

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS  
VIEŠOJO VALDYMO FAKULTETAS  
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

VIKTORIJA VALKAVIČIŪTĖ

KOKYBĖS POLITIKOS ANALIZĖ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS  
SISTEMOJE

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

prof. dr. *Danguolė Jankauskienė*

VILNIUS

2019

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

VIEŠOJO VALDYMO FAKULTETAS

POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

KOKYBĖS POLITIKOS ANALIZĖ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS  
SISTEMOJE

*Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas*

Studijų programa (6211JX074)

Vadovas

\_\_\_\_\_ prof. dr. *Danguolė Jankauskienė*

2019 -

Recenzentas

\_\_\_\_\_  
2019

Atliko

\_\_\_\_\_ stud. V. Valkavičiūtė

2019

VILNIUS

2019

## TURINYS

<b>LENTELIŲ SAŖAŠAS</b> .....	5
<b>PAVEIKSLŲ SAŖAŠAS</b> .....	6
<b>PRIEDŲ SAŖAŠAS</b> .....	7
<b>ĮVADAS</b> .....	8
<b>1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS SAMPRATA IR KRITERIJAI</b> .....	11
<b>2. KOKYBĖS POLITIKĄ REGLAMENTUOJANTYS TEISĖS AKTAI IR PROGRAMOS LIETUVOJE</b> .....	18
<b>3. SVEIKATOS KOKYBĖS POLITIKOS VERTINIMO IR MATAVIMO INSTRUMENTAI</b> .....	31
3.1. Servqual paslaugų kokybės vertinimo metodika .....	36
3.2. Veiklos vertinimo prizmė .....	37
3.3. N. Kano patraukliosios kokybės modelis .....	39
<b>4. KOKYBĖS UŽTIKRINIMAS, KOKYBĖS GERINIMAS, BENDRAS KOKYBĖS VALDYMAS IR NEPRIEKAIŠTINGA VEIKLA</b> .....	43
<b>5. KOKYBĖS POLITIKOS TINKAMUMO ANALIZĖ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOJE</b> .....	48
5.1. Tyrimo metodika .....	48
5.2. Kriterijai, atspindintys sveikatos priežiūros paslaugų kokybę .....	50
5.3. Išoriniai ir vidiniai veiksniai, darantys įtaką sveikatos priežiūros paslaugų kokybei.....	52
5.4. Kliūtys, su kuriomis susiduriama siekiant kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų .....	54
5.5. Nepageidaujamų įvykių skaičiaus sumažinimas .....	56
5.6. Kokybės programos įtaka kokybės vadybos sistemos įgyvendinimui.....	57
5.7. Mokamų ir nemokamų paslaugų kokybė ir skirtumai .....	59
5.8. Administracijos (vadovo, skyriaus vedėjų) ir medikų atsakomybės bei kompetencijos sveikatos priežiūros kokybės politikos srityje.....	61
5.9. Kokybės analizė ir jos rezultatai bei kokybės gerinimas .....	62
6. Ekspertų pateikti pasiūlymai įvairiems suinteresuotiesiems sveikatos priežiūros paslaugų kokybei pagerinti .....	64
6.1. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ateityje (po 10 metų) .....	66
<b>IŠVADOS</b> .....	71
<b>REKOMENDACIJOS IR PASIŪLYMAI</b> .....	73

<b>LITERATŪRA</b> .....	75
<b>ANOTACIJA</b> .....	83
<b>SANTRAUKA</b> .....	84
<b>SUMMARY</b> .....	85
<b>PRIEDAI</b> .....	86

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Sveikatos priežiūros kokybės vertinimo aspektai (PSO, 2006).....	15
2 lentelė. Asmens sveikatos priežiūros ir farmacinės veiklos technologijų vertinimo prioritetų nustatymo kriterijai ir jų atitikčių lentelė (2016).....	28
3 lentelė. Visuomenės sveikatos priežiūros technologijų vertinimo prioritetų nustatymo kriterijai ir jų atitikčių lentelė (2016) .....	28
4 lentelė. Tyrimo dalyvių demografiniai duomenys .....	49
5 lentelė. Ekspertų atsakymai, į pirmąjį klausimą: kokie kriterijai šiame vystymosi etape geriausiai atspindi ir nurodo sveikatos priežiūros paslaugų kokybę?.....	50
6 lentelė. Ekspertų atsakymai, į antrąjį klausimą: kokie, išorinės aplinkos ir vidiniai veiksniai, turi didžiausios įtakos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei bei kaip tai pagerinti? .....	53
7 lentelė. Ekspertų atsakymai į trečiąjį klausimą: kokios yra kliūtys, su kuriomis susiduriama siekiant kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų ir kaip jas pašalinti? .....	55
8 lentelė. Ekspertų atsakymai į ketvirtąjį klausimą: kas, Jūsų nuomone, padėtų sumažinti nepageidaujamų įvykių skaičių?.....	56
9 lentelė. Ekspertų atsakymai į penktąjį klausimą: kokią įtaką kokybės vadybos sistemos įgyvendinimui turi kokybės programa ir ko jai trūksta? .....	58
10 lentelė. Ekspertų atsakymai į šeštąjį klausimą: kaip vertinate teikiamų mokamų ir nemokamų paslaugų kokybę, kokių esama skirtumų tarp jų kokybės atžvilgiu?.....	60
11 lentelė. Ekspertų atsakymai į septintąjį klausimą: kaip įvertintumėte administracijos (vadovo, sk. vedėjų) ir medikų atsakomybes bei kompetencijas šioje srityje?.....	62
12 lentelė. Ekspertų atsakymai į aštuntąjį klausimą: kaip vertinate kokybės analizę ir jos rezultatus bei kokybės gerinimą? .....	63
13 lentelė. Ekspertų atsakymai į devintąjį klausimą: kokius turėtumėte pasiūlymus įvairiems suinteresuotiesiems sveikatos priežiūros paslaugų kokybei pagerinti? .....	65
14 lentelė. Ekspertų atsakymai į dešimtąjį klausimą: pabandykite įsivaizduoti, kaip pasikeis sveikatos priežiūros paslaugų kokybė po 10 metų?.....	67

## PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Funkcinis santykis tarp medicinos kokybės komponentų (Kosinskienė ir Ruževičius, 2011, p. 26) .....	13
2 pav. Skirtingų sveikatos priežiūros suinteresuotų šalių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės akcentai (Pilimigrimienė ir Bučiūnienė, 2008).....	14
3 pav. Kokybės vadybos priemonių veiksmingumo modelis (Kosinskienė ir Ruževičius, 2011) ....	18
4 pav. Aštuonios kokybės dimensijos (Piligrimienė ir Bučiūnienė, 2008) .....	33
5 pav. Donabediano metodas (Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Quarterly. 2005; 83(4)). .....	34
6 pav. Paslaugų kokybės modelių apibūdinimas (Poškutė, Bivainienė (2011) remiantis Bagdoniene, Hopiene (2009)). .....	36
7 pav. Paslaugų kokybės vertinimas SERVQUAL metodika: instrumento dimensijos (Poškutė, Bivainienė (2011) remiantis Korda, Snoj (2010)). .....	36
8 pav. Spragos tarp lūkesčių ir suvokimo (LR vidaus reikalų ministerija (2010) remiantis užsienio autoriais (žiūrėti išnašą) .....	37
9 pav. Veiklos vertinimo prizmė (Neely, Adams ir Kennerley, 2002) .....	38
10 pav. N. Kano patraukliosios kokybės modelis (Ruževičiūtė, Ruževičius, 2010) .....	40
11 pav. Kokybės užtikrinimo lygiai.....	44

## **PRIEDŲ SĄRAŠAS**

Priedas nr. 1. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės vertinimo rodikliai .....	87
Priedas nr. 2. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės vertinimo rodiklių sąrašas .....	89
Priedas nr. 3. Lietuvos sveikatos strategijos vertinimo rodikliai ir jų reikšmės .....	94
Priedas nr. 4. Tyrimo instrumentas – klausimynas (interviu) .....	95

## ĮVADAS

Sveikata yra vertinama kaip didžiausia asmeninė ir visuomeninė vertybė. Kiekvienas žmogus, vertindamas savo gyvenimo kokybę, pirmiausia pabrėžia savo sveikatos būklę, o kuo sveikesnė visuomenė, tuo turtingesnė valstybė. Sveikatos priežiūra – viena iš sričių, nuo kurios išsivystymo lygio šalyje priklauso visuomenės gerovė ir gyvenimo kokybė. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) konstitucijoje nurodoma, jog viena iš svarbiausių kiekvieno žmogaus teisių yra siekis būti kuo geresnės sveikatos, tad šalies politikai privalo nuolat ieškoti naujų ir veiksmingų būdų, kaip tai užtikrinti. Kiekviena valstybė turi rūpintis savo gyventojų sveikatos apsauga, turi užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę sveikatos sektoriuje.

***Temos aktualumas.*** Sveikatos kokybės klausimai yra įkomponuoti į ateities sveikatos viziją. Tarptautiniu mastu sveikatos politikoje sveikatos priežiūros kokybės vadybos teorijos pradininku laikomas Averidis Donabedianas, kuris sukūrė kokybės sistemos modelį, pagrįstą organizacine struktūra, procesais ir veiklos rezultatais<sup>1</sup>. Lietuvoje sveikatos priežiūros įstaigų kokybės vertinimu pradėta domėtis jau nuo Nepriklausomybės atgavimo. Jankauskienės (2016) teigimu, kokybės politikoje gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę labai svarbu palyginti jos rezultatus ir lygiuotis bei semtis patirties iš pasiekusiųjų geriausių rezultatų<sup>2</sup>.

Viena svarbiausių programų, kurioje išvardyti patys reikšmingiausi sveikatinimo veiklos tikslai ir uždaviniai valstybei ir jos žmonėms yra Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programa<sup>3</sup>. Programos 96.2. punkte minima, jog yra būtina „plėtoti sveikatos infrastuktūrą ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugą, prieinamumą ir į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą“. Lietuvos asmens sveikatos priežiūros kokybės gerinimo programoje (2017)<sup>4</sup> minima, kad iki šiol Lietuvoje nėra sukurta sveikatos priežiūros įstaigų pagrindinių veiklos rodiklių sistema, kuri palengvintų sveikatos priežiūros specialistų paslaugų kokybės vertinimą įrodymais grįstu būdu.

Bučičienė ir Piligrimienė (2008) parašė straipsnį „Skirtingi požiūriai į sveikatos priežiūros kokybę: ar įmanomas konsensusas?“, kuriame teigia, kad kokybės vertinimas ir valdymas šiandien yra viena aktualiausių paslaugų srities (taip pat ir sveikatos priežiūros) temų. Šiame straipsnyje yra nagrinėjama atskirų grupių – pacientų, sveikatos priežiūros profesionalų (specialistų) ir vadovų (administratorių) – skirtingus požiūrius į sveikatos priežiūros kokybę organizacijos lygmeniu bei

<sup>1</sup> Avedis Donabedian, *An Introduction to Quality Assurance in Health Care* (Oxford: Oxford University Press, 2002).

<sup>2</sup> Danguolė Jankauskienė, „Ligoninių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis“, *Sveikatos politika ir valdymas* 1 (9) (2016): 44.

<sup>3</sup> Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“, TAR, [https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/85dc93d0\\_00df11e4bfca9cc6968de163](https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/85dc93d0_00df11e4bfca9cc6968de163).

<sup>4</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2017 m. lapkričio 15 d. V-1292 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programos patvirtinimo“, TAR, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/3ca52110caac11e782d4fd2c44cc67af/CcdbSnkOMc>.



nustato ir įvardija jiems svarbias dimensijas (rodiklius). Apibrėždami tyrimo apimtį, straipsnio autoriai nurodo, kad nors straipsnyje apsiribojama pagrindinėmis perspektyvomis į sveikatos priežiūros kokybę organizacijos lygmeniu, tačiau sveikatos priežiūros paslaugų kokybę galima analizuoti ir kitais aspektais, pavyzdžiui, visos sveikatos priežiūros sistemos lygmeniu.

Pasak Šilio (2012), organizacijos kuria ir diegia kokybės vadybos sistemas, kad jų pagalba efektyviai naudotų išteklius, priimtų faktais pagrįstus sprendimus, orientuotąsi į kliento bei kitų suinteresuotųjų šalių poreikių ir lūkesčių tenkinimą. Tarpvyriausybinių organizacijų – Europos Taryba, Europos komisija, Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regioninis biuras kartu su tarptautinėmis nevyriausybėmis organizacijomis – Europos sveikatos priežiūros kokybės draugija, Europos kokybės organizacija, Europos kokybės vadybos fondu skiria nuolatinį dėmesį sveikatos priežiūros kokybei. Yra priimamos Europos Sąjungos direktyvos ir kiti dokumentai, kuriais siekiama sukurti nuolatinės sveikatos priežiūros kokybės gerinimo sistemas<sup>5</sup>. Pasak Jankauskienės (2012), paslaugų kokybės gerinimas yra kiekvienos valstybės sveikatos sistemos ir medicinos pagalbos uždavinys. Štaro ir kt. (2013) teigimu, sveikatos priežiūros kokybė ir jos valdymas bei pritaikymas tampa vienu iš svarbiausių sveikatos priežiūros prioritetų Lietuvoje ir kitose Europos bei pasaulio šalyse. Kokybė tai vienas iš pagrindinių prioritetų, dėl ko pacientas renkasi vienas ar kitas paslaugas. Todėl labai svarbu įvertinti teikiamų paslaugų kokybę, suvokti, kaip formuojama, įgyvendinama ir vertinama sveikatos priežiūros kokybės politika Lietuvoje.

**Temos iširtumas.** Sveikatos priežiūros kokybę nagrinėjo nemažai užsienio ir Lietuvos autorių: Janušonis ir Popovienė (2004), Mikulis (2007), Ruževičius (2007), Zgodavova ir Colesca (2007), Legido-Quigley (2008), Bubnienė ir Ruževičius (2010), Kosinskienė ir Ruževičius (2011), Mosadeghrad (2012), Jankaukienė (2012), Chadha ir Gagandeep (2013) ir t.t. Šioje srityje yra atlikta nemažai tyrimų: bendras sveikatos priežiūros kokybės vertinimas „Pacientų sauga ir sveikatos priežiūros kokybė“<sup>6</sup>, paslaugų kokybės vertinimas Health Consumer Powerhouse „Sveikatos vartotojų indekse“<sup>7</sup>, Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse<sup>8</sup>, Ligonių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis<sup>9</sup> ir t.t.

**Tyrimo objektas** – kokybės politikos analizė sveikatos priežiūros sistemoje.

<sup>5</sup> Paukštys, JS., Šileikienė, L. Sveikatos priežiūros kokybė. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 2004; 7(6).

<sup>6</sup> European Commission, Patient safety and quality of healthcare, *Special Eurobarometer 327* (2010), [http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs\\_327\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf).

<sup>7</sup> Arne Björnberg, Euro health Consumer index 2017 report, *Health Consumer Powerhouse* (2018), <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf>.

<sup>8</sup> Danguolė Jankauskienė, „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse“, *Sveikatos politika ir valdymas*, (2016): 84-101.

<sup>9</sup> Danguolė Jankauskienė, „Ligonių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis“, *Sveikatos politika ir valdymas* 1 (9) (2016): 42-68.

**Problema** – kaip formuojama, įgyvendinama ir vertinama sveikatos priežiūros kokybės politika Lietuvoje?

**Tikslas** – išanalizuoti kokybės politikos tinkamumą sveikatos priežiūros sistemoje.

**Darbo uždaviniai:**

1. Aptarti kokybės politikos sveikatos priežiūroje principus Europos Sąjungoje.
2. Išnagrinėti kokybės politiką reglamentuojančius teisės aktus ir programas Lietuvoje.
3. Atskleisti svarbiausius sveikatos kokybės politikos matavimo instrumentus.
4. Įvertinti ekspertų nuomonę apie kokybės politikos tinkamumą Lietuvoje.

**Tyrimo metodai:**

*Mokslinės literatūros analizė* – darbe naudota kokybės vadybos, sveikatos vadybos literatūra, įvairių straipsnių apžvalga.

*Dokumentų analizė* – nagrinėti Lietuvos Respublikos teisės aktai, reglamentuojantys sveikatos priežiūrą, jos organizavimą.

*Kokybinis tyrimas – interviu.* Sprendžiant iškeltus uždavinius tyrime, pasitelktas kokybinis metodas – interviu. Atlikti 7 pusiau struktūruoti interviu su politikos formuotojais, įgyvendintojais ir politikos vertintojais. 1 interviu atliktas su seimo nare, dirbančia sveikatos reikalų komitete, 1 interviu atliktas su vyriausiąja specialiste, dirbančia Sveikatos Apsaugos Ministerijoje, 1 su poliklinikoje dirbančia šeimos gydytoja, 1 su respublikinėje ligoninėje dirbančia slaugos administratore, 2 su vidaus audito specialistėmis, 1 su dėstytoja. Remiantis konfidencialumo ir anonimiškumo etine nuostata bei tyrimo dalyviams prašant, darbe minimos tik informantų darbovietės ir jų pareigos.

**Darbo struktūra:** darbą sudaro 5 skyriai. Pirmajame nagrinėjama sveikatos priežiūros kokybės samprata ir kokybės kriterijai. Kadangi patikimų ir tikslių duomenų naudojimas neatskiriama medicinos dalis, todėl antrajame skyriuje nagrinėjami kokybės politiką reglamentuojantys teisės aktai ir programos Lietuvoje. Trečiajame skyriuje atskleidžiami svarbiausi sveikatos kokybės politikos matavimo instrumentai. Ketvirtajame skyriuje apibrėžiamos kokybės užtikrinimo bei kokybės gerinimo sąvokos, analizuojama informacija apie bendrą kokybės valdymą ir nepriekaištingą veiklą, kuri yra neatsiejama kokybiškos paslaugos dalis. Penktame skyriuje koncentruojamasi į empirinę tyrimo dalį – analizuojamos sveikatos politikos formuotojų, įgyvendintojų ir vertintojų išvalgos sveikatos kokybės politikos klausimais. Toliau pateikti apibendrinimai, suformuluotos rekomendacijos bei pasiūlymai.

## 1. Sveikatos priežiūros kokybės samprata ir kriterijai

Daugelis pasaulio šalių, įvairios tarptautinės organizacijos daug dėmesio skiria sveikatos ir sveikatos priežiūros kokybės stebėsenai. Tai lemia didėjančios išlaidos sveikatos priežiūrai, visuomenės senėjimo keliamos problemos, žema sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, rinkos trūkumai, gydymo klaidos, ribota atskaitomybė ir pan. (Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos Ministerija, 2011).

Kokybės sąvoka turi daug apibrėžimų. Žodis kokybė, iš lotynų kalbos išvertus „koks“, „iš ko“, yra „tuščia“ sąvoka, tiesiogiai susijusi su reikšmių palyginimu (Adomaitytė-Subačienė, 2015). Lietuvos standartizacijos departamento standarte LST EN ISO 9000:2007 pateikiamas toks kokybės apibrėžimas: „kokybė – tai turimųjų požymių visumos atitiktis reikalavimams laipsnis“. Pasak Kundelienės (2009), gera arba puiki paslaugos kokybė bus tada, kai ji atitiks vartotojo reikalavimus – patenkins vartotojo lūkesčius. Jurkuvėnas (2011) teigia, kad sveikatos priežiūra yra ypatinga sritis, todėl yra suprantamas visų noras gauti aukštos kokybės paslaugas.

Janušonis ir Popovienė (2004) pateikia tokius kokybės apibrėžimus: *kokybė* – tai produkto ar paslaugos ypatumų ir charakteristikų visuma, suteikianti galimybę patenkinti išreikštus arba menamus poreikius. Kokybė yra objektyvus daikto ar reiškinių apibūdinimas tam tikrai rūšiai būdingais esminiais požymiais, kai galima tikrovės rūšinė įvairovė. Tai pagal paskirtį naudojamos produkcijos ypatybių, leidžiančių patenkinti tam tikrus poreikius, visuma. Pasak autorių *sveikatos priežiūros kokybė* priklauso nuo sveikatos priežiūros finansavimo. Tai abipusė priklausomybė – blogas sveikatos priežiūros finansavimas sąlygoja nekokybišką sveikatos priežiūrą, o nekokybiška sveikatos priežiūra organizacijoje – blogą jos finansavimą. Iš šių sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimų autoriai formuoja tokius strateginius aspektus:

- sveikatos priežiūros kokybė geriau tenkina pacientų poreikius ir jų lūkesčius sveikatos priežiūrai;
- sveikatos priežiūros kokybė yra sisteminis, visapusiškas, tęstinis procesas orientuotas į pacientų reikmes;
- sveikatos priežiūros kokybės tikslas neatsiriboja tik geresnės pacientų sveikatos siekiu, jis apima ir jų gyvenimo kokybę;
- sveikatos priežiūros kokybė grindžiama nuolatiniu mokymusi tiek medikų profesionalų, tiek ir pacientų;
- sveikatos priežiūros kokybė taupo išteklius ir sudaro galimybę juos reinvestuoti.

Sveikatos priežiūros kokybės sampratą 1990 metais pateikė JAV Medicinos Institutas: „sveikatos priežiūros kokybė tai laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios

šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę“. Šis kokybės apibrėžimas įtvirtintas ir Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 metų programoje.

Deming (1989) kokybę apibūdino kaip „gebėjimą patenkinti poreikius“. D. E. Lighter ir D.C. Fair (2000) suformavo sveikatos priežiūros kokybės bazinius principus pritaikydami Deming (1989) kokybės gerinimo principus<sup>10</sup>:

- išsilaikyti rinkoje;
- prisitaikyti prie naujos ekonominės eros ir naujos filosofijos;
- eliminuoti poreikius tiesioginei kontrolei;
- suprasti kokybės naudą;
- nuolat gerinti kokybę;
- mokytis dirbant;
- padėti geriau atlikti darbą žmonėms ir mašinoms;
- pašalinti nesėkmių ir klaidų baimę;
- sulaužyti barjerus tarp organizacijos padalinių;
- eliminuoti iš organizacijos veiklos šūkius, kvotas ir tikslinį valdymą;
- išugdyti darbuotojams pasididžiavimą savo darbu;
- išugdyti vadovams pasididžiavimą savo darbu;
- mokytis ir tobulėti;
- kiekvieną darbą paversti kokybišku;

Savo ankstyvuosiuose veikaluose Avedžis Donabedianas aprašė medicinos kokybės dvilypiškumą paaiškindamas sveikatos priežiūros techninį ir tarpasmeninį komponentus<sup>11</sup>. Jis nustatė tris – struktūros, proceso bei rezultato – kokybės vertinimo būdus bei jų tarpusavio priklausomybę. Šiuos vertinimo vienetus autorius aiškina taip:

- Sakydamas „struktūra“ autorius kalba apie stabilias sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ypatybes, jų naudojamus įrankius ir išteklius bei fizinę ir organizacinę aplinką, kurioje jie vykdo veiklą. Struktūra susijusi su kokybe ta prasme, kad priklausomai nuo jos efektyvios veiklos tikimybė didėja arba mažėja.
- Priežiūros „procesas“. Autorius jį aiškina kaip veiksmų, įvykstančių gydytojui dirbant su pacientu, įvairovė.

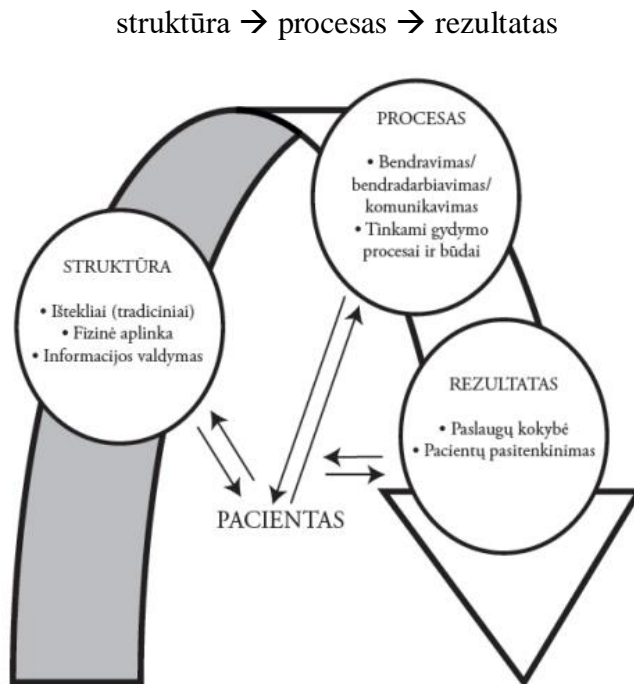
---

<sup>10</sup> Janušonis V., Popovienė J. *Kokybės sistemos: kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijoje*. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė, 2004.

<sup>11</sup> Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Vol. . *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. 1980. Chicago: Health Administration Press.

- Terminą „rezultatas“ autorius vartoja norėdamas apibrėžti paciento esamos ir būsimos sveikatos būklės pokyčius, kurie įvyko dėl suteiktos sveikatos priežiūros.

Pagrindinis funkcinis santykis tarp šių komponentų išreikštas schematiškai:



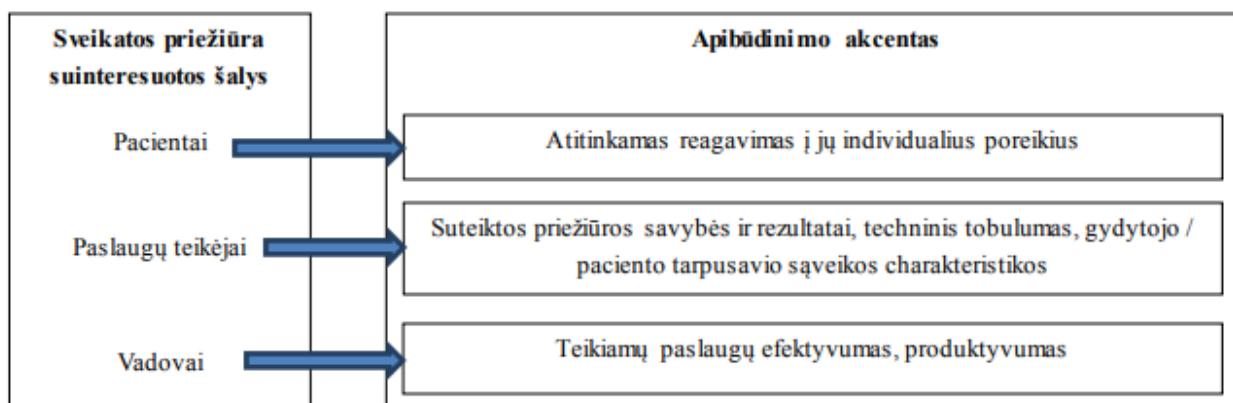
1 pav. Funkcinis santykis tarp medicinos kokybės komponentų (Kosinskienė ir Ruževičius, 2011, p. 26)

Pasak Šimkaus, Pilelienės (2010), paslaugų kokybę sunku apibrėžti, nes kokybė gali būti objektyvi arba subjektyvi. Objektyvi kokybė susijusi su išorinių apčiuopiamų dalykų, kuriuos galima išmatuoti, faktais. Objektyvumą sustiprina apskaičiavimai, duomenys, klaidos ir trūkumai, sugaištas laikas, sąnaudos ir kt. Kokybė vertinama subjektyviai, kai įtakojama vartotojo vaizduotė, asmeniniai išgyvenimai, emocijos, lūkesčiai, požiūris. Autoriai teigia, kad kokybės sampratos grandinė parodo tris svarbius jos aspektus:

- kokybė parodo, kokių lygiu organizacijos paslaugos atitinka vidines technines sąlygas;
- įvertina paslaugos kūrimo kokybę;
- kokybė parodo, kiek teikiamos paslaugos atitinka vartotojo poreikius.

Jankauskienės ir Rastausko (2008) teigimu, kokybė pasiekama remiantis pagrįstais tyrimais. Atliekamos intervencijos sveikatos priežiūroje turi būti moksliskai pagrįstos. Pasak autorių, labai svarbu nuolat tikrinti, ar tai, kas rekomenduojama tinka sveikatos priežiūrai.

Pasak Pilimigrimienės ir Bučiūnienės (2008), pacientai, paslaugų teikėjai ir kitos šalys, susijusios su sveikatos priežiūra, supranta ir apibrėžia paslaugų kokybę skirtingai. Remiantis šiomis autorių įžvalgomis, sudarytas 2 paveikslas.



2 pav. Skirtingų sveikatos priežiūros suinteresuotų šalių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės akcentai (Pilimigrimienė ir Bučiūnienė, 2008)

Pacientai vertina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pagal tai, kaip yra reaguojama į jų individualius poreikius. Vertinamos gydytojų pastangos daryti viską, kas įmanoma, siekiant padėti pacientui. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai kokybę sieja su suteiktos priežiūros savybėmis ir rezultatais, techniniu tobulumu, tarpusavio sąveikų charakteristikomis tarp gydytojo ir paciento. Sveikatos priežiūros organizacijos administratoriai (vadovai) kokybę apibūdina kaip teikiamų paslaugų efektyvumą, produktyvumą, vertindami ne tik gerus sveikatos rezultatus, bet ir optimalių finansinių ir kitų išteklių panaudojimą geriems rezultatams pasiekti (Piligrimienė, Bučiūnienė (2008).

Anot Jurgučio ir kt. (2011), sveikatos priežiūros kokybė turėtų pasižymėti šiomis charakteristikomis:

- pirmasis kontaktas bei paslaugos yra prieinamos visoms populiacijos grupėms ir atsižvelgia į visus paciento poreikius;
- paslaugų teikimas yra labiau orientuotas į bendrumą negu į specializaciją;
- paslaugų teikimas nukreipiamas į pacientą (o ne į ligą);
- ilgalaikių ryšių su klientu formavimas;
- holistinis požiūris;
- sveikatos priežiūros paslaugų rėmimas, susirgimų prevencija ir sveikatos priežiūros problemų vadyba.

A. Kosinskienė ir J. Ruževičius (2011) išskiria šiuos veiksnius, įtakančius sveikatos priežiūros paslaugų kokybę: 1) institucijos veiklos vadybos lygis; 2) gydymo priemonių ir būdų

šiuolaikiškumas; 3) medikų kvalifikacijos kėlimo sistemos veiksmingumas; 4) profesiniai tarptautiniai mainai; 5) medicinos darbuotojų skaidri motyvavimo sistema.

Pasaulio Sveikatos Organizacija (PSO) 2006 metais pateikė 6 sveikatos priežiūros kokybės vertinimo aspektus – jos rezultatyvumą, efektyvumą, prieinamumą, priimtinumą, teisingumą ir saugumą. Sąvokų paaiškinimai 1-oje lentelėje.

1 lentelė. Sveikatos priežiūros kokybės vertinimo aspektai (PSO, 2006)

Sveikatos priežiūros kokybės aspektas	Paaiškinimas
Rezultatyvumas	Sveikatos priežiūros paslaugos turi būti grindžiamos įrodymais, o jų rezultatas turi būti geresnė individų ir visuomenės sveikata, atsižvelgiant į kiekvieno individualius poreikius.
Efektyvumas	Ištekliai skiriami sveikatos priežiūrai privalo būti naudojami racionaliai, siekiant maksimalaus jų panaudojimo ir vengiant eikvojimo.
Prieinamumas	Sveikatos priežiūros paslaugos turi būti prieinamos laiku, geografiškai patogios, teikiamos ištekliais, kurie užtikrina medicininius poreikius.
Priimtinumumas	Sveikatos priežiūra turi būti pritaikyta pagal individualių jos vartotojų ir bendruomenių poreikius bei lūkesčius (orientuojamasi į pacientą)
Teisingumas	Sveikatos priežiūros paslaugos turi būti vienodai suteiktos kiekvienam pacientui, nepaisant lyties, rasės, etninės kilmės, socialinės padėties ar geografinės vietovės
Saugumas	Sveikatos priežiūros paslaugos privalo būti teikiamos iki įmanomo minimumo sumažinus riziką ir galimą žalą pacientams.

