

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS

POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

MICHAIL ALPATOV

**Ligoninių tarptautinių akreditavimo modelių
palyginamoji analizė**

Magistro baigiamasis darbas

**Vadovė
prof. dr. D. Jankauskienė**

VILNIUS, 2014

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

MICHAIL ALPATOV

**Ligoninių tarptautinių akreditavimo modelių
palyginamoji analizė**

Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas

**Sveikatos politikos ir vadybos
studijų programa 621L22004**

Vadovė
prof. dr. D. Jankauskienė

Atliko
SPVmis 2 – 01 gr.
stud. M. Alpatov
2014 03 19

VILNIUS, 2014

TURINYS

IVADAS.....	8
1. AKREDITAVIMO REIKŠMĖ SVEIKATOS SISTEMOJE.....	12
1.1. Ligoninių akreditavimo kintamieji veiksniai.....	13
1.2. Ligoninių akreditavimo proceso kliūtys.....	14
1.3. Pagrindiniai ligoninių akreditavimo tikslai.....	15
1.4. Kokybės užtikrinimo lygiai.....	16
2. PASAULIO ŠALIŲ LIGONINIŲ AKREDITAVIMO SISTEMOS.....	17
2.1. Tarptautiniai ir nacionaliniai šaltiniai.....	18
2.2. Išorinio vertinimo modeliai.....	20
2.3. Tarptautinių akreditavimo standartų plėtra.....	25
3. ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ AKREDITAVIMAS LIETUVOJE	30
4. LIGONINIŲ AKREDITAVIMO MODELIŲ PRIVALUMAI IR TRŪKUMAI	35
4.1. Akreditavimo programų palyginimas.....	36
5. TINKAMIAUSIO AKREDITAVIMO MODELIO DIEGIMO PRINCIPAI....	43
6. LIETUVOS AKREDITAVIMO SISTEMOS VEIKLOS EFEKTYVUMO VERTINIMAS (EMPIRINIS TYRIMAS).....	49
6.1. Bendroji tyrimo proceso logika.....	49
6.2. Tyrimo etikos principai.....	49
6.3. Kokybinio tyrimo gydytojų interviu etapas (tyrimo imtis, instrumentas).....	49
6.4. Kokybinio tyrimo gydytojų interviu rezultatų analizė.....	50
IŠVADOS.....	58
PASIŪLYMAI.....	59
LITERATŪRA.....	60
ANOTACIJA LIETUVIŲ IR ANGLŲ KALBOMIS.....	65
SANTRAUKA LIETUVIŲ KALBA.....	67
SANTRAUKA ANGLŲ KALBA.....	68
PRIEDAI.....	70

LENTELĖS

1 lentelė. Akreditavimo veiklos pradžios metai.....	19
2 lentelė. Akreditacijos programos "Europa 2002".....	20
3 lentelė. NABH standartų struktūra.....	29
4 lentelė. Išorinio vertinimo būdų skirtumai.....	32
5 lentelė. Įvairių ligoninių akreditacijos programų citavimo dažnis.....	36
6 lentelė. Ligoninių akreditavimo programų palyginimas remiantis 23 apibrėžtais požymiais....	37
7 lentelė. Demografinės tyrimo dalyvių, gydytojų, charakteristikos (n = 6).....	50
8 lentelė. Gydytojų požiūris į Lietuvos akreditavimo sistemą.....	51
9 lentelė. Gydytojų požiūris apie kas 5 metai taikomą akreditavimo procedūrą.....	52
10 lentelė. Priemonės dabartinei akreditavimo sistemai pagerinti.....	54
11 lentelė. Kokybės gerinimo metodai.....	54
12 lentelė. Kokybės gerinimo metodų informacijos prieinamumas.....	55
13 lentelė. Rekomendacijos procesui pagerinti.....	56

PAVEIKSLAI

1 pav. Pasaulinis nacionalinių akreditavimo programų vystymasis.....	12
2 pav. Kokybės užtikrinimo lygiai.....	16
3 pav. Pasaulio akreditavimo centrų vystymosi dinamika.....	17

NAUDOJAMI SUTRUMPINIMAI

AAAHC Accreditation Association for Ambulatory Health Care, USA (Ambulatorinės sveikatos priežiūros akreditavimo asociacija, JAV)

ACHS Australian Council on Healthcare Standards (Australijos Sveikatos priežiūros standartų taryba)

ALPHA Agenda for Leadership in Programs for Healthcare Achievement (ALPHA Sveikatos pasiekimų programos lyderystės darbotvarkė)

ANAES Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé (France) (Nacionalinė akreditacijos ir Sveikatos vertinimo agentūra (Prancūzija))

CCHSA Canadian Council on Health Services Accreditation (Kanados Taryba dėl sveikatos priežiūros paslaugų akreditacijos)

COHSASA Council on Health Service Accreditation for Southern Africa (Taryba dėl sveikatos priežiūros paslaugų akreditacijos Pietų Afrikoje)

CSB Clinical Standards Board (Klinikinių standartų valdyba)

HAP Healthcare Accreditation Program (UK) (Sveikatos priežiūros akreditavimo programa (Jungtinė Karalystė))

HQS Health Quality Service (UK) (Sveikatos paslaugų kokybė (Jungtinė Karalystė))

ISO International Organization for Standardization (Tarptautinė standartizacijos organizacija)

ISQua International Society for Quality in Health Care (Tarptautinė visuomenės sveikatos priežiūros kokybė)

JCAHO Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Jungtinė Komisija dėl akreditacijos sveikatos priežiūros įstaigoms)

JCI Joint Commission International (Tarptautinė Jungtinė Komisija)

MATH Major Academic Teaching Hospitals Accreditation Project (Ireland) (Pagrindinis ligoninių akademinio mokymo akreditacijos projektas (Airija))

NCQA National Committee for Quality Assurance, USA (Nacionalinis kokybės užtikrinimo komitetas, JAV)

NCQA National Centre for Quality Assessment in Health Care (Poland) (Nacionalinis sveikatos priežiūros kokybės vertinimo centras (Lenkija))

NGO Non-governmental organization (Nevyriausybė organizacija)

NIAZ Netherlands Institute for Accreditation of Hospitals (Nyderlandų Ligoninių akreditacijos institutas)

QAP Quality Assurance Project (USA) (Kokybės užtikrinimo projektas (JAV))

USAID United States Agency for International Development (JAV Tarptautinės plėtros Agentūra)

WHO World Health Organization (Pasaulio sveikatos organizacija)

TQM Total quality management (Visuotinės kokybės vadyba)

CQI Chartered Quality Institute (Kokybės užtikrinimo institutas)

PAHO Pan American Health Organization (Pan Amerikos Sveikatos organizacija)

OECD Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija)

EFQM European Foundation for Quality Management (Europos kokybės vadybos fondas)

QIC Quality Improvement Council, Australia (Kokybės gerinimo taryba, Australija)

AGPAL Australian General Practice Accreditation Ltd (Australijos bendrosios praktikos akreditavimo akcinė bendrovė)

ExPeRT External Peer Review Techniques (EU project) (Išoriniai tarpusavio peržiūros metodai (ES Projektas))

ITAES Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud [Technical Institute for Accreditation of Health Facilities], Argentina (Sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo technikos institutas, Argentina)

CHASP Community Health Accreditation and Standards Program (now QIC), Australia (Sveikatos priežiūros ir akreditavimo bendrijos standartų programa (dabar QIC), Australija)

NHS National Health Service (Nacionalinė sveikatos tarnyba)

VASPT Valstybinė Akreditavimo Sveikatos Priežiūros Veiklai Tarnyba

QHNZ Quality Health New Zealand (Naujosios Zelandijos sveikatos kokybė)

HAPNZ Health Accreditation Programme For New Zealand (Naujosios Zelandijos Sveikatos priežiūros akreditavimo programa)

CBAHI Central Board For Accreditation Of Healthcare Institutions (Centrinė sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo valdyba)

NABH National Accreditation Board for Hospitals (Ligoninių nacionalinė akreditacijos valdyba)

IVADAS

Darbo aktualumas. Akreditavimas yra procesas, kurio metu paprastai nevyriausybinių ir nepriklausoma įstaiga vertina sveikatos priežiūros organizaciją, siekdama nustatyti, ar ji atitinka tam tikrus reikalavimus, kuriais siekiama pagerinti sveikatos priežiūros kokybę. Akreditavimas – įstaigos savanoriškai inicijuotas įvertinimas, ar ji atitinka nustatytus sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybės standartus, ir akreditavimo pažymėjimo išdavimas. Proceso savanoriškumas turi pranašumą prieš privalomus reikalavimus, nes nustato ne minimalius standartus, o pasiekiamus. Akreditavimo tikslas – kokybės gerinimas. Akredituota įstaiga įsipareigoja gerinti pacientų priežiūros kokybę ir/ar paslaugas, užtikrina saugią aplinką ir nuolat dirba, siekdama sumažinti pacientų ir personalo riziką. Pasaulyje tai vertinama kaip veiksmingas kokybės vertinimo ir valdymo įrankis ¹.

Nemažai pasaulio valstybių jau naudoja savo sukurtu arba kitu tarptautiniu akreditavimo modeliu. Palyginus su kitomis šalimis Lietuva ne tik kad neturi savo, bet ir nesinaudoja jokių kitų tarptautiniu akreditavimo modeliu. Idėja sukurti modelį Lietuvoje yra sena, todėl reikalauja permąstymo ir atnaujinimo. Šiuo metu Lietuvoje nėra bendro įstaigų akreditavimo modelio, o akreditacija vykdoma pagal atskiras sferas. Dėl to šis darbas yra labai reikalingas ir aktualus dabartinei Lietuvos sveikatos sistemai. Geras sveikatos priežiūros sistemų valdymo pavyzdys yra efektyvumo ir kokybės pristatymas vartotojams, bendruomenei ir finansuotojams.

Sveikatos priežiūros sistemų akreditacija yra vis labiau pastebima kaip metodas, užtikrinantis sveikatos priežiūros paslaugų standartus, finansavimą ir sveikatos priežiūros sąlygas privačioje ir viešojoje sistemoje. Šalyse, kur sveikatos priežiūra yra didžiąja dalimi nefinansuojama vyriausybės, didesnę poveikį turi tiekėjai, kurie naudoja rinkodaros pranašumais, taip darydami įtaką saugumo ir kokybės užtikrinimui. Kita vertus, viešai finansuojamose sistemose užtikrinamas nepriklausomas kokybės draudimas. Per praėjusius dešimtmečius kokybės gerinimas buvo apribotas paslaugų ir gamybinio sektoriaus, kurie įsiliejo į sveikatos priežiūros sektorių. Joseph Juran ir Edwards Deming pateikė pagrindines kokybės draudimo ir pagerinimo teorijas, kurios buvo pateiktos, kaip visapusiški kokybės vadybos metodai: Visapusiški Kokybės Vadybos (TQM) ir Nuolatinio Kokybės Gerinimo (CQI). Šių teorijų dėka žmonės, priimančius nutarimą (visais lygmenimis) siekia objektyvių kokybiškų įvertinimo duomenų apie sveikatos priežiūros organizacijas. Licenzijavimas, akreditacija ir sertifikavimas yra sistemos, vertinančios kokybės ir eksploatacinių savybių informaciją. Kaip

¹ Rooney AL, van Ostenberg PR. Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality. Center for Human Services (CHS), 1999. 3-4.

pažymi A.L.Rooney, „šios sistemos turi skirtingus tikslus ir skirtingą gebėjimą²“. Siūlomas objektyvus metodas patikrinti sveikatos apsaugos sistemos tiekėjus ir jų atitikimą priimtiems standartams³. Įvairiose pramonės šakose akreditacija yra pripažinta kaip kokybės simbolis, parodantis, kad organizacija atitinka tam tikrus standartus ir suteikia organizacijai galimybę vertinti operacijas pagal nacionalinius ar tarptautinius standartus⁴. Priimtais laiko terminais akreditacija vykdoma pagal savanorišką programą, kuri dažniausiai paremta nevyriausybės agentūros (NGOs), kuri parengia išorinius recenzentus bei įvertina sveikatos priežiūros organizacijos atitikimą nustatytiems atlikimo standartams. Norint sveikatos priežiūros įstaigai akredituotis, t.y. atitikti reikiamus standartus, kompetentingų recenzentų grupė atlieka vertinimą kas dveji-treji metai (Shaw, 2004). Vertinimas yra daromas pagal dokumentacijos apžvalgos politiką, standartus, procedūras, interviu su vadybininkais, darbuotojais ir pacientais (kartais remiamasi ir tiesioginių stebėjimų praktika). Kita akreditacijos nauda yra vidaus ryšio bei komandinio darbo sustiprėjimas, kokybiškos darbotvarkės integracija, vidaus savianalizės skatinimas, ligoninių įvaizdžio pagerinimas ir vartotojo, pirkėjo bei darbuotojų pasitenkinimas bei atsiradusi motyvacija standartizuoti klinikinę ir administracinę tvarką, mokymąsi iš recenzentų patirties. Akreditavimo procesai ir pagrindiniai standartai turi atitikti kiekvienos šalies poreikius bei lūkesčius. Jeigu sveikatos priežiūros sistemų pagrindinis tikslas visose šalyse yra labai panašus, tada geriau išvystytų šalių patirtis perimama į silpniau išvystytų šalių sveikatos sistemas (Shaw, 2004). Kaip pastebėjo Donahue, „šiuo metu daug šalių priima ir pakeičia akreditavimo sistemas, išvystytas kitose šalyse. Pavyzdžiui, Airija naudoja Kanados Tarybos Sveikatos apsaugos akreditavimo (CCHSA) sistemą. Daugelis privačių ligoninių Indijoje naudoja JACHO sistemą, o Honkonge - Australijos Tarybos Sveikatos priežiūros Standartų sistemą⁵“.

Temos ištirtumas. Sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo problema plačiai nagrinėta užsienio mokslininkų darbuose. Shaw CD^{6 7 8}, Safdari R, Rooney AL, van Ostenberg tyrinėjo akreditavimo proceso įrankius, išorinį sveikatos priežiūros vertinimą, požūrį į sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, sveikatos priežiūros paslaugų akreditavimo programas, Europos

² Rooney AL, van Ostenberg PR. Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality. Center for Human Services (CHS), 1999. 1-2.

³ Shaw CD. Toolkit for accreditation programs. Melbourne: International Society for Quality in Health Care (ISQua) 2004.

⁴ Safdari R, Meidani Z. Health Services Accreditation Standards for Information management in Canada, New Zealand and USA: A Comparative Study. J Res Health Sci 2006;6 (1):1-7.

⁵ Donahue KT, Van Ostenberg P. Joint Commission International Accreditation: relationship of four models of evaluation. IJQHC 2000;12 (3):243-6.

⁶ Shaw CD, Collins CD. Health service accreditation: report of a pilot programme for community hospitals. BMJ 1995;310:781-4.

⁷ Shaw CD. External assessment of health care. Br Med J 2001; 322: 851-4

⁸ Shaw CD. Survey of European accreditation programmes. 2002 unpublished

akreditavimo programų apklausą. Arce H.⁹, El-Jardali F.¹⁰¹¹ analizavo ligoninių akreditavimo poveikį sveikatos priežiūros kokybei. Petichenko A.¹² vertino medicininių įstaigų akreditaciją kaip įrankį kokybei pasiekti.

Darbo naujumas. Akreditacija yra raktas į kokybišką sveikatos priežiūrą, kuri užtikrina gerą visuomenės narių sveikatą, o taip pat ir valstybės klestėjimą. Problemos, susijusios su sveikatos paslaugų kokybės gerinimu, šalies sveikatos apsaugos sistemos bei politikos formavimu, vis dar yra menkai ištirtos. Ekonominės krizės pasekmės tiesiogiai veikė šalies ekonomiką. Tai itin paveikė ir sveikatos apsaugos sistemą. Taigi, akreditavimo proceso analizė, siekiant šalies visapusiško darnaus vystymosi, atspindi darbo naujumą.

Darbo objektas. Ligoninių tarptautinio akreditavimo modelių taikymas.

Darbo problema. Lietuvos akreditavimo modelio unifikavimo tobulinimas. Skirtingos šalys turi skirtingus požiūrius į sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimą ir standartų gerinimą. Kai kuriose šalyse sveikatos priežiūros kokybės garantija rūpinasi profesinės organizacijos ir tiekėjo asociacijos. Dalyvavimas kokybiškose draudimo programose yra didžiaja dalimi savanoriškas ar reguliuojamas finansuotojų reikalavimų. Kitose šalyse, ypač kur valstybė yra svarbiausias finansuotojas ir sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjas, visa kontrolė yra paskirta sveikatos sektoriui, paliekant menką vietą profesinei autonomijai ir vartotojų įsipareigojimams. Deja, tai dažnai susiję su minimaliais standartais ir pernelyg mažu atvirumu.

Tyrimo hipotetinis teiginys. Šiuo metu Lietuvoje veikiantis ligoninių akreditavimo modelis nėra pakankamai efektyvus, nes eliminuoja kompleksiskumą.

Darbo tikslas. Išanalizuoti ir palyginti ligoninių tarptautinius akreditavimo modelius ir pateikti pasiūlymus Lietuvai.

Darbo uždaviniai:

1. Išanalizuoti ir įvertinti akreditavimo kaip instrumento reikšmę sveikatos sistemoje;
2. Išnagrinėti kitų valstybių ligoninių akreditavimo sistemas ir jas palyginti;
3. Išnagrinėti Lietuvoje taikomą sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo sistemą;
4. Įvertinti ligoninių tarptautinių akreditavimo modelių tinkamumą Lietuvos sveikatos sistemai;
5. Įvertinti medikų požiūrį apie Lietuvos akreditavimo sistemą.

⁹ Arce H. Accreditation: the Argentine experience in the Latin American region. *International Journal for Quality in Health Care*, 1999, 11:425–428.

¹⁰ El-Jardali F, Tchaghchaghian V, Jamal D. Assessment of human resources management practices in Lebanese hospitals. *HRH* 2009;7:1-9.

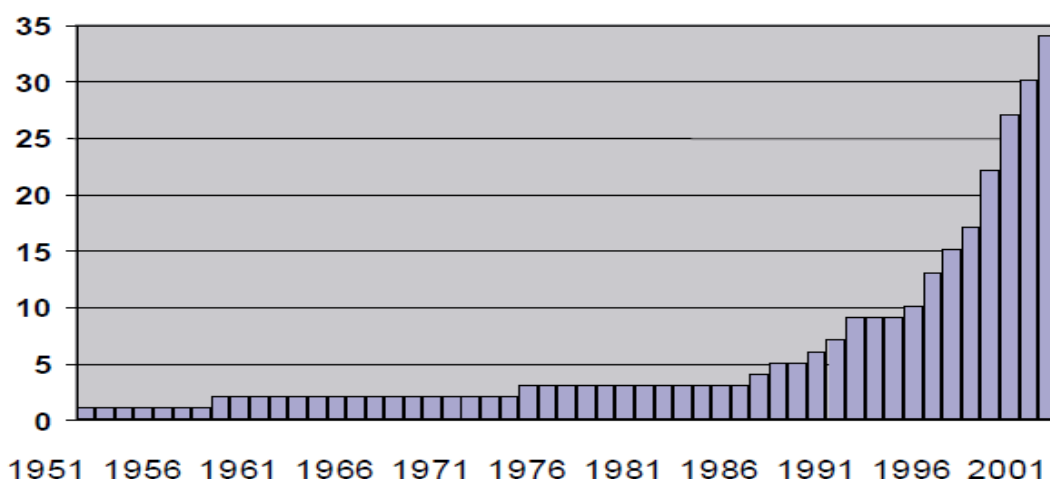
¹¹ El-Jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammar W, Tchaghchaghian V. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. *IJQHC* 2008;20 (5):363–71.

¹² Petichenko A.V. Accreditation of healthcare organizations as vector of achievement of quality. *Quality Management in Public Health and Social Development* № 1 (11)/2012, 122-129.

Tyrimo metodai. Pagrindinis darbe naudojamas metodas yra sisteminė analizė, kuri skirta ligoninių tarptautinio akreditavimo modelių palyginimui. Be to, naudojamas aprašomasis mokslinės literatūros analizės metodas bei kokybinis tyrimas - interviu.

