

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ KATEDRA

IRMANTAS MOCKUS

STACIONARINIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ
KOKYBĖS VERTINIMAS TAURAGĖS LIGONINĖJE

Magistro baigiamasis darbas

Vadovė
prof. dr. Danguolė Jankauskienė

VILNIUS
2013

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ KATEDRA

STACIONARINIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ
KOKYBĖS VERTINIMAS TAURAGĖS LIGONINĖJE

(Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo) magistro baigiamasis darbas
Studijų programa (kodas 621N71001)

Vadovas

_____ prof. dr. Danguolė Jankauskienė
2013 -

Recenzentas

2013

Atliko

_____ stud. I. Mockus
2013 - -

VILNIUS
2013

TURINYS

PRIEDAI.....	4
SANTRUMPOS.....	5
ĮVADAS.....	6
1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS SAMPRATA. VEIKLOS IR KOKYBĖS VERTINIMO PRIEMONĖS.....	8
1.1. Kokybės samprata – kokybės vadybos pamatas.....	8
1.2. Subjektyvusis kokybės vertinimas – sudėtinis paslaugų kokybės matmuo.....	12
1.3. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reglamentavimas.....	16
1.4. Veiklos vertinimo metodai.....	23
1.5. Kokybės vertinimo modeliai ir metodai.....	27
1.6. Kokybės vadybos sistemos diegimas ir sveikatos paslaugų kontrolė.....	35
1.7. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reglamentavimas Tauragės ligoninėje.....	41
2. EMPIRINIAI TYRIMAI.....	45
2.1. Pacientų pageidaujamos paslaugų kokybės tyrimas.....	45
2.1.1. Tyrimo metodika.....	45
2.1.2. Respondentų socialinė demografinė charakteristika.....	48
2.1.3. Paslaugų prieinamumo vertinimas.....	51
2.1.4. Paslaugų saugumo vertinimas.....	54
2.1.5. Paslaugų veiksmingumo vertinimas.....	57
2.1.6. Paslaugų tęstinumo vertinimas.....	60
2.1.7. Papildomas mokėjimas už paslaugas.....	63
2.1.8. Paciento pageidaujamos sveikatos priežiūros kokybės vertinimas.....	64
2.2. Profesionalų teikiama sveikatos priežiūros paslaugų kokybė.....	65
2.2.1. Tyrimo metodika.....	65
2.2.2. Veiklos galimybių vertinimas.....	70
2.2.3. Veiklos rezultatų vertinimas.....	72
2.2.4. Profesionalų paslaugų kokybės vertinimas.....	73
3. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS.....	75
3.1. SSGG analizė.....	80
IŠVADOS.....	82
SIŪLYMAI.....	83
LITERATŪRA.....	84
ANOTACIJA.....	93
SANTRAUKA.....	95
SUMMARY.....	96
PRIEDAI.....	98
VIEŠOJI ĮSTAIGA TAURAGĖS LIGONINĖ.....	106
DARBUOTOJO KLAUSIMYNAS.....	106

PRIEDAI

1 PRIEDAS. PACIENTO KLAUSIMYNAS.	99
2 PRIEDAS. DARBUOTOJO KLAUSIMYNAS.	106
3 PRIEDAS. VADYBOS SAVIVERTINIMO SKALĖ.	111

LENTELĖS

1 lentelė. Kokybiškos sveikatos priežiūros požymiai	17
2 lentelė. Ligoninės organizacinių ir klinikinių veiksmų kokybės rodikliai	43
3 lentelė. Anketos klausimų grupavimas.....	46
4 lentelė. Paslaugų prieinamumo tyrimo duomenys	52
5 lentelė. Paslaugų saugumo tyrimo duomenys	54
6 lentelė. Paslaugų veiksmingumo tyrimo duomenys	58
7 lentelė. Sveikatos priežiūros tęstinumo tyrimo duomenys.....	61
8 lentelė. Papildomas mokėjimas už paslaugas.....	63
9 lentelė. Veiklos galimybių sudarymo tyrimo rezultatai (n=211)	71
10 lentelė. Veiklos rezultatų vertinimas	72
11 lentelė. Darbuotojų savivertinimo suvestinė	76

PAVEIKSLAI

1 pav. Pacientų pasitenkinimą paslaugos kokybe lemiantys veiksniai	15
2 pav. Kokybės sistemos formavimo ir įgyvendinimo proceso ciklą kaita	17
3 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal gydymo skyrius	48
4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį.....	48
5 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių	49
6 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsimokslinimą.....	50
7 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal socialinę padėtį	50
8 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal gaunamas pajamas	50
9 pav. Respondentų nurodyta ligos pradžia	51
10 pav. Pacientų nuomonė apie paslaugų prieinamumą	53
11 pav. Pacientų nuomonė apie paslaugų saugumą	57
12 pav. Pacientų nuomonė apie paslaugų veiksmingumą	59
13 pav. Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros tęstinumą	62
14 pav. Papildomas mokėjimas už paslaugas.....	63
15 pav. Pacientų gautų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas	64
16 pav. Vadovų veiklos bendrasis vertinimas, balais.....	70
17 pav. Veiklos galimybių vertinimas, balais	71
18 pav. Veiklos rezultatų vertinimas, balais	73
19 pav. Darbuotojų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę	74
20 pav. Suteiktų SPP vertinimo palyginimas (pacientai ir darbuotojai, proc.)	75
21 pav. Veiklos galimybių sudarymo ir rezultatų vertinimas (balais)	77
22 pav. SSGG analizė.....	81

SANTRUMPOS

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

BVM – Bendrojo vertinimo modelis

EBPO – Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija

NKP – Nacionalinis kokybės prizas

SPP – sveikatos priežiūros paslaugos

IVADAS

Kiekviena ligoninė, kaip asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikianti institucija, turi vertinti teikiamų paslaugų kokybę, tačiau praktikoje kokybės klausimai vis dar sprendžiami vangiai, nes tam tikslui nepakanka konkrečių, kokybės vadybos mokslu pagrįstų vertinimo modelių. Dėl šios priežasties dažna asmens sveikatos priežiūros įstaiga negali tinkamai kontroliuoti paslaugų kokybės. Holistiniai sveikatos priežiūros metodai, suvokimas, kad sveikatos rezultatus lemia ne tik sveikatos apsauga, bet ir kiti socialiniai veiksniai (švietimas, socialinės paslaugos, užimtumas ir supanti aplinka) bei jų tarpusavio ryšiai, skatina ligonines gerinti paslaugų kokybę, atsižvelgiant į subjektyvų sveikatos vertinimą.

Pacientų suvokiamos ir profesionalų teikiamos kokybės skirtumas skatino ieškoti modelio, kuris matuotų profesionalų teikiamą paslaugų kokybę neatsiejamai nuo subjektyviojo vertinimo ir galėtų tapti siektinu standartu įvairioje klinikinėje aplinkoje.

Darbo aktualumas. Vienas iš kokybės valdymo tikslų ligoninėje yra sukurti sistemą, kurioje taikomos priemonės užtikrintų Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme (toliau – Paciento įstatymas) apibrėžtą sveikatos priežiūrą, todėl šiame darbe siūlomas integruotas sveikatos priežiūros paslaugų (toliau SPP) kokybės vertinimo modelis, aprėpiantis 1) pacientų suvokiamą SPP kokybę, 2) profesionalų teikiamą SPP kokybę ir 3) vadybos kokybę. Pacientų suvokiama kokybė vertinta priklausomai nuo kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų apibrėžimo Paciento įstatyme. Profesionalų SPP kokybės tyrimas integruotas į vadybos kokybės savivertinimą, kuris atliktas remiantis Bendrojo vertinimo modelio veiksniais, pritaikytais Tauragės ligoninei. Rezultatų vertinimas rodo stacionarinių SPP kokybę ir jos sąsajas su vadybos kokybe, padeda išaiškinti svarbiausias priežastis, turinčias neigiamos įtakos SPP kokybei, todėl nesunku nustatyti įrodymais pagrįstas gerinimo kryptis.

Dalykas. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė.

Objektas. Stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas.

Problema. Teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir jos vertinimas profesionalų ir pacientų požiūriu.

Darbo hipotezė. Paslaugų kokybės problemos ligoninėje formuojasi dėl netinkamos kokybės vadybos sistemos būklės.

Darbo tikslas: Įvertinti Tauragės ligoninėje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Uždaviniai:

1. Apžvelgti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sampratą, jos vertinimo modelius bei metodus.
2. Nustatyti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reglamentavimo Tauragės ligoninėje privalumus ir trūkumus.
3. Įvertinti pacientų pasitenkinimą paslaugų kokybe Tauragės ligoninėje.
4. Įvertinti darbuotojų nuomonę apie profesionalų teikiamų paslaugų ir vadybos kokybę.
5. Identifikuoti problemiškas sritis, turinčias įtakos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei.

Tyrimo metodai:

- Teoriniai: vadybinės, teisinės literatūros, medicinos mokslinių šaltinių lyginamoji analizė ir interpretavimas sveikatos priežiūros paslaugų kokybės požiūriu.
- Empiriniai. 2 sociologiniai kiekybiniai tyrimai: pacientų ir darbuotojų apklausa; savivertinimas pagal vadybos savivertinimo skalę.
- SSGG analizė.

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant statistinės duomenų analizės paketo SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 17.0 versiją ir Microsoft Office Excel 2003. Taikytas aprašomosios statistikos metodas. Duomenų vertinimui taikytos nominalinė, rangų ir ordinalinė skalės.

Duomenų analizėje naudoti statistiniai tyrimo metodai, atsižvelgiant į tyrime keliamus klausimus ir surinktų duomenų rūšį. Klausimynų vidinio tinkamumo testavimui taikytas *Cronbach alfa* koeficientas.

1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS SAMPRATA. VEIKLOS IR KOKYBĖS VERTINIMO PRIEMONĖS

1.1. Kokybės samprata – kokybės vadybos pamatas

Reikšmingiausiai kokybės valdymo pokyčiai vyko XX a. antroje pusėje, kai buvo pradėtos kurti kokybės vadybos sistemos. Mokslinėje literatūroje yra daug įvairių požiūrių į kokybę, turėjusių įtakos sveikatos priežiūros kokybės sampratos raidai.

Daugelis teoretikų ir praktikų pabrėžia, kad tiksliai apibūdinti paslaugų kokybę nėra lengva, nes kokybė gali būti suvokta ir įvertinta ne tik objektyviai. Labai svarbus ir subjektyvusis kokybės vertinimas, t.y. vartotojo suvokiama kokybė.

Pasaulyje žinomas kokybės vadybos specialistas D. Garvin (1988) išskyrė penkis požiūrius į kokybę (filosofinis, produkto ar paslaugos kokybė, vartotojo suvokiama kokybė, gamybos kokybė, vertė), tačiau praktiškai taikomas vartotojų poreikiais bei lūkesčiais ir gamybos praktika pagrįstas požiūris. N. Vainikevičiūtė ir P. Vanagas pastebėjo, kad kokybės vadybos pradininkas Japonijoje E. Deming kokybę siejo su vartotojo dabarties ir ateities lūkesčiais; JAV kokybės specialistas Ph. Crosby kokybę apibrėžė, kaip nustatytų reikalavimų atitiktį; vienas iš pirmųjų kokybės teoretikų pasaulyje japonas K. Ishikava pažymėjo, jog „kokybė niekada nepasiekama atsitiktinai“^{1,2}. M. Juran rėmė orientavimosi į vartotojų reikmes požiūrį, vartotojų poreikių ir lūkesčių tenkinimą pavadinęs „didžiąja kokybe“ ir nustatęs tris pagrindinius procesus: kokybės planavimas, kokybės kontrolė, kokybės gerinimas.

Kai kurie autoriai kokybės sąvokas grupavo remdamiesi pačių sudarytais kriterijais. J. Ruževičius ištyrė, kad ir čia galima pastebėti tam tikrą panašumą – „vartotojų reikalavimų patenkinimas, atitiktis standartams, produkto tinkamumas naudoti, tam tikra vertė už pinigus ir kiti“³.

A. Rosander teigimu, „...kokybė yra objektyvi, kai susijusi su išoriniais apčiuopiamais dalykais, kuriuos galima išmatuoti, arba faktais“⁴. Objektyvumą stiprina skaičiavimai, duomenys, klaidos, trūkumai, sugaištas laikas, sąnaudos ir kt. Subjektyviai kokybė vertinama, kai veikia vartotojo vaizduotė, asmeniniai išgyvenimai, emocijos, nepagrįsti lūkesčiai, savitas požiūris. A. Majkgard

¹ Vainikevičiūtė N., Vanagas P. „Kokybės vadybos pradininkų suformuluotų principų taikymas šiuolaikinėje sveikatos priežiūroje“. Respublikinės konferencijos pranešimų medžiaga. Kokybės vadybos poveikis šalies ūkiui, Lietuvai įstojus į Europos Sąjungą, Kaunas, *Technologija*, 2004, p. 172-178.

² Raleigh A. „*Inspiration for quality in the 21st Century*“. Kn: Kokybės vadyba Lietuvos integracijos į Europos Sąjungą procese: Respublikinės konferencijos pranešimų medžiaga. Kaunas: Technologija; 2002, p. 157-164.

³ Ruževičius J. „*Kokybės vadybos metodai ir modeliai*“ [vadovėlis], Vilnius, Vilniaus universitetas. 2 leidimas. 2007, p. 23.

⁴ Rosander A. C. „*The Quest for Quality in Service*“. – *Quality Press*, 1989. – 38 p.

pastebėjo, jog svarbus paslaugų kokybės aspektas – ją vertinti tik vartojimo metu nes „paslaugos, skirtingai nei prekės, yra patirties produktas, t. y. jas vertinti galima tik vartojant“⁵.

Nemažai autorių bandė suformuluoti išsamų, visiems priimtina sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimą. Medicinos srities atstovai sveikatos priežiūros paslaugų kokybę apibūdina kaip gebėjimą pasiekti trokštamų rezultatų, kur trokštami rezultatai suprantami kaip galima pasiekti sveikatos būklė, t.y. medicinos profesionalai padeda pacientui pasiekti galimą sveikatos lygį. J. Øvretveit nuomone, pacientų poreikiai ir lūkesčiai negali tiksliai apibrėžti sveikatos priežiūros kokybės, juolab kad pacientų poreikiai dažnai yra didesni, nei įstaigų galimybės, o tenkinti išreikštus poreikius ir lūkesčius dažnai kliūdo išteklių trūkumas. Šis pastebėjimas lėmė J. Øvretveit sveikatos priežiūros kokybės sampratą: „Sveikatos priežiūros kokybė – tai pacientams svarbiausių sveikatos priežiūros poreikių patenkinimas mažiausiais organizacijos kaštais, priklausomai nuo aukštesnių organizacijų apribojimų ir direktyvų“⁶.

Žymiausiu iš sveikatos priežiūros kokybę ir rezultatų vertinimą nagrinėjusių veikėjų laikomas gydytojas ir visuomenės sveikatos veikėjas A. Donabedian (1919-2000), sveikatos priežiūros kokybės paradigmos: struktūra-procesas-rezultatas, pirmąkart paskelbtos 1980 m., kūrėjas⁷. Šis modelis sėkmingai naudojamas sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimui. Struktūra (žmonių ir materialieji ištekliai, fizinė ir organizacinė aplinka), pagal A. Donabedian, turi taip sutelkti išteklius, kad būtų pasiekta kokybiškos pacientų priežiūros, nes, pasak mokslininko, „nuo struktūros veiklos efektyvumo priklauso paslaugų kokybė, siejama su paciento sveikatos būkle. Procesas turi užtikrinti kiekvienam pacientui tik jam tinkamus diagnostikos ir gydymo būdus. Veiklos rezultatas parodo suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų nulemtus paciento esamos ir būsimos sveikatos būklės pokyčius. Tai – gydymas ir jo pasekmės, tokios kaip ligos progresavimas, sveikatos būklės stabilizavimas ir paslaugų kaina“⁸. A. Donabedian kokybės paradigma teikia sveikatos priežiūros kokybės vertinimo ir tobulinimo teorinį pagrindą.

Kokybės gerinimo raidai daugiausia įtakos padarė rinkos ekonomika. M. Counte ir kt. pažymėjo, kad „ligoninės ėmėsi visuotinio kokybės valdymo tikėdamosi, jog šios koncepcijos įgyvendinimas bus kokybės tobulumo, efektyvumo ir veiksmingumo garantija“⁹, todėl kokybę galime suprasti kaip svarbų organizacijos siekį. Tai „visuma savybių, visiškai tenkinančių vartotojo specifinius poreikius

⁵ Majkgard A. „Experiential knowledge in the internationalization process of service firm“. – *Uppsala*, 1998. – 18 p.

⁶ Øvretveit J. „The economics of quality-a practical approach“. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2000;13(4-5)200-7.

⁷ Donabedian A. „Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment“. Ann Arbor: 1. *Health Administration Press*, 1980.

⁸ Donabedian A. „The quality of care: how can it be assessed?“. *JAMA*. 1980; 260: 1743–8.

⁹ Counte M., Meurer S. „Issues in the assessment of continuous quality improvement implementation in health care organizations“. *International Journal for Quality in Health Care*. 2001, Vol. 13, No. 3, p. 197-207.

esamame visuomenės raidos etape“. Šio kokybės apibrėžimo ir jos reglamentavimo sistemos suvokimas aktualus pradiniam kokybės sistemos kūrimo etapui, nes nuo to priklauso, kaip organizacijoje bus diegiama kokybės vadyba.

PSO programinio dokumento „Sveikata 21“ terminų žodynelis pateikia tokį priežiūros kokybės išaiškinimą: „Priežiūros kokybė – tai teikiamos priežiūros tam tikroje ekonominėje sistemoje pobūdis, siekiant palankiausios išeities, įvertinant riziką ir naudą“¹⁰.

Tarptautinė standartizacijos organizacija standarte LST EN ISO 9000:2005 kokybę apibrėžė vadybos požiūriu ir pateikė šį visuotinai pripažintą kokybės apibrėžimą „Kokybė – turimųjų požymių visumos atitiktis reikalavimus laipsnis“¹¹. „Reikalavimai“ čia suprantami kaip vartotojų poreikių bei lūkesčių ir valstybės institucijų nustatytų privalomųjų reikalavimų vykdymas.

LST EN ISO 9001:2008 standartas nurodo, jog kokybė – tai „savybių visuma, tenkinanti vartotojų išreikštus ir numanomas poreikius“, tačiau būtinas „objektyvus daikto ar reiškinio apibūdinimas tam tikrai rūšiai būdingais esminiais požymiais, kai galima tikrovės rūšinė įvairovė“¹².

Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (EBPO) sveikatos priežiūros kokybę apibrėžė kaip „mastą, kuriuo asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos padidina tikimybę pasiekti trokštamų sveikatos rezultatų ir atitinka dabartinės profesines žinias“¹³. Tai reiškia, jog kokybiška sveikatos priežiūra pirmiausiai turi užtikrinti pacientų pageidaujamus rezultatus, o pacientai gali rinktis skirtingus gydymo būdus.

Lietuvos sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programoje (toliau – Sveikatos programa) pateikiama JAV Medicinos instituto suformuluota sveikatos priežiūros kokybės samprata, į kurią turėtų būti orientuotas paslaugų kokybės vertinimas. Tai „laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę“¹⁴.

¹⁰ Sveikata 21: „Sveikata visiems XXI amžiuje“. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2000.

¹¹ Lietuvos standartas. LST EN ISO 9000:2005. „Kokybės vadybos sistemos. Pagrindai ir aiškinamasis žodynas“. Vilnius: Lietuvos standartizacijos departamentas; 2005.

¹² Lietuvos standartas. „LST EN ISO 9001:2008. Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai“. Vilnius: Lietuvos standartizacijos departamentas; 2008.

¹³ Organisation for Economic Cooperation and Development: Towards High-Performing Health Systems. Paris: OECD; 2004.

¹⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 09 14 įsakymas Nr.V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo“ // Žin., 2004, Nr. 144-5268; 2007, Nr. 95-3864, 2007, Nr. 108-4429.

Paslaugų rinkodaros tyrėja Ž. Piligrimienė ir kiti kokybę apibrėžia kaip „pacientų poreikių ir lūkesčių tenkinimą“¹⁵, didžiausią dėmesį skirdami bendravimo su pacientais aspektams.

.M. Minkman ištyrė, kad siekdami sveikatos priežiūros kokybės gerėjimo, „visi sveikatos sistemos subjektai, įskaitant ligonines, turi dirbti veiksmingai bei novatoriškai, sutelkdami dėmesį į veiklos, administravimo ir procesų kokybės valdymo lygį“¹⁶.

Sveikatos programoje nurodyta, kad sveikatos priežiūros paslaugos (toliau – SPP) aprėpia sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, pacientų gydymo, reabilitacijos ir kitas paslaugas, kurias teikia SP specialistai sveikatos priežiūros įstaigose ir pacientų namuose. Numatyta sveikatos priežiūrą orientuoti į paciento poreikius ir lūkesčius, gerinti paslaugų saugą ir kokybę.. Šiuo požiūriu pagrįstas kokybiškų SPP apibrėžimas, suformuluotas 2010 m. kovo pradžioje įsigaliojusiam Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme (toliau – Paciento įstatymas): „Kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos – prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami“¹⁷. Paciento įstatymo 3 straipsnyje nurodoma, kad „Pacientas turi teisę į savo garbės ir orumo nežeminančias sąlygas ir pagarbų sveikatos priežiūros specialistų elgesį. Pacientui turi būti suteikiamos mokslu pagrįstos nuskausminamosios priemonės, kad jis nekenėtų dėl savo sveikatos sutrikimų“. Šios paciento teisės įstatyme suprantamos kaip kokybiškos paslaugos kriterijai.

Tokie kriterijai rodo kokybės sąvokos sudėtingumą ir platumą, nes kokybiškos SP paslaugų apibrėžimas, suformuluotas Paciento įstatyme, aprėpia didelę kokybės objektų įvairovę, tarp jų ir etikos aspektus. Medicinos studentams skirtame vadovėlyje Nyderlandų medicinos profesorius dr. H.A.M.J. ten Have su bendraautoriais SP etikos klausimus nagrinėja trijų skirtingų vertybinių tradicijų (hipokratiškosios, pagarbos gyvybei ir asmens autonomijai) kontekste. Trylikoje knygos skyrių pateikiama plati SP etikos panorama, aprėpianti Hipokrato priesaikos vertybes, išryškinanti moralinius kokybiškos paslaugos požymius. Tai *gydytojo rūpestingumas, atsakomybė, atidumas pacientui ir jo susirgimui. Kartu tai ir paciento elgesys, jo pagarba bei pasitikėjimas gydytoju, bendradarbiavimas* priimant sprendimus dėl paciento sveikatos priežiūros. Tai veikla, „aprėpianti viską, ką mes darome,

¹⁵ Piligrimienė Ž, Bučiūnienė I. Health care quality evaluation: medical and marketing approach. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*. 2005; 34:138-39.

¹⁶ Minkman M, Ahaus K, Huijsman R. „Performance improvement based on integrated quality management models: what evidence do we have?“ A systematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(2):90–104.

¹⁷ Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas // Žin., 2009, Nr. 145-6425.

kad išlaikytume, tęstume ir atkurtume savo pasaulį tokį, kuriame mums būtų kuo geriau gyventi¹⁸. Medikų ir pacientų bendravimo problemos papildomos išteklių skirstymo analize, išryškinančia asmens ir visuomenės interesų konfliktą, todėl svarbu rasti etikos principais pagrįstą SP paslaugos kokybės sąvokos interpretaciją, etiniais aspektais papildant žinomų ir priimtų paslaugų kokybės sąvokų turinį.

J. Ruževičiaus nuomone, „kokybės samprata yra kokybės vadybos pamatas“¹⁹, nes vadyba orientuojama į tai, kieno pozicijomis remiantis vertinama kokybė. Atlikęs mokslinės literatūros analizę ir sveikatos priežiūros kokybės valdymo ligoninėje tyrimą, J. Ruževičius priėjo prie išvados, jog sveikatos priežiūros paslaugų kokybė – tai „*kokybės valdymo sveikatos priežiūros įstaigoje rezultatas*, kurio turėtų siekti kiekviena sveikatos priežiūros įstaiga ir kuris parodo, kaip įvykdyti uždaviniai susiję su kokybės gerinimu ir ar pacientas yra patenkintas“²⁰.

Žmonių indėlis, saugant savo sveikatą, susijęs su SP paslaugų veiksmingumu, nėra gerai ištirtas ir pakankamai apibrėžtas. Nereglamentuota asmens ar bendruomenės atsakomybė už savo sveikatą, jos tausojimą. Bendruomenėje sunkiai suvokiamas nesveikos gyvensenos nulemtų, įsisenėjusių, nepagydomų ligų, smarkiai sužalotų ar nusilpusių ligonių gydymo problemų mastas ir ligoninių bei sveikatos priežiūros specialistų galimybės. Formuojasi ydinga nuomonė, kad kokybiška asmens sveikatos priežiūra gali išgydyti neišgydomą, nepaisant hospitalizuojamojo būklės ir hospitalizacijos priežasčių. Tai rodo, kad sveikatos priežiūros kokybės samprata ASPI ir bendruomenėje yra skirtinga, todėl paslaugų kokybės matavimo metodo pasirinkimas nėra lengvas uždavinys.

1.2. Subjektyvusis kokybės vertinimas – sudėtinis paslaugų kokybės matmuo

Dvidešimtojo amžiaus pabaigoje Caroline K. Ross ir kt. ištyrė, kad požiūrį į medicinos įstaigą, kuri pritrauks ar atstums galimus pacientus, o kartu ir užtikrins galimą jos sėkmę ar nesėkmę, formuoja esamų ar buvusių pacientų nuomonė²¹, todėl būtina įžvelgti ir pripažinti paciento suvokiamas vertybes, jo pirmenybę, įspėti lūkesčius. Dėl pacientų ir medicinos profesionalų suvokiamos kokybės skirtumų, teikiamų paslaugų sudėtingumo, jų įvairovės, bei kitų veiksnių, įvertinti sveikatos paslaugų kokybę nėra paprasta. Iš daugelio paslaugų kokybės apibrėžimų išryškėja paciento, kaip pagrindinio paslaugų kokybės vertintojo, nuomonės svarba.

Pacientų, darbuotojų ir visuomenės pasitikėjimo formavimą aprėpiantis strategijos apibrėžimas yra svarbus ligoninės, kaip reikšmingo sveikatos sistemos elemento, ilgalaikės sėkmės veiksnys. Pasak

¹⁸ H.A.M.J. ten Have, R.H.J. ter Meulen, E.van Leeuwen. „Medicinos etika“. Vilnius: *Charibdė*; 2003. ISBN 9986745772, 438 p.

¹⁹ Ruževičius J. „*Kokybės vadybos metodai ir modeliai*“ [vadovėlis], Vilnius, Vilniaus universitetas. 2 leidimas. 2007, p. 23.

²⁰ Ruževičius, J. „Sveikatos priežiūros kokybės valdymas ligoninėje“. *Medicinos teorija ir praktika*, V., 2011 - T. 17 (Nr. 1).

²¹ Ross CK, Frommelt G, Hazelwood L, Chang RW. „The role of expectations in patient satisfaction with medical care“. *J Health Care Mark* 1987, 7(4), p.6-26.

A. Toffler, „jei valstybė, regionas, šeima ar asmuo nėra apsibrėžę savo strategijos, kyla pavojus tapti kieno nors kito strategijos dalimi“²², tad ir šiandieninis vadovas, formuodamas strategiją, turėtų orientuotis į vadybos tobulinimą ir sisteminio požiūrio į ligoninėje teikiamų paslaugų kokybę ugdymą. Tai požiūris, greta organizacinių ir klinikinių rezultatų gerinimo, aprėpiantis pacientų informacijos dėl jiems suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rinkimą, jos analizę, subjektyviosios nuomonės vertinimą ir veiklos koregavimą, priklausomai nuo rezultatų. Tokią sąlygą diktuoja Paciento įstatymas (2010), įteisinęs šiuolaikinio mokslo lygį ir gerą patirtį, kaip pamatinį kokybiškos sveikatos paslaugos reikalavimą. A. Šilys ir kt. teigia, jog „juo remiantis, bet kokia gydymo veikla ar ją reguliuojantys norminiai dokumentai (standartai, metodikos, rekomendacijos, diagnostikos ir gydymo protokolai ir kt.) gali tapti teisinės kritikos objektu, jeigu paaiškės, kad jie neviseškai atitinka šiuolaikinio medicinos mokslo bei geriausios praktikos lygį. Tai reiškia, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės vertinimui taikomi nauji, daug didesni reikalavimai“²³. Šie reikalavimai stiprina pacientų poziciją ir skatina domėtis subjektyviuoju sveikatos paslaugų kokybės vertinimu, kad būtų atspėti pacientų lūkesčiai ir išvelgtos problemos, kurias ligoninė gali patirti ateityje, tenkindama teisėtus pacientų reikalavimus.

Amerikos ligoninių asociacijos teigimu, ligoninės siekia išsaugoti pacientų pasitikėjimą, nors daugelis iš jų jaučia „veiklos atotrūkį nuo savo misijos, vertybių ir kompetencijos. Ligoninės pasikeitė – daugeliu atveju jos atrodo labiau susikaupusios į verslą, nei į darbą, kurį turėtų atlikti“²⁴. Tačiau S. Joos ir kt. jau prieš dešimtmetį pastebėjo, kad „šiuolaikinėje, į pacientą orientuotoje medicinos sistemoje, svarbiausia yra pacientų lūkesčių supratimas ir tenkinimas“²⁵, kitaip tariant, paciento suvokiama kokybė (subjektyvusis kokybės vertinimas). Pacientų lūkesčių įgyvendinimą PSO pripažįsta kaip vieną iš reikšmingų sveikatos priežiūros sistemos veiklos rodiklių²⁶, todėl, pasak M. Stewart, „visuotinai pripažinta, kad pacientas turi vertinti, ar sveikatos priežiūros sistema atitinka jo poreikius“²⁷.

²² Toffler A. „Valdžių kaita: žinios, turtas ir prievarta artėjant XXI amžiui“. Vilnius: *Tyto Alba*, 2001, p. 552.

²³ Šilys A, Saladis T, Justickis V, Gurevičius R. „Diagnostikos ir gydymo standartų konkurencinis sugretinimas – šiuolaikinis būdas suvienodinti paslaugų kokybę ir galimybė tobulinti standartų kūrimą“. *Visuomenės sveikata*, 2012, Nr.1 (56), p.49-61.

²⁴ AHA News, American Hospital Association (AHA), May 29, 2006 (www.ahanews.com)

²⁵ Joos SK, Hickam DH, Borders LM. „Patients' desires and satisfaction in general medicine clinics“. *Public Health Rep*, 1993 Nov;108(6), p. 751-9.

²⁶ The World Health Report. Health systems: improving performance. World Health Organization;2000.

²⁷ Stewart M. „Towards a global definition of patients centered care“. *BMJ* 2001;322(7284):468-72.

Y. Eggli ir kt. (2003) pažymi, jog „sprendžiant apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, privalu atsižvelgti į pacientą, jo lūkesčius ir poreikius“²⁸. Ištyręs sveikatos priežiūros kokybės valdymą ligoninėje, J. Ruževičius (2011) priėjo prie išvados, kad „paciento nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas yra vienas iš svarbių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklių“²⁹.

D. Pociūtė ir kt. (2007) pastebėjo, jog „reikalavimai būna pareikšti, numanomi ar privalomi“³⁰. Privalomuosius reikalavimus nustato valstybės institucijos. Paslaugų vartotojai savo poreikius išsako patys.

Švedų mokslininkas P. Johansson su bendraautoriais nustatė esminius 8 veiksnius³¹, lemiančius pacientų pasitenkinimą SP paslaugų kokybe (1 pav.).

E. Žėbienė ir kt. teigia, jog „orientuodamiesi į šiuos veiksnius, nesunkiai galime išsiaiškinti pacientų nuomonę, organizuodami vartotojų apklausas“³², tai yra gauti subjektyvųjį kokybės vertinimą. Įdomu pastebėti, jog Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymu Nr. V-1073 patvirtintos Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketos³³ klausimynas pacientui taip pat suorientuotas į šiuos veiksnius, neatsižvelgiant į paciento nuomonę apie sveikatos būklės stabilizavimą ar jos pokyčių vertinimą.

Paciento nuomonė yra tik sudėtinis paslaugų kokybės vertinimo matmuo. Jis turėtų būti papildytas medicinos profesionalų ir vadybininkų vertinimais, nes paciento, profesionalo ir vadybininko požiūris į kokybę dėl jų skirtingų misijų ir interesų yra nevienodas, tad svarbu, kad struktūros, procesų ir rezultatų kokybės tyrimas bei vertinimas būtų visapusiškas. Pasak A. Šilio (2012), „organizacijos sėkmę lemia jos gebėjimas ilgą laiką subalansuotai tenkinti klientų ir kitų suinteresuotųjų šalių poreikius bei lūkesčius. Šis procesas aprėpia valdymo, išteklių paskirstymo, paslaugos realizavimo, stebėsenos, matavimų ir analizės veiklas“³⁴, todėl vertinti asmens SPP kokybės rezultatus ir pažangą, stebėti pokyčius, atlikti lyginamąją analizę regionų ar šalies mastu, būtini bendrieji, visus procesus aprėpiantys kokybės rodikliai.

²⁸ Eggli Y, Halfon P. „A conceptual framework for hospital quality management“. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2003; 16(1): 29–6.

²⁹ Ruževičius, J. „Sveikatos priežiūros kokybės valdymas ligoninėje“. *Medicinos teorija ir praktika*, V., 2011 - T. 17 (Nr. 1).

³⁰ Pociūtė D., Janušauskienė V., Vitkauskas R. „Kokybės vadyba“. Vilnius: *Lietuvos darbo rinkos mokymo tarnyba*, 2007, p.11.

³¹ Johansson P, Oleni M, Fridlund B. „Patient satisfaction with nursing care in the context of health care“: a literature study. *Scand J. Caring Sciences*; 2002; 16:337 – 344.

³² Žėbienė E, Razauskas E, Čekanavičius V. „Igyvendinti paciento lūkesčiai – pasitenkinimas mediko konsultacija“. *Medicina*. 2001, 37 tomas, Nr.7:721-727.

³³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymas Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ // *Žin.*, 2012, Nr.141-7287.

³⁴ Šilis A. „Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės valdymas“. Vilniaus universitetas. *Nacionalinis medicinos mokymų centras*. 2012, p.80.



Šaltinis: sudaryta pagal *Scand J. Caring Sciences*, 2002.

1 pav. Pacientų pasitenkinimą paslaugos kokybe lemiantys veiksniai

Lietuvoje šiuo metu orientuojamasi į 2012 m. lapkričio 29 d. SAM įsakymu Nr. V-1073 patvirtintą Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines paslaugas, veiklos kokybės vertinimo rodiklių sąrašą³⁵, kuriame pirmasis – pacientų pasitenkinimo lygis. Kiti struktūrą, procesus ir rezultatus aprėpiantys minėtoju sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtinti kokybės rodikliai yra šie:

- Periodinės infekcijų ir jų rizikos veiksnių epidemiologinės priežiūros užtikrinimo lygis.
- Antibiotikams atsparių mikroorganizmų paplitimo stebėsenos užtikrinimo lygis.
- Vaistinių preparatų nuo infekcijų skyrimo pagrįstumo užtikrinimo lygis.
- Nepageidaujamų įvykių registravimo ir analizės plėtros apimtis.
- Naujagimiams palankių sąlygų užtikrinimo lygis (akušerijos paslaugas teikiančiose ASPĮ).
- Miokardo infarkto diagnostikos ir gydymo tinkamumo užtikrinimo lygis.
- Profesinės rizikos priežiūros užtikrinimo lygis.
- Personalo rankų higienos užtikrinimo lygis.

M. Romerio universiteto profesorė D. Jankauskienė, atlikusi sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimą Lietuvoje ir dešimtyje Europos šalių, priėjo prie išvados, kad „Tose valstybėse, kur sveikatos apsaugai lėšų išleidžiama daugiausia (Vokietija, Austrija, Danija, Švedija), paslaugų kokybė vertinama geriausiai, o tose šalyse, kur lėšų išleidžiama mažai

³⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymas Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ // Žin., 2012, Nr.141-7287.

(Estija, Lietuva, Latvija, Rumunija), sveikatos paslaugų kokybė yra prastesnė³⁶. Ši išvada koreliuoja su Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų 14.15 p., kuriame pažymima, jog „turimi piniginiai ištekliai nesudaro galimybių tenkinti didėjančių pacientų sveikatos priežiūros paslaugų ir jų kokybės poreikių“³⁷.

Dėl šių priežasčių, siekdami Paciento įstatymo (2010) įvykdomumo, turime gręžtis į PSO rekomendacijas *Quality of care (2006)*, kuriomis vadovaujantis paslaugų vartotojai, bendruomenės, būdami iš dalies atsakingi už savo sveikatą ir siekdami gauti kokybiškas paslaugas, turi žinoti ir įvardyti savo poreikius, prioritetus bei, pasitelkdami paslaugų teikėjų paramą, rūpintis savo sveikata, kurios tausojimas ir stiprinimas visuomenės sveikatos organizacijų lygmenyje darys įtaką formuojamai asmens sveikatos priežiūros kokybės politikai ir paslaugų teikėjams.

1.3. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reglamentavimas

Sveikatos priežiūros kokybei nuolatinį didelį dėmesį skiria Pasaulio sveikatos organizacija (PSO), Europos Taryba, Europos Komisija, PSO Europos regioninis biuras bei tarptautinės nevyriausybinės organizacijos.

PSO 2006 m. parengė rekomendacijas *Quality of care* sveikatos politikams ir vadovams, kurių tikslas – „valstybės lygiu planuoti ir vykdyti veiksmingas SP kokybės gerinimo priemones“³⁸. Šiame leidinyje PSO įvardijo šešis SP kokybės požymius: „rezultatyvumas, efektyvumas, prieinamumas, priimtumas (orientavimas į pacientą), teisingumas, saugumas“ ir pateikė jų išaiškinimą (1 lentelė).

PSO pažymi, kad sveikatos priežiūros kokybės gerinimo politika ir strategija turi būti formuojama nacionaliniu ir regioniniu lygmeniu. Sveikatos priežiūros kokybė turi būti gerinama atsižvelgiant į visas šešias kokybės gerinimo sritis. Sprendimus priimančios pareigūnai turi prižiūrėti sistemos veiklą ir plėtoti kokybės rezultatus tobulinančias strategijas. Kokybės strategijos turi būti kuriamos ir įgyvendinamos dalyvaujant sveikatos paslaugų teikėjams, paslaugų vartotojams ir bendruomenėms. SP paslaugų teikėjai, siekdami visai sistemai bendrą kokybės politikos tikslą, turi užtikrinti, kad jų teikiamos paslaugos prilygtų aukščiausiems standartams ir atitiktų paslaugų vartotojų, jų šeimų, bendruomenių reikmes. Tam tikslui paslaugų teikėjai turėti žinoti paslaugų vartotojų poreikius ir lūkesčius.

³⁶ Jankauskienė D. „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse“. *Sveikatos politika ir valdymas*. V., M. Romerio universiteto mokslo darbai. 2012, p.84-100.

³⁷ *Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenys*, patvirtinti Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimu Nr. XI-1430 // Žin., 2011, Nr. 73-3498.

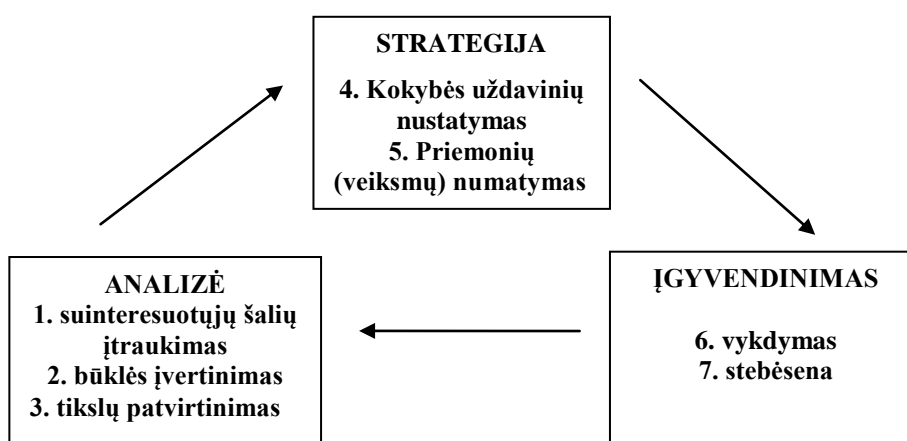
³⁸ „Quality of care: a process for making strategic choices in health systems“, *World Health Organization*, 2006.

1 lentelė. Kokybiškos sveikatos priežiūros požymiai

Eil. Nr.	Kokybiškos paslaugos požymis	Požymio apibrėžtis
1.	Rezultatyvumas	Pagrįsta įrodymais, teikianti geresnę sveikatos būklę asmenims ir visuomenei, atsižvelgiant į jų reikmes
2.	Efektyvumas	SP paslaugos teikiamos panaudojant visus turimus išteklius, vengiant nuostolių
3.	Prieinamumas	teikiama laiku, reikiamoje vietoje, esant tinkamiems medicininiais įgūdžiams ir reikiamiems ištekliams
4.	Priimtinumumas	Atsižvelgiama į paslaugų vartotojų lūkesčius ir poreikius.
5.	Teisingumas	Paslaugų teikimas nepriklauso nuo paslaugų vartotojų lyties, etninės priklausomybės, socialinės padėties, geografinės vietovės ar kitų asmeninių charakteristikų
6.	Saugumas	Paslaugų teikimo metu iki minimumo sumažinta pacientui galima žala ar pavojus sveikatai

Šaltinis – PSO leidinys *Quality of care*, 2006 m.