Sriubas (2013), išskiria panašius paslaugų kokybės kriterijus kaip ir PSO:

- 1. Prieinamumo ir savalaikiškumo (tinkamu laiku) sąlygos:** prieinamumas, kaip kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos turinio sąlyga, vadyboje gali būti analizuojama pasitelkus struktūros, proceso ar rezultato dimensijas.
- 2. Saugumo kriterijus:** Sveikatos apsaugos ministerija teigia, kad sveikatos priežiūros saugumas reiškia tokį sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procesą, kuris sudaro prielaidas

išvengti, apsaugoti ar sušvelninti neigiamas pasekmes sveikatai, galimą žalą ar traumas sveikatos priežiūros paslaugų teikimo metu. Saugumas susijęs su rezultatyvumu, tačiau šiuo atveju akcentuojamas ne rezultatų pasiekimas, o neigiamų rezultatų prevencija<sup>12</sup>.

3. **Veiksmingumo kriterijus:** Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 metų programoje<sup>13</sup> šis kriterijus apibrėžiamas kaip sveikatos priežiūros intervencijų galimybės pasiekti užsibrėžtus sveikatinimo veiklos tikslus ir rezultatus įprastoje aplinkoje.
4. **Šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygio ir geros patirties kriterijus:** pagal Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą<sup>14</sup> sveikatos priežiūros paslauga atitinka sveikatos priežiūros kokybės reikalavimus, jeigu ji teikiama pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį.
5. **Paslaugos teikėjo galimybių kriterijus:** įstaigos teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo galimybes pirmiausia nustato įstaigos asmens sveikatos priežiūros licencija. Licencijoje nurodoma, kokias paslaugas turi teisę teikti įstaiga ir kartu kokius teisės aktų reikalavimus turi atitikti.
6. **Tinkamos vietos sąlyga:** asmens sveikatos priežiūros įstaigos licencijoje nurodomos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, gali būti teikiamos tik pagal jų teikimo vietą (veiklos adresu)<sup>15</sup>.
7. **Tinkamų sveikatos priežiūros specialistų kriterijus:** pirmas žingsnis, vertinant asmens tinkamumą teikti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, ar jis turėjo teisę teikti atitinkamas sveikatos priežiūros paslaugas, t. y. ar paslaugos teikimo momentu turėjo galiojančią licenciją<sup>16</sup>.
8. **Sveikatos priežiūros specialistų komandos kriterijus:** pirmiausia šis kriterijus gali būti taikomas, kai teisės aktu yra numatyta, kad tam tikrą sveikatos priežiūros paslaugą turi teikti sveikatos priežiūros specialistų komanda.
9. **Tinkamo paciento kriterijus:** šis kriterijus gali būti suvokiamas fizine prasme, t. y., kad rutininė operacija būtų atliekama konkrečiam pacientui, kurios jam reikia.

---

<sup>12</sup> Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų Sanglaudos skatinimo veiksnių programos priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimas. Galutinė ataskaita. Sveikatos apsaugos ministerija, 2009. Prieiga per internetą: [http://www.esparama.lt/es\\_parama\\_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas\\_ESSP\\_Neringos/Ataskaitos\\_2010MVP/SAM\\_rodikliai\\_ataskaita.pdf](http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas_ESSP_Neringos/Ataskaitos_2010MVP/SAM_rodikliai_ataskaita.pdf).

<sup>13</sup> Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 metų programa. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.242167/asr>.

<sup>14</sup> Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 1996. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.31932?ifwid=q8i88m7l6>.

<sup>15</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. kovo 2 d. įsakymu Nr. V-156 patvirtintos Asmens sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimo taisyklės // Žin., 2007, Nr. 31–1148. Šių taisyklių 60 p.

<sup>16</sup> Informacija apie medicinos praktikos, slaugos praktikos ar akušerijos praktikos licencijavimo tvarką ir aktualias šių specialistų licencijas. Prieiga per internetą: [www.vaspvt.gov.lt](http://www.vaspvt.gov.lt)



**10. Paciento poreikių bei lūkesčių patenkinimo ar jų viršijimo kriterijus:** pagal Pasaulio sveikatos organizacijos siūlomą orientacijos į pacientą kriterijų sveikatos priežiūros paslaugos turi atitikti individualių vartotojų ir bendruomenių poreikius ir lūkesčius<sup>17</sup>. Tai rezultato dimensija.

Apibendrinant, galima teigti, kad kokybė neturi vieno tikslo apibūdinimo – kokybės sąvoka turi daug apibrėžimų. Vieni autoriai labiau akcentuoja atitikimo nustatytiems reikalavimams laipsnį, kiti – vartotojų lūkesčių patenkinimą. Kalbant apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę yra pabrėžiamas ir nuolatinis medikų bei pacientų mokymasis ir tobulėjimas. Autoriai akcentuoja ir finansavimo reikšmę bei abipusę priklausomybę – blogas sveikatos priežiūros finansavimas sąlygoja nekokybišką sveikatos priežiūrą, o nekokybiška sveikatos priežiūra organizacijoje – blogą jos finansavimą. Mokslinėje literatūroje ir šaltiniuose labiausiai pabrėžiami kokybės vertinimo aspektai yra sveikatos priežiūros paslaugų rezultatyvumas, efektyvumas, prieinamumas, priimtinumai, teisingumas ir saugumas.

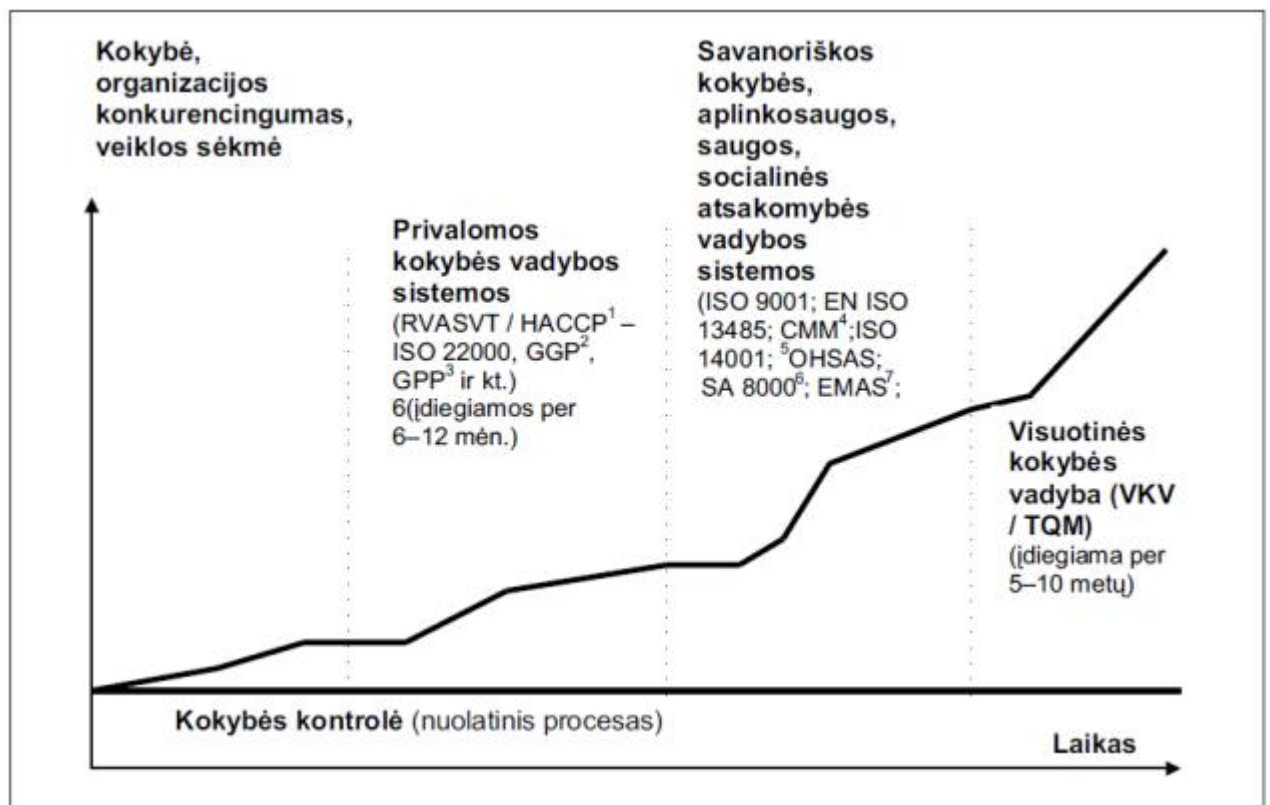
---

<sup>17</sup> Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. World Health Organisation, 2006. Prieiga per internetą: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

## 2. Kokybės politiką reglamentuojantys teisės aktai ir programos Lietuvoje

Misevičienė (2011) nurodo, kad Lietuvos, kaip ir daugelio Europos Sąjungos šalių, sveikatos politika formuojama remiantis pagrindinėmis PSO ir Europos Komisijos politinių dokumentų nuostatomis. Platesnis kokybės vadybos principų, metodų ir sistemų bei jų taikymo ypatybių pažinimas yra itin svarbus sveikatos priežiūros įstaigose, nes tai suteikia galimybę objektyviau įvertinti dabartinę vadybos situaciją įstaigoje, nustatyti konkurencingumą didinančius veiksnius sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje (Carter, 2010).

Pasak Kosinskienės ir Ruževičiaus (2011), pradiniam bet kokios sistemos kūrimo ir diegimo etape vyrauja pokyčių ir procesų valdymas, o tolesniame – kokybės gerinimo etape, veikiant kokybės sistemai, jau taikomi aukštesnio lygmens valdymo doktrinos – visuotinės kokybės vadybos (toliau VKV) – principai, metodai ir priemonės (žr. 3 pav.).



3 pav. Kokybės vadybos priemonių veiksmingumo modelis (Kosinskienė ir Ruževičius, 2011)

RVASVT – Rizikos veiksnių analizė svarbiuose valdymo taškuose (HACCP – Hazard analysis critical control points); GGP – Geros gamybos praktika; GPP – Gera platinimo praktika; CMM – Gebėjimų brandos kokybės sistema (modelis); OHSAS – Darbuotojų saugos ir sveikatos vadybos sistema (Occupational health and safety management system); SA 8000 – Organizacijų socialinės atsakomybės sistema (Social accountability); EMAS – Aplinkosaugos vadybos sistema (Environmental management and audit scheme).

Pateiktas modelis demonstruoja, kad VKV yra veiksmingiausia kokybės vadybos priemonė. Šilys, Gurevičius (2008) teigia, kad visuotinės kokybės vadyba yra išskirtinę kokybės svarbą pabrėžianti vadybos teorija ir praktinių vadybos priemonių sistema. Jas diegianti įstaiga nuolatos tobulėja, į kokybės gerinimo procesus įtraukdama organizacijos darbuotojus ir siekdama visiškai patenkinti vidaus bei išorės vartotojų poreikius ir paiso savo personalo, klientų, akcininkų ir visuomenės interesų. Pasak Kosinskienės ir Ruževičiaus (2011) pateiktiems tikslams užtikrinti šių dienų VKV taisyklės apjungia daugiau kaip 100 kokybės vadybos metodų, modelių, priemonių ir darbuotojų kompetencijos ugdymo sistemų, vadovaujamosi šiais principais:

1. Sveikatos priežiūros įstaigos vadovų pareiga siekti kokybės ir lyderystė (aktyvi ir tikslinga vadovų veikla).
2. Vadybos dėmesys sutelkiamas į sveikatos priežiūros įstaigos išorinių klientų (pacientų) ir vidinių elementų (pvz., ligoninės darbuotojų) poreikių patenkinimą, jų sistemingą matavimą ir vertinimą.
3. Veiksmingos ir skaidrios organizacijos darbuotojų motyvavimo sistemos įdiegimas.
4. Nuolatinis sveikatos priežiūros organizacijos kokybės gerinimas visose srityse.
5. Visų įstaigos dalyvių įtraukimas į kokybės gerinimo procesą.
6. Neatitikčių prevencijos sistemos sukūrimas, bei klaidų kaip galimybių požiūrio suformavimas.
7. Įstaigos vizijos, misijos, vertybių, kokybės išipareigojimų ir kokybės politikos formavimas, jų besąlygiškas vykdymas ir viešas skelbimas.
8. Veiklos kokybės srityje dėmesys perkeliamas link žmogiškųjų išteklių (rūpinamasi įstaigos narių kvalifikacijos kėlimu, poreikiais ir kt.).
9. Kokybės užtikrinimo sistemos kaip tolygaus ir nenutrūkstamo proceso organizacijoje projektavimas, sutelkiant dėmesį į tai, kad galutinio produkto kokybė yra šio proceso etapų pasiekimo rezultatas.
10. Susikoncentravimas į faktus, duomenis ir jų sistemingą bei nuolatinę analizę (faktais ir duomenimis paremtas sprendimų priėmimas, kokybės matavimas ir vertinimas, kokybės vadybos metodų nuolatinis taikymas).
11. Rūpinimasis vartotojų – klientų (vidinių ir išorinių) sėkme.
12. Įstaigos partnerių įtraukimas į teikiamų paslaugų ir veiklos kokybės gerinimo bei plėtros ir iškilusių klausimų sprendimą.
13. Dėmesys sutelkiamas į komandinį darbą ir komandų bendradarbiavimą organizacijoje.
14. Baimės (suklysti, kritikuoti ir kt.) atmosferos ir prielaidų panaikinimas įstaigoje.

15. Atviro požiūrio į veiklos, kokybės ir tarpusavio santykių problemas organizacijoje kultūra (aiškumas – vietoje trūkumų slėpimo).
16. Įstaigos veiklos socialinis atsakingumas.
17. Veiklos produktų ir procesų ne kenksmingumo aplinkai požiūrio ir kultūros formavimas, tausojamosios ir tvarios plėtros užtikrinimas, kitaip tariant ekologinės kultūros plėtra.
18. Organizacijoje prioritetas suteikiamas pasikeitimams valdyti ir žinių vadybai.
19. Nuoseklus įstaigos darbuotojų švietimas ir mokymas, nukreiptas į visų narių mąstysenos bei organizacijos kultūros transformavimą pagal VKV sampratą, metodologijos įsisavinimą bei organizacijos strateginės plėtros ir kokybės politikos įgyvendinimą.

Sveikatos priežiūros kokybei didelį dėmesį skiria tarptautinės organizacijos – Europos Taryba, Europos Komisija, PSO Europos regioninis biuras, tarptautinės nevyriausybines organizacijos: Europos sveikatos priežiūros kokybės draugija, Europos kokybės organizacija, Europos kokybės vadybos fondas ir t.t.<sup>18</sup>:

- **PSO programinio dokumento „Sveikata 2000“**, numatančio pagrindinius PSO visuomenės SP principus Europos regione, 31 tikslas skelbia, kad „iki 2000 metų visos valstybės narės turi turėti reikiamas struktūras ir procesus, užtikrinančius nuolatinį sveikatos priežiūros kokybės gerinimą ir tinkamą sveikatos technologijų naudojimą bei plėtrą“<sup>19</sup>. PSO nustatė šiuos sveikatos priežiūros kokybės tikslus: aukštą profesionalumą, efektyvų išteklių panaudojimą, minimalią riziką pacientams, pacientų pasitenkinimą, galutinį poveikį sveikatai.

- **PSO programinio dokumento „Sveikata 21“** 16 tikslas „Sveikatos priežiūros kokybės valdymas“ orientuotas į rezultatus, kaip galutinį kokybės matą: „iki 2010 metų šalys narės turėtų užtikrinti, kad sveikatos sektorius, nuo gyventojų reikmėmis paremtų programų iki individualaus ligonio priežiūros klinikinio lygiu, bus orientuotas į sveikatos priežiūros rezultatus“<sup>20</sup>;

- **PSO Liublianios chartijos** pagrindiniai principai, numatantys, kad sveikatos priežiūros sistema turi vadovautis žmogiškojo orumo, teisingumo, solidarumo ir profesinės etikos vertybėmis, turėti aiškius sveikatos tikslus, būti skirta žmonėms, orientuota į kokybę, pagrįsta protingu finansavimu, ir orientuota į pirminę sveikatos priežiūrą<sup>21</sup>;

- **PSO Europos regioninio biuro programos „Sveikata visiems XXI a.“** pagrindiniuose prioritetuose ir tiksluose teigiama, kad šalyse turi būti sukurta nuolatinio sveikatos priežiūros

<sup>18</sup> Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas „Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 – 2010 m. programos patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2004, Nr. 144-5268, p. 14-20.

<sup>19</sup> Weil O, McKee M, Brodin M, Obele D. Priorities for public health action in the European Union. European Commission, 1999:77-86.

<sup>20</sup> SVEIKATA 21. *Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione*. LR sveikatos apsaugos ministerija.

<sup>21</sup> 1996 m. birželio 18 d. *Liublianios chartija dėl sveikatos apsaugos reformų Europoje*. Prieiga per internetą: [http://sec.lt/pages/spr/Alf\\_mok/Priedai/Chartija.html](http://sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Priedai/Chartija.html).

kokybės tobulinimo nacionalinė politika, sveikatos sektoriaus valdymas turi būti orientuotas į sveikatos rezultatus, visos šalys turi turėti mechanizmą stebėti ir tobulinti sveikatos priežiūros kokybę, o procesų ir jiems reikalingų išteklių planavimas turi būti pagrįstas sveikatos rezultatų, pacientų pasitenkinimo ir ekonominio efektyvumo pagrindu. PSO Europos regioninis biuras pripažįsta, kad visos šalys, reformuodamos savo sveikatos priežiūros sistemas ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, susiduria su iššūkiais, kaip užtikrinti SP prieinamumą, teisumą, saugą, pacientų dalyvavimą ir kaip plėtoti įgūdžius, technologijas ir įrodymais pagrįstą mediciną turimų išteklių ribose<sup>22</sup>. Programoje taip pat akcentuojami šie dalykai: 1) bendradarbiavimas, siekiant pagerinti sveikatos priežiūrą Europos regione; 2) sveikatos priežiūros teisumas; 3) sveika gyvenimo pradžia; 4) jaunų žmonių sveikata; 5) sveika senatvė; 6) psichikos sveikatos gerinimas; 7) užkrečiamųjų ligų mažinimas; 8) neužkrečiamųjų ligų mažinimas; 9) traumų nuo smurto ir nelaimingų atsitikimų mažinimas; 10) sveika ir saugi fizinė ir psichinė aplinka; 11) sveikesnė gyvensena; 12) alkoholio, narkotikų ir tabako žalos mažinimas; 13) sveikatingumo prielaidos; 14) tarpsektorinė atsakomybė už sveikatą; 15) integruotas sveikatos sektorius; 16) sveikatos priežiūros kokybės vertinimas; 17) sveikatos tarnybų lėšų ir išteklių paskirstymas; 18) darbuotojų užtikrinimas sveikatos reikmėms; 19) moksliniai tyrimai ir žinios – sveikatai; 20) partnerių sutelkimas sveikatos siekiniams siekti; 21) sveikatos politika ir strategijos visiems įgyvendinimas ir kontrolė.

- **Europos Komisijos 2000 m. priimtos Naujos visuomenės sveikatos strategijos** 48 paragrafe nurodyta: „Pagrindinis akcentas (...) turėtų būti gerai sveikatos priežiūros praktikai, t. y. pastarojo meto geriausiems įrodymams apie skirtingų požiūrių į sveikatos stiprinimą, ligų prevenciją, diagnostiką ir gydymą; SP saugumą, našumą, veiksmingumą ir ekonominį efektyvumą (...). Šis darbo tikslas – stiprinti ir suvienyti šalių narių veiklą įrodymais pagrįstos medicinos, kokybės užtikrinimo ir gerinimo, intervencijų tinkamumo ir sveikatos technologijų vertinimo srityje.

- **Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija), priimta 1997 m. ir Lietuvos ratifikuota 2002-09-19**, apima lygiateisio sveikatos priežiūros prieinamumo ir priežiūros kokybės (3 str.), profesinių standartų (4 str.), sutikimo (II skyrius) ir kitus SPK aspektus<sup>23</sup>.

- **Europos Sąjungos direktyvos ir kiti dokumentai**, nustatantys reikalavimus SP ir kitose srityse, kuriuos Lietuva privalo įgyvendinti: sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų rengimo kokybę reglamentuojančios Europos Sąjungos sektorinės direktyvos 93/16/EEB, 77/453/EEB, 78/687/EEB, 80/155/EEB, 85/432/EEB ir 85/433/EEB; pacientų, vartotojų ir kitų asmenų saugą,

<sup>22</sup> Charles D. Shaw, Isuf Kalo. A Background for National Quality Policies in Health Systems. World Health Organization. 2002.

<sup>23</sup> Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija). Valstybės žinios, 2002, Nr. 97-4258.

susijusių su medicinos prietaisais, reglamentuojančios Europos Sąjungos medicinos prietaisų direktyvos 93/42/EEB, 98/79/EEB, 2000/70/EB, 2001/104/EB, 2002/364/EB; kt.

- **ES sveikatos programa**<sup>24</sup> 2014-2020 m. yra III-ioji ES sveikatos priežiūros daugiametė programa, kuri padeda (skatina) valstybėms narėms:

- imtis būtinų, naujoviškų ir perspektyvių sveikatos sistemos reformų;
- pagerinti prieigą prie kokybiškesnės ir saugesnės sveikatos priežiūros;
- skatinti Europos piliečius rūpintis sveikata ir vykdyti ligų prevenciją;
- apsaugoti Europos piliečius nuo tarpvalstybinių pavojų.

ES sveikatos programos tikslai:

1. Prisidėti prie naujoviškos ir perspektyvios sveikatos sistemos. Europos Komisija turi padėti valstybėms narėms įveikti žmogiškųjų ir finansinių išteklių trūkumą. Ji taip pat turi jas skatinti naudoti sveikatos sistemos naujoves, pavyzdžiui, e. sveikata, ir dalytis savo patirtimi šioje srityje. Programa taip pat remia Europos partnerystę aktyvaus senėjimo ir geros sveikatos inovacijų srityje.
2. Pagerinti prieigą prie kokybiškesnės ir saugesnės sveikatos priežiūros. Komisija siūlo įsteigti Europos retų ligų pavyzdinių tinklų akreditacijos sistemą. Taip pat reikėtų parengti Europos gaires pacientų saugumo ir antimikrobinių medžiagų naudojimo srityje.
3. Gerinti sveikatos sistemą ir ligų prevenciją. Valstybės narės kviečiamos dalytis savo patirtimi rūkymo, alkoholio vartojimo ir nutukimo srityse. Turi būti naudojami konkretūs veiksmai, siekiant padėti išvengti lėtinių ligų, įskaitant vėžį.
4. Saugoti piliečius nuo tarpvalstybinių grėsmių sveikatai. Komisija mano, kad reikia pagerinti pasirengimo lygį ir koordinavimo pajėgumus iškilus rimtoms tarpvalstybinėms grėsmėms.

Pasak Bubnienės ir Ruževičiaus (2010), Valstybinio audito ataskaitos duomenimis, Lietuvoje nėra sukurtos bendros asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistemos ir patvirtintų sveikatos priežiūros kokybės rodiklių, neatlikta būklės analizė, gautų rezultatų vertinimas, ateities tikslų siekimas. Autoriai kalba apie sisteminio požiūrio trūkumą, tobulinant sveikatos apsaugos sistemą.

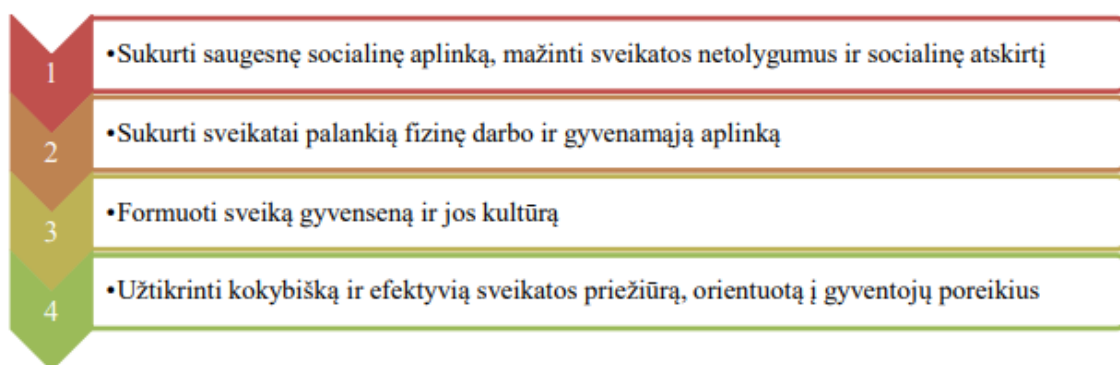
- **Lietuvos sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijoje (2002)** akcentuojama kokybės gerinimo priemonių taikymo, kokybės vadybos metodų tobulinimo ir propagavimo, kokybės infrastruktūros kūrimo ir plėtojimo, valdymo struktūros koordinavimo svarba. Šioje koncepcijoje išskirti tikslai – kaip sveikatos priežiūrą nukreipti į paciento ir visuomenės poreikius: „kokybės skatinimas ir kokybės gerinimo priemonių taikymas; kokybės vadybos metodų tobulinimas ir propagavimas; kokybės infrastruktūros kūrimas ir plėtojimas ir kt.“.

<sup>24</sup> ES sveikatos programa 2014-2020 m. Prieiga per internetą: [https://ec.europa.eu/health/funding/programme\\_en](https://ec.europa.eu/health/funding/programme_en).

- *Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 – 2010 m. programos* strateginis tikslas – „siekiant geros šalies gyventojų sveikatos ir gyvenimo kokybės, suformuoti sisteminių požiūrį į sveikatos priežiūros kokybę, jos užtikrinimą ir nuolatinį gerinimą bei koordinuoti veiklą šioje srityje parengiant ir įgyvendinant priemonių sistemą Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijai, patvirtintai sveikatos apsaugos ministro 2002 m. spalio 10 d. įsakymu Nr. 495 „Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 101-4523), įgyvendinti“<sup>25</sup>.

- *Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programoje 2018-2020* išskiriamas toks pagrindinis tikslas: „pagerinti šalies gyventojų sveikatą, nuolat tobulinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų administravimą“<sup>26</sup>.

- *Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategijos*<sup>27</sup> pagrindinis tikslas – pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir pailgėtų jų gyvenimo trukmė, pagerėtų sveikata ir sumažėtų Lietuvos gyventojų sveikatos netolygumai. LSS Išskiriami šie 4 tikslai:



4 pav. Lietuvos sveikatos 2014-2025 m. strategijos tikslai (Visuomenės sveikatos netolygumai, 2018, Nr. 3 (30)).

LSS yra numatyti vertinimo kriterijai (3 priedas) pagal kuriuos stebima, ar tikslai pasiekti. LSS pirminė vertinimo reikšmė buvo 2012 m. Dar kartą LSS tikslų įgyvendinimas numatytas vertinti 2020 m., o galutinis siekiamas rezultatas – 2025 m., tačiau stebėti, kuria linkme judame, naudinga nuolatos. Taip galima anksčiau pastebėti neigiamą ar nepakankamai spartų pokytį bei imtis priemonių, galinčių padėti pasiekti numatytų tikslų.

<sup>25</sup> 2002 m. spalio 10 d. įsakymas Nr. 495 „Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos patvirtinimo“. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalActPrint/lt?jfwid=rivwzvpvg&documentId=TAIS.242167&category=TAD>.

<sup>26</sup> Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programa 2018-2020. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/3ca52110caac11e782d4fd2c44cc67af/CcdbSnkOMc>.

<sup>27</sup> Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos vykdymas: kaip sekasi siekti užsibrėžtų tikslų? Visuomenės sveikatos netolygumai, 2018. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/lss\\_vertinimas\\_2018\\_2.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/lss_vertinimas_2018_2.pdf).

- *Sveikatos sistemos įstatyme*<sup>28</sup> pabrėžiama, kad kai sveikatos priežiūros kokybė neregamentuota standartizacijos norminių dokumentų, reikalavimai sveikatos priežiūros sąlygoms gali būti įteisinami Sveikatos ministerijos teisės aktuose. Sąvokose paminėta paslaugų kokybės ir pacientų saugos kontrolė/priežiūra, kurią atlieka valstybinis ir vidaus medicininis auditas. Asmens sveikatos priežiūra ir farmacinė veikla yra apibrėžiama kaip valstybės licencijuota fizinių ir juridinių asmenų veikla. Ketvirtajame straipsnyje yra išskiriami sveikatinimo veiklos tikslai: ilginti gyvenimo be ligų ir traumų laiką bei gerinti gyvenimo kokybę. Įstatyme teigiama, kad įmonės ir įstaigos teisę vesti sveikatos priežiūros veikla įgyja tik LR Vyriausybės ar jos įgaliotos institucijos nustatyta tvarka gavusios licencijas (16 str.). 75 – ajame ir 76 – ajame straipsniuose yra minima, kad prieinamumo, kokybės (tinkamumo) ir ekonominio efektyvumo priežiūrą ir kontrolę atlieka Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie SAM, Valstybinė ir teritorinės ligonių kasos.

- *Sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme*<sup>29</sup> kalbama apie investicijas sveikatos priežiūrai – kokybei gerinti (12 str.). Šiame įstatyme pabrėžiama, kad galima naudoti tik tas sveikatos priežiūros technologijas (ir tyrimo metodus), kurios yra nustatyta tvarka aprobuotis ir (ar) leistos naudoti Lietuvos Respublikoje (45, 50 str.). 15-ame straipsnyje nurodoma, kad įstaigų vadovų ir jų pavadootojų darbo apmokėjimo tvarka – tai ryšys su kokybės ir veiklos efektyvumo rezultatais. Apibūdinama sveikatos priežiūros įstaigų kontrolė – licencijavimas ir akreditavimas.

VASPVT licencijuoti sveikatos priežiūros įstaigas pradėjo nuo 1999 m. Per 17 metų buvo licencijuota 1514 įstaigų. SPĮ turi galiojančias įstaigos asmens sveikatos priežiūros licencijas, t. y., turi teisę teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos pradėtos licencijuoti nuo 2003 m. Per 13 metų (iki 2016 m.) licencijuotos 366 įstaigos<sup>30</sup>.

Pasak Mažeikienės (2012), Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie SAM ne tik išduoda licencijas, bet ir kontroliuoja licencijuotas SPĮ, kaip jos vykdo licencijos turėtojo teises bei laikosi licencijos turėtojo pareigų, kaip vykdo visus su licencijos išdavimu įgytus įsipareigojimus. VSPVT vykdydama licencijuotų įstaigų kontrolę ir reaguodama į pagrįstus fizinių, juridinių asmenų ar kitų kontroliuojančių institucijų skundus, gali sustabdyti arba panaikinti licencijos galiojimą:

- kai licencijos turėtojas nevykdo licencijos turėtojų pareigų;
- nesilaiko licencijuojamos veiklos sąlygų;

<sup>28</sup> 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, Sveikatos sistemos įstatymas. Prieiga per internetą <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.E2B2957B9182>.

<sup>29</sup> 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367, LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C81BD50A27C6/EjcDxDiwOB>.

<sup>30</sup> Sveikatos priežiūros įstaigų licencijos. Prieiga per internetą: <https://www.vaspvt.gov.lt/node/150>.



- pateikė neteisingus duomenis ar suklastotus dokumentus licencijai gauti;
- kai per einamuosius metus kartotinai pažeidė LR įstatymus ir kitus teisės aktus, reguliuojančius licencijuojamą veiklą.

Licencijavimas yra vykdomas ne tik sveikatos priežiūros įstaigų, bet ir specialistų lygiu. Tai reglamentuoja šie įstatymai ir poįstatyminiai teisės aktai<sup>31</sup>:

- Sveikatos sistemos įstatymas;
- Medicinos praktikos įstatymas;
- Slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymas
- Lietuvos Respublikos reglamentuojamų profesinių pripažinimo įstatymas;

- *Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme*<sup>32</sup> (toliau PTŽSAĮ) aprašoma „atvirkštinė“ kokybė – pacientams padaryta žala ir jos atlyginimas. Įstatyme kalba apie tai, kokią kokybę turi gauti pacientas ir ką ir kaip daryti „nekokybės“ atveju. Įstatymas nustato „nustato paciento teises ir pareigas, paciento atstovavimo ypatumus, paciento skundo nagrinėjimo ir žalos, padarytos jo sveikatai, atlyginimo pagrindus“. Sveikatos priežiūros kokybės programoje teigiama, kad sveikatos priežiūra, teikiama laikantis nustatytų sveikatos priežiūros normų, kitų teisės aktų ir vykdoma asmenų, turinčių medicinos ar kitos atitinkamos praktikos licencijas sveikatos priežiūros įstaigose, turinčiose licenciją teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir apdraudusiose savo civilinę atsakomybę už žalą pacientams. PTŽSAĮ kokybiškas sveikatos priežiūras apibrėžia kaip: „prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami“. Akcentuojama, kad kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų rodiklius ir jų turinio reikalavimus nustato sveikatos apsaugos ministras.