1. Akreditavimo reikšmė sveikatos sistemoje

Mažiau nei prieš dešimtmetį akreditacija dar nebuvo įtraukta į daugelio šalių ir sveikatos apsaugos įstaigų darbotvarkę. Dabar visuose pasaulio regionuose yra įsikūrusios akreditacijos įstaigos ir agentūros. Buvo pasisemta patirties, kaip įgyvendinti akreditaciją ir kaip pagerinti paslaugas, žinias ir produktus, kurie yra numatyti gyventojams. Ši patirtis yra iš išsivysčiusių šalių. Per pastarąjį dešimtmetį sveikatos priežiūros sistemos organizavimo ir administravimo formos daugelyje šalių buvo reformuotos. Tinkamas rūpinimosi standartas tapo svarstoma problema ne tik vietos vadovams ir politinėms institucijoms, bet ir pacientams, kurie vis dažniau įvardijami kaip „vartotojai“. Jei pažvelgtume į akreditacijos patvirtinimo žemėlapi, pamatytume, kad tarp pradedančiųjų šalių buvo šalys, kurių ekonomika išsivystė nuo šeštojo dešimtmečio iki dešimtojo dešimtmečio. O jei pažvelgtume, koku greičiu vystėsi, tai galima pripažinti lėtą vystymosi pradžią per pirmus tris dešimtmečius (su labai mažu skaičiumi šalių, priimančių šią naują). Tik dešimtajame dešimtmetyje, gerokai padidėjus šalims, taikančioms akreditacijos operacijas, pradeda keistis kreivė (1 pav.). 2002 metais akreditavimo sistemos buvo aiškiai nustatytos daugiau nei 39 pasaulio šalyse. Vadinas, yra didžiulis poreikis daug nuveikti siekiant skatinti panašų išipareigojimą šalims, kuriose dar nėra akreditavimo sistemos. Kadangi tai yra procesas, kuris turi būti numatytas, atsižvelgiant į kiekvienos šalies reikalavimus ir lūkesčius, priemonės yra pateikiamos atsižvelgiant į įgytą patirtį. Daugelis šalių yra suinteresuotos teikti geresnes sveikatos priežiūros paslaugas savo gyventojams.¹³



Pav. 1 Pasaulinis nacionalinių akreditavimo programų vystymasis.

Šaltinis : Shaw CD. Toolkit for accreditation programs. Melbourne: International Society for Quality in Health Care (ISQua) 2004

¹³ Shaw CD. Toolkit for accreditation programs. Melbourne: International Society for Quality in Health Care (ISQua) 2004, foreword.

1.1. Ligoninių akreditavimo kintamieji veiksniai

Per pastaruosius dešimt metų visame pasaulyje vyko nacionalinių ir regioninių akreditavimo programų spartus augimas, skirtas sveikatos priežiūros paslaugų sukūrimui. Šios programos buvo inicijuotos vyriausybių, o ne medicinos profesijų atstovų. Aiškus poreikis buvo jaučiamas įgyvendinant paprastas sveikatos priežiūros paslaugų akreditacijos priemones per valstybės ar sveikatos priežiūros organizacijas. Praėjusio dešimtmečio patirtis rodo, kad akreditavimas yra vertinga technologija kokybės gerinimui. Bet akreditacijos programos veiksmingumas, taip pat jos prieinamumas bei tvarumas, galiausiai priklauso nuo daugelio kintamųjų veiksnių, konkrečios šalies ar organizacijų, dalyvaujančių sveikatos priežiūros aplinkoje. Ji taip pat priklauso nuo atitinkamos programos tipo ir nuo to, kaip ji yra įgyvendinama.

Šie kintamieji yra sprendžiami pagal keturias pagrindines grupes: politikos, organizacijos, metodų, išteklių.

Politikos grupei yra svarbu, koks yra siūlomos programos tikslas? Kaip jis galėtų papildyti ar pakeisti alternatyvius mechanizmus, pavyzdžiui, licencijavimo ir sertifikavimo? Kaip tai atitinka gyventojų ir susijusių profesijų kultūrą? Kas paskatintų dalyvauti? **Organizacijos grupė** rūpinasi, kokie žmonės („suinteresuotosios šalys“) labiausiai galėtų būti paveikti ir dalyvauti? Ką reglamentuoja programa? Kaip užtikrinti susijusių nepriklausomų agentūrų suderinamumą su reguliavimu? **Metodų grupė** sprendžia, kokie standartai galioja? Kokie vertinimai būtų patikimi? Kaip vertintojai būtų apmokomi ir iš naujo patvirtinami? Kokios procedūros ir rezultatai būtų skaidrūs ir teisingi? **Išteklių grupė** vertina, kokios yra duomenų, informacijos ir mokymo pasekmės? Kokios yra dalyvaujančių institucijų išlaidos? Kiek užtruks sukurti tvarią programą? Kiek kainuoja ją įsteigti ¹⁴?

Tarptautinės sveikatos priežiūros kokybės organizacijos (ISQua) Taryba ALPHA posėdyje 2001-ųjų liepą (Paryžiuje) pažymėjo pakankamą akreditavimo įstaigų suinteresuotumą, taip pat sveikatos projekto finansuotojų įgyvendinimo veiksmus. Ji sutiko:

- 1) teikti visuotinai priimtina priemonę, skirtą įvertinti pasirengimui ir (ar įmanoma) akreditacijos įgyvendinimui šalyje ar regione;
- 2) teikti, kaip įrankį:
 - prioritetinių klausimų kontrolinio sąrašo apsvaustymą, pradedant akreditacijos programa;
 - aprašomojo pobūdžio įrodymus, remiant šių dalykų tinkamumą;
 - pagrindinių sąvokų sąrašą.

¹⁴ Shaw CD. Toolkit for accreditation programs. Melbourne: International Society for Quality in Health Care (ISQua) 2004, p1..

3) siekti įrankių prieinamumo tiems, kurie dalyvauja priimant sprendimus įgyvendinant akreditacijos programas, pavyzdžiui, Pasaulio bankas, PSO, akredituotieji ir kt.

Daugelyje šalių akreditacija sukurta kaip veiksminga strategija, kuri nuolat gerina sveikatos priežiūros įstaigų ir sistemų naudą vartotojams, vadybininkams, sveikatos priežiūros atstovams ir kitoms suinteresuotoms šalims. Tačiau akreditavimo technologija skirtingose šalyse nėra tinkamai įdiegta, todėl neduoda geriausių rezultatų¹⁵.

1.2 Ligoninių akreditavimo proceso kliūtys

1. Aiškumo:

Nepavykus rasti pusiausvyros tarp gerinimo tikslų (vidaus organizacinė plėtra) ir reglamento (išorės kontrolė) per bendrą kokybės politikos, sveikatos priežiūros sistemą.

2. Tinkama technologija:

Nesugebėjimas atskirti akreditavimo, licencijavimo ir reguliavimo metodų bei jų suderinimo, nustatant tikslus.

3. Kokybės kultūra:

Nesugebėjimas nustatyti suinteresuotų šalių ir įtraukti jas akreditavimo programą;

Nenoras dalintis informacija, įgaliojimais ir atsakomybe.

4. Motyvacija:

Priklausomybė nuo direktyvų ir sankcijų, o ne vidinis organizacinis įsipareigojimas tobulėti, lengvatinis finansavimas ir profesinis tobulėjimas;

Paviršutiniškas standartų laikymasis;

Darbdavių nenoras matyti darbuotojus akreditavimo inspektoriams;

Akreditavimo inspektorių nenoras dirbti be papildomo užmokesčio.

5. Nepriklausomybė:

Vyriausybės programos krypties dominavimas dėl viešųjų paslaugų interesų konflikto vertinimo;

Demotivacija ir kitų suinteresuotųjų šalių bei trumpalaikių politinių pokyčių pažeidžiamumas.

6. Atsakomybės apimtis:

Nerealūs lūkesčiai: akreditacijos programa padės išspręsti problemas, kurioms ji nėra skirta, arba suteiks išteklius, pvz., pastatų licencijavimui, profesinei registracijai, sveikatos priežiūros finansavimui;

Nepavyko nustatyti prioritetinių klausimų, pvz., pacientų saugumo, klinikinių ir prioritetinių

¹⁵ Shaw CD. Toolkit for accreditation programs. Melbourne: International Society for Quality in Health Care (ISQua) 2004, p.1-2.

sričių, pvz., pirminės sveikatos priežiūros, ligoninės ir tarp jų tęstinumo.

7. Skaidrūs santykiai:

Mechanizmų trūkumas, bendradarbiaujant ir bendraujant su susijusiomis profesijomis; akademinis nepriklausomumas nuo vyriausybinių organizacijų, pvz. profesinių ir mokyimo įstaigų, sveikatos draudikų, ISO sertifikavimo įstaigų ir vietos valdžios inspekcijos.

8. Objektyvumas ir sąžiningumas:

Apibrėžtų ir skaidrių sprendimų trūkumas (arba nesilaikymas) dėl akreditacijos apdovanojimų ar vertinimo procedūrų;

Patikimumo trūkumas dėl galimos korupcijos.

9. Tvarūs ištekliai:

Nepakankamas ar per mažas finansavimo laikas, personalas ir įgūdžiai, reikalingi sukurti naujai programai;

Paveikti sveikatos priežiūros įstaigų ir programų tarifą, siekiant generuoti pajamas iš jų pajėgumų nerealių lūkesčių;

Trūksta ilgalaikių vyriausybės įsipareigojimų dėl programos.

10. Išorės techninė pagalba:

Mokytis iš kitų šalių akreditavimo patirties: leidinių, techninių konsultacijų ir ALPHA Tarptautinės visuomenės sveikatos priežiūros kokybės programų¹⁶.

Pagrindinės nustatytos grėsmės naujoms akreditacijos programoms, turėtų būti:

- Vyriausybės politikos nenuoseklumas;
- profesinės ir / ar suinteresuotųjų šalių paramos trūkumas;
- tęstinio finansavimo ir paskatų stoka ;
- nerealūs lūkesčiai¹⁷.

1.3. Pagrindiniai ligoninių akreditavimo tikslai.

Rooney apibendrina pagrindinius akreditavimo tikslus :

1. Siekiant pagerinti sveikatos priežiūros kokybę, nustatyti optimalius pasiekimų tikslus, sveikatos priežiūros organizacijų standartus;
2. Skatinti ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų integraciją ir valdymą;
3. Nustatyti lyginamąją sveikatos priežiūros organizacijų duomenų bazę, kuri gali atitikti pasirinktą struktūrą, proceso ir rezultatų vertinimo standartus ar kriterijus;

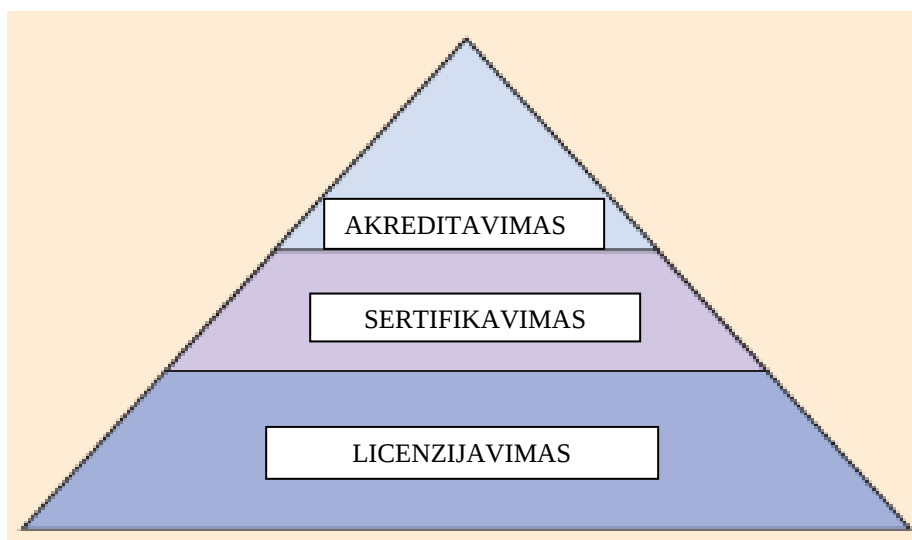
¹⁶ Shaw CD. Toolkit for accreditation programs. Melbourne: International Society for Quality in Health Care (ISQua) 2004, p.2-3.

¹⁷ Klazinga N. Re-engineering trust: adoption and adaptation of four external quality assurance models in Western European health care systems. Int J Quality in Health Care 2000; 12: 183-9

4. Siekiant sumažinti sveikatos priežiūros išlaidas, sutelkti dėmesį į didesnio veiksmingumo ir efektyvumo paslaugas;
5. Teikti sveikatos priežiūros organizacijoms, vadovams kokybės gerinimo strategijas sveikatos priežiūros „geriausios praktikos“ pavyzdžius ir sveikatos priežiūros specialistų švietimą bei konsultavimą;
6. Stiprinti visuomenės pasitikėjimą sveikatos priežiūros kokybe;
7. Siekti sumažinti riziką, susijusią su pacientų ir personalo sužalojimais ir infekcijomis ¹⁸“.

1.4 . Kokybės užtikrinimo lygiai

Pasaulio bendruomenės sveikatos priežiūros kokybė tapo prioritetine kryptimi ir rodikliu, liudijančiu apie valstybės rūpinimąsi žmonių sveikata. Kadangi kokybė yra vienas iš pagrindinių sveikatos priežiūros kriterijų, iniciatyvos skirtos jo gerinimui pradėjo labai aktyviai plisti tarptautiniu lygiu. Dauguma išsivysčiusių šalių jau ne vieną dešimtmetį diegia ir tobulina nacionalinius standartus, lemiančius sveikatos priežiūros ir pagalbos organizavimo proceso kokybę. Visuotinai pripažinti keli kokybės užtikrinimo lygiai (pav.1).



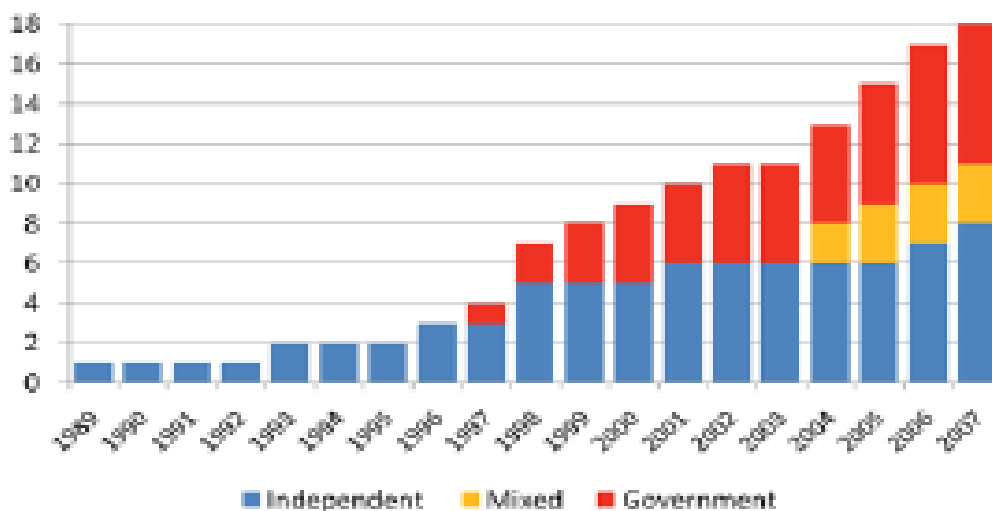
Pav. 2 Kokybės užtikrinimo lygiai

Šaltinis : Petichenko A.V. Accreditation of healthcare organizations as vector of achievement of quality. Quality Management in Public Health and Social Development № 1 (11)/2012

¹⁸ Shaw CD. Toolkit for accreditation programs. Melbourne: International Society for Quality in Health Care (ISQua) 2004, p.12.

Pirminis lygis – licenzijavimas yra būtina prielaida veiklos vykdymui. Licenzijos turėjimas negarantuoja stabilios kokybės, o tik liudija apie įstatyminių sąlygų ir reikalavimų veiklai vykdymą.

Sertifikavimas pagal tarptautinius ISO 9001 standartus (ISO 14000, OHSAS 18001, ISO 17025 ir t.t.) yra antrinis kokybės užtikrinimo lygis. Daugumoje pasaulio bendruomenės šalių šis procesas yra arba pačiame įkarštyje, arba jau eina į pabaigą (2 pav.). Šiame etape medicininės organizacijos vertina savęs atitikimą EFQM ir TQM kriterijams.



Pav. 3 Pasaulio akreditavimo centrų vystymosi dinamika

Šaltinis: Petichenko A.V. Accreditation of healthcare organizations as vector of achievement of quality. Quality Management in Public Health and Social Development № 1 (11)/2012

Trečiasis lygis – akreditavimas kaip medicininės organizacijos įrodymas siekti aukštesnio kokybės lygio, siekti paciento ir draudimo kompanijos pasitikėjimo. Akreditavimas suteikia išorinį objektyvų vertinimą vadovaujantis sutartais nacionaliniais standartais, besiremiančiais geriausia pasauline praktika¹⁹.

2. Pasaulio šalių ligoninių akreditavimo sistemos.

1977 metais Pasaulinė Sveikatos Asamblėja numatė pasaulinės sveikatos apsaugos gaires iki 2000 metų²⁰. Kaip dalį šių gairių 1984 metais PSO Europos regione sukūrė 31 tikslą, kuris ragino kiekvieną PSO valstybę narę sukurti veiksmingus mechanizmus, siekiančius iki 1990 ir iki 2000 metų užtikrinti kokybišką pacientų priežiūrą, kurti struktūras ir procesus, užtikrinančius nuolatinį sveikatos priežiūros kokybės gerinimą ir tinkamą naujų technologijų plėtrą ir

¹⁹ Petichenko A.V. Accreditation of healthcare organizations as vector of achievement of quality. Quality Management in Public Health and Social Development № 1 (11)/2012, 122-129.

²⁰ Coordination of activities with other organizations of the United Nations system and attainment of health for all by the year 2000. Geneva, World Health Organization, 1979 (Resolution WHA32.24, Thirty-second World Health Assembly, 7–25 May 1979; available on the Internet at <http://www.who.int/governance/en/>)

naudojimą. 1998 metais Pasaulio sveikatos asamblėja priėmė persvarstytą „21-ojo amžiaus“ strategiją, pabrėžiančią užimtumą, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę²¹. Strategija skatina informacinių sistemų stebėseną ir ragina nacionalines vyriausybes aktyviai jas prižiūrėti, įskaitant "tarptautinių normų, standartų ir reglamentų įgyvendinimą".

2.1 . Tarptautiniai ir nacionaliniai šaltiniai

Tarptautinėje arenoje yra pateikta daug pavyzdžių, ko reikia siekti gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Tai apima technines diskusijas ir pranešimus, kurie yra vis labiau prieinami internete ir kitos tarpvyriausybinių bendradarbiavimo organizacijos, įskaitant Visos Amerikos sveikatos organizaciją (PAHO)²², Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizaciją (OECD), Europos Tarybą ir Europos Sąjungą. Donorų organizacijos ir užsienio pagalbos agentūros padeda formuoti nacionalines sveikatos reformų programas, ypač besivystančiose šalyse. Ne tik Pasaulio bankas ir Jungtinių Amerikos Valstijų tarptautinės plėtros agentūra (USAID), bet ir daug kitų pramoninės ir regioninės plėtros šalių bankai taip pat aktyviai prisideda. Nacionaliniai teisės aktai ir vyriausybės dokumentai atitinka pagrindinės sveikatos priežiūros kokybės politiką, programas. Daugelis iš jų yra susiję su sveikatos priežiūros sistemos reforma. Politikos ir vykdomosios agentūros dažnai yra identifikuojamos per Sveikatos apsaugos ministeriją arba nepriklausomas institucijas, atstovaujančias sveikatos priežiūros profesijas, mokslininkus, tiekėjus ir visuomenę. Techniniai centrai siūlo mokslinius tyrimus, sklaidą ir mokymą, pavyzdžiui, technologijų vertinimą, klinikinio gydymo gaires, veiklos vertinimą ir kokybės gerinimą. Daugelis šalių, integruodamos klinikinę praktiką ir sveikatos paslaugų valdymą pagal vykdomąsias agentūras, atsakingos už standartų kūrimą, vertinimą ir tobulinimą. Nepriklausomos profesinės, akademinės ir komercinės organizacijos, daro pagrindines investicijas: į nacionalinės visuomenės kokybę, profesinės specialybės asociacijas ir lyginamosios analizės programas ir akreditacijas. Šios įstaigos kartais yra nepakankamai įvertintos vyriausybės programose, kaip buvo pažymėta nepriklausomuose Australijos ir Jungtinių Amerikos Valstijų atsiliepimuose, kuriuose rekomenduojama, kad viešasis ir privatusis sektoriai turėtų glaudžiau bendradarbiauti nacionaliniu lygmeniu, numatyti nuoseklią sveikatos priežiūros kokybės gerinimo programą.

²¹ Health-for-all policy for the twenty-first century. Geneva, World Health Organization, 1998 (Resolution WHA51.7, Fifty-first World Health Assembly, 11–16 May 1998; available on the Internet at <http://www.who.int/governance/en/>).