Įvertinusi vyriausybių ir kokybės organizacijų gerąją praktiką, PSO pasiūlė tokią SP kokybės politikos formavimo ir įgyvendinimo schemą (2 pav.).



Šaltinis: PSO leidinys *Quality of care*, 2006 m.

2 pav. Kokybės sistemos formavimo ir įgyvendinimo proceso ciklą kaita

Schemoje septyni proceso etapai suskirstyti į tris kategorijas: analizę, strategiją, įgyvendinimą. Šios kategorijos aprėpia kokybės gerinimo veiksmus, problemos supratimą, planavimą, vykdymą, rezultatų vertinimą ir, atsižvelgiant į gautus rezultatus, naujų veiksmų planavimą.

PSO ekspertų grupė 1994 m. nurodė šešis svarbiausius stacionaro klinikinės ir administracinės veiklos rodiklius. Tai 1) klinikinis efektyvumas; 2) paciento reikmių ir lūkesčių tenkinimas; 3) veiklos efektyvumas; 4) paslaugų sauga; 5) žmonių ištekliai; 8) vadovavimas atsižvelgiant į vartotojų reikmes³⁹. Pagal šiuos rodiklius įvertinę pasiektus rezultatus, juos galėtume sugretinti su organizacijos kokybės politika, tikslais ir numatyti gerinimo kryptis.

EBPO, nuo 2001 metų vykdanči sveikatos priežiūros kokybės rodiklių projektą (angl. *Health Care Quality Indicators Project*) nustatė, kad sveikatai įtaką daro daugybė veiksnių, ne tik sveikatos

³⁹ World Health Organization Hospital Advisory Group Meeting. „A review of the determinants of hospital performance“, Geneva: WHO/SHS/DHS/94.6; 1994.

priežiūra ir pateikė apibendrintus sveikatos paslaugų kokybės vertinimo kriterijus, iš kurių svarbiausi yra *veiksmingumas, saugumas ir orientacija į pacientą*. Būtent šie kriterijai yra svarbūs, kad sveikatos priežiūros dėka būtų pasiekti galimi sveikatos rezultatai. EBPO rekomenduoja ir kitus svarbius kriterijus, tokius kaip prieinamumas, kaina, efektyvumas ir teisingumas. Skirtingai nuo PSO, paslaugų *prieinamumą EBPO aiškina kaip atskirą sveikatos priežiūros sąlygą*, kurią lemia įvairūs fiziniai (paslaugų pasiūla, paslaugos teikimo vietos pasiekiamumas), finansiniai (paslaugos kaina, laukimo laikas) ir psichologiniai veiksniai.

Arah O. ir kt. (2006) pastebėjo, kad vadovaujantis EBPO sveikatos priežiūros kokybės modeliu, paslaugų kokybės rodiklis aprėpia *struktūros, proceso ir rezultato* kokybės rodiklius. Struktūros rodikliai atspindi SPĮ pasirengimą teikti SP paslaugas, proceso – parodo šių paslaugų teikimo organizavimo lygį, o rezultato kokybės rodikliai siejami su paslaugų teikimo poveikiu sveikatai⁴⁰. Gonzalez ir kt. (2011) sveikatos priežiūros kokybei įvairiose ligoninėse palyginti pasiūlė kurti kompleksinius rodiklius.

Remiantis tarptautinio pacientų saugos projekto SIMPATIE (angl. Safety Improvement for Patients in Europe) rekomendacijomis, struktūros rodikliai įvertina išteklių paslaugoms teikti tipus, kiekį ir turinį. Proceso rodikliais vertinamos SP paslaugų procedūros, kuriomis remiantis apibrėžiami paslaugų teikimo veiksmai. Rezultato rodikliai atspindi paciento sveikatos būklės, teikiant paslaugas, raidą ar situaciją, susijusią su paslaugų saugumu⁴¹.

Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2011/24/ES „Dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas“ suteikė teisę 27 Europos Sąjungos šalių gyventojams gydytis bet kurioje iš šių šalių. Perkėlus direktyvos nuostatas į ES šalių nacionalinius teisės aktus, turi būti užtikrintas SP paslaugų prieinamumas ir kokybė, nes „Pacientams suteikiamos galimybės gauti tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas, o valstybės narės išlieka atsakingos už saugių aukštos kokybės, veiksmingų ir kiekybiniu požiūriu adekvačių sveikatos priežiūros paslaugų teikimą piliečiams savo teritorijoje“. Direktyvoje nustatyta ir „asmenų teisė susipažinti su savo asmeniniais [...] duomenimis, esančiais jų medicininiuose dokumentuose, kuriuose pateikiama informacija apie diagnozę, tyrimų rezultatus, gydančių gydytojų vertinimus ir taikytą gydymą ar intervencijas“⁴². Šioje direktyvoje, skirtingai negu PSO, prieinamumas suprantamas taip, kaip jį apibrėžia EBPO – atskira nuo kokybės sveikatos priežiūros sąlyga.

⁴⁰ Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. „A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project“. *International Journal for Quality in Health Care*, 2006 Sep;18 Suppl 1:5-13.

⁴¹ Indicators. Safety Improvement for Patients in Europe. (2007). *Simpatie project 2005-2007*. <http://www.simpatie.org/Main>. [žiūrėta 2012-11-12].

⁴² 2011/24/ES direktyva dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo. <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:LT:PDF>.

Norvegijos Bergeno universiteto sveikatos priežiūros kokybės kurso vadovas *J. Øvertveit* (1990) nurodo tris sveikatos priežiūros kokybės kategorijas⁴³:

1. *Vartotojo pageidaujama kokybė* – kokios kokybės paslaugos nori vartotojas, šiuo atveju, pacientas, jo artimieji ir visuomenė, sužinoma vertinant pacientų nuomonę.

2. *Profesinė kokybė* – paslaugos atitikimas poreikius, kuriuos nustatė ją teikiantys profesionalai (siuntusieji gydytojai), tinkamas procedūrų atlikimas ir metodikų, reikalingų tenkinti paciento reikmes, taikymas. Profesinė kokybė garantuojama parengiant standartus ir atliekant įstaigos veiklos auditą.

3. *Vadybos kokybė* – rezultatyviausias ir našiausias išteklių naudojimas pagal aukštesnės vadovybės (ar pirkėjų nustatytas) direktyvas, jų neviršijant.

SP paslaugų kokybės reglamentavimo sistema Lietuvoje susijusi su šio dalyko tarptautinio reglamentavimo (tarptautinės konvencijos, sutartys, kodeksai, Europos Sąjungos direktyvos, kokybės standartai, techniniai reglamentai, praktikos nuostatos, Pasaulio sveikatos organizacijos sprendimai) perėmimu. Lietuvoje teisinį – institucinį pagrindą SP kokybės užtikrinimui ir nuolatiniam gerinimui sudaro sveikatinimo veiklos įstatymai: Sveikatos sistemos įstatymas⁴⁴, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas⁴⁵, Medicinos praktikos įstatymas⁴⁶, Slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymas⁴⁷, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas⁴⁸, kiti LR Seimo priimti teisės aktai, LR Vyriausybės nutarimai, sveikatos apsaugos ir kitų ministrų įsakymai, medicinos profesiniai standartai, vidaus standartai, Lietuvos medicinos normos, Lietuvos higienos normos, aplinkosaugos normatyviniai dokumentai, farmakopėjos straipsniai, paslaugų vartotojų ir visuomenės reikalavimai. Lietuvoje veikia teisiniais dokumentais reglamentuoti PSO rekomenduoto sveikatos priežiūros kokybės gerinimo modelio elementai, iš kurių šiame darbe nagrinėjami su pasirinktąja tema susiję bendrieji ir specialieji asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimai, vidaus medicininio audito veikla, informacijos apie pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugų kokybe rinkimas ir analizė.

Lietuvos sveikatos sistemos įstatymo preambulėje deklaruojama prigimtinė žmogaus teisė turėti „[...] priimtina, prieinama ir tinkama sveikatos priežiūra“⁴⁹, ilgą laiką buvo suvokiama kaip SP paslaugų kokybės apibrėžimas. Šio įstatymo 2 str. 9, 10 ir 11 p. apibrėžia tris būtinausias asmens SP sąlygas, kurias turi užtikrinti visi sveikatinimo veiklos subjektai. Tai šios priežiūros priimtumas, prieinamumas ir tinkamumas:

⁴³ Øvertveit J. What is quality in health services? *Health Service Management*; 1990.

⁴⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas // Žin., 1994, Nr. [63-1231](#); 1998, Nr. [112-3099](#).

⁴⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas // Žin., 1996, Nr. [66-1572](#); 1998, Nr. [109-2995](#).

⁴⁶ Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas // Žin., 1996, Nr. [102-2313](#); 2004, Nr. [68-2365](#).

⁴⁷ Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymas // Žin., 2001, Nr. [62-2224](#); 2009, Nr. [89-3801](#).

⁴⁸ Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas // Žin., 2009, Nr. 145-6425.

⁴⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas // Žin., 1994, Nr. [63-1231](#), 1998, Nr. [112-3099](#).

„[...] *priimtinum*as – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitikti;

„[...] *prieinamumas* – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei;

„[...] *tinkamumas* – tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą“.

LR SAM 1997 m. įsakyme Nr. 372 „Dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės“ pateikia kitokią SP paslaugų prieinamumo išaiškinimą:

„*prieinamumas* – tai visuma priemonių, kurių dėka juridiniai bei fiziniai asmenys gali laiku ir tinkamai pasinaudoti asmens bei visuomenės sveikatos priežiūros paslaugomis“. Paslaugų kokybę (ir efektyvumą) užtikrina „valstybės tvarka pripažįstamos sąlygos“⁵⁰, abiejuose dokumentuose išaiškintos kaip „tinkamumas“.

Remiantis šiuo įsakymu ir sąvokų išaiškinimu, stacionarinė SP paslaugų kokybė, suvokiama kaip „prieinamumas ir tinkamumas“, vertinama priklausomai nuo būtinosios medicinos pagalbos teikimo apimties, hospitalizavimo tvarkos reikalavimų vykdymo, Priėmimo skyriaus žurnalų pildymo, tyrimo ir gydymo operatyvumo, stacionarinio gydymo apimties, gydymo trukmės (pagal profilius), stacionaro funkcionavimo, medikamentų kontrolės ir kitų panašaus pobūdžio rodiklių, mažai turinčių ryšio su paciento sveikatos būklės pokyčiais.

SP paslaugų kokybės sąvokos interpretaciją išvelgiame 1998 – 2008 metų laikotarpiu galiojusiam SAM įsakyme „Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų“, kuriuo buvo patvirtinti kokybės vadybos sistemos diegimo ASPĮ reikalavimai ir vidaus medicininio audito nuostatai. Įsakymas, galiojęs iki 2008 m. gegužės 11 d., nurodė sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojams „savo darbu užtikrinti, kad būtų pasiekti ligoninės steigėjo apibrėžti ir ligoninės vadovybės įgyvendinami kokybės uždaviniai“⁵¹. Visa organizacijos kokybės sistema turėjo būti aprašyta dokumentuose, iš kurių būtinieji: „kokybės vadovas, kokybės sistemos procedūros, darbo instrukcijos, diagnostikos ir gydymo metodikos“. Kokybės duomenų įrašai šiame įsakyme įvardyti kaip „lokalaus medicininio audito veiklos dokumentai“.

⁵⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1997 07 04 įsakymas Nr. 372 „Dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės“ // Žin., 1997, Nr. 73-1879.

⁵¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. spalio 6 d. įsakymas Nr.571. „Dėl kokybės sistemos diegimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarkos ir lokalaus medicininio audito nuostatų patvirtinimo“ // Žin., 1998, Nr. 89-2469) (negalioja nuo 2008 05 11).

2002 m spalio 10 d. sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. 495 patvirtinta Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcija, kurioje numatyta „sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valstybinio reglamentavimo srityje siekti, kad Lietuvoje būtų teikiamos saugios sveikatos priežiūros paslaugos bei gaminami ir parduodami nekenksmingi žmonių sveikatai ir nežalingi aplinkai produktai. [...] Nustatomi privalomieji kokybės reikalavimai sveikatos priežiūros paslaugoms bei produktams turi būti ekonomiškai pagrįsti ir suderinti su Europos Sąjungos direktyvomis“⁵², nurodomas reikalavimas „tobulinti Lietuvos sveikatos priežiūros standartizacijos sistemą, derinti ją su tarptautinėmis ir Europos Sąjungos standartizacijos sistemomis“ (15.1 p.).

Šie dokumentai buvo sisteminio požiūrio į SP paslaugų kokybę, jos užtikrinimą ir nuolatinį gerinimą Lietuvoje pradžia, kurios tęsinys – Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programa. Joje įvardyti devyni kokybės kriterijai. Tai orientacija į pacientą, priimtinumas, prieinamumas, tinkamumas, teisumas, tęstinumas, veiksmingumas, ekonomiškai pagrįstas efektyvumas, saugumas, iš kurių prioritetas teikiamas SP prieinamumui, saugumui, ir tinkamumui. Į šiuos kriterijus turėjo orientuotis ASPĮ, vykdydamos SAM 2007 m. įsakymu Nr. V-156 patvirtintų ASPĮ licencijavimo taisyklių 12.12 p., kuris nurodo, jog pareiškėjas, teikiantis Akreditavimo tarnybai paraišką gauti licenciją verstis asmens sveikatos priežiūros veikla, turi kartu pateikti dokumentus, „patvirtinančius numatomų atlikti procedūrų, užtikrinančių paslaugos(-ų) kokybę, sąrašą(-us)“⁵³.

ASPĮ paslaugų kokybės gerinimo reikalavimai nurodyti sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymu Nr. V-338 patvirtintame „Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų apraše“⁵⁴, kuriame nustatyti ir vidaus medicininio audito darbo principai, o kiek vėliau – nepageidaujamų įvykių registravimo bei informacijos teikimo suinteresuotoms institucijoms tvarka.

Labai aukštus sveikatos paslaugų kokybės reikalavimus išklėlė Paciento įstatymas⁵⁵. Jame sveikatos paslaugų kokybė aprėpia nenutrūkstamą visuomenės ir asmens sveikatos paslaugų teikimą, nes apibrėžta kaip sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugų: *prieinamumas, saugumas, veiksmingumas,*

tinkamumas „tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda“,

kvalifikuotumas „pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį“,

⁵² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. spalio 10 d. įsakymas Nr. 495 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos patvirtinimo“ // Žin., 2002, Nr. 101-4523.

⁵³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. kovo 2 d. įsakymas Nr. V-156 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimo“ // Žin., 2007, Nr. 31-1148.

⁵⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymas Nr. V-338 „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“ // Žin., 2008, Nr. 53-1992.

⁵⁵ Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas // Žin., 2009, Nr. 145-6425.

organizacijos galimybių ir paciento nuomonės suderinamumas „atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami“.

Šalies mastu SP kokybė pagal Paciento įstatyme⁵⁶ suformuluotas, tačiau praktikoje įvairiai suvokiamas kokybiškos paslaugos dimensijas kol kas nebuvo vertinama, nes neaiškūs šių dimensijų matai, nėra vertinimo metodikos. Pagal galiojančius teisės aktus kokybės rodiklius nustato sveikatos apsaugos ministras. Kai kurie rodikliai nustatomi ASPĮ ir TLK sutartyse dėl asmens SP paslaugų apmokėjimo.

Pabrėždamas kokybės vadybos sistemos naudą organizacijai, Šilys ir kt. (2012), pastebėjo, jog „nuo to, kaip reglamentuojamas gydytojo darbas, priklauso ne tik paslaugos kokybė, bet ir daugelio kitų sveikatos priežiūros organizacinių, teisinių, ekonominių problemų sprendimas“⁵⁷.

Kad būtų užtikrinti pageidaujami sveikatos rezultatai, šalyje vykdoma paslaugų kokybės kontrolė. Remiantis VLK direktoriaus 2006 m. kovo 24 d. įsakymu Nr. 1K-41 patvirtintu aprašu, asmens SP paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, kokybės kontrolę įpareigotos vykdyti Valstybinė ir teritorinės ligonių kasos⁵⁸. Paslaugų kokybės atžvilgiu tikrinamas stacionariųjų paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, prieinamumas ir tinkamumas, tačiau medicinos dokumentų pildymo kokybė bei norminių dokumentų reikalavimų laikymasis neaprepia organizacijos procesų ir paslaugų kokybės kontrolės. Antra vertus, Valstybinė ligonių kasa ir Akreditavimo tarnyba, kurios sudėtyje veikia Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės priežiūros skyrius, skirtingai traktuoja ir vertina SP kokybę, nes nėra bendrųjų kokybės rodiklių sistemos ir jų vertinimo metodikos.

ES direktyvos 2011/24/ES perkėlimas į Lietuvos teisės aktus 2013 metais kelia naujus, dar didesnius reikalavimus SP paslaugų kokybei, nes, kaip pasakyta direktyvos 21 pastraipoje, ES „egzistuoja bendros vertybės ir principai, susiję su tuo, kaip sveikatos sistemos tenkina gyventojų ir pacientų, kuriuos jos aptarnauja, poreikius“⁵⁹.

⁵⁶ Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas // Žin., 2009, Nr. 145-6425.

⁵⁷ Šilys A. „Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės valdymas“. Vilniaus universitetas. *Nacionalinis medicinos mokymų centras*. 2012, p.80.

⁵⁸ Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių bei kitų įmonių ir įstaigų, sudariusių sutartis su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ar teritorinėmis ligonių kasomis, kontrolės tvarkos aprašas, patvirtintas Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2006 m. kovo 26 d. įsakymu Nr. 1K-41 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių bei kitų įmonių ir įstaigų, sudariusių sutartis su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ar teritorinėmis ligonių kasomis, kontrolės tvarkos aprašo“ (Žin., 2006, Nr. 38-1371; 2010, Nr. 66-3324).

⁵⁹ 2011/24/ES direktyva dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo. <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:LT:PDF>.

1.4. Veiklos vertinimo metodai

PSO Europos regioninio biuro 2003 m. rugpjūčio mėn. pranešime „Kaip atlikti stacionaro veiklos vertinimą ir stebėseną?“ rekomenduojami penki pagrindiniai stacionarinės veiklos kokybės vertinimo metodai: 1) sveikatos apsaugos įstaigų inspektavimas, 2) vartotojų apklausos, 3) trečiosios šalies vertinimas, 4) statistikos rodiklių naudojimas ir jų sugretinimas, 5) įsivertinimas⁶⁰.

Inspektavimas bet kurioje valstybėje suprantamas kaip nacionalinių darbo teisės aktų laikymosi priežiūra bei gerosios darbo praktikos skatinimas. Stacionaro veiklos inspektavimas teikia galimybę nustatyti, kaip vykdomi pacientų ir darbuotojų saugos reikalavimai, tačiau šis metodas neapriėpia naujovių diegimo ar informacijos teikimo paslaugų vartotojams bei medicinos darbuotojams.

Vartotojų apklausos. Daugelis mokslininkų (Nelson-Wernick ir kt. 1981; Guzman ir kt. 1988; Cleary ir kt. 1993), ilgą laiką tyrinėjusių kokybės parametrus, tvirtino, jog kokybę ligoninės aplinkoje geriausiai atspindi pacientų nuomonė^{61, 62, 63}. Vėliau R. H. Brook ir kiti (2000) pastebėjo, jog „pacientų požiūris į kokybę, jų lūkesčiai ir pasitenkinimas yra subjektyvioji nuomonė, priklausanti nuo daugelio veiksnių: paciento sveikatos būklės, amžiaus, išsilavinimo, gaunamų pajamų, gyvenamosios vietos, tautybės“⁶⁴, todėl subjektyvioji paciento nuomonė negali būti kokybiškos paslaugos etalonas.

PSO (2003) nurodė, jog „vartotojų apklausos ir jų apžvalgos ligoninėje yra būtinos pacientų nuomonės tyrimo vertinimui“⁶⁵. S. Weingart ir kiti (2006) pažymėjo, jog svarbu vykdyti pacientų apklausas, nes tai „informatyvus ir adekvatus pokyčių sveikatos priežiūroje vertinimo rodiklis“, tačiau kokybės vertinimui nuomonės tyrimo nepakanka, nes pacientų sveikimui įtakos turi įvairūs veiksniai,

⁶⁰ WHO European Office for Integrated Health Care Services. „Measuring Hospital Performance: Defining the (Sub-) Dimensions and a Framework for Selecting Evidence-Based Indicators“. *Report on a WHO Workshop in Barcelona, Spain, 21-22 March 2003*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003.

⁶¹ Cleary PD, Edgman-Levitan S, Walker JD et al. „Using patient reports to improve medical care: a preliminary report from 10 hospitals“. *Qual Manag Health Care* 1993;2:31-8.

⁶² Guzman PM, Sliepevich EM, Lacey EP et al. Tapping patient satisfaction: a strategy for quality assessment. *Patient Educ Couns* 1988;12:225-33.

⁶³ Nelson-Wernick E, Currey HS, Taylor PW et al. Patient perception of medical care. *Health Care Manage Rev* 1981;6:65-72.

⁶⁴ Brook RH, McGlynn EA, Shekelle PG. „Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers“. *Int J Qual Health Care* 2000;12(4):281-95.

⁶⁵ World Health Organization Regional Office for Europe. „Measuring Hospital Performance to Improve the Quality of Care in Europe: A Need for Clarifying the Concepts and Defining the Main Dimensions“. Copenhagen, WHO: *Report on a WHO Workshop in Barcelona, Spain, 10-11 January; 2003*.

kurie ne visuomet priklauso nuo sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų⁶⁶. Pacientų apklausas atlieka pati sveikatos priežiūros įstaiga.

Trečiosios šalies vertinimas yra nepriklausomas vertinimas, kuris gali būti atliekamas pagal tarptautinius kokybės standartus (vadybos sistemų sertifikavimas), kolegialų ekspertinį vertinimą arba akreditacijos programas. Vertinimas pagal ISO standartus, orientuotas į kokybės vadybą, neapėmia visos stacionaro veiklos. Sertifikacijos įstaiga, išdavusi sertifikatą, atlieka priežiūros auditus, kurių metu įsitikinama, ar organizacijos vadybos sistema atitinka standarto reikalavimus.

Kolegialus vertinimas, užtikrinantis klinikinio efektyvumo rezultatų vertinimą, taip pat neužtikrina visos stacionaro veiklos vertinimo. A. Kaziliūno (2004) teigimu, „geriausių rezultatų pasiekama, kai veikla ir su ja susiję ištekliai valdomi kaip procesas“⁶⁷. L. Markevičiūtė (2007) pastebi, kad „kiekvienas procesas turi būti įgyvendinamas pagal geriausią praktiką – standartizuotus procedūrų aprašus“⁶⁸.

Licencijavimas. Sveikatos sistemos įstatymas⁶⁹ nurodo, kad Lietuvoje teisėta tik valstybės licencijuota sveikatos priežiūros įstaigų ir specialistų veikla. Teisė teikti paslaugas pripažįstama ir licencija išduodama tik toms sveikatos priežiūros įstaigoms, kurių veikla atitinka teisės aktų reikalavimus. Licencija asmens sveikatos priežiūros veiklai išduodama tik tuo atveju, kai stacionarines SPP teikianti įstaiga yra įdiegusi SAM patvirtintuose bendruosiuose ir specialiuosiuose paslaugų teikimo reikalavimuose nurodytus diagnostikos metodus ir laboratorinius tyrimus bei šiuose reikalavimuose nustatytais atvejais sudariusi sutartis. Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2011 m. gegužės 3 d. įsakyme Nr. T1-390 „Dėl Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos atliekamų patikrinimų taisyklių nurodyta, kad licencijavimo metodas neužtikrina paslaugų kokybės kontrolės, tik „leidžia nustatyti, ar asmens sveikatos priežiūros veiklai licencijuoti juridiniai asmenys asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia pagal teisės aktų reikalavimus“⁷⁰.

Valstybinis licencijavimas, o kartu ir licencijos sąlygų laikymosi priežiūra, atliekama pagal Akreditavimo tarnybos direktoriaus patvirtintą metinį tikrinimų planą, pamažu tampa formaliu metodu. Šalyje kuriama paslaugų kokybės vertinimo bazė, o organizacijose diegiami paslaugų kokybės

⁶⁶ Weingart SN, Pagovich O, Sands DZ, Li JM, Aronson MD, Davis RB, et al. „Patient-reported service quality on a medicine unit“. *Int J Qual Health Care* 2006;18(2):95-101.

⁶⁷ Kaziliūnas A. „Procesinis požiūris vadyboje ir viešajame administravime“. *Viešojo politika ir administravimas*; 2004, 8:37-47.

⁶⁸ Markevičiūtė L. „Dokumentai - inherentiškas kokybės vadybos sistemos elementas“. *Informacijos mokslai*; 2007, 40:73-80.

⁶⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas // *Žin.*, 1994, Nr. 63-1231, 1998, Nr.112-3099.

⁷⁰ Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2011 m. gegužės 3 d. įsakymas Nr. T1-390 „Dėl Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos atliekamų patikrinimų taisyklių“ // *Žin.*, 2011, Nr. 58-2816, 2012, Nr. 12-549).

vertinimo metodai, kuriais remiantis galimi SP paslaugų kokybės pokyčiai, todėl licencijavimą ir licencijavimo sąlygų priežiūrą ateityje galėtų pakeisti visuotinės kokybės principais grindžiamos vadybos sistemos.

Akreditacija. Akreditacija gali suformuoti visuotinės kokybės vadybos pamatus, bet neturi priemonių išmatuoti paslaugos kokybę. Modelis sukurtas 1949 m. JAV sveikatos priežiūros vertinimui. Pagal JAV modelį Lietuvoje sukurta speciali sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo sistema. E. Jaafaripooyan ir kt. (2011) patikino, kad ši sistema iki šiol išlieka svarbus SP organizacijų veiklos, paslaugų saugos ir kokybės gerinimo mechanizmas⁷¹.

Akreditavimas, kaip jį apibrėžia Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas⁷², yra įstaigos savanoriškai inicijuotas įvertinimas, ar ji atitinka nustatytus teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės standartus ir akreditavimo pažymėjimo išdavimas.

Įstaigos, turinčios licenciją ir ne mažesnę kaip trejų metų atitinkamos rūšies sveikatos priežiūros paslaugų teikimo patirtį, turi teisę kreiptis į Valstybinę akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybą prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Akreditavimo tarnyba), dėl akreditavimo sveikatos priežiūrai. Vadovaujamosi standartais, orientuotais į konkrečias sveikatos priežiūros sritis – skubiąją ir būtinąją, pirminę sveikatos priežiūrą, ilgalaikio gydymo ir kitas sritis. Sveikatos priežiūros organizacijų veikla ir kokybė vertinama akredituojant įstaigas arba jų veiklos procesus. Sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo specialieji reikalavimai išdėstyti galiojančiose Lietuvos medicinos normose MN 11:1:1996⁷³, MN 11-3:1997⁷⁴, MN 12:1996⁷⁵. Akreditavimo tarnyba, kaip nurodyta jos nuostatuose, organizuoja ir koordinuoja sveikatos priežiūros veiklos atitikties teisės aktų reikalavimams vertinimą, užtikrina teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų tinkamumą ir saugą, licencijuoja sveikatos priežiūros įstaigas⁷⁶.

⁷¹ Jaafaripooyan E, Agrizzi D, Akbari-Haghighi F. „Healthcare accreditation systems: further perspectives on performance measures“. *International Journal for Quality in Health Care* 2011 Dec;23(6):645-56.

⁷² Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas // *Žin.*, 1996, Nr. 66-1572; 1998, Nr. 109-2995.

⁷³ Lietuvos medicinos norma MN 11:1:1996 „Sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo specialieji reikalavimai. I dalis. Savivaldybės medicinos punktas“ // *Žin.*, 1996, Nr. 31-781.

⁷⁴ Lietuvos medicinos norma MN 11-3:1997 „Sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo specialieji reikalavimai. 3 dalis. Ambulatorija“ // *Žin.*, 1997, Nr. 55-1284.

⁷⁵ Lietuvos medicinos norma MN 12:1996 „Sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo specialieji reikalavimai reabilitacijos ir sanatorinės gydymo įstaigos (padaliniai)“. <http://www.vaspvt.gov.lt/files/Medicinos%20normos/MN12-1996.pdf> [žiūrėta 2012-11-08].

⁷⁶ Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nuostatai. <http://www.vaspvt.gov.lt/files/Veikla/VASPVT%20nuostatai.pdf> [žiūrėta 2012-11-12].

S. Gendvilis (2008) pažymi, kad „Europos ligoninėse viena iš dažniausiai taikomų yra *Joint Comission International Accreditation* (JCIA) akreditavimo sistema“⁷⁷. Akreditavimo programos skirtos klinikinių procedūrų, galutinių veiklos rezultatų, darbų organizavimo, pacientų reikmių tenkinimo vertinimui. Šių programų taikymui reikalingos lėšos, o veikla orientuota tik į akreditavimo dokumento įsigijimą, todėl sunku tikėtis, kad akreditavimo programų taikymas pagerins paslaugų kokybę, klinikinius rezultatus ir pacientų sveikatą.

Trečiosios šalies vertinimas – formalusis sertifikavimas, akreditavimas ir licencijavimas yra svarbūs, bet nepakankami kokybės užtikrinimo veiksniai, jeigu nebus remiama ASPĮ kokybės kultūros raida ir investuojama į darbuotojų kokybės vadybos kompetencijų plėtrą. Taip pat svarbus paslaugų teikėjų ir vartotojų dialogas apie kokybę ir jų aktyvus dalyvavimas kokybės procesuose.

Statistikos rodiklių naudojimas. Ši veiklos vidinio ir išorinio vertinimo priemonė, dėl savo prieinamumo, paprastumo bei ekonomiškumo gali būti taikoma bendrajam vidiniam ligoninės veiklos vertinimui ir konkurenciniam sugretinimui. Pasak A. Gaižauskienės ir kt., „Lietuvoje stacionarinei sveikatos priežiūrai įvertinti naudojami rutininės statistikos rodikliai“⁷⁸. M. McKee ir kt. (1998) tyrimo duomenimis, „atliekant sudėtingą įvairiapusį veiklos vertinimą, nebūtinai naudojami visi šie rodikliai“⁷⁹. Standarte LST ISO/TR 10017:2005 „Statistinių metodų taikymo ISO 9001:2000 gairės“ nurodyta, kad „Statistinių metodų taikymas pateisinimas tada, kai jis gali padėti pagerinti kokybės vadybos sistemos rezultatyvumą“⁸⁰. Tikslai, pasak R. Kaplan (1996), reikėtų rinktis tuos kokybinius ir kiekybinius rodiklius, kurie įrodo užsibrėžtų tikslų pasiekimo lygį.

Patikima ir objektyvi sveikatos informacija yra statistikos rodikliai. Jie reikalingi sveikatos politikai formuoti bei sveikatos priežiūros sistemai racionaliai valdyti. Lietuvos Higienos instituto Sveikatos informacijos centre sukurta rodiklių sistema atspindi gyvenimo sritis, susijusias su gyventojų sveikata. Duomenys renkami iš įvairių šaltinių: Statistikos departamento, Higienos instituto Sveikatos informacijos centro metinių sveikatos statistikos ataskaitų, specializuotų tarnybų duomenų bazių ir registrų, Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos SVEIDRA, kurios naudojimas teikia galimybę skaičiuoti daug įvairių rodiklių, ypač sergamumo įvairiomis ligomis ir ligų grupėmis. Informacijos apie stacionaro veiklą suteikia pagrindiniai stacionarinės sveikatos priežiūros rodikliai: vidutinė gydymo trukmė, lovos apyvarta, lovos užimtumas.

⁷⁷ Gendvilis S. „Sveikatos apsaugos problemų sprendimas – nuolatinis iššūkis vadovams“. Konferencijos „Sveikatos priežiūra Lietuvoje: problemos ir aktualijos“ medžiaga. Vilnius, 2008.

⁷⁸ Gaižauskienė A., Petrauskienė J., Kalėdienė R. ir kiti. „Sveikatos statistikos vadovas: mokomoji knyga“. Kaunas, *Kauno medicinos universitetas, Lietuvos sveikatos informacijos centras, Leidybos ir informacijos centras „Už gyvybę“*; 2003, 106 p.

⁷⁹ McKee M, Sheldon T. „Measuring performance in the NHS“. *British Medical Journal*; 1998, 316-22.

⁸⁰ LST ISO/TR 10017:2005 Statistinių metodų taikymo ISO 9001:2000 gairės (tpt ISO/TR 10017:2003). *Lietuvos statistikos departamentas*, 2005.

1.5. Kokybės vertinimo modeliai ir metodai

Jau prieš gerą dešimtmetį J. Øvretveit (1996) pastebėjo, kad „siekiant paskatinti organizacijas savo veikos strategiją grįsti visuotine kokybės vadyba, daugelyje užsienio šalių taikomi įvairūs kokybės sistemų diegimo ir jų vertinimo modeliai“⁸¹, nes kokybės užtikrinimas yra svarbus klausimas kiekvienai sveikatos priežiūros įstaigai.

Kokybiškų paslaugų teikimui užtikrinti taikomi įvairūs kokybės vadybos modeliai, metodai ir priemonės, kurių pagalba galima matuoti ir vertinti teikiamų paslaugų kokybę. Šiame poskyryje apžvelgiami 9 modeliai ir metodai, tinkami kokybės vadybos pasiekimų vertinimui. Tai subalansuotųjų rodiklių modelis, Demingo modelis, Malkolmo Baldridžo nacionalinis kokybės apdovanojimas, Europos kokybės vadybos fondo tobulumo modelis (EFQM), Bendrojo vertinimo modelis (BVM), *SERVQUAL* (angl. Service quality framework) modelis, *LEAN* modelis, standartai, statistiniai metodai.

Subalansuotų rodiklių kokybės užtikrinimo modelis. Subalansuotųjų verslo rodiklių sistemą sukūrė ir tobulino garsūs valdymo apskaitos lyderiai R. Kaplan ir D. Norton^{82, 83, 84, 85}. Tai kokybės užtikrinimo modelis, kurio pagalba formuojamas sisteminis požiūris į organizacijos kokybės valdymą. Pagal šį modelį organizacijos turi būti matomos iš keturių perspektyvų: finansų, klientų pasitenkinimo, vidinių procesų bei inovacijų ir mokymosi. Apie kiekvieną iš jų renkama informacija, kurios analizė teikia pagrindą pokyčiams. Tai organizacijos strateginis planas, parodytas skaičiais. Jis teikia galimybes organizacijos misiją ir strateginius tikslus paversti į konkrečių veiklos uždavinių, kriterijų, rodiklių, siekinių ir procedūrų sistemą (R. Kaplan, D. Norton, 1996; 1992).

Vienas iš svarbiausių subalansuotųjų rodiklių sistemos kūrimo etapų – strateginių tikslų apibrėžimas, siekiant pagrindinės strategijos. Norint nustatyti siekiamus tikslus, reikia žinoti organizacijos stiprybes, silpnybes, galimybes ir pavojus, todėl kuriant strategiją, naudojamos *SWOT* lyginamosios analizės išvados. Suformulavusi misiją ir viziją, strateginio planavimo grupė užsitikrina galimybę parengti organizacijos strategiją.

Subalansuotųjų rodiklių sistemos, kaip kokybės užtikrinimo priemonės paskirtis – palengvinti vadovybės vykdomą kokybės vertinimo ir jos gerinimo darbą. R. Kaplan ir D. Norton (1996; 1992) nurodo, jog tai organizacijos strateginio valdymo priemonė. Taikant subalansuotųjų rodiklių sistemą,

⁸¹ Øvretveit J. „Health Service Quality“. *An Introduction to Quality Methods for Health Services*, 1996, p. 2-7.

⁸² Kaplan, R. S., Norton, D. P. „The Balanced Scorecard—Measures That Drive Performance“, *Harvard Business Review*, January–February 1992, p.71–79.

⁸³ Kaplan, R. S., Norton, D. P. „The Balanced Scorecard“. Boston: *Harvard Business School Press*, 1996.

⁸⁴ Kaplan, R. S., Norton, D. P. „Balanced Scorecard: Strategien erfolgreich umsetzen, aus dem Amerikanischen von Horváth“, P., *Stuttgart*, 1997.

⁸⁵ Kaplan, R. S.; Norton, D. P. „Strategy maps. Converting Intangible Assets Into Tangible Outcomes“. *Harvard Business Review*, 2002.

kokybės siekiama atsižvelgiant į visų suinteresuotųjų šalių interesus. Rengiant subalansuotųjų rodiklių kokybės užtikrinimo priemonę, strateginiai organizacijos uždaviniai, kriterijai, rodikliai ir tikslai turi būti numatomi atsižvelgiant į organizacijos finansinę, klientų, veiklos procesų, inovacijų ir mokymosi perspektyvas. Šių perspektyvų visuma rodo subalansuotą požiūrį į kokybės stebėseną, vertinimą ir gerinimą, tai yra – kokybės užtikrinimą. Tai valdymo sistema, kuri įgalina organizacijas nusistatyti savo viziją bei strategiją ir padaryti jas veiksmingas. A. Svaravičius (2004) pažymi, kad „viena iš subalansuotų efektyvumo rodiklių sistemos užduočių – konkrečia struktūrizuota forma pateikti vadovams pačią svarbiausią informaciją indikatorių pavidalu“⁸⁶.

Demingo modelis sukurtas 1951 m. Japonijoje; pagrindinė veiklos kryptis – produktų kokybė; vadovaujama nacionaliniais ir pasauliniais kokybės standartais. Tai problemų sprendimo ir procesų tobulinimo ciklas „Planuok – daryk – tikrink – veik“, vadinamas „Demingo ratu“⁸⁷, tuo paryškinant nenutrūkstamą tobulinimo eigą.

Demingo ciklas prasideda nuo gerinimo priemonių planavimo, kurios įgyvendinamos ir tikrinami gauti rezultatai. Jei rezultatai tinkami, tuomet veikiama taip, kaip nurodyta cikle. Jei ne, grįžtama į pradžią ir ciklas kartojamas. LST EN ISO 9001:2008 „Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai“⁸⁸ standarte nurodoma, jog šis modelis taikytinas kokybės vadybos procesams, kuriais grindžiama kokybės vadybos sistema.

Malkolmo Baldridžo nacionalinis kokybės apdovanojimas sukurtas 1987 m., siekiant Jungtinėse Valstijose išpopuliarinti kokybės sistemas. Tai labai bendras modelis, mažiau detalizuotas, nei ISO 9000. Jame nenagrinėjami ne tik kokybės diegimo metodai, bet ir kontrolės (ar audito) priemonės. Modelį sudaro 7 dalys: 1) valdymas, 2) strateginis planavimas, 3) orientacija į klientus, 4) orientacija į darbuotojus, 5) procesų valdymas, 6) veiklos rezultatai, 7) duomenų analizė. Tai labai paprastas modelis, orientuotas daugiausiai į kliento patenkinimą, bet neanalizuojantis įmonės vidinių procesų sąveikos, todėl netinka jokiai gilesnei darbo optimizacijai. Tačiau būtent dėl jo paprastumo, įvairios firmos jį gali lengvai įdiegti. Šis modelis tapo kelių sudėtingesnių kokybės valdymo modelių pradžia, pvz., Europoje paplitusiam EFQM verslo tobulinimo modeliui⁸⁹.

Europos kokybės vadybos fondo tobulumo modelis (EFQM) sukurtas 1989-aisiais, bendradarbiaujant keturiolikai didžiausių Europos verslo įmonių, sutarusių, jog organizacijos sėkmę

⁸⁶ Svaravičius A. „Kaip sukurti subalansuotų rodiklių sistemą?“

<verslas.banga.lt/lt/zb.download/45dc46556860a/BSC_diegimas_imeje.doc> [žiūrėta 2012-10-03].

⁸⁷ Thom N., Ritz A. „Viešoji vadyba. Inovaciniai viešojo sektoriaus valdymo metmenys“: monografija. – Vilnius: LTV Leidybos centras, 2004. – 136 p.; Neverauskas B., Rastenis J. „Vadybos pagrindai“. – Kaunas: *Technologija*, 2001. 77 p.

⁸⁸ Lietuvos standartas. „LST EN ISO 9001:2008. Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai“. Vilnius: Lietuvos standartizacijos departamentas; 2008.

⁸⁹ Vikipedija. „Malkolmo Baldridžo nacionalinis kokybės apdovanojimas“.

<http://lietuvai.lt/wiki/Malkolmo_Baldris%C5%BEO_nacionalinis_kokyb%C4%97s_apdovanojimas> [žiūrėta 2012 10 15].

lemia puikūs vartotojų ir visuomenės reikmių tenkinimo rezultatai, pasiekti deramu vadovavimu, tinkamos politikos ir strategijos formavimu, žmonių ir materialiujų išteklių bei procesų valdymu⁹⁰. Šis modelis pirmą kartą pristatytas 1991 metais kaip metodas, kurio pagalba įmonės, o vėliau ir valstybinės, ir viešosios organizacijos galėtų įvertinti savo vadybos lygį. 1992 metais pagal šį metodą buvo įteikti pirmieji Europos kokybės prizai, o vėliau daugelyje Europos šalių kasmet organizuojami tokio pobūdžio konkursai, kai renkamos geriausios vadybiniu požiūriu organizacijos. Pagrindinė veiklos kryptis – organizacijos sėkmės veiksnių įvertinimas ir šių veiksnių vertinimo kriterijų nustatymas. Pasiiekti rezultatai vertinami vartotojų ir darbuotojų požiūriu. EFQM modelio pagrindu sukurtas Lietuvoje taikomas Bendrojo vertinimo modelis, ir nacionalinio kokybės apdovanojimo modelis – Nacionalinio kokybės prizo konkursas.

