

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ MOKSLŲ FAKULTETAS
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO KATEDRA**

Rita PANGONIENĖ

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS VADYBA
SVEIKATOS REFORMOS KONTEKSTE:
ŠIAULIŲ APSKRITIES LIGONINĖS ATVEJIS**

Magistro darbas

Šiauliai, 2010

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ MOKSLŲ FAKULTETAS
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO KATEDRA**

Rita PANGONIENĖ

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS VADYBA
SVEIKATOS REFORMOS KONTEKSTE:
ŠIAULIŲ APSKRITIES LIGONINĖS ATVEJIS**

**Magistro darbas
Socialiniai mokslai, vadyba ir verslo administravimas (03S1)
Šaka - viešasis administravimas**

Teigiu, kad magistro studijų baigiamasis darbas, kurį teikiu vadybos studijų programos magistro kvalifikaciniam laipsniui įgyti, yra originalus autorinis darbas:

Magistro darbo autorius Rita Pangonienė
(vardas, pavardė, parašas)

Vadovas prof. dr. Teodoras Tamošiūnas
(pareigos, vardas, pavardė, parašas)

Recenzentas

(pareigos, vardas, pavardė, parašas)

TURINYS

ĮVADAS	6
1. KOKYBĖS VALDYMAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE: TEORINIS ASPEKTAS	9
1.1. Kokybės valdymo sveikatos priežiūros įstaigose sistema	9
1.1.1. Bendrieji kokybės principai.....	9
1.1.2. Sveikatos priežiūros paslaugų savitumai	11
1.1.3. Kokybės sveikatos priežiūros įstaigose samprata	13
1.2. Strategija ir planavimu paremtas sveikatos politikos formavimas	18
1.2.1. Lietuvos sveikatos politikos principai	18
1.2.2. Strateginio valdymo svarba sveikatos politikos formavimui	21
1.3. Sveikatos priežiūros įstaigų organizacijos kultūros ir žmogiškųjų išteklių valdymo politika	27
1.3.1. Organizacijos kultūros ir etikos įtaka sveikatos priežiūros paslaugų kokybei	27
1.3.2. Į paslaugų kokybę orientuotas žmogiškųjų išteklių valdymas	34
1.4. Paciento pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis	38
2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS UŽTIKRINIMAS IR SVEIKATOS REFORMA: TEISINIS ASPEKTAS	41
2.1. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir sveikatos reformos teisinis reglamentavimas	41
2.1.1. Svarbiausi Europos Sąjungos sveikatos politikos dokumentai, reglamentuojantys sveikatos paslaugų kokybę	41
2.1.2. Sveikatos priežiūros valdymą ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybę reglamentuojantys Lietuvos Respublikos teisės aktai	45
2.2. Sveikatos reformos ir sveikatos priežiūros paslaugų ir įstaigų restruktūrizavimo teisinis reglamentavimas.....	53
3. ŠIAULIŲ APSKRITIES LIGONINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS VALDYMAS SVEIKATOS REFORMOS KONTEKSTE	57
3.1. Tyrimo metodologija ir dalyviai	57
3.2. Sveikatos reformos ir sveikatos priežiūros paslaugų ir įstaigų restruktūrizavimo situacija ir ekspertinis vertinimas	58
3.3. Šiaulių apskrities ligoninės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vadybos vertinimas	62
3.3.1. Šiaulių apskrities ligoninės istorinė apžvalga	62
3.3.2. Kokybės vadybos valdymas Šiaulių apskrities ligoninėje ir ekspertinis vertinimas	64
3.3.3. Pacientų apklausos apie ligoninėje teiktas paslaugas analizė	69
IŠVADOS	76
REKOMENDACIJOS	78
LITERATŪRA	79
PRIEDAI	89
1 priedas. Magistro darbe ir sveikatos priežiūrą reglamentuojančiuose teisės aktuose vartojamos pagrindinės sąvokos	90
2 priedas. Šiaulių apskrities ligoninės ekspertams pateikti klausimai interviu metu	94
3 priedas. Pacientų apklausos anketų pavyzdžiai	95
4 priedas. Ligoninių pertvarkos plano projektas	99
5 priedas. Šiaulių ligoninės organizacinė-valdymo struktūra	101
6 priedas. Pacientų apklausos anketų skaičius pagal skyrius 2007-2009 metais	102

SANTRAUKA

Rita Pangonienė. **Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vadyba sveikatos reformos kontekste: Šiaulių apskrities ligoninės atvejis.** Magistro darbas.

Magistro darbe nagrinėjama sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vadyba teoriniu aspektu ir Lietuvos sveikatos reformos kontekste. Atlikta Šiaulių apskrities ligoninės situacijos analizė, ekspertų nuostatų analizė, pacientų anketinės apklausos tyrimas.