²² PAHO profile-Washington, Pan American Health Organization (available on the Internet at <http://www.paho.org/English/SHA/prfldor.htm>).

Auga pasaulinė aukštos kokybės sveikatos priežiūros mechanizmų paklausa, pavyzdžiui, akreditavimui, jo skatinimui ir palaikymui. Šie mechanizmai gauna didesnę paramą iš vyriausybių ir iš tarpvyriausybinių bei finansavimo agentūrų. Jų tikslai:

1. Remti sveikatos reformą.
2. Gerinti paslaugų organizavimo ir valdymo kokybę.
3. Skatinti nuolatinį kokybės gerinimą.

Global Survey programos ir Europos apžvalgos parodė, kad nuo 1951 m. iki 1991 m. buvo pradėtos aštuonios akreditavimo programos. Po dešimtmečio beveik tris kartus daugiau. Daugiau nei pusė programų nuo 1990 metų yra pradėtos Europoje.

Pusė iš šių programų, ir ypač tos, kurios pristatytos per pastaruosius penkerius metus, buvo finansuojamos arba tiesiogiai valdomos nacionalinių vyriausybių, kurios naudoja jas kaip reglamentavimo ir atskaitomybės priemonę visuomenei, o ne kaip priemonę taikant savanorišką ir savarankišką plėtrą. Akreditavimas, kaip ir bendra kokybės gerinimo koncepcija, prasidėjo nuo ligoninių vertinimo. Vėliau jis persikėlė į bendruomenines paslaugas, o iš ten į profilaktikos ir gydymo paslaugų tinklus ²³.

1 lentelė: Akreditavimo veiklos pradžios metai.

Pirmųjų tyrimų metai	Programos	Iš viso naujų per metus
1951	JAV (JCAHO)	1
1958	Kanada	1
1974	Australija (ACHS)	1
1979	JAV (AAAHC)	1
1986	Taivanas	1
1987	Australija (QIC)	1
1989	Naujoji Zelandija	1
1990	Jungtinė Karalystė (HAP)	1
1991	Jungtinė Karalystė (HQS), JAV (NCQA)	2
1994	Pietų Afrikos Respublika	1
1995	Suomija, Pietų Korėja, Indonezija	3
1996	Argentina, Ispanija	2
1997	Čekijos Respublika, Japonija	2
1998	Australija (AGPAL), Brazilija, JC International ", Lenkija, Šveicarija	5

²³ Quality and accreditation in health care services WHO/EIP/OSD/ Evidence and Information for Policy Department of Health Service Provision WORLD HEALTH ORGANIZATION Geneva, 2003.

1999	Prancūzija, Malaizija, Nyderlandai, Tailandas, Zambija	5
2000	Portugalija, Jungtinė Karalystė (CSBS), Filipinai	3
2001	Bulgarija, Vokietija, Italija, Airija	4
Dar neveikia	Kolumbija, Slovakijos Respublika, Mongolija, Bosnija	4
Viso		38

Šaltinis : Shaw CD. Toolkit for accreditation programs. Melbourne: International Society for Quality in Health Care (ISQua) 2004

2 lentelė: akreditacijos programos "Europa 2002".

Funkcinė būklė	Programa	Viso
Aktyvi programa	Bulgarija, Prancūzija, Vokietija, Airija, Italija (regionų), Nyderlandai, Lenkija, Portugalija, Ispanija, Šveicarija (dvi), Jungtinė Karalystė (tris)	11
Vystoma	Bosnija (RS, FBiH), Kroatija, Čekija, Danija (dvi), Suomija, Vengrija, Kirgizija, Latvija, Lietuva, Malta, Slovakija	11
Nėra nacionalinės programos	Albanija, Armėnija, Austrija, Belgija, Kipras, Estija, Kazachstanas, Liuksemburgas, Švedija, Turkija, Jugoslavija	11

Šaltinis : Shaw CD. Toolkit for accreditation programs. Melbourne: International Society for Quality in Health Care (ISQua) 2004

2.2 . Išorinio vertinimo modeliai

Pasak Klazinga ir Donahue, „daugelis šalių, kurioms reikia pagalbos, susijusios su akreditavimu, jau turi savanoriškų ir įstatyminių priemonių sąvadą organizacijų išorinių standartų vertinimui. Kai kurie iš jų buvo sistemiškai palyginti“²⁴. Jie visi siekia užtikrinti arba pagerinti kokybę. Tačiau jie paprastai reguliuoja įvairias organizacijas, kurioms trūksta nacionalinio koordinavimo išlaikyti nuoseklumui ir užtikrinti, kad jie vienas kitą ekonomiškai ir efektyviai papildytų. Apskritai, šie mechanizmai gali apimti penkis nustatytų metodų variantus.

ISO: Tarptautinės standartizacijos organizacijos: Ši sistema numato standartus, pagal kuriuos organizacijos ar funkcijos gali būti sertifikuojamos akredituotų sertifikavimo įstaigų ar organizacijų. Nors iš pradžių buvo skirta apdirbamajai pramonei (pvz., vaistų ir medicinos prietaisų), šie standartai dabar taikomi naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis - visų pirma, radiologijos ir laboratorijų sistemomis - ir apskritai, ligoninių ir klinikinių departamentų kokybės sistemomis²⁵.

²⁴ Australian Business Excellence Framework Healthcare Advisory Group.. A comparison of quality programmes. Australian Quality Council, 1999

²⁵ Sweeney J, Heaton C. Interpretations and variations of ISO 9000 in acute health care. Int J Quality Health Care 2000; 12: 203-9

Tarpusavio vertinimo (Dutch visitatie): Šis naudoja kolegialų požiūrį, paprastai vienos disciplinos. Tai dažniausiai taikoma vertinimo ir formalaus mokymo programų akreditavimui, tačiau gali būti pratęstas iki klinikinių paslaugų akreditavimo²⁶.

Malcolm Baldrige kokybės valdymo modelis: Baldrige valdymo sistemų kriterijai decentralizuoti iš JAV į nacionalinių ir tarptautinių programų vertinimą. Tokie yra nustatyti Australijoje ir Europoje²⁷. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, kurie siekia savanoriškos plėtos, gali save vertinti ar būti vertinami kitų (aiškiais veikimo standartais). Jie buvo skirti taikymo paslaugų sektoriui, kurie buvo patikslinti 1999 m.

Akreditavimas: „Viešasis sveikatos priežiūros organizacijų akreditavimo standartų pripažinimas siekia parodyti, kad yra nepriklausomi išoriniai organizacijų standartų tarpusavio lygio vertinimai.“ Šios nepriklausomos, savanoriškos programos buvo sukurtos, kad įvairių sričių specialistai atkreiptų dėmesį ir jas įvertintų. Skirtingai nei ISO standartai, sveikatos priežiūros paslaugų akreditavimo programos buvo sukurtos naudoti specialiai sveikatos priežiūros srities įvertinimui. Akreditavimo programos prasidėjo anglosaksų šalyse, tačiau²⁸ 1990 metais išplito į Lotynų Ameriką, Afriką²⁹ ir Pietryčių Aziją³⁰. Privalomas programas neseniai priėmė Prancūzija³¹, Italija³² ir Škotija³³.

Sertifikavimas ir licencijavimas: Tai yra įstatymais numatyta sistema, kuri užtikrina, kad profesionalūs darbuotojai ar paslaugų teikėjai, organizacijos siekia minimalių standartų, kompetencijų (pvz., mokymo, registracijos, sertifikavimo ir atnaujinimo). Taip pat yra specifinė inspekcijos funkcija visuomenės sveikatai ir saugumui stiprinti (pvz., gaisro, radiacijos ir infekcijos kontrolė) daugelyje šalių.

Sveikatos priežiūros tarnybų akreditavimas

Reikia atskirti sveikatos paslaugų akreditacijos priežiūrą nuo sertifikavimo ir licencijavimo kaip institucinės kompetencijos pripažinimo mechanizmo.

²⁶ van Weert C. Developments in professional quality assurance towards quality improvement. *Int J Quality Health Care* 2000; 12: 239-242

²⁷ Nabitz U, Klazinga N, Walburg J. The EFQM excellence model: European and Dutch experience with the EFQM approach in health care. *Int J Quality Health Care* 2000; 12: 191-201

²⁸ Ito H et al. Direction of quality improvement activities of health care organizations in Japan. *International Journal for Quality in Health Care*, 1998, 10:361–3.

²⁹ Whittaker S et al. Status of health care quality review programme in South Africa. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 3:247–250

³⁰ Huang P, Hsu YE, Kai-Yuan T, Hsueh Y-S. Can European external peer review techniques be introduced and adopted into Taiwan's hospital accreditation system? *Int J Quality Health Care* 2000; 12: 251-4

³¹ D'Écret en Conseil d'Etat no 97-311 du 7 Avril. Paris, *Journal Officiel* (82)-8, 1997 <http://www.anaes.fr>

³² Decree of 14 January 1997. Rome, *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, February 1997

³³ Steele DR. Promoting Public Confidence in the NHS: The role of the Clinical Standards Board for Scotland. *Health Bulletin*. January 2000 www.scotland.gov.uk/library2/doc09/hbj0-05.asp

JAV kokybės laidavimo programa ir jungtinė išteklių Komisija pasiūlė apibrėžimų lentelę (4 lentelė) ³⁴. Ir nors ji yra grindžiama įvairia tarptautine patirtimi, kuri kiekvienoje šalyje yra kitokia, tai sukelia painiavą. Pavyzdžiui, daugelyje Europos šalių gydytojai individualiai „akredituojami“ užbaigę paskirtos specialybės mokymą. Kadangi sertifikavimo organizacijos, pripažintos pagal Tarptautinės standartizacijos organizaciją (ISO), taip pat gali būti „akredituotos“, jau yra trys skirtingos šio žodžio „akreditacija“ reikšmės:

1. Profesinių įstaigų Specialybės mokymo pripažinimas nuo 19 amžiaus;
2. Pripažinimas paslaugų teikimo srityje - gydytojų ir vadovų konsorciumai nuo 1917 m.;
3. Įstaigų, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų sertifikatų pagal ISO pripažinimas nuo 1946 m.

Kaip pabrėžė Rooney ir van Ostenberg, „akreditacija paprastai yra savanoriška programa, remiama nevyriausybinių agentūros (NGO), kuri apmoko išorinius recenzentus sveikatos priežiūros organizacijų atitikimo įvertinimui iš anksto nustatytiems veiklos standartams. Skirtingai nuo licencijavimo, akreditavimas daugiausia dėmesio skiria nuolatinio tobulėjimo strategijoms ir pasiekia optimalios kokybės standartus, o ne laikosi minimalių standartų, skirtų užtikrinti visuomenės saugumą.“ ³⁵.

Sveikatos priežiūros organizacijų licencijavimas

Licencijavimo standartai padeda apibrėžti kokybės lygį, reikalingą saugaus pacientų arba sveikatos priežiūros paslaugų tiekimo priežiūrai, kaip antai vaisto dozavimas vaistinėje. Jie taip pat nustato pajėgumus, reikalingus sveikatos priežiūros organizacijai reklamuoti save visuomenei, kad ji yra ligoninė arba sveikatos priežiūros centras. Pavyzdžiui, licencijavimo standartai tam tikroje jurisdikcijoje gali reikalauti, kad sveikatos priežiūros įstaiga, kuri atlieka operacijas, radiologijos tyrimus, pacientų slaugą, farmacijos paslaugas ir laboratorijos paslaugas, siektų būti klasifikuojama kaip ligoninė. Skirtingai akreditavimas ir sertifikavimas, kurie linkę būti savanoriškomis išorės vertinimo formomis, licencijavimas pagal apibrėžimą yra privalomas. Kai vyriausybė suteikia licenciją organizacijai, ši licencija reiškia leidimą pacientų priežiūrai ir gydymo paslaugoms.

Licencijavimo apibrėžimas

„Licencijavimo procesas, kai valdžios institucija suteikia leidimą individualaus gydytojo ar sveikatos priežiūros organizacijai veikti arba užsiimti darbu, arba profesija.“ (ALPHA Taryba, 2002).

³⁴ Roa DV, Rooney A. Improving health services delivery with accreditation, licensure and certification. QA Brief 1999; 8: no. 2: 4-10.

³⁵ Rooney AL, van Ostenberg PR. Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality. Center for Human Services (CHS), 1999.

Kaip aprašyta anksčiau, licencija visada suteikiama vyriausybės įstaigos ar jos paskirto agento, pavyzdžiui, licencijavimo ar reguliavimo valdybos (pvz., valstybės, provincijos arba nacionalinės medicinos ar slaugos tarybos). „Skirtingai nuo akreditacijos ar sertifikavimo metodų, kurie remiasi optimaliais ir pasiekiamais standartais ar specialių žinių, ar gebėjimų įrodymu, licencijavimo reikalavimų tikslas yra apsaugoti visuomenės sveikatą ir saugą." Turi būti visiems aišku, kad akreditavimas yra ne licencijavimo procesas, bet yra daugiau nei minimalių sveikatos apsaugos paslaugų eksploatacinių savybių gerinimas. Privačiame sektoriuje daugelis žmonių dažnai painioja šias dvi programas. Sveikatos apsaugos ministerijos politikos formuotojai taip pat painioja ir bando tos pačios organizacijos akreditaciją tapatinti su licencijavimu.

PSO 2000-ųjų pabaigoje buvo atliktas žinomų nacionalinių akreditacijos programų tyrimas (išskyrus tas, kuriuos buvo specializuotos arba subnacionalinio lygmens, arba susijusios su sertifikavimu pagal ISO). Vieno puslapio klausimynas, anksčiau patikrintas Europoje, buvo sukurtas siekiant gauti objektyvius kiekvienos programos aprašymus su egzistuojančiais duomenimis. Tyrimas buvo išplatintas elektroniniu paštu ar faksu į 36 žinomas programas 33 šalyse ir į kitas 32 šalis akademiniiais ir vyriausybiniais kontaktais. Dvidešimt aštuonios programos užpildė ir grąžino tyrimą. Šešios iš aštuonių likusių žinomų programų yra įsikūrusios Jungtinėse Amerikos Valstijose.

Ši peržiūra rodo, kad akreditacijos reikalavimai didėja ir visame pasaulyje sparčiai keičiasi.

Programos augimas. Du trečdaliai visų respondentų buvo iš Europos. Programų visame pasaulyje skaičius išauga dvigubai, kas penkeri metai nuo 1990 m..

Visuomenės darbotvarkė. Viena programa iš trijų veikia pagal nacionalinius teisės aktus, ypač nuo 1990 metų pabaigos. Savanoriška akreditacija tampa įstatymu, ir dauguma naujų programų yra vyriausybės remiamos.

Brandinimas. Daugumos naujų programų pirmojo tyrimo pasiruošimo trukmė trunka dvejus metus ir žymiai ilgiau, kol jos tampa savarankiškos.

Dėmesio perkeltas. Programos metu sutelkti savo standartus ir vertinimus vis daugiau integruotais būdais: jie seka pacientų ir ligų procesus (horizontaliai), o ne valdymo vienetų (vertikaliai).

Skaidrumas. Vyriausybės įstatymų pritarimas yra žingsnis link laisvesnio visuomenės susipažindinimo su akreditavimo standartais, procesais ir išvadomis.

Darbo krūvio paskirstymas. Maždaug 80% pasaulio tyrimų, apie kuriuos pranešta, yra atliekami iki 20% programų. Daug programų dar turi pasiekti darbo ir pajamų kritinę masę.

Nauda ir sąnaudos. Daugiau įrodymų turėtų būti dėl sąnaudų ir naudos vyriausybėms vertės, bendruomenių ir paslaugų teikėjų akreditacijos. Tokie duomenys gali būti vis svarbesni vyriausybėms ir finansavimo agentūroms priimant investicinius sprendimus.

Akreditacija yra dažniausiai naudojamas mechanizmas, pagrįstas išorės standartais, sveikatos priežiūros kokybės gerinimui. Sparčiai vystosi Pietų Amerikoje ir Europoje. Gerai žinomos programos pažymi pažangą - naujus pokyčius Europoje, kurie buvo aktyviai stebimi išorės peržiūros būdais (Europos Sąjungos projektas (ExPeRT) (1996-1999)³⁶ ir ISQua naujos akreditavimo (ALPHA). Tačiau nėra šaltinių, kurie egzistotų ir plėtotų nacionalines programas visame pasaulyje ir atitinktų aprašus. Tokia informacija būtų vertinga ALPHA ir kitoms organizacijoms teikiant aktyvią paramą programoms, padedant nustatyti šalis, kuriose šiuo metu arba neseniai buvo pasiekti panašūs etapai. Tai padėtų ta kryptimi besivystančioms organizacijoms.

Informacija apie akreditacijos programas buvo gauta iš keturių pagrindinių šaltinių:

1. Europos Sąjungos projektas ExPeRT;
2. ISQua ALPHA programa;
3. Interneto svetainių ir literatūros šaltiniai, nustatomi tiriant nacionalinių struktūrų veiklos ir kokybės koncepcijų ir priemonių ataskaitų medžiagą;
4. Paprastas tyrimas, nukreiptas į nacionalines akreditacijos programas, kuris buvo žinomos, kaip plėtojimas arba operacijos.

Vieno puslapio klausimynas buvo sukurtas siekiant išsiaiškinti, kurios šalys turi arba netrukus turės vieną ar daugiau akreditacijos programas, skirtas sveikatos priežiūrai ir rinkti informacijai apie savo dabartinį ir siūlomą darbą.

Klausimai buvo skirti išsiaiškinti objektyvius atsakymus:

- a) apibūdinti akreditavimo veiklos apimtį ir taikymo sritį;
- b) nustatyti, kaip programa yra susijusi su vyriausybe;
- c) susieti su alfa kriterijų standartais ir operacijoms;
- d) kaip susiję su viešąja atskaitomybe (pavyzdžiui, prieiga prie standartų ir rezultatų);
- e) kaip naudoti duomenis, kurie gali būti lengvai prieinami.

Tarp 47 šalių, kurių tam tikra informacija yra pateikta ankstesniame skyriuje, yra 36 žinomos akreditavimo programos, veikiančios nacionaliniu lygiu. Duomenys buvo gauti iš 28 (78%) tarp 33 šių šalių programų. Šešios iš aštuonių likusių programų yra įsikūrusios Jungtinėse Amerikos Valstijose. Būsenos ataskaitos buvo gautos iš Europos atlikto dar 14 šalių šešių mėnesių tyrimo, o taip pat papildomai iš Kolumbijos ir Turkijos. Riboti duomenys paimti iš

³⁶ Shaw CD. External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitation, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 3:169–176.

Zambijos paskelbtų ataskaitų, o informacija, susijusi su Japonija, Šveicarija ir Jungtine Karalyste (CBS) buvo surinkta iš ankstesnių kontaktų.

JAV buvo akreditavimo lopšys, nors antrosios kartos modeliai taip pat turėjo didelę įtaką naujesnių programų rengimui. Beveik trys ketvirtadaliai programų pripažįsta, kad standartus lėmė konkretus išorinis modelis. Dauguma (87%) nurodė, kad įtaka buvo padalyta tarp JAV ir Kanados (trys ketvirtadaliai) ir Australijos (vienas ketvirtadalis). Japonijos standartai neturėjo nuorodos į išorinį modelį (WHO/EIP/OSD, 2003) ³⁷.

2.3 Tarptautinių akreditavimo standartų plėtra.

JAV dažniausiai paplitę akreditavimo standartai, išėję už nacionalinių ribų, yra standartai, sukurti Jungtinės akreditavimo sveikatos priežiūros įstaigų komisijos (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations — JCAHO). Jie yra populiarūs visame pasaulyje ir yra aukštos kokybės. Tai standartų rinkinys, kuris yra dažnai žinomas pavadinimu JCI. Visus juos galima būtų suskirstyti į du blokus ³⁸:

1. Ligoninės standartai:

- dėmesys pacientui;
- teisės aktų ir kultūros ypatumų reikalavimų laikymasis;
- pagrindiniai organizaciniai elementai;
- gerosios patirties įdiegimas.

2. Organizacijos standartai:

- pacientų sauga ir kokybės gerinimas;
- užkirsti kelią ir kontroliuoti infekcijos plitimą;
- administravimas, lyderiavimas ir kontroliavimas;
- įrenginių valdymas ir saugumas;
- vadyba ir personalo kvalifikacija;
- informacijos valdymas.