Nacionalinio kokybės prizo (NKP) konkursas Lietuvoje rengiamas nuo 1998 metų⁹¹, vadovaujantis Lietuvos Respublikos ūkio ministro 1998 m. vasario 5 d. įsakymu Nr. 52. „Dėl nacionalinio kokybės prizo įsteigimo“. Svarbiau yra ne pats prizas, o jo metodologija, kurią pasirinkusi organizacija susikuria nuolatinio tobulėjimo mechanizmą. Pirmiausia tiriama vadovų veikla, siekiant kokybės tikslų, sukurtos ir nuolat tobulinamos organizacijos politikos strategijos turinys ir pagrįstumas, siekiant vartotojų reikmių patenkinimo. Analizuojama vadovų veikla, jų pavyzdys bei elgsena su darbuotojais, t.y. kaip darbuotojai motyvuojami, keliama jų kvalifikacija ir įvairiomis formomis didinama kompetencija. Tiriamas bendradarbiavimo su tiekėjais, verslo partneriais ir kitomis organizacijomis lygmuo, galimybės plėsti šį bendradarbiavimą. Kai išanalizuotas išteklių naudojimo efektyvumas ir procesų racionalumas, vertinami pasiekti rezultatai, t.y. tiriamas darbuotojų patenkinimo lygis ir galimybės jį pagerinti; tačiau svarbiausia – iširti paslaugų vartotojų ir visuomenės poreikių tenkinimo lygį. Galiausiai – finansinius veiklos rodiklius ir jų dinamiką. Priklausomai nuo analizės rezultatų, kuriama tobulinimo strategija, kuri vėl aprėpia tų pačių kriterijų grupes. Taip naudojant Demingo „Planuok, daryk, tikrink, veik“ metodą, sukuriamas nuolatinio tobulėjimo mechanizmas.

Bendrojo vertinimo modelis (BVM) yra Europos Sąjungos ministrų, atsakingų už viešąjį administravimą, bendradarbiavimo rezultatas. Pirmoji modelio versija parengta 2000 m., o vėliau parengtos patobulintos kelios modelio versijos. Pagrindinis BVM diegimo organizacijoje tikslas – įvertinti esamą padėtį ir nustatyti tobulėjimo sritis. BVM yra EFQM pagrindu Europos viešojo administravimo instituto sukurtas modelis, naudojamas viešųjų organizacijų įsivertinimui. Juo remdamasi organizacija gali nustatyti savo stipriąsias ir silpnąsias savybes, o gautus rezultatus sugretinti su analogiškais kitų organizacijų. Šio modelio pagrindas, kaip ir EFQM atveju, yra devyni

⁹⁰ Excellence One Toolbook for Self-Assessment“. Brussels: EFQM; 1999.

⁹¹ Lietuvos Respublikos ūkio ministro 1998 m. vasario 5 d. įsakymas Nr. 52. Dėl nacionalinio kokybės prizo įsteigimo . 1998. Vilnius, Valstybės žinios, 1998, Nr. 15-356; 2003, Nr. 5-225.

veiksniai, kuriais remiantis įvertinami organizacijos veiklos rezultatai. Penki veiksniai (vadovų veikla, strategija ir planavimas, žmonių išteklių valdymas, partnerystė ir kiti ištekliai, procesų ir pokyčių vadyba) leidžia įvertinti organizacijoje vykdomus procesus, kurie gali padėti užtikrinti kokybės valdymą. Likusieji keturi (į klientą/pilietį orientuoti rezultatai, žmogiškieji rezultatai, visuomenės rezultatai, pagrindinės veiklos rezultatai) leidžia įvertinti organizacijos veiklos rezultatus. Norėdama įvertinti savo būklę VKV atžvilgiu, organizacija gali pasirinkti vertinti tik vieną ar kelis padalinius ir neįtraukti visų darbuotojų. Dėl savo paprastumo, nebrangaus įdiegimo ir gero pritaikomumo viešojo administravimo įstaigoms, šis modelis tampa vis populiariesnis⁹².

Lietuvos viešojo administravimo institutas 2007 m. išleido antrąjį papildytą ir išplėstą leidinį, nagrinėjantį BVM taikymo plėtros klausimus, kuriame paaškinta, jog šis modelis teikia galimybę „vienu metu į organizaciją pažvelgti iš skirtingų pusių, atlikti įvairiapusę organizacijos veiklos analizę“⁹³. Jis sukurtas taikyti visose viešojo sektoriaus organizacijose nacionaliniu, regioniniu ir vietiniu lygiu. Kartais, ypač didelėse organizacijose, įsivertinimas gali būti taikomas organizacijos padalinyje, netgi skyriuje.

BVM atlieka keturias pagrindines funkcijas:

- nustato unikalias viešojo sektoriaus organizacijų savybes;
- yra priemonė vadovams, norintiems patobulinti organizacijų veiklą;
- jungia įvairius kokybės vadybos modelius;
- leidžia sugretinti viešojo sektoriaus organizacijas.

BVM taikymas teikia organizacijai nuolatinio tobulėjimo galimybę.

BVM pranašumai:

- gaunamas įrodymais pagrįstas vertinimas;
- juo pasinaudojus, nustatoma veiklos kryptis ir susitariama, kas turi būti daroma, kad būtų patobulinta organizacijos veikla;
- vertinama pagal visoje Europoje pripažintus veiksnius;
- šį modelį galima naudoti periodiškai kaip pažangos vertinimo priemonę;
- parodo sąsają tarp tikslų, strategijų ir procesų;
- padeda užtikrinti tų veiklos sričių tobulinimą, kurios labiausiai keistinos;
- sudaro galimybes išvelgti gerą patirtį ir vėliau ja dalytis tiek pačioje organizacijoje, tiek su kitomis organizacijomis;

⁹² Kokybės vadybos metodų diegimo viešojo administravimo institucijose stebėseną“. Ataskaita pagal paslaugų teikimo sutartį. *Viešosios politikos ir vadybos institutas*, 2007.

<http://www.vrm.lt/fileadmin/Padaliniu_failai/Viesojo_administravimo_dep/KVM_diegimas> [žiūrėta 2012-10-03].

⁹³ Bendrasis vertinimo modelis“. Vilnius: *Lietuvos viešojo administravimo institutas*; 2007.

http://www.livadis.lt/livadis/user_dir/File/2007/BVM/BVM_2006_VIDUS_n.pdf [žiūrėta 2012-10-03].

- įtraukia darbuotojus į organizacijos veiklos gerinimo procesą;
- leidžia nustatyti pažangos lygį ir pasiekimus;
- padeda integruoti įvairias veiklos kokybės skatinimo iniciatyvas į įprastus veiklos procesus.

Įsivertinimas pagal BVM teikia organizacijai galimybę daugiau sužinoti apie save. Jis atliekamas organizacijos iniciatyva. Įsivertinimu siekiama pagerinti sprendimų priėmimą, rasti būdų sėkmingiau realizuoti organizacijos tikslus ir pagerinti veiklos kokybę. Rezultatai naudojami veiklos tobulinimui. Tai būdas nustatyti organizacijos kokybės sistemos brandos lygmenį⁹⁴. BVM yra visuomeninė nuosavybė, naudojama be jokio užmokesčio. Organizacijos gali naudotis BVM savo nuožiūra.

SERVQUAL modelis (angl. Service quality framework) naudojamas įvertinti kliento suvokiamą paslaugų kokybę pagal penkis paslaugų kokybės požymius, kuriais remiantis yra palyginama kliento laukiama kokybė, siejama su idealiu paslaugos teikėju, su konkrečiai patirta kokybe. Norint gauti tokį palyginimą, būtina atlikti paslaugų vartotojų apklausą.

SERVQUAL modelį, grindžiamą paslaugų kokybės spragų metodika, 1985-aisiais sukūrė A. Parasuraman, V. Zeithalm ir L. Berry, ištyrę, jog kokybę formuoja paslaugos vartotojas ir jos teikėjas, todėl paslaugos teikimo procese atsiranda spragų, galinčių turėti įtakos vartotojo kokybės suvokimui⁹⁵. Šio modelio pagalba galima nustatyti penkias skirtingas spragas paslaugų teikimo procese. Paslaugų kokybės spraga susidaro tada, kai klientų lūkesčiai ir suteiktos paslaugos vertinimas yra skirtingi. Supratimo spraga yra klientų lūkesčių ir vadovų supratimo, kokie yra klientų lūkesčiai, neatitikimas. Paslaugų teikimo spraga susidaro tarp paslaugų kokybės profesinių standartų ir faktiškai suteiktų paslaugų kokybės. Komunikavimo spraga yra skirtumas tarp faktiškai suteiktų paslaugų ir to, kas buvo žadėta visuomenei žiniasklaidoje ir kitais viešųjų ryšių būdais. Kokybės spragų modelis pritaikytas matuoti ir valdyti paslaugų kokybę ir privataus, ir viešojo sektoriaus organizacijose. Paslaugos kokybė nustatoma kaip balų, kuriais įvertinama laukiama ir patirta kokybė, skirtumas, t. y. paslaugų kokybė apibūdinama kaip skirtumas vartotojų lūkesčių, kuriuos jie puoselėja dėl geriausiojo (pavyzdžiui, idealios asmens sveikatos priežiūros įstaigos) ir įprastinio paslaugų teikėjo siūlomos paslaugos kokybės⁹⁶. Vartotojo pasitenkinimas priklauso nuo to, kaip gautoji paslauga atitiko jo lūkesčius: jei paslauga viršijo lūkesčius, vartotojas ją įvertins kaip idealios kokybės, ir atvirkščiai, - jei nepasiekia net minimalaus lygio, – įvertins kaip nepriimtina. A. Parasurman ir kt. (1985) nustatė, kad,

⁹⁴ LST EN ISO 9004:2010/P:2010 en. „Organizacijos, siekiančios ilgalaikės sėkmės, vadyba. Kokybės vadybos požiūris (ISO 9004:2009)“. V.: Lietuvos statistikos departamentas, 2010.

⁹⁵ Grönroos, C. „Service Management and Marketing. Customer Management in Service Competition“. - Chichester: John Wiley & Sons, 2007. 114 p.

⁹⁶ Parasurman A., Zeithaml V. A., Berry L. L. „A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research“. *Journal of Marketing*, 1985, Vol. 49(41) 50 p.

nepriklausomai nuo paslaugos, vartotojas daugeliu atveju vertina tas pačias savybes. Šis modelis sudaro galimybes įvertinti skirtumą tarp klientų lūkesčių, kokia turėtų būti paslauga ir jos kokybinės charakteristikos, ir suvokimo, kokia yra faktiškai suteikta paslauga.

R. Szyca ir kt. (2012) pastebėjo, jog paslaugų kokybė gali būti įvertinama „paslaugų kokybės kategorijomis: patikimumu, užtikrinimu, įsijautimu į kliento padėtį, jautrumu“⁹⁷, tačiau *SERVQUAL* metodikoje apibrėžti kriterijai prareikę gali būti papildyti ne tik šiais, bet ir situacijos ypatumus atspindinčiais papildomais kriterijais, todėl ši metodika išlieka kaip bazinė įvairių paslaugų, įskaitant ir asmens sveikatos priežiūros, kokybės matavimo schema.

LEAN modelis (*taupi gamyba, taupios paslaugos*) – tai didesnės vertės sukūrimas vartotojui, naudojant kuo mažiau išteklių: laiko, žmonių, vietos, įrengimų, medžiagų ir piniginių lėšų. *LEAN* pradėtas diegti 1990 metais, apibendrinus JAV, Vokietijos ir Japonijos sėkmingos gamybos praktikas. Gaminti taupiai, nedirbti to, kas nesukuria pridėtinės vertės. Z. Radnor (2012) pažymi, jog „šis modelis remiasi nuostata, kad organizacijų veiklos procesuose egzistuoja nuostoliai ir gali būti išskiriamos didžiųjų nuostolių rūšys. Jas nustatčius, išryškėja didžiausią potencialą ligoninės veiklos tobulinimui turinčios sritys“⁹⁸.

Standartai. Tarptautinius standartus kuria Tarptautinė standartizacijos organizacija, veikianti nuo 1947 metų⁹⁹. Pagrindinė veiklos kryptis – kokybės sistemos. Standartuose išdėstomos bendrosios, galimos visuotinai toje srityje naudoti, nuostatos. Jomis vadovaujantis, siekiama optimalios tvarkos tam tikroje, taip pat ir sveikatos priežiūros, srityje. Pirmąją ISO 9000 standartų seriją išleido 1987 metais. ISO 9000 standartų serija yra bendrasis tarptautinių standartų, susijusių su kokybės vadyba, pavadinimas. Šiai serijai priskiriami ISO 9000, ISO 9001, ISO 9004, ISO 19011 ir kiti, kurių bendrasis tikslas – užtikrinti, kad klientams teikiamos paslaugos atitiktų kokybės reikalavimus.

ISO 9001 standartas aprėpia:

- kokybės vadybos sistemos projektavimą, dokumentavimą, diegimą ir nuolatinį gerinimą;
- vadovybės atsakomybę;
- išteklių vadybą;
- procesų valdymą;
- matavimą, vertinamąją analizę ir gerinimą.

⁹⁷ Szyca R, Rosiek A, Nowakowska U, Leksowski K. „Analysis of factors influencing patient satisfaction with hospital treatment at the surgical department“. *Pol Przegl Chir*, 2012 Mar; 84(3):136-43.

⁹⁸ Radnor ZJ, Holweg M, Waring J. „Lean in healthcare: the unfilled promise?“. *Soc Sci Med*, 2012 Feb;74(3):364-71.

⁹⁹ Vikipedija. Laisvoji enciklopedija: Tarptautinė standartizacijos organizacija.

<http://lt.wikipedia.org/wiki/Tarptautin%C4%97_standartizacijos_organizacija>[žiūrėta 2012 -10-11].

Lietuvos standarte LST EN ISO 9001:2008 „Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai“¹⁰⁰ suformuluoti reikalavimai organizacijų kokybės vadybos sistemoms. Jo esmė – procesinio požiūrio taikymas visiems organizacijos darbams.

Sveikatos priežiūros įstaigos, remdamosi šio standartu, gali nustatyti paslaugų projektavimo, veiklos, paslaugų teikimo procesus ir užtikrinti, jog kliento poreikiai bus patenkinti. Antra vertus, jos įgyvendina ir kitus LST EN ISO 9001 standarto reikalaujamus kokybės vadybos sistemos procesus, pvz., korekcinis ir prevencinius veiksmus, vidaus auditus ir kokybės vadybos sistemos vertinamąją analizę. Tai bendras kokybės vadybos modelis, naudojamas kaip efektyvaus kokybės valdymo pagrindas. Vadovaudamosi šio standarto reikalavimais, mūsų šalies ligoninės ir ambulatorinės įstaigos diegia ir sertifikuoja kokybės vadybos sistemas. Naudą, kurią teikia kokybės vadybos sistema, jaučia visos suinteresuotosios šalys, o ypač – pacientai, darbuotojai ir vadovai.

Lietuvos standartas LST EN ISO 9004:2010 „Organizacijos, siekiančios ilgalaikės sėkmės, vadyba. Kokybės vadybos požiūris“ pateikia rekomendacijas, padedančias organizacijoms pasiekti ilgalaikės sėkmės, vadovaujantis kokybės vadybos požiūriu. Jis gali būti taikomas visoms organizacijoms, nesvarbu, koks jų didumas, tipas ir veikla, todėl aukščiausioji vadovybė, siekdama ilgalaikės sėkmės, turėtų taikyti šį kokybės vadybos požiūrį¹⁰¹.

LST ISO 10001:2009 „Kokybės vadyba. Kliento pasitenkinimas. Gairės dėl organizacijų elgesio kodeksų (tapatus ISO 10001:2007)“ pateikiamos gairės, kaip planuoti, kurti, plėtoti, įgyvendinti, prižiūrėti ir gerinti kliento pasitenkinimą užtikrinančio elgesio kodeksą¹⁰².

Organizacijos veiklos savianalizė naudinga tobulinti veiklos kokybę, tačiau literatūros šaltiniuose nepavyko rasti patikimų įrodymų apie JAV Baldridžo, EFQM, BVM ar kitų modelių taikymo pranašumus, nors yra straipsnių (Arcelay ir kt. 2000; Stahr ir kt. 2000) apie teigiamą patirtį, taikant šių sistemų dalį arba strategiją^{103,104}. Organizacija gali sukurti savo veiklos kokybės vertinimo modelį, remtis kokybės vadybos modeliais (ISO, subalansuotųjų rodiklių), taikyti organizacijų veiklos kokybės vertinimo modelius (*EFQM*, *BVM*, *SERVQUAL*), todėl svarbu formuoti tinkamiausią veiklos savianalizės strategiją. Tam tikslui reikia kurti organizacijos veiklos kompleksinio vertinimo sistemą, kuri leistų sistemškai įvertinti organizacijos veiklos kokybę, veiklos pasiekimus bei tobulinimo

¹⁰⁰ Lietuvos standartas. „LST EN ISO 9001:2008. Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai“. Vilnius: Lietuvos standartizacijos departamentas; 2008.

¹⁰¹ LST EN ISO 9004:2010/P:2010 en. „Organizacijos, siekiančios ilgalaikės sėkmės, vadyba. Kokybės vadybos požiūris (ISO 9004:2009)“. V.: Lietuvos statistikos departamentas, 2010.

¹⁰² LST ISO 10001:2009 „Kokybės vadyba. Kliento pasitenkinimas. Gairės dėl organizacijų elgesio kodeksų (tapatus ISO 10001:2007)“. Lietuvos standartizacijos departamentas, 2009.

¹⁰³ Arcelay et al. „Self assessment of health centres of a public health service through the European Model of TQM“. *International journal of health care quality assurance*; 2000. 12[2], 54-58.

¹⁰⁴ Stahr H, Bulman B, Stead M. *The Excellence Model in the Health Sector*. Chichester, Kingsham Press; 2000.

pasiekimus¹⁰⁵. Kuriant kompleksinio vertinimo sistemą, svarbu žinoti, kad BVM, EFQM, NKP modeliuose vertinimo veiksniai yra panašūs į Demingo prizo ar JAV kongreso įsteigto Malkomo Baldridžo vardo nacionalinio kokybės apdovanojimo vertinimo veiksnius.

G. Slatkevičienė ir P. Vanagas (2001) nustatė, jog, vertinant visuotinę kokybę, organizacijos veiklos sėkmės veiksniai bei verslo tobulumą, vienaip ar kitaip vertinamas tas pats objektas – kokybiško darbo sąlyga, tai yra veiklos kokybė. Remiantis EFQM sąvoka, veiklos kokybės vertinimo kriterijai yra „orientacija į rezultatus, dėmesys klientams, vadovavimas ir tikslo pastovumas, valdymas orientuojantis į procesus ir remiantis faktais, žmonių ugdymas ir įtraukimas į valdymą, nepaliaujamas mokymasis bei veiklos tobulinimas, bendradarbiavimo plėtojimas bei atsakomybė visuomenei“. Autoriai, atlikę 15 pagrindinių pasaulyje taikomų veiklos vertinimo sistemų analizę, padarė išvadą, jog nėra viena iš analizuotų veiklos vertinimo sistemų neatitinka visų pažangioms veiklos vertinimo sistemoms keliamų reikalavimų. Mažiausiai trūkstantį elementų yra Europos kokybės vadybos fondo tobulumo modelyje.

Apibendrinamas įvairių kokybės mokyklų ir jų įkūrėjų pagrindinius kokybės vadybos organizavimo principus, D. Serafinas (2011) pažymi šiuos¹⁰⁶:

1. *Grupinis darbas*. Yra keletas grupinio darbo organizavimo būdų - darbuotojų įtraukimas, kokybės būreliai ir kiti. Paprastai, organizacijose formuojamų grupių tikslai būna šie: gerinti veiklos rezultatyvumą, inovacijas, kokybę, didinti efektyvumą, mažinti išlaidas.

2. *Ištisinė sistemos integracija*. Visus paslaugų teikimo ir gamybos procesus reikia integruoti. Kiekvienas padalinys privalo veikti su kitais padaliniais kaip vieningos sistemos dalis. Organizacija, veikdama ištisai integruotai, išvengia nesusipratimo, kai vienas skyrius gerina kokybę, tačiau kitų skyrių darbas blogėja. Tai sukelia neigiamų padarinių – organizacijos bendrosios sistemos degradavimą (smukimą).

3. *Kokybės standartų kūrimas*. Kad darbuotojai turėtų konkretesnių orientyrų, bendrovės rengia kokybės standartus kokybei kontroliuoti ir matuoti. Organizacija, tolydžiai tobulindama procesus, keičia profesinius vidaus standartus ir pateikia naujų kokybės gerinimo būdų.

4. *Kokybės matavimas*. Tam, kad užtikrintume kokybę, būtina nuolat matuoti ir, lyginant rezultatus, nustatyti kokybės kitimo tendenciją iki reikalaujamo kokybės lygio tam, kad laiku atliktume koreguojančius veiksmus reikiamam kokybės lygiui palaikyti. Matuodama kokybę, organizacija turi apibrėžti faktinę kokybę ir idealiosios kokybės sampratą.

5. *Tolydus kokybės gerinimas*. Vadybininkų sukurta sistema skatina kiekvieną padalinį ir darbuotoją prisidėti prie nuolatinio tobulinimo. Nuolat stebėdamos rezultatus ir suprasdamos

¹⁰⁵ Slatkevičienė G., Vanagas P. „Veiklos kompleksinio vertinimo sistema: sudarymo teorija ir metodai“.K.: *Technologija*, 2001, 3 (89)-186.

¹⁰⁶ Serafinas, D. „Kokybės vadybos teorijos praktinis taikymas“. Mokojoji knyga. *Vilniaus universitetas*, 2011, p. 88.

bendrąsias ir specifines tų rezultatų priežastis, problemas sprendžiančios grupės nuolat tobulina procesus, kad kokybė nuolat gerėtų.

1.6. Kokybės vadybos sistemos diegimas ir sveikatos paslaugų kontrolė

Sveikatos priežiūros įstaigose įvairios kokybės sistemos vidaus kokybei vertinti ir jai gerinti naudojamos daugiau kaip šimtą metų, tačiau kokybės vadybos elementai pradėti diegti nuo 1980-ųjų JAV sveikatos priežiūros organizacijose. S. Glickman ir kt. (2007) teigia, kad sveikatos priežiūros kokybė ir jos gerinimą užtikrinančios kokybės sistemos – pagrindinė daugelio šalių sveikatos organizacijų veiklos sritis, nuolat vykstančių sveikatos apsaugos sistemų reformų sąlygomis. Brangios medicinos technologijos ir vaistai reikalauja didelių išteklių, kurių trūksta, o pacientai tampa labiau informuoti ir reiklesni sveikatos priežiūrai, sveikatai ir gyvenimo kokybei. Kokybiška sveikatos priežiūra padeda taupyti išteklius ir geriau tenkinti didėjančius pacientų poreikius ir lūkesčius¹⁰⁷.

Kai kuriose Lietuvos ASPI taikomas LST EN ISO 9001 standartas. Jame suformuluoti reikalavimai organizacijų kokybės vadybos sistemoms, aprėpiantys visų suinteresuotųjų šalių (steigėjo, vadovų, darbuotojų, klientų, visuomenės) reikmes. Kokybės vadybos sistema diegiama etapais. A. Šilys (2012) aprašo septynis KVS diegimo etapus¹⁰⁸:

- 1) vadovybės sprendimas diegti KVS;
- 2) projekto valdymo ir darbo grupių sudarymas ir darbuotojų supažindinimas su LST EN ISO 9000 serijos standartais;
- 3) esamosios padėties tyrimas (trūkumų analizė);
- 4) kokybės vadybos sistemos dokumentų rengimas;
- 5) kokybės vadybos sistemos įgyvendinimas;
- 6) kokybės vadybos sistemos vidaus auditas ir korekciniai veiksmai;
- 7) kokybės vadybos sistemos vertinamoji analizė ir sistemos gerinimas.

Standartas nereikalauja, kad įdiegta kokybės vadybos sistema būtų sertifikuojama, todėl baigus KVS diegimo procesą, reikia spręsti, ar įdiegta sistema bus sertifikuojama, tačiau organizacija turi užtikrinti *vadybos kokybę*, kaip „rezultatyviausią ir našiausią išteklių naudojimą pagal aukštesnės vadovybės (ar pirkėjų nustatytas) direktyvas, jų neviršijant“¹⁰⁹.

¹⁰⁷ Glickman S. W., Baggett K. A., Krubert C. et al. „Promoting quality: The health care organization from management perspective“. *International Journal for Quality in Health Care*; 2007, Vol. 19, Number 6, p. 341-8.

¹⁰⁸ Šilys A. „Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės valdymas“. Vilniaus universitetas. *Nacionalinis medicinos mokymų centras*. 2012, p. 80.

¹⁰⁹ Øvretveit J. What is quality in health services? *Health Service Management*; 1990.

Siekdamos teikti kokybiškas asmens SP paslaugas, organizacijos formuoja kokybės politiką, tikslus ir uždavinius SP paslaugų kokybei užtikrinti. Šis reikalavimas buvo nurodytas ir „Kokybės sistemų diegimo ASPĮ tvarkoje“, patvirtintoje jau anksčiau minėtame 1998 m. SAM įsakyme Nr. 571 „Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų“¹¹⁰. Remiantis šia tvarka, ASPĮ kokybės politika, kokybės tikslai, uždaviniai turėjo būti aiškūs, apibrėžti laiko atžvilgiu ir nurodomi Kokybės vadove.

SP paslaugų kokybės vidinį vertinimą atlieka vidaus medicininis auditas, kurio veiklą reglamentuoja sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 28 d. įsakymas Nr. V-338 „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“¹¹¹. Šiame dokumente nurodytus reikalavimus privalo įgyvendinti kiekviena ASPĮ, nepriklausomai nuo to, kiek joje darbuotojų, kiek ir kokių paslaugų suteikiama. Vidaus medicininis auditas remiasi šiais vidaus tvarkos reikalavimų aprašais:

- Paciento (jo atstovo) teisių ir pareigų įgyvendinimo tvarka;
- Informacijos apie pacientą teikimo kitiems asmenims ir institucijoms tvarka;
- Pacientų skundų nagrinėjimo tvarka;
- Būtiniosios medicinos pagalbos teikimo tvarka;
- Nepageidaujami įvykiai, susijęs su medicinos prietaisų naudojimu;
- Nepageidaujami įvykiai, susijęs su kraujo ir jo preparatų perpylimu;
- Nepageidaujami įvykiai, susijęs su vaistinių preparatų naudojimu;
- Hospitalinių infekcijų valdymas;
- Nepageidaujami įvykiai, susijęs su radiacine sauga.
- Diagnostikos ir gydymo metodikos ir protokolai;
- Pareigų instrukcijos;
- Vidaus medicininio audito veiklos aprašas;
- Metinis vidaus medicininio audito planas;
- Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės politika bei jos įgyvendinimo priemonės;
- Organizaciniai ir klinikiniai kokybės rodikliai ir jų stebėseną;
- Informacijos rinkimas apie pacientų pasitenkinimą gautomis SP paslaugomis;
- Struktūrinių padalinių darbo organizavimo tvarka;
- Medicininis dokumentų pildymo tvarka;
- Mirčių atvejų nagrinėjimo tvarka.

¹¹⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. spalio 6 d. įsakymas Nr.571. „Dėl kokybės sistemos diegimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarkos ir lokalaus medicininio audito nuostatų patvirtinimo“ // Žin., 1998, Nr. 89-2469) (negalioja nuo 2008 05 11).

¹¹¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymas Nr. V-338 „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“ // Žin., 2008, Nr.53-1992.

Vidaus medicininis auditas neturi apsiriboti šių aprašų teksto analize. Svarbu vykdyti nuolatinę kokybės vadybos sistemos gerinimo procesą, kurio vykdymui reikalingos vadovų ir visų darbuotojų bendros pastangos ir ištekliai. Nepakankamas vadybos metodų ir priemonių išmanymas, bendrų SP paslaugų kokybės rodiklių bei jų vertinimo metodikų stygius trukdo įvertinti ir nuolat gerinti SP paslaugų kokybę. Šiai spragai užpildyti A. Šilys (2012) rekomendavo asmens SP kokybės rodiklių nustatymo metodiką¹¹².

Vadovaujantis LR Vyriausybės 2010 m. gegužės 4 d. nutarimo Nr. 511 2012 m. redakcija, „išorinę visuomenės ir asmens sveikatos organizacijų priežiūrą Lietuvoje vykdo Lietuvos bioetikos komitetas, Nacionalinis organų transplantacijos biuras, Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas, Radiacinės saugos centras, Sveikatos apsaugos ministerijos Ekstremalių sveikatai situacijų centras, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Sveikatos apsaugos ministerija ir visuomenės sveikatos priežiūros centrai apskrityse“¹¹³. Akreditavimo tarnybos sudėtyje veikia Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės priežiūros skyrius, kurio nuostatuose nurodyta „vykdyti visų nuosavybės formų juridinių ir fizinių asmenų, kurie verčiasi asmens sveikatos priežiūros veikla, teikiamų paslaugų kokybės kontrolę“, „rūpintis, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigose būtų teikiamos kokybiškos paslaugos: konsultuoti, teikti rekomendacijas, platinti informaciją kokybės vadybos sistemos diegimo, funkcionalumo, užtikrinimo klausimais“¹¹⁴. Akreditavimo tarnybos Įstaigų vertinimo skyriaus uždavinys – „užtikrinti saugias asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygas, licencijuojant, akredituojant ir vertinant sveikatos priežiūros paslaugų atitiktį teisės aktų reikalavimams“¹¹⁵.

Įrodymas, kad organizacijoje sukurta kokybės vadybos sistema ir paslaugų kokybė kontroliuojama, yra kokybės standartų įdiegimas ir vadybos sistemų sertifikavimas, tačiau ir šis metodas negali realiai užtikrinti paslaugų kokybės. Yra duomenų (J. Øvretveit, 1998, 2001; Donaldson, 2000; Jackson, 2001 ir kiti), jog daugelis medikų mano gerai žinantys, kas yra paslaugų kokybė profesionalo požiūriu. Tačiau paprašius apibrėžti ir nurodyti veiksmų seką, kaip jos pasiekti,

¹¹² Šilys A. „Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės valdymas“. Vilniaus universitetas. *Nacionalinis medicinos mokymų centras*. 2012, p. 80.

¹¹³ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. gegužės 4 d. nutarimas Nr. 511 „Dėl Institucijų atliekamų priežiūros funkcijų optimizavimo“ // *Žin.*, 2010, Nr.53-2613 (2012 m. liepos 18 d. nutarimo Nr. 932 redakcija).

¹¹⁴ Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie sveikatos apsaugos ministerijos Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės priežiūros skyriaus nuostatai, <http://www.vaspvt.gov.lt/node/415> [žiūrėta 2012-11-08].

¹¹⁵ Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie sveikatos apsaugos ministerijos Įstaigų vertinimo skyriaus nuostatai, <http://www.vaspvt.gov.lt/node/41> [žiūrėta 2012-11-08].

daugeliui profesionalų nepavyksta to padaryti^{116, 117, 118, 119, 120} kai tuo tarpu visos ASPĮ, dalyvaudamos asmens SP kokybės užtikrinimo sistemoje, siekdamos visai sistemai bendrų kokybės tikslų, turi užtikrinti, kad jų teikiamos paslaugos prilygtų aukščiausiems standartams ir atitektų paslaugų vartotojų interesus.

Gydytojų veiklos reglamentavimo reikalavimai siejami su 1999 m. birželio 3 d sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr.272 patvirtinta „Sveikatos priežiūros įstaigų vidaus standartų ir sveikatos priežiūros metodikų parengimo tvarka“, reglamentuojančia visų sveikatos priežiūros vidaus standartų (organizacinių ir profesinių), nustatančių „[...] taisykles, pagal kurias teikiama paslauga (struktūros standartai), [...] kaip teikiama paslauga (proceso standartai) ir kokios planuojamos pasekmės (rezultatų standartai)“¹²¹ rengimo ir tvirtinimo procedūrą. Remdamiesi šios procedūros reikalavimais, „nurodyti rengėjai parengia ir patvirtina tipinius įstaigų veiklos organizavimo (vadybinius, įskaitant ir struktūrinius) standartus“ (iki 2000 m. sausio 1 d.) , o „įstaigos per tą patį laikotarpį visus įstaigos veiklą reguliuojančius išorės ir vidaus reikalavimus sugrupuoja pagal kokybės vadybos standarto principus (LST EN ISO 9002:1995; *Pakeistas į LST EN ISO 9001:2008*)“. Patvirtintus tipinius šalies vidaus standartus steigėjams nurodyta adaptuoti ir patvirtinti savo regiono įstaigoms (iki 2000 04 30). Įstaigų vadovai steigėjo patvirtintus tipinius vidaus standartus turėjo pritaikyti prie įstaigos galimybių bei išteklių ir juos patvirtinti iki 2000 m. spalio pabaigos, tačiau praktiškai tik nedaugelis organizacijų turi patvirtintus profesinius vidaus standartus. Praktiškai veikloje vadovaujamosi sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintais ambulatorinių specializuotų, arba stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendraisiais ir specialiaisiais reikalavimais^{122,123}. Tenka pastebėti, kad sveikatos apsaugos ministro 2005 m. birželio 13 d. įsakymu Nr. V-488 patvirtintame „Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendrųjų ir

¹¹⁶ Øvretveit J. „Evaluating health interventions“. *Milton Keynes:Pen University Press*,1998.

¹¹⁷ Øvretveit J. „The Norwegian approach to integrated quality development“. *J.Manage Med*, 15. 2001, p.125–141.

¹¹⁸ Donaldson LJ, Gray JAM. „Clinical governance: a quality duty for health organizations“. *Quality in Health Care*, 7, 1998, p. 537– 544.

¹¹⁹ Donaldson MS, Mohr JJ. „Exploring innovation and quality improvement in health care micro-systems: a cross case analysis“. Washington, D.C: *National Academy Press*, 2000.

¹²⁰ Jackson S. „Uccessfully implementing total quality management tols within health care: what are the key actions?“ *Int J Health Care Quall Ass*, 14, 2001, p.157–163.

¹²¹ LR SAM 1999 m. birželio 3 d. įsakymas Nr.272 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų vidaus standartų ir sveikatos priežiūros metodikų parengimo tvarkos“ // *Žin.*, 1999, Nr. 50-1628.

¹²² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. birželio 22 d. įsakymas Nr. V-528 „Dėl Ambulatorinių specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų patvirtinimo“ // *Žin.*, 2007, Nr. 74- 2956).

¹²³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. birželio 13 d. įsakymas Nr. V-488 „Dėl Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų taikymo tvarkos aprašo“ // *Žin.*, 2005, Nr. 76-2775).

specialiųjų reikalavimų taikymo tvarkos apraše“ nurodyta taikyti „tiek diagnostikos technologijų, kiek jų reikia paciento ligai nustatyti, pagrįsti bei gydyti“[...]. Turi būti „taikomi visi pacientui gydyti reikalingi gydymo metodai“¹²⁴.

Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. įsakymu Nr. V-338 patvirtinto „Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo“ III skyriaus „Diagnostikos ir gydymo protokolai“ 10 ir 11 p. nurodo, jog „Įstaiga, teikdama asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vadovaujasi sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka parengtomis diagnostikos ir gydymo metodikomis. Nesant šalies mastu parengtų ir patvirtintų diagnostikos ir gydymo metodikų, įstaiga pasirengia diagnostikos ir gydymo protokolus, kurie yra svarbūs įstaigoje teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei užtikrinti“¹²⁵. Pateikiami tokie šių sąvokų išaiškinimai:

„*Diagnostikos ir gydymo metodika* – medicinos mokslo ir praktikos įrodymais pagrįstas dokumentas, kuriuo nustatomos bendros taisyklės, bendrieji ligų ir sveikatos problemų diagnozavimo ir ligonių gydymo principai“;

Diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašas – sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtinta diagnostikos ir gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, tvarka“¹²⁶. Paciento įstatymas¹²⁷ pateikia šiek tiek kitokį tų pačių sąvokų išaiškinimą.

M. Romerio universiteto profesorius V. Justickis ir kt. (2012), ištyrę šių dokumentų turinį, pavadino juos medicinos standartais ir suformulavo naują išaiškinimą: „Medicinos standartai – tai norminiai dokumentai, kurie teisiškai reglamentuoja gydytojo veiksmus, gydant atskirą susirgimą ar jų grupę. Nepaisant to, kad šio termino samprata dar nenusistovėjo, teisinėje ir medicinos literatūroje vyrauja tendencija taikyti jį visiems gydytojo veiksmams atskiro susirgimo atveju reglamentuojantiems dokumentams, nepriklausomai nuo jų konkrečios formos (protokolas, aprašas, algoritmas ir pan.)“¹²⁸. Remiantis šiuo išaiškinimu, sąvokos „algoritmai“, „metodiniai nurodymai“, „diagnostikos ir gydymo metodikos“, „diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašai“, „Lietuvos medicinos normos“ ar pan. turėtų

¹²⁴ Stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų taikymo tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. birželio 13 d. įsakymu Nr. V-488 „Dėl Stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų taikymo tvarkos aprašo“ // Žin., 2005, Nr. 76-2775).

¹²⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymas Nr. V-338 „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“ // Žin., 2008, Nr.53-1992.

¹²⁶ Diagnostikos ir gydymo metodikų bei diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašų rengimo ir taikymo rekomendacijos“, patvirtintos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gegužės 17 d. įsakymu Nr. V-395 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. V-1148 redakcija) // Žin., 2008, Nr. 139-5519.

¹²⁷ Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas // Žin., 2009, Nr. 145-6425.

¹²⁸ Justickis V., Saladis T. „Medicinos standartai administracinėje teisės sistemoje“. *Socialinių mokslų studijos*. Mykolo Romerio universitetas, 2012, 4(3), p.1063–1083.

būti suprantami kaip profesiniai medicinos standartai. Tais atvejais, kai nėra teisės aktų nustatyta tvarka patvirtintų metodikų ar tvarkos aprašų, gydytojai turi vadovautis Pasaulio sveikatos organizacijos dokumentais arba tarptautinių gydytojų profesinių draugijų rekomendacijomis. Pavyzdžiui, e_medicina pateikia informaciją, kad 2011–2012 m. Europos kardiologų draugija parengė 6 įvairių ligų diagnostikos ir gydymo gaires. Naujosiose metodikose yra esminių naujovių, smarkiai keitėsi kai kurių sindromų diagnostika ir gydymas. Pagreitėjo ūminės miokardo išemijos diagnostika, pakito požiūris į antiagregacinį gydymą, akcentuojamas individualizuotos antitrombocitinės terapijos poreikis pacientams, sergantiems ūminiais išemijos sindromais¹²⁹. Lietuvos gydytojo žurnalo „Ekspertų rekomendacijos“ (2012) pateikia dvylikos terapinių sričių (endokrinologijos, kardiologijos, pulmonologijos, neurologijos, reumatologijos ir kt.) naujas ar atnaujintas įvairių ligų diagnostikos ir gydymo gaires, kurias, remdamiesi Paciento įstatymo nuostatomis, privalo savo veikloje taikyti medicinos profesionalai.

Išnagrinėtos mokslinės publikacijos ir dokumentai pasirinkta tematika leidžia daryti išvadą, kad kokybiška sveikatos priežiūra Lietuvoje suprantama kaip prieinama (PSO požiūris), saugi, veiksminga, teikiama tinkamomis sąlygomis, tinkamos kvalifikacijos specialistų, pagal tinkamus standartus, orientuota į paciento reikmes bei lūkesčius. Paslaugų kokybei vertinti ir kontroliuoti taikomi struktūriniai, proceso ir rezultato kokybės rodikliai.

Struktūriniai kokybės rodikliai atspindi SPI pasirengimą teikti sveikatos priežiūros paslaugas, t.y. patalpos, pagal bendruosius ir specialiuosius reikalavimus įrengtos, Lietuvos higienos normas atitinkančios darbo vietos ir su jomis susijusios komunalinės paslaugos, techninė programinė įranga, transportas, ryšiai, informacijos sistemos, medicinos įranga, apsirūpinimas kvalifikuotais darbuotojais.

Proceso kokybės rodikliai apibūdina SPI pasirengimą vykdyti sveikatos priežiūros procesus (kokybės vadybos sistemos dokumentų aprašai, diagnostikos, gydymo, slaugos, reabilitacijos profesiniai standartai, epidemiologinė bei profesinės rizikos priežiūra, kiti).

Rezultato kokybės rodikliai atspindi paciento sveikatos pokyčius ir jo pasitenkinimą gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis.

V. Janušonio (2004) nuomone, tai yra visuotinės kokybės vadybos pagrindu susiformavęs pokyčių valdymo procesas, kurio pagrindinis dalyvis – pacientas¹³⁰.

¹²⁹ Gydytojui. *Ekspertų rekomendacijos. Emedicina.*

<http://www.emedicina.lt/lt/gydytojui/lietuvos_naujienos/isleistas_naujas_lietuvos_gydytojo_zurnalo_ekspertu_rekomendaciju_numeris.html> [žiūrėta 2012-10-30].

¹³⁰ Janušonis V. Sveikatos priežiūros organizacijų kokybės sistemų valdymas. *Sveikatos mokslai*, 2004, Nr. 1, p. 69-73.

1.7. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reglamentavimas Tauragės ligoninėje

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reglamentavimas Tauragės ligoninėje prasideda nuo licencijos sveikatos priežiūros veiklai, sveikatos apsaugos ministro patvirtinto „Stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų taikymo tvarkos aprašo“¹³¹ bei „Ambulatorinių specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų“¹³² vykdymo. Kokybės reglamentavimo siekinį paskatino Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programa¹³³, sveikatos priežiūrą orientuojanti į paciento ir visuomenės poreikius ir lūkesčius, SPP saugos ir kokybės gerinimą, SP kokybės vadybos gerinimą.

