos turizmo vietovių derinimas (pritraukiant edukacines ir kultūrines keliones į kaimo turizmo sodybas); turizmo rinkos diversifikavimas; keturis sezonus veikiančių kurortų plėtra ir naujų įtraukimas; kainos diferenciacija ir atsakingas bei tikslingas pajamų valdymas ir paskirstymas. Naujų medicinos paslaugų teikimas, kuris apima: sveikatinimą (*Health and Medical tourism*), t. y. gydymą, ir sveikatingumą (*Wellness tourism*), t. y. prevenciją. Inovacinių medicinos turizmo pokyčių alternatyvoms reitinguoti ir optimaliai atrankai atlikti tikslinga taikyti formalizuotą ekspertinį modifikuotą prioritetų skirstymo ir parinkimo (MPSP) metodą, kai reikia vienu metu įvertinti, neturint visos informacijos, inovacinių pokyčių kiekybinių ir kokybinių rodiklių (kriterijų) įtaką bei nustatyti kompleksinį (suminį) inovacinio pokyčio prioritetą.

Literatūra

- Adams, K., Snyder, J., Crooks, V., Johnston, R. (2015). Tourism discourse and medical tourists' motivations to travel, *Tourism Review*, Vol. 70, Issue 2, p. 85–96.
- Bartkus, E. V. (2014). *Inovacijų valdymas ir ekonominis vertinimas*. Klaipėda: Kūrybos litorna, p. 293.
- Bučinskaitė, L., Navickienė, R. (2013). Medicinos turizmo situacijos analizė pasaulyje ir Lietuvoje. *Mokslas ir praktika: aktualijos ir perspektyvos*. Mokslinių straipsnių rinkinys. Kaunas: LSU, p. 45–52.
- Černiauskas, G. (2015). Sveikatinimo plėtros prognozavimas naudojant sveikatinimo veiksmų ir konvergencijos modelius. *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius: MRU, p. 27–36.
- Černikovaitė, M. E., Mameniškis, M. J. (2015). Medical tourists' expectations when choosing Lithuania for health care services. *Social Transformations in Contemporary Society*, Vol. 3, p. 24–39.
- Drucker, P. F. (2004). *Valdymo iššūkiai XXI amžiuje*. Vilnius: UAB Rgrupė, p. 225.
- Getz, D. (1987). Tourism planning and research: traditions, models and future. *The Australian Travel Research Workshop*. Bunbury: Western Australia.
- Hall, C. M. (2000). *Tourism Planning: Policies, Processes and Relationships*. Harlow: Prentice Hall.
- Higgins-Desbiolles, B. F. (2006). *Another world is possible: Tourism, globalisation and the responsible alternative*. London: Schiller International University, p. 197.
- Jagminas, J., Paulauskienė, L. (2011). Turizmo valdymo funkcijos ir jų subalansuotumas Lietuvoje. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, Nr. 3 (23), p. 90–100.
- Korsakienė, R. (2006). Organizacinių pokyčių valdymas: teoriniai ir praktiniai aspektai. *Business: Theory & Practice*, Vol. 7 (4), p. 237–242.
- Ligeikienė, A. R. (2003). Turizmo plėtros conceptualizavimas ir samprata. *Tiltai*, priedas Nr. 13. *Transformacijos Rytų ir Centrinėje Europoje*. Klaipėda: KU, p. 269–274.
- Lietuvos turizmo plėtros 2014–2020 metų programa*. (2014). Lietuvos Respublikos Vyriausybė, p. 20.
- Markauskienė, A., Gižienė V. (2012). Atvykstamojo turizmo poveikis šalies ekonomikai. *Economics and Management*, Vol. 17 (3), p.1003–1009.
- Murillo, R. (2014). Assessing National Destination-branding Transformations: Theory and Application to Costa Rica's Nature-based and Medical Tourism Product-services. *Tourists' Perceptions and Assessments*. Published online: 07 Oct 2014, p. 71–109.