Kartu su JCAHO Amerikoje yra ir Amerikos sveikatos priežiūros akreditavimo komisija (Amerikos Akreditavimo Sveikatos Priežiūrai Komisija), kurios veikla yra susijusi su gydymo įstaigų akreditavimu. Ji turi 10 medicinos sistemų ir farmacijos organizacijų

³⁷ Quality and accreditation in health care services WHO/EIP/OSD/ Evidence and Information for Policy Department of Health Service Provision World Health Organization Geneva, 2003.

³⁸ VanSuch M, Naessens JM, Stroebe RJ, Huddleston JM, Williams AR. Effect of discharge instructions on readmission of hospitalised patients with heart failure: do all of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations heart failure core measures reflect better care? *QSHC* 2006;15:414–7.

valdymo akreditavimo programų, sutelkiančių dėmesį į įvairius veiksmingo valdymo aspektus.

Japonija yra žinoma dėl savo ilgaamžiškumo ir vis dėlto „apsidraudė“ ir priėmė standartus, kurių sudėtyje yra beveik aukščiausi reikalavimai dėl medicininių procesų organizacijoje. Įgaliotoji tarnyba Japan Council for Quality Health Care sukūrė standartus – JCQHC.

Japonijos akreditavimo standartų struktūra apima 8 skyrius:

1. Administravimas ir užduočių paskirstymas sveikatos priežiūros organizacijose.
2. Pacientų teisės ir saugumas.
3. Gyvenimo sąlygos ir pacientų aptarnavimas.
4. Medicininės pagalbos kokybės garantija.
5. Žemiausio medicinos personalo darbo kokybė.
6. Ligoninės valdymo racionalumas.
7. Specializuoti standartai psichiatrijai.
8. Ilgalaikės hospitalizacijos specifinės veiklos standartai.

Papildomi moduliai prie 1:

- 1.1 Skubioji medicinos pagalba.
- 1.2 Reabilitacija.
- 1.3 Paliatyvi pagalba.

Japonijos klinikose savęs įvertinimui naudojamas klausimynas, kuris leidžia prieinamu būdu įvertinti sveikatos priežiūros organizacijų darbo lygį, suprasti jų paskirtį ir teikti gaires (6 pav.).

Jungtinės Karalystės akreditavimo standartai, sukurti organizacijos „Kokybiškas aptarnavimas sveikatos priežiūroje (Health Quality Service — HQS) — įdiegti palyginti neseniai, 1995 metais. Pagrindinis dėmesys juose skiriamas veiklos kokybės vertinimui ligoninėse, psichiatrijos ligoninėse ir klinikose švietimo įstaigų sudėtyje. Akreditavimas atliekamas savanoriškai nepriklausomos labdaros įstaigos. Atitikties vertinimas atliekamas specialistų komandos, dėmesys yra nukreiptas į sistemos organizavimą ir medicininės pagalbos procesų suteikimą.

Vokietijoje medicininių įstaigų akreditavimas vykdomas pagal Ligoninių standartus, skirtus valstybinėms ligoninėms (Hospital Standards for the Government Hospitals of Himachal Pradesh), kurios susideda iš keturių pagrindinių skyrių.

Pirmasis skyrius vadinasi „Valdymas“ ir turi reikalavimus, susijusius su misijų ir tikslų plėtra, vyresniosios vadovybės dalyvavimo, lyderystės, komunikacijos, kokybės valdymo, rizikos valdymo, išteklių valdymo.

Antrajame skyriuje, kuris vadinasi „Klinikinės paslaugos" ir nustato reikalavimus, susijusius su paslaugomis pacientams, laboratorinėmis paslaugomis, radiologijos, farmaciniu aptarnavimu. Šiame skyriuje taip pat aprašomi kokybės vertinimo paslaugų kriterijai stacionare, ligoninės operacinės patalpose, intensyviosios terapijos skyriuje, reanimacijoje, kraujo banke, motinystės ir vaikystės sauga.

Trečiame skyriuje „Pagalbinės paslaugos" atspindi reikalavimai, keliama virtuvei, valymui ir sanitarijai, skalbimui ir lyginimui, sterilizacijai, morgui, savanorių darbui, pacientų transportavimui ir ambulatorinei pagalbai, sandėliams.

Ketvirtasis skyrius „Tarpfunkciniai tikslai" apima sveikatos apsaugą ir saugą, atliekų tvarkymą, infekcijos kontrolę, medicininius įrašus, pacientų teises ir pareigas, infrastruktūrą ir medicininę įrangą.

Akreditavimo procesą **Prancūzijoje** kuruoja akreditavimo ir praktinio vertinimo departamentas (Accreditation and Practice Appraisal Department), o standartai vadinasi ANAES. Prancūzijos standartai taip pat yra skirstomi į 4 skyrius:

1. „Politikos valdymas ir kokybė" (reguliuoja vadovybės veiklą);
2. „Bendri procesai" (yra tam tikri reikalavimai dėl žmogiškųjų išteklių, logistikos ir gydymo palatų, sistemos kokybės ir rizikos valdymo, aplinkosaugos vadybos ir saugumo, informacinių sistemų);
3. „Rūpinimasis pacientu" (aprašomi strateginio planavimo priežiūros reikalavimai skirtniuose „Reanimacijos ir ekstremaliųjų situacijų", „Psichiatrijos", „Reabilitacijos", „Ilgalaikio gydymo ligoninėje", "Ligoninė namuose");
4. „Įvertinimas ir tolesnis tobulinimas" (jame yra reikalavimų tolesnei plėtrai ir tobulinimui).

Kanadoje standartai parengti pagal Kanados akreditavimo sveikatos priežiūrai tarnybą (Canadian Council On Health Services Accreditation). Vienas iš projekto tikslų buvo pasiekti stabilų kokybės lygį visoje šalyje. Tarp kriterijų – kryptinga sveikatos priežiūra, rezultatai, struktūra, dėmesys pacientui ir nuolatinis tobulinimas. Vienas iš standarto reikalavimų - nepriklausoma medicinos organizacijų veiklos rodiklių atranka ir jų tobulinimas, kaip įrodymas gerinant sveikatos priežiūros kokybę.

Aktyviai akreditavimo procesai vyksta **Australijoje**. Australijos sveikatos priežiūros standartų komisija (Australian Commission On Healthcare Standards — ACHS). Šie standartai apima keturis pagrindinius blokus:

1. Registravimo ir licencijavimo standartai.
2. Saugos standartai.
3. Įrangos standartai.

4. Paslaugų kokybės užtikrinimo standartai.

Naujoji Zelandija turi akreditacijos programą „Sveikatos priežiūra Naujojoje Zelandijoje“ (Health Accreditation Programme For New Zealand — HAPNZ). Standartai visiškai atitinka tarptautinį standartą ISO 9001. Šalis sukūrė sveikatos priežiūros organizacijų kokybės modelį. Penki skyriai formuluojami 48 rodikliais. Kai kurie iš jų ne tik atspindi atitikties/neatitikimą, bet ir turi atitikties skales nuo mažiausios iki maksimalaus lygio.

Saudo Arabijoje, vystant geriausios praktikos JAV standartus, Centrinės sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo valdybos (Central Board For Accreditation Of Healthcare Institutions — CBAHI) sukurti akreditavimo standartai.

Standartų struktūroje yra 22 skirsniai, kurie yra išvardyti žemiau.

1. Lyderystė.
2. Medicinos personalas ir medicininės pagalbos suteikimas.
3. Priežiūra.
4. Kokybės vadyba ir pacientų sauga.
5. Pacientų ir jų šeimos narių švietimas, pacientų teisės.
6. Anestezija.
7. Intensyvi priežiūra:
 - 7.1 Suaugusieji ir pediatrija.
 - 7.2 Širdies ir kraujagyslių ligos.
 - 7.3 Naujagimių terapija.
8. Operacinė.
9. Darbo organizavimas ir medicinos reikmenų pristatymas.
10. Hemodializė.
11. Greitoji ir neatidėliotina pagalba.
12. Radiologija.
13. Nudegimų centras.
14. Medicininė ir radiacinė onkologija.
15. Psichiatrija.
16. Specialieji skyriai:
 - 16.1 Dirbtinio kvėpavimo.
 - 16.2 Dietinio maitinimo;
 - 16.3 Socialinio darbo;
 - 16.4 Reabilitacijos.
- 17 Ambulatorinės priežiūros:
 - 17.1 Ambulatorinės pagalba.

17.2 Odontologija.

- 18 Informacijos ir medicininių įrašų valdymas.
- 19 Infekcijos plitimo kontrolė.
- 20 Vaistinė.
- 21 Laboratorija.
- 22 Infrastruktūros valdymas ir saugumas.

Galima pažymėti, kad jau beveik 10 metų **Indijos** medicina dirba pagal akreditavimo standartus - NABH. NABH standartų struktūra pateikiama 3 lentelėje.

Kaip rodo analizė, beveik visi skirtingų pasaulio šalių akreditavimo standartai suvienija reikalavimus, anksčiau atspindėtus ISO standartuose (kokybės sistemos) ir sveikatos priežiūros kokybės reikalavimuose ³⁹.

3 Lentelė. NABH standartų struktūra

Standartai, orientuoti į pacientus	
1	Prieiga, galimybė vertinti ir sveikatos priežiūros tęstinumą
2	Rūpinimasis pacientu
3	Medikamentų valdymas
4	Pacientų teisės ir jų mokymas
5	Infekcijos plitimo ligoninėje kontrolė
Standartai, orientuoti į organizaciją	
6	Nuolatinis kokybės gerinimas
7	Vadovybės atsakomybė
8	Infrastruktūros valdymas ir saugumas
9	Žmogiškųjų išteklių valdymas
10	Informacijos sistemos valdymas

Šaltinis : Petichenko A.V. Accreditation of healthcare organizations as vector of achievement of quality. Quality Management in Public Health and Social Development № 1 (11)/2012

³⁹ Petichenko A.V. Accreditation of healthcare organizations as vector of achievement of quality. Quality Management in Public Health and Social Development № 1 (11)/2012, 122-129.

3. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimas Lietuvoje

2013 metais Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba (toliau - akreditavimo tarnyba) pradėjo vykdyti ES struktūrinių fondų finansuojamą projektą „**Asmens sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, įgyvendinant sveikatos technologijų vertinimo ir valdymo sistemas bei pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos akreditavimą**“ (Nr. VP1-4.3.-VRM-02-V-05-011). Projekto įgyvendinimo metu numatyta parengti pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos akreditavimo programą: akreditavimo standartus ir akreditavimo tvarką, apmokyti vertintojus ir atlikti 10 pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų bandomąjį veiklos akreditavimą.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos Konstitucija ir įstatymais konstatuojam, kad:

„Lietuvoje sveikatos priežiūros įstaiga (toliau – įstaiga) gali teikti sveikatos priežiūros paslaugas tik nustatyta tvarka gavusi licenciją. (Sveikatos priežiūros sistemos įstatymo 16 straipsnio 2 dalis, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 5 straipsnis) ⁴⁰.

Licencijavimas– nustatymas, kad įstaigos veikla atitinka teisės aktų reikalavimus, įstaigos teisės teikti paslaugas pripažinimas ir licencijos išdavimas (Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 7 straipsnis)

Įstaigos gali būti akredituojamos sveikatos priežiūrai (Sveikatos priežiūros sistemos įstatymo 16 straipsnio 4 dalis, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 6 straipsnis).

Akreditavimas – įstaigos **savanoriškai** inicijuotas įvertinimas, ar ji atitinka nustatytus sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybės standartus, ir akreditavimo pažymėjimo išdavimas (Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnis).

Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 6 straipsnyje yra numatyta, kad įstaigas akredituoja Akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba (6 straipsnio 2 dalis).

Sveikatos priežiūros įstaiga turi teisę kreiptis dėl akreditavimo, jei ji turi licenciją ir ne mažesnę kaip trejų metų atitinkamos rūšies sveikatos priežiūros paslaugų teikimo patirtį. Įstaiga akredituojama ne ilgesniam kaip penkerių metų laikotarpiui (6 straipsnio 1 dalis).

⁴⁰ http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=454090 Sveikatos sistemos įstatymas, žiūrėta 2014.03.10.

Akreditavimo reikalavimus rengia aukštosios mokyklos bei mokslo įstaigos kartu su sveikatos priežiūros specialistų organizacijomis (6 straipsnio 7 dalis)⁴¹.

Sparčiai vystantis naujoms medicinos technologijoms, leidžiančioms diagnozuoti ir gydyti anksčiau nepagydomas ligas, didėjant pacientų sveikatos raštingumui, sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir sauga, jos vertinimas ir tobulinimas tampa viena iš svarbiausių šiuolaikinės sveikatos priežiūros problemų.

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė nėra kažkas nekintamo, tai yra dinamiškas, nuolat vykstantis procesas, kurio metu kokybė vertinama, nustatomos galimybės jos gerinimui, planuojama, kaip tai padaryti, vykdoma, tikrinama ir veikiama (Planuok-daryk-tikrink-veik ciklas).

Tobulumas sveikatos priežiūroje yra grindžiamas nuolatinio gerinimo sąvoka, turint galvoje prielaidą, kad visa, ką mes darome visuomet galime daryti geriau. Nuolatinis gerinimas nereiškia izoliuoto veiksmo, tai labiau yra kultūra ir dinamiškumo idėja, sudaranti visos įstaigos veiklos pagrindą. Įstaigos veikla yra lyginama su uždaviniais ir lūkesčiais, tokiu būdu nustatant galimybes gerinimui.

Vienu iš sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo būdų yra išorinis kokybės vertinimas, atliekant sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimą, sertifikavimą ar akreditavimą. Kartais šie terminai naudojami vienas vietoje kito, tačiau tarp jų yra esminių skirtumų.

Geriausiai, turbūt, suprantamas licencijavimas, kadangi kiekviena sveikatos priežiūros įstaiga negali pradėti savo veiklos negavusi nustatyta tvarka išduodamos licencijos veiklai.

Sertifikavimas taip pat pradeda rasti savo vietą Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje – kai kurios ligoninės savanoriškai sertifikuoja savo kokybės vadybos sistemą pagal ISO 9000 standartus. Sertifikavimas tai formalus atitikimo nustatytiems standartams (pvz., ISO kokybės vadybos sistemos) pripažinimas, kurį patvirtina įgalioto auditoriaus atliktas išorinis vertinimas.

Skirtingai nuo kitų kokybės reguliavimo formų akreditavimas tą pačią įstaigą vertina pagal optimalius pasiekiamus kokybės standartus ir skirtas pagerinti sveikatos priežiūros paslaugas aukščiau minimalaus lygio.

⁴¹ http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=449888 Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, žiūrėta 2014.03.10.

Akreditavimas yra savanoriškas procesas, todėl pati įstaiga turi nuspręsti, ar siekti akreditavimo, nes kol kas tai nėra privalomas valstybės nustatytas reikalavimas. Toks proceso savanoriškumas turi eilę pranašumų prieš privalomus reikalavimus, nes:

- kokybės gerinimo procesas gali vykti per nebaudžiančias konsultacijas;
- nustatydamas pasiekiamus standartus, o ne minimalius standartus, akreditavimas gali būti tikslas kokybei gerinti;

Skirtumas tarp 3 aukščiau minėtų sveikatos priežiūros kokybės išorinio vertinimo būdų – licencijavimo, sertifikavimo ir akreditavimo - aiškiai matomas žemiau pateiktoje lentelėje.

4 Lentelė: Išorinio vertinimo būdų skirtumai.

Procesas	Vykdanti institucija	Komponentai/Reikalavimai	Standartai
Akreditavimas (savanoriškas)	Vyriausybė institucija (VASPVT)	Procesų tobulinimas pagal paskelbtus standartus ir jų atitikties vertinimas	Nustatyti maksimaliame pasiekiamame lygyje, kad skatintų nuolatinį tobulėjimą
Licencijavimas (privalomas)	Vyriausybė institucija (VASPVT)	Taisyklės, užtikrinančios minimalius standartus, kontrolė vietoje	Nustatyti minimaliame lygyje, kad užtikrintų minimalios rizikos sveikatai ir saugai aplinką
Sertifikavimas (savanoriškas)	Įgaliota institucija, vyriausybė ar nevyriausybė	Kiekybiniai rodikliai ir procesų atitikties standartams	Pvz. ISO 9000 kokybės vadybos sistemos standartai

Šaltinis: <http://www.vaspvt.gov.lt/node/168>. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba. Žiūrėta 2013-10-15

Akreditavimas yra išorinio kokybės vertinimo formalus procesas, kuriuo vyriausybė įstaiga vertina ir pripažįsta, kad sveikatos priežiūros įstaiga atitinka nustatytus standartus. Jį sudaro 4 pagrindiniai komponentai:

1. Akreditavimas remiasi rašytiniais standartais.
2. Vertinimą atlieka specialistai profesionalai.
3. Akreditavimo procesą administruoja nepriklausoma įstaiga.
4. Akreditavimo tikslas yra skatinti įstaigos vystymąsi.

Veiklos vertinimui skirtus aiškiai surašytus standartus paprastai kuria akredituojančios įstaigos ekspertai kartu su specialistais. Standartai periodiškai atnaujinami, kad atspindėtų technologijų, gydymo metodikų ar sveikatos politikos pasikeitimus. Standartus ir akreditavimo kriterijus paprastai kuria visos suinteresuotos šalys, pvz., medicinos specialistų draugijos, SAM, nevyriausybinės organizacijos, pacientų organizacijos bendro sutarimo pagrindu. Standartai atspindinti pacientų poreikius ir lūkesčius. Jų nuolatinis atnaujinimas akreditavimo procesui suteikia dinamiškumą.

Įstaigos vertinimą akreditavimo metu atlieka vertintojų grupė, kuri naudodama įvairius vertinimo būdus (dokumentų ir medicininių dokumentų peržiūra, pokalbiai, stebėjimas, patalpų apžiūra, pasiekimų vertinimas) pripažįsta pateiktus įrodymus, kurie susiję su skirtingais kokybės ir saugos elementais, nustato stipriąsias puses, potencialą ir sritis tobulinimui. Remdamasi tokio vertinimo rezultatais, vertintojų grupė rekomenduoja akredituoti įstaigą ar ne, ar nustatę sritis tobulinimui, rekomenduoja įgyvendinti patobulinimus ir pakartotinai vertinti vėliau.

Kas treji ar penkeri metai akreditavimo pažymėjimas yra atnaujinamas.

Akreditavimo tobulinime dalyvauja atitinkamos srities profesionalai (pvz. šeimos gydytojai) kaip vertintojai, kurie vertina pačius standartus, ar jie yra tinkami, ar juos galima pagerinti. Vertintojai profesionalai taip pat turi galimybę pasisemti patirties iš vertinamųjų ir perduoti jiems savo patirtį. Tai abipusiai naudingas procesas.

Daugelis šiuolaikinių akreditavimo programų naudoja įstaigos savivertinimą, kaip įrankį, kuris leidžia pačiai įstaigai įvertinti savo atitiktį akreditavimo standartams, apsvarstyti savo veiklą, nustatyti savo stipriąsias puses ir silpnąsias sritis tobulinimui. Įstaigos savivertinimo duomenys akreditavimo proceso metu yra pateikiami palyginimui vertintojams.

Akreditavimas, kaip viena iš sveikatos priežiūros kokybę užtikrinančių strategijų, skatina įstaigos pokyčius kaip sistemos, taip ir individų lygmenyje, profesinį tobulėjimą, gerina įstaigos organizacinę veiklą, palengvina sprendimų priėmimą, užtikrinant platesnį įrodymais pagrįstą

klinikinių rekomendacijų panaudojimą darbe, parodo, kaip įstaigoje užtikrinama sauga ir kokybė. Būdama kokybės gerinimo priemonė, o ne tikslas, akreditavimas skatina ir remia procesų gerinimą.

Potenciali akreditavimo programos nauda įstaigai:

- padeda įstaigai gerinti kokybę, palaiko tobulinimo procesą;
- duoda standartus, kaip siekiamą kokybės tikslą;
- leidžia palyginti savo veiklą su kitomis analogiškėmis įstaigomis;
- padidina įstaigos reputaciją;
- suteikia teisę dalyvauti finansinio skatinimo programose;
- pareigų ir atsakomybių aiškumas;
- tikslų, priemonių ir išteklių suderinamumas

Potencialūs akreditavimo programos kaštai:

- papildomas pirminis darbo krūvis darbuotojams;
- kartais reikalinga nauja įranga;
- stresas darbuotojams stengiantis atitikti standartus;
- vertinimo kaštai.

Tokiu būdu, akreditavimas užtikrina, kad įstaiga teikia kokybiškas paslaugas ir leidžia įstaigai skatinti paslaugų kokybę ir saugą, skatina pacientų pasitikėjimą, moko personalą teikti kokybiškas paslaugas, padeda sukurti kokybės kultūrą, suteikia konkurencingumą bei galimybę gauti finansines paskatas.