Kokybiškų SPP teikimas reglamentuojamas vadovaujantis LST EN ISO 9001:2008 reikalavimais¹³⁴ bei visuotinės kokybės vadybos principais. Šio modelio funkcionavimas yra cikliškas, pagrįstas vidaus auditais, savivertinimu, sugretinimu bei nuolatinio gerinimo galimybe. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės siekis ir vertybių samprata apibrėžta ligoninės kokybės politikos pareiškime¹³⁵:

„Misija. Atsižvelgiant į įstaigos galimybes, laiku teikti prieinamas, tinkamas, saugias ir veiksmingas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, atitinkančias pacientų poreikius ir lūkesčius, efektyviai naudojant turimus išteklius.

Vizija. Moderni, tinkamai aprūpinta, į paciento ir kitų suinteresuotųjų šalių poreikius bei lūkesčius orientuota ligoninė, teikianti aukščiausios kvalifikacijos asmens sveikatos priežiūros paslaugas, atitinkančias šalies ir Europos Sąjungos reikalavimus“.

Ligoninė yra apsibrėžusi vadovybės įsipareigojimus, kokybės tikslus ir uždavinius, kurie kasmet peržiūrimi kartu su kokybės politika, jei reikia, tikslinami. Nustatyti kokybės vadybos sistemos procesai, jų seka ir sąveika. Vertybėmis laikomos darbuotojų profesinės žinios, pagarba pacientams ir vieni kitiems, komandinis darbas, kokybės kultūros siekis (kokybės politikos pareiškimas). Paskirtas

¹³¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. birželio 13 d. įsakymas Nr. V-488 „Dėl Stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų taikymo tvarkos aprašo“ // Žin., 2005, Nr. 76-2775).

¹³² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. birželio 22 d. įsakymas Nr. V-528 „Dėl Ambulatorinių specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų patvirtinimo“ // Žin., 2007, Nr. 74-2956).

¹³³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 09 14 įsakymas Nr. V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo“ // Žin., 2004, Nr. 144-5268; 2007, Nr. 95-3864, 2007, Nr. 108-4429.

¹³⁴ Lietuvos standartas. „LST EN ISO 9001:2008. Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai“. Vilnius: Lietuvos standartizacijos departamentas; 2008.

¹³⁵ Tauragės ligoninės kokybės politikos pareiškimas, priimtas 2012 m. sausio 5 d.

vadovybės atstovas kokybei, sudaryta vidaus audito grupė, planuojami ir atliekami vidaus auditai, vykdomos auditų rekomendacijos, jei reikia, korekciniai veiksmai¹³⁶.

SPP kokybė ligoninėje reglamentuota orientuojantis į Lietuvos Respublikos sveikatinimo veiklos įstatymų nuostatas^{137, 138, 139, 140, 141, 142} Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programą¹⁴³, Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenis¹⁴⁴, sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 28 d. įsakymo Nr. V-338 „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“¹⁴⁵ reikalavimus. Ligoninėje pagal LST EN ISO 9001:2008 reikalavimus¹⁴⁶ parengti ir patvirtinti šiame įsakyme nurodyti vadybos sistemos dokumentai, aprėpiantys pacientų teisių ir pareigų įgyvendinimo tvarkos, informacijos teikimo, skundų nagrinėjimo, būtiniosios medicinos pagalbos, nepageidaujamų įvykių registravimo, hospitalinių infekcijų valdymo, pacientų apklausų organizavimo, padalinių veiklos organizavimo, medicinos dokumentų pildymo, mirties atvejų nagrinėjimo ir kitus reikalavimus, jais vadovaujamosi kasdienėje veikloje. Darbuotojų pareigos, atsakomybė ir įgaliojimai apibrėžti direktoriaus įsakymais patvirtintuose KVS dokumentų aprašuose. Parengti Klinikinės diagnostikos laboratorijos procedūrų ir darbo procedūrų aprašai, atitinkantys sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-998 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų laboratorijų veiklos vertinimo“ reikalavimus.

KVS dokumentai valdomi. Paskirti asmenys, atsakingi už KVS dokumentų išleidimą, paskirstymą ir keitinių kontrolę. Kiekviename dokumente nurodyti privalomieji duomenų apie atlikto darbo kokybę įrašai, įrodantys veiklos efektyvumą ir rezultatus. Darbuotojai turi ir vykdo pareigų instrukcijas, diagnostikos, gydymo ir slaugos metodikas bei protokolus, orientuojasi į kokybės politiką ir jos įgyvendinimo priemones. Registruojamos neatitiktys ir šalinamos jų priežastys. Ligoninė yra pasirengusi sertifikuoti kokybės vadybos sistemą. Nuolatinio gerinimo principas pasirinktas kaip

¹³⁶ Tauragės ligoninės direktoriaus 2010 m. spalio 29 d. įsakymas Nr. V-97 „Dėl vidaus audito ir kokybės sistemos gerinimo“.

¹³⁷ Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas // Žin., 2009, Nr. 145-6425.

¹³⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas // Žin., 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099.

¹³⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas // Žin., 1996, Nr. 66-1572; 1998, Nr. 109-2995

¹⁴⁰ Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas // Žin., 1996, Nr. 102-2313; 2004, Nr. 68-2365.

¹⁴¹ Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymas // Žin., 2001, Nr. 62-2224; 2009, Nr. 89-3801.

¹⁴² Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas // Žin., 1994, Nr. 63-1231, 1998, Nr. 112-3099.

¹⁴³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 09 14 įsakymas Nr. V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo“ // Žin., 2004, Nr. 144-5268; 2007, Nr. 95-3864, 2007, Nr. 108-4429.

¹⁴⁴ Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenys, patvirtinti Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimu Nr. XI-1430 // Žin., 2011, Nr. 73-3498.

¹⁴⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymas Nr. V-338 „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“ // Žin., 2008, Nr. 53-1992.

¹⁴⁶ Lietuvos standartas. „LST EN ISO 9001:2008. Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai“. Vilnius: Lietuvos standartizacijos departamentas; 2008.

svarbiausias kokybės vadybos tikslas ir viena iš patikimiausių bei mažiausiai naudotų SPP kokybės gerinimo galimybių.

Greta sveikatos apsaugos ministro patvirtintų privalomųjų kokybės rodiklių¹⁴⁷, ligoninės direktoriaus įsakymu patvirtinti organizacinių ir klinikinių veiksnių kokybės rodikliai (2 lentelė). Vykdomas kokybės rodiklių matavimas, jų analizė, jei reikia, atliekami korekciniai veiksmai.

2 lentelė. Ligoninės organizacinių ir klinikinių veiksnių kokybės rodikliai

Veiksniai	Kokybės rodiklis
Organizaciniai Pacientų nuomonės dėl gautų SP paslaugų tyrimas	Palanki visų pacientų, apklaustų pagal KVS P 049 „Ligoninės vidaus vartotojo (paciento, darbuotojo) apklausa“ aprašo reikalavimus, nuomonė
Neatitikčių analizė ir korekciniai veiksmai	Korekcinio veiksmų rezultatyvumas 100 proc. atitinka KVS P 032 „Neatitikčių valdymas ir korekciniai veiksmai“ nustatytus reikalavimus
Skundų skaičius	Ne daugiau kaip 3 skundai per metus
Pacientų nuomonės dėl galimų korupcijos atvejų tyrimas	Pacientai nenurodė nei vieno korupcijos atvejo nuomonės tyrime, atliktame pagal KVS P 049 „Ligoninės vidaus vartotojo (paciento, darbuotojo) apklausa“ aprašo reikalavimus
Klinikiniai Radiologinių tyrimų pagrįstumas	visi radiologiniai tyrimai atitinka „Radiologijos kokybės vadovo“ aprašo reikalavimus –100 proc.
Rentgeno procedūrų kiekis ir dažnis vieno gydymosi metu	atliktų rentgeno procedūrų kiekis ir dažnis atitinka diagnostikos ir gydymo standartų reikalavimus –100 proc.
Ekspozicijos parametrų tinkamumas	procedūros kartoti nereikia: KVS DP 048 „Radiologijos tyrimai (rentgenograma, kompiuterinė tomograma, kiekybinės kompiuterinės tomografijos osteo programos algoritmu)“ aprašo reikalavimų atitiktis –100 proc.
Paciento pozicionavimo tinkamumas	procedūros kartoti nereikia: KVS DP 048 „Radiologijos tyrimai (rentgenograma, kompiuterinė tomograma, kiekybinės kompiuterinės tomografijos osteo programos algoritmu)“ aprašo reikalavimų atitiktis –100 proc.
Sunkios būklės pacientų radiologinis tyrimas	procedūros kartoti nereikia: KVS DP 048 „Radiologijos tyrimai (rentgenograma, kompiuterinė tomograma, kiekybinės kompiuterinės tomografijos osteo programos algoritmu)“ aprašo reikalavimų atitiktis – 100 proc.
Gydytojo specialisto priėmimo laukimas Konsultacijų poliklinikoje	skirtumas tarp paskirto ir faktinio laiko ne ilgesnis kaip 30 minučių (Vidaus tvarkos taisyklių atitiktis 100 proc.)
Gydytojo specialisto planinė konsultacija Konsultacijų poliklinikoje	ne vėliau kaip po 10 dienų (Vidaus tvarkos taisyklių atitiktis 100 proc.)
Paciento laukimo į stacionaro skyrių laikas	Ne ilgiau kaip 1 val. (Vidaus tvarkos taisyklių atitiktis 100 proc.)
Konsultanto atvykimas į stacionarą	skubiais atvejais per 0,5–1 val.; planinei konsultacijai – per 3 val. (KVS DP 045 „Gydytojų konsultacijų organizavimo tvarka“ reikalavimų atitiktis 100 proc.)
Įrašų kokybė stacionare	KVS DP 002 „Paciento gydymo stacionare ligos istorijos (F. Nr. 003/a) pildymas“ aprašo reikalavimų atitiktis 100 proc.

Ligoninėje užsibrėžtų kokybės tikslų ir rodiklių siekimo eigos, SPP kokybės vidinį vertinimą atlieka vidaus audito grupė iš 10 asmenų. Grupę sudaro: direktoriaus pavaduotojas medicinai, 5 skyrių vedėjai, medicinos auditorius ir vidaus auditorius. Vidaus audito grupės vadovas kartu yra vadovybės atstovas kokybei (kokybės sistemos vyriausiasis koordinatorius)¹⁴⁸. Planiniai auditai vyksta pagal

¹⁴⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymas Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ // Žin., 2012, Nr.141-7287.

metinį vidaus medicininio audito planą. Jei reikia, atliekami sveikatos priežiūros paslaugų teikimo neplaniniai auditai. Ligoninėje 2011 metais įsteigta vidaus audito tarnyba, kurioje dirba medicinos auditorius ir vidaus auditorius. Vidaus audito tarnyba organizuoja periodinius tikrinimus: auditus, apklausas, nuomonės tyrimą, identifikuoja problemas ir rezultatų pagrindu gerina KVS, operatyviai reaguoja į pokyčius ir krizines aplinkybes, imasi korekcinų ir prevencinių veiksmų, didindama ligoninės patrauklumą ir siekdama naudos visuomenei.

Kokybės vadybos sistemos dokumentų sąvadas ligoninėje sudarytas 2012 metais. Neparengtas kokybės vadovas ir privalomųjų vadybos procedūrų aprašai: dokumentų valdymas, įrašų valdymas, vadovybės pasitarimai, naujų paslaugų projektavimas. Netinkamai reglamentuotas apklausų ir pacientų saugos organizavimas. Nėra daugelio medicinos ir techninių procesų reglamentavimo dokumentų.

¹⁴⁸ Tauragės ligoninės direktoriaus 2010 m. spalio 29 d. įsakymas Nr. V-97 „Dėl vidaus audito ir kokybės sistemos gerinimo“.

2. EMPIRINIAI TYRIMAI

2.1. Pacientų pageidaujamos paslaugų kokybės tyrimas

2.1.1. Tyrimo metodika

Atlikta anoniminė pacientų apklausa, skirta nustatyti stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei įvertinti pacientų lūkesčius. Atsakymų vertinimui taikytos nominalinė, rangų ir ordinalinė skalės. Respondentų atsakymai į klausimus buvo užkoduoti. Kur tinka, koduojant: didžiausia reikšmė buvo skiriama geriausiam atsakymui, mažiausia reikšmė – blogiausiam. Pacientų atsakymai „labai gerai“ koduojami -5, „gerai“ – 4, „patenkinamai“ – 3, „blogai“ – 2, „labai blogai“ -1. Apibendrinant tyrimo rezultatus, respondentų vertinimai buvo sumuojamas: „blogai“ ir „labai blogai“ laikomas nepalankiu vertinimu, o „puikiai“, „labai gerai“ ir „gerai“ – palankiu vertinimu.

Pasirinktas daugelio valstybių moksliniuose tyrimuose naudojamas Europos Picker instituto klausimynas, pritaikytas ligoninės stacionare gydytiems pacientams (1 priedas). Klausimynas aprėpia šiam tyrimui reikalingus svarbiausius sveikatos priežiūros kokybės stebėsenos, matavimo požymius (savybes): paslaugų prieinamumą, saugumą, veiksmingumą, tinkamumą. Klausimyną sudaro 43 klausimai, iš kurių 34 skirti sveikatos priežiūros kokybės vertinimui (6 – SPP prieinamumui, 13 – SPP saugai, 8 – SPP veiksmingumui, 6 – SPP tęstinumui. Vienas klausimas skirtas bendrajam sveikatos priežiūros kokybės vertinimui). Kiti 9 klausimai skirti pacientų socialinių-demografinių požymių (lytis, amžius, išsilavinimas, užsiėmimas, gaunamos pajamos) bei pacientų išlaidų, patirtų gydymosi metu, tyrimui. Anketos klausimų sugrupavimas pagal socialinius demografinius ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybės požymius parodytas 3 lentelėje. Šio sugrupavimo laikytasi atliekant nuomonės tyrimo vertinimą.

Buvo apskaičiuotas skalių suderinamumo koeficientas *Chronbach alfa*. Žinoma, kad kuo *Chronbach alfa* arčiau 1, tuo skalės klausimai labiau suderinti tarpusavyje.

Saugumo, tęstinumo skalių *Chronbach alfa* rodikliai yra pakankamai aukšti, todėl galima teigti, kad šių skalių klausimai suderinti tarpusavyje, ir jos patikimos. Bendras keturių skalių patikimumas taip pat aukštas, nors prieinamumo *Chronbach alfa* yra tik 0,075 (saugumo 0,706, veiksmingumo 0,447, tęstinumo 0,718). Bendrasis visų 4 skalių *Chronbach alfa* yra 0,794, todėl klausimynas yra sąlyginai patikimas.

3 lentelė. Anketos klausimų grupavimas

Klausimų grupės	Klausimas	Klausimų numeriai
<i>Socialinė-demografinė charakteristika (5 klausimai)</i>	Jūsų lytis	38
	Gimimo metai	40
	Išsilavinimas	41
	Kokiai socialinei grupei save priskirtumėte?	42
	Asmeninės pajamos	43
<i>Prieinamumas (6 klausimai)</i>	Kiek kartų gydėtės Tauragės ligoninėje?	1
	Atvykę į ligoninę, kiek laiko laukėte, kol patekote į palatą?	3
	Kokia Jūsų nuomonė apie patekimo į ligoninę laukimo laiką?	4
	Ar Jums iš karto paskyrė tikslią gydymo datą?	5
	Ar Jums suteikė galimybę pasirinkti gydymo datą?	6
	Ar ligoninė keitė gydymo datą?	7
<i>Saugumas (13 klausimų)</i>	Kaip buvo organizuota pagalba, kurią Jūs gavote priėmimo skyriuje?	2
	Ar Jūs galėjote pasirinkti gydantį gydytoją?	8
	Ar jus vargino pacientų naktį keliamas triukšmas?	9
	Ar jus vargino ligoninės personalo naktį keliamas triukšmas?	10
	Kokia Jūsų nuomonė dėl švaros ligoninės palatoje ar skyriuje, kuriame gydėtės?	11
	Ar tualetai ir vonių kambariai, kuriais Jūs naudojotės ligoninėje, buvo švarūs?	12
	Kaip vertinate ligoninės maistą?	13
	Ar Jūs pasitikėjote gydančiais gydytojais?	15
	Ar pasitikėjote Jus prižiūrinčiomis slaugytojomis?	17
	Ar, Jūsų nuomone, buvo pakankamai budinčių slaugytojų Jus prižiūrėti ligoninėje?	18
	Ar buvo pakankamai privatumo, aptariant Jūsų būklę ar gydymą?	22
	Ar Jums teko kęsti skausmą ligoninėje?	24
	Ar Jūs galvojate, kad ligoninės personalas padarė viską, kad padėtų jums sumažinti skausmą?	25
	<i>Veiksmingumas (8 klausimai)</i>	Ar gydytojai suprantamai atsakydavo į Jūsų klausimus?
Ar slaugytojai suprantamai atsakydavo į Jūsų klausimus?		16
Ar buvo klausama Jūsų nuomonės dėl Jūsų priežiūros ir gydymo ligoninėje?		19
Ar gydytojų Jums suteikta informacija apie Jūsų būklę ir gydymo eigą buvo pakankamai išsami ir patikima?		20
Jeigu Jums artimas asmuo norėjo pasikalbėti su gydytoju apie Jūsų būklę, ar jis turėjo pakankamą galimybių tai padaryti?		21
Kiek minučių trukdavo, kol Jūs, paspaudę kvietimo mygtuką, gaudavote reikiamą pagalbą?		23
Ar ligoninėje su Jumis buvo elgiamasi atsakingai ir pagarbiai?		34
Kaip vertinate bendrą gydytojų ir slaugytojų komandinį darbą?		35
<i>Tęstinumas (6 klausimai)</i>	Ar išvykimo iš ligoninės dieną Jūsų išrašymas buvo derinamas (kaitaliojamas) arba užlaikytas dėl kokių nors priežasčių?	26
	Kiek truko Jūsų išrašymas iš ligoninės?	27
	Ar medicinos darbuotojas paaiškino vaistų, kuriuos Jūs turėsite vartoti namuose, paskirtį Jums suprantamu būdu?	28
	Ar išvykstant iš ligoninės medicinos darbuotojas paaiškino Jums, kokius galimus šalutinius vaistų poveikius turite stebėti?	29
	Ar medicinos darbuotojas paaiškino Jums, kokius pavojaus signalus, sietinus su liga, turėsite stebėti namuose?	30
	Ar medicinos darbuotojas pasakė Jums, į ką kreiptis, jei kiltų rūpesčių dėl Jūsų būklės ar gydymo išvykus iš ligoninės?	31
<i>Paslaugos kokybė (1 klausimas)</i>	Kaip vertinate Jums suteiktą sveikatos priežiūrą?	37
<i>Kiti (4 klausimai)</i>	Nuo kada sergate	39
	Kokiame skyriuje buvote gydytas	36
	Ar turėjote papildomų gydymo išlaidų	32
	Jei taip, nurodykite: išlaidavote savo valia ar verčiamas personalo	33

Tyrimo laikas – 2011 m. nuo rugsėjo 1 d. iki spalio 31 d. įskaitytinai.

Tyrimo vieta – viešoji įstaiga Tauragės ligoninė.

Tyrimo objektas – pacientų suvokiamos sveikatos priežiūros paslaugų kokybė.

Imties apibūdinimas. 2011-2012 metais vidutiniškai per metus stacionarinė pagalba visuose ligoninės skyriuose suteikta vidutiniškai 7,8 tūkst. pacientų. Taikydami tikimybinės paprastosios atsitiktinės negražintinos imties būdą, turime sužinoti, kiek pacientų iš populiacijos reikės apklausti, kad būtų gauti statistiškai patikimi skirtumai.

Imtis buvo skaičiuojama pagal formulę:¹⁴⁹

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,1 \cdot 0,9}{\left(1 - \frac{1}{7941}\right)0,05^2 + \frac{1,96^2 \cdot 0,1 \cdot 0,9}{7941}} = 136$$

kurioje $n = 7941$ (pacientai, gydyti per metus),

tikimybė $p = 0,95$ ($z = 1,96$),

ribinė paklaida $\Delta = 0,05$.

Remiantis šiuo skaičiavimu, apklausa turėtų būti vykdoma visus metus, joje turėtų dalyvauti kas 58 pacientas ($7941/136=58,4$), todėl toks tyrimo būdas, aprėpiantis metų laikotarpį, būtų pernelyg ilgai trunkantis, brangus ir sudėtingas. Atsižvelgiant į V. Sakalausko nuostatą, jog „kai kuriose situacijose atrankos procesas efektyvesnis, jei prieš sudarant imtį, populiacija yra išskaidoma į grupes – vadinamuosius sluoksnius, turinčius bendras charakteristikas“¹⁵⁰, tyrimui pasirinkta ištisinė sluoksninė (stratifikuota, turinti bendras charakteristikas) atranka, kuri įgalina su santykinai mažomis imtimis gauti prasmingus rezultatus.

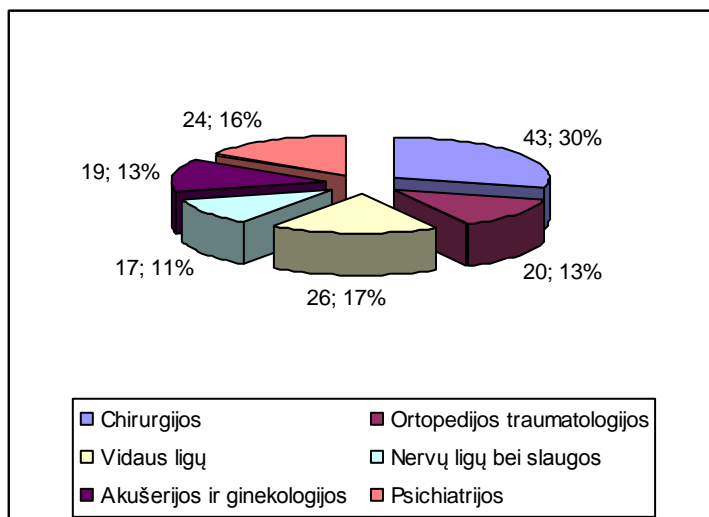
Ligoninėje yra 3 terapinio ir 3 chirurginio profilio skyriai. Tyrimo laikotarpiu (per 2 mėnesius) iš šių skyrių išvyko 208 suaugusieji pacientai. Anketos duotos kiekvienam išvykstančiajam. Išdalintos 208 anketos, iš kurių 50 negražintų, 8 – sugadintos ir analizei netinkamos. Statistinei analizei pripažintos tinkamomis 150 anketų. Atsako dažnis – 72,1 proc. Tai pakankamas skaičius reprezentuoti generalinę aibę.

Apklausti iš 6 skyrių išvykstantys pacientai: 3 terapinio profilio (Vidaus ligų 26 (17 %), Nervų ligų ir slaugos 17 (11 %), Psichiatrijos 24 (16 %) ir 3 chirurginio profilio (Ortopedijos – traumatologijos 20 (13 %), Chirurgijos 43 (30 %), Akušerijos-ginekologijos 19 (13 %) skyriai. Apklaustųjų struktūra pagal skyrius parodyta 3 pav.

¹⁴⁹ Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. – Šiauliai: Lucilijus, 2005; p. 311-323.

¹⁵⁰ Sakalauskas V. Statistika su statistica. Vilnius, *Margi raštai*, 1998, p. 24.

Didžiausią respondentų dalį sudarė chirurgijos 43 (30 %) ir psichiatrijos 24 (16 %) skyrių pacientai, kurie pateikė subjektyvųjį sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimą. Pacientų poreikiai ir lūkesčiai, susiję su paslaugų kokybe, vertinti priklausomai nuo pacientų nuomonės apie jų teisių pripažinimą ir vykdymą ligoninėje; garbės ir orumo nežeminančias sąlygas; priežiūrą; pagarbų SP specialistų elgesį, gydymą ir slaugą, nuskausminamųjų priemonių taikymą.

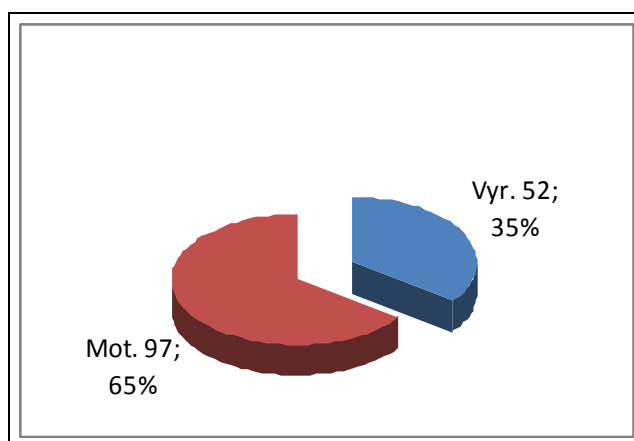


3 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal gydymo skyrius

Nuomonė vertinta atsižvelgiant į kokybiškų SP paslaugų apibrėžimą Paciento įstatyme (prieinamumas, saugumas, veiksmingumas, tęstinumas).

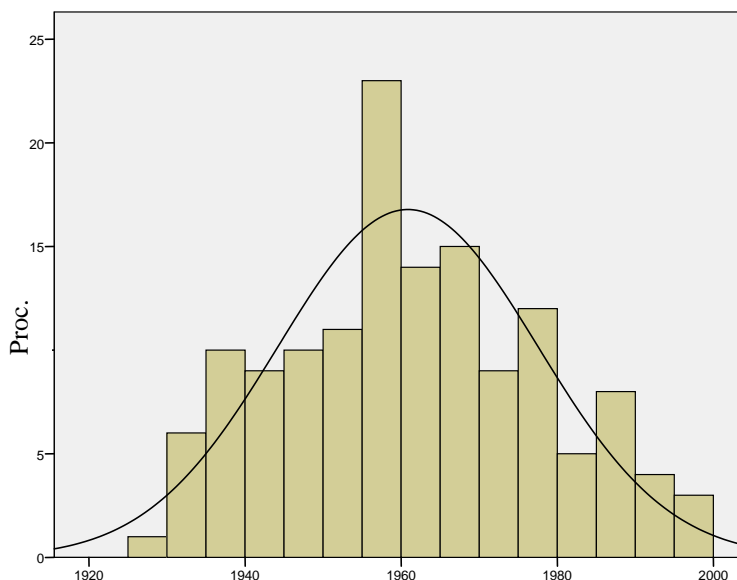
2.1.2. Respondentų socialinė demografinė charakteristika

Tyrimo dalyvavo 150 respondentų. Didžiąją jų dalį sudarė moterys: 97 (64,7 proc.) ir 52 vyrai (34,7 proc.). Vienas respondentas (0,7 %) lyties nenurodė. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį parodytas 4 pav.



4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį

Apklauso dalyvių amžius nuo 15 iki 84 metų. Respondentai suskirstyti į 4 amžiaus grupes kas 18 metų: nuo 1927 iki 1945 m.; nuo 1946 – 1964 m.; nuo 1965 – 1983 m. ir nuo 1984 iki 2002 m. Pasiskirstymas pagal amžių parodytas histogramoje (5 pav.).

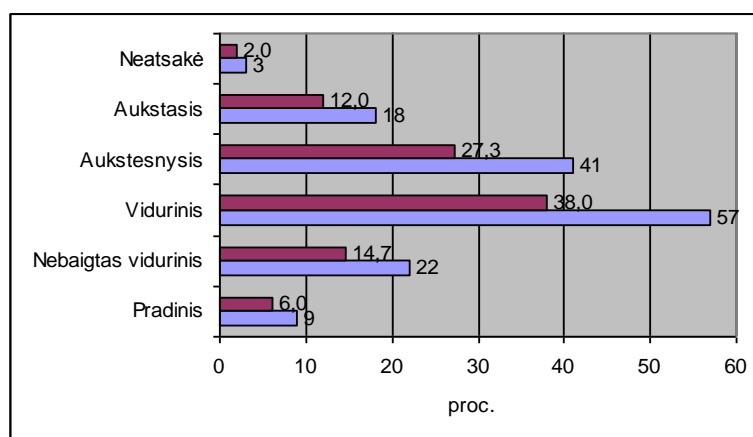


5 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių

Didžiausią respondentų grupę 56 (37,3 %) sudarė 65-47 m. pacientai. Į šiek tiek mažesnę, 46-28 m. grupę pateko 41 (27,3 %) respondentas. Dar mažesnė buvo 84-66 m. amžiaus grupė – 28 (18,7 %). 27-15 m. amžiaus grupę sudarė 15 respondentų (10 %). Savo amžiaus nenurodė 10 (6,7 %) respondentų.

Tyrimo dalyvavę pacientai reprezentavo visos ligoninės pacientų lytį ir amžių.

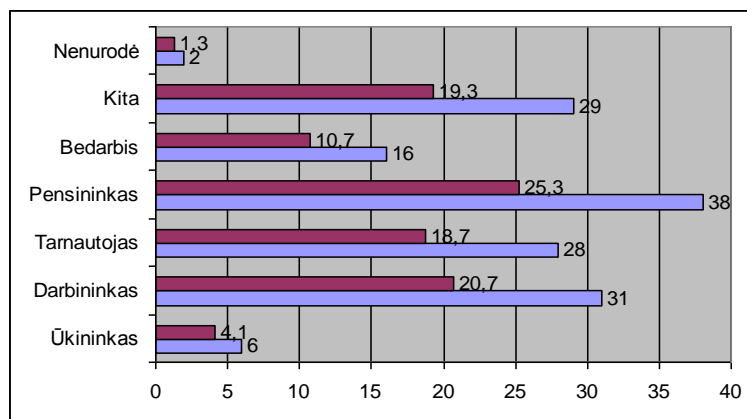
Respondentų pasiskirstymas pagal išsimokslinimą parodytas 6 pav. Didžiausią grupę sudarė turintieji vidurinį 57 (38,0 %), šiek tiek mažesnę – aukštesnįjį 41 (27,3 %), mažiausią –pradinį 9 (6,0 %) išsimokslinimą. Beveik vienodai pasiskirstė baigusieji aukštąjį mokslą 18 (12,0 %) ir nebaigusieji viduriniojo 22 (14,7 %). Į klausimą neatsakė 3 (2,0 %) respondentai.



6 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsimokslinimą

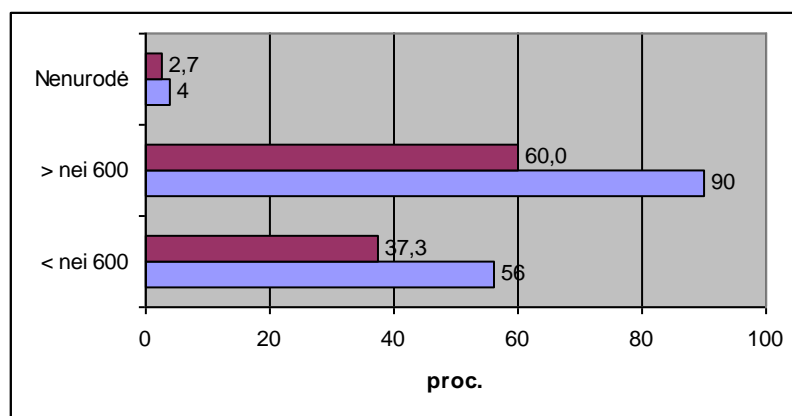
Pagal socialinę padėtį didžiausią grupę sudarė pensininkai 38 (25,3 %), darbininkai 31 (20,7 %), įvairūs kiti 29 (19,3 %), tarnautojai 28 (18,7 %), 16 neturinčių darbo (10,7 %), 6 (4,1 %) ūkininkai ir 2 (1,3 %) neatsakė.

Respondentų pasiskirstymas pagal socialinę padėtį parodytas 7 pav.



7 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal socialinę padėtį

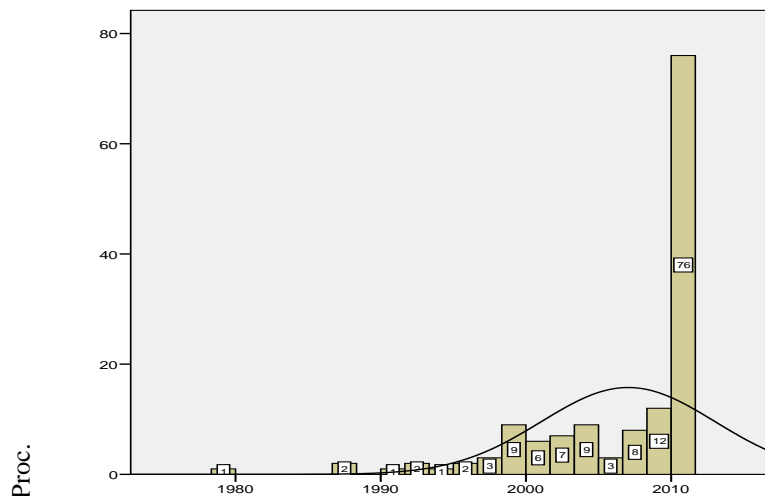
Pagal gaunamas pajamas respondentai buvo suskirstyti į dvi grupes: mažiau arba daugiau nei 600 Lt per mėnesį. Didžiausią grupę 90 (60,0% nuo visų respondentų) sudarė respondentai, kurių pajamos didesnės nei 600 Lt per mėnesį (7 pav.). Mažesnes nei 600 Lt per mėnesį pajamas nurodė 56 respondentai (37,3 %). Į klausimą neatsakė 4 (2,7 %) respondentai. Pasiskirstymas pagal pajamas parodytas 8 pav.



8 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal gaunamas pajamas

Susirgimo pradžią nurodė 142 respondentai (94,7 %). Negalėjo nurodyti 8 (5,3 %). Seniausia susirgimo data – 1979 m., kurią nurodė vienas (0,7 %) respondentas. Kiti nurodė vėlesnę susirgimo pradžią: 1988 m. – 2 (1,3 %), 1991-1995 m. po vieną (0,7 %), 1996 m. – 2 (1,3 %), 1997 m. – 1 (0,7 %), 1998 m. – 2 (1,3 %), 1999 m. – 6 (4,0 %), 2000 m. – 3 (2,0 %), 2001 m. – 6 (4,0 %), 2002 m. – 1 (0,7 %), 2003 m. – 6 (4,0 %), 2004 m. – 5 (3,3 %), 2005 m. – 4 (2,7 %), 2006 m. – 3 (2,0 %), 2007 m.

– 2 (1,3 %), 2008 m. – 6 (4,0 %), 2009 m. – 7 (4,7 %), 2010 m. – 5 (3,3 %), 2011 m. – 76 (50,7 %). Susirgimų pradžios kitimą 1979-2011 metais vaizduoja histograma (9 pav.), kurios diapazonas svyruoja nuo 0 iki 80.



9 pav. Respondentų nurodyta ligos pradžia

Nagrinėtos pacientų charakteristikos (amžius, lytis, pajamos), ligos pradžia yra veiksniai, kurie gali turėti įtakos paciento nuomonei apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

2.1.3. Paslaugų prieinamumo vertinimas

Ligoninės pasirengimas teikti prieinamas paslaugas tyrime buvo siejamas su organizaciniu prieinamumu: ankstesniu gydymusi ligoninėje ir patekimo į ją laiko tinkamumu. Šie veiksniai gali lemti pacientų norą naudotis ligoninės teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis. Organizacinį prieinamumą charakterizuoja atsakymai į 6 klausimus (3 lentelė, „Prieinamumas“). Paslaugų prieinamumo tyrimo duomenys parodyti 4 lentelėje.

Analizuodami 150 respondentų nuomonę apie paslaugų prieinamumą, nustatėme, kad į klausimą „Kiek kartų gydėtės ligoninėje“ atsakė 138 (92,0 %), neatsakė 12 (8,0 %): 1 kartą gydėsi 45 (30,0 %), 2 kartus – 42 (28,0 %), 3 kartus 17 (11,3 %), 4 kartus – 9 (6,0 %). Net 25 (16,7 %) iš apklaustųjų gydėsi 5 kartus. Šie skaičiai rodo, kad Tauragės ligoninę pacientai renkasi noriai. Nuomonės nepareiškė 12 (8,0 %).

Galimybė pasirinkti guldymo datą buvo sudaryta 86 (57,3 %) respondentams. Tokios galimybės neturėjo 48 (32,0 %), patekusieji į ligoninę dėl būtinosios pagalbos. Negalėjo prisiminti 12 (8,0 %), neatsakė 4 (2,7 %). Tiksliai guldymo data iš karto buvo paskirta 130 (86,7 %) apklaustųjų. 19 (12,7 %) respondentų ši data buvo paskirta vėliau, 1 (0,7 %) neatsakė. Taip greitai, kaip buvo reikalinga, hospitalizuota 115 (76,7 %) apklaustųjų, 23 (15,3 %) buvo paguldyti truputį anksčiau nei norėjo, gerokai anksčiau paguldyti 9 (6,0 %). Neatsakė 3 (2,0 %).

4 lentelė. Paslaugų prieinamumo tyrimo duomenys

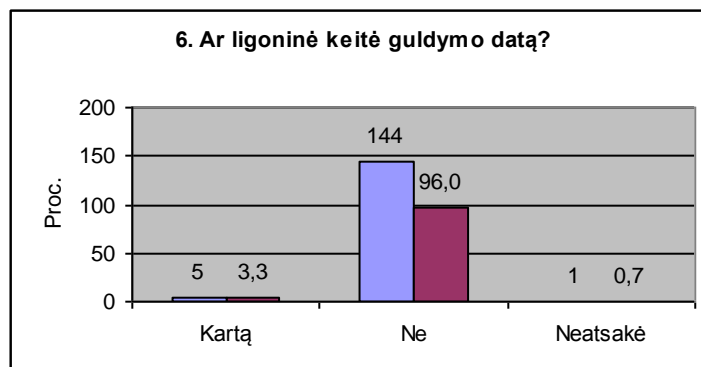
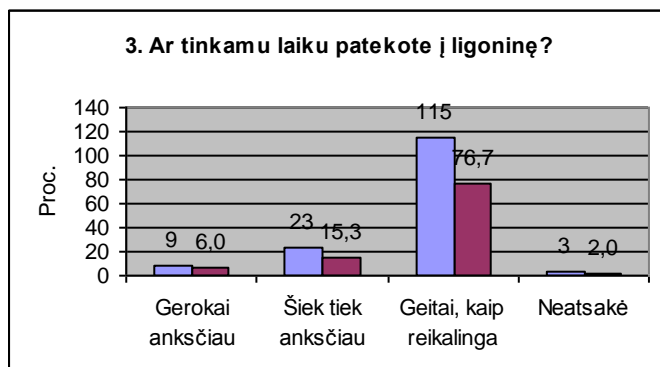
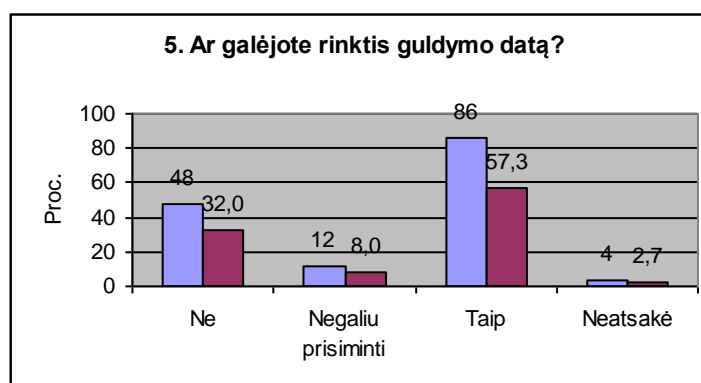
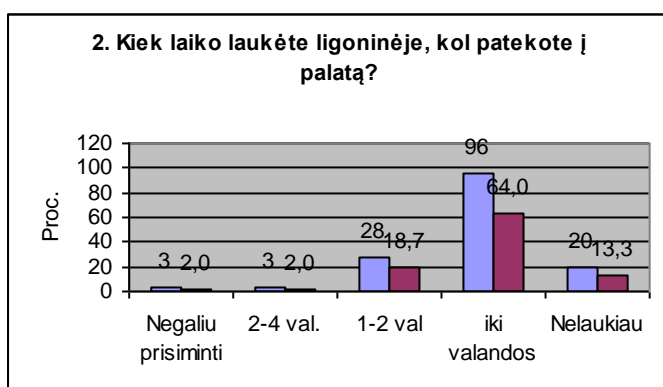
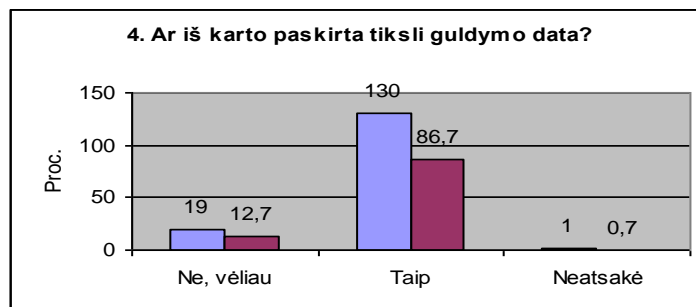
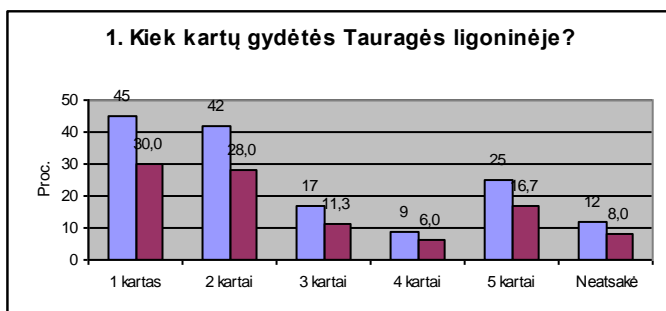
Eil. Nr.	Klausimai ir atsakymai	Atsakymų skaičius	Proc.
1.	Kiek kartų gydėtės Tauragės ligoninėje?	138	92,0
	1 kartas	45	30,0
	2 kartai	42	28,0
	3 kartai	17	11,3
	4 kartai	9	6,0
	5 kartai	25	16,7
	Neatsakė	12	8,0
2.	Kiek laiko laukėte ligoninėje, kol patekote į palatą?	150	100
	Negaliu prisiminti	3	2,0
	2-4 val.	3	2,0
	1-2 val.	28	18,7
	iki valandos	96	64,0
	Nelaukiau	20	13,3
3.	Ar tinkamu laiku patekote į ligoninę?	147	98,0
	Gerokai anksčiau	9	6,0
	Šiek tiek anksčiau	23	15,3
	Geitai, kaip reikalinga	115	76,7
	Neatsakė	3	2,0
4.	Ar Jums iš karto paskyrė tikslią gydymo datą?	149	99,3
	Ne, vėliau	19	12,7
	Taip	130	86,7
	Neatsakė	1	0,7
5.	Ar Jums suteikė galimybę pasirinkti gydymo datą?	146	97,3
	Ne	48	32,0
	Negaliu prisiminti	12	8,0
	Taip	86	57,3
	Neatsakė	4	2,7
6.	Ar ligoninė keitė gydymo datą?	149	99,3
	Karta	5	3,3
	Ne	144	96,0
	Neatsakė	1	0,7

Paskirtu laiku buvo hospitalizuoti 144 (96,0 %) respondentai. Kad ligoninė vieną kartą keitė paskirtą gydymo datą, nurodė 5 (3,3 %). Vienas (0,7 %) neatsakė.