Darbe pateikiama sveikatos priežiūros paslaugų kokybės samprata, įvardinami Lietuvos sveikatos politikos principai, analizuojama organizacijos kultūros ir žmogiškųjų išteklių valdymo įtaka sveikatos paslaugų kokybei. Lietuvos sveikatos politika turi atitikti tiek bendrą Europos Sąjungos politiką, tiek Lietuvos Vyriausybės prioritetinius strateginius tikslus, todėl analizuojami svarbiausi teisės aktai, reglamentuojantys sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo, sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo įgyvendinimą. Pateikiama Šiaulių apskrities ligoninės ekspertų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vadybos ir sveikatos reformos vertinimo nuomonės analizė bei pacientų apklausos apie ligoninės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę tyrimo rezultatų analizė.

Tyrimais pagrįsta, kad vykdant Lietuvos sveikatos reformą ir Šiaulių apskrities ligoninei tampant respublikos lygmens ligonine, jos paslaugų kokybę sveikatos reformos kontekste reikia tobulinti šiomis pagrindinėmis kryptimis: tobulinti ligoninės informacijos valdymą diegiant informacines technologijas; didinti ligoninėje įdiegtos kokybės vadybos sistemos veiksmingumą, suteikti darbuotojams daugiau žinių apie šią sistemą; pagal įregistruotas neatitiktis operatyviai pašalinti jų priežastis, įvertinti veiksmų, neleidžiančių joms pasikartoti, poreikį, darbuotojams patiems vertinti procesų vyksmą, savalaikiškumą, sudaryti ekonomines sąlygas savalaikiam ir tinkamam neatitiktį koregavimui.

Pagrindinės sąvokos: sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, kokybės vadyba, sveikatos reforma.

SUMMARY

Rita Pangonienė. **Quality Management of Health Care Services in the Context of Health Reform: Šiauliai County Hospital case.** Master's work.

This Master's final paper covers quality management of health care services from the theoretical point of view as well as in the context of health reform. The analysis of the situation of Šiauliai County Hospital, the analysis of experts' attitudes as well as investigation of patients' survey have been carried out.

The paper presents the conception of the quality of health care services, the principles of health politics in Lithuania, the impact of organizational culture and human resources management on the quality of health care services. Lithuanian health politics have to conform with the European Union politics, as well as priority strategic aims of Lithuanian Republic, as a result main law acts are analysed which regulate the quality of health care services and reorganization of health care institutions. The analysis of Šiauliai county hospital experts' opinion on evaluation of quality management of health care services and health reform are presented in the work, as well as the analysis of diagnostic investigation of patients' survey results on the quality management of health care services.

Investigations prove that in accordance with Lithuanian health reform and transition from Šiauliai County Hospital to republic-level Šiauliai Hospital, quality management of health care services in the context of health reform has to be improved in the following directions: to improve hospital information management by implementing IT technologies; to improve effectiveness of the quality management system, to provide more knowledge to employees about this system; to expedite elimination of the causes of inadequacies; to evaluate the need for actions which would prevent the appearance of such inadequacies; to provide economic conditions for suitable and expedient correction of inadequacies. In addition, employees should self-evaluate the proceedings and promptitude of such processes.

Key words: quality of health care services, quality management, health reform.

LENTELIŲ SĄRAŠAS

- 1 lentelė. Strateginio planavimo principų kaita.
- 2 lentelė. Visuotinės kokybės vadybos pagrindiniai principai ir metodai.
- 3 lentelė. Ligoninių ir lovų skaičius.
- 4 lentelė. Pacientų apklausų skaičius 2007 – 2009 metais.
- 5 lentelė. Pacientų apžiūros laukimo laikas priėmimo skyriuje.
- 6 lentelė. Laukimo palatos laikas skyriuje.
- 7 lentelė. Gydytojo pateiktos informacijos apie būklę ir gydymą suprantamumas.
- 8 lentelė. Laukimo laikas iškvietus pagalbą.

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

- 1 paveikslas. PDCA Deming`o ciklas.
- 2 paveikslas. Kokybės vadybos procesų schema.
- 3 paveikslas. Sveikatos priežiūros kokybės gerinimas.
- 4 paveikslas. Strateginio valdymo svarba sveikatos apsaugos sistemoje.
- 5 paveikslas. Veiksmai, darantys įtaką įmonės strategijai atskiruose jos gyvavimo etapuose.
- 6 paveikslas. Žinių vadybos ir intelektualinio kapitalo konversija.
- 7 paveikslas. Pacientų pasitenkinimo tyrimo modelis.
- 8 paveikslas. Ligoninės veiklos procesų schema.
- 9 paveikslas. Ligoninių ir lovų skaičius.
- 10 paveikslas. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos struktūra.
- 11 paveikslas. Šaulių apskrities ligoninių reforma.
- 12 paveikslas. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį.
- 13 paveikslas. Pacientų skundai triukšmu palatoje.
- 14 paveikslas. Pateikto maisto temperatūra.
- 15 paveikslas. Pagalba pacientams pavalgyti.
- 16 paveikslas. Švara palatose.
- 17 paveikslas. Gydytojų darbo vertinimas.
- 18 paveikslas. Slaugytojų darbo vertinimas.
- 19 paveikslas. Informacijos apie galimas komplikacijas suteikimas.
- 20 paveikslas. Informacijos apie vaistų vartojimą suteikimas.
- 21 paveikslas. Informacijos dėl tolimesnio gydymo suteikimas.