Įstaigos akreditavimas reiškia aiškų ir viešą pripažinimą, kad buvo įvykdyti reikalavimai kokybei tobulinti ir kad buvo imtasi nuolatinio kokybės gerinimo.

Sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimas turi ilgą, beveik šimtmečio istoriją ir, laikui bėgant, patyrė nemažus pokyčius. Akreditavimo procesas, prasidėjęs Jungtinėse Amerikos

Valstijose ir Kanadoje, kaip ligoninių veiklos išorinio vertinimo priemonė, išplito visame pasaulyje ir pradėtas naudoti ne tik ligoninių, bet ir kitų sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų vertinimui.

Paskutiniaisiais metais vis plačiau įvairiose šalyse (Nyderlandai, Jungtinė Karalystė, Prancūzija, Danija, Vokietija, Ispanija ir kt.) pradėtas diegti šeimos gydytojų praktikos akreditavimas. Didžiausią patirtį šeimos gydytojų praktikos akreditavime turi Australija, iki šiol akreditavusi kelis tūkstančius šeimos gydytojų praktikų ir parengusi jau ketvirtą akreditavimo standartų leidimą. Iki šiol Lietuvoje asmens sveikatos priežiūros įstaigos akredituojamos nebuvo⁴².

4. Ligoninių akreditavimo modelių privalumai ir trūkumai.

Akreditavimo modelių palyginimą atlikau naudojant mokslininkų **Jafar S. Tabrizi, Farid Gharibi, Andrew J. Wilson** tyrimo antrinius sisteminės analizės duomenis.

Jų tyrimo tikslas buvo įvertinti egzistuojančių akreditacijos programų privalumus ir trūkumus norint pasirinkti geriausią pavyzdinę programą kuriant konkrečiai valstybei pritaikytą sveikatos apsaugos kokybės gerinimo ir akreditavimo programą. Tyrėjai peržiūrėjo paskelbtas ataskaitas ir kitus šaltinius, norėdami identifikuoti svarbiausius akreditavimo programų kriterijus, būtų galima palyginti daugelį šiuo metu pasaulyje esamų programų. Remiantis šia analize akreditavimo programa JCAHO teikia labiausiai visapusišką įvertinimą ir buvo įvertinta aukščiausiai daugumoje, bet ne pagal visus parametrus. Kaip ilgiausiai veikianti programa, ji turėjo įtakos daugumai kitų esamų programų ir toliau diktuoja akreditacijos tendencijas. Tačiau ji taip pat yra viena iš brangiausių, dėl apklausų intensyvumo, darbuotojų kvalifikacijos reikalavimų, ir aukštų sėkmingos akreditacijos reikalavimų. JCAHO yra aukštai reitinguota dėl savo dėmesio kokybei ir saugai, valdymo integracijai, viešajai atskaitomybei, visuomenės pasitikėjimo stiprinimo ir veiklos platumo. Ji turi didžiausią tarptautinį pripažinimą ir įtaką. Ji reagavo į naujoves, kartu išlaikydama savo nuostatus. Ji skiria didelį dėmesį pacientų teisėms ir etikai. Bendravimas ir informacijos valdymas, taip pat yra pagrindiniai bruožai. Svarbu pažymėti, kad nors kai kurios programos gali būti tinkamais pavyzdžiais, bet kokia nauja programa skirsis nuo pavyzdinės, nes turės atspindėti konkrečius nacionalinius sveikatos

⁴² <http://www.vaspvt.gov.lt/node/168>
atnaujinta 2013-10-15

Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba. Informacija

priežiūros sistemos ir kultūros ypatumus ir standartus. Egzistuoja tvirtas įsitikinimas, kad akreditavimo programos turi būti nepriklausomos nuo vyriausybės ir finansuotojų.

5 lentelė rodo kad, dažniausiai įvairių literatūros šaltinių cituojama yra JAV įsikūrusi JCAHO / JCI akreditacijos programa, kuri buvo nurodyta 91% dokumentų. Tai buvo geras pranašumas prieš artimiausią varžovą, Kanados, Didžiosios Britanijos ir Australijos akredituotas programas, kurios buvo perduotos maždaug 1 iš 5 dokumentų.

5 lentelė. Įvairių ligoninių akreditacijos programų citavimo dažnis.

Programos pavadinimas	Citavimo dažnis	Procentas tarp bendro citavimo
JCAHO ir JCI (JAV)	76	91.56
CCHSA (Kanada)	17	20.48
JK akreditavimo programos	16	19.27
ACHS (Australija)	15	18.7
QHNZ (Naujoji Zelandija)	9	10.87
ANAES (Prancūzija)	8	9.63
COHSASA (Pietų Afrika)	5	6.02
Kitos programos	11	13.25
Viso	83	100

Šaltinis: Jafar S. Tabrizi „Advantages and Disadvantages of Health Care Accreditation“.

4.1 Akreditavimo programų palyginimas, remiantis 23 apibrėžtais požymiais.

Prielaida: Šia sistemine apžvalga siekiama apibrėžti akreditacijos programų bendruosius privalumus ir trūkumus, padėti pasirinkti tinkamiausią metodą.

Metodas: Pradedant pirminiu tyrimu buvo išaiškinti 23 požymiai ir nustatyti įvairių akreditavimo metodų privalumai ir trūkumai.

6 lentelėje išvardijami programų savybių atributai pagal nustatytas akreditavimo programas.

6 lentelė. Ligoninių akreditavimo programų palyginimas remiantis 23 apibrėžtais požymiais.

organizacijos pavadinimas požymiai	JCAHO	CCHSA	ACHS	ANAES	QHNZ	JK programos
Poveikis kokybės gerinimui	*****	**	**	*	*	*
Poveikis saugos gerinimui	*****	**	*	*	*	*
Sveikatos priežiūros valdymo integracijos gerinimas	***	**	*	*	*	*
Teikia sveikatos priežiūros organizacijų duomenų bazę	*	-	-	-	-	-
Tarptautinių filialų projektavimas	*	-	-	-	-	-
Įtakoja kitas akreditavimo programas	***	*	*	*	*	*
Visuomenės pasitikėjimo procesu įrodymai	*****	**	*	*	*	*
Dėmesys į veiksmingumą ir efektyvumą	***	**	*	*	*	*
Nuolatinių naujovių įrodymai	*****	**	*	*	*	*
Įtaka pasaulio akreditavimo standartams	*****	**	*	*	*	*

Dėmesys pacientų teisėms ir etikos atmosferos teikimas	***	*	*	*	*	*
Dėmesio sutelkimas į informacijos valdymą	***	*	*	*	*	*
Organizacijos istorija	****	***	**	*	*	*
Efektyvūs santykiai su suinteresuotosiomis šalimis	***	**	**	**	**	**
Rezultatai tinkami viešom ataskaitom	***	**	**	**	**	**
Susitarimas su AGIL rodikliais	***	***	*	**	-	-
Veiklos srities apimtis	***	**	**	*	**	*
Akredituota ISQua	*	*	*	-	-	*
Atidžiai apžiūrėti visų 3 tipų veiklos rodikliai	*	*	-	-	-	*
Aiškių tikslų, ketinimų iškelimas	*	*	*	-	-	-
Savanoriškas dalyvavimas	*	*	*	-	*	*
Vyriausybės/ ne vyriausybės organizacijos	*	*	*	-	-	*
Patikros trukmė ir mokslo lygis	****	**	*	*	*	*

Šaltinis: Jafar S. Tabrizi „Advantages and Disadvantages of Health Care Accreditation“.

Cituojant iš JACHO programos lygio, „tai atitiko visus aukšto lygio atributus. Ši programa skiria didžiausią dėmesį kokybei, dizaino standartams, leidžiantiems nustatyti ir užkirsti kelią žalai dėl sveikatos priežiūros, naudoja tinkamus kokybės rodiklius, akcentuojama „geriausia praktika“.

Tarp kitų programų, Australijos ACHS programa turi ypatingą dėmesį skirti klinikinei priežiūrai gerinti ir apimti specialistų veiklą naudojant kokybės programas, tokias kaip CEP⁴³. Kanados CCHSA programa didesnę dėmesį skiria nuolatiniam kokybės gerinimui⁴⁴. Paciento ir personalo saugumo procesas yra vienas iš pagrindinių akreditacijos programų tikslų. Tai atsispindi stipriausiame – JCAHO modelyje. Ši programa reikalauja, kad sveikatos priežiūros organizacijos turėtų saugos komandą arba lyderį. Joje pabrėžiami, kritiški proceso klausimai, pavyzdžiui, pavojingos medicininės veiklos valdymo vertinimo, netikslingų procedūrų ir klaidingų asmenų operacijų arba invazinių procedūrų, nepageidaujama privalomų ataskaitų teikimą arba nepageidaujamų įvykių, reiškinių ir priežasčių analizė^{45 46}. CCHSA yra kita programa, ypač daug dėmesio skirianti saugai. CCHSA aplinkos standartai apima nuostatas dėl įrangos, reikmenų, medicinos prietaisų ir kosmoso saugos ir sutelkia dėmesį į baldų ir įrangos tinkamumą klientų amžiui⁴⁷. Trečiasis požymis – pagerinti integraciją ir sveikatos priežiūros paslaugų valdymą, taip pat stipriai atsispindėjo komentaruose apie JACHO programą. JACHO akreditavimo programa garsėja savo veiklos rodikliais, kaip antai QIO (kokybės gerinimo organizacija) indikatoriais – Medicare, Medicaid ar Oryx (veiklos matavimo sistemos). Šių požymių tikslas yra standartizacijos procedūros, kurios duotų greitų rezultatų pacientams ne laboratorijos mastu⁴⁸. Tai taip pat stiprus CCHSA bruožas^{49 50}. Teikti duomenų bazėms akreditacijos informaciją ir lyginti sveikatos priežiūros įstaigas yra dar vienas akreditavimo tikslas. JCAHO ir jos tarptautinė versija (JCI) yra tik tos programos, apie kurias sukūrėme duomenų bazę palyginimui tarp akredituotų organizacijų⁵¹. Pagrindinis akreditavimo tikslas stiprinti visuomenės pasitikėjimą sveikatos priežiūros kokybe. Viešojo atskaitomybė yra vienas iš aspektų, bet taip pat ir suinteresuotųjų šalių dalyvavimas. Pagal šį rodiklį JCAHO ir CCHSA programos atrodo stipresnės nei kitos programos. Sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumu ir veiksmingumu labiausiai domisi valdžios, investuotojų ir vartotojų atstovai. Nėra programų

⁴³ Greenfield D, Braithwaite J. A review of health sector accreditation research literature Sydney: Centre for Clinical Governance Research, 2007.

⁴⁴ Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DMJ, Ten Asbroek AHA, Custers T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *IJQHC* 2003;15 (5): 377–98.

⁴⁵ Arce H. Hospital accreditation as a means of achieving international quality standards in health. *International Journal for Quality in Health Care*, 1998, 10:469–472.

⁴⁶ van Gennip EMS, Sillevius Smitt PAE. The Netherlands Institute for Accreditation of Hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 12:259–262.

⁴⁷ Warda L. Is your hospital safe for children? Applying home safety principles to the hospital setting. *Pediatrics Children Health* 2004;9 (5):331-4.

⁴⁸ Psternak DP. Bedside (Point-of- Care) Testing in Hospitals The Joint Commission International Perspective. *POC* 2008;7 (4):233-8.

⁴⁹ Scrivens E. Putting continuous quality improvement into accreditation: improving approaches to quality assessment. *QHC* 1997;6:212-8.

⁵⁰ Cole DC, Robson LS, Lemieux- Charles L, McGuire WC, Champagne F. Quality of working life indicators in Canadian health care organizations: a tool for healthy, health care workplaces? *Occupational Medicine* 2005;55:54–9.

⁵¹ Cain NJ, Fuller HJ. The hospital library online- a point of service for consumers and hospital staff: a case study. *JMLA* 1999;87 (3):261-3.

kurios būtų stiprios šiuo požymiu⁵². Internacionalizacija yra vienas iš plačiau pripažintų programų bruožų, nors akivaizdu, kad jis taip pat atspindi aktyvią rinkodarą. JCAHO sukūrė specialų tarptautinį filialą, JCI, kuris, atrodo, yra unikalus šiai programai. Taip pat akivaizdu, kad JCAHO aktyviai bendradarbiauja su PSO kaip konsultantu mažinti medicinos klaidas ir su USAID ir kitomis tarptautinėmis organizacijomis⁵³. Kitos programos, pvz.: ACHS taip pat vykdo tarptautinę veiklą, tačiau žemesniame lygmenyje. Inovacijos ir valiuta yra du svarbūs kokybės užtikrinimo organizacijoms bruožai, reguliariai atnaujinti standartai yra svarbūs įrodymai plėtrai naujose standartų srityse. JCAHO reguliariai atnauja savo standartus^{54 55 56}, ji buvo pirmoji programa įvedusi Qi (kokybės gerinimo) programas sveikatos priežiūros sektoriuje⁵⁷, nustatė specialius standartus skausmo malšinimui⁵⁸⁵⁹, rūkymo kontrolę sveikatos priežiūros centruose ir ligoninių bibliotekas⁶⁰. Kitos programos taip pat atsakė į naujas sritis ar vietos poreikius, pavyzdžiui CCHSA pristatė standartus TeleHealth⁶¹, ir Prancūzijos ANAES įsteigtas⁶² kolegijų akreditavimas. Svarbus įvairių programų bruožas yra, koku mastu jos įtakoja pasaulinius standartus ir kitas akreditavimo programas.

Pasak PSO ataskaitos, JCAHO, CCHSA, ANAES ir ACHS programos turėjo didžiausią įtaką pasauliniuose akreditavimo standartuose⁶³. Pagal didžiausią tarptautinę kokybės standartų organizaciją ISQua, akreditavimo programos iš JAV, Didžiosios Britanijos, Kanados, Australijos ir Prancūzijos buvo įtakingiausios Europoje. Dėmesys pacientų teisėms kuriant etinę aplinką, sveikatos priežiūros centruose yra svarbus sveikatos priežiūros kokybei. JCAHO programa skiria dėmesį efektyviai komunikacijai su pacientu, suteikiant reikiamą informaciją, pacientų esminėms teisėms sveikatos priežiūros centruose ir veiksmingam informuotam sutikimui. Ji taip pat skiria

⁵² Williams ED, Emerson PM, Pennington GW. Royal college of pathologists' United kingdom pilot study of laboratory Accreditation. JCP 1990;43:89-91.

⁵³ Montagu D. Accreditation and other external quality assessment systems for health care. London: Health Systems Resource Centre, 2003.

⁵⁴ Harrison JP, Coppola MN. Is the Quality of Hospital Care a Function of Leadership? *HCM* 2007;26 (3):263–72.

⁵⁵ Shabot MM. Automated Data Acquisition and Scoring for JCAHO ICU Core Measures. *Departments of Enterprise Information Systems and Surgery, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, CA, USA* 2005:674-8

⁵⁶ Sieck S, Foster J. Best Practice Acute Coronary Syndromes, Integration of a Multidisciplinary Healthcare Delivery Model. *Critical Pathways in Cardiology* 2002;1 (4):223– 30.

⁵⁷ Bever CT, Holloway RG, Iverson DJ, Dubinsky RM, Richardson RM, Sheffield JK, Wang DZ, Franklin GM, Miyasaki JM, Tonn ST, Stevens JC. Invited Article: Neurology and quality improvement. *Neurology* 70 2008:1636-40.

⁵⁸ Scanlon DP, Hendrix TJ. Health Plan Accreditation: NCQA, JCAHO, or Both? *Managed Care Quarterly* 1998;6 (4):52–61.

⁵⁹ Decker PJ, Strader MK, Wise RJ. Beyond JCAHO: Using Competency Models to Change Healthcare Organizations Part 2: Developing Competence Assessment Systems. *Hospital Topics* 1997;75:10-7.

⁶⁰ Felix HC, Wheeler JG, Pulley LV, Stewart MK, Bursac Z, Mays GP, Mackey DS. Making Hospital Grounds Smoke-Free: A Case Study of Arkansas Act 134 of 2005. *JPHMP* 2009;15 (2):E9–E15.

⁶¹ Group TW. New brunswick strategic plan for telehealth. 2005

⁶² Giraud A. Accreditation and the quality movement in France. *QHC* 2001;10:111–6.

⁶³ Smits PA, Chamoagne F, Contandriopoulos D, C. SICOTTE, Pre'val J. Conceptualizing performance in accreditation. *IJQHC* 2008;20 (1):47–52.

didelį dėmesį kitiems į pacientus orientuotiems standartams, pavyzdžiui: paliatyvosios pagalbos ar skausmo valdymo ir pacientų pasitenkinimui. Sveikatos priežiūros organizacijų informacijos valdymas yra pagrindinis veiksnys, lemiantis verslo efektyvumą, veiksmingumą ir kokybę. JCAHO ir CCHSA turi labiausiai akcentuotą, pagrįstą įrodymais sprendimų priėmimą efektyvaus informacijos valdymo dėka. Naujosios Zelandijos QHNZ programa taip pat pasižymi šioje srityje; JCAHO ypatingą dėmesį skiria su pacientu susijusiai informacijai ir medicininei dokumentacijai. CCHSA skiriama daugiau dėmesio personalo mokymui sveikatos priežiūros įstaigose bet JCAHO naudoja išsamiausias medicininės dokumentacijos, duomenų saugumo ir konfidencialumo standartus. Be to, JCAHO ir JCI programos skatina sveikatos priežiūros organizacijas naudoti kompiuterines technologijas nepageidaujamų įvykių tyrimui, laboratorinių ir patologinių tyrimų rezultatų atsakymų spartinimui ir tikslios informacijos sveikatos priežiūros vadovams teikimui ⁶⁴. Programos gyvavimo trukmė atspindi jos tvarumą. JCAHO yra seniausia akreditacijos programa pasaulyje, kildinama iš programos, sukurtos Amerikos chirurgijos Asociacijos 1917 metais. CCHSA buvo sukurta 1957 metais ir ACHS – 1975 metais. Efektyvaus ryšio su visomis suinteresuotomis šalimis sukūrimas yra svarbus, nes koncentravimasis į klientą yra filosofiškas ir reikšmingas kokybės gerinimo principas. Daugumoje akreditavimo programų pacientų apklausa (priežiūros kokybės iš paciento perspektyvos įvertinimui) yra privaloma, bet tik JAV NCQA ir Šveicarijos EQUAM programos yra su akreditavimo procesu susijusios apklausos rezultatas ⁶⁵. JACHO turi specifinį procesą suinteresuotų šalių interesų įvertinimui. Per pastaruosius keletą metų JACHO pridėjo šešias vietas savo valdyboje ir paskyrė jas visuomenės nariams.

Visos akreditacijos programos įtraukia kai kuriuos viešumo ir informacijos prieinamumo aspektus, bet JCAHO labiau pabrėžia informacijos viešumą ir detalų visuomenės supažindinimą su informacija ⁶⁶. AGIL savybė remiasi keturių darbo aspektų, adaptacijos (gebėjimo išgyventi ir augti besikeičiančioje aplinkoje), orientavimosi į tikslą (tokia apimtimi kiek siekiama efektyvumo, veiksmingumo ir klientų patenkinimo), integracijos (tokia apimtimi kiek esama veikla atitinka pagrindinės veiklos tikslus), organizacijos kultūra ir vertybėmis. Kaip buvo įvertinta apžvelgtoje literatūroje, JACHO ir CCHSA programos geriausiai pasiekia šią pusiausvyrą ⁶⁷.

⁶⁴ Auras S, Geraedts M. Patient experience data in practice accreditation— an international comparison. *IJQHC* 2010;22 (2):132–9.

⁶⁵ Australian Business Excellence Framework Healthcare Advisory Group.. A comparison of quality programmes. Australian Quality Council, 1999

⁶⁶ Adams HP, Del Zoppo G, Alberts MJ, Bhatt DL, Brass L, Furlan A. Guidelines for the Early Management of Adults With Ischemic Stroke. *AHA* 2007;115:e474-e534.

⁶⁷ Polk HC. Presidential Address Quality, Safety, and Transparency. *Annals of Surgery* 2005;242 (3):1-9.

Veiklos apimtis yra akreditacijos programos informacinio aprūpinimo techninėmis priemonėmis ir logistikos srities elementas. JCAHO programa turi plačiausią akreditacijos apimtį vertinant visus sveikatos centrus, įskaitant ligonines, globos namus, skubios pagalbos, intensyviosios terapijos, ilgalaikės priežiūros ir sveikatos priežiūros tinklus.⁶⁸ CCHSA, ACHS ir QHNZ pasižymi panašiomis aprėptimis viena kitos atžvilgiu⁶⁹.