Į klausimą „Kiek laiko laukėte, kol patekote į palatą“ atsakė visi 150 (100 %) respondentų, tačiau 3 iš jų (2,0 %) laukimo laiko negalėjo prisiminti, 3 (2,0 %) laukė nuo dviejų iki keturių valandų; 28 (18,7 %) – nuo vienos iki dviejų valandų. Iki valandos laukė 96 (64,0 %). Visai nelaukė 20 (13,3 %) respondentų.

Tyrimas parodė, kad 58 proc. pacientų ligoninėje gydėsi tik 1 ar 2 kartus. Dažnai – 4-5 kartus gydėsi 23 proc. apklaustųjų. Pacientai buvo hospitalizuojami greičiau negu per 1 val. (64 proc.), kiti – laukė ne ilgiau kaip 2 val. Tik išskirtiniais atvejais gydymo į skyrių teko laukti ilgiau. Pacientai nurodė, kad į ligoninę jie pateko norimu arba reikiamu laiku (77 proc.) arba anksčiau nei planuota (21 proc.). Nei vienas respondentas nenurodė užsitęsusio gydymo laiko arba pavėluotos hospitalizacijos. Planiniams pacientams buvo paskirta tiksli hospitalizacijos data ir jos laikytasi. Didžiajai daugumai

pacientų sudaryta galimybė pasirinkti guldymo datą (87 proc.), kuri nebuvo keičiama. Pacientai galėjo pasirinkti planinės hospitalizacijos datą, kuri buvo nustatoma atsižvelgiant į paciento interesus, derinama pagal jo sveikatos pobūdį. Iš priėmimo skyriaus pacientai į palatą pateko tinkamu laiku.



10 pav. Pacientų nuomonė apie paslaugų prieinamumą

■ pacientų skaičius ■ proc.

Lankstus kokybės vadybos principų taikymas Priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus darbo organizavime sudarė tinkamas sąlygas, kad matuojamos organizacinio prieinamumo kokybės savybės: paslaugos laukimo laikas, gydytojo apžiūros laukimo laikas, patekimo į skyrių laikas, guldymo proceso trukmė atitiko pacientų poreikius ir lūkesčius, nes pacientams patekti į ligoninę buvo nesudėtinga, o paslaugų organizacinis prieinamumas atitiko valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas (10 pav.).

2.1.4. Paslaugų saugumo vertinimas

Ligoninės darbuotojų gebėjimas teikti pacientams saugias paslaugas tyrime buvo siejamas su sveikatos priežiūros klinicine rizika ir sveikatos priežiūros profilaktikos priemonėmis: aukštais higienos standartais, klinikinės rizikos ir profilaktikos priemonių vadyba (galimi pavojai paslaugų teikimo metu, pacientų pasitikėjimas medicinos specialistais ir bendradarbiavimas su jais, skausmo malšinimas, privatumo užtikrinimas). Atsakydami į paslaugų saugumo klausimus, pacientai vertino gydymo proceso tinkamumą ir teikiamą pagalbą.

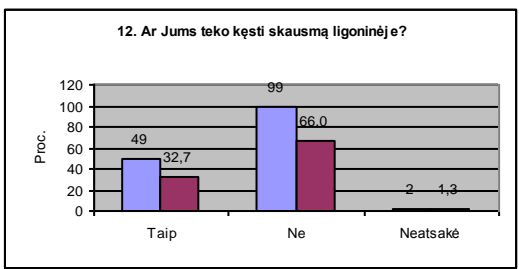
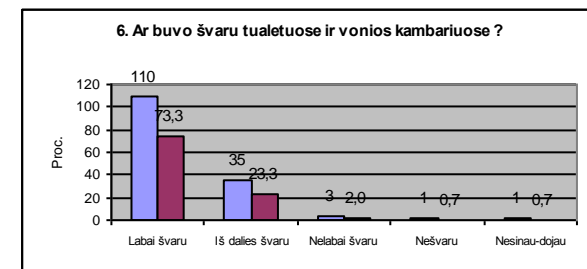
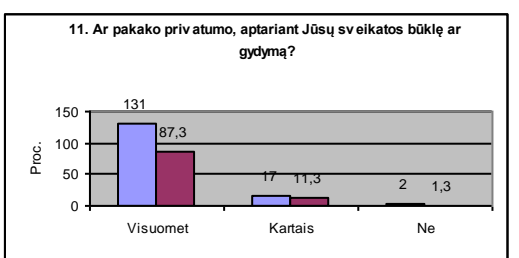
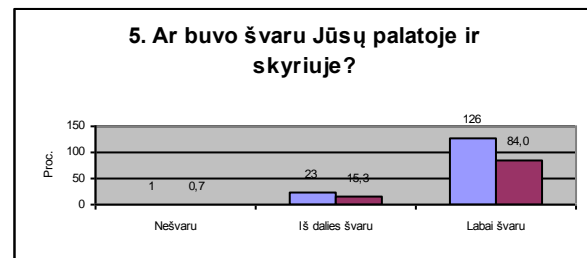
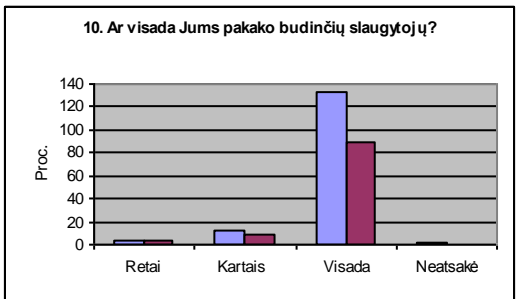
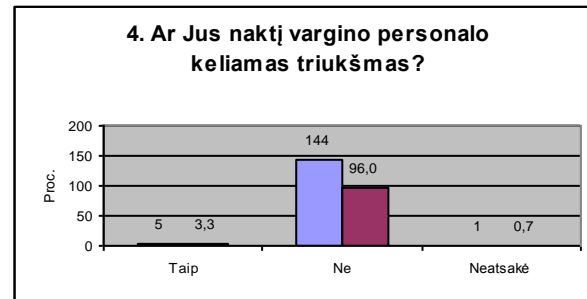
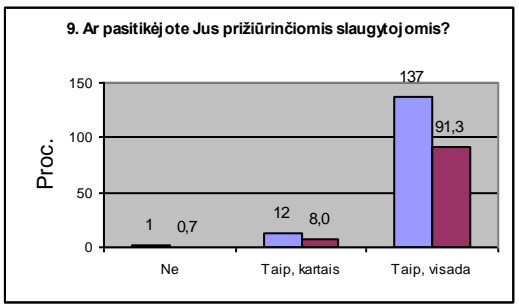
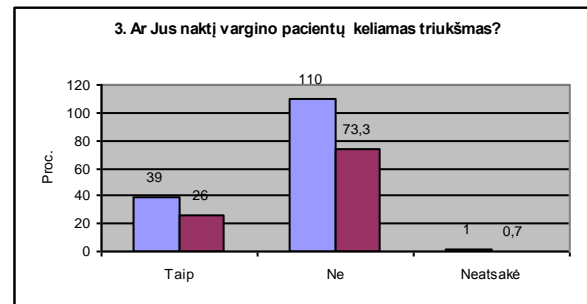
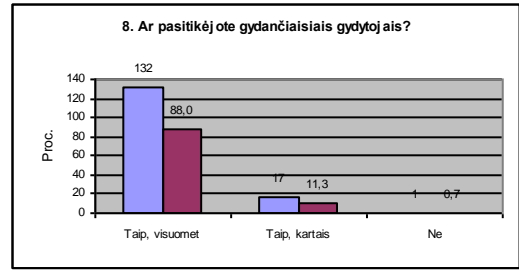
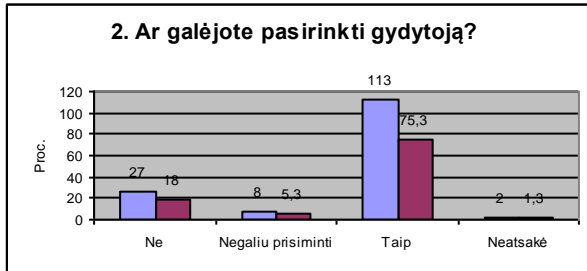
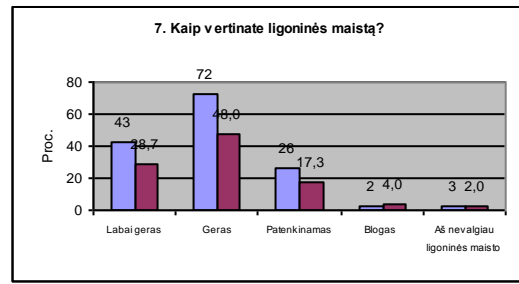
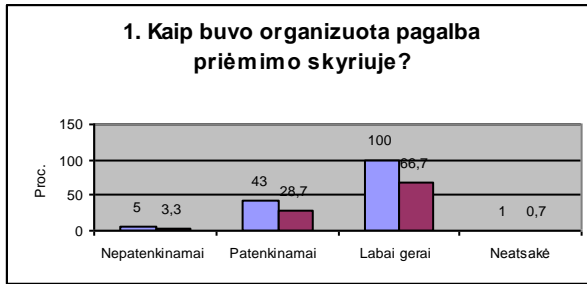
Paslaugų saugumui, kaip išskirtiniam kokybiškos sveikatos priežiūros požymiui, klausimyne skirta 13 klausimų (3 lentelė, „Saugumas“). Tyrimo duomenys parodyti 5 lentelėje.

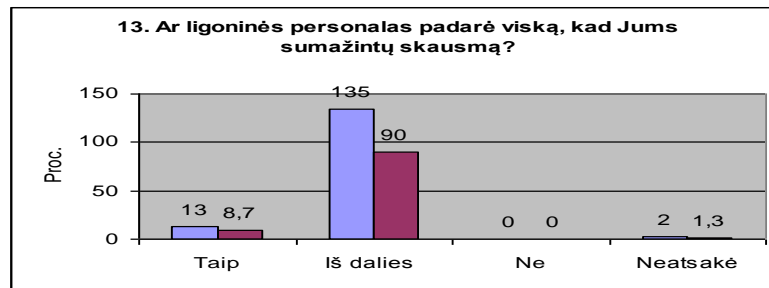
5 lentelė. Paslaugų saugumo tyrimo duomenys

Eil. Nr.	Klausimai ir galimi atsakymai	Atsakymų skaičius	Proc.
1.	Kaip buvo organizuota pagalba, kurią Jūs gavote priėmimo skyriuje?	149	99,3
	Visai neorganizuota	5	3,3
	Patenkinamai organizuota	43	28,7
	Labai gerai organizuota	100	66,7
	Neatsakė	1	0,7
2.	Ar Jūs galėjote pasirinkti gydantįjį gydytoją?	148	98,7
	Ne	27	18,0
	Negaliu prisiminti	8	5,3
	Taip	113	75,3
	Neatsakė	2	1,3
3.	Ar jus vargino pacientų naktį keliamas triukšmas?	149	99,3
	Taip	39	26,0
	Ne	110	73,3
	Neatsakė	1	0,7
4.	Ar jus vargino ligoninės personalo naktį keliamas triukšmas?	149	99,3
	Taip	5	3,3
	Ne	144	96,0
	Neatsakė	1	0,7
5.	Kokia Jūsų nuomonė dėl švaros ligoninės palatoje ar skyriuje, kuriame gydėtės?	150	100
	Visiškai nešvaru	1	0,7
	Patenkinamai švaru	23	15,3
	Labai švaru	126	84,0
6.	Ar tualetai ir vonių kambariai, kuriais Jūs naudojotės ligoninėje, buvo švarūs?	150	100
	Labai švarūs	110	73,3
	Patenkinamai švarūs	35	23,3
	Nelabai švarūs	3	2,0
	Visiškai nešvarūs	1	0,7
	Aš nesinaudojau tualetu ar vonios kambariu	1	0,7
7.	Kaip vertinate ligoninės maistą?	150	100
	Labai geras	43	28,7
	Geras	72	48,0
	Patenkinamas	26	17,3
	Blogas	2	4,0
	Aš nevalgiau ligoninės maisto	3	2,0

8.	Ar Jūs pasitikėjote Jus gydančiais gydytojais?	150	100
	Taip, visuomet	132	88,0
	Taip, kartais	17	11,3
	Ne	1	0,7
9.	Ar pasitikėjote Jus prižiūrinčiomis slaugytojomis?	150	100
	Ne	1	0,7
	Taip, kartais	12	8,0
	Taip, visada	137	91,3
10.	Ar visada Jums pakako budinčių slaugytojų?	149	99,3
	Retai	4	2,7
	Kartais	12	8,0
	Visada	133	88,7
	Neatsakė	1	0,7
11.	Ar pakako privatumo, aptariant Jūsų sveikatos būklę ar gydymą?	150	100
	Visuomet	131	87,3
	Kartais	17	11,3
	Ne	2	1,3
12.	Ar Jums teko kęsti skausmą ligoninėje?	148	98,7
	Taip	49	32,7
	Ne	99	66,0
	Neatsakė	2	1,3
13.	Ar ligoninės personalas padarė viską, kad Jums sumažintų skausmą?	148	98,7
	Taip	13	8,7
	Iš dalies	135	90,0
	Ne	0	0
	Neatsakė	2	1,3

Pacientų sauga buvo matuojama kiekybine išraiška, atsižvelgiant į tai, kaip ją vertino respondentai, nurodę, kad Priėmimo – skubiosios pagalbos skyriuje pagalba jiems buvo organizuota gerai (95,4 proc.). Daugelis galėjo pasirinkti gydantį gydytoją (75,3 proc.). Kone visiems būdingas didelis pasitikėjimas gydančiais gydytojais (99,3 proc.) ir slaugytojomis (99,3 proc.). Respondentų teigimu, jiems visada pakako budinčių slaugytojų (88,7 proc.). Į klausimą „Ar ligoninės darbuotojai padarė viską, kad sumažintų skausmą?“ 98,7 proc. respondentų atsakė teigiamai, tačiau atsakydami į klausimą „Ar Jums teko kęsti skausmą ligoninėje?“ nurodė, kad 32,7 proc. kentėjo skausmą. Iš jų 13 (20,5 %) ligoninės personalas padarė viską, kad sumažintų skausmą. Higieninės sąlygos buvo tinkamos: labai švaru palatose (84,0 proc.), vonių kambariuose ir tualetuose (73,3 %), aplinka rami, tačiau 39 (26,0 %) pacientų vargino kitų pacientų naktį palatose keliamas triukšmas. Šiek tiek kritiškiau vertintas ligoninei tiekiamas maistas, kurį kas penktas respondentas nurodė esant patenkinamą.





11 pav. Pacientų nuomonė apie paslaugų saugumą
■ pacientų skaičius ■ proc.

Palankią pacientų nuomonę apie paslaugų saugumą parodo 11 pav., kuriame 13-koje stulpelinių diagramų grafiškai pavaizduoti kiekvieno paslaugų saugumo klausimo subjektyviojo vertinimo rezultatai.

Nors tiriamuoju laikotarpiu nepageidaujamų įvykių ir nepageidaujamų reakcijų bei gydymo nesėkmių ligoninėje nebuvo užregistruota, o visose diagramose kiekybiniai rodikliai liudija apie gerą pacientų saugą, atsakymai į daugelį saugos klausimų taip pat yra palankūs, vis dėlto negalima tvirtinti, kad sveikatos priežiūros paslaugos visada buvo teikiamos iki minimumo sumažinus pavojų paslaugų vartotojams, nes 32,7 proc. pacientų kentėjo skausmą. Šis skaičius rodo nepakankamą skausmo kontrolę ir nevisavertę paslaugų saugos kokybę, todėl ligoninėje reikalingas papildomas pacientų saugos vadybos tyrimas.

2.1.5. Paslaugų veiksmingumo vertinimas

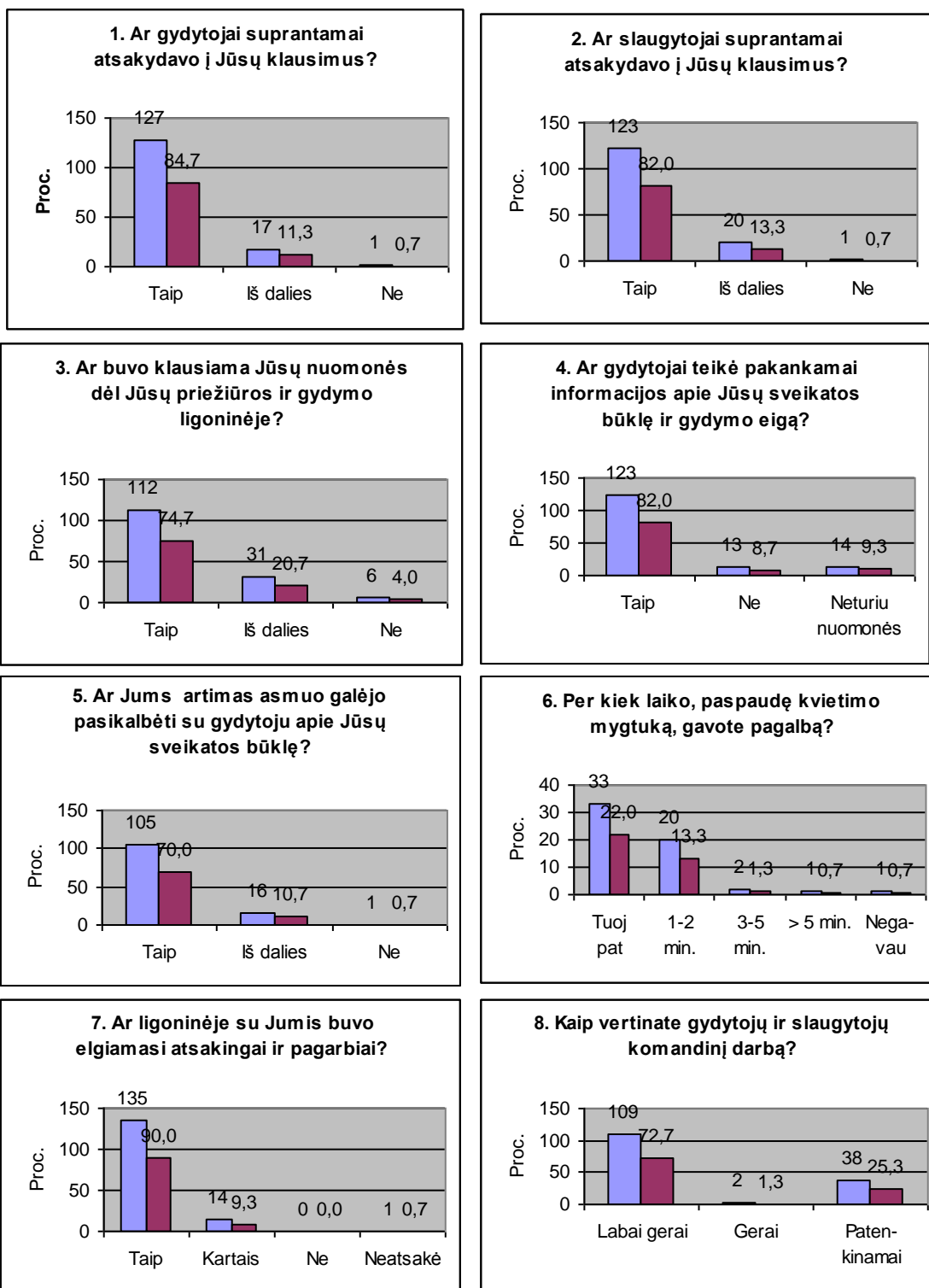
Paciento sveikatos būklės pokytį, įrašomą gydymo stacionare ligos istorijoje išvykimo iš stacionaro metu (pasveiko, sveikata pagerėjo, nepakito, perkeltas, mirė), ligoninė turėtų sieti su paslaugų veiksmingumu, kaip vienu iš SPP kokybės požymių.

Paslaugų veiksmingumui tirti klausimyne skirti 8 klausimai, į kuriuos atsakymai turėjo parodyti, ar ligoninėje gautos sveikatos priežiūros paslaugos sudarė pacientams sąlygas sveikti. Respondentų atsakymų skaičius ir paslaugų veiksmingumo tyrimo duomenys pateikiami 6 lentelėje.

Nustatyta, kad 85 proc. gydytojų ir 82 proc. slaugytojų suprantomai atsakydavo į pacientų klausimus (6 lentelė, 1-2 klausimai), 75 proc. pacientų galėjo reikšti nuomonę dėl jų gydymo ir priežiūros ligoninėje (3 kl.), 82 proc. gydytojų suteikė išsamią ir patikimą informaciją apie respondentų sveikatos būklę (94 kl.). Kad artimieji, pacientų prašymu, galėjo pasikalbėti su gydytoju apie respondentų sveikatos būklę, nurodė 70 proc. apklaustųjų (5 kl.).

6 lentelė. Paslaugų veiksmingumo tyrimo duomenys

Eil. Nr.	Klausimai ir galimi atsakymai	Atsakymų skaičius	Proc.
1.	Ar gydytojai suprantamai atsakydavo į Jūsų klausimus?	149	99,3
	Taip	127	84,7
	Iš dalies	17	11,3
	Ne	1	0,7
	Man nereikėjo klausti	4	2,7
	Neatsakė	1	0,7
2.	Ar slaugytojai suprantamai atsakydavo į Jūsų klausimus?	150	100
	Taip	123	82,0
	Iš dalies	20	13,3
	Ne	1	0,7
	Man nereikėjo klausti	6	4,0
3.	Ar buvo klausama Jūsų nuomonės dėl Jūsų priežiūros ir gydymo ligoninėje?	149	99,3
	Taip	112	74,7
	Iš dalies	31	20,7
	Ne	6	4,0
	Neatsakė	1	0,7
4.	Ar gydytojų Jums suteikta informacija apie Jūsų būklę ir gydymo eigą buvo pakankamai išsami ir patikima?	150	100
	Taip	123	82,0
	Ne	13	8,7
	Neturiu nuomonės	14	9,3
5.	Ar Jums artimas asmuo galėjo pasikalbėti su gydytoju apie Jūsų sveikatos būklę?	150	100
	Taip	105	70,0
	Iš dalies	16	10,7
	Ne	1	0,7
	Nei šeima, nei draugai nebuvo įtraukti	2	1,3
	Tokios informacijos nereikėjo	10	6,7
	Aš nenorėjau, kad kiti kalbėtųsi dėl mano būklės	16	10,7
6.	Per kiek laiko, paspaudę kvietimo mygtuką, gavote pagalbą?	139	92,7
	Tuoju pat	33	22,0
	1-2 minutės	20	13,3
	3-5 minutės	2	1,3
	Daugiau nei 5 minutės	1	0,7
	Pagalbos nesulaukiau	1	0,7
	Nenaudojau kvietimo mygtuko	82	54,7
	Neatsakė	11	7,3
7.	Ar ligoninėje su Jumis buvo elgiamasi atsakingai ir pagarbiai?	149	99,3
	Taip	135	90,0
	Kartais	14	9,3
	Ne	0	0
	Neatsakė	1	0,7
8.	Kaip vertinate gydytojų ir slaugytojų komandinį darbą?	149	99,3
	Labai gerai	109	72,7
	Gerai	2	1,3
	Patenkinamai	38	25,3
	Neatsakė	1	0,7



12 pav. Pacientų nuomonė apie paslaugų veiksmingumą

■ pacientų skaičius ■ proc.

Respondentai, naudoję pagalbos mygtuką, pagalbą gavo laiku (6 kl.). Kad ligoninėje su pacientais elgiamasi atsakingai ir pagarbiai nurodė 90 proc. apklaustųjų (7 kl.). Gydytojų ir slaugytojų komandinį darbą labai gerai ir gerai įvertino 74 proc. respondentų (8 kl.).

Formuojasi išvada, kad jei su pacientu ligoninėje elgiamasi atsakingai ir pagarbiai, o jis pats turi daug galimybių dalyvauti savo gydymo procese ir sprendimų priėmimo, tai subjektyvusis sveikatos

priežiūros paslaugų kokybės vertinimas gali būti labai palankus, nepriklausomai nuo sveikatos būklės pokyčių.

Pacientų nuomonę apie paslaugų veiksmingumą iliustruoja 12 pav., kuriame 8 stulpelinėse diagramose grafiškai pavaizduoti kiekvieno paslaugų veiksmingumo klausimo subjektyviojo vertinimo rezultatai.

Nors respondentų vertinimas iš esmės palankus, atskirų klausimų atsakymų analizė parodė tobulintinas veiklos sritis, pvz., 38 (25,3 %) respondentai tik patenkinamai vertina gydytojų ir slaugytojų komandinį darbą, 14 (9,3 %) patyrė nepagarbų elgesį, galėjusį turėti įtakos jų nuotakai, taigi ir sveikatai. Tai potencialios priežastys, galinčios turėti įtakos paslaugų veiksmingumui, todėl reikalinga jų analizė ir prevencijos priemonės.

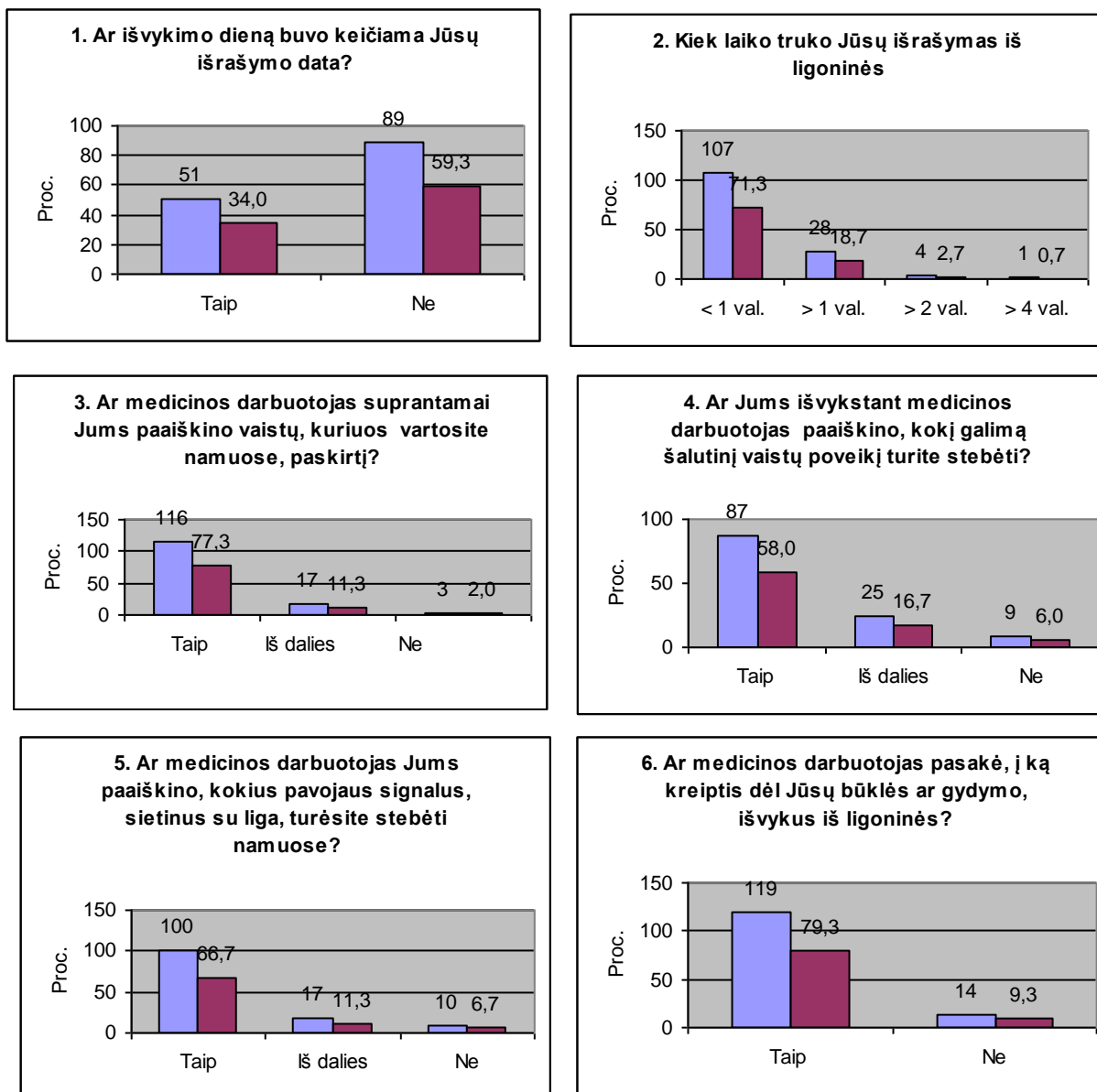
2.1.6. Paslaugų tęstinumo vertinimas

Tirta, kaip paciento priežiūra koordinuojama tarp ligoninės sveikatos priežiūros specialistų ir kitų ASPĮ. Užduotieji 6 klausimai, atsakymų skaičius ir atsakymų vertė parodyta 7 lentelėje. Nustatyta, kad 34 proc. respondentų išvykimo dieną buvo pakeista išrašymo data. Išrašymas iš ligoninės paprastai trunka iki 1 valandos (71 proc.), tačiau 19 proc. laukė ilgiau nei valandą. Pasitaikė atvejų, kai išrašymo teko laukti ilgiau kaip 2 valandas (3 proc.). Daugeliui išvykstančiųjų medicinos darbuotojai suprantamai paaiškino vaistų, kuriuos teks vartoti namuose, paskirtį (77 proc.), nors 11 proc. respondentų šios informacijos nepakako. Pakankamai informacijos apie būtiną stebėti šalutinį vaistų poveikį gavo 58 proc. apklaustųjų, iš dalies – 17 proc. Kad medicinos darbuotojai paaiškino, kokius su liga sietinus pavojaus signalus reikia stebėti namuose, nurodė 80 proc. respondentų, tačiau 7 proc. apklaustųjų ši svarbi informacija nebuvo suteikta. Kitiems tokios informacijos nereikėjo (9 proc.). Į ką kreiptis dėl sveikatos būklės ar gydymo, išvykus iš ligoninės, buvo paaiškinta 80 proc. respondentų. Kas dešimtas (9 proc.) informacijos dėl paslaugų tęstinumo negavo.

7 lentelė. Sveikatos priežiūros tęstinumo tyrimo duomenys

Eil. Nr.	Klausimai ir atsakymai	Atsakymų skaičius	Proc.
1.	Ar išvykimo dieną buvo keičiama Jūsų išrašymo data?	141	94,0
	Taip	51	34,0
	Ne	89	59,3
	Neatsakė	9	6,0
2.	Kiek truko Jūsų išrašymas iš ligoninės?	140	93,3
	Iki 1 valandos	107	71,3
	Ilgiau nei 1 valandą	28	18,7
	Ilgiau nei 2 valandas	4	2,7
	Ilgiau nei 4 valandas	1	0,7
	Neatsakė	10	6,7
3.	Ar medicinos darbuotojas suprantamai Jums paaiškino vaistų, kuriuos teks vartoti namuose, paskirtį?	144	96,0
	Taip	116	77,3
	Iš dalies	17	11,3
	Ne	3	2,0
	Man nereikėjo paaiškinimo	3	2,0
	Man nebuvo skirti jokie vaistai	5	3,3
	Neatsakė	6	4,0
4.	Ar Jums išvykstant medicinos darbuotojas paaiškino, kokį galimą šalutinį vaistų poveikį turite stebėti?	142	94,7
	Taip	87	58,0
	Iš dalies	25	16,7
	Ne	9	6,0
	Nereikėjo	21	14,0
	Neatsakė	8	5,3
5.	Ar medicinos darbuotojas Jums paaiškino, kokius pavojaus signalus, sietinus su liga, turėsite stebėti namuose?	140	93,3
	Taip	100	66,7
	Iš dalies	17	11,3
	Ne	10	6,7
	Tai nebuvo būtina	13	8,7
	Neatsakė	10	6,7
6.	Ar medicinos darbuotojas pasakė, į ką kreiptis dėl Jūsų būklės ar gydymo, išvykus iš ligoninės?	143	95,3
	Taip	119	79,3
	Ne	14	9,3
	Nežinau, negaliu prisiminti	10	6,7
	Neatsakė	7	4,7

Pacientų nuomonę apie sveikatos priežiūros tęstinumo organizavimą iliustruoja 13 pav., kuriame stulpelinėse diagramose grafiškai kiekvieno klausimo subjektyviojo vertinimo rezultatai pavaizduoti absoliučiais dydžiais ir procentine išraiška.



13 pav. Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros tęstinumą

Tyrimo rezultatai rodo, kad respondentų nuomonė apie sveikatos priežiūros tęstinumo organizavimą vadybine prasme turi būti giliau analizuojama, plačiau apibendrinama ir tiriama dėl paciento priežiūros koordinavimo tarp ligoninėje ir kitose ASPĮ dirbančių sveikatos priežiūros specialistų, nes kas dešimtas pacientas išvykimo metu negavo pakankamai informacijos dėl vaistų vartojimo ar kreipimosi dėl savo sveikatos būklės bei gydymo, išvykus iš ligoninės. Šios svarbios informacijos neteikimas gali būti vertinamas kaip nepakankamos sveikatos priežiūros kokybės požymis, nes pacientui turi būti suteikta informacija ne tik apie jo sveikatos būklę, diagnozę, gydymo procesą, tyrimų tikslus ar priemones, bet ir galimą šalutinį vaistų poveikį ir sveikatos priežiūros tęstinumą kitose ASPĮ.

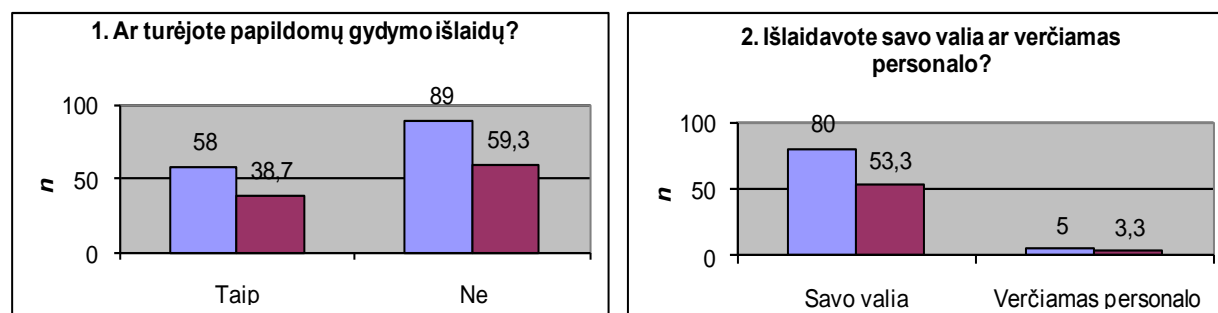
2.1.7. Papildomas mokėjimas už paslaugas

Papildomų gydymo išlaidų patyrė 58 respondentai iš 150 (39 proc). Penki nurodė, kad mokėjo verčiami personalo (8 lentelė, 2 klausimas). Išsiaiškinta, kad pacientai pageidavo papildomų mokamų paslaugų, kurios jiems ir buvo suteiktos. Penki pacientai, nurodę kad mokėjo verčiami personalo, nežinojo, kad jų pageidaujamos SPP yra mokamos, todėl nurodė, kad mokėjo verčiami personalo. Darbuotojų piktnaudžiavimo nenustatyta, tačiau informacijos apie mokamas paslaugas teikimo vykdymas turi būti nuolat stebimas, jei reikės, papildomai reglamentuojamas.

8 lentelė. Papildomas mokėjimas už paslaugas

Eil. Nr.	Klausimai ir galimi atsakymai	Atsakymų skaičius	Proc.
1.	Ar turėjote papildomų gydymo išlaidų	147	98,0
	Taip	58	38,7
	Ne	89	59,3
	Neatsakė	3	2,0
2.	Jei taip, nurodykite: išlaidavote savo valia ar verčiamas personalo	85	56,7
	Savo valia	80	53,3
	Verčiamas personalo	5	3,3
	Neatsakė	65	43,3

14 pav. grafiškai parodyta, kad vos ne pusė pacientų papildomai mokėjo už paslaugas.

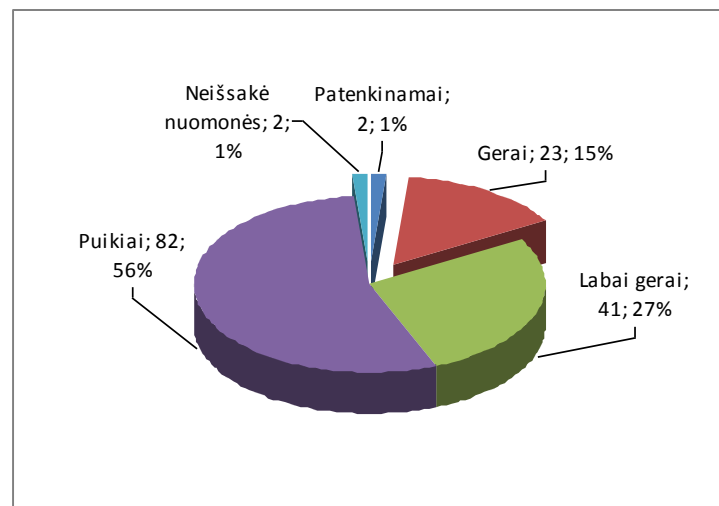


14 pav. Papildomas mokėjimas už paslaugas

Šiam reiškiniui mažinti būtina didinti išteklius ir ugdyti naują kultūrą visoje sveikatos sistemoje.

2.1.8. Paciento pageidaujamos sveikatos priežiūros kokybės vertinimas

Tyrimo duomenimis, ligoninėje gautų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę puikiai įvertino 82 (54,7 %), labai gerai 41 (27,3 %), gerai 23 (15,3 %), patenkinamai 2 (1,3 %) respondentai (15 pav.). Neatsakė 2 (1,3 %).



15 pav. Pacientų gautų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas

Matematiškai sudėję gerą, labai gerą ir puikų vertinimą gauname, kad 98,7 proc. respondentų palankiai vertina ligoninėje jiems teiktų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Apibendrinami analizuotų sveikatos priežiūros kokybės požymių subjektyvųjį vertinimą konstatuojame, kad beveik visi pacientai (98,7 proc.) SPP kokybę įvertino „gerai“, „labai gerai“ ir „puikiai“.

Detaliau nagrinėdami, kokios paslaugos kokybės nori pacientas, jo artimieji ir visuomenė, arba „vartotojo pageidaujama kokybę“ (Øvretveit J., 1990)¹⁵¹, remdamiesi pacientų nuomonės tyrimu, orientuodamiesi į pacientų pasitenkinimą paslaugos kokybe lemiančius veiksnius (1 pav.), nustatėme, kad tokį aukštą suteiktų SPP kokybės vertinimą lėmė:

geri tarpusavio santykiai (pagarbus medicinos darbuotojų elgesys, pakankamas gydytojų ir slaugytojų bendravimas su pacientais);

fizinė aplinka (švara ir tvarka skyriuose, palatose, higienos kambariuose);

sveikatos priežiūros organizavimas (pagalbos pradžios laikas, galimybė pasirinkti gydymo datą, gydytoją, privatumo užtikrinimas kalbant apie sveikatos būklę);

informacijos teikimas (suprantama ir pakankama informacija apie ligą, jos eigą, gydymo alternatyvas, galimą šalutinį vaistų poveikį, kur kreiptis išvykus iš ligoninės);

¹⁵¹ Øvretveit J. What is quality in health services? *Health Service Management*; 1990.

galimybė dalyvauti gydymo procese (buvo klausama paciento nuomonės dėl jo priežiūros bei gydymo ir į ją atsižvelgiama);

personalo dėmesys (ligoninėje su pacientais buvo elgiamasi atsakingai ir pagarbiai);

medicininės intervencijos (palankus gydytojų ir slaugytojų komandinio darbo vertinimas).

Šie veiksniai lėmė labai palankų „vartotojo pageidaujamos kokybės“¹⁵² vertinimą.

Tyrimo rezultatai parodė, jog pacientai sveikatos priežiūros paslaugų kokybe yra patenkinti, todėl galime daryti išvadą, kad Tauragės ligoninė, vykdydama organizacijos priimtą kokybės politiką, orientuodamasi į vertybes, kuriomis puoselėjamas pasitikėjimas ir pagarba, siekdama užsibrėžto kokybės tikslo – „pagerinti gyventojų sveikatos būklę, gerinant gydymo ir aukšto lygio sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą“, užtikrina SPP prieinamumą, saugą, veiksmingumą, tęstinumą ir vykdo specifinių sveikatos priežiūros reikmių tenkinimo visumą, apibrėžtą Paciento įstatyme: „...prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami“. Pacientų pasitenkinimo SPP kokybe lygis liudija, kad paslaugų vartotojai kreipsis į šią ligoninę, laikysis skirto gydymo režimo, noriai bendraus su gydančiuoju gydytoju ir rekomenduos ligoninę savo artimiesiems bei pažįstamiems.