ĮVADAS

Darbo aktualumas ir problematika. Lietuvoje iki šiol nėra vieningo supratimo apie sveikatos priežiūros paslaugų, pacientų poreikio patenkinimo kokybę. Visi pritaria, kad sveikatos priežiūros kokybę reikia gerinti, sveikatos apsaugai keliami vis didesni reikalavimai. Šalyje, siekiant užtikrinti ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, vykdoma atitinkama veikla: parengti ir tobulinami eilė teisės aktų, licencijuojama sveikatinimo veikla, vykdomas asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas, asmens sveikatos priežiūros įstaigose diegiamos kokybės vadybos sistemos. Sveikatos sistemos administratoriai, dirbdami naujomis sąlygomis, stengiasi siekti ne tik gerų rezultatų, bet ir rasti racionalų sveikatos priežiūros įstaigos veiklos pagrindą (Valstybinio audito ataskaita, 2007; Glamba, Jerešiūnienė ir kt., 2010).

Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas, formuojamas sisteminis požiūris į sveikatos priežiūros kokybę, jos nuolatinį gerinimą – daugelio šalių kasdienė praktika. Daugelyje jų, padedant Pasaulio sveikatos organizacijai, sukurtos ir įgyvendinamos ilgalaikės sveikatos priežiūros kokybės strategijos. Jos pradedamos įgyvendinti bei plėtojamos ir Lietuvoje (Žin., 2007, Nr. 95-3864). Būtinybė nuolat gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę akcentuojama visuose strateginiuose Lietuvos ūkio ir sveikatos priežiūros sistemos tolesnio vystymo dokumentuose. Didėjanti kokybės svarba sveikatos priežiūrai verčia naujai pažvelgti į dabartinę situaciją ir analizuoti medicinos kokybės klausimus, rūpintis sveikatos priežiūros sistemų saugumu bei didinti sveikatos priežiūros technologijų naudojimo efektyvumą (Žin., 2002, Nr. 101-4523).

Pasaulio sveikatos organizacija išleido leidinį „Quality of care“ (2006), kurio tikslas – padėti valstybės lygiu nuolat planuoti ir vykdyti visas priemones, gerinant sveikatos priežiūros kokybę, formuoti sveikatos politikos strategiją, optimizuoti turimų išteklių naudojimą.

Sveikatos vadybos svarba (Kalėdienė, 2004), sveikatingumo koncepcija ir strategiškai orientuotos sveikatos apsaugos sistemos organizacijos veikimo principai (Smilga, Janušonienė, 2007), konkurencijos didinimo sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje galimybės (Stašys, 2008), organizacinės kultūros svarba sveikatos priežiūros įstaigose (Gutauskaitė, 2008), apžvelgti sveikatos priežiūros kokybės sistemos, jų kūrimo ir valdymo sveikatos priežiūros įstaigose teoriniai ir praktiniai aspektai (Janušonis, Popovienė, 2004), pacientų pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugų kokybe nagrinėti eilėje mokslininkų ir praktikų straipsnius publikuojančiuose žurnaluose.

Prasidėjus sveikatos reformai Lietuvoje pamažu buvo atsisakyta senosios sveikatos priežiūros paslaugų reglamentavimo sistemos ir pradėta kurti sveikatos kokybės teisinė bazė bei sveikatos priežiūros paslaugų standartai. Lietuvoje yra sukurta įstatyminė bazė, leidžianti reguliuoti asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimą, tačiau palyginti mažai tirta sveikatos priežiūros kokybės problema. Dar neseniai sveikatos priežiūros kokybė buvo suprantama kaip teikiamos sveikatos

priežiūros turinys, dabar vis daugiau dėmesio skiriama sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir valdymo kontrolei ir vis daugiau sveikatos priežiūros įstaigų vadovų suvokia, kad, norint sėkmingai konkuruoti rinkoje, kokybės vadyba yra būtina. Sveikatos priežiūros įstaigoms, kurios taiko kokybės vadybos sistemą, kaip priemonę sėkmingai valdyti organizaciją, tapo aktualūs nauji klausimai, susiję su kokybės vadybos sistemos palaikymu, veiksmingumu, rezultatyvumu, todėl magistro darbas bus skirtas šių klausimų nagrinėjimui.

Visuotinė kokybės vadyba yra išskirtinę kokybės svarbą pabrėžianti vadybos teorija ir praktinių vadybos priemonių sistema, kurias pasirinkusi sveikatos priežiūros įstaiga tobulėja, įtraukdama į kokybės gerinimo procesus visus darbuotojus ir siekdama visiškai patenkinti pacientų poreikius. Kokybės vadybos principų taikymas sveikatos priežiūros įstaigose įgalina įvertinti dabartinę situaciją, nustatyti konkurencingumą didinančius veiksnius sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje. Gydytojų įstaigos, kurios yra įsdiegusios kokybės vadybos sistemą, turi pasitvirtinusios paslaugų teikimo proceso procedūras, kurios leidžia tiksliau ir be klaidų taikyti diagnostikos ir gydymo metodus.