Tarptautinė Kokybės sveikatos priežiūroje bendrija (ISQua) yra didžiausias tarptautinis organas sveikatos priežiūros kokybės srityje ir vykdo akreditacijos programų akreditaciją. ISQua sertifikatas reiškia, kad akreditacijos organizacija pasiekė aukščiausią kokybės lygį akreditavimo srityje. Tik JCAHO (JCI), CCHSA ir ACHS programos pasiekė ISQua sertifikavimą⁷⁰.

Akreditacijos standartai, gebantys pateikti visapusišką sveikatos apsaugos įstaigos darbo efektyvumo įvertinimą, turi aprėpti tris sritis: struktūrą (resursus ir įplaukas), procesus ir veiklos rezultatus. JCAHO, CCHSA ir Jungtinės Karalystės akreditacijos programos atsižvelgia į visus trijų tipų standartus⁷¹.

Ketinių formuluotės yra kritiškai svarbūs elementai akreditacijos programose, nes jie veikia inspektoriaus vertinimo atlikimą. Jos turi būti išsamios, su detaliomis gairėmis. JCAHO, CCHSA ir ACHS turi tinkamas formuluotes⁷². Savanoriškas dalyvavimas akreditavimo procese yra suprantamas kaip pozityvus požymis, nes tai demonstruoja šio proceso reikšmingumą pačiai organizacijai. Dauguma akreditavimo programų yra savanoriškos, nors vyriausybės ir finansuotojai gali nustatyti dalyvavimą kaip privalomą reikalavimą, norint gauti visą arba dalinį kompensavimą ar finansavimą. Nors kai kurios sveikatos sistemos aktyviai skatina dalyvavimą, tik prancūzų ANAES programa yra privaloma⁷³. Akreditacijos programų nepriklausomybė nuo vyriausybės ir finansuotojų yra vertinama kaip svarbus gerų programų aspektas. Tik Prancūzijos ir Naujosios Zelandijos programos buvo sukurtos, finansuojamos ir valdomos vyriausybių⁷⁴. Akreditacijos programos intensyvumas ir darbo krūvis yra svarbūs renkantis tam tikrą akreditacijos programą, kaip ir inspektorių kvalifikacija. JCAHO programa yra intensyviausia su keletu tyrimų per metus ir todėl brangiausia. JCAHO reikalauja aukščiausio išsilavinimo

⁶⁸ Klazinga N. Re-engineering trust: adoption and adaptation of four external quality assurance models in Western European health care systems. *Int J Quality in Health Care* 2000; 12: 183-9

⁶⁹ Giraud A. Accreditation and the quality movement in France. *QHC* 2001;10:111-6.

⁷⁰ International Organization for Standardization www.iso.ch

⁷¹ Curtis JR, Cook DJ, Wall RJ, Angus DC, Bion J, Kacmarek R, Kane-Gill SL, Kirchhoff KT, Levy M, Mitchell PH, Moreno R, Pronovost P, Puntillo K. Intensive care unit quality improvement: A "how-to" guide for the interdisciplinary team. *CCM* 2006;34 (1):211-8.

⁷² Rooney AL, van Ostenberg PR. Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality. Center for Human Services (CHS), 1999.

⁷³ Giraud A. Accreditation and the quality movement in France. *QHC* 2001;10:111-6.

⁷⁴ Donahue KT, Van Ostenberg P. Joint Commission International Accreditation: relationship of four models of evaluation. *IJQHC* 2000;12 (3):243-6.

(magistro arba daktaro) ir ši organizacija išleidžia daugiausiai pinigų darbuotojų apmokymams⁷⁵.

Remiantis akreditavimo modelių ir programų privalumų bei trūkumų sisteminga rezultatų analize, padariau išvadą, kad Lietuvai reikalingas akreditavimo modelis, kuris remtųsi šiais principais:

1. Paprastumas.
2. Aiškumas.
3. Prieinamumas.
4. Priimtinumumas darbuotojams ir pacientams.
5. Naujumas.
6. Saugumas.
7. Kompleksiškumas.
8. Viešumas.

Nors JCAHO programa yra intensyviausia su keletu tyrimų per metus ir todėl yra brangiausia. Manau, diegiant bet kokį modelį, tyrimų skaičių ir intensyvumą reikėtų optimizuoti, o tai leistų sutaupyti lėšas. Pagal viešosios atskaitomybės rodiklį mes galėtumėme lygiuotis į JCAHO IR CCHSA programas. Reikėtų pastebėti, kad sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumu ir veiksmingumu labiausiai domisi valdžios, investuotojų ir vartotojų atstovai. Bet nėra programų, kurios būtų stiprios šiuo požymiu. Manau, į tai reikėtų atkreipti ypatingą dėmesį. Diegiant akreditavimo modelį, svarbiausia, kad programa būtų kompleksiška. O to dabar labai trūksta Lietuvai. Be to, modelis turėtų būti aiškus bei prieinamas ir personalui, ir pacientams, o sveikatos priežiūra taptų saugesnė abiem pusėms ir atitiktų aukščiausios kokybės reikalavimus. Taip pat būtų atvira naujovėms ir tobulinimui.

5. Tinkamiausio akreditavimo modelio diegimo principai.

Akreditavimo privalumas yra tas, kad jis nustato veiklos vertinimo parametrus, stimuliuoja tobulinimąsi ir yra savanoriškas įstaigos vadovybės procesas. Dažniausiai akredituotos klinikos gauna daugybę lengvatų ir pasiūlymų iš draudimo kompanijų ir valstybės. Medicininės organizacijos vertinimo procesas pavaizduotas 3 paveikslėlyje.

Dažniausiai akreditavimą inicijuoja medicininės asociacijos ir vartotojų bendruomenės. Tačiau kai kuriose šalyse, pvz. Serbijoje, akreditaciją inicijuoja Sveikatos Apsaugos Ministerija.

⁷⁵ Salisbury M. Certification for Office-Based Plastic Surgery. Semin Plast Surg 2007;21 (2):133-4.

Pirmame etape steigiamas vykdomasis organas – akreditavimo centras ir sudaromi nacionaliniai standartai vadovaujantis geriausia tarptautine praktika arba priimamas jau esamas kažkurioje šalyje egzistuojantis standartas. Pavyzdžiui, Kazachstane priimtas amerikietiškas JCI standartas.

Mano nuomone, plati ir prieinama nacionalinė medicininės pagalbos kokybės užtikrinimo struktūra turėtų būti sudaryta tokiu būdu, kad pateiktų pačių sudėtingiausių ir kritinių sveikatos apsaugos sričių vertinimą.

Akreditavimo centras turėtų nuolat skatinti medicininių organizacijų organizacinę ir klinikinę praktiką. Pagrindinis darbo principas turėtų būti subalansuota medicinos organizacijų vertinimo sistema su privalomu situacijos įvertinimu vietoje bei medicinos pagalbos įvertinimu slapto pirkėjo forma, nenutrūkstama galimybe greitai ir efektyviai dirbti su skundais ir incidentais. Periodiškai vertinant medicininės organizacijas, kurios turėtų atitikti standartus, turėtų būti kuriami pagrindiniai darbo tobulinimo parametrai. Jie turėtų atitikti procedūrų kokybę, siekiant darbo efektyvumo, orientuojantis į pacientą, informacinį atvirumą, būtiną finansavimui ir atsakomybei prieš visuomenę.

Akreditavimo procesas skirtas saugios ir kokybiškos medicininės pagalbos suteikimui. Tai leidžia identifikuoti silpnąsias ir stipriąsias medicininių organizacijų puses, atsižvelgti į aspektus, reikalaujančius padidinto dėmesio. Vertinimo rezultatai turėtų būti skelbiami akreditavimo įstaigų ataskaitose ir pateikiami informacinėje bazėje, kuri būtų pasiekama suinteresuotoms pusėms.

Deja, medicininių organizacijų akreditavimo mechanizmas, kuris daugelyje šalių leidžia atlikti efektyvesnę, labiau kontroliuojamą medicininę pagalbą, Lietuvoje dar nerealizuota. Esama politika ir procesai sveikatos apsaugoje neretai nesugeba padidinti paciento saugumo ir padėti sumažinti gydytojų klaidų kiekį.

Svarbu suprasti, kad akreditavimo pagrindinis tikslas ne akreditacijos pažymėjimas, o palaipsnis valdymo ir klinikinės praktikos gerinimas. Akreditavimo procesas skirtas pakeisti medicininės pagalbos procedūras, naudojant esamas ar net naujausias technologijas, integruojant pačias naujausias žinias, racionaliai atsižvelgiant į esamus resursus, socialinės atsakomybės garantijas, ir, be abejo, didinant paciento saugumą. Kadangi akreditavimo procesai daugelyje šalių vyksta ne pirmi metai, jau galima daryti teigiamas išvadas vertinant šio proceso įtaką sveikatos priežiūros kokybei ir saugumui, kadangi rezultatai gerėja, suteikiant medicininės pagalbos prieinamumą, tobulinant valdymo sistemą, sprendimų priėmimo procesą.

Dauguma specialistų, dalyvaujančių nacionalinės akreditavimo sistemos kūrime, pabrėžia, kad suinteresuotų pusių bendradarbiavimas turi daugiau privalumų, negu griežtas standartinis reguliavimas. Formuojasi partnerystė, kuri vadovaujasi bendru standartų

naudojamosi principu ir suteikia pagrindą interesų harmonijai, bendram susiklausymui, demokratiškam ir skaidriam funkcionavimui.

Pagrindinis medicininių organizacijų darbo organizatorius ir koordinatorius turėtų būti akreditavimo centras, kuris nustatys bendrą kokybės koncepciją, numatys kokybės proceso patikrinimo struktūrą, garantuojančią vienodą prieinamumą skirtingoms medicininių organizacijų formoms. Akreditavimo centras galėtų būti užregistruotas kaip autonominė nekomercinė organizacija arba autonominė nekomercinė įstaiga ir funkcionuoti dviem lygiais – federaliniu ir regioniniu. Mano nuomone, tai turėtų būti autoritetinga įstaiga, atsakinga už medicininės pagalbos kokybę Lietuvoje. Ji turėtų glaudžiai bendradarbiauti su vyriausybėmis ir regioninėmis sveikatos priežiūros valdymo įstaigomis bei užtikrintų visų suinteresuotų pusių koordinaciją. Kaip rodo praktika, akreditavimo centrai funkcionuojantys valstybės vardu yra efektyvesni ir gyvybingesni.

Akreditavimo darbą turėtų sudaryti medicininės pagalbos suteikimo nacionaliniai ir regioniniai kokybės kriterijai.

Į standartų kūrimo komisijos sudėtį, galėtų įeiti šių grupių atstovai:

1. Medicininių organizacijų atstovai (savininkai, vyr. gydytojai, direktoriai, gydytojai, medicinos seserys, techninis personalas), kurie turėtų būti įtraukti į standartų kūrimo pradžią, nes jie bus pagrindiniai jų vartotojai;
2. Draudimo, juridinių kompanijų ir finansinių įstaigų atstovai;
3. Profesinių asociacijų ir viešųjų organizacijų atstovai, įskaitant „siauro“ profilio specialistus, tokius kaip chirurgai, oftalmologai, kardiologai ir k.t., kaip turintys privalomos kompetencijos lygį;
4. Sveikatos apsaugos federalinių ir regioninių įstaigų atstovai;
5. Pacientų organizacijų ir sąjungų atstovai, įskaitant pacientų teisių apsaugos organizacijas, silpnai apsaugotas piliečių sąjungas;
6. Verslo atstovai, galintys formuluoti ir išsakyti korporatyvinių klientų reikalavimus, turinčius paklausą aukštų technologijų ir brangiai kainuojančioms medicininėms paslaugoms;
7. Individualūs asmenys, kurie išsakytų visuomenės nuomonę ir interesus, vertinant medicininės pagalbos kokybę (medikai – klinicistai, medicinos seserys, socialinių tarnybų atstovai, ekologai, viešųjų ryšių specialistai, tyrinėtojai, dėstytojai, juristai ir t.t.).

Pirmu akreditavimo etapu galėtų būti savęs įvertinimo ataskaitos analizė, paruošta medicininės organizacijos pagal nustatytus kriterijus. Šių kriterijų struktūra turėtų būti sudaryta iš tokių, kaip pastovus reagavimas į pacientų skundus ir norus, rizikos vertinimas ir

nepageidaujamų reiškinių nuspėjimas. Šie kriterijai vėliau galėtų būti panaudoti vidaus auditui ir išorinės akreditacijos vertinimui.

Akreditavimo centras turėtų ne tik rinkti informaciją iš visų suinteresuotų pusių, bet ir kviesti pacientus, korporatyvinius klientus, draudikus dalyvauti vertinimo procese. Tik įsiklausymas į visų proceso dalyvių nuomonę leistų įdiegti akreditavimo standartų naujoves.

Negalima nesutikti su tuo faktu, kad visame pasaulyje auga pacientų įtraukimas į šį procesą. Jie ne tik vis daugiau sužino apie sveikatos priežiūros problemas, bet ir pageidauja vis labiau dalyvauti iškilusių problemų, liečiančių jų pačių ir jų artimųjų sveikatą, sprendime.

Medicininį organizacijų akreditavimas turėtų garantuoti, kad jų vadovybė, visas medicininis personalas dirba pagal etikos standartus, neleidžia piktnaudžiauti tarnybine padėtimi, suteikia konfidencialumą, pasiruošęs naudoti pažangiausias technologijas nesiekiant naudos sau. Profesinė medicinos personalo atsakomybė yra:

- savalaikės medicininės pagalbos suteikimas,
- diagnostinio tikslumas,
- klinikinių tyrimų žinojimas ir operacinio įsikišimas,
- kvalifikacijos ir personalo mokymas,
- klaidų nuspėjimas.

Federalinis akreditavimo centras turėtų kontroliuoti sveikatos priežiūros akreditavimo procesų teikimą visoje šalyje, o taip pat vykdyti federalinio lygio medicininį įstaigų akreditaciją ir auditą. Jo tikslu turėtų tapti politikos plėtra, struktūros, akreditavimo proceso ir akreditavimo standartų glaudžiai bendradarbiaujant su suinteresuotomis pusėmis plėtra, o jo veikla turėtų būti suorganizuota tokiu būdu, kad suteiktų maksimalią geografinę apimtį ir prieinamumą. Tuo tikslu akreditavimo centras turėtų bendradarbiauti su Strateginio planavimo departamentu. Federalinis akreditavimo centras apibrėžiamas kaip valdantysis regioninių centrų organas ir jungia direktorių valdyboje visų regioninių centrų vadovus. Ekspertų komitetas jungia visas suinteresuotas puses: medicininį organizacijų atstovus, valstybės valdžios atstovus, taip pat skirtingų visuomeninių organizacijų ir asociacijų atstovus.

Regioninio lygio centrai turėtų būti kontroliuojami federalinio centro ir atsakyti už akreditavimo proceso realizavimą regione, remti dalyvius informacija, žiniomis, mokymais, vykdyti akreditavimo proceso monitoringą, atlikti ataskaitų analizę vertinant jų pilnumą ir adekvatumą, pritraukti skirtingo priklausomumo medicininės organizacijas į akreditavimą procesą. Regioniniai akreditavimo centrai atsakingi už medicininį organizacijų veiklos vertinimo procesą.

Pagrindinė akreditavimo centro funkcija: vertinimas ir patvirtinimas, kad medicininės organizacijos dirba pagal nustatytus nacionalinius standartus, padeda joms modernizuoti darbo lygį. Regioninio centro organizacinė struktūra pavaizduota 5 pav.

Aukščiausias akreditavimo centrų valdymo organas – Direktorių Valdyba, kuri rūpinasi veiklos koordinavimu, įsiklauso į regionų interesus, vykdo suinteresuotų pusių nuomonių ataskaitą. Regioninės struktūros vadovas turėtų įeiti į Federalinės struktūros Direktorių Valdybą.

Vietos savivaldos direktorių valdybą gali sudaryti regioninių ministerijų atstovai arba sveikatos apsaugos departamento, medicininių įstaigų, profesinių medicininių asociacijų ir visuomeninių draudimo kompanijų organizacijų ir kt. atstovai.

Kaip vertintojai galėtų būti įtraukiami draudimo kompanijų, sveikatos apsaugos departamento, profesinių asociacijų, medicininių organizacijų specialistai. Svarbiausia, kad būtų laikomasi nešališkumo ir nepriklausomumo principo.

Analizė rodo, kad daugelyje pasaulio šalių į akreditavimo procesą įtraukti visų tipų medicininės įstaigos ir organizacijos: perinataliniai centrai, gydymo namai, akušerių punktai, vaikų ligoninės, poliklinikos, dispanseriai, specializuotos klinikos, psichiatrinės ligoninės, klinikinės laboratorijos, fizioterapijos ir diagnostikos centrai, kraujo plazmos bankai, greitoji medicinos pagalba, reabilitacijos centrai.

Stebėseną ir medicininės pagalbos kokybės vertinimą pagrindinė centro veikla. Medicininių organizacijų visuomenės lūkesčių supratimas padės įgyvendinti tuos patobulinimus, kurių taip ilgai laukiama.

Bet kokios organizacijos sėkmingai veiklai būtinas nuolatinis finansavimas. Akreditavimo centrų finansavimo pagrindą galėtų sudaryti tiek privačių, tiek visuomeninių sektorių investicijos. Kaip papildomi finansavimo šaltiniai galėtų būti pajamos iš draudimo kompanijų, bendrijų, medicininių asociacijų, farmacinių produktų gamintojų, verslo, kokybės tobulinimo realizavimo projektų bei bendradarbiavimas su tarptautinėmis kokybės organizacijomis, o taip pat pajamos iš informacinės ir mokomosios medžiagos leidimo⁷⁶.

Šiuolaikinė valstybės sveikatos priežiūros būklė rodo, kad visuomenei reikia tam tikrų socialinių pokyčių ir kad atėjo laikas veikti. Lietuvai būtina pradėti plėtoti gyvybingą, atitinkantį konkrečius rodiklius, bei patikimą nacionalinių akreditavimo standartų procesą. Sveikatos priežiūros institucijų akreditavimo sistemos formavimas pagal medicininės pagalbos kokybės suteikimą turėtų būti planuotas ir skaidrus. Akivaizdu, kad šis procesas nėra toks paprastas ir

⁷⁶ Petichenko A.V. Accreditation of healthcare organizations as vector of achievement of quality. Quality Management in Public Health and Social Development № 1 (11)/2012, 122-129.

greitas, tačiau taip pat akivaizdu, kad tai yra neišvengiama, nes jo alternatyva – netolygi sveikatos priežiūros kokybė ir didelė rizika pacientams.

Lietuvos akreditavimo medicinos įstaigose teikiamos sveikatos priežiūros kokybės formavimas galėtų būti veiksminga priemonė gerinti konkurencingumą, tarptautinį pripažinimą ir visoms įgyvendinimo atveju suinteresuotoms šalims turės tam tikrų privalumų: draudimo bendrovės gaus aiškų ir objektyvų sveikatos priežiūros organizacijų įvertinimą; sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai turės garantijas, kad bus atsižvelgta į jų interesus ir reikalavimus; visuomenė gaus aukštesnės kokybės medicininę pagalbą; medicininės organizacijos, sėkmingai praėjusios akreditavimą, pateks į patikimų medicininės pagalbos tiekėjų duomenų bazę ir turės finansavimo lengvatas bei turės galimybę sudaryti viešąsias sutartis. Pinigų srautai eis pas geriausius.

Reikėtų prisiminti, kad sveikatos priežiūros organizacijų vertinimas neturėtų būti panašus į biurokratinį patikrinimą. Akreditavimas neturėtų būti suvokiamas kaip baudžiamoji priemonė ar licencijavimo pakaitalas, nes tai yra vienintelis veiksmingas ir patvirtintas pasaulyje įrankis, siekiant pagerinti sveikatos priežiūros organizavimą.

Daugelis sveikatos priežiūros organizacijų vadovų jau dabar klausia: „Kaip pagerinti sveikatos priežiūros kokybę nesant nacionaliniams akreditavimo standartams?“. Atsakymas paprastas: pirmas akreditavimo žingsnis beveik visose šalyse yra ISO 9001 kokybės sistemos veikimas. Svarbiausia - veikti. Ir tada mums pavyks! ⁷⁷.

⁷⁷ Petichenko A.V. Accreditation of healthcare organizations as vector of achievement of quality. Quality Management in Public Health and Social Development № 1 (11)/2012, 122-129.