Kadangi „pacientų poreikiai ir lūkesčiai negali tiksliai apibrėžti sveikatos priežiūros kokybės“¹⁵³, atliktas dar vienas, žemiau aprašomas profesionalų teikiamos SPP kokybės tyrimas, integruotas į vadybos kokybės tyrimą.

2.2. Profesionalų teikiama sveikatos priežiūros paslaugų kokybė

2.2.1. Tyrimo metodika

Profesionalų teikiamos kokybės tyrimas – „paslaugos atitikimo poreikius, kuriuos nustatė ją teikiantys profesionalai (siuntusieji gydytojai), tinkamas procedūrų atlikimas ir metodikų, reikalingų tenkinti paciento reikmes, taikymas“¹⁵⁴ integruotas į vadybos kokybės tyrimą, kurio neatlikus nėra įrodymais pagrįsto pagrindo apibrėžti kokybės vadybos sistemos įtakos SPP kokybei ir vadybos kokybės gerinimui. Tam tikslui parengta darbuotojų nuomonės tyrimo anketa, aprėpianti 29 klausimus

¹⁵² Øvretveit J. What is quality in health services? *Health Service Management*; 1990.

¹⁵³ Øvretveit J. „The economics of quality-a practical approach“. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2000;13(4-5)200-7.

¹⁵⁴ Øvretveit J. What is quality in health services? *Health Service Management*; 1990.

(2 priedas), iš kurių 3 skirti darbuotojų nuomonės apie ligoninėje teikiamų SPP kokybę tyrimui, 23 – išsiaiškinti ligoninės galimybes teikti SPP ir darbuotojų veiklos rezultatus, dar 3 – darbuotojų bendrajai charakteristikai. Atsakymų vertinimui taikytos nominalinė, rangų ir ordinalinė skalės. Pasirengta vadybos kokybės savivertinimo skalė, atitinkanti Bendrojo vertinimo modelio metodologiją (3 priedas). Atlikta darbuotojų anoniminė apklausa.

Tyrimo laikas – 2012 m. rugsėjo- spalio mėnuo.

Tyrimo objektas – profesionalų teikiamos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas, susietas su kokybės vadybos brandos vertinimu.

Imties apibūdinimas. 2012 m. rugsėjo mėnesį ligoninėje pagrindinėse pareigose dirbo 249 darbuotojai. Iš jų 44 gydytojai, 187 slaugytojai, 18 administracijos darbuotojų. Tyrimui pasirinkta ištisinė sluoksninė atranka.

Anketos išdalintos visiems (išskyrus ūkio darbuotojams) 249 tuo metu pirmą kartą dirbantiems gydytojams, slaugytojams bei administracijos darbuotojams. Užpildytas grąžino 211 respondentų: 41(99,6 %) gydytojas, 152 (81,3 %) slaugytojai ir 18 (8,5 %) administracijos darbuotojų, iš jų 189 (89,5 proc.) moterys ir 22 (10,5 proc.) vyrai. Statistinei analizei tinkamomis pripažinta 211 anketų. Atsako dažnis 84,7 proc. tinkamai reprezentuoja tyrimo populiaciją (gydytojai – 99,6 proc., slaugytojai – 81,3 proc., administracijos darbuotojai –100 proc.).

Atsakymų vertinimui klausimai sugrupuoti į dvi dalis. Pirmoji dalis „Galimybių vertinimas“, antroji „Rezultatų vertinimas“. Vertinama atsižvelgiant į devynis Bendrojo vertinimo modelio veiksnius¹⁵⁵. Šių veiksnių pagalba tiriama vadovų veikla, ligoninės kokybės politika ir strateginis planavimas, išteklių valdymas, darbuotojų reikmių tenkinimas, pacientų reikmių tenkinimas, ligoninės nauda ir atsakomybė visuomenei, veiklos rezultatai. Sudaryta vertinimo skalė (3 priedas), kurioje vertinimo veiksniai suskirstyti į dvi dalis: pirmoji dalis – 1-5 veiksniai charakterizuoja ligoninės vadovybės sudaromas galimybes užsibrėžtiems tikslams pasiekti (didžiausia galima vertė 500 balų); antroji – 6-9 veiksniai parodo darbuotojų pasiektus rezultatus esamosiomis sąlygomis (didžiausia galima vertė 500 balų). Iš viso – 1000 balų.

1 veiksnys. Vadovų veikla. Galima vertė – 100 balų.

Vertinama ligoninės vadovybės veikla ir elgsena, kaip jie sugeba įkvėpti darbuotojus siekti aukštesnės paslaugų kokybės. Aiškinamasi, ar vadovybė nurodo veiklos kryptį, kurdama viziją, misiją ir vertybes, ar yra nustačiusi kokybės politiką ir kokybės tikslus, ar į juos orientuoja ir motyvuoja darbuotojus, remia šią iniciatyvą; kaip ligoninės vadovybė bendradarbiauja ir bendrauja tarpusavyje, su pacientais, skyrių vadovais, darbuotojais, kitomis suinteresuotomis šalimis bei patys laikosi deklaruojamų principų. Mažiau reikšmingomis laikytinos jų darbais nepagrįstos kalbos.

¹⁵⁵ Bendrasis vertinimo modelis“. Vilnius: Lietuvos viešojo administravimo institutas; 2007.

http://www.livadis.lt/livadis/user_dir/File/2007/BVM/BVM_2006_VIDUS_n.pdf [žiūrėta 2012 -10-03].

1 veiksnio vertinimo sritį apibrėžia 4 klausimai, įvertinti balais:

1.1. Ar vadovybė nurodo veiklos kryptį, kurdama viziją, misiją ir vertybes (25 balai)?

1.2. Ar vadovybė kuria ir įgyvendina ligoninės veiklos ir pokyčių vadybos sistemą (25 balai)?

1.3. Ar vadovybė motyvuoja darbuotojus, teikia jiems pagalbą ir rodo pavyzdį (25 balai)?

1.4. Ar vadovybė bendradarbiauja su kitomis suinteresuotomis šalimis, siekdama atsakomybės pasidalijimo (25 balai)?

Vertinimo rezultatų interpretacijai pateikiami konkretūs papildomi klausimai. Aiškinamasi, ar nustatyta ligoninės kokybės politika ir strateginiai tikslai? Ar nustatyti padalinių kokybės tikslai? Ar vadovybė vykdo periodinį vertinimą? Ar skiriami reikiami ištekliai, įranga bei techninės priemonės? Ar organizuojami darbuotojų susirinkimai? Kokiomis priemonėmis teikiama informacija darbuotojams apie pokyčius? Ar darbuotojai dalyvauja rengiant dokumentus? Ar teikia siūlymus apklausų metu? Ar atsižvelgiama į darbuotojų kūrybiškumą, jų nuomonę, bendravimą ir bendradarbiavimą, pacientų ir darbuotojų saugos taisykles bei rekomendacijas? Ar kuriant darbo aplinką atsižvelgiama į šildymą, apšvietimą, triukšmą, švarą?

2 veiksnys. Politika ir strateginis planavimas. Galima vertė – 80 balų. Vertinama, kaip ligoninėje derinamos vertybės ir kokybės tikslai su bendraisiais planavimo ir strategijų rengimo veiksmais. 2 veiksnio vertinimo sritį apibrėžia 1 pagrindinis klausimas: Ar renkama informacija apie esamus ir būsimus suinteresuotųjų šalių poreikius (vertė 80 balų)? Vertinant prioritetai teikiami aiškinimuisi, ar ligoninės veiklos planavimas dera su asmens sveikatos priežiūrai keliamais reikalavimais, ar žinomi pacientų poreikiai ir lūkesčiai.

3 veiksnys. Žmonės. Galima vertė – 90 balų. Vertinama žmogiškųjų išteklių vadyba ir priemonės, kuriomis ligoninė skatina darbuotojus dalyvauti gerinimo veikloje. Prašoma atsakyti į šiuos 3 esminius klausimus:

3.1. Ar vadovybė planuoja, valdo ir tobulina žmogiškuosius išteklius, atsižvelgdama į strategiją ir planavimą (30 balų)?

3.2. Ar vadovybė nustato, plėtoja ir panaudoja darbuotojų kompetenciją, sieja ją su individualiais ir ligoninės tikslais (30 balų)?

3.3. Ar vadovybė įtraukia darbuotojus į atvirą dialogą ir įgalina juos veikti (30 balų)?

Papildomų klausimų pagalba aiškinamasi, kaip parenkami darbuotojai, kaip tobulinami jų gebėjimai, kad būtų pasiekti užsibrėžti ligoninės tikslai, o darbuotojai gebėtų reaguoti į pokyčius ir gerai jaustųsi. Klausama, kaip ligoninės kokybės tikslai ir padalinių kokybės uždaviniai derinami su darbuotojų siekiais, ar vertinamas darbuotojų mokymasis, ar jiems suteikiama vis daugiau įgaliojimų, ar darbuotojai įtraukiami į nuolatinį ligoninės veiklos gerinimą.

4 veiksnys. Partnerystė ir ištekliai. Galima vertė – 90 balų. Vertinama, kaip ligoninės finansai, infrastruktūra, darbo aplinka ir sveikata, informacija, tiekėjai ir partneriai pasitelkiami įgyvendinti bendruosius ligoninės strateginius tikslus. Klausimai formuluojami taip:

4.1. Ar plėtojama ir įgyvendinama partnerystė su pacientais ir klientais (22,5 balo)?

4.2. Ar vadovybė valdo finansus (22,5 balo)?

4.3. Ar vadovybė valdo technologijas (22,5 balo)?

4.4. Ar vadovybė valdo ligoninės pastatus (22,5 balo)?

Šiuos klausimus papildantieji klausimai skirti išsiaiškinti, ar pagrindiniai ištekliai naudojami taip, kad būtų užtikrintas nuolatinis gerinimas.

5 veiksnys. Procesų ir pokyčių valdymas. Galima vertė – 140 balų. Vertinama, ar darbuotojai žino ir geba tenkinti teisėtas pacientų reikmes ir lūkesčius. Vertinimo sritį apibrėžia šie klausimai:

5.1. Ar ligoninėje vyksta nuolatinis procesų gerinimas (70 balų)?

5.2. Ar ligoninėje nustatyti valdomi ir gerinami procesai (70 balų)?

Papildomų klausimų pagalba aiškinamasi, ar per tam tikrą laikotarpį gerėjo SPP kokybė, ar ligoninėje reglamentuotas inovacijų ir paslaugų teikimo valdymas.

6 veiksnys. Darbuotojų reikmių tenkinimas. Galima vertė – 90 balų. Vertinamas bendrasis ligoninės darbuotojų reikmių tenkinimo lygis. Pagrindinė mintis – ligoninė sėkmingai gyvuoja tik tada, kai turi motyvuotą ir lojalų darbuotojų kolektyvą. Klausimas:

6.1. Ar sukurta ir įteisinta motyvacijos sistema, pagrįsta darbuotojų rezultatų vertinimu (90 balų)?

Aiškinamasi, ar ligoninėje žinomos darbuotojų reikmės, ar viešinami darbuotojų apklausų rezultatai, ar į juos reaguojama, ar šie rezultatai gretinami su lygiareikšmiais kitose ligoninėse. Ar nustatyti darbuotojų reikmių tenkinimo vertinimo veiksniai (pasitenkinimas darbu, darbo užmokesčio didėjimas, kitos motyvacijos priemonės).

7 veiksnys. Pacientų reikmių tenkinimas. Galima vertė – 200 balų.

Vertinama, kaip ligoninė užtikrina SPP teikimą pagal galiojančius įstatymų ir kitų teisės aktų reikalavimus; pacientų sveikatos priežiūros reikmių tenkinimas; į pacientus orientuota veikla. Pagrindiniai klausimai:

7.1. Ar ligoninėje nustatyti reikalavimai, užtikrinantys, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos pagal galiojančius įstatymų ir kitų teisės aktų reikalavimus (100 balų)?

7.2. Ar rengiamos pacientų apklausos, siekiant išsiaiškinti jų reikmes ir lūkesčius (100 balų)?

8 veiksnys. Ligoninės nauda ir atsakomybė visuomenei. Galima vertė – 60 balų. Vertinamas visuomenės požiūris į ligoninę bei ligoninės veikla per pastaruosius trejus metus. Aiškinamasi, ar

palanki visuomenės nuostata į ligoninę. Esminis klausimas, aprėpiantis SPP kokybės vertinimą trejų metų laikotarpiu:

8.1. Ar ligoninės veiklai būdingos teigiamos tendencijos (60 balų)?

9 veiksnys. Pagrindinės veiklos rezultatai. Galima vertė – 150 balų. Vertinami pagrindiniai ligoninės veiklos rezultatai, suprantami kaip planuotų tikslų pasiekimo rodikliai ir finansinės veiklos rezultatai. Klausama:

9.1. Ar ligoninės veiklos rodikliai sugretinami su analogiškos veiklos ligoninių rodikliais (150 balų)?

Šio klausimo papildomieji klausimai aprėpia SPP kokybės, darbo organizavimo, vadovų veiklos rodiklių sugretinimą bei darbuotojų pasitenkinimą darbu ligoninėje.

Skalių vidinio suderinamumo (*Cronbach α*) rodikliai apskaičiuoti naudojantis SPSS statistikos programų paketu. Remtasi S. Hedden (1997) skalių vidinio patikimumo įvertinimo rekomendacijomis¹⁵⁶, kai laikoma, jog skalė yra patikima, jei jos *Cronbach α* reikšmė didesnė nei 0,5. Šiame tyrime visų skalių *Cronbach α* reikšmės šį reikalavimą tenkino, todėl yra tinkamos lyginti rezultatus. Teiginių vidinio suderinamumo rodikliai skaičiuoti naudojant patikimą vertinimo skalę (*Cronbach α = 0,976, n=211*).

Darbuotojų nuomonės vertinimas atliktas orientuojantis į Bendrojo vertinimo modelio sėkmės veiksnius ir metodiką. „Gauti norimi rezultatai“ prilyginti 100 %; „padaryta didelė pažanga“ – 67 %; „padaryta pažanga“ – 33 %; „dar nepradėta“ – 0 %. Paprastumo dėlei „gauti norimi rezultatai“ buvo laikomi labai palankiu vertinimu; „didelė pažanga“ ir „pažanga“ sumuojami ir laikomi „palankiu“ vertinimu; „dar nepradėta“ reiškė nepalankų respondentų vertinimą. Rezultatai, išreikšti balais bei procentiniais dydžiais, pateikiami pagal RADAR (angl. Results, Approach, Deployment, Assessment and Review)¹⁵⁷ logiką.

Duomenų kodavimas:

4 – *gauti norimi rezultatai* (nepriekaištinga veikla arba rezultatai, pavyzdinis sprendimas arba rezultatas; sunkiai įsivaizduojama, kad galimas reikšmingas pagerinimas);

3 – *padaryta didelė pažanga* (aiškūs įrodymai, kad vienu ar kitu aspektu reikalai iš esmės sutvarkyti; įdiegta reguliarioji ir rutininė kontrolė; jaučiama, kad ne visiškai išnaudojamas padalinių ar pavienių darbuotojų potencialas);

2 – *padaryta pažanga* (yra požymių, kad tikrai kažkas vyksta; įvyko pavieniai, nors ir atsitiktiniai tikrinimai, prisidedantys prie gerinimo; yra atvejų, kai pasiekta teigiamų rezultatų);

1 – *dar nepradėta* (sklando tik pavienės geros idėjos).

¹⁵⁶ Hedden S. Characteristics of a Good Evaluative Instrument: Reliability. 1997.

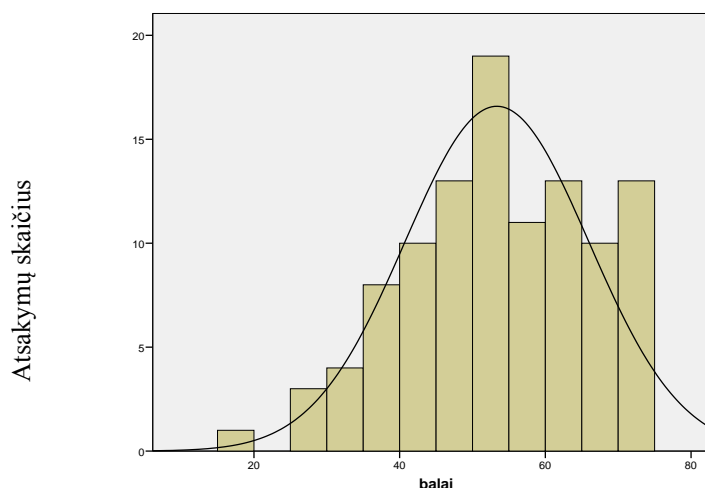
¹⁵⁷ **R** - pasiekti rezultatai (naujovės ir mokymasis); **ADAR** - priemonės, įgyvendinimas, vertinimas ir apžvalga.

Atsakymai: *gauti norimi rezultatai, padaryta didelė pažanga, padaryta pažanga* buvo sumuojami ir laikomi palankiu ligoninės veiklos vertinimu, o atsakymai *dar nepradėta* – neigiamu vadovų veiklos rodikliu. Duomenų analizė atlikta naudojantis statistine SPSS programa.

2.2.2. Veiklos galimybių vertinimas

Veiklos galimybių vertinimą parodo 211 respondentų atsakymai į klausimus, suformuluotus atsižvelgiant į vadybos brandos savivertinimo skalės (3 priedas) I dalies „Galimybių vertinimas“ pirmuosius penkis bendrojo vertinimo modelio veiksnius: 1) vadovų veikla, 2) politika ir strateginis planavimas, 3) žmonių išteklių, 4) partnerystė ir išteklių, 5) procesų ir pokyčių valdymas.

Vadovų veiklą iš 211 (100 %) respondentų įvertino 105 (49,8 %). Į šio veiksnio klausimus 106 (50,2 %) respondentai neturėjo nuomonės arba nepanoro atsakyti. Apklauso duomenys parodė, kad iš 39 klausimų, skirtų vadovų veiklai apibūdinti, kai atskirų klausimų vertinimo diapazonas 0 – 15 balų (3 priedas), aukščiausias vertinimo balas buvo 75, mažiausias – 19. Vidurkis – 53 balai iš 100 galimų. Respondentų nuomone, ligoninės vadovai nurodo veiklos kryptį, nes yra nustatyta kokybės politika ir strateginiai tikslai 125 (59,2 %), žinomi padalinių kokybės tikslai 151 (71,6 %), skiriami reikiami išteklių, įranga bei techninės priemonės 132 (62,6 %), tačiau neperiodiškai vykdomas vadovybinis vertinimas 72 (34,1 %). Vadovų veiklos bendrasis vertinimas parodytas 16 pav.



16 pav. Vadovų veiklos bendrasis vertinimas, balais

Politiką ir strateginį planavimą įvertino 200 (94,8 %) respondentų. Neatsakė 11 (5,2 %). Palankiai vertino 198 (93,8 %) respondentai, nepalankiai – 2 (0,9 %). Bendrasis vertinimas 80 balų iš 80 galimų. Toks vertinimas yra labai aukštas ir prilygsta siekiamajam.

Žmonių išteklių vadybos kokybę įvertino 80 (37,9 %) respondentų. Nepanoro atsakyti 131 (62,1 %). Bendrasis vertinimo balas – 81 iš 90 galimų, t.y. 90,0 % nuo siekiamojo balo.

Partnerystės ir išteklių vadybos kokybę įvertino 201 (95,3 %) respondentų. Neatsakė 10 (4,7 %). Bendrasis vertinimo balas – 31 iš 90 galimų. Tai sudaro 34,4 proc. siekiamojo balo.

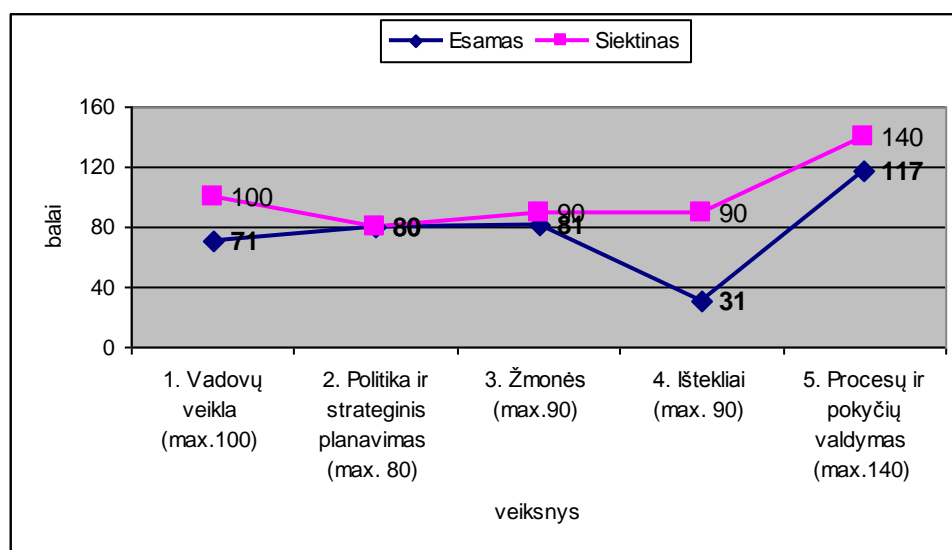
Procesų ir pokyčių vadybą gebėjo įvertinti 194 (91,9 %) respondentų. Tik 17 (8,1 %) nežinojo, ką atsakyti. Gautas 117 balų bendrasis vertinimas iš 140 galimų. Tai sudaro 83,6 % nuo siekiamojo balo. Veiklos galimybių sudarymo (1-5 veiksnys) tyrimo rezultatai parodyti 9 lentelėje.

9 lentelė. Veiklos galimybių sudarymo tyrimo rezultatai (n=211)

Veiksny (1-5 veiksniai, galimybių vertinimas)	Atsakė		Neatsakė		Vertinimas balais		Proc.
	n	proc.	n	proc.	galimas	esamas	
1. Vadovų veikla ir elgsena	105	49,8	106	50,2	100	71	71,0
2. Politika ir strateginis planavimas	200	94,8	11	5,2	80	80	100,0
3. Žmonių ištekliai	80	37,9	131	62,1	90	81	90,0
4. Partnerystė ir ištekliai	201	95,3	10	4,7	90	31	34,4
5. Procesų ir pokyčių valdymas	194	91,9	17	8,1	140	117	83,6
Veiklos galimybių vertinimas					500	380	76,0

Sudėję penkių veiksmų vertinimą balais nustatėme, kad veiklos galimybių sudarymą ligoninės darbuotojai įvertino 380 balų iš 500 galimų (9 lentelė). Šis skaičius sudaro 76,0 proc. nuo siekiamojo balo.

Veiklos galimybių vertinimą iliustruoja 17 pav., kuriame akivaizdu, jog kuriant paslaugų kokybę ir jos gerinimą užtikrinančią sistemą, prioritetinga ligoninės vadybos sritis yra politika ir strateginis planavimas. Respondentų vertinimas (80 balų) sutampa su siektinu pagal BVM (80 balų).



17 pav. Veiklos galimybių vertinimas, balais

Toks vertinimas yra gerokai didesnis, negu buvo tikimasi, kadangi ligoninei labai trūksta išteklių (31 balas iš 90 galimų), reikalingų plėtrai ir paslaugų kokybei užtikrinti, pacientų reikmių tenkinimui, esamųjų išlaikymui ir naujų pritraukimui. Kitų veiksnių palankus vertinimas: vadovų veikla (71 balas iš 100 galimų), žmogiškieji ištekliai (81 balas iš 90 galimų), procesų ir pokyčių valdymas (117 balų iš 140 galimų) rodo, kad ligoninėje yra sistema, kurios reikalavimų vykdymas užtikrina, jog veikla vykdoma valdomomis sąlygomis.

2.2.3. Veiklos rezultatų vertinimas

Respondentų nuomonė apie pasiektus pagrindinius ligoninės veiklos rezultatus išaiškinta analizuojant 211 respondentų atsakymus į vadybos brandos savivertinimo skalės (3 priedas) II dalį „Rezultatų vertinimas“, kurioje klausimai suformuluoti atsižvelgiant į likusius 4 bendrojo vertinimo modelio veiksnius: 6) darbuotojų reikmių tenkinimas, 7) pacientų reikmių tenkinimas, 8) ligoninės nauda ir atsakomybė visuomenei, 9) pagrindinės veiklos rezultatai.

Darbuotojų reikmių tenkinimo vadybą įvertino 109 (51,7 %) respondentai. Negalėjo atsakyti 102 (48,3 %). Vertinimas – 48 balai iš 90 galimų sudaro 53,3 proc. siekiamojo balo.

Pacientų reikmių tenkinimo vadybą įvertino 182 (86,3 %), neatsakė 29 (13,7 %) respondentai. Gautas 60 balų bendrasis vertinimas, kuris sutampa su siekiamuoju balu.

Labai palankiai darbuotojai vertino *ligoninės naudą ir atsakomybę visuomenei*. Atsakymų skaičius 109 (99,1 %), neatsakė 2 (0,9 %). Vertinimas 60 balų iš 60 galimų,

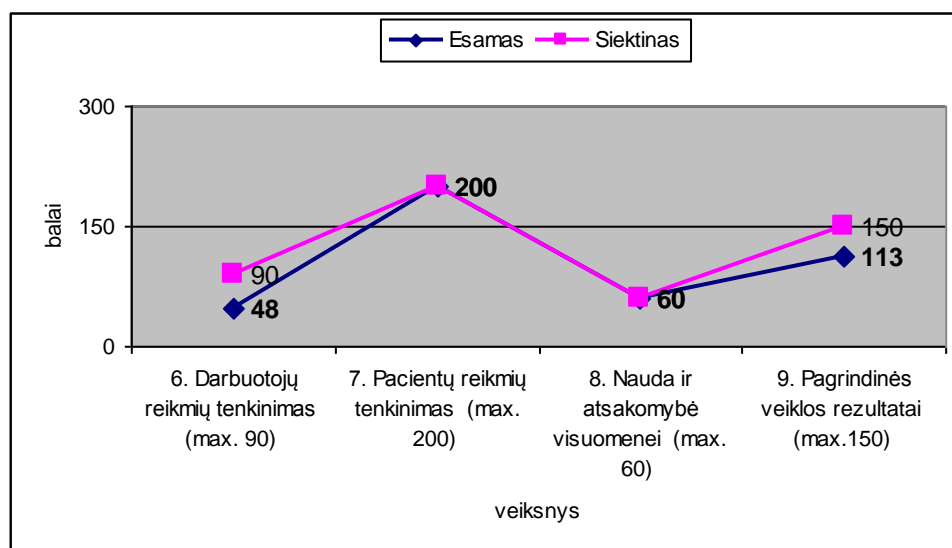
Pagrindinės veiklos rezultatus įvertino 198 (93,8 %), neatsakė 13 (6,2 %) respondentų. Vertinimas siekė 113 balų iš 150 galimų, kas sudaro 75,3 proc. nuo siekiamojo balo. Rezultatų vertinimas apibendrintas 10 lentelėje.

10 lentelė. Veiklos rezultatų vertinimas

Veiksnys (6-9 veiksniai, rezultatų vertinimas)	Atsakė		Neatsakė		Vertinimas balais		Proc.
	n	proc.	n	proc.	galimas	esamas	
6. Darbuotojų reikmių tenkinimas	109	51,7	102	48,3	90	48	53,3
7. Pacientų reikmių tenkinimas	182	86,3	29	13,7	200	200	100,0
8. Ligoninės nauda ir atsakomybė visuomenei	209	99,1	2	0,9	60	60	100,0
9. Pagrindinės veiklos rezultatai	198	93,8	13	6,2	150	113	75,3
Veiklos rezultatų vertinimas					500	421	84,2

Respondentų nuomonę apie pasiektus rezultatus iliustruoja 18 pav. Pacientų poreikiai ir lūkesčiai ligoninėje tenkinami (200 balų iš 200 galimų); ligoninė naudinga visuomenei (60 balų iš 60 galimų).

Daugumos (99,2 %) darbuotojų nuomone, pacientai patenkinti ligoninėje teikiamų SPP kokybe, ir tik 0,9 proc. darbuotojų mano priešingai. Šiek tiek blogiau vertinamas darbuotojų reikmių tenkinimas (48 balai iš 90 galimų) ir pagrindinės veiklos rezultatai (113 balų iš 150 galimų).



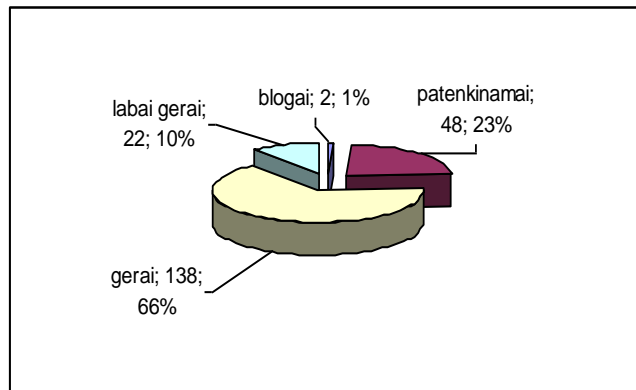
18 pav. Veiklos rezultatų vertinimas, balais

Apibendrinami tyrimo rezultatus darome išvadą, kad ligoninės silpnybė yra išteklių stygius (31 balas iš 90 galimų), su kuriuo siejamos neigiamos pasekmės: per dideli darbuotojų krūviai (82,5 %), nepakankamas darbo užmokestis (54,0 %), todėl 62,1 proc. darbuotojų „neturi laiko pabendrauti su pacientais“, 11,4 proc. „nežino pacientų keliamų reikalavimų“, 42,2 proc. „nežino, ar ligoninėje įdiegta kokybės sistema“ ir pan.

Stiprybės yra kokybės politika ir strateginis planavimas (80 balų iš 80 galimų), turintis tiesioginės įtakos bene svarbiausiems veiklos rezultatams: ligoninės nauda ir atsakomybė visuomenei (60 iš 60 galimų) ir pacientų reikmių tenkinimas (200 balų iš 200 galimų), siejamas su palankiu darbuotojų SPP kokybės vertinimu.

2.2.4. Profesionalų paslaugų kokybės vertinimas

Darbuotojų nuomone, SPP kokybė per pastaruosius 4 metus pagerėjo 145 (68,7 %), liko tokia pat 42 (19,9 %), pablogėjo, neturiu nuomonės 22 (10,4 %). Neatsakė 2 (0,9 %) respondentai. Teikiamų SPP kokybę labai gerai įvertino 22 (10,4 %), gerai 138 (65,4 %), patenkinamai 48 (22,7 %) ir blogai – 2 (0,9 %) respondentai. Neatsakė 1 (0,5 %). Susumavę patenkinamą, gerą ir labai gerą vertinimą, galime daryti išvadą, kad profesionalų paslaugų kokybę palankiai vertina 98,5 proc. (208 atv.) respondentų. SPP kokybės vertinimas darbuotojų nuomone parodytas 19 pav.

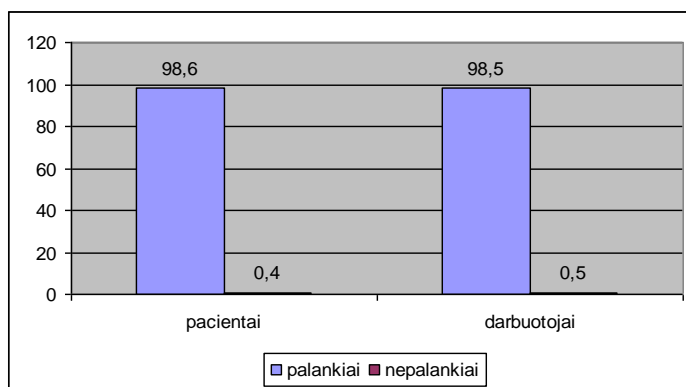


19 pav. Darbuotojų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę

Nors respondentų nuomonė apie SPP kokybę palanki, tokiam vertinimui prieštarauja kai kurie jų atsakymai, pvz., į klausimą, „ko ligoninei labiausiai trūksta, kad darbuotojas galėtų labai gerai atlikti savo tiesioginį darbą“, 84 proc. respondentų nurodė per mažą darbo užmokestį, 82,5 proc. – „per didelis darbo krūvis“, 62,1 proc. – „neužtenka laiko pabendrauti su pacientais“, 39,3 proc. – „ne visada suteikia reikiamą informaciją pacientams“. Kad ligoninei nieko netrūksta, nurodė tik 11 proc. apklaustųjų. Tyrimo atžvilgiu tai reikšmingi požymiai, reikalingi atskiro nagrinėjimo ir apibendrinimo.

3. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Interpretuodami tyrimo rezultatus pastebime, jog SPP kokybė Tauragės ligoninėje per pastaruosius ketverius metus pagerėjo (68,7 % respondentų). Pacientų ir medicinos profesionalų bei kitų darbuotojų požiūris į teikiamą SPP kokybę yra nevienodas, tačiau vertinimas iš esmės yra kone visiškai toks pat: palankiai SPP kokybę įvertino 98,7 proc. pacientų ir 98,5 proc. darbuotojų (20 pav.).



20 pav. Suteiktų SPP vertinimo palyginimas (pacientai ir darbuotojai, proc.)

Pacientų apklausos rezultatai parodė, jog dažnai pacientai neturi pakankamai žinių įvertinti profesinę gydytojų ir slaugytojų kompetenciją ar suteiktų procedūrų veiksmingumą, todėl formuojasi subjektyviąją nuomonę apie SPP kokybę, kurią suvokia kaip personalo dėmesį, švarą ir tvarką ligoninėje, skanų maistą, reikalingos informacijos gavimą, galimybę dalyvauti gydyme ir sprendimų priėmimo. Vertindami SPP kokybę, pacientai jautriai reaguoja į gydančiojo gydytojo ir medicinos darbuotojų komandos atjautą ligoniui ir pagarbą jam, gydytojo ir paciento bendravimą, gerus tarpusavio santykius, abipusį pasitikėjimą. Šių lūkesčių tenkinimas lėmė pacientų vidinį emocinį atsaką – SPP kokybės vertinimas nesumažėjo dėl to, kad daugiau kaip trečdalis pacientų (32,7 proc.) kentėjo skausmą (5 lentelė), o kone pusė jų (39 proc.) patyrė papildomų gydymo išlaidų (8 lentelė), kas dešimtas išvykstantysis negavo informacijos, kur kreiptis dėl savo sveikatos būklės ar gydymo (7 lentelė). Į šiuos nepakankamos SPP kokybės požymius pacientai visiškai nekreipė dėmesio. Ligoninėje pacientams buvo jauku, ramu, švaru, elgiamasi pagarbiai ir rūpestingai, klausiami jų nuomonės dėl gydymo, todėl vertinimas labai palankus, nepriklausomai nuo nevisavertės suteiktų SPP kokybės ir paciento sveikatos būklės pokyčių išvykimo metu.

Darbuotojai, remdamiesi savo žiniomis, supratimu bei darbo ligoninėje patirtimi, vertino visą pagrindinį SPP teikimo procesą ir jo vadybos kokybę pagal kiekvieną Bendrojo vertinimo modelio veiksnį. Ligoninėje sudarytas galimybes veiklai ir pasiektus rezultatus jie kuo tiksliau vertino balais (savivertinimo skalė 3 priede) ir glaustai užrašė pastabas, kurios pagrįstų už stipriąsias ir tobulintinas

sritis jų skiriamus balus. Darbuotojų savivertinimo pagal 9 BVM veiksnius rezultatai, pateikiami 11 lentelėje.

11 lentelė. Darbuotojų savivertinimo suvestinė

Vertinimo veiksnys	Atsakė		Neatsakė		Vertinimas balais		Proc.
	n	proc.	n	proc.	galimas	esamas	
1. Vadovų veikla ir elgsena	105	49,8	106	50,2	100	71	71,0
2. Politika ir strateginis planavimas	200	94,8	11	5,2	80	80	100,0
3. Žmonės	80	37,9	131	62,1	90	81	90,0
4. Partnerystė ir ištekliai	201	95,3	10	4,7	90	31	34,4
5. Procesų ir pokyčių valdymas	194	91,9	17	8,1	140	117	83,6
6. Darbuotojų reikmių tenkinimas	109	51,7	102	48,3	90	48	53,3
7. Pacientų reikmių tenkinimas	182	86,3	29	13,7	200	200	100,0
8. Ligoninės nauda ir atsakomybė visuomenei	209	99,1	2	0,9	60	60	100,0
9. Pagrindinės veiklos rezultatai	198	93,8	13	6,2	150	113	75,3
Bendrasis vertinimas					1000	801	80,1

Gautas vertinimas pagal visoje Europoje pripažintus kriterijus parodė, jog ligoninė valdo visus devynis veiksnius, nes surinko 801 balą iš 1000 galimų (80,1 %). Tai labai aukštas vertinimas, rodantis, kad pasiekti išskirtiniai, „puikūs rezultatai, aukštesni už užsibrėžtus siekinius“¹⁵⁸, arba pasiektas 4 vadybos brandos lygmuo iš 5, nes ligoninėje „yra rezultatyvi ir efektyvi kokybės vadybos sistema, kurios procesai yra gerai susiję tarpusavyje ir kuri skatina gyvybingumą ir gerinimą. Procesai yra nukreipti į nustatytų suinteresuotųjų šalių poreikius“.¹⁵⁹

Darbuotojų savivertinimo rezultatus palyginę su Nacionalinio kokybės prizo sąlygomis^{160,161}, nustatėme, kad šiuo prizu apdovanojamos organizacijos, kurios, įgyvendindamos visuotinę kokybės vadybą, pasiekė reikšmingų verslo rezultatų ir konkurse surinko daugiausia, bet ne mažiau, kaip 300 balų. Ligoninės darbuotojų surinktas balų skaičius kone tris kartus didesnis. Yra žinoma, kad labai gerų Europos Sąjungos organizacijų savivertinimas siekia 50 proc., o pasaulinio lygio organizacijose gali siekti 75 procentus.

¹⁵⁸ Bendrasis vertinimo modelis“. Vilnius: Lietuvos viešojo administravimo institutas; 2007.

http://www.livadis.lt/livadis/user_dir/File/2007/BVM/BVM_2006 VIDUS_n.pdf [žiūrėta 2012 -10-03].

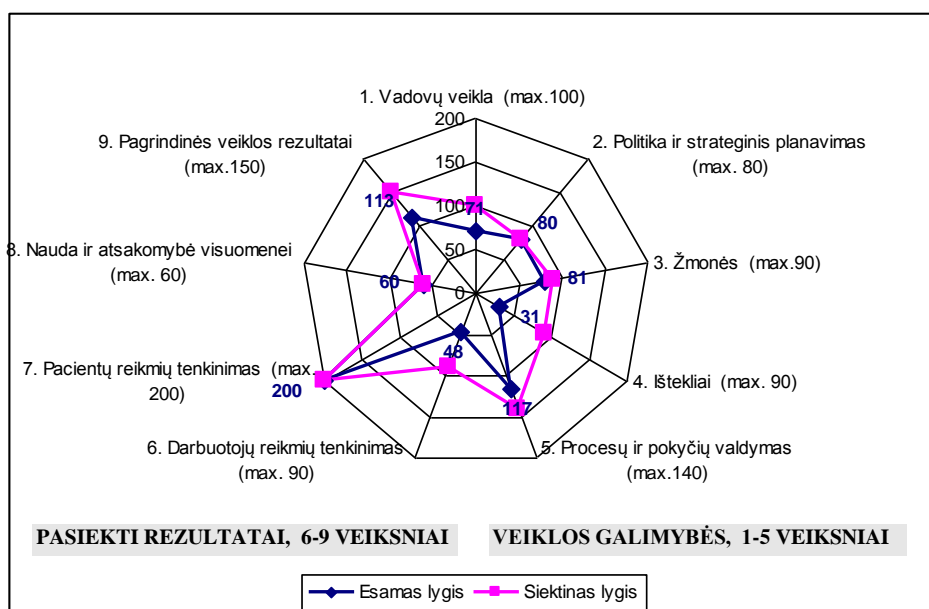
¹⁵⁹ LST EN ISO 9004:2010/P:2010 en. „Organizacijos, siekiančios ilgalaikės sėkmės, vadyba. Kokybės vadybos požiūris (ISO 9004:2009)“. V.: Lietuvos statistikos departamentas, 2010; p. 47.

¹⁶⁰ Nacionalinio kokybės prizo konkurso nuostatai“, patvirtinti Lietuvos Respublikos ūkio ministerijos 1998 m. vasario 5 d. įsakymu Nr. 52 „Dėl nacionalinio kokybės prizo įsteigimo“ (Žin., 1998, Nr. 15-356; 2003, Nr. 5-225).

¹⁶¹ Lietuvos Respublikos ūkio ministro 1998 m. vasario 5 d. įsakymas Nr. 52. Dėl nacionalinio kokybės prizo įsteigimo . 1998. Vilnius, Valstybės žinios, 1998, Nr. 15-356; 2003, Nr. 5-225.

Įvertinę parametrų reikšmes, nustatėme ligoninės stiprybes bei silpnybes organizacinių perspektyvų atžvilgiu. Orientuojantis į galimą didžiausią respondentų vertinimą balais, stipriausios ligoninės veiklos sritys (17 pav.) yra politika ir strateginis planavimas (80 balų iš 80 galimų), vadovų veikla (71 iš 100 galimų), lėmusi veiklos rezultatus (18 pav.): pacientų reikmių tenkinimas (200 balų iš 200 galimų) ir ligoninės nauda ir atsakomybė visuomenei (60 balų iš 60 galimų). Šių veiksmių vertinimo lygmuo sutampa su siektinu. Silpnybės arba pagrindinės tobulintinos sritys – partnerystės ir išteklių valdymas (31 balas iš 90 galimų) bei darbuotojų reikmių tenkinimas (48 balai iš 90 galimų).