Gyventojų sveikatos išsaugojimui ir palaikymui kasmet skiriama vis daugiau materialinių ir intelektualinių išteklių. Kartu didėja ir gyventojų, visuomenės poreikiai ir lūkesčiai, kurie realizuojami per pacientų sveikatos priežiūros kokybės sampratą. Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigos, išgyvendamos esminių pertvarkymų laikus, ieškojo ir tebeieško būdų kaip išlikti medicinos paslaugų teikėjų gretose (Valstybinio audito ataskaita, 2007).

Šiaulių apskrities ligoninėje kokybės vadybos sistema įdiegta ir pagal LST EN ISO 9001:2001 standartą sertifikuota 2006 metais. Parengtas kokybės vadovas ir 12 kokybės vadybos sistemos procedūrų, kurios taikomos sveikatos priežiūros įstaigos veikloje. 2010 m. vasario 9 d. patvirtintas ligoninės kokybės vadybos sistemos atitikimas LST EN ISO 9001:2008 standarto reikalavimams. Tačiau vykdoma kokybės programa neišvengia iššūkių, nes kokybės reikalavimai didėja ir nuolat keičiasi. Nūdienos sveikatos priežiūros specialistui keliami jau didesni reikalavimai: neužtenka būti vien paslaugų teikėju, jis turi mokėti priimti sprendimus, bendrauti, ir būti lyderiu bei vadybininku.

Mokslinę tyrimo problemą galima kelti šiais klausimais: kas sudaro kokybės vadybos sveikatos priežiūros įstaigose sistemos esmę? Kuo grindžiamas sveikatos priežiūros politikos formavimas? Kuo pasižymi sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimo ir sveikatos reformos teisinis reglamentavimas? Kuo pagrįsti Šiaulių apskrities ligoninės sveikatos priežiūros kokybės vadybos tobulinimą Lietuvos sveikatos reformos kontekste?

Tyrimo objektas: Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vadyba sveikatos reformos kontekste.

Tyrimo tikslas: Išanalizuoti paslaugų kokybės vadybos situaciją sveikatos priežiūros įstaigose ir pagrįsti sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo esminius aspektus.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išnagrinėti kokybės valdymo sveikatos priežiūros įstaigose teorinius aspektus
2. Išanalizuoti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimą bei sveikatos reformą reglamentuojančius teisės aktus.
3. Įvertinti sveikatos reformos ir sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo įgyvendinimą Lietuvoje.
4. Atlikti Šiaulių apskrities ligoninės pacientų nuomonės apie sveikatos priežiūros paslaugas analizę.

Hipotezė: Vykdamas Lietuvos sveikatos reformą ir Šiaulių apskrities ligoninei tampant respublikos lygmens ligonine, jos paslaugų kokybės tobulinimą sveikatos reformos kontekste apibūdina šie esminiai teiginiai:

1. Būtina tobulinti ligoninės informacijos valdymą diegiant informacines technologijas.
2. Suteiktas LST EN ISO 2001:2008 atitikties sertifikatas rodo, kad kokybės vadybos sistema ligoninėje pasiekė brandą. Tačiau ši sistema dar nepakankamai veiksminga, jos funkcionavimo tobulinimui reikia keisti skeptišką dalies darbuotojų požiūrį ir suteikti jiems daugiau žinių apie šią kokybės vadybos sistemą.
3. Pagal įregistruotas neatitiktis būtina operatyviai pašalinti jų priežastis, įvertinti veiksmų, neleidžiančių joms pasikartoti, poreikį, darbuotojams patiems vertinti procesų vyksmą, savalaikiškumą. Reikia sudaryti ekonomines sąlygas savalaikiam ir tinkamam neatitiktį koregavimui.

Tyrimo metodai:

1. Dokumentų analizė: mokslinės literatūros pasirinkta tema, teisės aktų, strateginių planų, tarptautinių ir Lietuvos standartų, internetinių duomenų bazių šaltinių analizė bei sisteminimas.
2. Ekspertinis tyrimas. Struktūruotas interviu, kurio tikslas – įvertinti kokybės valdymą Šiaulių apskrities ligoninėje ir sveikatos reformos įtaką paslaugų kokybei bei parengti rekomendacijas, kaip pagerinti kokybės vadybos funkcionavimą ligoninėje.
3. Pacientų vertinimo apie ligoninėje teiktas paslaugas analizė.

1. KOKYBĖS VALDYMAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE: TEORINIS ASPEKTAS

1.1. Kokybės valdymo sveikatos priežiūros įstaigose sistema

1.1.1. Bendrieji kokybės principai

Šiuolaikinės kokybės vadybos koncepcijos sėkmingai taikomos gamybos ir paslaugų versle, privačiame ir viešajame sektoriuje. Jos įrodo savo naudingumą, nes organizacijos geriau tenkina vartotojus ir partnerius, gerina darbuotojų bendradarbiavimą ir stiprina partnerystę su kitomis suinteresuotomis šalimis (Pociūtė, 2002).