6. LIETUVOS AKREDITAVIMO SISTEMOS VEIKLOS EFEKTYVUMO VERTINIMAS (EMPIRINIS TYRIMAS)

6.1 Bendroji tyrimo proceso logika

Siekiant įvertinti Lietuvos Akreditavimo sistemos efektyvumą, buvo atliekami tyrimai, taikant kokybinius tyrimo metodus. Magistro darbe šis metodas pasirinktas stengiantis suprasti subjektyvų žmogiškosios patirties pasaulį ir mėginant suprasti, kaip žmogus interpretuoja aplink jį supantį pasaulį.⁷⁸

Pasirinktas atlikti vienas kokybinis tyrimas: pažinti ir suprasti programos vykdymo vertinimą gydytojų požiūriu.

Sociologiniais kokybiniais tyrimais, kitaip nei kiekybiniais, nesiekama išmatuoti, pagrįsti, įrodyti, patikrinti priežastingumo ryšių. Jais siekiama suprasti, rekonstruoti egzistuojančius reiškinius. Tai indukcinis tyrinėjimo kelias: nuo praktinio fenomeno analizės link teorijos konstravimo.⁷⁹

6.2 Tyrimo etikos principai

Vykdamt apklausą, laikytasi pagrindinių socialiniuose tyrimuose išskiriamų etinių principų: geranoriškumo, privatumo, anonimiškumo, pagarbos, informacijos tikslumo ir kt.⁸⁰. Kokybinių tyrimų metu buvo gerbiamas respondento privatumas, suteikiama tiksli informacija apie atliekamo tyrimo pobūdį, užtikrintas anonimiškumas. Tyrėjas žodžiu įsipareigojo visiems tyrimo dalyviams, kad nebus skelbiama informacija, susijusi su konkrečia įstaiga ar asmeniu.

Kokybinio tyrimo – gydytojų interviu duomenys buvo renkami planingai, gavus respondentų sutikimus dalyvauti tyrime, iš anksto suderinus laiką ir vietą su tyrimo dalyviais.

6.3 Kokybinio tyrimo gydytojų interviu etapas (tyrimo imtis, instrumentas)

Siekiant išsamiau įvertinti Lietuvos Akreditavimo sistemos veiklą, buvo atliktas kokybinis gydytojų tyrimas.

Kokybinio tyrimo apibendrinimui buvo naudotas „kontent“ analizės metodas.

Instrumentas. Buvo sudarytas klausimynas gydytojams.

⁷⁸ Kardelis, K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas, JUDEX leidykla, 2002: p. 277.

⁷⁹ Strauss, A. L., Corbin, J. (1998). Basic of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. Sage, 2nd ed., 312. [įiūrėta 2010-06-15]. Prieiga internete: <<http://gtm.vlsn.org/gtm-13.html>>.

⁸⁰ Kardelis, K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas, JUDEX leidykla, 2002: p. 76-84.

Gydytojų interviu sudarė 6 klausimai (žr. priedą), orientuoti į gydytojus kaip į proceso dalyvius, analizuoti jų požiūrį į Lietuvos Akreditavimo sistemos organizavimą, vykdymą ir valdymą.

Tyrėjas informantų atsakymus fiksavo raštu.

Pusiaus struktūruoto interviu trukmė – nuo 30 iki 40 min.

Tyrimo dalyvių imtis – 6 gydytojai.

Tyrimo tikslas – išsiaiškinti ar pakankamai efektyviai vykdoma ir valdoma Lietuvos Akreditavimo sistemos veikla jos vartotojų ir dalyvių požiūriu.

Tyrimo laikas – gydytojų interviu tyrimas atliktas 2014 m. vasario mėnesį.

Tyrimas buvo atliekamas tokiais etapais:

1. Klausimų sudarymas.
2. Apklausos metodo parinkimas.
3. Duomenų analizė, gydytojų požiūris.
4. Rezultatų apibendrinimas ir išvados.

Tyrėjas žodžiu įsipareigojo visiems tyrimo dalyviams, kad nebus skelbiama informacija, susijusi su konkrečia įstaiga ar asmeniu ir pavardės nebus viešinamos.

6.4 Kokybinio tyrimo gydytojų interviu rezultatų analizė

Respondentų gydytojų charakteristikos pateiktos 7 lentelėje.

7 lentelė: Demografinės tyrimo dalyvių, gydytojų, charakteristikos (n = 6)

Lytis	Moterys (100 %, n = 6)
Amžiaus vidurkis	55,5 m.
Pasiskirstymas pagal institucijos tipą	6 (100 %) respondentų dirba pirminės asmens sveikatos priežiūros centre.
Pasiskirstymas pagal darbinį statusą	6 respondentai –gydytojai.
Išsilavinimas	Visi respondentai įgiję aukštąjį universitetinį medicininį ir vadybinį išsilavinimą.

Pirmuoju klausimu (*Kaip vertinate dabartinę Lietuvos Akreditavimo sistemą, kai akredituojamos įstaigos ir medikai, kokie jos trūkumai?*) siekta atskleisti gydytojų požiūrį į Lietuvos Akreditavimo sistemos veiklą, funkcionalumą, prieinamumą, bei įvertinant sistemos trūkumus.

Analizuojant pirmojo klausimo interviu turinį išskirtos trys kokybinės kategorijos: Akreditavimo sistemos svarba, Akreditavimo sistemos veiksmingumas, Akreditavimo sistemos tęstinumas.

8 lentelė: Gydytojų požiūris į Lietuvos akreditavimo sistema

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Akreditavimo sistemos svarba	Prieinamumas	Lietuvos akreditavimo sistema yra gana uždara, joje sunku surasti informaciją. Galėtų būti paprastesnis prieinamumas ir nebūtinai viskas turi koncentruotis vienoje įstaigoje. Akreditavimo sistema sunkiai prieinama, turėtų būti lengviau prieinami jos akredituotų specialybių, įstaigų sąrašai.
	Funkcionalumas	Lietuvos Akreditavimo sistemos darbą vertinu teigiamai kaip labai reikalingą dalyką, kad pacientas jaustųsi saugus ir gydymo įstaigoje ir apsilankant pas medikus.
Akreditavimo sistemos veiksmingumas	Veikimas	Akreditavimo sistema sunkiai prieinama, turėtų būti lengviau prieinami jos akredituotų specialybių, įstaigų sąrašai. Kalbant apie Akreditavimo tarnybą kaip įstaigą visi jos reikalavimai yra gana „sausai“.
	Trūkumai	Tiems reikalavimams pasiruošti ir įgyvendinti iš Akreditavimo tarnybos nėra jokios pagalbos. Tik yra dokumentiniai pareiškimai kad „va taip reikia daryti“... Vienas iš jos trūkumų, kad būna ganėtinai sudėtinga prisiskambinti.

Akreditavimo sistemos tęstinumas	Pasiūlymai	Tarp akredituojamų įstaigų personalo skyriaus ir akreditavimo tarnybos turėtų būti didesnis ryšis ir bendradarbiavimas. Bei personalo skyrius galėtų turėti lengvesni aiškesnį prieinamumą prie akredituotų asmenų sąrašų. Tik manau, kad turėtų būti glaudesnis ryšis tarp Akreditavimo tarnybos ir medicinos įstaigų bei jų personalu.
----------------------------------	------------	--

Apibendrinimas. Visi respondentai pažymėjo Akreditavimo sistemos svarbą, kaip visai sveikatos priežiūros sistemai, tiek ir pacientams, kaip tų paslaugų gavėjams. Buvo pažymėta, kad pati sistema yra ganėtinai uždara su savom taisyklėmis. Kaip pasiūlymas buvo pasakyta mintis, kad norėtų glaudesnio bendradarbiavimo tarp Akreditavimo tarnybos ir pačių sveikatos priežiūros įstaigų bei jose dirbančio personalo.

Antruoju klausimu gydytojams (*Kaip vykdomos akreditavimo procedūros kas 5 metai ir procesas ar jie yra tinkami, savalaikiai ir skaidrūs?*) siekta atskleisti respondentų nuomonę apie akreditavimo procedūros proceso tvarką, tinkamumą, periodiškumą.

Išskirtos trys kokybinės kategorijos: akreditavimo procedūros tinkamumas, akreditavimo procedūros savalaikiškumas, akreditavimo procedūros skaidrumas.

9 lentelė: Gydytojų požiūris apie kas 5 metai taikomą akreditavimo procedūrą

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
akreditavimo procedūros tinkamumas	Prieinamumas	Tie kursai seni N metų pasenę, jei kažkas naujo mokama, į užsienį išvažiuoti nėra finansavimo. Yra trūkumų, kad, pvz. yra programa auditoriams kas penkeri metai, bet jeigu auditorius dirba daugiau nei penkeri metai, tai vėl klauso tas pačias programas.
	Suderinamumas	Patys mokymai nėra suderinti nei su universitetais, nei su tomis pačiomis kolegijomis. Akreditavimo procedūros galėtų vykti esant didesnei kontrolei, o ne tik dokumentų išsiuntimas ar pateikimas.

akreditavimo procedūros savalaikiškumas	Individualizavimas	Taip pat galbūt galima būtų peržiūrėti akreditavimo procedūrų pakartotinio taikymo laikotarpį ir labiau individualizuoti pagal poreikį. O patys reikalauja kas penkis metus atnešti sertifikatus. Galėtų būti skirtingą akreditavimo termino trukmę, priklausomai nuo specialybės, kadangi skiriasi reikalaujamų surinkti valandų kiekiai.
	Svarbumas	Visiškai neįvertina nei kompetencijos, nei ar kvalifikaciją ar jį davė naudos. Akreditavimo proceso vykdymas „kas penki metai“ neturėtų būti tik formalumas.
akreditavimo procedūros skaidrumas	Trūkumai	Norėtusi glaudesnio ryšio, priežiūros, kontrolės iš Akreditavimo tarnybos pusės, galbūt pagalbos, patarimo kada ir kaip tobulinti kvalifikaciją. Jų vertinimas yra labai paviršutiniškas, vėl gi dokumentinis. Tai yra formalumas, nėra skaidrus, nes kas nuvažiuoja į kursus kas kitais būdais gauna. Neatspindi kompetencijos kuri turėtų būti tikrinama.

Apibendrinimas. Visi 6 respondentai vertindami Akreditavimo procedūrą mato daug trūkumų ir pažeidimų, taip pat norėtų lankstesnio, individualaus požiūrio vertinant kvalifikacijas bei didesnės kontrolės vertinant žinias, o ne tik popierinę dokumentaciją.

Trečiuoju klausimu gydytojams (*Kokių reikėtų priemonių imtis ir kaip pagerinti dabartinę akreditavimo sistemą tiek centrinių (Akreditavimo tarnybos) tiek vietinių institucijų lygmenyje?*) siekta sužinoti gydytojų nuomonę apie akreditavimo tarnybos veiklos pagerinimo galimybes.

Išskirta viena kokybinė kategorija: akreditavimo sistemos proceso tobulinimas.

10 lentelė: Priemonės dabartinei Akreditavimo sistemai pagerinti

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
akreditavimo sistemos proceso tobulinimas	Darbas su informacinėmis priemonėmis	Dabartinės akreditavimo sistemos veiklai pagerinti reikėtų imtis daugiau švietėjiškos veiklos bei plačiau ir prieinamiau skelbti naudingą informaciją. Iš akreditavimo tarnybos galėtų būti dar ne tik tikrinimo, bet ir daugiau švietimo. Vienas dalykas kad vykdyti reikalavimus yra vienas dalykas, bet, kad juos vykdyti gerai yra kitas dalykas.
	Darbas su įstaigomis	Galbūt reikėtų sudaryti kažkokį kvalifikacijos tobulinimo ar įstaigos veikos gerinimo planą, sudarytą Akreditavimo tarnybos ir patvirtintą.
	Darbas su specialistais	Daugiau turėtų bendradarbiauti akreditavimo, mokymo ir gydymo institucijos bei įvairios medikų draugijos bei sąjungos. Turėtų būti daugiau bendradarbiaujama su įstaigomis ir per jas su specialistais.

Apibendrinimas. Visi 6 respondentai vertindami Akreditavimo sistemos proceso tobulinimą mato daug silpnų vietų, taip pat norėtų glaudesnio ryšio tarp įstaigų, specialistų ir pačios tarnybos.

Ketvirtuoju klausimu gydytojams (*Kokie yra pagrindiniai veiksmingi kokybės gerinimo metodai (pavyzdžiui, galiojantys standartai, patikimi matavimai ar praktiniai įgyvendinimai, kuriuos siūlytumėt taikyti plačiau arba siauriau?)*) siekta atskleisti gydytojų nuomonę apie veiksmingus kokybės gerinimo metodus.

Išskirta viena kokybinė kategorija: kokybės gerinimo metodai.

11 lentelė: Kokybės gerinimo metodai

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
		Jeigu kalbėtume apie kokybės gerinimo metodus, tai iš Akreditavimo tarnybos jokių kokybės gerinimo metodų nėra. Nėra nei standartų, nei nieko nėra, iš

Kokybės gerinimo metodai	Kokybės gerinimo metodų nebuvimas	tikrųjų jie nieko nėra parengę. Kažkokių nustatytų ir patvirtintų Akreditavimo tarnybos kokybės gerinimo metodų nėra. Nėra nustatytų pagrindinių veiksmingų kokybės gerinimo metodų, vadovaujamasi tik tam tikrais standartais (ISO ir t.t.), bet tai nėra kokybės gerinimo standartai.
	Savarankiškai įdiegti kokybės gerinimo metodai	Kokybės gerinimo metodai egzistuoja organizacijuose tik jeigu jos pačios įdiegė juos. Organizacijos pačios susikuria savo atskiras taikomas pagal poreikius kokybės vadybos sistema. Nėra nustatytų kokybės gerinimo metodų. Tuo rūpinasi pačios įstaigos.

Apibendrinimas. Visi 6 respondentai vertindami Kokybės gerinimo metodus pasigedo iniciatyvos iš Akreditavimo tarnybos pusės bei bendrų normų ir reikalavimų diegiant kokybės gerinimo metodus.

Penktuoju klausimu gydytojams (*Kaip Jums prieinama informacija apie kokybės gerinimo metodus - pavyzdžiui, nacionaliniu ir vietos lygiu, bibliotekos ir išteklių centrai?*) siekta atskleisti respondentų nuomonę apie kokybės gerinimo metodų informacijos prieinamumą.

Išskirta viena kokybinė kategorija: kokybės gerinimo metodų informacijos prieinamumas.

12 lentelė: Kokybės gerinimo metodų informacijos prieinamumas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Informacijos prieinamumas	Nevalstybinė kalba arba internetas	Užsienio kalboje arba internetinėje akreditavimo tarnybos puslapio erdvėje. Visa informacija apie kokybės gerinimo metodus yra daugiausiai anglų kalboje ir dažniausiai prieinama tik internetu. Arba retai būna apie tai kalbama per įvairius seminarus ar konferencijas. Informacija yra prieinama tik tiek kiek pats sugebi tiek pasiskaitai. Dėl informacijos, tai viešojoje erdvėje jos yra

		skelbiama, bet kas liečia dokumentus pasirengimą įstaigoje ten yra daug kas deklaruojama bet nėra sukonkretinta. Galėtų būti standartai tų pačių istorijų, procedūrų paruošta pagal kurias būtų galima iškart dirbti.
	Organizacijų iniciatyva	Kokybės gerinimo informacija yra prieinama ir su ja galima susipažinti tik jeigu jina yra idiegta organizacijos iniciatyva ir taikoma tam tikriems procesams, procedūroms.

Apibendrinimas. Visi 6 respondentai vertindami Kokybės gerinimo metodų informacijos prieinamumą norėtų daugiau prieinamų informacijos šaltinių lietuvių kalba ir sukonkretintų reikalavimų.

Šeštuoju klausimu gydytojams (*Kokios siūlytinos rekomendacijos procesui pagerinti, finansavimas yra reikalingas siekiant įsteigti kokybės sistemas - pavyzdžiui, koordinavimą, duomenų ir informacijos, valdymą ir mokymą?*) siekta atskleisti respondentų nuomonę apie rekomendacijas procesui pagerinti.

Išskirta viena kokybinė kategorija: rekomendacijos procesui pagerinti.

13 lentelė: Rekomendacijos procesui pagerinti

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Rekomendacijos procesui pagerinti	Pagerinti finansavimą	Kokybei pagerinti nėra skiriami jokie pinigai. Viskas eina iš bendro „katilo“ iš PSDF pinigų, papildomų pinigų jokių nėra, nei kokybos vadybos sistemoms nei kažkam kitam kurti kas galėtų būti gerinama. Reikalingas papildomas kokybės sistemos proceso finansavimas kuris būtų atsakingas už koordinavimą, duomenų ir informacijos valdymą bei mokymus. Reikėtų daugiau kalbėti apie proceso naudą, kad tam galėtų skirti papildomą finansavimą.

	Alternatyvus finansavimas	Reikalingas atskiras finansavimas, nebūtinai tik valstybinis, bet galėtų būti ir privačių kompanijų pinigais. Kurios ir pačios būtų suinteresuotos Akreditavimo proceso skaidrumu tiek medikų tiek įstaigų lygmenyje.
--	---------------------------	---

Apibendrinimas. Visi (100%) respondentai išsakė nuomonę, kad esamos finansavimo formos yra nepakankamos ir pateikė pasiūlymų, kaip būtų galima jas patobulinti.

IŠVADOS

1. Per pastaruosius dešimt metų visame pasaulyje buvo nacionalinių ir regioninių akreditavimo programų spartus augimas, skirtas sveikatos priežiūros paslaugų sukūrimui. Praėjusio dešimtmečio patirtis rodo, kad akreditavimas yra vertinga technologija kokybės gerinimui. Organizacijos, kurios dalyvauja akreditavime patvirtina savo įsipareigojimą siekti kokybės gerinimo, rizikos mažinimo, pacientų saugos, padidėja efektyvumas ir atskaitomybė.

2. JCAHO, CCHSA, ANAES ir ACHS programos turėjo didžiausią įtaką pasauliniuose akreditavimo standartuose. Dauguma naujų nacionalinių akreditavimo sistemų buvo kilusios iš arba sudarytos pagal jau esamus akreditavimo modelius. Visos programos turi plačiausią akreditacijos apimtį. Skiriasi tik jų apimtis. Šiuo metu pasaulinio akreditavimo lyderis yra JCAHO.

3. Lietuvoje akreditavimas yra savanoriškas procesas, todėl pati įstaiga turi nuspręsti, ar siekti akreditavimo, nes kol kas tai nėra privalomas valstybės nustatytas reikalavimas. Toks proceso savanoriškumas turi pranašumų prieš privalomus reikalavimus, nes kokybės gerinimo procesas gali vykti per nebaudžiančias konsultacijas; nustatydamas pasiekiamus standartus, o ne minimalius standartus, akreditavimas gali būti tikslas kokybei gerinti. Didžiausias trūkumas yra tai, kad iki šiol Lietuvoje asmens sveikatos priežiūros įstaigos akredituojamos nebuvo. Manau, dėl to, kad tai nėra privaloma procedūra.

4. Lietuvos akreditavimo modelis turėtų laikytis šių principų: paprastumo, aiškumo, prieinamumo, priimtino darbuotojams ir pacientams, naujumo, saugumo, kompleksiskumo, viešumo.

5. Akreditavimo svarba ir reikalingumas pažymėtas visų respondentų atliktame empiriniame tyrime. Bet ir visų buvo pažymėta, kad pati sistema yra ganėtinai uždara su savomis taisyklėmis. Buvo pasiūlyta, kad galėtų būti glaudesnis bendradarbiavimas tarp Akreditavimo tarnybos ir pačių sveikatos priežiūros įstaigų bei jose dirbančio personalo.

.

PASIŪLYMAI

Pasiūlymai SAM:

1. SAM turėtų kontroliuoti efektyvų bendradarbiavimą tarp akreditavimo, mokymo ir gydymo institucijų bei įvairių medikų draugijų bei sąjungų.
2. Galbūt reikėtų akreditavimą padaryti privalomu procesu.
3. Reikalingas atskiras finansavimas, nebūtinai tik valstybinis, bet galėtų būti finansuojamas ir privačių kompanijų.
4. Reikėtų daugiau skelbti apie akreditavimo, kaip kokybės gerinimo proceso, naudą (TV, radijas, internetas, informaciniai standai, reklaminiai lankstinukai.).

Pasiūlymai Akreditavimo tarnybai:

1. Dabartinės akreditavimo sistemos veiklai pagerinti reikėtų imtis daugiau švietėjiškos veiklos bei plačiau ir prieinamiau skelbti naudingą informaciją.
2. Galbūt reikėtų sudaryti kažkokį kvalifikacijos tobulinimo ar įstaigos veikos gerinimo planą, sudarytą ir patvirtintą Akreditavimo tarnybos.
3. Turėtų būti daugiau bendradarbiaujama su įstaigomis ir su jų specialistais.
4. Norėtųsi daugiau iniciatyvos iš Akreditavimo tarnybos pusės bei bendrų normų ir reikalavimų diegiant kokybės gerinimo metodus.
5. Specialistams modernesnių ir įdomesnių kvalifikacijos tobulinimosi kursų.
6. Peržiūrėti mokamų kursų kainas, padaryti jas mažesnes, galbūt įtraukiant į kursų kainų kompensavimą privačius remėjus (farmacininkai ir t.t.).