Matuodama kokybę, ligoninė apibrėžė faktinės kokybės ir idealiosios kokybės sampratą¹⁶². Faktinės ir idealiosios kokybės lygio skirtumas ligoninėje parodytas RADAR grafike (21 pav.). Akivaizdu, jog politikos ir strateginio planavimo, pacientų reikmių tenkinimo, ligoninės naudos ir atsakomybės visuomenei vertinimas visiškai atitinka idealiosios kokybės sampratą arba aukščiausią vertinimą balais. Tai labai aukštas vertinimas, įrodantis, kad ligoninėje įdiegta ir prižiūrima procesais pagrįsta kokybės vadybos sistema ir pasiektas nuolatinio gerinimo etapas.



21 pav. Veiklos galimybių sudarymo ir rezultatų vertinimas (balais)

Yra duomenų apie kokybės tikslų atitiktį ir kokybės vadybos sistemos gerinimo tendencijų buvimą. LST EN ISO 9004:2010/P:2010 en. išaiškinimu, tai „švietimo etapas, kai vadovybė kokybės vadybos principų mokosi dalyvaudami kokybės užtikrinimo gerinimo programoje“¹⁶³. Gerėja ligoninės įvaizdis, stiprėja vadovybės atstovo kokybei įtaka kokybės valdymui. Taikomi korekciniai veiksmai.

¹⁶² Serafinas, D. „Kokybės vadybos teorijos praktinis taikymas“. Mokomoji knyga. *Vilniaus universitetas*, 2011, p. 88.

¹⁶³ LST EN ISO 9004:2010/P:2010 en. „Organizacijos, siekiančios ilgalaikės sėkmės, vadyba. Kokybės vadybos požiūris (ISO 9004:2009)“. V.: *Lietuvos statistikos departamentas*, 2010.

Problemos neslepamos, o organizuojamas jų komandinis sprendimas. Kuriama ir diegiama ilgalaikio nuolatinio gerinimo programa. Kokybės gerinimo klausimai aptariami su vadovais ir sprendžiami.

Tuo pačiu principu išnagrinėję respondentų grupių vertinimą, gavome dar tikslesnius rezultatus. Pavyzdžiui, labai palankiai vadovų veiklą vertino 55-60 m. darbuotojai, visi gydytojai ir administracija, tačiau 0,9 proc. slaugytojų (2 atv. iš 145), pateikusių nepalankų šios veiklos vertinimą, ženkliai sumažino bendrojo vadovų veiklos vertinimo rezultatus. Toks vertinimas parodo, kad būtina išsiaiškinti dviejų slaugytojų nepasitenkinimo vadovų veikla priežastis, kol jos nesukėlė slaugos proceso kokybės problemų.

Darbuotojų nuomonės tyrimo pagal Bendrojo vertinimo modelį rezultatų interpretacija įgalino nustatyti ligoninės silpnybes veiklos perspektyvų atžvilgiu. Pavyzdžiui pateiksime tyrimo prasme reikšmingą nepalankų respondentų (n = 211) vertinimą (mažėjančia eile), kuriame išryškėja nuolatinio gerinimo reikalingos ligoninės veiklos sritys:

- 174 (82,5 %) nurodė per didelį darbo krūvį (3.1.1);
- 131 (62,1 %) – neužtenka laiko pabendrauti su pacientais (4.1.1-4.1.3);
- 114 (54,0 %) – nepatenkinti darbo užmokesčiu (4.2.1-4.2.3);
- 112 (53,1 %) – darbuotojai neįtraukiami į dokumentų rengimą (1.2.12);
- 107 (50,7 %) – vadovai neatsižvelgė į darbuotojų kūrybiškumą (1.3.2);
- 96 (45,5 %) – darbuotojai neturėjo galimybės teikti siūlymų apklausų metu (1.2.14);
- 95 (45,0 %) – vadovai neatsižvelgė į darbuotojų nuomonę (1.3.4);
- 89 (42,2 %) – nežino, ar verta ligoninėje diegti kokybės vadybos sistemą (5.2.1);
- 83 (39,3 %) – ne visada suteikia reikiamą informaciją pacientams (4.1.4-4.1.6);
- 72 (34,1 %) – vadovybė neatlieka periodinio vertinimo (1.5.3);
- 68 (32,2 %) – skyriuje nepakanka slaugytojų (3.1.6);
- 58 (27,5 %) – vadovai neatsižvelgė į tarpusavio bendradarbiavimą (1.3.8);
- 56 (26,5 %) – negavo jokio paskatinimo (6.1.5);
- 42 (19,8 %) – nežino, ar nustatyti padalinio kokybės tikslai (1.1.3);
- 38 (18,0 %) – vadovai neatsižvelgė į darbuotojams skiriamas darbo priemones (1.3.11);
- 37 (17,5 %) – skyriuje nepakanka gydytojų (3.1.3);
- 35 (16,6 %) – tik iš dalies žino pacientų teises (7.1);
- 35 (16,6 %) – vadovybė neskiria reikiamų išteklių (1.1.7);
- 30 (14,2 %) – darbuotojams nepakanka informacijos apie pokyčių vadybą (1.2.4);
- 29 (13,7 %) – nepaiso kokybės vadybos sistemos dokumentų reikalavimų (5.2.4-5.2.6);
- 24 (11,4 %) – nežino pacientų keliamų reikalavimų (2.1.1);
- 21 (10,0 %) – vadovai neatsižvelgė į darbuotojų bei pacientų saugos rekomendacijas (1.3.5);
- 17 (8,1 %) – vadovai neatsižvelgė į saugos priemonių naudojimą (1.3.6);

16 (7,6 %) – neturi galimybės kelti kvalifikacijos (3.2.1);

12 (5,7 %) – tik iš dalies žino savo pareigų instrukcijas (3.3.1);

4 (1,9 %) – nepatenkinti darbu ligoninėje (9.1.7-9.1.9).

Darbuotojų nuomonės apie SPP kokybę tyrimas, aprėpiantis vadybos brandos lygmens tyrimą, padėjo nustatyti veiklos gerinimo kryptys, suteikė pagrindą tinkamai investuoti išteklius, numatyti paslaugų kokybės gerinimo būdus ir priemones. Išanalizavę nepalankaus respondentų vertinimo priežastis, galime daryti išvadą, kad darbo hipotezė, jog paslaugų kokybės problemos ligoninėje formuojasi dėl netinkamos kokybės vadybos sistemos būklės, pasitvirtino. Ligoninėje veikia dokumentais įforminta kokybės vadybos sistema, liudijanti apie nuolatinį paslaugų kokybės siekį (kokybės politikos pareiškimas), tačiau respondentų nuomone pagrįstoje informacijoje akivaizdūs vadybos kokybės gerinimo prioritetai, reikalingi skubaus arba laipsniško sprendimo. Remiantis tyrimo rezultatais, pirmiausia būtina koreguoti kokybės politiką, nurodant išteklių (žmonių ir materialiujų) siekį ir vadybos gerinimą (82,5 proc. darbuotojų per didelis darbo krūvis, 54,0 proc. nepatenkinti darbo užmokesčiu, 16,6 proc. vadovybė neskiria reikiamų išteklių, ne visada skyriuose dirba pakankamai gydytojų ir slaugytojų, kt.), reglamentuoti keitimosi informacija tarp vadovybės ir padalinių (kad būtų tinkamas ir pakankamas grįžtamasis ryšys) būdus (53,1 proc. darbuotojų neįtraukti į kokybės vadybos dokumentų rengimą, todėl kone pusė apklaustųjų (42,2 proc.) vis dar nežino, ar verta ligoninėje diegti kokybės vadybos sistemą, kt.), įdiegti darbuotojų motyvacijos priemonių sistemą, susietą su kokybės pasiekimais, vykdyti veiklos rezultatų stebėseną.

Korekcinių veiksmų reikalingas sritis apibūdina šie darbuotojų atsakymai:

- ◆ 53,1 proc. darbuotojų neįtraukti į kokybės vadybos dokumentų rengimą;
- ◆ 42,2 proc. apklaustųjų nežino, ar verta ligoninėje diegti kokybės vadybos sistemą, nors kita pusė darbuotojų seniai įsitraukė į kokybės vadybos sistemos kūrimą, dokumentų rengimą, o sistema praktiškai veikia dvejus metus;
- ◆ 13,7 % darbuotojų nepaiso kokybės vadybos sistemos dokumentuose patvirtintų reikalavimų;
- ◆ 5,7 % darbuotojų tik iš dalies žino savo pareigų instrukcijas.

Būtent tokio pobūdžio priežastys lemia, kad daugiau kaip pusė darbuotojų (62,1 %) „neturi laiko pabendrauti su pacientais“, 11,4 % „nežino pacientų keliamų reikalavimų“, todėl nors darbuotojai puikiai įvertino savo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę (19 pav.), lieka pakankamai erdvės vadybos kokybės gerinimui, juolab kad iki šiol „svarbiausius pacientų sveikatos priežiūros poreikius tenka tenkinti mažiausiais organizacijos kaštais, priklausomai nuo aukštesnių organizacijų apribojimų ir direktyvų“¹⁶⁴.

¹⁶⁴ Øvretveit J. „The economics of quality-a practical approach“. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2000;13(4-5)200-7.

Pacientų ir darbuotojų požiūrio į SPP kokybę tyrimas bei savivertinimo pagal BVM veiksniais rezultatai padėjo išsiaiškinti, kokios SPP kokybės nori pacientai, kokią SPP kokybę gali užtikrinti darbuotojai ir kokia SPP kokybė ligoninėje gali būti pasiekta kokybės vadybos sistemos gerinimo priemonėmis.

3.1. SSGG analizė

Teorinės ir metodologinės literatūros apibendrinimo išvados, pacientų ir darbuotojų SPP vertinimo bei vadybos savivertinimo rezultatai gali būti naudojami kaip vadybos priemonė paslaugų gerinimui. Naudodamiesi atliktų tyrimų rezultatais, nustatėme ligoninės stiprybes, silpnybes, galimybes ir grėsmes organizacinių perspektyvų atžvilgiu ir išsiaiškinome sveikatos priežiūros organizavimo prioritetus.

Stiprybės yra kokybės kultūros ligoninėje siekis, aprėpęs vadovų veiklą, kokybės politiką ir strateginį planavimą bei išteklių valdymą, lėmęs pacientų ir darbuotojų pasitenkinimą SPP kokybe. Savivertinimo rezultatai parodė, kad ligoninėje veikia prižiūrima, procesais pagrįsta kokybės vadybos sistema, kurios pagalba reglamentuotas SPP teikimas. Nustatyti vadybos, diagnostikos, gydymo, reabilitacijos ir slaugos bei palaikomieji medicinos ir techniniai procesai, parengti padalinių veiklos organizavimo kokybės vadybos sistemos procedūrų aprašai. Jais naudojasi medicinos profesionalai, tenkindami pacientų reikmes bei lūkesčius. Pagrindinės veiklos rezultatai įrodė ligoninės naudą ir atsakomybę visuomenei.

Silpnybės – materialijų išteklių, tarp jų ir kokybei, ribotumas, vadybininkų nepasirengimas taikyti kokybės priemones, per dideli darbuotojų darbo krūviai, per mažas darbo užmokestis. Ligoninėje nepakanka medicinos profesionalų.

Grėsmės – skirtingų kokybės sistemos dalyvių interesų netolygumai.. Pacientų poreikiai, o ypač – lūkesčiai, dažnai neatitinka jų sveikatos būklės arba ligoninės išteklių. Žmonės, bendruomenėje nepaisantieji savo sveikatos, neįsijaučiantys atsakomybės už jų sveikatą alinančius ydingus įpročius ir dėl to patekę į stacionarą, tarsi ir pagrįstai (Paciento įstatymas¹⁶⁵) kelia nerealius reikalavimus ligoninei, darbuotojams ir puoselėja nerealius lūkesčius. Šią grėsmę kelia tyrimo atžvilgiu reikšmingas, bet teisiškai nereglamentuotas žmonių indėlis į savo sveikatą (arba sveikatos lygis bendruomenėje), nuo kurio tiesiogiai priklauso stacionarinių SPP veiksmingumas. Profesinių medicinos standartų atotrūkis nuo naujausių medicinos mokslo pasiekimų lemia pacientų saugos ir teisinio gydytojų pažeidžiamumo problemas, kurias sustiprina specialistų nepasitenkinimas darbo užmokesčiu ir su tuo siejamas profesionalų laikinumo jausmas, ligoninei veikiant nuolatinių permainų aplinkoje.

Galimybės. Ligoninės sėkmę šiuo metu lėmė ne materialieji ištekliai, o kokybės vadybos sistemos diegimas, tapęs darbuotojų kompetencijos kūrimo pagrindu. Darbuotojų žinios ir intelektinis

¹⁶⁵ Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas // Žin., 2009, Nr. 145-6425.

pajėgumas ligoninėje yra vienas iš svarbiausių išteklių, todėl visų darbuotojų įtraukimas į kokybės judėjimą, motyvuojant už kokybės rezultatus – būtinas strateginio planavimo veiksnys. Tam tikslui naudinga peržiūrėti kokybės strategiją, įvertinti kokybės kaštus, parengti kokybės vadovą ir privalomųjų vadybos procedūrų aprašus, akcentuoti vadybos žinių siekį bei nuolatinį kokybės gerinimą. Šių galimybių panaudojimas turi tiesiogines sąsajas su SPP kokybės gerinimu.

SSGG analizė parodyta 22 pav.

STIPRYBĖS	SILPNYBĖS
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Kokybės kultūros ligoninėje siekis <ul style="list-style-type: none"> • Vadovų veikla • Politika ir strateginis planavimas • Procesų ir pokyčių valdymas • Pacientų reikmių tenkinimas • Pagrindinės veiklos rezultatai • Ligoninės nauda ir atsakomybė visuomenei 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ištekliai (tarp jų ir kokybei) ◆ Vadybiniai gebėjimai ◆ Darbuotojų reikmių tenkinimas ◆ Medicinos profesionalų stygius ◆ Pacientų sauga
GALIMYBĖS	GRĖSMĖS
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Kokybės vadybos gerinimas: <ul style="list-style-type: none"> • kokybės strategijos koregavimas, nurodant išteklių siekį; • kokybės vadovo ir vadybinių procedūrų aprašų parengimas; • darbuotojų motyvacija už kokybės rezultatus; • kokybės pasiekimų gretinimas su kitų stacionarų geriausia praktika 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Pacientų poreikių nesuderinamumas su jų sveikatos būkle arba ligoninės ištekliais ◆ Žmonių (bendruomenės) privalomojo indėlio į savo sveikatą nereglamentavimas ◆ Profesinių medicinos standartų atotrūkis nuo naujausių medicinos mokslo pasiekimų ◆ Specialistų nepasitenkinimas darbo užmokesčiu

22 pav. SSGG analizė

Galime daryti išvadą, kad ligoninės vadovybės suformuluota ir organizacijos priimta kokybės politika, strateginis kokybės siekinys, vadovų asmeninis pavyzdys diegiant kokybės vadybos sistemą, procesų vadyba, medicinos darbuotojų specifiniai įgūdžiai, patirtis, vertybių samprata, teisinės bazės išmanymas, reikiama infrastruktūra ir organizacinė struktūra, technologiniai ištekliai yra pakankamas pagrindas gerinti SPP kokybę. Pacientai, žinantys savo teises, poreikius ir lūkesčius, būdami neabejingi SPP kokybei, lemia SPP paklausą, į kurią reaguodama ligoninė gali didinti veiklos efektyvumą.

Prioritetai teiktini veiklos trūkumų, lėmusių pavojų pacientų sveikatai, identifikavimui ir korekcijai. Stiprinant paslaugų saugos ir rizikos valdymą, būtina atlikti vadovybinę silpnybių ir grėsmių priežastinių ryšių analizę, numatyti gerinimo būdus ir imtis prevencijos priemonių.

IŠVADOS

1. Išnagrinėję SPP kokybės sąvokos sudėtingumą ir platumą bei jos kitimą laiko atžvilgiu, darome išvadą, kad kokybiškos SPP apibrėžimas, suformuluotas Paciento įstatyme¹⁶⁶, aprėpia didelę kokybės požymių įvairovę (prieinamumą, veiksmingumą, saugą, tęstinumą, kitus), tarp jų ir pacientui svarbius etikos aspektus. Reikšminga, kad sveikatos paslaugų kokybė nurodoma kaip nenutrūkstamas visuomenės ir asmens sveikatos paslaugų teikimas. Paciento įstatyme nurodyti SPP kokybės požymiai atitinka vartotojo pageidaujamos ir medicinos profesionalų teikiamos SPP kokybės sampratą.
2. Tyrimas parodė, jog Tauragės ligoninėje diegiama ir prižiūrima procesais pagrįsta kokybės vadybos sistema, aprėpianti SPP kokybės reglamentavimą. Privalumai – ligoninėje suformuluota kokybės politika, nustatyti vadybos, diagnostikos, gydymo, reabilitacijos ir slaugos bei palaikomieji medicinos ir techniniai procesai, parengti padalinių veiklos organizavimo kokybės vadybos sistemos procedūrų aprašai. Yra kokybės vadybos sistemos dokumentų sąvadas. Trūkumai – neparengtas kokybės vadovas ir kai kurie privalomųjų vadybos procedūrų aprašai.
3. Pacientai gautų SPP kokybę įvertino „gerai“, „labai gerai“ ir „puikiai“. Ši labai aukštą pasitenkinimą paslaugų kokybe lėmė jų emocinis atsakas į atsakingą ir pagarbų darbuotojų elgesį, galimybę būti išklaustytiems ir reikšti nuomonę dėl gydymo bei slaugos, jaukumas ir švara ligoninėje, geras maistas, kitų žmoniškųjų lūkesčių tenkinimas. Pacientai nesusimąstė, kodėl jų daugiau kaip pusė papildomai mokėjo už paslaugas, o trečdaliui nuskausminamosios priemonės buvo nepakankamai veiksmingos. Tyrimas parodė, jog jei su pacientu ligoninėje elgiamasi atsakingai ir pagarbiai, o jis pats turi galimybių dalyvauti gydymo procese ir sprendimų priėmime, tai subjektyvusis SPP kokybės vertinimas gali būti labai palankus, nepriklausomai nuo nevisavertės SPP kokybės ir paciento sveikatos būklės pokyčių. Antra vertus, aktyvus medicinos žinių neturinčio paciento dalyvavimas gydymo procese siekiant vartotojo emocinio pasitenkinimo, gali turėti negatyvių pasekmių pacientui, medicinos profesionalui, ligoninei ir bendruomenei.
4. Darbuotojų nuomone, SPP kokybė pastaruosius ketverius metus gerėjo. Gerėjimą lėmė kokybės vadybos sistemos diegimas ir kokybės priemonių taikymas. Darbuotojų nuomonės tyrimas parodė, kad ligoninė valdo visus devynis Bendrojo vertinimo modelio veiksnius. Tai reiškia, kad teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos atitinka teisės aktus ir profesinius medicinos standartus, pacientų poreikiai ir lūkesčiai tenkinami taip, kaip tikimasi, o ligoninės veikla yra naudinga visuomenei. Nors ligoninė neturi kokybės vadybos sistemos sertifikato, pasiektas nuolatinio gerinimo etapas, įrodantis vadybos brandą.
5. Problemiškos sritys, turinčios įtakos SPP kokybei: 1) žmonių ir materialijų, tarp jų ir kokybei užtikrinti, išteklių stygius, su kuriuo siejami per dideli darbo krūviai, nepakankamas darbo užmokestis,

¹⁶⁶ Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas // Žin., 2009, Nr. 145-6425.

medicinos profesionalų stygius, ligoninės veikla nuolatinių permainų aplinkoje, profesinių medicinos standartų atotrūkis nuo naujausių medicinos mokslo pasiekimų, keliantis grėsmę pacientų sveikatai ir saugai.

SIŪLYMAI

1. Sveikatos apsaugos ministerija, siekdama paskatinti sveikatos priežiūros organizacijas veiklos strategiją grįsti kokybės vadyba, galėtų galėtų parengti ir patvirtinti pavyzdinį Bendrojo vertinimo modelio klausimyną, kurį taikydamos ligoninės susiformuotų veiklos vertinimo sistemą ir galėtų atlikti konkurencinį sugretinimą.
2. Ligonių kasos, sudarydamos sutartis, galėtų skatinti ligonines už SPP kokybę (SPP prieinamumas, sauga, tinkamumas, veiksmingumas, tęstinumas), jei kokybės vertinimas būtų tinkamai reglamentuotas ir nustatyta mokėjimo už ją tvarka.
3. Paciento įstatyme sveikatos paslaugų kokybę nurodoma kaip nenutrūkstamas visuomenės ir asmens sveikatos paslaugų teikimas, todėl savivaldybių visuomenės sveikatos biurams rekomenduotina apklausų metu atlikti subjektyvųjį su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimą, nes stacionariųjų SPP veiksmingumas turi sąsajas su sveikatos būklės lygmeniu (sveikata gera, vidutiniška, bloga, labai bloga) bendruomenėje. Populiacijos ir individo sveikatos būklės lygmens žinojimas orientuotų pacientus į realius poreikius ir lūkesčius, susietus su galimais jų sveikatos būklės pokyčiais stacionare.
4. Paslaugų vartotojai, bendruomenės, būdami iš dalies atsakingi už savo sveikatą ir siekdami gauti kokybiškas paslaugas, turi įvardyti savo poreikius, prioritetus, ir, pasitelkdami savivaldybės institucijų, o kai reikia, ligoninės paramą, rūpintis savo sveikata, kurios tausojimas ir stiprinimas visuomenės sveikatos organizacijų lygmenyje darys įtaką asmens sveikatos priežiūros kokybės politikai ir paslaugų teikėjams.
5. Paciento sveikatos būklės pokytį, įrašomą gydymo stacionare ligos istorijoje išvykimo iš stacionaro metu (pasveiko, sveikata pagerėjo, nepakito, perkeltas, mirė), ligoninė galėtų laikyti paslaugos veiksmingumo matu. Taip būtų išmatuotas vienas iš SPP kokybės požymių.
6. Darbuotojai, pildydami Bendrojo vertinimo klausimyną, turėtų diskutuoti tarpusavyje, kad būtų pasiektas kolegialus vertinimas ir parinktas tinkamiausias atsakymas, padėsiantis išaiškinti tikrąsias priežastis, kodėl teikiamos paslaugos ne visada atitinka aukščiausius standartus ir paslaugų vartotojų, jų šeimų, bendruomenių reikmes.

LITERATŪRA

Lietuvos Respublikos teisės aktai

1. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas // Žin., 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099.
2. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas // Žin., 1996, Nr. 66-1572; 1998, Nr. 109-2995.
3. Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas // Žin., 1996, Nr. 102-2313; 2004, Nr. 68-2365.
4. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas // Žin., 2009, Nr. 145-6425.
5. Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymas // Žin., 2001, Nr. 62-2224; 2009, Nr. 89-3801.
6. Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“, // Žin., 2011, Nr. 73-3498.
7. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. gegužės 4 d. nutarimas Nr. 511 „Dėl Institucijų atliekamų priežiūros funkcijų optimizavimo“ // Žin., 2010, Nr.53-2613 (2012 m. liepos 18 d. nutarimo Nr. 932 redakcija).
8. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2006 m. kovo 26 d. įsakymas Nr. 1K-41 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių bei kitų įmonių ir įstaigų, sudariusių sutartis su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ar teritorinėmis ligonių kasomis, kontrolės tvarkos aprašo“ (Žin., 2006, Nr. 38-1371; 2010, Nr. 66-3324).
9. Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2011 m. gegužės 3 d. įsakymas Nr. T1-390 „Dėl Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos atliekamų patikrinimų taisyklių“ // Žin., 2011, Nr. 58-2816, 2012, Nr. 12-549).
10. Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nuostatai. <http://www.vaspvt.gov.lt/files/Veikla/VASPVT%20nuostatai.pdf> [žiūrėta 2012-11-12].

11. Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie sveikatos apsaugos ministerijos Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės priežiūros skyriaus nuostatai, <http://www.vaspvt.gov.lt/node/415> [žiūrėta 2012-11-08].
12. Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie sveikatos apsaugos ministerijos Įstaigų vertinimo skyriaus nuostatai. <http://www.vaspvt.gov.lt/node/41> [žiūrėta 2012-11-08].
13. Lietuvos medicinos norma MN 11:1:1996 „Sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo specialieji reikalavimai. I dalis. Savivaldybės medicinos punktas“ // Žin., 1996, Nr. 31-781.
14. Lietuvos medicinos norma MN 12:1996 „Sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo specialieji reikalavimai reabilitacijos ir sanatorinės gydymo įstaigos (padaliniai)“. <http://www.vaspvt.gov.lt/files/Medicinos%20normos/MN12-1996.pdf> [žiūrėta 2012-11-08].
15. Lietuvos medicinos norma MN 11-3:1997 „Sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo specialieji reikalavimai. 3 dalis. Ambulatorija“ // Žin., 1997, Nr. 55-1284.
16. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1997 07 04 įsakymas Nr. 372 „Dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės“ // Žin., 1997, Nr. 73-1879.
17. Lietuvos Respublikos ūkio ministro 1998 m. vasario 5 d. įsakymas Nr. 52 „Dėl nacionalinio kokybės prizo įsteigimo“ // Žin., 1998, Nr. 15-356; 2003, Nr. 5-225).
18. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. spalio 6 d. įsakymas Nr.571. „Dėl kokybės sistemos diegimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarkos ir lokalaus medicininio audito nuostatų patvirtinimo“ // Žin., 1998, Nr. 89-2469) (negalioja nuo 2008 05 11).
19. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. birželio 3 d. įsakymas Nr.272 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų vidaus standartų ir sveikatos priežiūros metodikų parengimo tvarkos“ // Žin., 1999, Nr. 50-1628.
20. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. spalio 10 d. įsakymas Nr. 495 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos patvirtinimo“// Žin., 2002, Nr. 101-4523.
21. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 09 14 įsakymas Nr.V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo“ // Žin., 2004, Nr. 144-5268; 2007, Nr. 95-3864, 2007, Nr. 108-4429.
22. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. birželio 13 d. įsakymas Nr. V-488 „Dėl Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų taikymo tvarkos aprašo“ // Žin., 2005, Nr. 76-2775).

23. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gegužės 17 d. įsakymas Nr. V-395 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. V-1148 redakcija) „Dėl Diagnostikos ir gydymo metodikų bei diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašų rengimo ir taikymo rekomendacijų patvirtinimo“ // Žin., 2008, Nr. 139-5519.
24. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. birželio 22 d. įsakymas Nr. V-528 „Dėl Ambulatorinių specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų patvirtinimo“ // Žin., 2007, Nr. 74-2956).
25. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. kovo 2 d. įsakymas Nr. V-156 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimo“ // Žin., 2007, Nr. 31-1148.
26. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-998 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų laboratorijų veiklos vertinimo“ // Žin., 2007, Nr. 131-5311; 2009, Nr. 46-1865; 2011, Nr. 98-4631.
27. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymas Nr. V-338 „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“ // Žin., 2008, Nr.53-1992.
28. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymas Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ // Žin., 2012, Nr.141-7287.
29. LST EN ISO 9000:2005. „Kokybės vadybos sistemos. Pagrindai ir aiškinamasis žodynas“. Vilnius: Lietuvos standartizacijos departamentas; 2005.
30. LST ISO/TR 10017:2005 Statistinių metodų taikymo ISO 9001:2000 gairės (tpt ISO/TR 10017:2003). Lietuvos statistikos departamentas, 2005.
31. LST EN ISO 9001:2008. „Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai“. Vilnius: Lietuvos standartizacijos departamentas; 2008.
32. LST ISO 10001:2009 „Kokybės vadyba. Kliento pasitenkinimas. Gairės dėl organizacijų elgesio kodeksų (tapatus ISO 10001:2007)“. Lietuvos standartizacijos departamentas, 2009.
33. LST EN ISO 9004:2010/P:2010 en. „Organizacijos, siekiančios ilgalaikės sėkmės, vadyba. Kokybės vadybos požiūris (ISO 9004:2009)“. V.: Lietuvos statistikos departamentas, 2010.
34. Sveikata 21: „Sveikata visiems XXI amžiuje“. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2000.

Tauragės ligoninės norminiai dokumentai

35. Tauragės ligoninės kokybės politikos pareiškimas, priimtas 2012 m. sausio 5 d.
36. Tauragės ligoninės direktoriaus 2010 m. spalio 29 d. įsakymas Nr. V-97 „Dėl vidaus audito ir kokybės sistemos gerinimo“.
37. Tauragės ligoninės direktoriaus patvirtinti kokybės vadybos sistemos dokumentų aprašai.

Specialioji literatūra

38. Excellence One Toolbook for Self-Assessment. Brussels: EFQM; 1999. ISBN 90-5236-482-6.
39. Gaižauskienė A., Petrauskienė J., Kalėdienė R. ir kiti. Sveikatos statistikos vadovas: mokomoji knyga. Kaunas, Kauno medicinos universitetas, Lietuvos sveikatos informacijos centras, Leidybos ir informacijos centras „Už gyvybę“; 2003, 106 p..
40. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. – Šiauliai: Lucilijus, 2005. P. 311-323.
41. Majkgard A. „Experiential knowledge in the internationalization process of service firm“. – Upsala, 1998. – 18 p.
42. Neverauskas B., Rastenis J. „Vadybos pagrindai“. – Kaunas: Technologija, 2001. 77 p.
43. H.A.M.J. ten Have, R.H.J. ter Meulen, E.van Leeuwen. „Medicinos etika“. Vilnius: *Charibdė*; 2003. ISBN 9986745772, 438 p.
44. Pociūtė D., Janušauskienė V., Vitkauskas R. „Kokybės vadyba“. Vilnius: *Lietuvos darbo rinkos mokymo tarnyba*, 2007, p.11.
45. Ruževičius J. „Kokybės vadybos metodai ir modeliai“ [vadovėlis], Vilnius, Vilniaus universitetas. 2 leidimas. 2007, p. 23.
46. Sakalauskas V. Statistika su statistica. Vilnius, *Margi raštai*, 1998, p. 24.
47. Serafinas, D. „Kokybės vadybos teorijos praktinis taikymas“. Mokomoji knyga. *Vilniaus universitetas*, 2011, p. 88.
48. Slatkevičienė G., Vanagas P. „Veiklos kompleksinio vertinimo sistema: sudarymo teorija ir metodai“.K.: *Technologija*, 2001, 3 (89)-186.
49. Stewart M. „Towards a global definition of patients centered care“. *BMJ* 2001;322(7284):468-72.
50. Šilys A. „Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės valdymas“. Mokomoji knyga. Vilniaus universitetas. *Nacionalinis medicinos mokymų centras*. 2012, 152 p. ISBN 978-609-8053-05-0.
51. Toffler A. „Valdžių kaita: žinios, turtas ir prievarta artėjant XXI amžiui“. Vilnius: *Tyto Alba*, 2001, p. 552.
52. Thom N., Ritz A. „Viešoji vadyba. Inovaciniai viešojo sektoriaus valdymo metmenys“: monografija. – Vilnius: *LTU Leidybos centras*, 2004. – 136 p.

Straipsniai moksliniuose žurnaluose ir periodiniuose leidiniuose

53. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. „A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project“. *International Journal for Quality in Health Care*, 2006 Sep;18 Suppl 1:5-13.
54. Arcelay et al. „Self assessment of health centres of a public health service through the European Model of TQM“. *International journal of health care quality assurance*; 2000. 12[2], 54-58.
55. Brook RH, McGlynn EA, Shekelle PG. „Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers“. *Int J Qual Health Care* 2000;12(4):281-95.
56. Cleary PD, Edgman-Levitan S, Walker JD et al. „Using patient reports to improve medical care: a preliminary report from 10 hospitals“. *Qual Manag Health Care* 1993;2:31-8.
57. Counte M., Meurer S. „Issues in the assessment of continuous quality improvement implementation in health care organizations“. *International Journal for Quality in Health Care*. 2001, Vol. 13, No. 3, p. 197-207.
58. Donabedian A. „Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment“. Ann Arbor: 1. *Health Administration Press*, 1980.
59. Donabedian A. „The quality of care: how can it be assessed?“ *JAMA*. 1980; 260: 1743–8.
60. Donaldson LJ, Gray JAM. „Clinical governance: a quality duty for health organizations“. *Quality in Health Care*, 7, 1998, p. 537– 544.
61. Donaldson MS, Mohr JJ. „Exploring innovation and quality improvement in health care micro-systems: a cross case analysis“. Washington, D.C: *National Academy Press*, 2000.
62. Eggi Y, Halfon P. „A conceptual framework for hospital quality management“. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2003; 16(1): 29–6.
63. Glickman S. W., Baggett K. A., Krubert C. et al. „Promoting quality: The health care organization from management perspective“. *International Journal for Quality in Health Care*; 2007, Vol. 19, Number 6, p. 341-8.
64. Grönroos, C. „Service Management and Marketing. Customer Management in Service Competition“. - Chichester: *John Wiley & Sons*, 2007. 114 p.
65. Guzman PM, Sliepevich EM, Lacey EP et al. Tapping patient satisfaction: a strategy for quality assessment. *Patient Educ Couns* 1988;12:225-33.
66. Hedden S. Characteristics of a Good Evaluative Instrument: Reliability. 1997.

67. Jaafaripooyan E, Agrizzi D, Akbari-Haghighi F. „Healthcare accreditation systems: further perspectives on performance measures“. *International Journal for Quality in Health Care* 2011 Dec;23(6):645-56.
68. Jackson S. „Successfully implementing total quality management tools within health care: what are the key actions?“ *Int J Health Care Quall Ass*, 14, 2001, p.157–163.
69. Jankauskienė D. „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse“. *Sveikatos politika ir valdymas*. V., M. Romerio universiteto mokslo darbai. 2012, p.84-100.
70. Janušonis V. Sveikatos priežiūros organizacijų kokybės sistemų valdymas. *Sveikatos mokslai*, 2004, Nr. 1, p. 69-73.
71. Johansson P, Oleni M, Fridlund B. „Patient satisfaction with nursing care in the context of health care“: a literature study. *Scand J. Caring Sciences*; 2002; 16:337 – 344.
72. Joos SK, Hickam DH, Borders LM. „Patients' desires and satisfaction in general medicine clinics“. *Public Health Rep*, 1993 Nov;108(6), p. 751-9.
73. Justickis V., Saladis T. „Medicinos standartai administracinėje teisės sistemoje“. *Socialinių mokslų studijos*. Mykolo Romerio universitetas, 2012, 4(3), p.1063–1083.
74. Kaplan, R. S., Norton, D. P. „Balanced Scorecard: Strategien erfolgreich umsetzen, aus dem Amerikanischen von Horváth“, P., *Stuttgart*, 1997.
75. Kaplan, R. S., Norton, D. P. „The Balanced Scorecard“. Boston: *Harvard Business School Press*, 1996.
76. Kaplan, R. S., Norton, D. P. „The Balanced Scorecard—Measures That Drive Performance,“ *Harvard Business Review*, January–February 1992, p.71–79.
77. Kaplan, R. S.; Norton, D. P. „Strategy maps. Converting Intangible Assets Into Tangible Outcomes“. *Harvard Business Review*, 2002.
78. Kaziliūnas A. „Procesinis požiūris vadyboje ir viešajame administravime“. *Viešoji politika ir administravimas*; 2004, 8:37-47.
79. Markevičiūtė L. „Dokumentai - inherentiškas kokybės vadybos sistemos elementas“. *Informacijos mokslai*; 2007, 40:73-80.
80. McKee M, Sheldon T. „Measuring performance in the NHS“. *British Medical Journal*; 1998, 316-22.
81. Minkman M, Ahaus K, Huijsman R. „Performance improvement based on integrated quality management models: what evidence do we have?“ A systematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007; 19(2): 90–104.

82. Nelson-Wernick E, Currey HS, Taylor PW et al. Patient perception of medical care. *Health Care Manage Rev* 1981;6:65-72.
83. Øvretveit J. „Evaluating health interventions“. *Milton Keynes:Pen University Press,1998.*
84. Øvretveit J. „Health Service Quality“. *An Introduction to Quality Methods for Health Services, 1996, p. 2-7.*
85. Øvretveit J. „The economics of quality-a practical approach“. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2000;13(4-5)200-7.
86. Øvretveit J. „The Norwegian approach to integrated quality development“. *J. Manage Med, 15. 2001, p.125–141.*
87. Øvretveit J. What is quality in health services? *Health Service Management; 1990.*
88. Parasurman A., Zeithaml V. A., Berry L. L. „A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research“. *Journal of Marketing, 1985, Vol. 49(4) 50 p.*
89. Piligrimienė Ž, Bučiūnienė I. Health care quality evaluation: medical and marketing approach. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai. 2005; 34:138-39.*
90. Radnor ZJ, Holweg M, Waring J. „Lean in healthcare: the unfilled promise?“ *Soc Sci Med , 2012 Feb;74(3):364-71.*
91. Rosander A. C. „The Quest for Quality in Service“. – *Quality Press, 1989. – 38 p.*
92. Ross CK, Frommelt G, Hazelwood L, Chang RW. „The role of expectations in patient satisfaction with medical care“. *J Health Care Mark* 1987 , 7(4), p.6-26.
93. Ruževičius, J. „Sveikatos priežiūros kokybės valdymas ligoninėje“. *Medicinos teorija ir praktika, V., 2011 - T. 17 (Nr. 1) .*
94. Stahr H, Bulman B, Stead M. *The Excellence Model in the Health Sector.* Chichester, Kingsham Press; 2000.
95. Svaravičius A. „Kaip sukurti subalansuotą rodiklių sistemą?“ http://verslas.banga.lt/lt/zb.download/45dc46556860a/BSC_diegimas_imoneje.doc [žiūrėta 2012-10-03].
96. Szyca R, Rosiek A, Nowakowska U, Leksowski K. „Analysis of factors influencing patient satisfaction with hospital treatment at the surgical department“. *Pol Przegl Chir, 2012 Mar; 84(3):136-43.*
97. Tejero Gonzalez JM, Fernandez MJ, Mira Solves JJ. Validity and reliability of a synthetic hospital health care quality indicator. *Rev Calid Asist* 2011 Jul;26(4):234-41.
98. The World Health Report. „Health systems: improving performance“, 2000.

99. Šilys A, Saladis T, Justickis V, Gurevičius R. „Diagnostikos ir gydymo standartų konkurencinis sugretinimas – šiuolaikinis būdas suvienodinti paslaugų kokybę ir galimybę tobulinti standartų kūrimą“. *Visuomenės sveikata*, 2012, Nr.1 (56), p.49-61.
100. Weingart SN, Pagovich O, Sands DZ, Li JM, Aronson MD, Davis RB, et al. „Patient-reported service quality on a medicine unit“. *Int J Qual Health Care* 2006;18(2):95-101.
101. WHO „Quality of care: a process for making strategic choices in health systems“, 2006.
102. Organisation for Economic Cooperation and Development: Towards High-Performing Health Systems. Paris: *OECD*; 2004.
103. WHO Hospital Advisory Group Meeting. „A review of the determinants of hospital performance“, Geneva: *WHO/SHS/DHS/94.6*; 1994.
104. WHO European Office for Integrated Health Care Services. „Measuring Hospital Performance: Defining the (Sub-) Dimensions and a Framework for Selecting Evidence-Based Indicators“. *Report on a WHO Workshop in Barcelona, Spain, 21-22 March 2003*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003.
105. WHO Regional Office for Europe. „Measuring Hospital Performance to Improve the Quality of Care in Europe: A Need for Clarifying the Concepts and Defining the Main Dimensions“. Copenhagen, *WHO: Report on a WHO Workshop in Barcelona, Spain, 10-11 January*; 2003.
106. Žėbienė E, Razauskas E, Čėkanavičius V. „Įgyvendinti paciento lūkesčiai – pasitenkinimas mediko konsultacija“. *Medicina*. 2001, 37 tomas, Nr.7:721-727.

Konferencijų medžiaga

107. Gendvilis S. „Sveikatos apsaugos problemų sprendimas – nuolatinis iššūkis vadovams“. Konferencijos „Sveikatos priežiūra Lietuvoje: problemos ir aktualijos“ medžiaga. Vilnius, 2008.
108. Vainikevičiūtė N., Vanagas P. „Kokybės vadybos pradininkų suformuluotų principų taikymas šiuolaikinėje sveikatos priežiūroje“. Respublikinės konferencijos pranešimų medžiaga. Kokybės vadybos poveikis šalies ūkiui, Lietuvai įstojus į Europos Sąjungą, Kaunas: *Technologija*, 2004, p. 172-178.
109. Raleigh A. „*Inspiration for quality in the 21st Century*“. Kn: Kokybės vadyba Lietuvos integracijos į Europos Sąjungą procese: Respublikinės konferencijos pranešimų medžiaga. Kaunas: *Technologija*, 2002, p. 157-164.

Daktaro disertacijos

110. Brogienė D. Paciento teisės į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą ir žalos sveikatai atlyginimą: daktaro disertacija, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (10 B). Vilnius: Vilniaus universitetas, 2010. - 250 p.
111. Šilys A. Specializuotos ligoninės veiklos ir našumo rodiklių kaita bei jų reguliavimo galimybės, taikant kokybės vadybos sistemos modelius: daktaro disertacija, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (10 B). Vilnius: Vilniaus universitetas, 2008. - 155 p.