PTŽSAĮ aprašoma paciento teisė į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, kuri apima šias dimensijas:

- **Prieinamumas** (apibrėžiamas kaip valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei).

<sup>31</sup>Teisės aktų, susijusių su asmens sveikatos priežiūros specialistų licencijavimu, sąrašas. Prieiga per internetą: <https://www.vaspvt.gov.lt/node/339>

<sup>32</sup> 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562, LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C6E4170DB704>.

- **Saugumas** (pacientų sauga – tai pacientų teisė apsisaugoti nuo nereikalingos ar galimos žalos, susijusios su sveikatos priežiūros paslaugomis (PSO). „Nereikalinga ar galima žala“ siejama su tam tikrais nepageidaujamaisiais įvykiais, pvz., medicinos įrangos gedimas, jos naudojimo instrukcijų nesilaikymas, vaistų netinkamas dozavimas, netinkamo vaisto skyrimas, netinkama diagnostika). Nepageidaujamaisiais įvykiais (pavyzdžiui, medicinos įrangos gedimas, jos naudojimo instrukcijų nesilaikymas, vaistų netinkamas dozavimas, netinkamo vaisto skyrimas, netinkama diagnostika). Sveikatos priežiūros saugumą užtikrina licencijavimas, akreditavimas ir sertifikavimas.
- **Veiksmingumas** (sveikatos priežiūros intervencijų galimybės pasiekti užsibrėžtus sveikatinimo veiklos tikslus ir rezultatus įprastoje aplinkoje (Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programa)).
- **Savalaikiškumas** (paslaugų laukimo eilė – laikotarpis nuo paciento kreipimosi į ASPĮ dienos iki paslaugos suteikimo dienos. Į šį laikotarpį neįskaičiuojami atvejai, kai pacientas jo paties pageidavimu registruojamas vėliau, negu ASPĮ gali pasiūlyti, arba kai pacientas registruojamas pakartotiniam apsilankymui, arba kai teikiama skubioji medicinos pagalba. Laukimo eilės trukmė skaičiuojama kalendorinėmis dienomis. Nustatant laukimo eilės trukmę, paciento kreipimosi į ASPĮ diena ir paslaugos suteikimo diena skaičiuojamos kaip viena diena. Jei paciento kreipimosi diena sutampa su paslaugos suteikimo diena, laukimo eilės trukmė nurodoma „0“<sup>33</sup>).
- **Paslaugos teikimo vietos ir teikėjo tinkamumas pacientui.**
- **Šiuolaikiškumas** (sveikatos priežiūros specialistai gali panaudoti naujus, mokslškai pagrįstus, bet dar nustatyta tvarka neapčiuotus diagnostikos ir gydymo metodus ir technologijas tik stengdamiesi pacientą išgydyti, išgelbėti ar pratęsti jo gyvybę (LR SSĮ 20 str. 2 d.)<sup>34</sup>).
- **Pacientų lūkesčių tenkinimas** (PSO nuomone, pacientų lūkesčiai negali tiksliai apibrėžti paslaugos kokybės. Jie svarbūs, tačiau resursų trūkumas sveikatos sektoriuje dažnai būna kliūtis tenkinti išreikštus poreikius. Šis faktorius modifikuoja sveikatos

<sup>33</sup> Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2014 m. spalio 28 d. įsakymas Nr. 1K287 „Dėl Asmenų registravimo į asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eiles ir šių eilių stebėsenos tvarkos aprašo ir Asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių stebėsenos ataskaitų formų patvirtinimo“ (TAR, 2014-10-28, Nr. 2014-14999).

<sup>34</sup> 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, Sveikatos sistemos įstatymas. Prieiga per internetą <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.E2B2957B9182>.

priežiūros kokybės sampratą. Maksimalistinę kokybės sąlygą (pagal pacientų lūkesčius) realybėje keičia optimalistinė (pagal sveikatos priežiūros įstaigos galimybes))<sup>35</sup>.

- Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymas Nr. V-338 „Dėl Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“ (redakcija 2015-11-01)<sup>36</sup> apibūdinama kokybės rodiklių stebėseną, aprašoma vidaus medicininio audito veikla, asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymas ir gerinimas.

- Sveikatos apsaugos ministro 2015 m. rugpjūčio 10 d. įsakymas Nr. V-929 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“<sup>37</sup>. Įstatyme pateikiamas asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės vertinimo rodiklių sąrašas (priedas nr. 2).

- Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo prioritetų nustatymo ir vertinimo organizavimo tvarkos apraše<sup>38</sup> yra nurodomi sveikatos priežiūros technologijų vertinimo prioritetų nustatymo kriterijai, taikomi sveikatos priežiūros technologijoms, kurių vertinimo poreikį inicijuoja Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo komitetas, ir toms sveikatos priežiūros technologijoms, dėl kurių paraiškas sveikatos priežiūros technologijų vertinimą atliekantiems subjektams pateikia sveikatos priežiūros technologijų vertinimo paraiškos teikėjai.

Apraše išskiriami asmens sveikatos priežiūros ir farmacinės veiklos technologijų vertinimo prioritetų nustatymo kriterijai bei visuomenės sveikatos priežiūros technologijų vertinimo prioritetų nustatymo kriterijai ir jų atitikčių lentelės (žr. 2 ir 3 lenteles):

---

<sup>35</sup> Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, Glinos IA. Assuring the Quality of health care in the European Union. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies; 2008. p.2-3.

<sup>36</sup> 2010 m. gegužės 6 d. Nr. V-401, LR įsakymas „Dėl privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.F3D002FD1DD3>.

<sup>37</sup> 2015 m. rugpjūčio 10 d. Nr. V-929, LR įsakymas Dėl Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymo nr. v-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalact/lt/tad/b5f911c045e311e59cf1cfda14b526c5>.

<sup>38</sup> Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo prioritetų nustatymo ir vertinimo organizavimo tvarkos aprašas, 2016 m. sausio 8 d. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/f1c0e290c01e11e5a6588fb85a3cc84b>.

**2 lentelė. Asmens sveikatos priežiūros ir farmacinės veiklos technologijų vertinimo prioritetų nustatymo kriterijai ir jų atitikčių lentelė (2016)**

Eil. Nr.	Asmens sveikatos priežiūros ir farmacinės veiklos technologijų atrankos kriterijai	Asmens sveikatos priežiūros ir farmacinės veiklos technologijų atrankos kriterijų reikšmė (balais)	Atrankos kriterijaus reikšmės pagrindimas	Pastabos
1.	Bendrieji kriterijai. Kompleksinis ligos ir (ar) sveikatos problemos, kuriai spręsti skirta technologija, vertinimas			
1.1.	mirtingumo rodiklis			
1.2.	sergamumo rodiklis			
1.3.	darbingumo lygis			
2.	Specialieji kriterijai. Asmens sveikatos priežiūros ir farmacinės veiklos technologijos vertinimas			
2.1.	techninis lygis, mokslinis pagrindumas ir alternatyvų egzistavimas			
2.2.	poveikio mastas			
2.3.	pakankami klinikiniai, ekonominiai ir moksliniai duomenys			
	Iš viso:			

**3 lentelė. Visuomenės sveikatos priežiūros technologijų vertinimo prioritetų nustatymo kriterijai ir jų atitikčių lentelė (2016)**

Eil. Nr.	Visuomenės sveikatos priežiūros technologijų atrankos kriterijai	Visuomenės sveikatos priežiūros technologijai suteikiama atrankos kriterijų reikšmė (balais)	Atrankos kriterijaus reikšmės pagrindimas	Pastabos
1.	Bendrieji kriterijai. Kompleksinis visuomenės sveikatos priežiūros problemos, kuriai spręsti skirta technologija, vertinimas			
1.1.	Problemos bendrieji epidemiologiniai rodikliai			
1.2.	Problemos epidemiologiniai rodikliai, kuriuos galima pagerinti taikant siūlomą technologiją			
1.3.	Problemos netolygumų mažinimas			
2.	Specialieji kriterijai. Visuomenės sveikatos priežiūros technologijos vertinimas			
2.1.	Alternatyvų egzistavimas ir mokslinių įrodymų prieinamumas			
2.2.	Technologijos poveikio mastas			

2.3.	Technologijos įtaka strateginiuose sveikatos dokumentuose nustatytiems siektiniams sveikatos rodikliams			
2.4.	Valdžios institucijų pavedimas vertinti technologiją skubos tvarka			
	Iš viso:			

Sveikatos priežiūros technologijos pagal prioritetiškumą skirstomos į:

- pirmojo prioriteto sveikatos priežiūros technologiją (A) (vertinimas 21–30 balų);
- antrojo prioriteto sveikatos priežiūros technologiją (B) (11–20 balų);
- trečiojo prioriteto sveikatos priežiūros technologiją (C) (0–10 balų).

Sveikatos priežiūros technologijos – tai metodai, metodikos, procedūros, įranga, vaistai, kuriuos naudoja sveikatos priežiūros specialistai, teikdami sveikatos priežiūros paslaugas pacientams; taip pat pagalbinės technologijos sveikatos priežiūros paslaugų teikimui bei sveikatos priežiūros organizavimas. Sveikatos priežiūros technologijų naudojimas augo itin dideliu tempu per paskutiniuosius 3 dešimtmečius. Dėl staigaus naujų technologijų ir žinių augimo tapo neįmanoma suspėti su medicinos pažanga. Sveikatos priežiūros technologijos įsiliejo į sveikatos priežiūros sistemą. Šiuo metu sveikatos priežiūros technologijos tampa vis brangesnės – tiek įsigyti, tiek naudoti, ir taip prisideda prie nesibaigiančio sveikatos priežiūros kainų augimo (Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas “Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 – 2010 m. programos patvirtinimo”).

Lietuvos, kaip ir daugelio Europos Sąjungos šalių, sveikatos politika formuojama remiantis pagrindinėmis PSO ir Europos Komisijos politinių dokumentų nuostatomis. Sveikatos priežiūros kokybei didelį dėmesį skiria tarpvyriausybinių organizacijų – Europos Taryba, Europos Komisija, PSO Europos regioninis biuras, tarptautinės nevyriausybinių organizacijų: Europos sveikatos priežiūros kokybės draugija, Europos kokybės organizacija, Europos kokybės vadybos fondas ir t.t. Reikšmingesni dokumentai yra šie: PSO programinis dokumentas „Sveikata 2000“, PSO programinis dokumentas „Sveikata 21“, PSO Liublianios chartija, PSO Europos regioninio biuro programos „Sveikata visiems XXI a.“; Europos Komisijos 2000 m. visuomenės sveikatos strategijos, Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija, Europos Sąjungos direktyvos ir kiti dokumentai, ES Sveikatos programa; Lietuvos sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcija (2002), Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 – 2010 m. programa, Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programa 2018-2020, Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategijos, Sveikatos sistemos įstatymas, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, Pacientų teisių ir žalos

sveikatai atlyginimo įstatymas, Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymas Nr . V-338 „Dėl Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“, Sveikatos apsaugos ministro 2015 m. rugpjūčio 10 d. įsakymas Nr. V -929 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“, Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo prioritetų nustatymo ir vertinimo organizavimo tvarkos aprašas ir t.t.

### 3. Sveikatos kokybės politikos vertinimo ir matavimo instrumentai

Pasak Daunorienės ir Simanavičienės (2011), kuomet kokybė buvo suvokiama kaip tam tikrų trūkumų nebuvimas, jai užtikrinti buvo naudojami įvairūs patikrinimai, testavimai ir pan. Kai atsirado platesnis kokybės suvokimas pradėti taikyti rezultatų vertinimai, kokybės auditai ir standartai. Pasak autorių, galiausiai kokybės siekimas tapo ne tik produktų ar paslaugų, bet ir pačių procesų, žmogiškųjų išteklių, sąsajų su aplinka (visuomene, suinteresuotomis grupėmis, aplinkosaugos standartų užtikrinimo) reikalavimu. Dėl to kokybės užtikrinimui pradėta naudoti vertinimus, kurie apima visų organizacijos veiklos aspektų nuolatinį tobulinimą.

Bubnienė ir Ruževičius (2010) teigia, kad tinkamam sveikatos priežiūros paslaugų įvertinimui pirmiausia reikia nustatyti konkrečius paslaugų vertinimo kriterijus. Curry ir kt. (2009) nurodo, kad dėl sveikatos priežiūros paslaugų specifiškumo yra nelengva parinkti visuotinius, patikimus sveikatos priežiūros kokybės vertinimo rodiklius. Valstybinio audito ataskaitos duomenys tai patvirtina – Lietuvoje nėra bendrų, patvirtintų sveikatos priežiūros kokybės rodiklių<sup>39</sup>.

Lietuvoje dar nėra sukurtos bendros asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistemos, bet teorijoje galima atrasti, kad pagrindiniai sveikatos priežiūros vertinimo kriterijai yra šie: prieinamumas, patikimumas, rezultatyvumas, užbaigtumas, etiškumas, estetiškumas, technologijų naujumas, saugumas, tęstinumas. Sveikatos priežiūros kokybę lemia įvairūs aspektai, o dažniausiai pasitaikantys yra<sup>40</sup>:

- Rezultatyvumas. Tai yra pacientams aktualių, reikalingų rezultatų pasiekimo laipsnis, teikiant įrodymais pagrįstas sveikatos priežiūros paslaugas.
- Tinkamumas. Apibūdinamas kaip sveikatos poreikius atitinkančių paslaugų teikimas pacientams be medicininių klaidų.
- Saugumas. Procesas, kurio metu išvengiama neigiamų pasekmių sveikatai.
- Orientacija į pacientą, jautrumas paciento poreikiams, apibūdinamas kaip sveikatos priežiūros sistemos pajėgumas patenkinti pacientų lūkesčius ir poreikius.
- Tęstinumas. Tai yra pacientui teikiamų paslaugų koordinavimas tarp skirtingų įstaigų.
- Nuoseklumas. Vertinant nuoseklumą gali būti analizuojama tiek pacientų nuomonė, tiek konkretūs klinikiniai rodikliai, pavyzdžiui, vertinamas laiko tarpas per kurį tam tikriems pacientams buvo užtikrintas reikalingas gydymas.

<sup>39</sup> Valstybinio audito ataskaita, asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema 2007 m. Birželio 26 d. Nr. VA-P-10-4-9. Valstybės žinios 2007; 28-1147.

<sup>40</sup> Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų Sanglaudos skatinimo veiksmų programos priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimas; 2011.

- Paslaugų teikimo savalaikiškumas apibūdinamas kaip paciento galimybė greitai ir laiku gauti reikalingą sveikatos priežiūros paslaugą arba būti nukreiptam į reikiamą sveikatos priežiūros įstaigą.

- Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, pasiekiamumas. Vertinant šį aspektą analizuojama kaip lengvai pacientui yra prieinamos reikalingos paslaugos, atsižvelgiant į fizinį, finansinį, psichologinį prieinamumą.

- Teisingumas. Vertinant teisingumą yra vertinamas sveikatos priežiūros finansavimo teisingumas t.y. nešališkas sveikatos priežiūros teikiamos naudos paskirstymas visiems suinteresuotiems ja pasinaudoti.

- Efektyvumas. Tai yra optimalų išteklių panaudojimas siekiant maksimalios naudos ar rezultatų, tai maksimalios naudos ir rezultatų pasiekimas mažiausiomis įmanomomis sąnaudomis.

LR Sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymu Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ buvo patvirtintas ligoninių veikos kokybės rodiklių sąrašas. 2015 m. rugpjūčio 10 d. įsakymu Nr. V-929 patvirtintas jo pakeitimas ir rodiklių sąrašas peržiūrėtas ir atnaujintas bei patikslintas. Pasak Jankauskienės (2015), remiantis šiais įsakymais, asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, įsipareigoja nuo 2013 metų kasmet iki einamųjų kalendorinių metų kovo 10 d. pateikti Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir SAM praėjusių kalendorinių metų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės vertinimo rodiklius, nurodytus lentelėse (priedas nr. 1). Nors ir yra sudaryti kokybės vertinimo rodikliai, Jankauskienė (2015) teigia, kad neturint vertinimo modelio, objektyviai įvertinti, kurioje ligoninėje geriau teikiamos paslaugos, remiantis visais rodikliais, kol kas yra neįmanoma. Autorė taip pat pažymi, jog ligoninių kokybės vertinimo modelio kūrimas yra apibendrinus užsienio patirtį – modeliuoti nuspręsta kaip pagrindą pasitelkus du modelius: PSO PATH – rodiklių dimensijas sujungiant į du pagrindinius kriterijus: kokybė (taip pat sauga, orientacija į pacientą ir darbuotojus) bei efektyvumas (taip pat produktyvumas ir atsakingas valdymas) bei Health Consumer Powerhouse Sveikatos vartotojų indeksą.

Piligrimienė ir Bučiūnienė (2008) pateikė išvadas, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas turi apimti aštuonias kokybės dimensijas (žr. 4 pav.).



<b>Dimensija</b>	<b>Dimensijos apibūdinimas</b>
Tarpasmeniniai santykiai	Atspindi paslaugų gavėjų, tiekėjų sąveiką, tai pasitikėjimo kūrimas, pagarba, konfidencialumas, paslaugumas, reagavimas, empatija, išklausymas, komunikacija.
Apčiuopiamumas	Atspindi netiesiogiai su klinikiniais paslaugų efektyvumu susijusias paslaugos savybes, tai : fiziniai patogumai, personalo ir informacinės medžiagos buvimas ir išvaizda, komfortas, švara ir pan. Šio paslaugos gali padidinti pacientų pasitenkinimą, būsimus ketinimus įstaigos atžvilgiu.
Techninė kompetencija	Tai sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų įgūdžiai, žinios, kompetencija, būtina teikiant sveikatos priežiūros paslaugas.
Prieinamumas	Tai patogios organizacijos darbo valandos, laukimo trukmė ir pan. t.y lengvumas, kuriuo sveikatos paslaugos teikiamos.
Saugumas	Laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros procesai yra apsaugoti nuo galimų neigiamų pašalinių efektų rizikos susižeisti, užsikrėsti ar kaip kitaip pakenkti visiems, susijusiems su sveikatos priežiūros teikimu ar gavimu.
Efektyvumas	Laipsnis, kuriuo trokštami sveikatos rezultatai yra iš tiesų pasiekiami.
Produktyvumas	Optimalios paslaugos teikimas, t.y. didžiausios naudos su mažiausiais kaštais pasiekimo laipsnis.
Rezultatai	Paciento sveikatos pokytis, kuris gali būti priskirtas suteiktoms sveikatos priežiūros paslaugoms.

4 pav. Aštuonios kokybės dimensijos (Piligrimienė ir Bučiūnienė, 2008)

Piligrimienė ir Bučiūnienė (2008) nurodo, kad norint tiksliai įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, į vertinimo procesą turi būti įtrauktos visos sveikatos priežiūros paslaugų suinteresuotos pusės, todėl, kad skirtingos suinteresuotos pusės skirtingai vertina sveikatos priežiūros paslaugos savybes. Vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pagal sveikatos priežiūros kokybės vadybos pradininko Donabediano metodą, turi būti įvertinta organizacijos struktūra, procesai ir veiklos rezultatai<sup>41</sup> (žr. 5 pav.).

<sup>41</sup> Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Quarterly. 2005; 83(4): 691-729.

Rodiklių grupė	Pastabos
Struktūros	Struktūra – tai pastovūs požymiai ir savybės, kurie susiję su paslaugų teikimo vieta. Struktūra paliečia asmenis, dalyvaujančius teikiant paslaugas, technologijas, kurios yra taikomos pacientui pasveikti, taisyklės, kuriomis vadovaujamosi. Tai stabilios sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ypatybės, kurios susideda iš šių sveikatos apsaugos sistemos komponentų: žmoniškieji ištekliai (personalo mokymas ir jų įgūdžiai); materialiniai ištekliai (įrangos išteklių pakankamumas); fizinės ir organizacinės aplinkos, kuri veiksmingai turi sutelkti šiuos išteklius, kad būtų pasiekta optimali pacientų priežiūra vykdomoje veikloje. Struktūros rodikliais vertinamos nustatytos gydymo charakteristikos, tai gydymo programų adekvatumas, darbuotojų pakankamumas, infrastruktūra (tai rodo, ar kokybiškos paslaugos apskritai yra įmanomos). Struktūros rodikliai išmatuojami remiantis ataskaitomis, vadovų suteikta informacija. Tačiau gali būti labai subjektyvūs (jei vadovas gali būti linkęs pervertinti išteklius ar idealizuoti klinikos veiklą). Šie rodikliai atskleidžia kokybiškų paslaugų teikimo galimybes, bet neparodo teikiamų paslaugų kokybės. Struktūra susijusi su kokybe ta prasme, kad, priklausomai nuo jos efektyvios veiklos, tikimybė didėja arba mažėja.
Proceso	Procesas apima kliento ir sveikatos priežiūros sistemos sąveiką, tai tarpasmeniniai sveikatos priežiūros paslaugų teikimo aspektai taip pat tokia aspektai kaip procedūrinių kabinetų higiena, pacientų srauto tvarka. Paslaugos teikimo procesas susideda iš daugelio tarpusavyje susijusių veiksmų, šiame procese dalyvauja ne tik medikai, bet ir patys pacientai. Proceso rodikliai vertina ar vartotojai gauna tokios aukštos kokybės, kokios ir turėtų gauti, paslaugas.
Rezultato	Sąvoka „rezultatas“ reiškia paciento esamos ir būsimos sveikatos būklės pokyčius, kurie įvyko dėl suteiktos sveikatos priežiūros paslaugų. Tai – gydymas ir jo pasekmės, tokios kaip ligos progresavimas, sveikatos būklė ir/arba kaina. Rezultatas atspindi paciento pasitenkinimo laipsnį. Rezultatas pacientui yra pats svarbiausias kokybės vertinimo modelio elementų. Sąvoka rezultatas apima paciento pažiūrą (bei jo nuomonę apie paslaugas), su sveikata susijusias pacientui suteiktas reikalingas žinias bei su sveikata susijusios elgsenos pokyčius ir galimus to rezultatus. Šie rodikliai apima funkcionavimą, sergamumą, mirtingumą, gyvenimo kokybę bei pacientų pasitenkinimą (t.y., ar sveikatos priežiūra daro kokios nors įtakos individams bei visuomenei). Rezultato rodiklių taikymo atveju ypač svarbus kompleksiskumas.

5 pav. **Donabediano metodas** (Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Quarterly. 2005; 83(4)).

Jurgelėno ir kt. (2007) teigimu, PSO Europos regiono narės dar 1984 metais priėmė strategiją „Sveikata visiems“ ir taip suformavo pagrindinį jos tikslą. Tai buvo tolimosios strategijos ir sveikatos politikos tikslas, kurio neįmanoma įgyvendinti visur, tačiau jis suteikė sveikatos procesui vertinimo galimybę. Todėl siekiant sveikatos kokybės svarbu suformuluoti ilgalaikius, išmatuojamus tikslus. Pasak autorių, įrodyta, kad svarbu gerinti kokybę ir tuo pat metu mažinti kaštus bei sąnaudas<sup>42</sup>. Vis dėl to kaštai ir sąnaudos yra daugiau susiję su sveikatinimo efektyvumu, bet ne su sveikatos (ir sveikatinimo) kokybe.

Pasak Jurgelėno ir kt. (2007) pacientų pasitenkinimas taip pat yra medicinos priežiūros kokybės vertinimo kriterijus. Jo lygiui padidinti gali būti suburtos daugiadisciplininės komandos pacientų būsenai išaiškinti ir jos koregavimo planams parengti<sup>43</sup>. Rinkos ekonomikos ir jos vertybių

<sup>42</sup> Budgetary incentives for the appropriate use of technology. London, CASPE Research/WHO Global Programme for Appropriate Health Care Technology SBIFATECH, No.2, 1998.

<sup>43</sup> Batrich M., Domerchie M. Quality improvement in the emergency department. Seminars for Nurse Managers. 1995, Vol. 3(3), p. 131-2.

perėjimas į nekomercinės veiklos sritį yra rizikingas dalykas, nes sveikatos priežiūros rezultatų negalima vertinti pinigais, tam reikia pasitelkti moralines, etines vertybes.

Nembhardt ir kt. (2009) nurodo, kad sveikatos priežiūros kokybę vertinti yra būtina, nes tokie vertinimai pasižymi ženkliais privalumais. Atliktų tyrimų rezultatai padeda sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams atkreipti dėmesį į tas darbo organizavimo sritis, kurias reikia tobulinti. Taigi sveikatos paslaugų kokybės kompleksinis vertinimas yra aktualus ne tik medicinos profesionalams, vadybos specialistams, bet ir pacientams. Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę yra vienas iš svarbių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklių. Tačiau autoriai pabrėžia, kad patikimų sveikatos priežiūros kokybės vertinimo rodiklių parinkimas yra sudėtinga problema, kylanti dėl sveikatos priežiūros paslaugų pobūdžio.

Mokslinėje literatūroje yra nemažai paslaugų kokybės modelių. Bagdonienė, Hopienė (2005) teigia, kad modelius galima skirstyti į tris grupes, priklausomai nuo jų pobūdžio:

- modelius, kuriuose akcentuojamas vartotojo kokybės suvokimas;
- modelius, atskleidžiančius paslaugos teikimo procesą;
- modelius, kuriuose paslaugų teikimas traktuojamas kaip sistema.

Šeštame paveiksle pateikti paslaugų kokybės modelių apibūdinimai:

<b>Modelis</b>	<b>Trumpas modelio apibūdinimas</b>
Grönroos bendrai suvoktos kokybės modelis	Šiame modelyje išskiriama bendroji kokybė, turinti dvi dimensijas – techninę ir funkcinę. Techninė kokybė atspindi tai, ką vartotojas gauna paslaugos metu. Funkcinė kokybė atspindi tai, kaip teikiama paslauga. Vartotojo nuomonę apie kokybę formuoja teikėjo elgsena, kitų vartotojų teigiamas ar neigiamas poveikis, žinios apie paslaugą ir kiti veiksniai.
Gummesson 4Q kokybės modelis	Šiame modelyje pagrindinis akcentas – vartotojo suvokiama kokybė, veikiama vartotojų lūkesčių, patirties ir paslaugų teikėjo įvaizdžio, ir pagrindiniai kokybę lemiantys procesai, tokie kaip projektavimas, gamyba, pateikimas ir ryšiai. Modelis orientuotas į vartotoją ir procesą. Tai reiškia, kad būtina garantuoti gerą paslaugos kokybę nuo pat sumanymo momento iki galutinio vartotojo įvertinimo.
Gummesson ir Grönroos integruotas kokybės modelis	Integruotame kokybės modelyje sujungiami du požiūriai į kokybės prigimtį: iš Grönroos modelio įtraukiamos paslaugos kokybės dimensijas, o Gummesson 4Q modelio – kokybės šaltiniai.
Gummesson išplėstinis 4Q modelis	Naujojo modelio pradinis taškas tas, kad paslaugos ir prekės – tai lygiavertės bendrosios pasiūlos dalys. Naujajame modelyje yra keturios kokybės (4Q), kurios padeda valdyti vartotojo suvokiamą kokybę ir pasitenkinimą. Tai projektavimo kokybė, gamybos ir pateikimo kokybė, santykių (ryšių) kokybė ir pasiūlymo pasekmių kokybė.
Išplėstinės kokybės funkcijos modelis	Modelis sudaro prielaidas išvengti per didelių laiko ir finansinių sąnaudų kuriant naujas ir gerinant esamas paslaugas. Išplėstinės kokybės funkcijos paskirtis – padėti paslaugų organizacijai nustatyti vartotojo pageidaujamas paslaugos savybes (bruožus) ir laiduoti, kad rinkai bus pasiūlyta būtent tokia paslauga.
Normann ydingo ir pozityvaus ratų modelis	Ydingo ir pozityvaus rato modelio esmė – vartotojų ir personalo pasitenkinimo sąsajos. Tik geras darbo sąlygas turintys ir motyvuoti darbuotojai gali teikti kokybiškas paslaugas vartotojams.
Parasuraman, Zeithaml ir Berry kokybės spragų modelis	Modelis atskleidžia, kad kokybę formuoja du subjektai – vartotojas ir paslaugų teikėjas. Šiame modelyje atspindima, kaip įvairios spragos paslaugų teikimo procese gali paveikti vartotojo kokybės suvokimą.
Meyer ir Mattmüller kokybės modelis	Modelis sudarytas remiantis dviem dalinėmis kokybės komponentėmis (ką – turinio komponentė, kuri nusako ką paslaugos vartotojas gauna arba įneša į procesą, ir kaip – būdo komponentė, kuri parodo, kokiais būdais tas gavimas ar indėlis vyksta). Modelio autoriai aiškina, kad galutinis kokybės suvokimas – tai įvairių veiksmų funkcija. Modelyje parodomi ir nagrinėjami pasekmių kokybės šaltiniai.

Müller kokybės modelis	Šis modelis atspindi kokybės vertinimą iki paslaugos vartojimo, ją vartojant ir po vartojimo. Taip atskleidžiamas kokybės vertinimo ir vartotojo elgsenos sąsajos.
Edvardsson ir Gustavsson įvertinimo modelis	Šis modelis padeda analizuoti kokybės problemas ir klaidas. Modelio esmė paremta tuo, kad nors paslaugų kokybės nesklaidumai organizacijose skiriasi, pateikti kokybės determinantai gali padėti juos išsiaiškinti ir nagrinėti bet kurioje paslaugų organizacijoje. Modelio centre yra minėtų autorių modifikuota Normann paslaugų vadybos sistema, kurią sudaro keturi determinantai: tikslinė vartotojų grupė, paslaugos koncepcija, paslaugos teikimo posistemis, organizacijos kultūra ir įvaizdis.
Brogowicz, Delene ir Lynth apibendrintas paslaugų kokybės modelis	Modelio centre – techninės ir funkcinės kokybės koncepcija, įtraukiant kokybės spragas, dimensijas ir veiksnius, lemiančius kokybės suvokimą. Modelis skiriasi tuo, kad yra sukurtas dedukciniu būdu iš esamųjų modelių.

6 pav. **Paslaugų kokybės modelių apibūdinimas** (Poškutė, Bivainienė (2011) remiantis Bagdoniene, Hopenė (2009)).

### 3.1. Servqual paslaugų kokybės vertinimo metodika

Prieš tai apibūdintuose modeliuose įvairiai traktuojama paslaugų kokybė ir jos vertinimas. Atliktų tyrimų rezultatai atskleidė glaudų kai kurių kriterijų ryšį, todėl komunikabilumą, kompetenciją, paslaugumą, patikimumą ir saugumą pakeitė tikrumas, o prieinamumo ir vartotojo supratimo kriterijus – empatija (Palaima, 2005). Taip įsigalėjo SERVQUAL paslaugų kokybės vertinimo metodika, kuri nustato skirtumą tarp vartotojų patirtos kokybės ir lūkesčių ir įvertina įmonės teikiamų paslaugų kokybę pagal kriterijus.

Palaima (2005) nurodo, jog šis modelis taip pat leidžia palyginti dviejų konkuruojančių įmonių paslaugų kokybę, bei nustatyti atskirų paslaugos vartotojų segmentų suvoktos paslaugų kokybės vertinimo skirtumus. Pradinėje SERVQUAL modelio stadijoje buvo įvardyta dešimt dimensijų, kurios po įvairių mokslininkų tyrimų buvo apibendrintos iki penkių (7 pav.)<sup>44</sup>.