Kokybė – tai kategorija, charakterizuojanti daiktus ir reiškinius pagal jų rūšies esmę: ypatybę, vertę; darbo kokybės kontrolė (Dabartinės lietuvių kalbos žodynas, 2000).

Standarte LST EN ISO 9000:2005. Kokybės vadybos sistemos. Pagrindai ir aiškinamasis žodynas (2005) pateikiamos šios kokybės bei susijusios su kokybe sąvokos:

Kokybė – turimųjų požymių visumos atitikties reikalavimams laipsnis.

Reikalavimas – poreikis ar lūkestis, kuris yra pareikštas, visuotinai numanomas ar privalomas.

Vadybos sistema – politikos ir tikslų nustatymo bei tų tikslų pasiekimo sistema.

Kokybės vadybos sistema – vadybos sistema, skirta organizacijos veiklai, susijusiai su kokybe, nukreipti ir valdyti.

Kokybės politika – organizacijos visa apimantys ketinimai ir kryptys, susiję su kokybe ir aukščiausios vadovybės oficialiai pareikšti.

(Pilnas sąvokų žodynas su apibrėžimais pateiktas 1 priede).

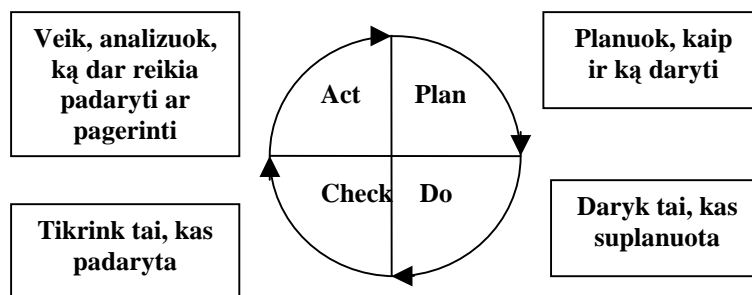
J. Ruževičius (2006) pateikia konkretesnę išplėstinę kokybės apibrėžtį: kokybė – tai visuma produkto savybių, lemiančių jo tinkamumą tenkinti išreikštus ir numanomas vartotojo poreikius apibrėžtomis produkto vartojimo (eksploatavimo) pagal paskirtą sąlygomis. Kokybė apima produkto defektiškumą ir jo poveikį gamtai.

20 a. aštuntojo dešimtmečio pabaigoje E. Deming ir amerikiečių kokybės valdymo specialistai J. Juran ir P. Crosby bei kiti pasiūlė sisteminius kokybės valdymo principus. Naująją organizacijos valdymo koncepciją jie pavadino visuotine kokybės vadyba (*total quality management –TQM*). Visuotinė kokybės vadyba dažniausiai apibūdinama kaip sistema priemonių, garantuojančių, jog visi veiksmai organizacijoje bus atlikti taip, kad patenkintų klientų poreikius. Kokybės garantavimas suprantamas kaip įstaigos filosofija, kur klientų norai įvardijami kaip pagrindinis uždavinys, o norint juos užtikrinti, siekiama visus procesus ir elementus tobulinti (Stoškus, Beržinskienė, 2005).

Bendrieji kokybės principai paremti žymiausių kokybės pradininkų ir kokybės tobulinimo propaguotojų idėjomis. E. Deming pagrindė 14 kokybės principų: laikytis nuolatinio tikslo – gerinti produktą ar paslaugą; priimti naują filosofiją; liautis priklausyti nuo nuolatinių tikrinimų; nustoti

vertinti paslaugos teikėją pagal paslaugos kainą; nuolat gerinti paslaugų sistemą; organizuoti darbuotojų mokymą, taikyti vadovavimo priemones; atsikratyti baimės; laužyti barjerus, skiriančius organizacijos padalinius; atsisakyti šūkių ir beprasmių pamokymų; mažinti orientaciją į kiekybę; pašalinti kliūtis, trukdančias didžiuliu darbu; įgyvendinti veiksmingą savišvietos programą; veikti, kad įvyktų teigiami poslinkiai (Cohen, 2009).

E. Deming išpopuliarintas „Bell Laboratories“ mokslininko Walter Shewhart kiekybinis ir sisteminis būdas, taikomas daugelio įstaigų nustatant ir sprendžiant kokybės problemas: planuok, daryk, tikrink, veik (1 pav.).



1 pav. PDCA Deming'o ciklas

Šaltinis: Arveson, P. (1998). *The Deming Cycle* [žiūrėta 2009-11-20]. Prieiga per internetą: <http://www.balancedscorecard.org/BSCResources/ArticlesWhitePapers/TheDemingCycle/tabid/112/Default.aspx>.