- Newsome, D., Moore, S. A., Dowling, R. K. (2002). *Natural area tourism: ecology, impacts and management*. Clevedon, UK: Channel View Publications, p. 341.
- O'Sullivan, D. (2008). *Applying innovation*. Sage Publishing, Thousand Oaks, California, p. 6–61.
- Ramanauskienė, J., Astromskienė, A., Andriūnas, V. (2010). Lietuvos kaimo turizmo verslo konkurencingumo didinimo priemonės. *Management theory and studies for rural business and infrastructure development*, Nr. 5 (24), p. 136–146.
- The Travel & Tourism competitiveness report*. (2011. 2013. 2015).
- Valstybinis turizmo departamentas. (2009). *Aiškinamasis turizmo terminų žodynas*. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos institutas, p. 165.
- Tourism 2020 Vision*. (2000). Volume 4. *Europe*, p. 89.
- Sveikatingumo ir poilsio kompleksų poreikio ir plėtros Lietuvoje studija*. (2007). Mokslinio tyrimo darbas. UAB „BGI Consulting“. Vilnius, p. 84.
- Lietuvos medicinos turizmo plėtros ir medicinos paslaugų eksporto skatinimo galimybių analizė ir rekomendacijos*. (2012). UAB „Ernst & Young Baltic“. Prieiga internete: <http://www.ukmin.lt/uploads/documents/Turizmas/Medicinos%20turizmo%20galimybiu%20analize.pdf>, p. 168.
- Valakevičius, E. (2008). *Investavimas finansų rinkose*. Kaunas: Technologija, p. 340.
- Valentinavičius, S. (2006). *Inovacinio verslo plėtra: problemos ir galimybės*. Vilnius: Ekonomika.
- World health organization. World health statistics*. (2015).
- World tourism organization (UNWTO) Tourism Highlights*. (2008, 2010, 2011, 2015).
- Žilinskas, V. J. (2010). Investicinių projektų optimalios atrankos metodas. *Verslas, vadyba ir studijos: Verslo plėtros finansinės problemos*, p. 21–36.
- Žilinskas, V. J. (2011). Turizmo sociokultūrinio poveikio aktualijos. *Management theory and studies for rural business and infrastructure development*, Nr. 1 (25), p. 271–279.
- Žilinskas, V. J., Dementjeva, J., Žilinskas, Ž. A. (2012). Alternatyvaus inovatyvaus sprendimo pasirinkimo modelis. *Vadybos mokslas ir studijos – kaimo verslų ir jų infrastruktūros plėtra. Mokslo darbai*, Nr. 2(31), p. 152–158.
- Žilinskas, V. J., Maksimenko, M. (2008). *Kaimo turizmo darnios plėtros perspektyvos. Vadybos mokslas ir studijos – kaimo verslų ir jų infrastruktūros plėtrai*, Nr. 13 (2), p. 214–223.
- Žilinskas, V. J., Skrodienė, A. (2008). Turizmo plėtros valdymas regione. *Vadybos mokslas ir studijos – kaimo verslų ir jų infrastruktūros plėtrai. Mokslo darbai*, Nr. 13 (2), p. 224–232. Kaunas: Akademija.
- Блюмберг, В. А., Глущенко, В. Ф. (1982). *Какое решение лучше? Метод расстановки приоритетов*. Ленинград: Лениздат, 160 с.

INNOVATIVE MEDICAL TOURISM CHANGES IN ALTERNATIVE SELECTION

ŠARŪNAS BANEVIČIUS
Klaipėda University (Lithuania)

Summary

Medical tourism in the modern world is becoming an important branch of industry, in which development is actual to Lithuania's economic, social and cultural life. Lithuanian medical tourism development objective conditions (geographical location, unique nature and mild climate, natural healing resources, deep tradition of spa treatments and highly skilled professionals) provides good possibilities for its development. But in Lithuania, these conditions of tourism development is under-used situations, which leads to lag behind the leading countries in this field.

The Lithuanian medical tourism analysis and comparison with Latvia and Estonia and the world ranking, it can be stated: the lack of invested into tourism infrastructure (the number of hotel rooms, car rentals, a diversified health and wellness services to provide the number of organizations); the tourism sector as a pri-

ority area Non-separation (insufficient government spending on tourism, ineffective marketing; government priorities); air transport infrastructure, lack of development (a small number of airlines, air quality deficiency).

Therefore, for the development of medical tourism, it is necessary: anticipate innovative changes in the deployment of the alternative development options of rating, using a formalized expert selection; two medical tourism destinations combination (attracting educational and cultural trips, Rural tourism farms); tourism market diversification; 4 seasons resorts operating in the development of new inclusion; price differentiation and a responsible and targeted income management and distribution; new medical services, which include: health promotion (Health and Medical Tourism) – i.e. treatment and health (wellness tourism) – i.e. prevention. Innovative medical tourism change of alternatives ranking and the optimal sampling, it is appropriate to use – a formalized expert modified the allocation of priorities and selection (MPSP) method when it comes to simultaneously evaluate the absence of complete information, the innovative changes in the quantitative and qualitative indicators (criteria) influence to obtain a complex (total) innovative change in priority.

KEYWORDS: *health tourism; optimal deployment selection, a formalized expert modified the allocation of priorities and selection.*

JEL CODES: I15; I31; L83.