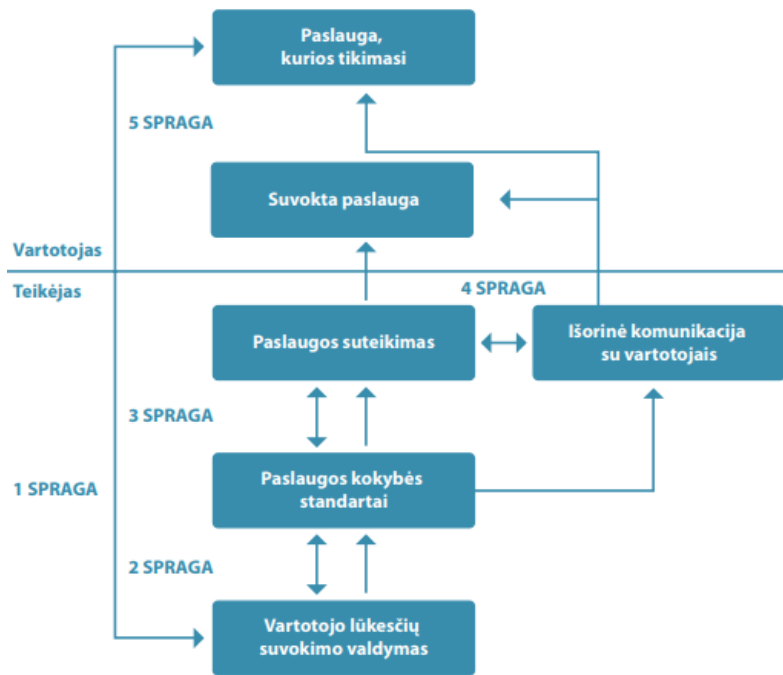
Dimensija	Apibūdinimas
Apčiuopiamumas	Fizinė aplinka, gaunama iš objektų (pvz., interjero dizainas) ir subjektų (pvz., darbuotojų išvaizda)
Patikimumas	Paslaugų teikėjo išsipareigojimas teikti tiksliai ir patikimas paslaugas
Reagavimas	Įmonės noras asistuoti savo pirkėjams, užtikrinant skubų ir efektyvų paslaugos atlikimą
Tikrumas	Brožai, kurie suteikia pirkėjams pasitikėjimo (pvz., specifinis paslaugos išmanymas ir mandagus bei patikimas darbuotojų elgesys)
Empatija	Įmonės pasirengimas ir gebėjimas suteikti kiekvienam pirkėjui asmenines paslaugas

7 pav. **Paslaugų kokybės vertinimas SERVQUAL metodika: instrumento dimensijos** (Poškutė, Bivainienė (2011) remiantis Korda, Snoj (2010)).

Mokslinių tyrimų naudojant Servqual modelį metu nustatyta, kad svarbiausias aspektas yra patikimumas, po to – jautrumas, tikrumas ir empatija, o mažiausiai reikšmingas yra apčiuopiamumas.

<sup>44</sup> Poškutė V., Bivainienė, L. AB „Šiaulių bankas“ paslaugų kokybės vertinimas. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*. 2011. 3 (23).

Servqual (Paslaugų kokybės) modelis pradedamas nuo esminės spragos tarp suvokimo ir lūkesčių (8 pav.). Servqual – tai paslaugų kokybės įvertinimo priemonė, įvertinanti tiek paslaugos suvokimą, tiek lūkesčius per įvairias paslaugų charakteristikas. Naudojant Servqual, galima iširti spragą tarp lūkesčių ir suvokimo, siekiant padėti vadovams nusistatyti tikslus ir tobulinimo prioritetus, siekiant geriausių rezultatų<sup>45</sup>.



8 pav. Spragos tarp lūkesčių ir suvokimo (LR vidaus reikalų ministerija (2010) remiantis užsienio autoriais (žiūrėti išnašą<sup>46</sup>)

### 3.2. Veiklos vertinimo prizmė

Siekiant teikti kokybiškas paslaugas ir produktus yra labai svarbu nustatyti suinteresuotąsias puses ir jų poreikius. Yra aptinkama didžiulė metodų ir kriterijų įvairovė. Pasak Koziriūtės (2018), veiklos vertinimo prizmė (8 pav.) (angl. performance prism) – tai sistema, kuri nurodo penkis

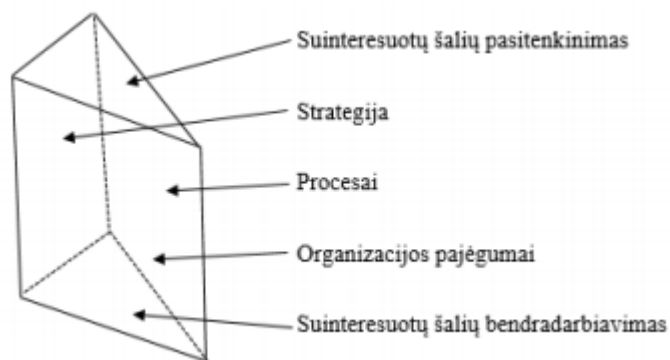
<sup>45</sup> Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerija. Europos vartotojų pasitenkinimo valdymo vadovas, (2010). Prieiga per internetą: <http://vakokybe.vrm.lt/index.php?id=525>.

<sup>46</sup> Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. and Berry, L. L. (1985), "A conceptual model of service quality and its implication", Journal of Marketing, Vol. 49, Fall, pp. 41–50. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. and Berry, L. L. (1986), "SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring customer perceptions of service quality", Report No. 86–108, Marketing Science Institute, Cambridge, MA. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. and Berry, L. L. (1988), "SERVQUAL: a multi-item scale for measuring consumer perceptions of the service quality", Journal of Retailing, Vol. 64, No. 1, pp. 12–40. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. and Berry, L. L. (1991), "Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale", Journal of Retailing, Vol. 67, pp. 420–450.

pagrindinius organizacijos veiklai įtaką darančius ir tarpusavyje glaudžiai susijusius veiksnius, kurie turi būti įtraukiami į veiklos vertinimą. Išskiriami tokie vertinimo objektai:

- **suinteresuotų šalių pasitenkinimas** (vadovai turi išsiaiškinti suinteresuotų šalių, pacientų ir pan. poreikius ir stengtis juos patenkinti);
- **strategija** (vadovai turi pasirinkti strategiją, kuri geriausiai atitiktų suinteresuotų šalių poreikius);
- **procesai** (organizacijos procesai turi būti derinami su pasirinkta strategija, t. y. jie turi palengvinti sėkmingą jos įgyvendinimą bei padėti organizacijai dirbti);
- **organizacijos pajėgumai** (procesai negali funkcionuoti savarankiškai, jiems veikti padeda darbuotojai, jų patirtis, technologijos, infrastruktūra, tuo pačiu kuriant vertę suinteresuotoms šalims);
- **suinteresuotų šalių bendradarbiavimas** (tarp organizacijos ir suinteresuotų šalių).

Pagal veiklos vertinimo prizmę svarbiausias vertinimo objektas organizacijoje yra suinteresuotų šalių pasitenkinimas, nes pasak Neely, Adams ir Kennerley (2002), šių dienų verslo rinkoje gali išlikti tik savo suinteresuotas šalis ir jų poreikius žinančios organizacijos. Pateikta prizmė prieštarauja daugelio kitų veiklos vertinimo sistemų idėjai, kad strategija yra pirminis veiksnys, lemiantis vertinimo kriterijų ir rodiklių nustatymą. Strategija nėra pagrindinis organizacijos tikslas, tai tik priemonė tam tikslui pasiekti. Tik kuriant vertę suinteresuotoms šalims galima įgyvendinti strategiją, nustatyti jos įgyvendinimo procesus ir subalansuoti organizacijos pajėgumus (Neely, Adams, Kennerley, 2002).



9 pav. **Veiklos vertinimo prizmė** (Neely, Adams ir Kennerley, 2002)

Pagal veiklos vertinimo prizmę svarbiausias vertinimo objektas organizacijoje yra įtakotojų pasitenkinimas, t. y. pirmiausia būtina išsiaiškinti, kas yra organizacijos įtakotojai ir kokie jų poreikiai. Kaip teigia A. Neely ir Ch. Adams (2002), šių dienų rinkoje išliks tik savo įtakotojus ir jų

poreikius pažįstančios organizacijos. Tik kuriant vertę įtakotojams galima įgyvendinti strategiją, nustatyti jos įgyvendinimo procesus ir organizacijos pajėgumus, taigi didžiausias dėmesys turi būti skiriamas įtakotojų pasitenkinimui, o ne strategijos vertinimui. Nuo strategijos vertinimo negalima pradėti dar ir todėl, kad strategija nėra organizacijos tikslas, ji tik priemonė tikslui pasiekti, nusakanti, kaip organizacija turėtų veikti, kad patenkintų įtakotojų poreikius (Neely, Adams, 2002).

### 3.3. N. Kano patraukliosios kokybės modelis

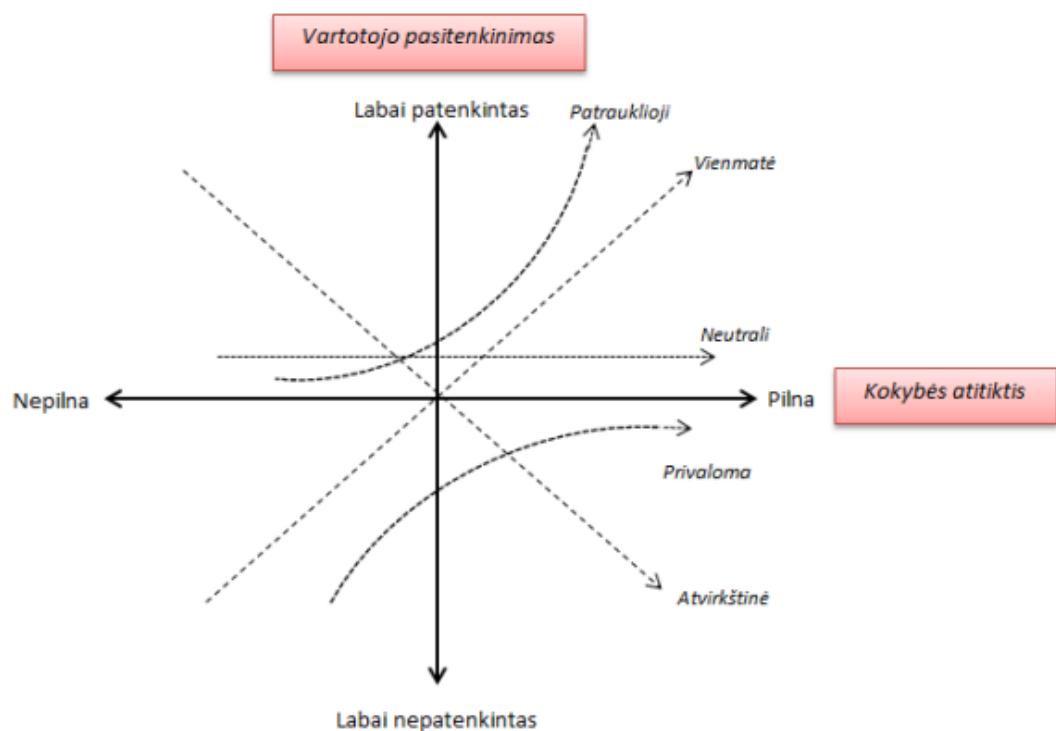
N. Kano sukurto patraukliosios kokybės modelio tikslas buvo įrodyti, kad ne visos produkto ar paslaugos savybės yra vienodai svarbios galutiniam vartotojui – kai kurios turi didesnę įtaką jo pasitenkinimui ir lojalumui teikiamam produktui. Kiekviena organizacija, norinti patenkinti savo vartotojų lūkesčius ir išlaikyti ilgalaikį savo pelningumą, turi teikti aukštos kokybės produktus ar paslaugas. Projektuojant produktą ar paslaugą dažniausiai suprantama ir naudojama praktika, kad geresnė kokybė sąlygoja didesnę kliento pasitenkinimą. Tačiau ryšis tarp kokybės atitikmens lygio ir galutinio vartotojo pasitenkinimo yra daug sudėtingesnis ir reikalaujantis gilesnės analizės. Kartais vartotojo pasitenkinimas tam tikra produkto savybe gali stipriai išaugti vos truputį pagerinus jos kokybę, o kartais pasitenkinimo lygis pakyla labai nežymiai nors buvo įdėta daug pastangų gerinant tam tikros produkto ar paslaugos savybės kokybę. Pavyzdžiui perkant naują automobilį, potencialaus pirkėjo nėra kiek nedžiugina faktas, kad ant jo nėra nei menkausio įbrėžimo – tai yra suprantama, kaip būtinas dalykas visiškai naujam pirkiniui. Tuo tarpu net menkiausias įbrėžimas ar defektas ant naujos mašinos yra traktuojamas kaip didelės reikšmės trūkumas ir gali atbaidyti pirkėją (Shen ir kt., 2000).

N. Kano patraukliosios kokybės modelis suskirsto į kategorijas tam tikras produkto savybes remiantis tuo, kaip jų kokybės išpildymas sąlygoja vartotojo pasitenkinimą (Wang ir Ji, 2010). Vietoj prieš tai žinomos vienintelės tiesioginės funkcijos ryšiui tarp produkto savybės kokybės išpildymo ir kliento pasitenkinimo nustatyti, N. Kano parodė, kaip šitą ryšį galima apibūdinti penkiomis skirtingomis funkcijomis: teigiama asimetriška, teigiama linijine, neigiama asimetriška, visiškai neegzistuojančiu ryšiu tarp kokybės atitikmens ir pasitenkinimo bei neigiama tiesine (Löfgren ir kt., 2011). Kad modelį būtų lengviau suprasti, N. Kano pateikė funkcijinių priklausomybės pavaizdavimą diagramoje (9 pav.), kur horizontali ašis nurodo tam fizinį tikros produkto ar paslaugos savybės kokybės atitikties išpildymą, o vertikali ašis vaizduoja vartotojo pasitenkinimą ta kokybės savybe. Santykius tarp šių dviejų kintamųjų galima suskirstyti į penkias kategorijas:

1. Patrauklioji kokybė (angl. attractive quality).

2. Vienmatė kokybė (angl. one-dimensional quality).
3. Privaloma kokybė (angl. must-be quality).
4. Neutrali kokybė (angl. indifferent quality).
5. Atvirkštinė kokybė (angl. reverse quality) (Kano, 1984, cit. pagal Bandyopadhyay, 2015).

Pirmosios trys priskiriamos pagrindinėms, o paskutinės dvi – antrinėms kategorijoms. Moksliniuose straipsniuose dažnai sutelkiamas dėmesys tik į pagrindines kategorijas (Anderson ir Mittal (2000), Johnston (2005), Matzler ir kt. (1996)) nes būtent jomis organizacijos daugiausiai konkuruoja tarpusavyje ir bando pelnyti vartotojų lojalumą.



10 pav. N. Kano patraukliosios kokybės modelis (Ruževičiūtė, Ruževičius, 2010)

**Patraukloji kokybė** – tai produkto savybės, kurių vartotojas nesitiki. Jų nebuvimas nesukelia nepasitenkinimo, tačiau jų atsiradimas maloniai nustebina vartotoją ir sukelia jo pasitenkinimą. Neretai tai būna tokios savybės, apie kurias vartotojas net nežino, tačiau jas gavęs ar patyręs būna patenkintas. P. Cheng Lim ir kt. (1999) pabrėžė, kad tai yra organizacijų atsakomybė išsiaiškinti šiuos vartotojų „užslėptus“ poreikius ir būtent jais pasinaudoti verslo plėtroje. Tiesa, nereikia pamiršti, kad galimybė pasiūlyti vartotojui nežinomą ir malonią savybę neturėtų organizacijai labai daug kainuoti finansiškai, nes tenkinant kiekvieno vartotojo slapčiausius norus, kaštai gali nepadengti pajamų.



**Vienmatė kokybė** – tai tokios produkto ar paslaugos savybės, kurios sukelia pasitenkinimą jei jos yra, ir nepasitenkinimą, jei jų trūksta. Kuo didesnis šių savybių išpildymas, tuo labiau patenkintas klientas. Shahin ir kt. (2013) šią kokybę įvardijo taip: „daugiau yra geriau, greičiau yra geriau ir lengviau yra geriau“. Produkto savybės, atspindinčios šią kokybę, yra aiškiai išreikštos, neužslėptos kaip patraukliosios kokybės dimensijoje. Vartotojas aiškiai parodo, kad nori gauti galutinį produktą lengviau, pigiau ir greičiau – taigi tai yra pagrindinės savybės, kuriomis ir konkuruoja produktų gamintojai ar paslaugų tiekėjai.

**Privaloma kokybė** – šios kokybės vartotojas dažnai neišreiškia, nes jis jos ir taip tikisi. Tai tokia produkto ar paslaugos savybė, kuri vartotojui yra tarsi savaime suprantamas dalykas ir jei jos nėra jaučiamas nepasitenkinimas (Lofgren ir Witell, 2007). Tuo tarpu, jei ji išpildoma jokio papildomo pasitenkinimo nebūna. Ši kokybė yra būtina, jei jos nėra - nebegalima konkurencija ir kitomis.

**Neutrali kokybė** – tai tokios produkto ar paslaugos savybės, kurioms vartotojas yra visiškai abejingas. Jų pasireiškimas ar nepasireiškimas vartotojui nėra svarbus – kokybės išpildymas neveikia pasitenkinimo nei teigiamai nei neigiamai (Bandyopadhyay, 2015).

**Atvirkštinė kokybė** – esant šios kokybės savybėms dažnai patiriamas nepasitenkinimas, ir atvirkščiai, joms nesant – vartotojo pasitenkinimas didėja (Bandyopadhyay, 2015). Ši kokybės kategorija yra labai reta. Vos pristatyta N. Kano patraukliosios kokybės teorija susilaukė didžiulio dėmesio ir populiarumo.

Įvairiuose moksliniuose straipsniuose akcentuojami N. Kano patraukliosios kokybės modelio privalumai ir nauda. A. Shahin, M. Pourhamidi ir kt. (2013) išskyrė šiuos, kaip pačius svarbiausius:

- Reikalavimai produktui ar paslaugai tampa labiau suprantamais. Galima lengviau išskirti tuos kriterijus, kurie turi didžiausią įtaką vartotojo pasitenkinimui. Informacija apie tai, kokie reikalavimai yra privalomi, vienmačiai arba patrauklūs yra naudinga susitelkiant į produkto/paslaugos gerinimą.
- N. Kano metodas gali būti labai naudingas pačioje produkto ar paslaugos kūrimo pradžioje. Jei organizacija nėra finansiškai ar techniškai pajėgi išpildyti dviejų kokybės reikalavimų tuo pat metu, yra pasirenkamas tas, kuris kelia didesnę vartotojo pasitenkinimą.
- Šis metodas taip pat naudojamas skirtingų vartotojų segmentų reikalavimams išsiaiškinti. Metodas leidžia susikoncentruoti į kliento poreikius orientuoto sprendimo ieškojimą aiškinantis, kas lemia optimalų pasitenkinimą skirtinguose vartotojų segmentuose.

- Išsiaiškinus ir tenkinant patraukliosios dimensijos poreikius sukuriama galimybė produkto diferenciacijai. Juk produktas, kuris atitinka tik privalomuosius ir vienmačius reikalavimus yra nekonkurencingas ir lengvai pakeičiamas.

N. Kano patraukliosios kokybės teorijos modelis susilaukė ne tik didžiulės sėkmės ir pripažinimo, bet ir davė pagrindą tolimesniam kokybės vadybos nagrinėjimui literatūroje. To pasekoje nemažai tyrinėtojų vėliau šiam modeliui pažėrė ir kritikos bei pasiūlė būdų, kaip jį patobulinti: daug tyrėjų akcentavo tai, kad patraukliosios kokybės modelis parodo tik apytikrą ryšį tarp vartotojo pasitenkinimo ir produkto/paslaugos kokybės vaizdą. Pabrėžiama, kad naudojant šį modelį negaunama jokių aiškių kiekybinių rezultatų, tik neapibrėžta kokybinė informacija. To pasekoje mokslinėje literatūroje buvo ne kartą bandyta patobulinti patraukliosios kokybės modelį. Matzler ir Hinterbuber (1998) pasiūlė į modelį įtraukti aiškiai apibrėžtas vertinimo skales, kuriomis būtų galima vertinti vartotojų pasitenkinimą/nepasitenkinimą. Tie patys autoriai vėliau pademonstravo kaip patraukliosios kokybės modelį sujungti su Kokybės funkcijos išskleidimo (angl. Quality Function Deployment) metodu. Tan ir Pawitra (2001) pasiūlė N. Kano modelį integruoti į SERVQUAL paslaugų kokybės modelį.

Tinkamam sveikatos priežiūros paslaugų įvertinimui pirmiausia reikia nustatyti konkrečius paslaugų vertinimo kriterijus. Autoriai nurodo, kad neturint vertinimo modelio, objektyviai įvertinti, kurioje ligoninėje geriau teikiamos paslaugos, remiantis visais rodikliais, kol kas yra neįmanoma. Norint tiksliai įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, į vertinimo procesą turi būti įtrauktos visos sveikatos priežiūros paslaugų suinteresuotos pusės, todėl, kad skirtingos suinteresuotos pusės skirtingai vertina sveikatos priežiūros paslaugos savybes. Mokslinėje literatūroje yra nemažai paslaugų kokybės modelių, galima skirstyti į tris grupes, priklausomai nuo jų pobūdžio: modelius, kuriuose akcentuojamas vartotojo kokybės suvokimas, modelius, atskleidžiančius paslaugos teikimo procesą ir modelius, kuriuose paslaugų teikimas traktuojamas kaip sistema.

#### 4. Kokybės užtikrinimas, kokybės gerinimas, bendras kokybės valdymas ir nepriekaištinga veikla

Pasak Kosinskienės ir Ruževičiaus (2011) sveikatos priežiūros institucijos yra skatinamos ieškoti naujų priemonių paslaugų kokybei gerinti ir valdyti dėl nuolatinių pokyčių pačios sistemos viduje. Kaip svarbiausius autoriai išskiria šiuos pokyčius:

- Visuomenės reikalavimų augimas paslaugų kokybei
- Kintantys pacientų lūkesčiai
- Viešajame sektoriuje nuolat didėjantis finansinis spaudimas
- Stiprėjanti konkurencija tarp gydymo įstaigų( tiek vidaus, tiek tarptautinė)
- Teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų internacionalizacija ir globalizacija.

Jankauskienė ir Pečiūra (2007) išskiria tris pagrindinius sveikatos priežiūros valdymo principus:

- Dėmesio sutelkimas į klientą. Pasak autorių šis principas lengviau įgyvendinamas praktikoje jei vadovas supranta medicinos kokybėje slypintį dvilypįškumą. Pats „kokybės“ apibrėžimas yra pagrįstas ne tik klinicine kompetencija, bet ir techniniais sveikatos priežiūros aspektais. Pavyzdžiui, procedūrų atlikimas, teisinga ligos diagnozė priklauso ir nuo personalo įgūdžių bei žinių, ir nuo esamų technologijų.
- Kokybės valdymo gerinimas. Autoriai taip pat pabrėžia, kad nuolat vykstantis kokybės gerinimas – tai kasdieninė sveikatos apsaugos srityje dirbančių specialistų veikla, jų funkcijos bei skiriama parama vykstantiems kokybės projektams. Kokybės valdymo gerinimas neįmanomas be visų specialistų funkcijų atlikimo.
- Komandinis darbas Anot Jankauskienės ir Pečiūros (2007) daugelyje organizacijų žodžiai „komandinis darbas“ ir „kokybė“ yra neatsiejami vienas nuo kito ir paprastai apima daugiafunkcines projekto komandas.

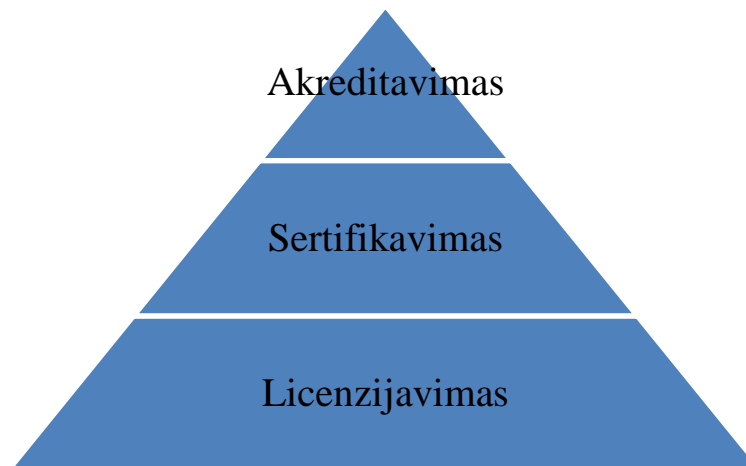
Šilys (2012) apibrėžė ir atskyrė tris sąvokas, susijusias su kokybe – kokybės užtikrinimas, kokybės gerinimas ir visuotinės kokybės vadyba:

- **Kokybės užtikrinimas** – kokybės vadybos dalis, sutelkta pasitikėjimui, kad bus įvykdyti kokybės reikalavimai, suteikti. Tai veikla panaši į kokybės valdymą, bet papildyta kokybės valdymo veiksmų planavimu ir jų vykdymo sistemingumu. Visa tai reikia tam tikromis priemonėmis parodyti, kad vadovybei ir klientams būtų suteikiama pasitikėjimo, jog produktas (paslauga) atitiks jam keliamus kokybės reikalavimus. Kokybės užtikrinimui

reikalinga įdiegta ir veikianti formalizuota kokybės sistema ir duomenų įrašai, kurie padėtų suteikti pasitikėjimą produkto (paslaugos) kokybe.

- **Kokybės gerinimas** – kokybės vadybos dalis, sutelkta didinti gebėjimą įvykdyti kokybės reikalavimus. Tai metodas, užtikrinantis, kad produktų ar paslaugų kūrimo, plėtojimo ir įgyvendinimo veiksmai būtų veiksmingi ir efektyvūs. Svarbiausi nuolatinio gerinimo aspektai yra dėmesys klientui; procesų supratimas; visų darbuotojų kokybės siekimas.
- **Visuotinės kokybės vadyba** – tai organizacijos valdymas, paremtas ilgalaikė visaapimančio valdymo strategija, kuria siekiama visų organizacijos narių dalyvavimo, didinant naudą organizacijai, jos savininkams, darbuotojams, klientams ir visuomenei. Tai siekimas, kad viskas, kas daroma, būtų daroma gerai.

Anot Mažeikienės (2016), kokybės užtikrinimo lygiai yra 3 (10 pav.):



11 pav. **Kokybės užtikrinimo lygiai**

**Licenzijavimas** – bazinis, pirminis lygis. Būtinai reikalingas veiklos vykdymui. Licencijos turėjimas dar negarantuoja stabilios kokybės, o tik liudija apie įstatyminių reikalavimų įvykdymą ir sąlygų veiklai atitikimą.

**Sertifikavimas** pagal tarptautinius standartus ISO 9001:2008 (Kokybės vadybos sistemos) ir kt. yra antrinis kokybės užtikrinimo lygis. Čia pasaulio šalys vertina savo atitikimą OHAS 18001:2007 (Kokybės sistemos sveikatos saugos) ir kt. kriterijams.

Trečiasis lygis – **akreditavimas** yra SPĮ įrodymas siekti aukštesnio kokybės lygio, suteikiantis paciento ir draudimo kompanijos pasitikėjimą. Akreditavimas suteikia išorinį objektyvų vertinimą vadovaujantis nacionaliniais standartais ir besiremiančiais geriausia pasauline praktika.

Kalbant apie kokybę, svarbu paminėti ir nepriekaištingos veiklos kriterijus. Jankauskienė (2004) pateikia Bolridžo programoje nustatytus nepriekaištingos veiklos kriterijus,<sup>47</sup> kurie apibūdinami šiais požymiais:

- lyderiavimas, turint aiškią ateities viziją;
- daugiausia dėmesio skiriama su pacientais susijusios veiklos tobulinimui;
- darbuotojai ir partneriai – vertybės;
- pastangos nukreipiamos ateities vizijai įgyvendinti;
- valdymas, siekiant novatoriškumo;
- valdymas pagal faktą;
- visuomeninė atsakomybė ir bendruomenės sveikata;
- dėmesys rezultatams ir vertės sukūrimui;
- veiklumas;
- sisteminis požiūris.

Lietuvoje įstaigos teikiamų paslaugų valstybinę kontrolę atlieka:<sup>48</sup>

1. **Sveikatos apsaugos ministro paskirti pareigūnai;**
2. **Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai** tarnyba prie sveikatos apsaugos ministerijos – turi teisę sustabdyti visų ar tam tikrų paslaugų teikimą įstaigoje.
3. **Valstybinė medicininio audito inspekcija** prie sveikatos apsaugos ministerijos – asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės (tinkamumo) ir ekonominio efektyvumo;
4. **Valstybinė ir teritorinė ligonių kasos prie sveikatos apsaugos ministerijos** – asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo finansinę kontrolę įstaigose, kurios sudariusios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis dėl paslaugų teikimo ir kompensavimo;
5. **Lietuvos medicinos etikos komitetas** – asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų paslaugų atitikimo medicinos etikos reikalavimus.
6. **Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba** – teikiamų paslaugų visuomenės sveikatos saugos.
7. **Vidaus medicininis auditas**<sup>49</sup> – tai SASO vidinės kontrolės forma, nustatanti sveikatos priežiūros procesų ir rezultatų atitikimą suprojektuotiems, neatitikčių priežastis, koregavimo

---

<sup>47</sup> Jankauskienė, D. Kokybės vertinimo rodikliai. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymas Lietuvoje. Tezės. Pranešimo medžiaga. Palanga, 2004.

<sup>48</sup> Šilys, A. *Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės valdymas*. Vilnius: Vilniaus universitetas, Vilniaus universiteto Santariškių klinikos, 2012.

bei prevencinius veiksmus ir padedanti įgyvendinti organizacijos kokybės politiką. Auditas tiek savo vyksmu, tiek rezultatais įsiskverbia ir įtakoja visas valdymo proceso funkcijas. Vidaus medicininis auditas gali būti apibrėžtas kaip sisteminė kritinė sveikatos priežiūros kokybės analizė, apimanti diagnostiką, gydymą, rezultatus, išteklių panaudojimą ir jų įtaką pacientų gyvenimo kokybei.

Audito veiklos esminės kryptys SASO yra:

- kokybės vadyba įvairiuose lygiuose;
- kokybės gerinimas (pokyčiai);
- pacientų teisės;
- personalo atsakomybė;
- sveikatos priežiūros proceso dokumentavimas;
- sveikatos priežiūros proceso rezultatai;
- išteklių naudojimas.

Veiklos laiko požiūriu auditą galima klasifikuoti taip:

- prospektyvinis (įvykusios) organizacijos veiklos auditas (objektas – įvykusios veiklos dokumentai);
- dabartinis (vykstančios) organizacijos veiklos auditas (objektas – vykstantys procesai);
- būsimos (vyksiančios) organizacijos veiklos auditas (objektas – standartų, planų ir procedūrų kokybė).

Medicininis auditas apima tokius esminius aspektus:

- rašytiniai planai;
- nustatyti tikslai;
- pasirinkti metodai;
- analizuojami duomenys;
- rašytinė ataskaita.

Auditas naudą gali duoti tik tada, kai yra aiškiai ir pagrįstai suformuluoti audito kriterijai. Tai svarbu, nes būtent dėl jų formulavimo ir pagrįstumo kyla daug ginčų tarp SASO vadybininkų ir auditorių bei medicinos profesionalų.

SASO vidaus medicininio audito grupės veiklos algoritmas:

- suformuojami ir aprašomi kokybės sistemos dokumentai (kartu su organizacijos vadovybe);

---

<sup>49</sup> Janušonis V., Popovienė J. *Kokybės sistemos: kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijoje*. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė, 2004.

- sudaromi darbo planai;
- atliekamos pacientų ir organizacijos darbuotojų apklausos;
- registruojamos ir analizuojamos neatitiktys, numatomi prevenciniai ir koregavimo veiksmai;
- paruošiama ataskaita ir pateikiama organizacijos vadovui;
- kontroliuojamas prevencinių ir koregavimo veiksnių vykdymas.