J. Juran suformulavo tris pagrindinius vadybos principus: kokybės planavimas, kokybės kontrolė ir kokybės tobulinimas bei apibrėžė 10 kokybės gerinimo žingsnių: skatinti tobulinimo poreikį; nustatyti tobulinimo tikslus; organizuoti darbą taip, kad tikslai būtų pasiekti; mokyti darbuotojus; įgyvendinti projektus, skirtus problemų sprendimui; fiksuoti pažangą; pripažinti pasiekimus ir trūkumus; informuoti apie pasiekimus; išlaikyti pasiektą kokybės lygį; kasmetinių tobulinimo planų veiksmus integruoti į įstaigoje vykstančius procesus (Ross, 2009).

A. V. Feigenbaum pateikė 10 nuostatų kokybei siekti. Jis teigė, jog: kokybės siekimas – visai organizacijai svarbus procesas; kokybė yra tai, kaip vartotojai suvokia, kas yra kokybiška; kokybė ir išlaidos yra suma, o ne skirtumas; kokybė reikalauja ir individualių, ir bendrų komandos pastangų; kokybė yra valdymo priemonė; kokybė ir naujovės yra tarpusavyje susijusios; kokybė prilygsta etikai; kokybei reikalingas nuolatinis tobulinimas ir gerinimas; kokybė yra labai pelninga ir reikalaujanti mažai investicijų produktyvumo priemonė; kokybę galima pasiekti įtraukiant į sistemą vartotojus ir tiekėjus (TenStep Supplemental Paper, 2004).

Philip B. Crosby teigia, jog šie 14 žingsnių būtini ir padeda organizacijai siekti kokybės: aiškus vadovybės supratimas, kokį kokybės lygį išgyvena organizacija; kokybės tobulinimas – būtina įsteigti kokybės tobulinimą koordinuojančią specialistų grupę; būtina įvertinti procesus, nustatyti dabartines ir galimas kokybės problemas; nustatyti kokybės kainą ir naudą įstaigai; didinti darbuotojų supratimą apie kokybę ir motyvuoti kiekvieną darbuotoją jos siekti; imtis veiksmų,

norint išspręsti esamas problemas; vykdyti pažangos stebėjimą; mokyti vadovus, kad jie veiktų tinkamai įgyvendinami kokybės tobulinimo programą; skirti laikotarpį, per kurį būtų galimybė pašalinti trūkumus; skatinti darbuotojus nustatyti bendrus ir individualius kokybės tobulinimo tikslus; skatinti darbuotojus informuoti vadovus apie problemas su kuriomis jie susiduria siekdami tobulinimo tikslų; motyvuoti aktyvius darbuotojus, kurie siekia kokybės; organizuoti susirinkimus kokybės klausimais; pakartoti visus veiksmus, akcentuojant, kad kokybės tobulinimas niekada nesibaigia (Quality Gurus. Philip Crosby, 2009).

K. Ichikawa rėmėsi A. V. Feigenbaum kokybės sąvoka ir teigė, jog kokybės vadyba turi remtis šešiais pagrindiniais principais: pirmiausia kokybė, o ne trumpalaikė nauda; būtina orientacija į klientą, o ne į paslaugos tiekėją ar gamintoją; panaikinti visus barjerus, trukdančius palaikyti glaudžius ryšius su klientais; analizuojant padėtį remtis patikrintais duomenimis; įtraukti visus darbuotojus į kokybės gerinimo veiklą; siekti kuo platesnio bendradarbiavimo (Quality Gurus. Kaoru Ishikawa, 2009).

Kokybė gali būti apibrėžiama kaip standartų ir specifikacijų reikalavimų atitikties, tinkamumas naudoti. Kokybė tai specifikacijų atitikimas. Kokybės lygis yra vartotojo pasitenkinimo gaminio parametrais ir ypatybėmis lygis (Barczyk, 1999; Ruževičius, 2006).

1.1.2. Sveikatos priežiūros paslaugų savitumai

Paslaugos sąvoka turi daugelį reikšmių. „Paslaugų išskirtinumą lemia tai, kad dažniausiai tai nėra apčiuopiami ir matomi daiktai, jų negalima sandėliuoti ir išdėstyti lentynose ar ant prekystalių“ (Pranulis, Pajuodis ir kt., 2000).

Norint suvokti paslaugų veiklos savitumą, skirtumus nuo industrinės veiklos, pirmiausia būtina patikslinti, kas yra paslauga ir kuo ji skiriasi nuo materialinės prekės. Nusakyti skirtumus sąlygoja keletas aplinkybių: tai poreikis apibrėžti paslaugų sektorių, nustatyti jo vietą ir vaidmenį ūkio struktūroje, poveikį makroekonomikos procesams: augimui, užimtumui, investiciniam aktyvumui ir pan.; būtinybė suvokti paslaugos esmę tam, kad būtų galima priimti teisingus vadybos sprendimus įstaigoje (Vengrienė, 1998).

Tarp paslaugos organizacinės sistemos komponentų egzistuoja tarpusavio ryšys. Ryšys tarp paslaugos koncepcijos ir jos vartotojo atskleidžia tai, kad, pirma, paslaugų įmonė rinkos tyrimų dėka gauna informaciją, ko potencialūs vartotojai nori ir kaip jie pageidauja būti aptarnaujami.