Pasiūlymai įstaigoms:

1. Visoms įstaigoms ir kiekvienai įstaigai atskirai reikėtų imtis daugiau iniciatyvos bendraujant, bendradarbiaujant bei diegiant kokybės gerinimo priemones. Tiek su SAM, tiek su Akreditavimo tarnyba.
2. Sekti visas naujoves ir aktyviai dalyvauti jų diegime.
3. Vykdyti vidinį, įstaigos viduje, darbuotojų švietimą ir tobulinimą (kursų, konferencijų, seminarų organizavimas, apsikeitimas žiniomis).
4. Atliekant Vidaus Audito sekti kokybės vadybos pokyčius.

LITERATŪRA

Laikraščiai, žurnalai

1. Adams HP, Del Zoppo G, Alberts MJ, Bhatt DL, Brass L, Furlan A. Guidelines for the Early Management of Adults With Ischemic Stroke. *AHA* 2007;115:e474-e534.
2. Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DMJ, Ten Asbroek AHA, Custers T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *IJQHC* 2003;15 (5): 377–98.
3. Arce H. Accreditation: the Argentine experience in the Latin American region. *International Journal for Quality in Health Care*, 1999, 11:425–428.
4. Arce H. Hospital accreditation as a means of achieving international quality standards in health. *International Journal for Quality in Health Care*, 1998, 10:469–472.
5. Auras S, Geraedts M. Patient experience data in practice accreditation— an international comparison. *IJQHC* 2010;22 (2):132–9.
6. Australian Business Excellence Framework Healthcare Advisory Group.. A comparison of quality programmes. Australian Quality Council, 1999
7. Cole DC, Robson LS, Lemieux- Charles L, McGuire WC, Champagne F. Quality of working life indicators in Canadian health care organizations: a tool for healthy, health care workplaces? *Occupational Medicine* 2005;55:54–9.
8. Decree of 14 January 1997. Rome, *Gazetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, February 1997
9. D'Écret en Conseil d'Etat no 97-311 du 7 Avril. Paris, *Journal Officiel* (82)-8, 1997 <http://www.anaes.fr>
10. Donahue KT, Van Ostenberg P. Joint Commission International Accreditation: relationship of four models of evaluation. *IJQHC* 2000;12 (3):243-6.
11. El-Jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammar W, Tchaghchaghian V. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. *IJQHC* 2008;20 (5):363–71.
12. Felix HC, Wheeler JG, Pulley LV, Stewart MK, Bursac Z, Mays GP, Mackey DS. Making Hospital Grounds Smoke-Free: A Case Study of Arkansas Act 134 of 2005. *JPHMP* 2009;15 (2):E9–E15.
13. Giraud A. Accreditation and the quality movement in France. *QHC* 2001;10:111–6.
14. Heidemann E. The ALPHA program. *International Journal for Quality in Health Care*, 1999, 11:275–277.

15. Huang P, Hsu YE, Kai-Yuan T, Hsueh Y-S. Can European external peer review techniques be introduced and adopted into Taiwan's hospital accreditation system? *Int J Quality Health Care* 2000; 12: 251-4
16. Ito H, Iwasaki S, Nakano Y, Imanaka Y, Kawakita H, Gunji A. Direction of quality improvement activities of health care organizations in Japan. *Int J Quality Health Care* 1998; 10: 361-3
17. Klazinga N. Re-engineering trust: adoption and adaptation of four external quality assurance models in Western European health care systems. *Int J Quality in Health Care* 2000; 12: 183-9
18. Nabitz U, Klazinga N, Walburg J. The EFQM excellence model: European and Dutch experience with the EFQM approach in health care. *Int J Quality Health Care* 2000; 12: 191-201
19. Polk HC. Presidential Address Quality, Safety, and Transparency. *Annals of Surgery* 2005;242 (3):1-9.
20. Safdari R, Meidani Z. Health Services Accreditation Standards for Information management in Canada, New Zealand and USA: A Comparative Study. *J Res Health Sci* 2006;6 (1):1-7.
21. Salisbury M. Certification for Office-Based Plastic Surgery. *Semin Plast Surg* 2007;21 (2):133-4.
22. Scanlon DP, Hendrix TJ. Health Plan Accreditation: NCQA, JCAHO, or Both? *Managed Care Quarterly* 1998;6 (4):52–61.
23. Scrivens E. Putting continuous quality improvement into accreditation: improving approaches to quality assessment. *QHC* 1997;6:212-8.
24. Shaw CD, Collins CD. Health service accreditation: report of a pilot programme for community hospitals. *BMJ* 1995;310:781-4.
25. Shaw CD. External assessment of health care. *Br Med J* 2001; 322: 851-4
26. Shaw CD. External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitation, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 3:169–176.
27. Sieck S, Foster J. Best Practice Acute Coronary Syndromes, Integration of a Multidisciplinary Healthcare Delivery Model. *Critical Pathways in Cardiology* 2002;1 (4):223– 30.
28. Smits PA, Chamoagne F, Contandriopoulos D, C. Sicotte, Pre'val J. Conceptualizing performance in accreditation. *IJQHC* 2008;20 (1):47–52.

29. Sweeney J, Heaton C. Interpretations and variations of ISO 9000 in acute health care. *Int J Quality Health Care* 2000; 12: 203-9
30. van Gennip EMS, Sillevs Smitt PAE. The Netherlands Institute for Accreditation of Hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 12:259–262.
31. van Weert C. Developments in professional quality assurance towards quality improvement. *Int J Quality Health Care* 2000; 12: 239-242
32. VanSuch M, Naessens JM, Stroebe RJ, Huddleston JM, Williams AR. Effect of discharge instructions on readmission of hospitalised patients with heart failure: do all of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations heart failure core measures reflect better care? *QSHC* 2006;15:414–7.
33. Warda L. Is your hospital safe for children? Applying home safety principles to the hospital setting. *Pediatrics Children Health* 2004;9 (5):331-4.
34. Whittaker S et al. Status of health care quality review programme in South Africa. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 3:247–250.
35. Williams ED, Emerson PM, Pennington GW. Royal college of pathologists' United kingdom pilot study of laboratory Accreditation. *JCP* 1990;43:89-91.

Mokslo darbai, pranešimai, ataskaitos, straipsniai:

36. Bever CT, Holloway RG, Iverson DJ, Dubinsky RM, Richardson RM, Sheffield JK, Wang DZ, Franklin GM, Miyasaki JM, Tonn ST, Stevens JC. Invited Article: Neurology and quality improvement. *Neurology* 70 2008:1636-40.
37. Cain NJ, Fuller HJ. The hospital library online- a point of service for consumers and hospital staff: a case study. *JMLA* 1999;87 (3):261-3.
38. Curtis JR, Cook DJ, Wall RJ, Angus DC, Bion J, Kacmarek R, Kane-Gill SL, Kirchhoff KT, Levy M, Mitchell PH, Moreno R, Pronovost P, Puntillo K. Intensive care unit quality improvement: A “how-to” guide for the interdisciplinary team. *CCM* 2006;34 (1):211-8.
39. Decker PJ, Strader MK, Wise RJ. Beyond JCAHO: Using Competency Models to Change Healthcare Organizations Part 2: Developing Competence Assessment Systems. *Hospital Topics* 1997;75:10-7.
40. El-Jardali F, Tchaghchagian V, Jamal D. Assessment of human resources management practices in Lebanese hospitals. *HRH* 2009;7:1-9.
41. Greenfield D, Braithwaite J. A review of health sector accreditation research literature Sydney: Centre for Clinical Governance Research, 2007.
42. Group TW. New brunswick strategic plan for telehealth. 2005.

43. Harrison JP, Coppola MN. Is the Quality of Hospital Care a Function of Leadership? HCM 2007;26 (3):263–72.
44. Montagu D. Accreditation and other external quality assessment systems for health care. London: Health Systems Resource Centre, 2003.
45. Petichenko A.V. Accreditation of healthcare organizations as vector of achievement of quality. Quality Management in Public Health and Social Development № 1 (11)/2012, 122-129.
46. Psternak DP. Bedside (Point-of- Care) Testing in Hospitals The Joint Commission International Perspective. POC 2008;7 (4):233-8.
47. Quality and accreditation in health care services WHO/EIP/OSD/ Evidence and Information for Policy Department of Health Service Provision World Health Organization Geneva, 2003.
48. Roa DV, Rooney A. Improving health services delivery with accreditation, licensure and certification. QA Brief 1999; 8: no. 2: 4-10.
49. Rooney AL, van Ostenberg PR. Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality. Center for Human Services (CHS), 1999.
50. Shabot MM. Automated Data Acquisition and Scoring for JCAHO ICU Core Measures. Departments of Enterprise Information Systems and Surgery, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, CA, USA 2005:674-8
51. Shaw CD. Survey of European accreditation programmes. 2002 unpublished
52. Shaw CD. Toolkit for accreditation programs. Melbourne: International Society for Quality in Health Care (ISQua) 2004.

Interneto puslapiai:

53. Coordination of activities with other organizations of the United Nations system and attainment of health for all by the year 2000. Geneva, World Health Organization, 1979 (Resolution WHA32.24, Thirty-second World Health Assembly, 7–25 May 1979; available on the Internet at <http://www.who.int/governance/en/>).
54. Health-for-all policy for the twenty-first century. Geneva, World Health Organization, 1998 (Resolution WHA51.7, Fifty-first World Health Assembly, 11–16 May 1998; available on the Internet at <http://www.who.int/governance/en/>).
55. <http://www.vaspvt.gov.lt/node/168> Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba. Informacija atnaujinta 2013-10-15.
56. http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=449888 Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, žiūrėta 2014.03.10.

57. http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=454090 Sveikatos sistemos įstatymas, žiūrėta 2014.03.10.
58. PAHO profile-Washington, Pan American Health Organization (available on the Internet at <http://www.paho.org/English/SHA/prfldor.htm>).
59. Steele DR. Promoting Public Confidence in the NHS: The role of the Clinical Standards Board for Scotland. Health Bulletin January 2000 <http://www.scotland.gov.uk/library2/doc09>
60. Strauss, A. L., Corbin, J. (1998). Basic of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. Sage, 2nd ed., 312. [žiūrėta 2014-02-20]. Prieiga internete: <http://gtm.vlsm.org/gtm-13.html> .

Knygos:

61. Kardelis, K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas, JUDEX leidykla, 2002: p. 277.
62. Kardelis, K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas, JUDEX leidykla, 2002: p. 76-84.

Alpatov M. Ligoninių tarptautinių akreditavimo modelių palyginamoji analizė / Sveikatos politikos ir valdymo magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2014. – 63 psl.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe išanalizuoti ligoninių tarptautiniai akreditavimo modeliai, jų tinkamumas Lietuvai. Iškeltos akreditavimo vykdymo ir valdymo problemos bei pateikti pasiūlymai, kaip šias problemas spręsti. Teorinėje dalyje teoriniu aspektu tiriamas akreditavimo reikalingumas, Lietuvos dabartinė situacija. Išanalizuoti tarptautiniai akreditavimo modeliai, jų privalumai ir trūkumai, įvertinti visų modelių principai, geriausiai derantys Lietuvos situacijai. Empiriniame tyrime nagrinėjamas gydytojų požiūris į Lietuvos akreditavimo sistemą.

Pagrindinės sąvokos: Ligoninių tarptautinių akreditavimo modelių analizė, Akreditavimo reikalingumas, Akreditavimo modelių privalumai ir trūkumai, Lietuvos akreditavimo sistema.

Alpatov M. A comparative analysis of an international accreditation of hospitals. / Health Policy and Management master's thesis. Thesis advisor prof. dr. D. Jankauskienė. - Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2014. – 63 psl.

ABSTRACT

Master's thesis analyzes the international hospital accreditation models and their suitability for Lithuania. Issues of implementation and management of accreditation are being put forward and addressed. In the theoretical part of a thesis a need of accreditation and a current situation in Lithuania is examined by highlighting its theoretical implications. Models of international accreditation, their principal advantages and limitations for application in Lithuania are set forth. Lithuania's doctors notions on accreditation are investigated in an empirical study.

Key concepts: international hospital accreditation model analysis, the necessity of accreditation, accreditation model advantages and disadvantages, Lithuania accreditation system.

Alpatov M. Ligoninių tarptautinių akreditavimo modelių palyginamoji analizė / Sveikatos politikos ir valdymo magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2014. – 63 psl.

SANTRAUKA

Akreditacija yra raktas į kokybišką sveikatos priežiūrą, o tai – valstybės klestėjimo pagrindas. Problemos, susijusios su sveikatos paslaugų kokybės gerinimu, šalies sveikatos apsaugos sistemos bei politikos formavimu, vis dar yra menkai ištirtos. Ekonominės krizės pasekmės tiesiogiai paveikė šalies ekonomiką ir taip pat sveikatos apsaugos sistemą. Todėl dėl savo naujumo akreditavimo proceso analizė prisideda siekiant visapusiško ir darnaus šalies vystymosi.

Darbo tikslas. Išanalizuoti ir palyginti ligoninių tarptautinius akreditavimo modelius ir pateikti pasiūlymus Lietuvai.

Darbo uždaviniai:

1. Išanalizuoti ir įvertinti akreditavimo kaip instrumento reikšmę sveikatos sistemoje;
2. Išnagrinėti kitų valstybių ligoninių akreditavimo sistemas ir jas palyginti;
3. Išnagrinėti Lietuvoje taikomą sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo sistemą;
4. Įvertinti ligoninių tarptautinių akreditavimo modelių tinkamumą Lietuvos sveikatos sistemai;
5. Įvertinti medikų požiūrį į Lietuvos akreditavimo sistemą.

Darbo objektas. Ligoninių tarptautinio akreditavimo modelių taikymas.

Tyrimo metodai. Pagrindinis darbe naudojamas metodas yra sisteminė analizė, kuri skirta palyginti ligoninių tarptautinio akreditavimo modelius. Taip pat naudojamas aprašomasis mokslinės literatūros analizės metodas, kokybinis tyrimas - interviu.

Išvados. Šiuolaikinė valstybės sveikatos priežiūros būklė rodo, kad visuomenei reikia tam tikrų socialinių pokyčių ir kad atėjo laikas veikti. Lietuvai iškilo būtinybė pradėti plėtoti gyvybingą, tinkamą, su konkrečiais rodikliais, patikimą nacionalinių akreditavimo standartų procesą. Sveikatos priežiūros institucijų akreditavimo sistemos formavimas pagal medicininės pagalbos suteikimo kokybę turėtų būti suplanuotas, praktiškas, įvykdomas per realų laikotarpį ir skaidrus. Akivaizdu, kad šis procesas nėra paprastas ir greitas, tačiau taip pat akivaizdu, kad tai yra neišvengiama, nes jo alternatyva – netolygi sveikatos priežiūros kokybė ir didelė rizika pacientams.

Lietuvoje vykdomo medicinos įstaigų akreditavimo pagal sveikatos priežiūros kokybę formavimas galėtų būti veiksminga priemonė gerinant konkurencingumą, tarptautinį pripažinimą ir visoms, įgyvendinimo atveju, suinteresuotoms šalims turės tam tikrų privalumų: draudimo bendrovės gaus aiškų ir objektyvų sveikatos priežiūros organizacijų įvertinimą; sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai turės garantijas, kad bus atsižvelgta į jų interesus ir reikalavimus; visuomenė gaus aukštesnės kokybės medicininę pagalbą; medicininės organizacijos, sėkmingai įvykdžiusios akreditavimą, pateks į patikimų medicininės pagalbos tiekėjų duomenų bazę ir turės finansavimo lengvatas ir viešąsias sutartis. Pinigų srautai atiteks patiems geriausiems.

Reikėtų prisiminti, kad sveikatos priežiūros institucijų vertinimas neturėtų būti panašus į biurokratinį patikrinimą. Akreditavimas neturėtų būti suvokiamas kaip baudžiamoji priemonė, neturėtų būti licencijavimo pakaitalas, tai yra vienintelis veiksmingas ir pasaulyje patvirtintas įrankis siekiant pagerinti sveikatos priežiūros organizavimą.

Daugelis sveikatos priežiūros organizacijų vadovų jau dabar klausia: „Kaip pagerinti sveikatos priežiūros kokybę nesant nacionalinių akreditavimo standartų?“ Atsakymas paprastas: pirmas akreditavimo žingsnis - beveik visose šalyse yra ISO 9001 kokybės sistemos veikimas. Svarbiausia - veikti. Ir tada mums pavyks!

Alpatov M. A comparative analysis of an international accreditation of hospitals. / Health Policy and Management master's thesis. Thesis advisor prof. dr. D. Jankauskienė. - Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2014. – 63 psl.

SUMMARY

Accreditation is the key to high-quality health care and that means good public health and prosperity. Issues related to health care quality improvement, the country's health system and policy-making is still poorly explored. The economic consequences of the economic crisis directly affected the country's economy. This affected the health system. Thus, the comprehensive analysis of accreditation process, due to the novelty of the work, contributes to country's sustainable development.

Objective of the paper: The aim is to analyze and compare the international hospital accreditation models and to present suggestions suitable for Lithuania.

Tasks of the paper:

1. To analyze and to evaluate the significance of accreditation as an instrument;
2. To examine accreditation systems of other countries of and to compare them;

3. To examine the current accreditation system of health care institutions in Lithuania;
4. To rate possible implementations of international accreditation models for the Lithuanian health care system;
5. To evaluate the attitudes of Lithuanian medical professionals towards the current accreditation system.

Object of the research: Implementation of the international models of hospital accreditation.

Research methods: The main method used in the work is a systemic analysis to compare international accreditation models of hospitals. We also use a descriptive, scientific literature analysis method, qualitative research - interviews.

Conclusions: Modern public health status indicates that the public needs some social change and it is time to act. Lithuania has come the need to start to develop a viable, relevant with specific measurable indicators and reliable national accreditation standards process. Health care institutions accreditation system according to the quality of medical care provision, should be formed in a planned, practical, timely and transparent way. It is clear that this process is not quick and easy, but it is also clear that this is inevitable, because the alternative is an uneven quality of care and a high risk for patients. The formation of accreditation of Lithuania's medical institutions according to health care quality could be an effective tool for improving competitiveness, international recognition. The implementation of the system would result in advantages for all interested parties: the insurance companies will have a system to get a clear and objective assessment of health care organizations, health care consumers will have the assurance that their interests and requirements will be taken into account; general public will receive higher quality medical care, medical organizations, upon successful obtainment of accreditation, will be included in a reputable medical supplier database and will receive financing incentives and public contracts. Cash flow will be allocated to the very best.

It should be remembered that the assessment of health care institutions must not be similar to a bureaucratic inspection. Accreditation should not be seen as a punitive measure, nor could it be a substitute for licensing, it being the only effective and approved tool in the world, designed to improve the organization of health care.

Many health care managers are already asking: "How to improve the quality of care in the absence of national accreditation standards?". The answer is simple: the first step in the accreditation process in almost all countries is the ISO 9001 quality system. The main thing is to act. And then we can do it!

PRIEDAI

GYDYTOJŲ INTERVIU KLAUSIMAI

1. Kaip vertinate dabartinę Lietuvos Akreditavimo sistemą, kai akredituojamos įstaigos ir medikai, kokie jos trūkumai?
2. Kaip vykdomos akreditavimo procedūros kas 5 metai ir procesas ar jie yra tinkami, savalaikiai ir skaidrūs?
3. Kokių reikėtų priemonių imtis ir kaip pagerinti dabartinę akreditavimo sistemą tiek centrinių (Akreditavimo tarnybos) tiek vietinių institucijų lygmenyje?
4. Kokie yra pagrindiniai veiksmingi kokybės gerinimo metodai (pavyzdžiui, galiojantys standartai, patikimi matavimai ar praktiniai įgyvendinimai, kuriuos siūlytumėt taikyti plačiau arba siauriau)?
5. Kaip Jums prieinama informacija apie kokybės gerinimo metodus - pavyzdžiui, nacionaliniu ir vietos lygiu, bibliotekos ir išteklių centrai?
6. Kokios siūlytinos rekomendacijos procesui pagerinti - finansavimas yra reikalingas siekiant įsteigti kokybės sistemas - pavyzdžiui, koordinavimą, duomenų ir informacijos valdymą ir mokymą?