Sveikatos priežiūros institucijos yra nuolat skatinamos ieškoti naujų priemonių paslaugų kokybei gerinti ir valdyti. Kalbant apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, svarbu paminėti šias sąvokas: kokybės užtikrinimas – kokybės vadybos dalis, sutelkta pasitikėjimui, kad bus įvykdyti kokybės reikalavimai; kokybės gerinimas – kokybės vadybos dalis, sutelkta didinti gebėjimą įvykdyti kokybės reikalavimus. Autoriai išskiria kokybės užtikrinimo lygius – licencijavimą, akreditavimą, sertifikavimą. Mokslinėje literatūroje pabrėžiami ir nepriekaištingos veiklos kriterijai. Teikiant kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas didelę reikšmę turi ir veiklos auditas. Tačiau pasak autorių, auditas nauda duos tik tada, jei bus aiškiai ir pagrįstai suformuluoti audito kriterijai.

## 5. Kokybės politikos tinkamumo analizė sveikatos priežiūros sistemoje

### 5.1. Tyrimo metodika

**Tyrimo tipas.** Tyrimui atlikti pasirinktas kokybinis tyrimas, kuris kitur įvardijamas kaip interpretacinis. Tai rodo, jog tyrėjas tiriamus reiškinius siekia interpretuoti tomis prasmėmis, kurias jiems suteikia patys tiriami žmonės<sup>50</sup>. Kokybinis tyrimas skatina sutelkti dėmesį į žmonių mentalines (mąstymo) sąrangas ir patirtis konkrečiuose socialiniuose bei kultūriniuose sluoksniuose (Žydžiūnaitė ir Sabaliauskas 2017). Šio tyrimo tipo pasirinkimas orientuotas į siekį visapusiškai išnagrinėti ir įvertinti ekspertų nuomonę apie kokybės politikos tinkamumą Lietuvoje apklausiant politikos formuotojus (seimo narius, sveikatos apsaugos ministerijos specialistus), politikos įgyvendintojus (medikus), politikos vertintojus (vidaus auditą) ir akademinėje veikloje dirbančius specialistus (dėstytojus). Kadangi šiuolaikinėje visuomenėje socialinė tikrovė labai dinamiška, todėl kokybinis tyrimas visada leidžia tiriamajame reiškinyje išvelgti naujų dalykų<sup>51</sup>.

**Tyrimo metodai:** kokybinio tyrimo metodu pasirinktas *pusiau struktūruotas interviu*. Remiantis metodologais (Gaižauskaitė ir Valavičienė, 2016; Bitinas, Rupšienė, Žydžiūnaitė 2008), skiriamasis *pusiau struktūruoto interviu* bruožas yra respondento išklašinėjimas pateikiant atvirusius klausimus. Tokio interviu metu gaunama daugiau išsamesnių duomenų, lyginant su nestruktūruotu interviu, o pats interviu būna ne toks formalus, nes vyksta pokalbio forma. Tyrimo duomenų analizės metodu buvo pasirinkta tematinė duomenų analizė, nes pasak metodologų Braun ir Clarke tematinė analizė įgalina tyrėją išsamiai nagrinėti, iliustruoti ir interpretuoti tyrimo duomenis.

**Tyrimo laikas ir eiga, imtis.** Kokybinis tyrimas atliktas 2019 metų liepos – rugpjūčio mėnesiais. Viso paimti 7 interviu. Kiekvienas interviu trukdavo vidutiniškai 30 minučių. Su tyrimo dalyviais būdavo iš anksto susitariama, derinamas priimtinas tyrimo laikas ir vieta.

**Tyrimo dalyvių atranka.** Tyrimo dalyviai atrinkti taikant kriterinės atrankos metodą iš jų tikintis reprezentatyvumo<sup>52</sup>. Informantai pasirinkti pagal šiuos atitikmenis: tyrimo dalyviai, kurie prisideda prie sveikatos kokybės politikos formavimo; sveikatos priežiūros specialistai, kurie prisideda prie sveikatos priežiūros kokybės politikos įgyvendinimo, dirbantys rajono, regiono ar respublikinio lygmens ligoninėje, poliklinikoje; sveikatos priežiūros kokybės politikos vertintojai;

---

<sup>50</sup> Kardelis, K. *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Šiauliai: Lucilijus, 2007.

<sup>51</sup> Bitinas, B., Rupšienė, L., Žydžiūnaitė, V. *Kokybinių tyrimų metodologija i ir ii dalis*. Klaipėda, 2008.

<sup>52</sup> Ten pat.



dėstytojai, dėstantys sveikatos priežiūros kokybės politiką; informantai tyrime sutinkantys dalyvauti savo noru.

**Tyrimo dalyvių demografiniai duomenys.** Kalbant apie demografinius tyrimo dalyvių duomenis, juos charakterizuoja sudaryta 4 lentelė.

4 lentelė. Demografinės respondentų charakteristikos (N=7)

Požymis		Respondentai
		N
Amžius	Iki 40 m.	1
	41-50 m.	2
	51-60 m.	3
	61-70 m.	1
	71-80 m.	0
Išsilavinimas	Vidurinis	0
	Aukštasis universitetinis Bakalauras	2
	Magistro laipsnis	4
	Mokslų daktaro laipsnis	1

Dauguma respondentų yra nuo 40 iki 60 metų, turintys magistro laipsnį. 5 ekspertai dirba Vilniaus mieste, 1 – Panevėžyje, 1 – Rozalime. 1 interviu atliktas su seimo nare, dirbančia sveikatos reikalų komitete, 1 interviu atliktas su vyriausiąja specialiste, dirbančia Sveikatos Apsaugos Ministerijoje, 1 su poliklinikoje dirbančia šeimos gydytoja, 1 su respublikinėje ligoninėje dirbančia slaugos administratore, 2 su vidaus audito specialistėmis, 1 su dėstytoja.

**Tyrimo instrumentas.** Duomenų surinkimo priemone, kaip tyrimo instrumentas buvo taikytas pusiau struktūrizuoto interviu klausimynas (žr. 4 priedą). Tai dažniausiai kokybiniam interviu taikomas instrumentas (Gaižauskaitė ir Valavičienė 2016).

**Tyrimo tikslas:** išanalizuoti kokybės politikos tinkamumą sveikatos priežiūros sistemoje.

### Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti ekspertų nuomonę apie kokybės politikos tinkamumą Lietuvoje kokybės politikos formavimo ir įgyvendinimo aspektais.
2. Išsiaiškinti, kokie veiksniai daro didžiausią įtaką sveikatos kokybės politikai bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir nustatyti kliūtis su kuriomis susiduriama.
3. Suformuluoti ir pateikti pasiūlymus sveikatos kokybės politikos tobulinimui bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybės pagerinimui.

**Etiniai tyrimo klausimai.** Šis tyrimas atliktas laikantis Trochim tyrimo etikos principų<sup>53</sup>. Pirmasis iš jų buvo kiekvieno tyrimo dalyvio laisvanoriškas dalyvavimas tyrime. Siekiant to, kiekvienam informantui pristatytas tyrimo tikslas bei tai, kur interviu metu gauta informacija bus panaudota. Kadangi pokalbiai su tyrimo dalyviais įrašinėti diktofonu, todėl prieš interviu gautas kiekvieno tyrimo dalyvio sutikimas. Taip pat užtikrintas konfidencialumas ir anonimiškumas, kad interviu metu gauta informacija nebus viešinama ir naudojama kitais tikslais. Siekiant tai padaryti neviešinami tikrieji vardai bei pavardės taip apsaugant tyrimo dalyvius nuo galimos žalos jiems padarymo. Tyrimų dalyvių kalba netaisyta ir necenzūruota.

### 5.2. Kriterijai, atspindintys sveikatos priežiūros paslaugų kokybę

Pirmasis informantams užduotas klausimas buvo toks: kokie kriterijai šiame vystymosi etape geriausiai atspindi ir nurodo sveikatos priežiūros paslaugų kokybę? Specialistų, kiekvieną dieną susiduriančių su sveikatos priežiūros paslaugų kokybe ir jos spragomis atsiliepimai yra labai reikšmingi, nes tai gali padėti atskleisti vidinius paslaugų kokybės trūkumus. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai ir kitos šalys, susijusios su sveikatos priežiūra, gali ne vienodai suvokti kokybę, todėl pirmiausia svarbu išnagrinėti, kokius kokybės kriterijus išskiria skirtingos suinteresuotųjų grupės. Ekspertų atsakymai pateikiami 5 lentelėje. Toliau sveikatos priežiūros kokybės politikos formuotojai žymimi PF1, PF2, politikos įgyvendintojai – PĮ1, PĮ2, politikos vertintojai – PV1, PV2, akademinės veiklos specialistas – AV1.

#### 5 lentelė. Ekspertų atsakymai, į pirmąjį klausimą: kokie kriterijai šiame vystymosi etape geriausiai atspindi ir nurodo sveikatos priežiūros paslaugų kokybę?

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Sveikatos	Sveikatos	PF1 „bendrai įvertinti visų sveikatos priežiūros paslaugų

<sup>53</sup> Bitinas, B., Rupšienė, L., Žydžiūnaitė, V. *Kokybinių tyrimų metodologija i ir ii dalis*. Klaipėda, 2008.

priežiūros paslaugų kokybės kriterijai	priežiūros paslaugų kokybės kriterijai turėtų būti specializuoti	<i>kokybę gali būti sudėtinga, kadangi tokių paslaugų yra daug ir jų vertinimo kriterijai yra skirtingi. Pavyzdžiui, jeigu vertiname šeimos gydytojų teikiamas paslaugų kokybę keliami laiko kriterijai, per kiek laiko žmogus gauna šeimos gydytojo paslaugą, bei kiek laiko pats šeimos gydytojas skiria pacientui, o kiek laiko užima popierizmas. Tuo metu chirurgijos paslaugų kokybės kriterijumi galima įvardinti sėkmingų operacijų skaičių“.</i>
	Paslaugų prieinamumas, veiksmingumas ir t.t.	PF2 „paslaugos turi būti visuotinai prieinamos, saugios, veiksmingos, standartizuotos, ekonomiškai efektyvios“. PĮ1 „prieinamumas, paslaugų kokybė, šeimos gydytojo ir komandos kompetencija“. PV1 „prieinamumas, sveikatos statistikos rodikliai, nepageidaujamų įvykių skaičius ir dažnis, pacientų pasitenkinimas gautomis paslaugomis“.
	Tai paciento suvokiama kokybė ir darbuotojo poreikiai	PV2 „<...> kliento atspindėti poreikiai, taip pat ir darbuotojo atspindėti poreikiai, tai yra abipusiai reikalingi kriterijai ir tai yra varomoji jėga <...>“. AV1 „tai greičiausiai tik kliento vertė. Sveikatos priežiūroje labai jautru yra ir kliento gaunama ir suvokiama kokybė ir su gydytojais susijusi kokybė <...>“.

Sveikatos reikalų komiteto seimo narė nurodo, kad bendrai vertinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę yra sudėtinga, nes paslaugų yra labai daug ir kiekvienos paslaugos kokybės kriterijai yra skirtingi. Akcentuojama, kad kiekviena paslauga turėtų turėti savo kokybės kriterijus. Kita ekspertė (PĮ2) veiklos rodiklius išskiria kaip kokybės kriterijus ir nurodo, kad svarbu laikytis nustatytų reikalavimų. Trys informantai kalbėdami apie sveikatos priežiūros kokybės kriterijus teigia, kad vienas iš pagrindinių kokybės kriterijų yra prieinamumas. Šį kriterijų kaip vieną svarbesnių išskiria ir PSO, bei kiti anksčiau nagrinėti autoriai. Vidaus audito ekspertė (PV2) ir akademinėje veikloje dirbanti ekspertė nurodo, kad svarbiausias sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kriterijus yra kliento ir darbuotojo poreikiai. PSO nuomone<sup>54</sup>, pacientų lūkesčiai negali tiksliai apibrėžti paslaugos kokybės. Jie svarbūs, tačiau resursų trūkumas sveikatos sektoriuje dažnai būna kliūtis tenkinti išreikštus poreikius. Šis faktorius modifikuoja sveikatos priežiūros kokybės sampratą. Maksimalistinę kokybės sąlygą (pagal pacientų lūkesčius) realybėje keičia optimalistinė (pagal sveikatos priežiūros įstaigos galimybes).

<sup>54</sup> Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, Glinos IA. Assuring the Quality of health care in the European Union. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies; 2008. p.2-3.

Apibendrinant galima teigti, kad pagrindiniai ekspertų išskirti kriterijai yra veiklos rodikliai, prieinamumas, kliento ir mediko poreikiai. Išskyla ir minčių, kad bendrai nusakyti paslaugų kokybės kriterijų nederėtų, išskyla poreikis apibrėžti ir nustatyti kiekvienos paslaugos kokybės kriterijus.

### **5.3. Išoriniai ir vidiniai įstaigų veiksniai, darantys įtaką sveikatos priežiūros paslaugų kokybei**

Antrasis informantams užduotas klausimas: kokie, išorinės aplinkos ir vidiniai įstaigų veiksniai, turi didžiausios įtakos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei bei kaip tai pagerinti? 6 lentelėje pateikti ekspertų atsakymai, kurie išskaidyti į dvi kategorijas: išoriniai veiksniai, darantys įtaką sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir vidiniai. Iš išorinių veiksnių dažniausiai buvo minimi politiniai veiksniai, kalbama apie netinkamai ruošiamus įstatymus ir neapibrėžtus kriterijus, bei apie esamą įstaigų tinklą kaip apie politikų galios šaltinį. Antras svarbus veiksnys informantams atrodė socialiniai veiksniai. Minima, kad demografinė padėtis sparčiai keičiasi, todėl būtina į tai orientuotis pritaikant sveikatos apsaugos sistemą. Paminėti ir teisiniai veiksniai – politikos vertinimo ekspertė (PV2) nurodo, kad trūksta bendros sistemos siekiant tikslios teisinių aktų interpretacijos ir supratimo. Prie išorinių veiksnių akademinės veiklos ekspertė (AV1) nurodo, kad medijos ir žiniasklaida taip pat nemažai įtakoja sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Žiniasklaida skleidžia nemažai informacijos ir gydytojai turi prie to prisitaikyti ir suprasti, kad kartais medijos net gali iškreipti jų nustatytą kokybę.

Kalbant apie vidinius įstaigų veiksnius – didžioji dalis ekspertų (5) kalba apie vidinę įstaigos kultūrą. Ekspertai su ja sieja neoficialių mokėjimų nebuvimą, nepageidaujamų įvykių viešinimą, gydytojo ir paciento pozityvius santykius, aiškiai nustatytus, pasiekiamus tikslus ir kitus organizacinius veiksnius, kurie yra reikšmingi, siekiant kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų. Tarp vidinių veiksnių išskiriama ir kvalifikacija. Ekspertų teigimu, svarbios tiek vadovų, tiek darbuotojų kompetencijos, domėjimasis naujomis technologijomis.

Trečioje lentelės dalyje yra išskirti veiksniai, kurie tinka tiek prie vidinių, tiek prie išorinių veiksnių. Pagrindinis informantų išskiriamas yra finansinis veiksnys. Jų teigimu, daugelis problemų kyla būtent dėl finansavimo stokos. Minimas ir specialistų trūkumas, nes nėra planuojamas jų poreikis ateityje, nėra gerinamos gydytojų darbo sąlygos, kas lemia jų stygių ir dėl to mažėja paslaugų prieinamumas, ilgėja eilės pas gydytojus. Informantai akcentuoja ir bendradarbiavimo įstaigos viduje trūkumą, bei kontrolės nepakankumą.

Apibendrinant galima teigti, kad iš išorinių veiksnių, labiausiai darančių įtaką sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ekspertai labiausiai išskiria politinius veiksnius. Tai rodo, kad nemažai

yra tikimasi iš politikų įstatymų rengime, aiškių kriterijų sudaryme. Iš vidinių veiksnių, labiausiai akcentuojama vidinė įstaigų kultūra, tinkami tarpusavio santykiai, gera įstaigos vadyba. Išskiriami ir finansiniai veiksniai, nes finansų trūkumas apriboja ir gali trukdyti tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

**6 lentelė. Ekspertų atsakymai, į antrąjį klausimą: kokie, išorinės aplinkos ir vidiniai veiksniai, turi didžiausios įtakos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei bei kaip tai pagerinti?**

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Išoriniai veiksniai, darantys įtaką sveikatos priežiūros paslaugų kokybei	Socialiniai veiksniai	PF1 „<...> visuomenės demografinė padėtis ir jos sveikata nuolatos keičiasi, todėl būtina tai tirti ir pagal tai keisti sveikatos apsaugos sistemą ir ją pritaikyti naujiems iššūkiams <...>“. PV2 „<...> tai gyventojų skaičiaus mažėjimas, demografinės padėties keitimas <...>“.
	Politiniai veiksniai	PF2 „<...> siekiama išlaikyti esamą įstaigų tinklą, nes vietos politikams tai svarbus galios šaltinis <...>“. PĮ1 „<...> valstybės politika, didinanti pasitikėjimą šeimos gydytojo kompetencija <...>“. PV2 „<...> blogai ruošiami įstatymai, iš ministerijos ateinantys neaiškūs kriterijai <...>“.
	Teisiniai veiksniai	PV2 „<...> galimos skirtingos teisinių aktų interpretacijos, kai nėra kažkokios bendros sistemos <...>“.
	Medijos, žiniasklaida	AV1 „<...> žiniasklaida skleidžia žinias apie skirtingas ligas, todėl gydytojams ir lengviau ir sunkiau, nes gydytojai kurdami kokybę turi prisitaikyti prie naujos medijos žinutės <...>“. Medikai seniai nusistatę savo kažkokią atidirbtą kokybę ir kokybės standartą, bet medijos iškreipia, suakcentuoja visai vieną vienintelį kriterijų <...>“.
	Infrastruktūra	AV1 „<...> vietovė, geografinė padėtis <...>“.
Vidiniai įstaigų veiksniai, darantys įtaką sveikatos priežiūros paslaugų kokybei	Kvalifikacija	PF2 „<...> gydytojų kvalifikacija (turi gauti žinias apie naujas technologijas) <...>“. PĮ1 „<...> darbuotojų kvalifikacija <...>“. AV1 „<...> vadovo kompetencijos, darbuotojų kompetencijos <...>“.
	Pacientų skaičius	PF2 „<...> pacientų srautai (jei chirurgas neturi pakankamai pacientų, jis praranda kvalifikaciją) <...>“. AV1 „<...> kiek prie jų prisirašę pacientų <...>“.
	Vidinė kultūra	PF2 „<...> ji lemia neoficialių mokėjimų buvimą, nepageidaujamų įvykių slėpimą, nepakankamą dėmesį pacientui, nevienodas darbo sąlygas personalui ir pan.) <...>“. PĮ1 „<...> gydytojo ir paciento tarpusavio santykiai <...>“. PV1 „<...> organizaciniai/vadybiniai veiksniai <...>“.

		PV2 „<...> nėra įstaigos politikos, nes labai maži procentai siekia tų visų standartų <...>“. Nustatyti aiškūs tikslai ligoninės mastu, tikslai pagal sistemą yra SMART <...>“. Darbuotojų neįtraukimas, nes yra tik nuo viršaus numetama į apačią. Nėra paskirstoma konkrečiai pareigybės ir už ką tu esi atsakingas <...>“. AV1 „<...> vidiniai veiksniai tai organizacinė struktūra, vidinė politika <...>“.
Išoriniai ir vidiniai įstaigų veiksniai, darantys įtaką sveikatos priežiūros paslaugų kokybei	Bendradarbiavimas	PĮ2 „<...> nuoseklus bendradarbiavimas įstaigos viduje ir su išorės partneriais, grįžtamasis ryšys <...>“.
	Finansiniai veiksniai	PĮ1 „<...> finansavimo didinimas I lygio gydymo įstaigose, kad šeimos gydytojui tektų mažiau prisirašiusiųjų <...>“. PV1 „<...> finansavimo stoka <...>“. PV2 „<...> tu esi apribotas būtent iš finansinės pusės <...>“. AV1 „<...> kiek turi pinigų <...>“.
	Kontrolė	PV1 „<...> išorės ir vidaus kontrolės nepakankamumas <...>“.
	Konkurenciniai veiksniai	PV2 „<...> žinant, kad šalia atsidaro privati įstaiga, tai gali įtakoti valstybinę įstaigą <...>“.
	Specialistų trūkumas	PF1 „<...> nėra planuojami specialistų poreikiai, kas veda link jų trūkumo, o vėliau ir link išaugusių eilių ir popierizmo <...>“. PĮ1 „<...> padidinti gydytojų kiekį, gerės prieinamumas <...>“.

#### 5.4. Kliūtys, su kuriomis susiduriama siekiant kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų

Trečias ekspertams užduotas klausimas buvo: kokios yra kliūtys, su kuriomis susiduriama siekiant kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų ir kaip jas pašalinti? Ekspertų atsakymai nurodyti 7 lentelėje. Daugiausia apklaustųjų paminėjo, kad yra nemažai vidinės įstaigų kultūros problemų: trūksta bendrų tikslų ir vieningos vizijos, pareigybių ir atsakomybių neapibrėžtumas. Politikos vertintoja (PV1) nurodo, kad visa tai sukelia motyvacijos trūkumą ir darbuotojai mažai paisy elgesio kodekso taisyklių. Prie pagrindinių kliūčių išskiriami ir finansiniai sunkumai: ekspertai kalba tiek apie išorinio finansavimo problemas (per mažas iš TLK gaunamas finansavimas, negebėjimas įvertinti paslaugų vertės), tiek apie vidinį įstaigų nemokėjimą racionaliai paskirstyti lėšų.

Informantai, kalbėdami apie kliūtis, siekiant kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų teigia, kad yra susiduriama ir su e. sveikatos trikdžiais, o per didelis darbo krūvis mažina tikimybę suteikti kokybišką paslaugą. Politikos įgyvendintojai (PĮ1, PĮ2) nurodo, jog dėl per didelės dokumentacijos sumažėja bendravimo su pacientu laikas, trūksta bendradarbiavimo tarp komandos narių, nėra

išklausoma pasiūlymų. Politikos vertintoja (PV1) labiau akcentuoja žmogiškųjų išteklių trūkumą, dėl kurio mažėja darbuotojų konkurencija ir kartu motyvacija, kuri skatina darbuotojus dirbti kokybiškai ir produktyviai. Informantė taip pat nurodo, kad trūksta vidaus kontrolės, nes visų vertinimų metu yra daugiausiai tikrinama dokumentacija, o ne tiesioginis darbas su pacientais.

Apibendrinant gautą informaciją, ekspertai kaip pagrindines kliūtis įvardija vidines įstaigų kultūros problemas ir finansinius sunkumus.

7 lentelė. Ekspertų atsakymai į trečiąjį klausimą: kokios yra kliūtys, su kuriomis susiduriama siekiant kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų ir kaip jas pašalinti?

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Kliūtys, siekiant kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų	Nesugebėjimas įvertinti realios paslaugų vertės	PF1 „<...> vertinant šių paslaugų kainas nėra atsižvelgiama į visas sąnaudas, todėl suteikti įkainiai tiesiog nepadengia visos vertės <...>“. PV1 <i>Neproporcingai mažas už paslaugas gaunamo įkainio didėjimas, lyginant su visų išorinių paslaugų ir įsigyjamų būtinųjų priemonių kainų didėjimu &lt;...&gt;“.</i>
	Finansiniai sunkumai	PV1 „<...> <i>ASPĮ, galinčios ribotai teikti mokamas paslaugas, susiduria su problema, kad iš TLK gaunamo finansavimo padidinimo užtenka tik privalomajam sveikatos priežiūros specialistų atlyginimų didinimui. Neracionalus lėšų skirstymas įstaigos viduje &lt;...&gt;“.</i> <i>Įstaigos su žemais atlyginimų fondais negali pasiūlyti finansinių/organizacinių skatinamųjų priemonių, galinčių pritraukti aukštos kvalifikacijos darbuotojų &lt;...&gt;“.</i> AV1 „<...> visos kokybės yra tik tam, kad nereiktų didinti biudžeto <...>“.
	Informacinių technologijų vystymo ir integracijos sunkumai	PF2 „<...> <i>priešinimasis naujovėms ir IT technologijų plėtrai &lt;...&gt;“.</i> PĮ1 „<...> <i>e. sveikatos lėta veikla, o ir trikdžiai &lt;...&gt;“.</i>
	Vidinės įstaigų kultūros problemos	PF2 „<...> <i>vidinė įstaigų kultūra, įstaigų procesų standartizavimo trūkumas ir užtikrinimas, kad patvirtintų standartų būtų laikomasi &lt;...&gt;“.</i> PV1 „<...> <i>darbuotojų išorinės ir vidinės motyvacijos stoka ir žema organizacijų kultūra sukelia prielaidas nepaisyti elgesio kodekso nuostatų, tokiu būdu psichologiniai veiksniai sukelia bendravimo su pacientu problemas &lt;...&gt;“.</i> PV2 „<...> <i>kada nėra bendros vizijos, kai atskiri žmonės nežino savo pareigų, kas jiems priklauso daryti &lt;...&gt;“.</i>
	Per dideli darbo krūviai	PĮ1 „<...> <i>labai dideli darbo krūviai, teikiant paslaugas, norint, kad būtų geresnis prieinamumas &lt;...&gt;“.</i> PV1 „<...> <i>dideli sveikatos priežiūros specialistų darbo krūviai sukuria tendenciją didesnę darbo laiko dalį skirti</i>

		<i>medicininės dokumentacijos pildymui, o ne tiesioginiam kontaktui su pacientu &lt;...&gt;“.</i>
Per daug dokumentacijos	PĮ1	<i>„&lt;...&gt; labai daug įvairios medicininės dokumentacijos, kuri yra dubliuojama e. sveikatos portale ir ambulatorinėse medicininėse formose. Taip sutrumpėja bendravimo su pacientu trukmė, konsultacijos kokybė“.</i>
Bendradarbiavimo trūkumas	PĮ2	<i>„Mažai aptarimų su skyrių darbuotojais (visa sveikatos priežiūros komanda), kurie tiesiogiai teikia paslaugas. Mažai dėmesio darbuotojų nuomonei apie tai, kokių permainų ar naujų užduočių jie pageidautų“.</i>
Žmogiškųjų išteklių trūkumas	PV1	<i>„&lt;...&gt; žmogiškųjų išteklių trūkumas nesukuria konkurencijos sąlygų tarp sveikatos priežiūros specialistų (ypatingai tarp slaugos personalo), todėl įdarbinami praktiškai visi to pageidaujantys &lt;...&gt;“.</i>
Nepakankama kokybės kontrolė	PV1	<i>„&lt;...&gt; ASPĮ akcentuojamas dokumentacijos, kuri yra tikrinama kontroliuojančių institucijų patikrinimų metu, pildymas, tačiau per mažai dėmesio yra skiriama paties gydymo/slaugos proceso eigos kontrolei &lt;...&gt;“.</i>

### 5.5. Nepageidaujamų įvykių skaičiaus sumažinimas

Ketvirtasis informantams pateiktas klausimas buvo toks: kas, Jūsų nuomone, padėtų sumažinti nepageidaujamų įvykių skaičių? Atsakymai pateikiami 8 lentelėje. Apklaustųjų nuomone nepageidaujamų įvykių skaičių labiausiai padėtų sumažinti aktyvi viešumo politika – nebijojimas pripažinti klaidos ar problemos ir informuoti apie tai atsakingus asmenis. Taip pat svarbu įvardytą problemą išanalizuoti ir sukurti tam tikrus standartus ir reikalavimus, kurių būtų griežtai laikomasi. Politikos formuotojai (PF1) ir vertintojai (PV1) daugiau kalba apie gydytojų atlyginimų kėlimą, kvalifikacijos tobulinimą, o politikos įgyvendintojai (PĮ1) labiau akcentuoja, kad reikėtų mažinti dokumentaciją ir prailginti konsultacijos trukmę. Akademinės veiklos ekspertė (AV1) pamini ir viešuosius pirkimus: svarbu kontroliuoti viešuosius pirkimus, tikrinti ir įvertinti ar perkami ir paleidžiami į apyvartą produktai yra kokybiški ir ar negali sukelti tam tikro nepageidaujamo įvykio.

Apibendrinant ekspertų nuomonę, siekiant išvengti arba sumažinti nepageidaujamų įvykių skaičių, svarbiausia yra nebijoti pripažinti, viešinti iškilusias problemas ir sunkumus, analizuoti juos ir veikti (remtis Demingo principu – planuok, veik, analizuok, keisk).

8 lentelė. Ekspertų atsakymai į ketvirtąjį klausimą: kas, Jūsų nuomone, padėtų sumažinti nepageidaujamų įvykių skaičių?

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Nepageidaujamų	Gydytojų	PF1 „<...> jeigu kalbame apie korupcijos apraiškas, šią



įvykių skaičiaus sumažinimas	atlyginimų kėlimas	<i>problemą galime išspręsti keliant medicinos darbuotojų atlyginimus &lt;...&gt;“.</i>
	Aktyvi viešumo politika	PF1 „<...> imtis aktyvesnės viešumo politikos <...>“. PV2 „<...> nebijoti tai pripažinti, nenuslėpti to <...>“. PV1 „<...> informacija apie didžiąją dalį nepageidaujamų įvykių nepasiekia atsakingų asmenų, todėl nėra ieškoma būdų, kaip minimizuoti galimą žalą pacientams“. AV1 „<...> kviestis artimuosius ir su jais viską aptarti <...>“.
	Kvalifikacijos kėlimas, darbuotojų švietimas	PF1 „<...> jeigu kalbame apie nelaimingus atsitikimus ir klaidas gydymo metu, tokiu atveju būtina skatinti medicinos darbuotojų nuolatinį kvalifikacijos kėlimą <...>“. PV1 „<...> darbuotojų švietimas ir užtikrinimas, kad, išskyrus teisės aktuose numatytus atvejus, jie nebus baudžiami už nepageidaujamą įvykį <...>“.
	Problemų įvardijimas, analizė ir standartų sukūrimas	PF2 „<...> standartų sukūrimas, jų laikymasis, monitoravimas, kaip jų laikomasi, neatitiktųjų registravimas, priežasčių nustatymas ir atvirumas <...>“. PI2 „<...> būtina nustatyti ir įvardinti labiausiai problemines sritis ir kritines procedūras, reikalaujančias didelių išteklių, kad planingai parengti standartus, reikalavimus nelaukiant pacientų skundų ar nepageidaujamų įvykių <...>“. PV2 „<...> išanalizuoti, ką mes galime padaryti ir tai yra kaip Demingo ratas (planuok, daryk, analizuok, keisk) <...>“. AV1 „<...> fiksuoti, tirti kiekvieną užfiksuotą atvejį <...>“.
	Vidaus kontrolės didinimas	PV1 „<...> vidaus kontrolės priemonių stiprinimas <...>“.
	Dokumentacijos mažinimas, konsultacijos prailginimas	PI1 „<...> konsultacijos trukmės prailginimas. Popierizmo nereikalingo (įvairios anketos, ligonių supažindinimai pasirašytinai, duomenų apsauga ir pan.) sumažinimas <...>“.
	Darbo krūvių mažinimas	PV1 „<...> asmens sveikatos priežiūros specialistų darbo krūvio mažinimas <...>“.
	Viešųjų pirkimų kontrolė	AV1 „<...> viešieji pirkimai gali prisidėti prie nepageidaujamų įvykių skaičiaus – jeigu perka nekokybišką produktą ir jį paleidžia į savo apyvartą <...>“.

## 5.6. Kokybės programos įtaka kokybės vadybos sistemos įgyvendinimui

Penktasis ekspertams užduotas klausimas buvo: kokią įtaką kokybės vadybos sistemos įgyvendinimui turi kokybės programa ir ko jai trūksta? Atsakymai – 9 lentelėje. Pirmiausia

informantai kalbėjo apie tai, kokią įtaką kokybės vadybos sistemos įgyvendinimui daro kokybės programa. Politikos formuotojai (PF1, PF2) teigia, kad kokybės programa nustato standartą, kurio dėka galima išvengti klaidų. Kiti apklaustieji pabrėžia, kad kokybės programa padeda tobulinti gydymo procesą ir palengvina darbą, nes padeda sėkmingai organizuoti darbą, išsiaiškinti klaidas ir trikdžius bei tobulinti tam tikrus neatitikimus.