Interneto duomenų bazės

112. AHA News, American Hospital Association (AHA), May 29, 2006 www.ahanews.com [žiūrėta 2013-02-20].
113. Bendrasis vertinimo modelis. Vilnius: Lietuvos viešojo administravimo institutas; 2007. http://www.livadis.lt/livadis/user_dir/File/2007/BVM/BVM_2006_VIDUS_n.pdf [žiūrėta 2012-10-03].
114. 2011/24/ES direktyva dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo. <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:LT:PDF>
115. Gydytojui. Emedicina. http://www.emedicina.lt/lt/gydytojui/lietuvos_naujienos/isleistas_naujas_lietuvos_gydytojo_zurnalo_ekspertu_rekomendaciju_numeris.html [žiūrėta 2012-10-30].
116. Kokybės vadybos metodų diegimo viešojo administravimo institucijose stebėseną. Ataskaita pagal paslaugų teikimo sutartį. Viešosios politikos ir vadybos institutas, 2007. http://www.vrm.lt/fileadmin/Padaliniu_failai/Viesojo_administravimo_dep/KVM_diegimas [žiūrėta 2012-10-03].
117. Indicators. Safety Improvement for Patients in Europe. (2007). Simpatie project 2005-2007. <http://www.simpatie.org/Main>. [žiūrėta 2012-11-12].
118. Vikipedija. Laisvoji enciklopedija: „Malkolmo Baldridžo nacionalinis kokybės apdovanojimas“. http://lietuvai.lt/wiki/Malkolmo_Baldris%C5%BEO_nacionalinis_kokyb%C4%97s_apdovanojimas [žiūrėta 2012-10-15].
119. Vikipedija. Laisvoji enciklopedija: Tarptautinė standartizacijos organizacija. http://lt.wikipedia.org/wiki/Tarptautin%C4%97_standartizacijos_organizacija [žiūrėta 2012-10-11].

ANOTACIJA

Mockus I. Stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas Tauragės ligoninėje/ Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2013. 97 p.

Magistro baigiamajame darbe išanalizuota ir įvertinta Tauragės ligoninės stacionare teikiamų asmens SPP kokybė, jos valdymas, išaiškintos paslaugų kokybės problemos, iškelta hipotezė, pateikti jos patvirtinimo įrodymai. Pasiūlytas kompleksinis stacionaro veiklos vertinimo modelis, aprėpiantis paciento suvokiamą kokybę, medicinos profesionalų teikiamą kokybę ir vadybos kokybę. .

Darbas suskirstytas į tris pagrindinius skyrius. Pirmajame teoriniu aspektu tiriama SPP kokybės samprata Lietuvoje ir kitose Europos bei pasaulio šalyse, nagrinėjami plačiausiai taikomi paslaugų kokybės vertinimo metodai ir modeliai, Lietuvos sveikatos paslaugų kokybės reglamentavimo turinys bei jo įgyvendinimas Tauragės ligoninės aplinkoje. Išanalizuotos mokslinėje literatūroje siūlomos paslaugų kokybės vertinimo priemonės ir jų taikymo galimybės ligoninės stacionaro sąlygomis. Antrajame skyriuje aprašomi SPP kokybės tyrimai Tauragės ligoninės pacientų ir medicinos profesionalų požiūriu. Trečiajame aptariami SPP kokybės tyrimų ir vadybos kokybės savivertinimo rezultatai, pristatomas SPP kokybės vertinimo modelis paslaugų prieinamumo, saugos, veiksmingumo, tęstinumo, vadybos aspektais. Pateikiamos išvados ir siūlymai formuoti stacionarų veiklos kompleksinio vertinimo sistemą, įgalinančią nustatyti ir šalinti SPP teikimo kokybės problemas.

Pagrindiniai žodžiai: *sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, kokybės vadyba, kokybės vadybos sistema, modelis.*

ANNOTATION

Mockus I. Assessment of the quality of the inpatient health care services in Tauragė Hospital/ Master's Thesis of the Administration of Health Care Institutions. Advisor Professor Dr. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2013. 97 pages.

Master's Thesis analyzes and evaluates the quality of the health care provided in Tauragė hospital inpatient, its management. The problems of the service quality are explained, the hypothesis is presented and its confirmation evidence is presented in the thesis. The complex model of the inpatient performance evaluation, covering the patient's perceived quality, the quality and management quality of medical professionals is offered.

The thesis is divided into three main chapters. The first one researches the conception of the quality of the health care in Lithuania and in other European countries and in world in theoretical terms, analyses the widely used assessment methods and models of the services, the quality regulatory content of Lithuanian health care and its implementation in the environment of Tauragė Hospital. The offered service quality assessment tools are analysed in the scientific literature and their application possibilities in hospital inpatient conditions. The second chapter describes the researches of the quality of the health care in point of view of the patients of the Tauragė Hospital and the medical professionals. The third chapter describes the results of the self evaluation of health care quality, presents the model of the assessment of the quality of the health care in the aspects of access to services, safety, efficiency, continuity and management. The conclusions and suggestions to form the system of the integrated evaluation of the inpatient activity enabling to identify and remove the quality problems of the provision of the health care.

Keywords: *quality of health care, quality management, system of the quality management, model.*

SANTRAUKA

Vienas iš kokybės valdymo tikslų ligoninėje yra turėti sistemą, kurioje taikomos kokybės priemonės užtikrintų Paciento įstatyme apibrėžtą sveikatos priežiūrą, todėl darbe siūlomas integruotas, kokybės vadybos mokslu pagrįstas SPP kokybės vertinimo modelis, aprėpiantis 1) pacientų suvokiamą SPP kokybę, 2) profesionalų teikiamą SPP kokybę ir 3) vadybos kokybę.

Darbo tikslas – įvertinti Tauragės ligoninėje teikiamų SPP kokybę. Tikslui pasiekti atlikta sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sampratos apžvalga, išsiaiškinti įvairiose pasaulio šalyse taikomi kokybės vertinimo modeliai bei metodai, išnagrinėti kokybės standartai ir SPP kokybės reglamentavimo teisinė bazė, kuria remiantis nustatyti SPP kokybės reglamentavimo Tauragės ligoninėje privalumai ir trūkumai. Atlikti 2 sociologiniai kiekybiniai tyrimai: 1) pacientų ir darbuotojų apklausos ir 2) savivertinimas pagal vadybos savivertinimo skalę. Taikant Bendrojo vertinimo modelio metodiką, identifikuotas vadybos brandos lygmuo, stipriosios ligoninės savybės bei problemiškos sritys, turinčios įtakos SPP kokybei.

Pacientų suvokiama SPP kokybė tirta atsižvelgiant į Paciento įstatyme suformuluotus kokybiškų SPP požymius. Profesionalų teikiamos SPP kokybės tyrimas integruotas į vadybos brandos savivertinimą.

Respondentų nuomone, SPP kokybė ligoninėje per pastaruosius ketverius metus tolygiai gerėjo. Daugiau kaip pusė darbuotojų pripažino, kad profesionalų veikla organizuojama pagal medicinos profesinius standartus, LR teisės aktus, ligoninės kokybės vadybos sistemos dokumentų aprašus ir juos atitinka. Beveik visi respondentai (98,7 proc. pacientų ir 98,5 proc. darbuotojų), jų nuostatų atžvilgiu, SPP kokybę vertino labai palankiai. Darbuotojų savivertinimo pagal Europoje pripažintus kriterijus rezultatai parodė, jog optimalią pacientų priežiūrą stacionare užtikrina kokybės vadyba: ligoninė valdo visus devynis Bendrojo vertinimo modelio veiksnius (801 balas iš 1000 galimų). Pasiektas vadybos brandos nuolatinio gerinimo etapas. Tyrimas parodė, jog vadovų orientacija į kokybės politiką ir strateginį planavimą (80 balų iš 80 galimų) padėjo sukurti veiksmingą, procesų valdymu pagrįstą paslaugų teikimo kokybės sistemą. Pacientų poreikiai ir lūkesčiai tenkinami taip, kaip tikisi paslaugų vartotojai (200 balų iš 200 galimų), ligoninės veikla yra naudinga visuomenei (60 balų iš 60 galimų).

Problemiškos sritys yra išteklių stygius (31 balas iš 90 galimų), reikalingų plėtrai ir paslaugų kokybei užtikrinti, pacientų reikmių tenkinimui, esamųjų išlaidų ir naujų pritraukimui, darbuotojų motyvacijai. Išteklių stygius siejamas su beveik visų specialistų per dideliais darbo krūviais, jų nepasitenkinimu darbo užmokesčiu ir šių priežasčių padariniais (neužtenka laiko pabendrauti su pacientais, ne visada suteikia reikiamą informaciją pacientams, kiti), turinčiais neigiamos įtakos SPP kokybei. Grėsmę pacientų sveikatai ir saugai kelia profesinių medicinos standartų atotrūkis nuo

naujausių medicinos mokslo pasiekimų, siejamas su teisinio gydytojų pažeidžiamumo problemomis bei medicinos profesionalų stygiumi, ligoninės veikla nuolatinių permainų aplinkoje.

Tyrimas parodė, kad pasiekta SPP kokybė yra kokybės vadybos sistemos ir kokybės vadybos priemonių taikymo ligoninėje rezultatas. Nors kol kas parengti ne visi vadybinių ir organizacinių kokybės vadybos sistemos procedūrų aprašai, ligoninė orientuojasi į kokybės politiką ir strateginį planavimą, siekia užsibrėžtų kokybės tikslų. Vadovaudamasi LST EN ISO 9001:2008 reikalavimais bei visuotinės kokybės vadybos principais, valdo tinkamai reglamentuotus procesus, vykdo savikontrolę ir savivertinimą, matuoja kokybės rodiklius, gali įrodyti savo naudą ir atsakomybę visuomenei, todėl pasitvirtina hipotezė, jog paslaugų kokybės problemos formuojasi dėl netinkamos kokybės vadybos sistemos būklės.

Darbo struktūra. Magistro baigiamąjį darbą sudaro įvadas ir trys pagrindiniai skyriai, iš kurių vienas skirtas mokslinės literatūros analizei, kitas – SPP kokybės tyrimams VšĮ Tauragės ligoninėje. Atskirame skyriuje aptariami tyrimo rezultatai ir jų interpretacija. Pateikiamos išvados ir siūlymai.

SUMMARY

One of the purposes of quality management in the hospital is to have a system where the applied quality measures would ensure the health care defined in the Patient injury law therefore the integrated, based on the assessment model covering the following 1) the quality of the health care understood by the patients, 2) the quality of the health care provided by the professionals and 3) management quality is suggested in the thesis.

The aim of the thesis is to assess the quality of the health care provided in Tauragė hospital. In order to achieve aim the review of the concept of the health care service quality, the models and methods of the quality assessment applied around the world were discovered, the standards of the quality and the quality regulatory legal base according to which the advantages and disadvantages of the quality regulation of the health care in the Tauragė Hospital were analyzed. 2 sociological quantitative studies were performed following: 1) survey of the patients and staff and 2) self-assessment according to the scale of the management self-assessment. Applying the Common Assessment Framework methodology the management maturity level, the strengths features of the hospital and problematic areas having the influence to the health care quality were identified.

The health care quality understood by the patients was analysed taking into account the features of the qualitative health care formulated by the Patient injury law. The research of the health care quality provided by the professionals is integrated into the self-assessment of the management maturity.

According to the respondents, the health care quality gradually improved in the hospital for the last four years. More than half of the employees accepted that professional activities are organized

according to the professional standards of medicine, Lithuanian legislation, descriptions of the documentation of the hospital quality management system and comply with them. Almost all respondents (98.7 per cent of the patients and 98.5 per cent of employees), according to the provisions assessed the quality of the health care very favorably. The results of the employee self-assessment according to the criteria acknowledged in Europe showed that optimal patient care in the inpatient is ensured by the quality management: the Hospital manages all of the nine common factors of the model (801 out of 1000 possible points). The continual improvement stage of the management maturity was reached. The thesis showed that the orientation of the managers on the quality policy and strategic planning (80 points out of 80 possible) helped to create an efficient, based on the process management quality system of the service provision. The needs and expectations of the patients are satisfied as expected by the service users (200 points out of 200 possible), the hospital activity is useful to the public (60 points out of 60 possible).

The problematic areas are lack of resources (31 score out of 90 possible) the required to develop and to ensure the quality of service, to satisfy the patients' needs, to retain the available and to attract the new ones and to motivate the employees. The lack of resource is associated with almost all professionals within the high workloads, their inadequate wages and effects of the following reasons (not enough time to talk with patients, not always provide the adequate information to patients, and etc.), having a negative impact on the quality of the health care.

The gap of the professional medicine standards between the latest development in medical science associated with legal practitioners vulnerability issues and a lack of medical professionals and hospital activity in an ongoing changes in the environment threatens the patient health and safety.

The research demonstrates the reached quality of the health care is a result of the quality management system and quality management measures applying in the hospital. Though not all managerial and organizational quality management system procedure specifications have been prepared yet, the hospital focused on quality policy and strategic planning, to achieve the performance purposes. Leading the LST EN ISO 9001:2008 requirements and the general quality management principles the properly regulated processes are managed, self-control and self-assessment are exercised, the quality indicators are measured, their advantage and responsibilities to the public can be demonstrated, and therefore the hypothesis that the quality problem is formed due to poor quality management system is confirmed.

The structure of the thesis. The master's thesis concludes the introduction and three main chapters; one of them is for the analysis of the scientific literature and the other for the researches of the quality of the health care in the Public Entity Tauragė Hospital. A separate chapter discusses the results and their interpretation. The conclusions and recommendations are presented.

PRIEDAI

Viešoji įstaiga Tauragės ligoninė

PACIENTO KLAUSIMYNAS

Šis klausimynas skirtas viešosios įstaigos Tauragės ligoninės teikiamų sveikatos paslaugų kokybei ir prieinamumui nustatyti bei pacientų lūkesčiams įvertinti. Labai tikimės Jūsų supratimo ir noro padėti. Tai daroma tam, jog Jūs gautumėte kuo geresnes ir kokybiškesnes paslaugas. Užtikriname, kad Jūsų konfidencialumas nebus pažeistas. Be to, Jūsų nuomonė bus analizuojama apibendrintai, t.y. susumavus visų apklaustųjų atsakymus. Prašome sąžiningai atsakyti į kiekvieną klausimą. Tinkamą atsakymą prašome pažymėti „kryžiuku“ arba „varnele“. atsakymo variantas gali būti tik vienas, išskyrus tuos klausimus, kur pasakyta priešingai.

1. Kiek kartų gydėtės Tauragės ligoninėje iki 2011 metų?

1	2	3	4	>5
---	---	---	---	----

PRIĖMIMAS Į LIGONINĘ

2. Ar Jums buvo organizuota pagalba priėmimo skyriuje?

- Ne
 Iš dalies
 Taip

3. Atvykę į ligoninę, kiek laiko laukėte, kol patekote į skyrių ar palatą (lovą)?

- Trumpiau nei 1 valandą
 Ne ilgiau kaip 2 valandas
 Ne ilgiau kaip 4 valandas
 Ilgiau kaip 4 valandas
 Negaliu prisiminti
 Aš nelaukiau

4. Kokia Jūsų nuomonė apie patekimo į ligoninę laukimo terminus (laiką)?

- Tinkamas laikas
 Reikėjo šiek tiek anksčiau
 Reikėjo gerokai anksčiau

5. Kai Jums pasakė, kad turite gultis į ligoninę, ar jums iš karto paskyrė tikslią gydymo datą?

- Taip
 Ne

6. Ar Jums suteikė galimybę pasirinkti guldymo datą?

- Taip
- Ne
- Nežinau, negaliu prisiminti

7. Ar ligoninė keitė guldymo datą?

- Ne
- Taip, 1 kartą
- Taip, 2 ar 3 kartus
- Taip, 4 kartus ir daugiau

8. Ar Jūs galėjote pasirinkti gydantį gydytoją

- Taip
- Ne
- Nežinau, negaliu prisiminti

LIGONINĖ IR PALATA

9. Ar Jus vargino pacientų naktį keliamas triukšmas?

- Taip
- Iš dalies
- Ne

10. Ar Jus vargino ligoninės personalo naktį keliamas triukšmas?

- Taip
- Iš dalies
- Ne

11. Kokia Jūsų nuomonė dėl švaros ligoninės palatoje ar skyriuje, kur gulėjote?

- Taip
- Iš dalies
- Ne

12. Ar tualetai ir vonių kambariai, kuriais Jūs naudojotės ligoninėje, buvo švarūs?

- Taip
- Iš dalies
- Ne
- Aš nesinaudojau tualetu ar vonios kambariu

13. Kaip vertinate ligoninės maistą?

- Labai gerai
- Gerai
- Patenkinamai

- Blogai
- Aš nevalgiau ligoninės maisto

GYDYTOJAI

14. Kai Jums kildavo klausimų gydytojui, ar gaudavote suprantamus atsakymus?

- Taip
- Iš dalies
- Ne
- Man nereikėjo klausti

15. Ar pasitikėjote gydančiais gydytojais?

- Taip
- Iš dalies
- Ne

SLAUGYTOJOS

16. Kai Jums kildavo klausimų slaugytojoms, ar gaudavote suprantamus atsakymus?

- Taip
- Iš dalies
- Ne
- Man nereikėjo klausti

17. Ar pasitikėjote Jus prižiūrinčiomis slaugytojomis?

- Taip
- Iš dalies
- Ne

18. Ar, Jūsų nuomone, buvo pakankamai budinčių slaugytojų Jus prižiūrėti ligoninėje?

- Taip
- Iš dalies
- Ne

PRIEŽIŪRA IR GYDYMAS

19. Ar Jūsų nuomonės buvo klausiami, sprendžiant apie Jūsų priežiūrą ir gydymą?

- Taip
- Iš dalies
- Ne

20. Ar manote, kad gydytojų pateikta informacija Jums apie Jūsų būklę ir gydymo eigą buvo Jums pakankamai išsami ir patikima?

- Taip
- Iš dalies
- Ne

21. Jeigu Jums artimas asmuo norėjo pasikalbėti su gydytoju apie Jūsų būklę, ar jie turėjo pakankamų galimybių tai padaryti?

- Taip
- Iš dalies
- Ne
- Nei šeima, nei draugai nebuvo įtraukti
- Niekam nereikėjo tokios informacijos
- Aš nenorėjau

22. Ar buvo pakankamai privatumo, aptariant Jūsų būklę ar gydymą?

- Taip
- Iš dalies
- Ne

23. Kiek minučių paprastai praeidavo iki tol, kai Jūs, paspaudę kvietimo mygtuką, gaudavote jums reikiamą pagalbą?

- 0 minučių (tuoj pat)
- 1-2 minutės
- 3-5 minutės
- Daugiau nei 5 minutės
- Negavau pagalbos, kai naudodavau kvietimo mygtuką
- Nenaudojau kvietimo mygtuko

SKAUSMO MALŠINIMAS

24. Ar Jums teko kęsti skausmą ligoninėje?

- Taip
- Ne

25. Ar Jūs galvojate, kad ligoninės personalas padarė viską, kad Jums sumažintų skausmą?

- Taip
- Iš dalies
- Ne

IŠRAŠYMAS IŠ LIGONINĖS

26. Ar išvykimo iš ligoninės dieną Jūsų išrašymas buvo derinamas(kaitaliojamas) arba užlaikytas dėl kokių nors priežasčių?

- Taip
- Ne

27. Kiek laiko truko Jūsų išrašymas iš ligoninės?

- Iki 1 valandos
- Ilgiau nei 1 valandą
- Ilgiau nei 2 valandas
- Ilgiau nei 4 valandas

28. Ar suprantamai medicinos darbuotojas Jums paaiškino vaistų, kuriuos teks vartoti namuose, paskirtį?

- Taip
- Iš dalies
- Ne
- Man nereikėjo paaiškinimo
- Man nebuvo skirti jokie vaistai

29. Ar išvykstant iš ligoninės medicinos darbuotojas paaiškino Jums, kokius galimus šalutinius vaistų poveikius turite stebėti?

- Taip
- Iš dalies
- Ne
- Man nereikėjo paaiškinimo

30. Ar medicinos darbuotojas paaiškino Jums, kokius pavojaus signalus, sietinus su liga, turėsite stebėti namuose?

- Taip
- Iš dalies
- Ne
- Tai nebuvo būtina

31. Ar medicinos darbuotojas pasakė Jums, į ką kreiptis, jei kiltų rūpesčių dėl Jūsų būklės ar gydymo išvykus iš ligoninės?

- Taip
- Ne
- Nežinau, negaliu prisiminti

32. Ar turėjote papildomų gydymo išlaidų?

- Taip
- Ne

33. Jei taip, kaip mokėjote:

- Savo valia
- Verčiamas personalo

BENDRASIS VERTINIMAS

34. Ar ligoninėje su Jumis buvo elgiamasi atsakingai ir pagarbiai?

- Taip
- Iš dalies
- Ne

35. Kaip vertinate bendrą gydytojų ir slaugytojų komandinį darbą?

- Labai gerai
- Gerai
- Patenkinamai

36. Kokiame skyriuje gydėtės?

- Chirurgijos ir traumatologijos
- Terapijos ir neurologijos
- Akušerijos ir ginekologijos
- Psichiatrijos

37. Kaip vertinate Jums suteiktą sveikatos priežiūrą?

- Puikiai
- Labai gerai
- Gerai
- Patenkinamai
- Blogai

APIE JUS

38. Jūsų lytis?

- Vyr.
- Mot.

39. Nuo kada sergate (įrašykite į langelius metus)

--	--	--	--

40. Jūsų gimimo metai (įrašykite į langelius)

--	--	--	--	--

Viešoji įstaiga Tauragės ligoninė

DARBUOTOJO KLAUSIMYNAS

Gerbiamieji darbuotojai,

Mums labai svarbi Jūsų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ligoninėje, kurią visi kartu nuolat tobuliname. Prašytume užpildyti šį klausimyną. Tyrimo duomenys bus panaudoti statistinei analizei apibendrintoje formoje ir panaudoti paslaugų bei kokybės vadybos sistemos gerinimui, ligoninės valdymo tobulinimui. Konfidencialumą garantuojame.

Kad tyrimas būtų sėkmingas, prašome atsakyti į kiekvieną klausimą. Labai svarbu, kad atsakymas būtų nuoširdus. Iš anksto dėkojame už dalyvavimą.

Prašome tinkamame langelyje ženklų „x“ pažymėti savo atsakymą į kiekvieną klausimą.

Pildymo data: 2012 m. _____ d.

1. Kaip vertinate darbo organizavimą ligoninėje ir vadovybės veiklą?

- Labai gerai
- Gerai
- Patenkinamai
- Blogai

2. Kaip darbuotojai įtraukiami į ligoninės veiklą?

- a) dalyvavimas susirinkimuose
 - Taip
 - Ne
 - b) informacijos pateikimas darbuotojams kitomis formomis (penkiaminutėse, darbo vietose)
 - Taip
 - Ne
 - c) vidaus audito grupės vadovo rengiami susitikimai
 - Taip
 - Ne
 - d) skelbimų lentos padaliniuose bei kitose bendrose patalpose
 - Taip
 - Ne
 - e) elektroninės ryšių priemonės: elektroninis paštas, intranetas
 - Taip
 - Ne
 - f) dalyvavimas rengiant dokumentus
 - Taip
 - Ne
 - g) pasiūlymų teikimas per darbuotojų apklausas
 - Taip
 - Ne
- 3. Ar ligoninėje kuriant darbo aplinką atsižvelgiama į:**
- a) kūrybiškumą
 - Taip
 - Ne

- b) darbuotojų nuomonę
- Taip
- Ne
- c) pacientų ir darbuotojų saugos taisykles bei rekomendacijas
- Taip
- Ne
- d) apsaugos priemonių naudojimą (kur reikia)
- Taip
- Ne
- e) tarpusavio bendradarbiavimą
- Taip
- Ne
- f) ligoninės darbuotojams skiriamas darbo priemones
- Taip
- Ne
- g) šildymą, apšvietimą, triukšmą, švarą
- Taip
- Ne
- 4. Ar, Jūsų nuomone, ligoninėje reikia diegti kokybės vadybos sistemą?**
- Taip
- Ne
- Nežinau
- 5. Kaip ligoninės vadovybė užtikrina kokybės valdymą?**
- a) nustato kokybės politiką ir strateginius tikslus
- Taip
- Ne
- b) nustato padalinių kokybės tikslus
- Taip
- Ne
- c) periodiškai atlieka vadovybės vertinimą
- Taip
- Ne
- d) skiria reikiamus išteklius, įrangą bei technines priemones
- Taip
- Ne
- e) organizuoja pacientų apklausas
- Taip
- Ne
- 6. Ar dirbdami laikotės kokybės vadybos sistemos dokumentų (procedūrų, darbo procedūrų) reikalavimų?**
- Taip
- Ne
- Iš dalies
- 7. Kaip vertinate darbuotojų tarpusavio bendravimą ir bendradarbiavimą?**
- Labai gerai
- Gerai
- Patenkinamai
- Blogai
- 8. Ar žinote savo pareigines instrukcijas?**
- Taip
- Ne
- Iš dalies
- 9. Ar didelis Jūsų darbo krūvis?**
- Taip
- Ne
- 10. Ar, Jūsų nuomone, skyriuje pakanka ?**

- a) gydytojų
- Taip
- Ne
- b) slaugytojų
- Taip
- Ne
- 11. Ar žinote pacientų teises?**
- Taip
- Ne
- Iš dalies
- 12. Ar užtenka laiko bendrauti su pacientais?**
- Taip
- Ne
- Iš dalies
- 13. Ar visada suteikiate informaciją pacientams?**
- Taip
- Ne
- Iš dalies
- 14. Ar ligoninėje išsiaiškinami paciento keliami reikalavimai (per pacientų apklausas, pageidavimus, pasiūlymus, skundus)?**
- Taip
- Ne
- 15. Ar turite galimybę kelti kvalifikaciją ligoninėje?**
- Taip
- Ne
- Iš dalies
- 16. Kokios yra ligoninės darbuotojų kvalifikacijos kėlimo formos?**
- a) kursai
- Taip
- Ne
- b) stažuotės
- Taip
- Ne
- c) paskaitos, pranešimai
- Taip
- Ne
- d) publikacijos
- Taip
- Ne
- e) mokslinės - praktinės konferencijos
- Taip
- Ne
- f) seminarai
- Taip
- Ne
- 17. Kokius poreikius galite patenkinti darbovietėje?**
- a) jaustis saugiai (turite pastovų darbą, atlyginimą ir pan.)
- Taip
- Ne
- b) maksimaliai išreikšti save darbe, pritaikant visus sugebėjimus
- Taip
- Ne
- c) būti pripažintas ir įgyti statusą
- Taip
- Ne
- 18. Kokio paskatinimo sulaukiate už atliktą darbą?**
- a) padėkos iš administracijos ar skyrių vedėjų

- Taip
- Ne
- b) naujų darbo priemonių (įrangos, aparatūros, aprangos)
- Taip
- Ne
- c) piniginės premijos
- Taip
- Ne
- d) priedo prie atlyginimo
- Taip
- Ne
- e) jokio paskatinimo
- Taip
- Ne
- 19. Ar esate patenkintas užmokesčiu už atliktą darbą?**
- Taip
- Ne
- Iš dalies
- 20. Ar esate patenkintas darbu ligoninėje?**
- Taip
- Ne
- Iš dalies
- 21. Kaip vertinate ligoninės įrangą, reikalingą tyrimams ir gydymui?**
- Labai gerai
- Gerai
- Patenkinamai
- Blogai
- 22. Kaip vertinate ligoninės patalpas (pastatus, darbo vietą)?**
- Labai gerai
- Gerai
- Patenkinamai
- Blogai
- 23. Ar, Jūsų nuomone, pagerėjo ligoninėje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė per pastaruosius ketverius metus?**
- Pagerėjo
- Nepakito
- Pablogėjo
- Neturiu nuomonės
- 24. Kaip vertinate sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ligoninėje?**
- Labai gerai
- Gerai
- Patenkinamai
- Blogai
- 25. Ko ligoninei labiausiai trūksta, kad galėtumėte labai gerai atlikti savo tiesioginį darbą?**
- a) finansavimo/lėšų
- b) aparatūros (diagnostinės, laboratorinės, gydomosios)
- c) kai kurių medikamentų
- d) kompiuterizuotų darbo vietų
- e) nieko netrūksta
- f) neturiu nuomonės
- 26. Jūsų pasiūlymai**
- 27. Jūsų amžius (įrašykite) _____**
- 28. Lytis**
- vyr.
- mot.
- 29. Jūsų darbo pobūdis**
- administracijos darbuotojas

- gydytojas
- slaugytojas

Dėkojame už atsakymus.

Ligoninės administracija

**VADYBOS SAVIVERTINIMO SKALĖ
(DARBUOTOJŲ KLAUSIMŲ GRUPAVIMAS)**

Vertinimo veiksniai	Vertė balais
<i>1 dalis. GALIMYBIŲ VERTINIMAS</i>	500
1 veiksnys. Vadovų veikla	100
1.1. Ar vadovybė nurodo veiklos kryptį, kurdama viziją, misiją ir vertybes?	25
1.1.1. ligoninės kokybės politika ir strateginiai tikslai nustatyti	6,25
1.1.2. ligoninės kokybės politika ir strateginiai tikslai nenustatyti	0
1.1.3. padalinių kokybės tikslai nustatyti	6,25
1.1.4. padalinių kokybės tikslai nenustatyti	0
1.1.5. vadovybė vykdo periodinį vertinimą	6,25
1.1.6. vadovybė nevykdo periodinio vertinimo	0
1.1.7. skiriami reikiami ištekliai, įranga bei techninės priemonės	6,25
1.1.8. neskiriami reikiami ištekliai, įranga bei techninės priemonės	0
1.2. Ar vadovybė kuria ir įgyvendina ligoninės veiklos ir pokyčių vadybos sistemą?	25
1.2.1. organizuojami darbuotojų susirinkimai	3,6
1.2.2. neorganizuojami darbuotojų susirinkimai	0
1.2.3. informacija darbuotojams teikiama penkminutėse, darbo vietose	3,6
1.2.4. informacija apie pokyčių vadybą neteikiama penkminutėse ar darbo vietose	0
1.2.5. informacija teikiama vidaus audito grupės vadovo rengiamuose susitikimuose	3,6
1.2.6. vidaus audito grupės vadovas nerengia tokių susitikimų	0
1.2.7. informacija skelbiama padalinių skelbimų lentose bei bendrosiose patalpose	3,6
1.2.8. informacija neskelbiama padalinių skelbimų lentose bei bendrosiose patalpose	0
1.2.9. informacija perduodama elektroninėmis ryšių priemonėmis: elektroniniu paštu, intranetu	3,6
1.2.10. Informacijos perdavimui nesinaudojama elektroninėmis ryšių priemonėmis: elektroniniu paštu, intranetu	0
1.2.11. darbuotojai dalyvauja rengiant dokumentus	3,6
1.2.12. darbuotojai nedalyvauja rengiant dokumentus	0
1.2.13. darbuotojai teikia siūlymus apklausų metu	3,6
1.2.14. darbuotojai neteikia siūlymų apklausų metu	0
1.3. Ar vadovybė motyvuoja ligoninės darbuotojus, teikia jiems pagalbą ir rodo pavyzdį?	25
1.3.1. atsižvelgia į darbuotojų kūrybiškumą	3,6
1.3.2. neatsižvelgia į darbuotojų kūrybiškumą	0
1.3.3. atsižvelgia į darbuotojų nuomonę	3,6
1.3.4. neatsižvelgia į darbuotojų nuomonę	0
1.3.5. atsižvelgia į pacientų ir darbuotojų saugos taisykles bei rekomendacijas	3,6
1.3.5. neatsižvelgia į pacientų ir darbuotojų saugos taisykles bei rekomendacijas	0
1.3.6. atsižvelgia į darbuotojų saugos priemonių naudojimą	3,6
1.3.7. neatsižvelgia į darbuotojų saugos priemonių naudojimą	0
1.3.8. atsižvelgia į darbuotojų tarpusavio bendradarbiavimą	3,6
1.3.9. neatsižvelgia į darbuotojų tarpusavio bendradarbiavimą	0
1.3.10. atsižvelgia į darbuotojams skiriamas darbo priemones	3,6
1.3.11. neatsižvelgia į darbuotojams skiriamas darbo priemones	0
1.3.12. kuriant darbo aplinką atsižvelgia į šildymą, apšvietimą, triukšmą, švarą	3,6
1.3.13. kuriant darbo aplinką neatsižvelgia į šildymą, apšvietimą, triukšmą, švarą	0
1.4. Ar vadovybė bendradarbiauja su kitomis suinteresuotomis šalimis, siekdama atsakomybės pasidalijimo?	25

1.4.1. darbuotojų tarpusavio bendravimas ir bendradarbiavimas labai geras	15
1.4.2. darbuotojų tarpusavio bendravimas ir bendradarbiavimas geras	8
1.4.3. darbuotojų tarpusavio bendravimas ir bendradarbiavimas patenkinamas	2
1.4.4. darbuotojų tarpusavio bendravimas ir bendradarbiavimas blogas	0
2 veiksnys. Politika ir strateginis planavimas	80
2.1. Ar renkama informacija apie esamus ir būsimus suinteresuotųjų šalių poreikius?	80
2.1.1. ligoninėje išsiaiškinami paciento keliami reikalavimai	80
2.1.2. ligoninėje nežinomi paciento keliami reikalavimai	0
3 veiksnys. Žmonės	90
3.1. Ar vadovybė planuoja, valdo ir tobulina žmogiškuosius išteklius, atsižvelgdama į strategiją ir planavimą?	30
3.1.1. Jūsų darbo krūvis normalus	8
3.1.2. Jūsų darbo krūvis nenormalus (per didelis arba per mažas)	2
3.1.3. skyriuje pakanka gydytojų	8
3.1.4. skyriuje trūksta gydytojų	2
3.1.5. skyriuje pakanka slaugytojų	8
3.1.6. skyriuje trūksta slaugytojų	2
3.2. Ar vadovybė nustato, plėtoja ir panaudoja darbuotojų kompetenciją, sieja ją su individualiais ir ligoninės tikslais?	30
3.2.1. ar turite galimybę kelti kvalifikaciją ligoninėje (taip)	22
3.2.2. ar turite galimybę kelti kvalifikaciją ligoninėje (ne)	0
3.2.3. ar turite galimybę kelti kvalifikaciją ligoninėje (iš dalies)	2
3.2.4. Jūsų kvalifikacijos kėlimo forma (kursai)	1
3.2.5. Jūsų kvalifikacijos kėlimo forma (stažuotės)	1
3.2.6. Jūsų kvalifikacijos kėlimo forma (paskaitos, pranešimai)	1
3.2.7. Jūsų kvalifikacijos kėlimo forma (publikacijos)	1
3.2.8. Jūsų kvalifikacijos kėlimo forma (mokslinės praktinės konferencijos)	1
3.2.9. Jūsų kvalifikacijos kėlimo forma (seminarai)	1
3.3. Ar vadovybė įtraukia darbuotojus į atvirą dialogą ir įgalina juos veikti?	30
3.3.1. ar žinote savo pareigines instrukcijas (taip)	25
3.3.2. ar žinote savo pareigines instrukcijas (ne)	5
3.3.3. ar žinote savo pareigines instrukcijas (iš dalies)	0
4 veiksnys. Partnerystė ir ištekliai	90
4.1. Ar plėtojama ir įgyvendinama partnerystė su pacientais ir klientais?	22,5
4.1.1. ar užtenka laiko pabendrauti su pacientais (taip)	10
4.1.2. ar užtenka laiko pabendrauti su pacientais (ne)	0
4.1.3. ar užtenka laiko pabendrauti su pacientais (ne visada)	0
4.1.4. ar suteikiate informaciją pacientams (visada)	12,5
4.1.5. ar suteikiate informaciją pacientams (niekada)	0
4.1.6. ar suteikiate informaciją pacientams (ne visada)	0
4.2. Ar vadovybė valdo finansus?	22,5
4.2.1. ar Jus tenkina darbo užmokestis (taip)	10,5
4.2.2. ar Jus tenkina darbo užmokestis (ne)	4
4.2.3. ar Jus tenkina darbo užmokestis (iš dalies)	8
4.3. Ar vadovybė valdo technologijas?	22,5
4.3.1. tyrimams ir gydymui esamą įrangą vertinu labai gerai	8
4.3.2. tyrimams ir gydymui esamą įrangą vertinu gerai	6
4.3.3. tyrimams ir gydymui esamą įrangą vertinu patenkinamai	4
4.3.4. tyrimams ir gydymui esamą įrangą vertinu blogai	0

4.3.5. ko ligoninei labiausiai trūksta, kad labai gerai atliktumėte savo darbą (lėšų)	1
4.3.6. ko ligoninei labiausiai trūksta, kad labai gerai atliktumėte savo darbą (įrangos)	1
4.3.7. ko ligoninei labiausiai trūksta, kad labai gerai atliktumėte savo darbą (vaistų)	0
4.3.8. ko ligoninei labiausiai trūksta, kad labai gerai atliktumėte savo darbą (kompiuterių)	1
4.3.9. ko ligoninei labiausiai trūksta, kad labai gerai atliktumėte savo darbą (nieko netrūksta)	1
4.3.10. ko ligoninei labiausiai trūksta, kad labai gerai atliktumėte savo darbą (neturiu nuomonės)	0,5
4.4. Ar vadovybė valdo ligoninės pastatus?	22,5
Kaip vertinate ligoninės patalpas, pastatus, darbo vietą (labai gerai)	10,5
Kaip vertinate ligoninės patalpas, pastatus, darbo vietą (gerai)	6
Kaip vertinate ligoninės patalpas, pastatus, darbo vietą (patenkinamai)	4
Kaip vertinate ligoninės patalpas, pastatus, darbo vietą (blogai)	2
5 veiksnys. Procesų ir pokyčių valdymas	140
5.1. Ar ligoninėje vyksta nuolatinis procesų gerinimas?	70
5.1.1. sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ligoninėje per pastaruosius trejus metus pagerėjo	60
5.1.2. sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ligoninėje per pastaruosius trejus metus nepakito	10
5.1.3. sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ligoninėje per pastaruosius trejus metus pablogėjo	0
5.1.4. neturiu nuomonės dėl sveikatos priežiūros paslaugų kokybės pokyčių ligoninėje per pastaruosius trejus metus	0
5.2. Ar ligoninėje nustatyti valdomi ir gerinami procesai?	70
5.2.1. ar reikia ligoninėje diegti kokybės vadybos sistemą (taip)	10
5.2.2. ar reikia ligoninėje diegti kokybės vadybos sistemą (ne)	0
5.2.3. ar reikia ligoninėje diegti kokybės vadybos sistemą (nežinau)	0
5.2.4. ar vykdate kokybės vadybos sistemos dokumentų (procedūrų, darbo procedūrų aprašų) reikalavimus (taip)	60
5.2.5. ar vykdate kokybės vadybos sistemos dokumentų (procedūrų, darbo procedūrų) reikalavimus (ne)	0
5.2.6. ar vykdate kokybės vadybos sistemos dokumentų (procedūrų, darbo procedūrų) reikalavimus (iš dalies)	0
2 dalis. REZULTATŲ VERTINIMAS	500
6 veiksnys. Darbuotojų reikmių tenkinimas	90
6.1. Ar sukurta ir įteisinta darbuotojų motyvacijos sistema, pagrįsta darbuotojų rezultatų vertinimu?	90
6.1.1. skatinimas už gerus darbo rezultatus – vadovų padėka	10
6.1.2. skatinimas už gerus darbo rezultatus – naujos darbo priemonės	10
6.1.3. skatinimas už gerus darbo rezultatus – piniginė premija	20
6.1.4. skatinimas už gerus darbo rezultatus – atlyginimo priedas	20
6.1.5. skatinimo už gerus darbo rezultatus nebuvo	0
6.1.6. dirbdami ligoninėje jaučiamės saugiai	10
6.1.7. dirbdami ligoninėje nesijaučiame saugūs	0
6.1.8. veikloje pritaikome savo sugebėjimus	10
6.1.9. savo sugebėjimų nepritaikome veikloje	0
6.1.10. Jūsų nuopelnai pripažįstami	10
6.1.11. Jūsų nuopelnai nepripažįstami	0
7 veiksnys. Pacientų reikmių tenkinimas	200
7.1. Ar ligoninėje nustatyti reikalavimai, užtikrinantys, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos pagal galiojančius įstatymų ir kitų teisės aktų reikalavimus?	100
7.1.1. pacientų teisės Jums gerai žinomos	100

7.1.2. pacientų teisių nežinote	0
7.1.3. pacientų teisės Jums žinomos iš dalies	0
7.2. Ar rengiamos pacientų apklausos, siekiant išaiškinti pacientų reikmes ir lūkesčius?	100
7.2.1. pacientų apklausos vykdomos	100
7.2.1. pacientų apklausos nevykdomos	0
8 veiksnys. Ligoninės nauda ir atsakomybė visuomenei	60
8.1. Ar ligoninės veiklai būdingos teigiamos tendencijos?	60
8.1.1. sveikatos priežiūros paslaugų kokybė per pastaruosius trejus metus pagerėjo	50
8.1.2. sveikatos priežiūros paslaugų kokybė per pastaruosius trejus metus nepakito	10
8.1.3. sveikatos priežiūros paslaugų kokybė per pastaruosius trejus metus pablogėjo	0
8.1.4. neturiu nuomonės	0
9 veiksnys. Pagrindinės veiklos rezultatai	150
9.1. Ar ligoninės veiklos rodikliai sugretinami su analogiškais kitų ligoninių rodikliais?	150
9.1.1. sveikatos priežiūros paslaugų kokybė vertinama labai gerai	50
9.1.2. sveikatos priežiūros paslaugų kokybė vertinama patenkinamai	20
9.1.3. darbo organizavimas ir vadovų veikla vertinama labai gerai	40
9.1.4. darbo organizavimas ir vadovų veikla vertinama gerai	10
9.1.5. darbo organizavimas ir vadovų veikla vertinama patenkinamai	5
9.1.6. darbo organizavimas ir vadovų veikla vertinama blogai	0
9.1.7. savo darbu ligoninėje esate patenkintas	20
9.1.8. savo darbu ligoninėje esate nepatenkintas	0
9.1.9. savo darbu ligoninėje esate patenkintas iš dalies	5
Balų suma	1000