Nors informantai kalba, kad kokybės programa yra naudinga ir reikalinga, tačiau trys apklaustieji nurodo, jog kokybės programa ne visada veikia. Ekspertai akcentuoja, kad jei kokybės programa yra tik formalumas ir niekas jos nesilaiko, tai jokios naudos ji neatneš. Taip pat svarbu kokybės programą parengti kuo objektyviau, iškelti realius, pasiekiamus tikslus, kad darbuotojai būtų motyvuoti tos programos laikytis.

Toliau ekspertai kalbėjo apie kokybės programos trūkumus ir kai kurie iš jų pateikė pasiūlymus apie kokybės programos tobulinimą. Pagrindinį trūkumą informantai išskiria specialistų įtraukties rengiant kokybės programas ir darbuotojų, kurie dirbtų su jomis stygių. Kokybės programa dažniausiai yra rašoma vadybininkų, trūksta bendradarbiavimo kartu su specialistais. Akademinės veiklos specialistė (AV1) pateikė tokia įžvalgą, kad kokybė turi būti specializuota, sukonkretinta. Kiekvienos specializacijos kokybė gali labai skirtis, o kokybės programa yra bendra.

Atsakydami į klausimą ekspertai teigia, kad kokybės programa yra reikalinga, tačiau labai svarbu ją sudarant nustatyti tikslus, išmatuojamus, pasiekiamus tikslus (SMART). Taip pat tikslinga būtų parengti kokybės programas kiekvienai specializacijai, jas sukonkretinti.

**9 lentelė. Ekspertų atsakymai į penktąjį klausimą: kokią įtaką kokybės vadybos sistemos įgyvendinimui turi kokybės programa ir ko jai trūksta?**

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Kokybės programos įtaka kokybės vadybos sistemos įgyvendinimui	Nustato standartą	PF1 „<...> nustato standartą <...>“. PF2 „<...> kokybės sistema nustato standartą, kuris padeda išvengti klaidų bei procesą, kaip iš padarytų klaidų galima pasimokyti“.
	Palengvina darbą, padeda tobulinti gydymo procesą	PĮ2 „Kokybės programa naudinga metodika, padedanti organizuoti darbą, gerinti diagnostiką, gydymą ir slaugą, išsiaiškinti padarytas klaidas, nesutapimus ir juos patobulinti, tačiau reikalaujanti daug žinių iniciatyvos ir žmogiškųjų resursų <...>“. AV1 „Be programos tarsi neturi visų kitų žingsnių <...>“.

	Kokybės programa ne visada veikia	PV1 „Kokybės programa, jei ji veikia, padeda organizuoti veiklą ir ją tobulinti“. PĮ1 „Kokybės sistema jei ir yra ji tiesiog popierinė ir darbinėje veikloje neveikia ar visai jos veikimas neįaučiamas“. AV1 „<...> bet jeigu yra tik programa, o joje prirašyta nerealių dalykų, tai kitą kartą apsimoka jos neįgyvendinti, jeigu ten surašyti kokie nedarbingi kriterijai <...>“.
Kokybės programos trūkumai, pasiūlymai, kaip ją patobulinti	Per didelės kokybės programų kiekis	PV2 „<...> problema yra, kad kokybės programų yra labai daug <...>“.
	Trūksta darbuotojų, kurie dirbtų su kokybės programa, reikalinga didesnė specialistų įtrauktis	PV2 „<...> ne visos įstaigos sugeba ir turi atskirus žmones. Dažnai vienas auditorius yra įmestas į šią sritį. Žinoma yra direktorius su patirtimi pavaduotoja, bet kokiu atveju yra tai yra sudėtinga <...>“. AV1 „<...> kas ją rašo, ar klauso žemiausios grandies, galbūt jos neįtraukia, nes čia skaitosi toks techninis dokumentas, jį ruošia vadybininkai, dažniausiai kokybės vadybininkas, jis dažniausiai būna vienas <...>“.
	Kokybės specializavimas, sukonkretinimas	AV1 „<...> akivaizdu, kad nuo specializacijos kokybės reikalai labai skiriasi, o ta programa yra bendra ir nėra išskiriamos atskiros specializacijos. Kokybę reikia pradėti specializuoti <...>“.

## 5.7. Mokamų ir nemokamų paslaugų kokybė ir skirtumai

Šeštasis klausimas skamba taip: kaip vertinate teikiamų mokamų ir nemokamų paslaugų kokybę, kokių esama skirtumų tarp jų kokybės atžvilgiu? Atsakymai pateikiami 10 lentelėje. Penki ekspertai iš septynių nurodė kad mokamų ir nemokamų paslaugų kokybė nesiskiria. Dalis jų nurodo ir tai, kad nėra aiškios mokamų ir nemokamų paslaugų diferenciacijos, sunku apibrėžti kuo jos skiriasi. Akademinės veiklos specialistė (AV1) nurodo, jog turėtų būti nurodomas skirtumas tarp šių paslaugų, kurį reikėtų tiksliai apibrėžti.

Politikos formuotojai (PF1, PF2) nurodo, kad mokamos paslaugos suteikia daugiau komforto (pvz., geresnė, privati palata, specialus maitinimas ir pan.). Politikos įgyvendintojai (PĮ1, PĮ2) teigia, jog mokamos paslaugos yra teikiamos pacientams be siuntimo, prisirašymo prie gydymo įstaigos ar draustumo. Pasak politikos vertintojų (PV1, PV2), mokamos paslaugos padidina paslaugų prieinamumą – sumažina eiles ir supaprastina registraciją pas gydytoją. Politikos vertintoja (PV1) pamini, kad mokant už paslaugas yra didesnė orientacija į pacientą, siekiama didesnio pasitenkinimo paslaugomų kokybe.

Apibendrinus galima teigti, kad nors ir dauguma ekspertų teigia, jog tarp mokamų ir nemokamų paslaugų nėra jokio skirtumo, tačiau atsiranda tokie skirtumai kaip geresnis

prieinamumas, didesnė orientacija į pacientą, tam tikrais atvejais – didesnis komfortas. Išskyla poreikis tiksliau apibrėžti, kokią naudą pacientui suteikia mokamos paslaugos, tikslinga būtų išryškinti skirtumus, parengti reglamentą, kuris tai atspindėtų.

10 lentelė. Ekspertų atsakymai į šeštąjį klausimą: kaip vertinate teikiamų mokamų ir nemokamų paslaugų kokybę, kokių esama skirtumų tarp jų kokybės atžvilgiu?

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Mokamų ir nemokamų paslaugų kokybė ir skirtumai	Skirtumų nėra	PF1 „ <i>Realių kokybės skirtumų tarp mokamų ir nemokamų paslaugų nėra. &lt;...&gt;“.</i> PF1 <i>Skirtumo neturi būti, turi būti saugios ir veiksmingos paslaugos standartas &lt;...&gt;“.</i> PĮ1 <i>Mano įstaigose, kuriose aš dirbu šių paslaugų kokybė nesiskiria &lt;...&gt;“.</i> PV1 <i>Toje pačioje ASPĮ teikiamos mokamos/nemokamos paslaugos, kurias teikia tie patys asmens sveikatos priežiūros specialistai, beveik nesiskiria &lt;...&gt;“.</i> AV1 „ <i>&lt;...&gt; jeigu valstybinė institucija nėra jokio skirtumo, pro tą pačią kokybės programą prasuka &lt;...&gt;“.</i>
	Nėra aiškios mokamų ir nemokamų paslaugų diferenciacijos	PF1 „ <i>&lt;...&gt; nesugebama aiškiai įvardinti kurios paslaugos yra nemokamos, o kurios - mokamos. Lietuvoje šiuo metu yra nemokamos būtinosios sveikatos priežiūros paslaugos, o mokamos turėtų būti tokios, kurios realios įtakos žmogaus sveikatai neturėtų &lt;...&gt;“.</i> AV1 „ <i>&lt;...&gt; mokamos paslaugos nėra labai siūlomos, nesupranti, kada tau ji padeda, o kada nepadeda, juk nepuolame jos rinktis todėl, kad ji mokama. Turėtų būti parodomas skirtumas kaip nauda tarp tos kitos paslaugos, nes vistiek ar mokama ar nemokama, kokybės programa vienoda. Dėl to reikia tai apsirašyti, bet turbūt nedrįsta, nėra reglamento &lt;...&gt;“.</i>
	Mokamos paslaugos suteikia daugiau komforto	PF1 „ <i>&lt;...&gt; papildomai sumokant būtų teikiamos tam tikros „prabangos“ paslaugos: apgyvendinimas geresnėse patalpose, papildomas maitinimas ir kitos &lt;...&gt;“.</i> PF2 „ <i>&lt;...&gt; komfortas, kuris sukuriamas šalia paslaugos suteikimo (palatos, maitinimas ir pan.) gali priklausyti nuo paciento finansinių galimybių &lt;...&gt;“.</i>
	Mokamos paslaugos pacientams – siuntimo, prisirašymo draustumo	PĮ1 „ <i>&lt;...&gt; Mokėjimas priklauso nuo paciento prisirašymo ir draustumo. &lt;...&gt;“.</i> PĮ2 „ <i>&lt;...&gt; tik formalumas, kad gauti paslaugą be siuntimo, ar draustumo, bet registracijos eilė ta pati &lt;...&gt;“.</i>
	Mokant paslaugas geresnis prieinamumas	PV1 „ <i>&lt;...&gt; mokamos paslaugos mokiems pacientams didina paslaugų prieinamumą &lt;...&gt;“.</i> PV2 „ <i>&lt;...&gt; yra palengvinimas klientui, nekantriam klientui arba kuriam reikia labai greitai, dažniausiai tai</i>

		<i>būna dėl eilių &lt;...&gt;“.</i> <i>AV1 „&lt;...&gt; nebent eilės sutrumpėja, galbūt paprastesnis užsirašymas &lt;...&gt;“.</i>
	Mokamomis paslaugomis siekiama didesnio pacientų pasitenkinimo	<i>PV1 „&lt;...&gt; mokamas paslaugas teikiančių įstaigų vadovybė yra labiau suinteresuota pritraukti daugiau pacientų, todėl egzistuoja didesnė orientacija į pacientą, įdedamos didesnės pastangos gerinti organizacinius bei psichologinius veiksnius, taip siekiant didesnio pacientų pasitenkinimo gaunamomis paslaugomis &lt;...&gt;“.</i>

### **5.8. Administracijos (vadovo, skyriaus vedėjų) ir medikų atsakomybės bei kompetencijos sveikatos priežiūros kokybės politikos srityje**

Septintasis užduotas klausimas buvo toks: kaip įvertintumėte administracijos (vadovo, sk. vedėjų) ir medikų atsakomybes bei kompetencijas šioje srityje? Atsakymai pateikiami 11 lentelėje. Didžioji dalis ekspertų teigia, kad sveikatos priežiūros kokybės politikos sritis tai yra administracinio pobūdžio atsakomybė ir kad būtent administracija yra atsakinga už standartų kūrimą, jų pateikimą darbuotojams. Pasak politikos vertintojos (PV1) vadovybė turi savo pavyzdžiu parodyti teigiamą pavyzdį, motyvuoti darbuotojus ir paaiškinti ko iš jų tikisi. Kita politikos vertintoja akcentuoja, jog administracijos atsakomybė yra labai didelė šioje srityje, nes medikai dėl laiko stokos negali tam skirti daug dėmesio.

Politikos formuotoja (PF2) pabrėžia, kad visa atsakomybė sveikatos priežiūros kokybės politikos srityje atitenka vadovui, nes jei jis toleruoja kokybę ir neatitikimus, tai jokie kokybės dokumentai neveiks ir nepadės. Politikos įgyvendintoja (PI1) išsakė savo požiūrį, kad privačiose įstaigose dirbančių vadovų atsakomybė didesnė nei valstybinėse įstaigose, tarpusavio ryšys yra glaudesnis, neįaučiama baimės teikiant pasiūlymus, mažiau tarpusavio konkurencijos.

Pasak akademinės veiklos specialistės (AV1), atsakomybė krinta ne ant administracijos ir vadovo kaip teigia kiti apklaustieji, bet ant mediko pečių. Medikai turi tiesiogiai bendrauti su pacientais, todėl jie turi atlaikyti viską, kas buvo neatlikta administracijos ir politikų. Ekspertė teigia, jog būtent dėl tos priežasties medikai praranda motyvaciją.

Apibendrinant galima teigti, kad, kokybės politikos srityje didžiausias kompetencijas ir atsakomybes turi administracija ir vadovas, o medikai dėl didelio darbo krūvio ne visada įsitraukia į šią veiklą. Trūksta bendradarbiavimo ir visų specialistų įtraukimo, nes reikia atskirų indėlių į kokybę ir dėl to iškyla poreikis tiksliai apibrėžti kiekvienos grandies atsakomybes, pasiskirstyti jomis.

11 lentelė. Ekspertų atsakymai į septintąjį klausimą: kaip įvertintumėte administracijos (vadovo, sk. vedėjų) ir medikų atsakomybes bei kompetencijas šioje srityje?

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Administracijos ir medikų atsakomybės bei kompetencijos sveikatos priežiūros kokybės politikos srityje	Administracinio pobūdžio atsakomybė	<p>PF1 „&lt;...&gt; vadovų ir skyriaus vedėjų atsakomybė sveikatos priežiūros paslaugų kokybės atžvilgiu yra labiau administracinio pobūdžio &lt;...&gt;“.</p> <p>PĮ2 Administracija atsakinga standartų rengimo srityje, kad parengti standartai būtų suprantami darbuotojams, įgyvendinami praktikoje, nurodytų darbuotojų atsakomybę ir būtų jiems privalomi pagal kompetenciją ir darbo instrukcijas &lt;...&gt;“.</p> <p>PV1 „&lt;...&gt; siekiant paslaugų kokybės, kiekvieno darbuotojo indėlis yra vienodai svarbus, tačiau vadovybės atstovai, demonstruodami lyderystės įgūdžius bei savo teigiamu pavyzdžiu parodydami, kad tiki pokyčiais ir jų nauda, gali motyvuoti žemesnių grandžių darbuotojus ir jiems paaiškinti, kokios rezultato ir, svarbiausia, kodėl, yra tikimasi &lt;...&gt;“.</p> <p>PV2 „Administracijos labai didelės medikai nenori galvoti apie tai dėl laiko stokos &lt;...&gt;“.</p>
	Tiesioginė vadovo atsakomybė	<p>PF2 „&lt;...&gt; atsakomybė yra tiesioginė, nes kultūra formuojama vadovo pavyzdžiu. Jei vadovas toleruoja nekokybę ir neatitiktį – tai pavaldiniai eis lengviausiu keliu ir kokie popieriniai kokybės dokumentai neveiks &lt;...&gt;“.</p>
	Privačiose įstaigose dirbančių vadovų atsakomybė didesnė nei valstybinėse įstaigose	<p>PĮ1 „&lt;...&gt; privačios įstaigos vadovo atsakingumas ir kontaktas su dirbančiais yra daug glaudesnis, atsižvelgia į pasiūlymus. To trūksta valstybinėje įstaigoje, jaučiama baimė teikti pasiūlymus, verda konkurencija, intrigos &lt;...&gt;“.</p>
	Visa atsakomybė krinta ant medikų	<p>AV1 „&lt;...&gt; kai ateina pacientas tos kokybės tikrinti tai tarsi medikas vienas vienintelis mūšio lauke – priimk viską, ko administracija nepadare, ko politikai nepadare, ko infrastruktūra sugedo. Tada ta kokybė ties mediko grandimi dreba. Jie nejaučia tos motyvacijos, jaučiasi nuskriausti ir tada kokybė tampa ta pirmosios grandies kokybe &lt;...&gt;“.</p>
	Trūksta atsakomybių pasiskirstymo	<p>AV1 „&lt;...&gt; nėra atskirtų indėlių į kokybę (administracijos ir medikų), tai irgi galimybė – reiktų atskirti, kas už ką atsakingas kokybėje &lt;...&gt;“.</p>

### 5.9. Kokybės analizė ir jos rezultatai bei kokybės gerinimas

Aštuntasis ekspertams užduotas klausimas buvo toks: kaip vertinate kokybės analizę ir jos rezultatus bei kokybės gerinimą? Atsakymai nurodyti 12 lentelėje. Atsakymai pasiskirstė gana

netolygiai. Politikos formuotoja (PF1) atsakydama į klausimą nurodo, kad paslaugų kokybės analizės ataskaitų viešinimas negarantuoja kokybės pagerinimo. Jos teigimu, dažnai pritrūksta politinės valios priimti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę gerinančius sprendimus. Kita politikos formuotoja (PF2) nurodo, kad kokybės analizė yra sudėtinė nenutrūkstamo proceso dalis, nes darbinėje veikloje klaidų visada pasitaiko ir dėl to reikia analizuoti klaidas, jų priežastis ir užkirsti joms kelią.

Politikos įgyvendintoja (PĮ1) ir politikos vertintoja (PV1) teigia, jog kokybės analizė dažnai būna paviršutiniška – jai trūksta konkretumo, aiškumo, išvadų ir realių pasiūlymų, kaip pagerinti kokybę, kaip išspręsti tam tikrą problemą. Politikos įgyvendintoja (PĮ2) akcentuoja, kad atliekant kokybės analizę labai svarbus yra bendradarbiavimas, komandinis darbas įveikiant sunkumus, dalyvavimas pasitarimuose.

Politikos vertintoja (PV2) kalbėdama apie kokybės analizę pabrėžia, jog išorinė kokybės analizė yra labai reikalinga ir svarbi, tačiau reikalauja per daug finansinių resursų. Išorinis auditas sustiprina kokybės analizę, tačiau ne kiekviena įstaiga tai gali sau leisti. Ekspertės teigimu, geriausia išeitis yra vidinio ir išorinio audito derinimas. Ji nurodo, kad jeigu įstaiga sugeba daryti išvadas iš kokybės analizės ataskaitų (tiek vidinių, tiek išorinių auditų) kokybės analizė bus sklandesnė, o sveikatos priežiūros paslaugų kokybė pagerės.

Iš vienos pusės ekspertai teigia, kad kokybės analizės ataskaitos negarantuoja sveikatos priežiūros paslaugų kokybės pagerėjimo, tačiau kiti kalba, jog kokybės analizė yra naudinga ir reikalinga. Dalis apklaustųjų atsakydami į klausimą akcentuoja, kad kokybės analizės dažnai turi trūkumų – neretai būna paviršutiniškos, atliekant jas trūksta bendradarbiavimo, yra per brangios. Pateiktas pasiūlymas derinti vidinį ir išorinį auditą siekiant kuo išsamesnės ir tikslesnės kokybės analizės.

12 lentelė. **Ekspertų atsakymai į aštuntąjį klausimą: kaip vertinate kokybės analizę ir jos rezultatus bei kokybės gerinimą?**

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Kokybės analizė ir jos rezultatai bei kokybės gerinimas	Paslaugų kokybės analizės ataskaitų viešinimas negarantuoja kokybės pagerinimo	PF1 „<...> tačiau vien tokių ataskaitų viešinimas negarantuoja, kad sveikatos priežiūros sistemoje prasidės esminiai pokyčiai. Neretai pritrūksta politinės valios priimti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę gerinančius sprendimus <...>“.

Tai sudėtinė nenutrūkstamo proceso dalis	PF2 „ <i>Tai yra sudėtinė nenutrūkstamo proceso dalis, nes klaidų pasitaikys visada, reikia analizuoti jų priežastis ir ieškoti būdų, kaip joms užkirsti kelią &lt;...&gt;“.</i> AV1 „ <i>Posėdžiai vyksta ir jie yra naudingi“.</i>
Paviršutiniška analizė	PĮ1 „ <i>&lt;...&gt; analizė būna bendra, nekonkreči, be aiškių pasiūlymų, kaip gerinti kokybę &lt;...&gt;“.</i> PV1 „ <i>&lt;...&gt; analizei trūksta konkretumo &lt;...&gt;“.</i>
Kokybės analizėje svarbus bendradarbiavimas	PĮ2 „ <i>Bendradarbiavimas, dalyvavimas mokymuose, pasitarimuose, sprendžiant iškilusias problemas &lt;...&gt;“.</i>
Išorinė kokybės analizė yra per brangi	PV2 „ <i>&lt;...&gt; iš išorės tai yra labai brangus dalykas. Kai pirkome išorinį auditą trims metams, tai buvo didžiulė suma, klausėme, ar mes galime tai sau leisti pagal standartus &lt;...&gt;“.</i>
Vidinio ir išorinio audito derinimas	PV2 „ <i>&lt;...&gt; savikontrolė+išorė tai yra didelis plusas jeigu darai išvadas iš to, kas yra parašyta &lt;...&gt;“.</i>

## **6. Ekspertų pateikti pasiūlymai įvairiems suinteresuotiesiems sveikatos priežiūros paslaugų kokybei pagerinti**

Devintas ekspertams užduotas klausimas: kokius turėtumėte pasiūlymus įvairiems suinteresuotiesiems sveikatos priežiūros paslaugų kokybei pagerinti? Atsakymai pavaizduoti 13 lentelėje. Politikos formuotoja (PF1) pateikia tris pasiūlymus. Jos teigimu, pirmiausia reikia aiškiai apibrėžti mokamas ir nemokamas paslaugas. Kitas pasiūlymas – nustatyti realius paslaugų įkainius ir vertę. Tačiau čia susiduriama su ribotu PSDF biudžetu, kurio tiesiog neužtenka sveikatos priežiūros paslaugų visai kainai padengti. Trečiasis pasiūlymas – paslaugos kaną turėtų dengti ir valstybė ir žmogus. Antroji politikos formuotoja (PF2) nurodo, kad pirmiausia reiktų išsikelti aiškius tikslus, nusistatyti problemas ir daugiau bendradarbiauti, kalbėtis su komandos nariais.

Politikos įgyvendintoja – gydytoja (PĮ1) išsakė tokią nuomonę, jog privatus sektorius turėtų sudaryti sutartis su Vilniaus ligonių kasa. Jos teigimu, jeigu privatus sektorius sudarytų sutartį su VLK, tuomet būtų teikiamos pačios kokybiškiausios paslaugos. Taip pat ji nurodo, kad reiktų stiprinti vidaus audito veiklą. Antroji politikos įgyvendintoja (PĮ2) akcentuoja, jog reikia tobulinti paslaugų kokybės analizės sistemą. Kalbėdama apie tai, ji pamini, kad turėtų būti ryšys tarp pasiektų rodiklių ir atlygio, tam, kad didinti darbuotojų motyvaciją ir norą tobulėti. Kitas ekspertės pasiūlymas – apibrėžti ir nustatyti aiškius kokybės reikalavimus – parengti aiškius kokybės reikalavimus, sukurti būtinas kokybės dimensijas. Šis pasiūlymas atrodė aktualus ir politikos vertintojai (PV2) bei akademinėje veikloje dirbančiai ekspertei. Politikos vertintoja akcentuoja, kad turi būti sukurti paprasti šablonai, kurie nurodytų tikslus žingsnius siekiant pagerinti teikiamų



paslaugų kokybę. Akademinės veiklos specialistė nurodo, jog įstaigų vadovai kokybės programoje turėtų aiškiai išskirti ir nurodyti kiekvieno darbuotojo atsakomybes.

Politikos vertintoja (PV1) teigia, kad reikia didinti konkurenciją keliant specialistų darbo užmokestį. Taip padidėtų konkurencija dėl darbo vietų ir sustiprėtų darbuotojų vidinė motyvacija. Taip pat ekspertė nurodo, jog reikia kelti darbuotojų kvalifikaciją vadybos srityje.

Akademinės veiklos ekspertė (AV1) pateikia pasiūlymą ir pacientams: priimti atsakomybę už savo sveikatą ir suvokti, kad yra gydytojo galimybių ribos ir kiekvienas žmogus turi rūpintis savimi.

Informantai pateikė įvairių pasiūlymų, bet pagrindinis pasiūlymas buvo nustatyti aiškius kokybės reikalavimus – parengti kokybės dimensijas, šablonus, kurie būtų konkretūs, taip pat kokybės programoje išskirti kiekvieno darbuotojo atsakomybes ir kontroliuoti, kad jų būtų laikomasi.

13 lentelė. Ekspertų atsakymai į devintąjį klausimą: kokius turėtumėte pasiūlymus įvairiems suinteresuotiesiems sveikatos priežiūros paslaugų kokybei pagerinti?

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Pasiūlymai įvairiems suinteresuotiesiems sveikatos priežiūros paslaugų kokybei pagerinti	Aiškiai apibrėžti mokamas ir nemokamas paslaugas	PF1 „<...> siekiant gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę būtina aiškiai apibrėžti kas yra mokamos ir nemokamos paslaugos <...>“.
	Nustatyti realius paslaugų įkainius ir vertę	PF1 „<...> būtina adekvačiau vertinti paslaugų įkainius ir juos paskirti įvertinus realią paslaugų vertę <...>“.
	Paslaugos kainą turi dengti ir valstybė ir žmogus	PF1 „<...> Tokiu atveju sveikatos priežiūros sistemą kuriojantys asmenys turėtų nustatyti kurių paslaugos kainos dalį turėtų dengti valstybė, o kurių - žmogus <...>“.
	Išsikelti aiškius tikslus	PF2 „Pirmiausia reikia labai aiškiai identifikuoti, kas kokių tikslų siekia ir kokias problemas mato, o tada kalbėtis su personalu <...>“. PĮ1 „<...> tikslų išsikėlimas ir jų siekimas <...>“.
	Privatus sektorius turėtų sudaryti sutartis su VLK	PĮ1 „Manau tik privatus sektorius gali teikti pačias kokybiškiausias paslaugas, sudarę sutartis su VLK <...>“.
	Stiprinti vidaus auditą	PĮ1 „<...> vidinio audito veiklos stiprinimas <...>“.
	Tobulinti paslaugų kokybės analizės sistemą	PĮ2 „Kadangi ryšiai tarp pasiektų rodiklių ir atlygio nėra aiškūs, - darbuotojai ne visada jaučiasi įvertinti, todėl reikalinga tobulinti paslaugų kokybės analizės sistemą <...>“.

Nustatyti aiškius kokybės reikalavimus	<p>PI2 „&lt;...&gt; reikėtų SAM įpareigoti parengti aiškius, apibrėžtus kokybės reikalavimus, kad sveikatos priežiūros organizatoriai ir paslaugų teikėjai parengtų būtinas kokybės dimensijas &lt;...&gt;“.</p> <p>PV2 „&lt;...&gt; turi būtų paprasti šablonai, ką reikia daryti siekiant pagerinti paslaugų kokybę“.</p> <p>AV1 „&lt;...&gt; vadovams kokybės programoje išskirti atsakomybes &lt;...&gt;“.</p>
Kelti specialistų darbo užmokestį ir taip didinti konkurenciją	PV1 „Keliant asmens sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokestį, tuo didinant konkurenciją dėl darbo vietų bei vidinę darbuotojų motyvaciją <...>“.
Kelti kvalifikaciją vadybos srityje	PV1 „<...> kelti administracijos/skyrių vedėjų kvalifikaciją vadybos srityje“.
Pacientams taip pat svarbu prisiimti atsakomybę	AV1 „<...> įsisąmonintos atsakomybės, suvokimo, kad gydytojas ne Dievas, kad yra jo galimybių ribos, kad jis pats atsakingas už savo sveikatą“.

### 6.1. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ateityje (po 10 metų)

Paskutinis dešimtas ekspertams užduotas klausimas buvo toks: pabandykite įsivaizduoti, kaip pasikeis sveikatos priežiūros paslaugų kokybė po 10 metų? Atsakymai pateikiami 14 lentelėje. Ekspertai pateikė nemažai įžvalgų apie tai, kaip pasikeis sveikatos priežiūros paslaugų kokybė. Politikos formuotoja (PF1) pasakoja apie tai, kad Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos progresas nėra stabilus. Jos teigimu, Lietuvos politinės partijos vengia pasirašyti susitarimą dėl bendros sveikatos apsaugos politikos vizijos, kurią būtų privaloma vykdyti visoms politinėms partijoms, kurios formuoja valdančiąją daugumą. Šiandien situacija tokia, kad po kiekvienų Seimo rinkimų į valdžią ateina vis nauja politinė jėga su skirtinga sveikatos priežiūros sistemos vizija, todėl neretai sveikatos apsaugos politikos tęstinumas nevyksta. Ekspertė tikisi, kad bus suformuota bendra sveikatos politikos vizija ir įgyvendintos pertvarkos, pagerės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas – sumažės eilės sveikatos priežiūros įstaigose. Informantė mano, jog medicinos darbuotojų profesija bus labiau vertinama, padidės atlyginimai ir motyvacija, sumažės korupcijos mastai, bus teikiamos nemokamos ir kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos. Antroji politikos formuotoja (PF2) taip pat sutinka su tuo, kad paslaugos bus kokybiškesnės, tačiau mano, jog bus brangesnės, nes gydytojai darys didesnę spaudimą politikos formuotojams ir įstaigų vadovams.

Politikos įgyvendintoja (PI1) teigia, kad jeigu nebus keičiami valstybės įstatymai, kokybė nepagerės. Ekspertė tiki, kad bendradarbiavimas bus glaudesnis ir komandinis darbas bus pripažintas, kaip darbo organizavimo dalis, bus tampresnis ir greitesnis kontaktas su II ir III lygio

gydytojais konsultantais. Tikimasi, kad ateityje bus vis mažiau dokumentacijos ir e. sveikata funkcionuos pilnai, visiškai nebeliks popierinių variantų. Antroji politikos įgyvendintoja (PĮ2) mano, jog bus veiksmingiau sprendžiamos nepageidaujamų įvykių situacijos, sustiprės vidaus auditas – dirbs pakankamos etatinės sudėties audito grupės narių kolektyvas, dėl to darbas bus produktyvesnis.

Politikos vertintoja (PV1) taip pat mano, kad jeigu bus įgyvendinti išipareigojimai dėl asmens sveikatos priežiūros specialistų atlyginimų pakėlimo, padidės konkurencija dėl darbo vietų ir taip darbuotojų motyvacija būtų didesnė, reikėtų įdėti daugiau pastangų, siekiant jas išsaugoti. Informantė išsakė nuomonę, jog ateityje padidės konkurencija tarp įstaigų – įstaigos bus labiau suinteresuotos pritraukti pacientus, nes vis daugiau paslaugų bus apmokama paciento lėšomis. Kita politikos vertintoja (PV2) teigia, kad bus daugiau investuojama į e. sveikatą, sukurta vieninga sistema, nes, ekspertės teigimu, šiuo metu vyrauja chaosas, nes yra skirtingos sistemos.

Akademineje veikloje dirbanti ekspertė (AV1) nurodo, kad regionuose gali nebelikti ligoninių ir taip kils pavojus keliauti po Lietuvą, nes atstumas iki vietos, kur suteiks pagalbą gali būti labai tolimas.

Apibendrinus ekspertų nuomones, galima teigti, jog ateities vizijos sveikatos priežiūros sistemoje yra pozityvios, dauguma tiki, kad bus įgyvendintos reikiamos pertvarkos, pagerės paslaugų prieinamumas, formosis pozityvesnis požiūris į gydytojo profesiją, padidės atlyginimai, sumažės korupcijos apraiškos, sustiprės bendradarbiavimas ir vidaus audito veikla, patobulės e. sveikata ir t.t. Nors paslaugos ir pabrangs, tačiau pagerės paslaugų kokybė, nors regionuose nebeliks ligoninių, tačiau pagerės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas.

14 lentelė. Ekspertų atsakymai į dešimtąjį klausimą: pabandykite įsivaizduoti, kaip pasikeis sveikatos priežiūros paslaugų kokybė po 10 metų?

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ateityje (po 10 metų)	Suformuota bendra sveikatos politikos vizija	PF1 „<...> ateities politikai ir valstybininkai turės daugiau politinės valios ir sugebės suformuoti bendrą sveikatos politikos viziją <...>“.
	Įgyvendintos pertvarkos	PF1 „<...> įgyvendinti svarbias sveikatos priežiūros pertvarkas <...>“.
	Pagerės paslaugų prieinamumas	PF1 „<...> sumažės sveikatos priežiūros paslaugos suteikimo laukiančių žmonių eilės sveikatos priežiūros įstaigose ir jiems visada bus suteikiama reikiama pagalba tinkamu metu <...>“. PĮ1 „<...> pasikeitus įstatyminei bazei, paslaugos bus

		<i>tikrai prieinamesnės &lt;...&gt;“.</i>
Medicinos darbuotojų profesija bus labiau vertinama, padidės atlyginimai ir motyvacija		PF1 „<...> <i>medicinos darbuotojų ir gydytojų darbas ir profesija bus vis labiau vertinami, keliami jiems atlyginimai &lt;...&gt;“.</i> PF2 „<...> <i>jauni gydytojai nori tobulėti, gero atlygio už investuotą laiką ir pinigus į studijas, pagarbos savo profesijai &lt;...&gt;“.</i> PV1 „<...> <i>Jeigu būtų įgyvendinti išsipareigojimai dėl asmens sveikatos priežiūros specialistų atlyginimų pakėlimo, padidėtų konkurencija dėl darbo vietų, darbuotojams didėtų motyvacija įdėti daugiau pastangų, siekiant jas išsaugoti &lt;...&gt;“.</i>
Sumažės korupcijos mastai		PF1 „<...> <i>sumažės korupcijos mastai sveikatos priežiūros įstaigose &lt;...&gt;“.</i>
Teikiamos nemokamos ir kokybiškos paslaugos		PF1 „<...> <i>kiekvienas žmogus galės gauti išties nemokamą, kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą &lt;...&gt;“.</i>
Paslaugų kokybė gerės, bet paslaugų kaina padidės		PF2 „<...> <i>gydytojai darys vis didesnę spaudimą politikos formuotojams ir įstaigų vadovams, o nuo to paslaugų kokybė tikrai gerės, tačiau tai kels ir paslaugų kainas &lt;...&gt;“.</i>
Paslaugų kokybė negerės		PĮ1 „ <i>Nesikeičiant valstybės įstatymams, kokybė negerės. &lt;...&gt;“.</i>
Glaudesnis ir lengvesnis bendradarbiavimas		PĮ1 „<...> <i>komandinis darbas bus pripažintas, kaip darbo organizavimo dalis, tampresnis ir greitesnis kontaktas su II ir III lygio gydytojais konsultantais &lt;...&gt;.</i>
Mažiau dokumentacijos		PĮ1 „<...> <i>e. sveikatos funkcija pilna be popierinių variantų &lt;...&gt;“.</i>
Sustiprės įstaigų vidaus auditas		PĮ2 „<...> <i>dirbs kompetentingas ir pakankamos etatinės sudėties audito grupės narių kolektyvas, dėl ko bus kokybiškas ir produktyvus darbas &lt;...&gt;“.</i>
Veiksmingiau sprendžiamos nepageidaujamų įvykių situacijos		PĮ2 „<...> <i>nepageidaujamų įvykių ir situacijų problema nebus sprendžiama neveiksmingu „gaisrų gesinimo“ būdu, bus analizuojamos ir sprendžiamos iš esmės vadybinės – organizacinės ir klinikinės priežastys &lt;...&gt;“.</i>
Didesnė konkurencija tarp įstaigų		PV1 „ <i>Didesnė medicininių paslaugų dalis bus apmokama paciento lėšomis, kas sukurs didesnę konkurenciją tarp įstaigų, norinčių pacientus pritraukti. &lt;...&gt;“.</i>

	Bus daugiau investuojama į e. sveikatą, sukurta vieninga sistema	PV2 „<...> mums reikia ieškoti bendros sistemos, nes dabar yra chaosas su elektronine sistema, kai yra skirtingos sistemos <...>“.
	Regionuose gali nebelikti ligoninių	AV1 „<...> gali būti, kad regionuose nebeliks ligoninių, bus pavojus keliauti po Lietuvą, nes atstumas iki punkto, kur tau suteiks pagalbą gali būti labai didelis <...>“.



Apibendrinant visą atliktą tyrimą galima teigti, kad pagrindiniai ekspertų išskirti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kriterijai yra veiklos rodikliai, prieinamumas, kliento ir mediko poreikiai. Atsirado ir minčių, kad bendrai nusakyti paslaugų kokybės kriterijų nederėtų, išskyla poreikis apibrėžti ir nustatyti kiekvienos paslaugos kokybės kriterijus. Iš išorinių veiksnių, labiausiai darančių įtaką sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ekspertai labiausiai išskiria politinius veiksnius. Tai rodo, kad nemažai yra tikimasi iš politikų įstatymų rengime, aiškių kriterijų sudaryme. Iš vidinių veiksnių, labiausiai akcentuojama vidinė įstaigų kultūra, tinkami tarpusavio santykiai, gera įstaigos vadyba.

Ekspertai kaip pagrindinius sunkumus siekiant sveikatos priežiūros paslaugų kokybės įvardija būtent vidines įstaigų kultūros problemas ir finansinius sunkumus. Finansiniai veiksniai apibrėžiami kaip itin svarbūs, nes finansų trūkumas apriboja ir gali trukdyti tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Siekiant tobulėti ir išvengti arba sumažinti nepageidaujamų įvykių skaičių, svarbiausia yra nebijoti pripažinti, viešinti iškilusias problemas ir sunkumus, analizuoti juos ir veikti.

Kalbant apie kokybės programas ir jų įtaką ekspertai pabrėžia, kad kokybės programa yra reikalinga, tačiau labai svarbu ją sudarant nustatyti tikslus, išmatuojamus, pasiekiamus tikslus. Taip pat tikslinga būtų parengti kokybės programas kiekvienai specializacijai, jas sukonkretinti. Tyrimo rezultatai – gauti atsakymai parodė, kad kokybės politikos srityje didžiausias kompetencijas ir atsakomybes turi administracija ir vadovas, o medikai dėl didelio darbo krūvio ne visada įsitraukia į šią veiklą. Trūksta bendradarbiavimo ir visų specialistų įtraukimo, nes reikia atskirų indėlių į kokybę ir dėl to išskyla poreikis tiksliai apibrėžti kiekvienos grandies atsakomybes, pasiskirstyti jomis.

Pačios kokybės analizės ataskaitos negarantuoja sveikatos priežiūros paslaugų kokybės pagerėjimo, nors kokybės analizė yra naudinga ir reikalinga. Tyrimo rezultatuose matyti, kad ekspertai mano, jog kokybės analizės dažnai turi trūkumų – neretai būna paviršutiniškos, atliekant jas trūksta bendradarbiavimo, jos yra pernelyg brangios. Pateiktas pasiūlymas derinti vidinį ir

išorinį auditą siekiant kuo išsamesnės ir tikslesnės kokybės analizės. Informantai pateikė įvairių pasiūlymų įvairioms suinteresuotųjų grupėms, bet pagrindinis pasiūlymas buvo nustatyti aiškius kokybės reikalavimus – parengti kokybės dimensijas, šablonus, kurie būtų konkretūs, taip pat kokybės programoje išskirti kiekvieno darbuotojo atsakomybes ir kontroliuoti, kad jų būtų laikomasi.

Apibendrinus ekspertų nuomones, galima teigti, jog ateities vizijos sveikatos priežiūros sistemoje yra pozityvios, dauguma tiki, kad bus įgyvendintos reikiamos pertvarkos, pagerės paslaugų prieinamumas, formuosis pozityvesnis požiūris į gydytojo profesiją, padidės atlyginimai, sumažės korupcijos apraiškos, sustiprės bendradarbiavimas ir vidaus audito veikla, patobulės e. sveikata ir t.t. Nors paslaugos ir pabrangs, tačiau pagerės paslaugų kokybė, nors regionuose nebeliks ligoninių, tačiau pagerės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas.

## Išvados

1. Šalia jau esamų Europos Sąjungos tradicinių kokybės principų, orientuotų į jos užtikrinimą, t.y. paciento, profesionalo ir vadybos kokybės vertinimo struktūros proceso ir rezultato aspektais, šiuolaikinė sveikatos priežiūros paslaugų kokybė vis labiau orientuojasi į jos gerinimo procesą, pabrėžiant orientaciją į klientą, nuolatinį tobulėjimą ir darbą komandoje.
2. Lietuvos sveikatos priežiūros kokybės teisės aktai remiasi Europos Tarybos, Europos Komisijos, PSO, Europos sveikatos priežiūros kokybės draugijos, Europos kokybės organizacijos, Europos kokybės vadybos fondo rekomendacijomis ir kitų šalių geraja patirtimi, tačiau jų įgyvendinimas labai priklauso nuo visų jos suinteresuotųjų kompetencijos ir kokybės vadybos sistemų įsisavinimo įstaigose, kurios dar trūksta.
3. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybei vertinti šiuo metu labiausiai tiktų šie matavimo instrumentai: servqual, veiklos vertinimo prizmė, N. Kano sukurtas patraukliosios kokybės modelis ir kt. Vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pagal sveikatos priežiūros kokybės vadybos pradininko Donabediano metodą, turi būti įvertinta organizacijos struktūra, procesai ir veiklos rezultatai. Labiausiai pabrėžiami kokybės vertinimo aspektai yra sveikatos priežiūros paslaugų rezultatyvumas, efektyvumas, prieinamumas, priimtinumas, teisingumas ir saugumas.
4. Nors kokybės politika suformuota teisingai, remiantis tarptautiniais ir Lietuvos teisės aktais, jos įgyvendinimas labai priklauso nuo vadovų atsakomybės. Vadovaujantis ekspertų nuomone, sveikatos priežiūros įgyvendinime trūksta bendradarbiavimo ir visų specialistų įtraukimo, tikslaus kiekvienos grandies atsakomybių apibrėžimo ir pasiskirstymo jomis, vyrauja specialistų įtraukties rengiant kokybės programas ir darbuotojų, kurie dirbtų su jomis stygius, o kokybės analizės dažnai būna paviršutiniškos, atliekant jas trūksta bendradarbiavimo, jos reikalauja per daug finansinių išteklių.
5. Išoriniai veiksniai, labiausiai darantys įtaką sveikatos priežiūros paslaugų kokybei yra: 1) politiniai veiksniai – iš politikų tikimasi aiškių kriterijų įstatymų sudaryme; 2) socialiniai veiksniai – demografinė padėtis sparčiai keičiasi, todėl būtina į tai orientotis pritaikant sveikatos apsaugos sistemą; 3) teisiniai veiksniai – trūksta bendros sistemos siekiant tikslios teisinių aktų interpretacijos ir supratimo; 4) medijos ir žiniasklaida – gydytojai turi prisitaikyti ir suprasti, kad medijos gali iškreipti jų nustatytą kokybę. Vidiniai veiksniai, labiausiai darantys įtaką: 1) vidinė įstaigų kultūra – trūksta bendrų tikslų ir vieningos vizijos; 2) finansiniai veiksniai – finansų trūkumas apriboja ir gali trukdyti tobulinti paslaugų kokybę; 3) per didelis darbo krūvis ir dokumentacijos perteklius mažina tikimybę

suteikti kokybišką paslaugą; 4) bendradarbiavimo trūkumas; 5) žmogiškųjų išteklių bei vidaus kontrolės trūkumas.



## Rekomendacijos ir pasiūlymai

1. Bendrai vertinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę yra sudėtinga, nes paslaugų yra labai daug ir kiekvienos paslaugos kokybės kriterijai yra skirtingi. Sveikatos apsaugos ministerija ir Lietuvos Respublikos vyriausybė turėtų sukurti nustatytus ir apibrėžtus, specializuotus kokybės kriterijus.
2. Sveikatos apsaugos ministerija, sveikatos priežiūros įstaigos kokybės programoje turėtų aiškiai apibrėžti kiekvieno darbuotojo indėlį ir atsakomybes.
3. Sveikatos apsaugos ministerija, Lietuvos Respublikos vyriausybei rekomenduojama daugiau dėmesio skirti įstatymų rengimui, sukurti bendrą sistemą siekiant tikslios teisinių aktų interpretacijos ir supratimo.
4. Sveikatos apsaugos ministerijai, sveikatos priežiūros įstaigoms planuoti specialistų poreikį ateityje, gerinti gydytojų darbo sąlygas ir taip didinti paslaugų prieinamumą. Skatinti konkurenciją keliant specialistų darbo užmokestį. Taip padidėtų konkurencija dėl darbo vietų ir sustiprėtų darbuotojų vidinė motyvacija.
5. Sveikatos apsaugos ministerijai, sveikatos priežiūros įstaigoms būtų tikslinga mažinti dokumentacijos kiekį pasitelkiant e. sveikatą ir taip prailginti konsultacijos laiką.
6. Sveikatos priežiūros įstaigoms stiprinti įstaigų vidaus auditą, didinti šių specialistų etatus, vertinimų metu daugiau dėmesio kreipti į tiesioginį darbą su pacientais, o ne dokumentacijos tikrinimui.
7. Siekiant sumažinti nepageidaujamų įvykių skaičių Sveikatos apsaugos ministerijai ir sveikatos priežiūros įstaigoms skatinti aktyvią viešumo politiką – nebijoti pripažinti klaidos ar problemos ir informuoti apie tai atsakingus asmenis. Įvardytą problemą išanalizuoti ir sukurti tam tikrus standartus ir reikalavimus, kurių būtų griežtai laikomasi.
8. Sveikatos priežiūros įstaigoms rekomenduojama kontroliuoti viešuosius pirkimus, tikrinti ir įvertinti ar perkami ir paleidžiami į apyvartą produktai yra kokybiški ir ar negali sukelti tam tikro nepageidaujamo įvykio.
9. Sveikatos apsaugos ministerijai ir sveikatos priežiūros įstaigoms reikėtų didinti specialistų įtrauktį rengiant kokybės programas ir darbuotojų, nes programa dažniausiai yra rašoma vadybininkų, trūksta bendradarbiavimo kartu su specialistais.
10. Valstybinei ir teritorinėms ligonių kasoms, Sveikatos apsaugos ministerijai būtų tikslinga sukurti aiškią mokamų ir nemokamų paslaugų diferenciaciją – tiksliai apibrėžti, kokią naudą pacientui suteikia mokamos paslaugos, išryškinti skirtumus, parengti reglamentą, kuris tai atspindėtų.

11. Valstybinei ir teritorinėms ligonių kasoms, Sveikatos apsaugos ministerijai nustatyti realius paslaugų įkainius ir vertę. Tačiau čia susiduriama su ribotu PSDF biudžetu, kurio tiesiog neužtenka sveikatos priežiūros paslaugų visai kainai padengti. Paslaugos kainą turėtų dengti ir valstybė ir žmogus.
12. Kokybės analizė dažnai būna paviršutiniška. Sveikatos apsaugos ministerijai, sveikatos priežiūros įstaigoms reikėtų jas sukonkretinti, pateikti aiškiau su išvadamis ir realiais pasiūlymais, kaip pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ar išspręsti tam tikrą problemą.
13. Sveikatos priežiūros įstaigoms derinti vidinį ir išorinį auditą siekiant kuo išsamesnės ir tikslesnės kokybės analizės.
14. Sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojams nuolat kelti kvalifikaciją kokybės vadybos srityje.
15. Sveikatos priežiūros specialistų draugijoms bei pacientų organizacijoms reikėtų glaudžiau bendradarbiauti, organizuoti bendrus renginius.
16. Žiniasklaida galėtų pateikti pacientui aktualią informaciją tiek specialistų, tiek pacientų draugijų interneto svetainėse.
17. Darytina prielaida, kad viena pacientų ir medicinos personalo bendravimo problemų priežasčių yra išankstinis susipriešinimas tarp medikų ir pacientų, nulemtas daugelio veiksnių – žiniasklaidos neigiamai pateikiamų nesėkmės istorijų, sisteminių vadybinių paslaugų organizavimo problemų, pasikeitusio mediko-paciento santykio. Žiniasklaidai būtų tikslinga atsakingiau formuoti mediko įvaizdį visuomenėje.

## LITERATŪRA

1. Adomaitytė-Subačienė, I. Socialinių paslaugų kokybės standartizavimas Lietuvoje (2015). Prieiga per internetą <http://www.zurnalai.vu.lt/socialine-teorija-empirijs-politikair-praktika/article/view/8375>.
2. Anderson E. W, Mittal V. Strengthening the satisfaction-profit chain. *Journal of Service Research*, Vol. 3, No. 2, (2000).
3. Bagdonienė, D., Daunorienė, A., Simanavičienė, A. (2011). Nevyriausybių organizacijų veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimas. *Economics and management*.
4. Bagdonienė, L., Hopienė, R. (2009). Paslaugų marketingas ir vadyba. Kaunas: Technologija.
5. Bandyopadhyay N., (2015). Classification of service quality attributes using Kano's model, *International Journal of Bank Marketing*, Vol. 33, Iss 4.
6. Batrich, M., Domerchie M. Quality improvement in the emergency department. *Seminars for Nurse Managers*. 1995, Vol. 3(3).
7. Bitinas, B., Rupšienė, L., Žydžiūnaitė, V. Kokybinių tyrimų metodologija i ir ii dalis. Klaipėda, 2008. Björnberg, A. Euro health Consumer index 2017 report, *Health Consumer Powerhouse*, 2018. Prieiga per internetą: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf>.
8. Bubnienė D., Ruževičius J. Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai //Verslo ir teisės aktualijos. – Vilnius, 2010, Vol. 5. Prieiga per internetą: <http://web.ebscohost.com/skaitykla.mruni.eu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d9ed7817-fdd9-420b-a6a5-7869be692749%40sessionmgr15&vid=6&hid=1>
9. Bučiūnienė I., Piligrimienė Ž. Skirtingi požiūriai į sveikatos priežiūros kokybę: ar įmanomas konsensusas? // *Inžinerinė ekonomika*, 2008, Nr. 1 (56).
10. Budgetary incentives for the appropriate use of technology. London, CASPE Research/WHO Global Programme for Appropriate Health Care Technology 5BIFATECH, No.2, 1998.
11. Carter R. E. et al. Impact of quality management on hospital performance: an empirical examination // *QMJ*, 2010, Vol. 17, No. 4. URL: <http://www.scribd.com/doc/43253867/Impact-of-Quality-Management-on-HospitalPerformance-an-Empirical-Investigation>.
12. Chadha, S. K., Gagandeep. „Empowering quality management systems through supply chain management integration: a survey of select hospitals in Chandigarh, Mohali and Panchkula“, *IUP Journal of Supply Chain Management*, Vol. 10, No. 2, (2013). Prieiga per

interneta:

<http://web.ebscohost.com.skaitykla.mruni.eu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a488649b99cb-40ff-a4ad-18d23b3e772e%40sessionmgr11&vid=5&hid=20>.

13. Charles D. Shaw, Isuf Kalo. A Background for National Quality Policies in Health Systems. World Health Organization, 2002.
14. Cheng Lim P., Tang Nelson K.H., Jackson P. M., (1999), An innovative framework for health care performance measurement, *Managing Service Quality: An International Journal*, Vol. 9, Iss 6.
15. Curry LA, Nembhard IM, Bradley EH. Qualitative and mixed methods provide unique contributions to outcomes research. *Circulation*. 2009; 119(10).
16. Deming, W. E. *Out of the Crisis*. Cambridge, 1989.
17. Donabedian, A. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press, 2002.
18. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 2005.
19. Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Chicago: Health Administration Press, 1980.
20. European Commission, Patient safety and quality of healthcare, Special Eurobarometer 327, 2010. Prieiga per internetą: [http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs\\_327\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf).
21. ES sveikatos programa 2014-2020 m. Prieiga per internetą: [https://ec.europa.eu/health/funding/programme\\_en](https://ec.europa.eu/health/funding/programme_en).
22. Europos vartotojų pasitenkinimo valdymo vadovas, 2010. Prieiga per internetą: <http://vakokybe.vrm.lt/index.php?id=525>.
23. Gaižauskaitė, I., Valavičienė, N. *Socialinių tyrimų metodai: kokybinis interviu*. Mykolo Romerio universitetas, 2016.
24. Informacija apie medicinos praktikos, slaugos praktikos ar akušerijos praktikos licencijavimo tvarką ir aktualias šių specialistų licencijas. Prieiga per internetą: [www.vaspvt.gov.lt](http://www.vaspvt.gov.lt).
25. Jankauskienė, D. Kokybės vertinimo rodikliai. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymas Lietuvoje. Tezės. Pranešimo medžiaga. Palanga, 2004.
26. Jankauskienė, D., (2015). Ligoninių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis. *Sveikatos politika ir valdymas* 1(9), P. 42-68.
27. Jankauskienė, D., Pečiūra, R. *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007.

28. Jankauskienė, D., Rastauskas R. Kokybės gerinimas Pasvalio ligoninėje. Viešoji politika ir administravimas, 2008; 28: 71-8.
29. Jankauskienė, D. „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse“, Sveikatos politika ir valdymas, (2016).
30. Janušonis V., Popovienė J. Kokybės sistemos: kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijoje. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė, 2004.
31. Johnston, R. The determinants of service quality: satisfiers and dissatisfiers , International Journal of Service Industry Management, Vol. 6, Iss 5, p. 53 – 71, 1995.
32. Jurgelėnas A., Mačiūnas E., Juozulynas A., Venalis A., Norvaišas S. Sveikatos socialinė plėtra. Vilnius: Mykolo Romerio universiteto biblioteka, 2007.
33. Jurkuvėnas V. Nepageidautini įvykiai ir jų priežastys sveikatos priežiūros specialistų ir jų pacientų požiūriu: mokslo darbai. – Vilnius: Higienos institutas, 2011, Nr. 4, p. 3-14. – ISSN 1822-9999.
34. Jurgutis, A., Vainiomaki, P., Stašys, R. Primary health care quality indicators for a more sustainable health care system in Lithuania, Management theory and studies for rural business and infrastructure development, 2(26), 2011.
35. Kardelis, K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Šiauliai: Lucilijus, 2007.
36. Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija). Valstybės žinios, 2002, Nr. 97-4258.
37. Korda, P. A., Snoj, B. Development, validity and reliability of perceived service quality in retail banking and its relationship with perceived value and customer satisfaction, 2010. Prieiga per internetą: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=106&sid=1362d992-6342-451f-ba18-13c207a6b89e%40sessionmgr11&vid=4>.
38. Kosinskienė A., Ruževičius J. Sveikatos priežiūros kokybės valdymas ligoninėje // Medicinos teorija ir praktika. – Vilnius, 2011, Nr. 1, p. 23-36. - ISSN 1392-1312. – URL: [http://www.mtp.lt/files/MEDICINA\\_TP-2010-Nr.023-03612.pdf](http://www.mtp.lt/files/MEDICINA_TP-2010-Nr.023-03612.pdf).
39. Kosinskienė, A., Ruževičius, J. Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui // Visuomenės sveikata. – 2011, Nr. 1 (52), p. 13-29. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/images/Sveik\\_1\(52\)\\_Ruzevicius\\_M.pdf](http://www.hi.lt/images/Sveik_1(52)_Ruzevicius_M.pdf).
40. Koziriūtė, L. Šiuolaikinės veiklos vertinimo sistemos: lyginamoji analizė. Vilniaus universitetas: 2018. Prieiga per internetą: <https://epublications.vu.lt/object/elaba:29802537/index.html>.

41. Kundelienė, K. Apskaitos kokybė: kaip apibrėšime ir kuo matuosime? *Ekonomika ir Vadyba*, 14, 85–91, 2009.
42. Legido-Quigley, H. et al., *Assuring the quality of health care in the European Union*. Copenhagen: Europe and European Observatory on Health Systems and Policies, 2008. Prieiga per internetą: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/98233/E91397.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf).
43. Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08?jfwid=-fxdp770g>.
44. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2017 m. lapkričio 15 d. V-1292 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programos patvirtinimo“. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/3ca52110caac11e782d4fd2c44cc67af?jfwid=q86m1vsxj>
45. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“, 2004 m. rugsėjo 14 d. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalActPrint/lt?jfwid=rivwzvvpvg&documentId=TAIS.242167&category=TAD>.
46. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, (2011). VŠĮ „Europos socialiniai, teisiniai ir ekonominiai projektai“, Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų Sanglaudos skatinimo veiksmų programos priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimas. Galutinė ataskaita.
47. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. kovo 2 d. įsakymu Nr. V-156 patvirtintos Asmens sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimo taisyklės // *Žin.*, 2007, Nr. 31–1148. Šių taisyklių 60 p.
48. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas “ Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 – 2010 m. programos patvirtinimo”. *Valstybės žinios*, 2004, Nr. 144-5268, p. 14-20.
49. Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos vykdymas: kaip sekasi siekti užsibrėžtų tikslų? *Visuomenės sveikatos netolygumai*, 2018. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/lss\\_vertinimas\\_2018\\_2.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/lss_vertinimas_2018_2.pdf).
50. Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerija. *Europos vartotojų pasitenkinimo valdymo vadovas*, 2010. Prieiga per internetą: <http://vakokybe.vrm.lt/index.php?id=525>.

51. Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, Glinos IA. Assuring the Quality of health care in the European Union. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies; 2008. p.2-3.
52. Löfgren, M., Witell, L. Classification of quality attributes, *Managing Service Quality*, Vol. 17, Iss 1, p. 54 – 73, 2007.
53. Matzler, K., Hinterhuber, H., Bailom, F., Sauerwein, E. How to delight your customers, *Journal of Product & Brand Management*, Vol. 5, Iss 2 p. 6 – 18, 1996.
54. Matzler, K., Hinterhuber, H. How to Make Product Development Projects more Successful by Integrating Kano's Model of Customer Satisfaction into Quality Function Deployment. *Technovation*. p 25-38, 1998.
55. Mažeikienė, L. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kontrolės sistema Lietuvoje, 2016, MRU veiklos audito programos MBD cit. Petichenko A.V. Accreditation of healthcare organizations as vector of achievement of quality . *Quality Management in Public Health and Social Development* Nr.1 (11), 2012.
56. Mikulis, J. Pažangūs vadybos principai. Visuotinė kokybės vadyba. Vilnius: Ciklonas, 2007.
57. Misevičienė, I. Europos Sveikatos politika ir prielaidos naujai Lietuvos sveikatos programai // *Visuomenės sveikata*. – Vilnius, 2011, Nr.2 (53), p. 5 – 10. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/images/SV\\_2\(53\)\\_redakcijos\\_skiltis.pdf](http://www.hi.lt/images/SV_2(53)_redakcijos_skiltis.pdf).
58. Mosadeghrad, A. "A study of relationship between job stress, quality of working life and turnover intention among hospital employees", *Human Resource Management International Digest*, Vol. 20 No. 3, 2012.
59. Neely, A., Gregory, M., Platts, K. Performance measurement system design: A literature review and research agenda. *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 15, No. 4, p. 80-116, 1995.
60. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 1996. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.31932?jfwid=q8i88m7l6>.
61. Palaima, T. Paslaugų kokybės tyrimo programa: kiekybinių tyrimų galimybės // *Marketingas*, Nr. 7-8, 2005.
62. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. and Berry, L. L. (1985), "A conceptual model of service quality and its implication", *Journal of Marketing*, Vol. 49, Fall, pp. 41–50. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. and Berry, L. L. (1986), "SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring customer perceptions of service quality", Report No. 86–108, Marketing Science Institute, Cambridge, MA. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. and Berry, L. L. (1988), "SERVQUAL: a multi-item scale for measuring consumer perceptions of the service

- quality”, *Journal of Retailing*, Vol. 64, No. 1, pp. 12–40. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. and Berry, L. L. (1991), “Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale”, *Journal of Retailing*, Vol. 67, pp. 420–450.
63. Paukštys, J., Šileikienė, L. Sveikatos priežiūros kokybė. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, 2004.
  64. Piligrimienė, Ž., Bučiūnienė, I. Different perspectives on health care quality: is the consensus possible? *Engineering economics*, 1(56), 104 – 111, 2008. Prieiga per internetą: <http://www.ktu.lt/lt/mokslas/zurnalai/inzeko/56/1392-2758-2008-1-56-104.pdf>.
  65. Poškutė V., Bivainienė, L. AB „Šiaulių bankas“ paslaugų kokybės vertinimas. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, 2011.
  66. Shahin, A., Pourhamidi, M., Antony, J., Park, S., H. Typology of Kano models: a critical review of literature and proposition of a revised model, *International Journal of Quality and Reliability Management*, Vol. 30, Iss 3, p. 341 – 358, 2013.
  67. Shen, X.X., Tan., K., C., Xie, M. An integrated approach to innovative product development using Kano’s model and QFD, *European Journal of Innovation Management*, Vol.3, Iss 2, p. 91-99, 2000.
  68. Sriubas, M. Paciento teisės į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas turinio ypatumai Lietuvoje, 2013. Prieiga per internetą: <http://teise.org/wp-content/uploads/2016/09/2013-1-Sriubas.pdf>.
  69. Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų Sanglaudos skatinimo veiksmų programos priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimas; 2011.
  70. Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų Sanglaudos skatinimo veiksmų programos priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimas. Galutinė ataskaita. Sveikatos apsaugos ministerija, 2009. Prieiga per internetą: [http://www.esparama.lt/es\\_parama\\_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas\\_ESSP\\_Neringos/Ataskaitos\\_2010MVP/SAM\\_rodikliai\\_ataskaita.pdf](http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas_ESSP_Neringos/Ataskaitos_2010MVP/SAM_rodikliai_ataskaita.pdf).
  71. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 metų programa. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.242167/asr>.
  72. Sveikata 21. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. LR sveikatos apsaugos ministerija, 2013.
  73. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programa 2018-2020. Prieiga per internetą: <https://eseimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/3ca52110caac11e782d4fd2c44cc67af/CcdbSnkOMc>.



74. Sveikatos priežiūros įstaigų licenzijos. Prieiga per internetą: <https://www.vaspvt.gov.lt/node/150>.
75. Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo prioritetų nustatymo ir vertinimo organizavimo tvarkos aprašas, 2016 m. sausio 8 d. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/f1c0e290c01e11e5a6588fb85a3cc84b>.
76. Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų Sanglaudos skatinimo veiksmų programos priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimas, 2011.
77. Šilys, A. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės valdymas. Vilnius: Vilniaus universitetas, Vilniaus universiteto Santariškių klinikos, 2012.
78. Šilys A., Gurevičius R.. Visuotinės kokybės vadybos modeliai tuberkuliozinės ir infekcinių ligų universitetinėje ligoninėje // Medicinos teorija ir praktika. – 2008, T. 14, Nr. 1, p. 60-70. . ISSN 1392-1312 – URL: [http://www.mtp.lt/files/MEDICINA-2008-1-p\\_60-70.pdf](http://www.mtp.lt/files/MEDICINA-2008-1-p_60-70.pdf).
79. Šimkus, A., Pilelienė, L. Sporto paslaugų kokybės vertinimas: teorinis aspektas. Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai, 53, 2010.
80. Štaras K., Vedlūga T., Kalvelytė N. „Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtumo vertinimas ir analizė“. *Sveikatos mokslai: visuomenės sveikata* Vol.23, No. 4 (2013): 27-33.
81. Tan, K., C., Pawitra, T., A. Integrating SERVQUAL and Kano's model into QFD for service excellence development. *Managing Service Quality*, Vol. 11, No 6. p.418- 430, 2001.
82. Valstybinio audito ataskaita, asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema 2007 m. Birželio 26 d. Nr. VA-P-10-4-9. Valstybės žinios 2007; 28-1147. Wang T., Ji. P.(2010). Understanding customer needs through quantitative analysis of Kano's model, *International Journal of Quality and Reliability Management*, Vol 27, Iss 2, p. 173 – 184.
83. Zgodavova, K., Colesca, S. Quality Management Principles – An Approach In Healthcare Institutions, *Management and Marketing Journal*, University of Craiova, Faculty of Economics and Business Administration, vol. 5(1), pages 31-38, 2007.
84. Žydzūnaitė, V., Sabaliauskas, S. Kokybiniai tyrimai, principai ir metodai. Vadovėlis socialinių mokslų studijų programų studentams. Vilnius, 2017.
85. Weil, O., McKee, M., Brodin, M., Obele, D. Priorities for public health action in the European Union. European Commission, 1999:77-86. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. World Health Organisation, 2006.

86. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. World Health Organisation, 2006. Prieiga per internetą: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
87. 1996 m. birželio 18 d. Liubianos chartija dėl sveikatos apsaugos reformų Europoje. Prieiga per internetą: [http://sec.lt/pages/spr/Alf\\_mok/Priedai/Chatija.html](http://sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Priedai/Chatija.html).
88. 2002 m. spalio 10 d. įsakymas Nr. 495 „Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos patvirtinimo“. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalActPrint/lt?jfwid=rivwzvvpvg&documentId=TAIS.242167&category=TAD>.
89. 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, Sveikatos sistemos įstatymas. Prieiga per internetą <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.E2B2957B9182>.
90. 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367, LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C81BD50A27C6/EjcDxDiwOB>.
91. 2010 m. gegužės 6 d. Nr. V-401, LR įsakymas „Dėl privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.F3D002FD1DD3>.
92. 2015 m. rugpjūčio 10 d. Nr. V-929, LR įsakymas Dėl Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymo nr. v-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalact/lt/tad/b5f911c045e311e59cf1cfda14b526c5>.

## ANOTACIJA

**Valkavičiūtė, V. Kokybės politikos analizė sveikatos priežiūros sistemoje** – magistro baigiamasis darbas. Darbo vadovė – prof. dr. Danguolė Jankauskienė – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Viešojo valdymo fakultetas, 2019.

Darbe nagrinėjama sveikatos priežiūros kokybės samprata ir atskleidžiami kokybės kriterijai, analizuojami kokybės politiką reglamentuojantys teisės aktai ir programos Lietuvoje. Toliau atskleidžiami svarbiausi sveikatos kokybės politikos matavimo instrumentai, apibrėžiamos kokybės užtikrinimo bei kokybės gerinimo sąvokos, analizuojama informacija apie bendrą kokybės valdymą ir nepriekaištingą veiklą, kuri yra neatsiejama kokybiškos paslaugos dalis. Penktame skyriuje koncentruojamasi į empirinę tyrimo dalį – analizuojamos sveikatos politikos formuotojų, įgyvendintojų ir vertintojų įžvalgos sveikatos kokybės politikos klausimais, siekiama išsiaiškinti, kokie veiksniai daro didžiausią įtaką sveikatos kokybės politikai bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir nustatyti kliūtis su kuriomis susiduriama. Toliau pateikti apibendrinimai, suformuluotos rekomendacijos bei pasiūlymai.

## SANTRAUKA

**Valkavičiūtė, V. Kokybės politikos analizė sveikatos priežiūros sistemoje** – magistro baigiamasis darbas. Darbo vadovė – prof. dr. Danguolė Jankauskienė – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Viešojo valdymo fakultetas, 2019.

Sveikatos kokybės klausimai yra įkomponuoti į ateities sveikatos viziją. Kokybė tai vienas iš pagrindinių prioritetų, dėl ko pacientas renkasi vienas ar kitas paslaugas. Todėl labai svarbu įvertinti teikiamų paslaugų kokybę, suvokti, kaip formuojama, įgyvendinama ir vertinama sveikatos priežiūros kokybės politika Lietuvoje.

**Tyrimo objektas** – kokybės politikos analizė sveikatos priežiūros sistemoje.

**Problema** – kaip formuojama, įgyvendinama ir vertinama sveikatos priežiūros kokybės politika Lietuvoje?

**Tikslas** – išanalizuoti kokybės politikos tinkamumą sveikatos priežiūros sistemoje.

### **Darbo uždaviniai:**

1. Aptarti kokybės politikos sveikatos priežiūroje principus Europos Sąjungoje.
2. Išnagrinėti kokybės politiką reglamentuojančius teisės aktus ir programas Lietuvoje.
3. Atskleisti svarbiausius sveikatos kokybės politikos matavimo instrumentus.
4. Įvertinti ekspertų nuomonę apie kokybės politikos tinkamumą Lietuvoje.
5. Išsiaiškinti, kokie veiksniai daro didžiausią įtaką sveikatos kokybės politikai bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir nustatyti kliūtis su kuriomis susiduriama.
6. Suformuluoti ir pateikti pasiūlymus sveikatos kokybės politikos tobulinimui bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybės pagerinimui.

**Tyrimo metodai:** mokslinės literatūros analizė, dokumentų analizė, kokybinis tyrimas – interviu.

**Darbo struktūra:** darbą sudaro 5 skyriai. Pirmajame skyriuje nagrinėjama sveikatos priežiūros kokybės samprata ir kokybės kriterijai. Antrajame skyriuje nagrinėjami kokybės politiką reglamentuojantys teisės aktai ir programos Lietuvoje. Trečiajame skyriuje atskleidžiami svarbiausi sveikatos kokybės politikos matavimo instrumentai. Ketvirtajame skyriuje apibrėžiamos kokybės užtikrinimo bei kokybės gerinimo sąvokos, analizuojama informacija apie bendrą kokybės valdymą ir nepriekaištingą veiklą, kuri yra neatsiejama kokybiškos paslaugos dalis. Penktame skyriuje koncentruojamasi į empirinę tyrimo dalį – analizuojamos sveikatos politikos formuotojų, įgyvendintojų ir vertintojų įžvalgos sveikatos kokybės politikos klausimais. Toliau pateikti apibendrinimai, suformuluotos rekomendacijos bei pasiūlymai.

**Tyrimo rezultatai** parodė, kad šalia jau esamų Europos Sąjungos tradicinių kokybės principų, orientuotų į jos užtikrinimą, t.y. paciento, profesionalo ir vadybos kokybės vertinimo struktūros proceso ir rezultato aspektais, šiuolaikinė sveikatos priežiūros paslaugų kokybė vis labiau orientuojasi į jos gerinimo procesą, pabrėžiant orientaciją į klientą, nuolatinį tobulėjimą ir darbą komandoje. Nors kokybės politika suformuota teisingai, remiantis tarptautiniais ir Lietuvos teisės aktais, jos įgyvendinimas labai priklauso nuo vadovų atsakomybės.

**Darbo apimtis:** 86 psl. (be priedų), pateikta 14 lentelių, 11 paveikslų, 4 priedai, panaudoti 92 literatūros šaltiniai.

**Raktiniai žodžiai:** sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, sveikatos priežiūros veiklos tobulinimas.

## SUMMARY

**Valkaviciute, V. Quality policy analysis in the healthcare system** – Master's thesis. Thesis supervisor – prof. dr. Danguole Jankauskiene – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of public management, 2019.

Health quality issues are embedded in our vision for future health. Quality is one of the main priorities for the patient to choose one or the other service. Therefore, it is very important to evaluate the quality of services provided, to understand how health care quality policy is formulated, implemented and evaluated in Lithuania.

**Research object** – quality policy analysis in the healthcare system.

**Research problem** – how is health care quality policy formulated, implemented and evaluated in Lithuania?

**Research aim** – analyze the appropriateness of quality policies in the healthcare system.

**Tasks of the thesis:**

1. To discuss the principles of quality policy in health care in the European Union.
2. Analyze quality policy legislation and programs in Lithuania.
3. To reveal the main instruments for measuring health quality policy.
4. To evaluate the opinion of experts on the appropriateness of quality policy in Lithuania.
5. Identify the factors that have the greatest impact on health quality policy and quality of health care and identify the barriers encountered.
6. To formulate and submit proposals for the improvement of health quality policy and the quality of health care services.

**Research methods:** scientific literature analysis and systematization, document analysis, qualitative research – interview.

**Structure of thesis:** thesis consists of 5 sections. The first section examines the concept of health care quality and quality criteria. The second section examines the legislation and programs governing quality policy in Lithuania. The third section reveals the most important instruments for measuring health quality policy. Chapter four defines the concepts of quality assurance and quality improvement, and analyzes information on overall quality management and flawless performance that are integral to quality service. The fifth section focuses on the empirical part of the study, analyzing health policy makers', practitioners' and evaluators' insights on health quality policy. The following conclusions, recommendations and suggestions are formulated.

**The results of the study** showed that, alongside the already existing traditional quality principles of the European Union, in terms of the process and outcome structure of patient, professional, and management quality assessment, contemporary healthcare quality is increasingly focused on its process of improvement, with an emphasis on client orientation, continuous improvement, and teamwork. Although the quality policy is formulated correctly in accordance with international and Lithuanian legislation, its implementation is highly dependent on the responsibility of managers.

**Thesis consist of:** 86 p. (without appendixes), 14 tables, 11 pictures, 4 appendixes, 92 references.

**Key words:** quality of health care services, improvement of health care activities.

# **PRIEDAI**

**Priedas nr. 1. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės vertinimo rodikliai**

Rodiklio Eil. Nr.	Rodiklio pavadinimas	Pateiktini rodiklio duomenys/jų skaičiavimas ir vertinimas	Teisės aktai, kuriuose nustatyti rodikliu vertinamos veiklos reikalavimai, duomenų šaltiniai
1.	Cezario pjūvių dažnis	Cezario pjūviu baigtų gimdymų skaičiaus ir bendro asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (toliau – ASPĮ) vykusių gimdymų skaičiaus santykis (procentais)	Duomenų šaltinis – Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA (toliau – SVEIDRA)
	Mirštamumas aktyvaus gydymo ASPĮ metu	ASPĮ nuo tam tikros ligos mirusių pacientų skaičiaus ir visų nuo tam tikros ligos gydytų pacientų skaičiaus santykis (procentais)	Duomenų šaltinis – SVEIDRA
2.	Nuo miokardo infarkto	ASPĮ nuo miokardo infarkto mirusių pacientų skaičiaus ir visų nuo miokardo infarkto gydytų pacientų skaičiaus santykis (procentais)	Duomenų šaltinis – SVEIDRA
3.	Nuo galvos smegenų insulto	ASPĮ nuo galvos smegenų insulto mirusių pacientų skaičiaus ir visų nuo galvos smegenų insulto gydytų pacientų skaičiaus santykis (procentais)	Duomenų šaltinis – SVEIDRA
	Pragulų atsiradimų dažnis		
4.	ASPĮ aktyvaus gydymo padaliniuose	Aktyvaus gydymo atvejų, kai gydymo ASPĮ metu atsirado pragulų, skaičiaus ir visų ASPĮ aktyvaus gydymo atvejų skaičiaus santykis (procentais)	Duomenų šaltinis – ASPĮ duomenų registravimo sistema
5.	Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas teikiančiuose ASPĮ padaliniuose	Palaikomojo gydymo ir slaugos atvejų, kai gydymo ASPĮ metu atsirado pragulų, skaičiaus ir visų ASPĮ palaikomojo gydymo ir slaugos atvejų skaičiaus santykis (procentais)	Duomenų šaltinis – ASPĮ duomenų registravimo sistema

Rodiklio Eil. Nr.	Rodiklio pavadinimas	Pateiktini rodiklio duomenys/jų skaičiavimas ir vertinimas	Teisės aktai, kuriuose nustatyti rodikliu vertinamos veiklos reikalavimai, duomenų šaltiniai
6.	Paliatyviąją pagalbą teikiančiuose ASPĮ padaliniuose	Paliatyviosios pagalbos atvejų, kai gydymo ASPĮ metu atsirado pragulų, skaičiaus ir visų ASPĮ paliatyviosios pagalbos atvejų skaičiaus santykis (procentais)	Duomenų šaltinis – ASPĮ duomenų registravimo sistema
7.	Infekcijų kontrolės užtikrinimo lygis	1. ASPĮ lovų skaičius, tenkantis vienam infekcijų kontrolės gydytojui ar specialistui, dirbančiam visu etatu. 2. ASPĮ lovų skaičius, tenkantis vienam infekcijų kontrolės gydytojo arba specialisto padėjėjui, dirbančiam visu etatu	Duomenų šaltinis – ASPĮ duomenų registravimo sistema
8.	Pacientų pasitenkinimo lygis	Rodiklio duomenys: 1. Vidutinis ASPĮ gydomų pacientų skaičius per metus 2. Apklaustų pacientų skaičius 3. Anketinių duomenų analizės rezultatai bei apskaičiuotas ASPĮ pacientų pasitenkinimo suteikto mis paslaugomis lygis balais Rodiklio apskaičiavimas: apskaičiuojamas visų stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje ASPĮ per kalendorinius metus užpildytų Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketų (Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės vertinimo rodiklių sąrašo (toliau – anketa) balų sumos aritmetinis vidurkis. Anketos atsakymas: „taip“ vertinamas 2 balais, „iš dalies (galbūt)“ – 1 balu, „ne“ – 0 balų Vertinamos tik visiškai užpildytos anketos.	Duomenų šaltinis – ASPĮ duomenų registravimo sistema  Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymu Nr. V-338 „Dėl Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“

Rodiklio Eil. Nr.	Rodiklio pavadinimas	Pateiktini rodiklio duomenys/jų skaičiavimas ir vertinimas	Teisės aktai, kuriuose nustatyti rodikliu vertinamos veiklos reikalavimai, duomenų šaltiniai
		<p>ASPĮ užtikrina, kad būtų užpildytas reprezentatyvus anketų skaičius (rekomenduojama reprezentatyvios imties dydį nustatyti atsižvelgiant į 5 proc. paklaidą, ir naudoti Paniotto formulę: <math>n=1/(\Delta^2 + 1/N)</math>, čia: n – atvejų skaičius atrankinėje grupėje, N – generalinė aibė, <math>\Delta</math> – paklaidos dydis (0,05))</p> <p>ASPĮ vadovo sprendimu į anketą gali būti įtraukta ir papildomų klausimų, bet jų vertinimas neįskaičiuojamas į anketos balų sumą</p> <p>ASPĮ vadovo pasirašytinai įgaliojtas asmuo kartą per kalendorinius metus atlieka visiškai užpildytų anketų duomenų analizę ir apskaičiuoja ASPĮ pacientų patenkinimo suteiktomis paslaugomis lygį (balais)</p> <p>Anketos saugomos ASPĮ vadovo nustatyta tvarka ne trumpiau kaip penkis metus</p>	
9.	Periodinės infekcijų ir jų rizikos veiksnių epidemiologinės priežiūros užtikrinimo lygis	<p>Rodiklio duomenys:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ASPĮ vadovo patvirtinta hospitalinių infekcijų epidemiologinės priežiūros tvarka (įsakymo Nr., priėmimo data)</li> <li>2. Infekcijų ir jų rizikos veiksnių paplitimo tyrimo data</li> <li>3. Infekcijų ir jų rizikos veiksnių paplitimo tyrimo duomenų pateikimo Higienos institutui data</li> </ol> <p>Vertinimas: Teigiamai vertinama, jeigu per kalendorinius metus atliktas infekcijų ir jų rizikos veiksnių paplitimo tyrimas ir jo duomenys pateikti Higienos institutui</p>	Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 14 d. įsakymu Nr. V-1110 „Dėl hospitalinių infekcijų epidemiologinės priežiūros ir valdymo“

Rodiklio Eil. Nr.	Rodiklio pavadinimas	Pateiktini rodiklio duomenys/jų skaičiavimas ir vertinimas	Teisės aktai, kuriuose nustatyti rodikliu vertinamos veiklos reikalavimai, duomenų šaltiniai
10.	Antibiotikams atsparių mikroorganizmų paplitimo stebėsenos užtikrinimo lygis	<p>Rodiklio duomenys:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ASPĮ vadovo patvirtinta atsparių antibiotikams mikroorganizmų paplitimo stebėsenos tvarka (įsakymo Nr., priėmimo data)</li> <li>2. Atsparių antibiotikams mikroorganizmų paplitimo stebėsenos rezultatai (ataskaita)</li> </ol> <p>Vertinimas: Teigiamai vertinama, jei ASPĮ turi vadovo patvirtintą atsparių antibiotikams mikroorganizmų paplitimo stebėsenos tvarką</p>	Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 14 d. įsakymu Nr. V-1110
11.	Vaistinių preparatų nuo infekcijų skyrimo pagrįstumo užtikrinimo lygis	<p>Rodiklio duomenys:</p> <p>ASPĮ vadovo patvirtinta racionalaus vaistinių preparatų nuo infekcijų skyrimo tvarka (įsakymo Nr., priėmimo data)</p> <p>Vertinimas: Teigiamai vertinama, jei ASPĮ turi vadovo patvirtintą racionalaus vaistinių preparatų nuo infekcijų skyrimo tvarką</p>	Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 14 d. įsakymu Nr. V-1110
12.	Nepageidaujamų įvykių registravimo ir analizės plėtos apimtis	<p>Rodiklio duomenys:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Papildomi registruojami nepageidaujami įvykiai (sąrašas)</li> <li>2. Vidaus dokumentas, reglamentuojantis šių įvykių registravimą ir analizę</li> <li>3. Registruojamų nepageidaujamų įvykių priežasčių analizės rezultatai</li> </ol>	Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymu Nr. V-401



**Priedas nr. 2. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės vertinimo rodiklių sąrašas**

<b>Eil. Nr.</b>	<b>Rodiklio pavadinimas</b>	<b>Pateiktini rodiklio duomenys/jų skaičiavimas ir vertinimas</b>	<b>Teisės aktai, kuriuose nustatyti rodikliu vertinamos veiklos reikalavimai / Duomenų šaltiniai</b>
1.	Cezario pjūvių dažnis	Cezario pjūviu baigtų gimdymų skaičiaus ir bendro asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (toliau – ASPĮ) vykusių gimdymų skaičiaus santykis (procentais).*	Duomenų šaltinis – Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA (toliau – SVEIDRA)
2.	Mirštamumas** aktyvaus gydymo ASPĮ metu:	ASPĮ nuo tam tikros ligos mirusių pacientų skaičiaus ir visų nuo tam tikros ligos gydytų pacientų skaičiaus santykis (procentais).*	Duomenų šaltinis – SVEIDRA
2.1.	nuo miokardo infarkto	ASPĮ nuo miokardo infarkto mirusių pacientų skaičiaus ir visų nuo miokardo infarkto gydytų pacientų skaičiaus santykis (procentais).	Duomenų šaltinis – SVEIDRA
2.2.	nuo galvos smegenų insulto	ASPĮ nuo galvos smegenų insulto mirusių pacientų skaičiaus ir visų nuo galvos smegenų insulto gydytų pacientų skaičiaus santykis (procentais).	Duomenų šaltinis – SVEIDRA
3.	Pragulų išsivystymo dažnis:		
3.1.	ASPĮ aktyvaus gydymo padaliniuose	Aktyvaus gydymo atveju, kai gydymo ASPĮ metu išsivystė pragulos, skaičiaus ir visų ASPĮ aktyvaus gydymo atveju skaičiaus santykis (procentais).	Duomenų šaltinis – ASPĮ duomenų registravimo sistema
3.2.	palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas teikiančiuose ASPĮ padaliniuose	Palaikomojo gydymo ir slaugos atveju, kai gydymo ASPĮ metu išsivystė pragulos, skaičiaus ir visų ASPĮ palaikomojo gydymo ir slaugos atveju skaičiaus santykis (procentais).	Duomenų šaltinis – ASPĮ duomenų registravimo sistema
3.3.	paliatyviąją pagalbą teikiančiuose ASPĮ padaliniuose	Paliatyviosios pagalbos atveju, kai gydymo ASPĮ metu išsivystė pragulos, skaičiaus ir visų ASPĮ paliatyviosios pagalbos atveju skaičiaus santykis (procentais).	Duomenų šaltinis – ASPĮ duomenų registravimo sistema
4.	Infekcijų kontrolės užtikrinimo lygis	1. ASPĮ lovų skaičius, tenkantis vienam infekcijų kontrolės gydytojui ar specialistui, dirbančiam visu etatu.	Duomenų šaltinis – ASPĮ duomenų registravimo sistema

		2. ASPĮ lovų skaičius, tenkantis vienam infekcijų kontrolės gydytojo ar specialisto padėjėjui, dirbančiam visu etatu.	
5.	Pacientų pasitenkinimo lygis	<p>Rodiklio duomenys:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vidutinis ASPĮ gydomų pacientų skaičius per metus.</li> <li>2. Apklaustų pacientų skaičius.</li> <li>3. Anketinių duomenų analizės rezultatai bei apskaičiuotas ASPĮ pacientų pasitenkinimo suteiktomis paslaugomis lygis balais.</li> </ol> <p>Rodiklio reikšmės skaičiavimas: apskaičiuojamas visų stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje ASPĮ per kalendorinius metus užpildytų Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketų (Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės vertinimo rodiklių sąrašo 3 priedas) (toliau – anketa) balų sumos aritmetinis vidurkis. Anketos atsakymas „taip“ vertinamas 2 balais, „iš dalies (galbūt)“ – 1 balu, „ne“ – 0 balų. Vertinamos tik visiškai užpildytos anketos.</p> <p>ASPĮ užtikrina, kad būtų užpildytas reprezentatyvus anketų skaičius (rekomenduojama reprezentatyvios imties dydį nustatyti, atsižvelgiant į 5 proc. paklaidą, ir naudoti Paniotto formulę: <math>n=1/(\Delta^2 + 1/N)</math>, kur: n – atvejų skaičius atrankinėje grupėje, N – generalinė aibė, <math>\Delta</math> – paklaidos dydis (0,05)).</p> <p>ASPĮ vadovo sprendimu į anketą gali</p>	<p>Duomenų šaltinis – ASPĮ duomenų registravimo sistema</p> <p>Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymu Nr. V-338 „Dėl Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“</p>

		<p>būti įtraukta ir papildomų klausimų, bet jų vertinimas neįskaičiuojamas į anketos balų sumą.</p> <p>ASPI vadovo pasirašytinai įgaliotas asmuo kartą per kalendorinius metus atlieka visiškai užpildytų anketų duomenų analizę ir apskaičiuoja ASPI pacientų pasitenkinimo suteiktomis paslaugomis lygį (balais).</p> <p>Anketos saugomos ASPI vadovo nustatyta tvarka ne trumpiau kaip 5 metus.</p>	
6.	Periodinės infekcijų ir jų rizikos veiksnių epidemiologinės priežiūros užtikrinimo lygis	<p>Rodiklio duomenys:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ASPI vadovo patvirtinta hospitalinių infekcijų epidemiologinės priežiūros tvarka (įsakymo Nr., priėmimo data).</li> <li>2. Infekcijų ir jų rizikos veiksnių paplitimo tyrimo data.</li> <li>3. Infekcijų ir jų rizikos veiksnių paplitimo tyrimo duomenų pateikimo Higienos institutui data.</li> </ol> <p>Vertinimas: Teigiamai vertinama, jeigu per kalendorinius metus atliktas infekcijų ir jų rizikos veiksnių paplitimo tyrimas ir jo duomenys pateikti Higienos institutui.</p>	Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 14 d. įsakymu Nr. V-1110 „Dėl hospitalinių infekcijų epidemiologinės priežiūros ir valdymo“
7.	Antibiotikams atsparių mikroorganizmų paplitimo stebėsenos užtikrinimo lygis	<p>Rodiklio duomenys:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ASPI vadovo patvirtinta atsparių antibiotikams mikroorganizmų paplitimo stebėsenos tvarka (įsakymo Nr., priėmimo data).</li> <li>2. Atsparių antibiotikams mikroorganizmų paplitimo</li> </ol>	Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 14 d. įsakymu Nr. V-1110

		<p>stebėsenos rezultatai (ataskaita).</p> <p>Vertinimas: Teigiamai vertinama, jei ASPI turi vadovo patvirtintą atsparių antibiotikams mikroorganizmų paplitimo stebėsenos tvarką.</p>	
8.	Vaistinių preparatų nuo infekcijų skyrimo pagrįstumo užtikrinimo lygis	<p>Rodiklio duomenys: ASPI vadovo patvirtinta racionalaus vaistinių preparatų nuo infekcijų skyrimo tvarka (įsakymo Nr., priėmimo data).</p> <p>Vertinimas: Teigiamai vertinama, jei ASPI turi vadovo patvirtintą racionalaus vaistinių preparatų nuo infekcijų skyrimo tvarką.</p>	Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 14 d. įsakymu Nr. V-1110
9.	Nepageidajamų įvykių registravimo ir analizės plėtros apimtis	<p>Rodiklio duomenys:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Papildomi registruojami nepageidajami įvykiai (sąrašas).</li> <li>2. Vidaus dokumentas, reglamentuojantis šių įvykių registravimą ir analizę.</li> <li>3. Registruojamų nepageidajamų įvykių priežasčių analizės rezultatai.</li> </ol> <p>Vertinimas: Teigiamai vertinama, jei ASPI registruoja ir analizuoja daugiau nepageidajamų įvykių nei numatyta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakyme Nr. V-401 „Dėl Privalomų registruoti nepageidajamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“</p>	Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymu Nr. V-401

10.	Naujagimiams palankių sąlygų užtikrinimo lygis (vertinamos tik akušerijos paslaugas teikiančios ASPĮ)	<p>Rodiklio duomenys:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Data, kada įstaiga pripažinta naujagimiams palankia ligonine.</li> <li>2. Numatyto pakartotinio vertinimo data.</li> </ol> <p>Vertinimas: Teigiamai vertinama, jei ASPĮ pripažinta naujagimiams palankia ligonine arba siekia tokia tapti.</p>	Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. gruodžio 27 d. įsakymu Nr. V-1251 „Dėl stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų vertinimo pagal naujagimiams palankios ligoninės reikalavimus tvarkos aprašo patvirtinimo“
11.	Miokardo infarkto diagnostikos ir gydymo tinkamumo užtikrinimo lygis	<p>Rodiklio duomenys:</p> <p>Vidaus audito ataskaitos išvados ir rekomendacijos dėl miokardo infarkto diagnostikos ir gydymo atitikties teisės aktų reikalavimams.</p> <p>Vertinimas: Teigiamai vertinama, jei ASPĮ kasmet atlieka vidaus auditą dėl miokardo infarkto diagnostikos ir gydymo atitikties teisės aktų reikalavimams.</p>	Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 17 d. įsakymu Nr. V-1078 „Dėl Ūminio miokardo infarkto su ST segmento pakilimu (TLK-10 I 21, I 22) diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ bei Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 17 d. įsakymu Nr. V-615 „Dėl Ūmių išeminių (koronarinių) sindromų, nesant ST segmento pakilimo (nestabilios krūtinės anginos (TLK-10-AM I20.0) ir miokardo infarkto (TLK-10-AM I 21, I 22), diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo patvirtinimo“
12.	Personalo rankų higienos užtikrinimo lygis	<p>Rodiklio duomenys:</p> <p>Vidaus audito ataskaita dėl personalo rankų higienos atitikties ASPĮ vadovo nustatyta procedūrai.</p> <p>Vertinimas: Teigiamai vertinama, jei ASPĮ kasmet atlieka vidaus auditą dėl personalo rankų higienos atitikties ASPĮ vadovo nustatyta procedūrai.</p>	Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. spalio 19 d. įsakymu Nr. V-946 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 47-1:2012 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Infekcijų kontrolės reikalavimai“ patvirtinimo“

Priedas nr. 3. Lietuvos sveikatos strategijos vertinimo rodikliai ir jų reikšmės

**1 lentelė. LSS įgyvendinimo vertinimo rodikliai ir jų reikšmės 2012–2017 m. ir siekiamos 2020 m. reikšmės**

Vertinimo rodiklis, matavimo vienetas, duomenų šaltinis	2012 m.	2013 m.	2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.	2020 m. siekinys
Lietuvos gyventojų vidutinė būsimą gyvenimo trukmė, LSD, HI	73,98	74,02	74,59	74,47	74,83	75,69	75,8
Vidutinės būsimą gyvenimo trukmės skirtumo tarp vyrų ir moterų mažinimas, lėgėjant vyrų vidutinei būsimą gyvenimo trukmei (metais), LSD, HI	11,06	10,85	10,75	10,53	10,51	10,51	9,5
<i>1 LSS tikslas – Sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį</i>							
1.1. Mirtinumas dėl savivardžių 100 tūkst. gyventojų, HI	31,03	36,68	31,71	30,84	28,69	26,45	19,5
1.2. Skardo riziką ar socialinę atskirtį patiriantių asmenų dalis (proc.), Eurostatas	32,5	30,8	27,3	29,3	30,1	29,6	27,6
1.3. Asmenų, gyvenančių namų ūkiuose, susidūriantiose su ekonominiu sunkumais, dalis (nepaaišaujami bevi kas antra diena valgyti mėsos, žuvies ar analogiško vegetariško maisto) (proc.) LSD	23	19	16	14	16	17	19,55
<i>2 LSS tikslas – Sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką</i>							
2.1. Siltamio efekta sukeltančių dujų kiekis (CO <sub>2</sub> ekvivalentas) tūkst. tonų Eurostatas	20442	19133	19003	20096	20372	-	20442
2.2. Gyventojų, teigiančių, kad jie kenčia nuo trukšimo, dalis (proc.) Eurostatas	13,3	14,1	14,4	15,4	13,4	13,2	12,63
2.3. Mirtinumas dėl išorinių priežasčių 100 tūkst. gyventojų, HI	122,47	122,2	113,8	110,4	106,8	99,3	77,3
<i>3 LSS tikslas – Formuoti sveiką gyvenimą ir jos kaitlą</i>							
3.1. Legalus alkoholio suvartojimas vienam gyventojui per metus, litrais absoliutus alkoholio, LSD	12,6	12,4	12,1	12	11,3	10,5	9,5
3.2. Tabako suvartojimas vienam gyventojui per metus, cigarečių skaičius, LSD, Tyrimas	907	947	999	1100	1094	1023	879,8
3.3. Mirtin dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo skaičius (abs. sk.), HI	95	89	107	149	138	110	95
3.4. Nunkusnių vyrų dalis tarp Lietuvos 20–64 metų amžiaus vyrų (proc.) Tyrimas	18	-	19	-	-	-	18
3.5. Nunkusnių moterų dalis tarp Lietuvos 20–64 metų amžiaus moterų (proc.) Tyrimas	19	-	17	-	-	-	19
<i>4 LSS tikslas – Užtikrinti kojų sveikatą ir efektyvą sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius</i>							
4.1. Kūdkinių mirtinumas 1 000 gyvų gimusių kūdkinių Lietuvoje, HI	3,9	3,7	3,9	4,19	4,5	2,9	3,7
4.2. Sėmos gydytojų skaičius 10 tūkst. gyventojų, HI	6,4	6,5	6,8	7,1	7,4	7,7	7
4.3. Slaugytojų (skaitant akušerius), tankiančių vienam gydytojų, skaičius, HI	1,75	1,72	1,72	1,85	1,79	1,76	2
4.4. Mirtinumas nuo kraujotakos sistemos ligų, standartizuotas mirtinumo rodiklis 100 tūkst. gyventojų, HI	451,1	442,4	419,5	431,8	418,07	396,95	368,7
4.5. Mirtinumas nuo piktybinių navikų, standartizuotas mirtinumo rodiklis 100 tūkst. gyventojų, HI	182,1	178,5	180,4	186,84	183,62	175,94	172,8
4.6. Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, procentais nuo BVP, LSD	6,7	6,14	6,28	6,5	6,7	-	7,5
4.7. Valdžios sektoriaus išlaidų dalis tarp visų sveikatos priežiūros išlaidų (proc.), LSD	67,09	66,3	66,6	66,9	66,9	-	75
4.8. Išlaidų prevencijai ir visuomenės sveikatos priežiūrai dalis tarp einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų (proc.), LSD	1,1	1,3	1,8	1,9	2	-	2

## **Priedas nr. 4. Tyrimo instrumentas – klausimynas (interviu)**

### **Klausimai informantams**

1. Kokie kriterijai šiame vystymosi etape geriausiai atspindi ir nurodo sveikatos priežiūros paslaugų kokybę?
2. Kokie, išorinės aplinkos ir vidiniai įstaigų veiksniai, turi didžiausios įtakos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei bei kaip tai pagerinti?
3. Kokios yra kliūtys, su kuriomis susiduriama siekiant kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų ir kaip jas pašalinti?
4. Kas, Jūsų nuomone, padėtų sumažinti nepageidaujamų įvykių skaičių?
5. Kokią įtaką kokybės vadybos sistemos įgyvendinimui turi kokybės programa ir ko jai trūksta?
6. Kaip vertinate teikiamų mokamų ir nemokamų paslaugų kokybę, kokių esama skirtumų tarp jų kokybės atžvilgiu?
7. Kaip įvertintumėte administracijos (vadovo, sk. vedėjų) ir medikų atsakomybes bei kompetencijas šioje srityje?
8. Kaip vertinate kokybės analizę ir jos rezultatus bei kokybės gerinimą?
9. Kokius turėtumėte pasiūlymus įvairiems suinteresuotiesiems sveikatos priežiūros paslaugų kokybei pagerinti?
10. Pabandykite įsivaizduoti, kaip pasikeis sveikatos priežiūros paslaugų kokybė po 10 metų?