Remiantis šia informacija, formuojama paslaugos koncepcija. Antra, tai yra pripažinimas, kad daugeliu atveju vartotojai patys aktyviai dalyvauja paslaugos kūrimo bei teikimo procese, tapdami paslaugą kuriančiais resursais, būtina paslaugos teikimo sistemos dalimi (pavyzdžiui, pacientas dalyvauja jo gydymo procese).

Paslaugos koncepcija apibūdinama kaip vartotojui siūloma nauda, kai paslaugos teikėjas tam tikrais būdais sprendžia tam tikrų klientų (paslaugų vartotojų) problemas. Tai reiškia, kad paslaugos koncepcijoje yra informacijos apie tai, ką paslaugų įmonė ketina teikti tam tikram vartotojų segmentui, kaip šito bus siekiama (Vitkienė, 2004).

Sveikatos priežiūra – pacientų poreikių ir ekonominės realybės sankirta. Vartotojo teikiama pirmenybė sveikatos priežiūros paslaugoms ir kitoms tradicinėms prekėms ir paslaugoms nesutampa. Sveikatos priežiūros poreikis susijęs su nenuspėjamais, bet dideliais kaštais. Sveikatos paslaugų vartotojas nežino, kada susirgs ir kada atsiras sveikatos paslaugų poreikis, todėl atideda medicinos profilaktikos sprendimą (Porter, 2009).

Sveikatos priežiūros poreikiams atsirasti turi reikšmė ir sveikatos priežiūros paslaugų pasiūlos plėtra, ir naudojimas šiomis paslaugomis. Poreikius sveikatos priežiūrai, kaip ir bet kuriam produktui, nustato jų vartotojas, t.y. pacientas. Tačiau neturėdamas pakankamai informacijos apie sveikatos priežiūros ir sveikatos būklės ryšį, pacientas poreikių nustatymo ir paslaugų vartojimo sprendimus linkęs perleisti pačioms sveikatos priežiūros įstaigoms. Paslaugų teikėjas tampa objektyviu vartotojo poreikių vertintoju (Žemgulienė, 2008).

Bet kuri paslaugų įmonė veikia, kad gebėtų patenkinti paslaugų vartotojų poreikius, pageidavimus. Paslaugų įmonės vadovas turėtų gerai suvokti klientų pasirinkimo motyvus ir parengti strategiją, padėsiančią įmonei išsiskirti iš kitų, kurios veikla vartotojui reikštų kažką konkretaus (pagal galimybes apčiuopiamo) ir vertingo, už ką jis būtų pasirengęs mokėti pinigus (Kindurys, 2002).

Sveikatos priežiūros paslaugų vartojimas pasižymi naudingumu, susijusiu su paslaugos vartojimo procesu. Toks naudingumas pasireiškia informacijos perteikimu ir sprendimų priėmimu. Pacientui siekiant norimo sveikatos būklės pokyčių rezultato, pirmiausia atsiranda poreikis gauti informaciją, be kurios jis neturi galimybių priimti sprendimus vartoti sveikatos priežiūros paslaugas, taip pat pasiekti norimo vartojimo rezultato (pavyzdžiui, tai informacija apie esamos sveikatos būklės pakitimus, galimus gydymo būdus ir jų veiksmingumą, reabilitacijos paslaugas, galimus paslaugų teikėjus ir kt.). Informacijos ir sprendimų priėmimo naudingumas pacientui priklauso nuo sveikatos priežiūros paslaugos pobūdžio, jo asmeninių ir sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios paslaugas, savybių ir kitų veiksnių (Žemgulienė, 2008).

Sveikatos priežiūros rinka turi savų savitumų: potencialūs klientai yra visi žmonės; pacientai už suteiktas paslaugas nemoka tiesiogiai pinigais (išskyrus retus atvejus); sveikatos priežiūros paslaugų kainos nereguliuoja tiesiogiai pati rinka; sveikatos priežiūros paslaugos pacientų dažnai vertinamos remiantis subjektyviais kriterijais; paslaugų kokybė sunkiai pamatuojama (Janušonis, Popovienė, 2004).

Sveikatos priežiūros įstaigos parduoda (teikia) sveikatos priežiūros paslaugas. Todėl reikia žinoti, kad prekės ir paslaugos pardavimo požiūriu skiriasi. Šie skirtumai pasireiškia taip: paslaugos negali būti kaupiamos, saugomos bei perparduodamos; paslauga gaminama ir vartojama tuo pačiu metu. Pasak B. Vengrienės (1998), paslauga yra nemateriali ir suvartojama jos kaupimo ir teikimo momentu (Pavyzdžiui, susirgus gripu ir pasveikus, nėra jokios tikimybės, kad netrukus vėl nesusirgsime, todėl gydytis galime tik nuo konkrečios ligos ir konkrečiu laiku). Paslaugų negalima apžiūrėti ir “pačiupinėti”. Anot L. Bagdonienės ir R. Hopenienės (2005), skirtingai nei prekių gamintojams, paslaugų tiekėjams dėl neapčiuopiamumo sunku parodyti paslaugą, todėl paslaugų organizacijoms derėtų pabrėžti, kokią išskirtinę naudą patirs vartotojas; pelnas (pajamos) už suteiktas paslaugas tiesiogiai priklauso nuo laiko (pavyzdžiui, Ligonijų kasos už gydytus stacionare pacientus su sveikatos priežiūros įstaigomis atsiskaito pagal sveikatos priežiūros įkainius tik išrašius pacientą iš stacionaro); ta pati paslauga gali būti skirtingai vertinama pacientų.

Sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai ir teikėjai kartais skirtingai traktuoja paslaugos vartojimo tikslus ir rezultatus. Dažnai sunkius ligonius gydydami medikai siekia suteikti paslaugą, turinčią poveikį pailginti ligonio gyvenimo amžių, o ligoniai pageidauja rezultato, užtikrinančio ne tik ilgesnį gyvenimo metų skaičių, bet ir geresnę gyvenimo kokybę (Žemgulienė, 2008).

Visa tai įvertinusi sveikatos priežiūros įstaiga, norėdama neprarasti pacientų, turi neužmiršti kelių svarbių momentų teikiant sveikatos priežiūros paslaugas: savo darbą organizuoti taip, kad galėtų priimti konsultuoti ir stacionarizuoti, jeigu reikia, visus besikreipiančius pacientus nedelsiant, jų kreipimosi metu; neužmiršti, kad teikiant sveikatos priežiūros paslaugas didelę reikšmę turi išorinė fizinė aplinka (gražios patalpos, išvaizdi medicininė technika, garsios technologijos, reti ir brangūs vaistai, personalo apranga, „viešbučio“ patarnavimai ir t.t.); sveikatos priežiūros paslaugų kokybė priklauso ne nuo sukurtų kokybės sistemų ir įdiegtų standartų, o nuo to, kaip šias paslaugas vertina pacientai; pacientą domina tik pati sveikatos priežiūros paslauga ir visiškai nedomina tos paslaugos gamybos procesas (ko sveikatos priežiūros įstaiga neturi, dėl ko neturi ir pan.); kiekviena sveikatos priežiūros paslauga, teikiama konkrečiam pacientui, yra individuali (Janušonis, 2000).

1.1.3. Kokybės sveikatos priežiūros įstaigose samprata

Lietuvoje apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pradėta kalbėti 20 a. devintajame dešimtmetyje. Vykstant sveikatos priežiūros reformai sveikatos priežiūros kokybė tampa vienu iš sveikatos reformos prioritetų. Tik užtikrinus prieinamą, saugią ir veiksmingą sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, gali būti sudaromos vienodos galimybės šalies gyventojams gauti reikalingą ir tinkamą sveikatos priežiūrą, nepažeidžiant teismo sveikatos santykiuose principų ir įgyvendinant žmogaus teises medicinos srityje (Vinickienė, Liaudanskienė ir kt., 2001).

V. Janušonis ir J. Popovienė (2004) pateikia įvairių autorių sveikatos kokybės apibrėžimų: *sveikatos priežiūros kokybė* (medicinos pagalba) – tai siekis pagal galimybes pacientui suteikti optimalią pagalbą (Joss, Kogan, Henkel, 1994). *Sveikatos priežiūros kokybė* – tai pilnas sveikatos priežiūros poreikių patenkinimas tų pacientų, kuriems labiausiai reikia, mažiausiais organizacijos kaštais, atsižvelgiant į aukštesnių organizacijų apribojimus ir direktyvas (Øvretveit, 1997). *Sveikatos priežiūros kokybė* – tai tinkamų žmonių (profesionalų) tinkamu laiku teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos. *Sveikatos priežiūros kokybė* – tai laipsnis, kuriuo asmens ir visuomenės sveikatos priežiūra didina tikimybę pasiekti norimų rezultatų, remdamasi šiuolaikinėmis profesinėmis žiniomis (Chassin, Galvin, 1998). Taigi, maksimaliai pacientų poreikius ir interesus tenkinanti sveikatos priežiūra teikiama minimaliomis sąnaudomis, atsižvelgiant į disponuojamus ribotus išteklius, yra kokybiška.

Pacientai kokybę supranta vadovaudamiesi asmeniniu požiūriu, pagrįstu jų asmeniniais sveikatos rezultatais, asmenine patirtimi, įgyta lankantis sveikatos priežiūros įstaigose, gydytojo ir paciento tarpusavio sąveikos vertinimu. Gydytojams ir kitiems sveikatos priežiūros darbuotojams sveikatos paslaugų kokybė apima naujas technologijas, inovacijas, tinkamų sprendimų priėmimą pacientų atžvilgiu, pacientų sveikatos rezultatus, pasiektus teikiant profesinius standartus atitinkančias sveikatos paslaugas (Rivers, Glover, 2008).

Iš visų sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimų galima teigti, kad sveikatos priežiūros kokybė: geriau tenkinti pacientų poreikius ir lūkesčius sveikatos priežiūrai; tai sisteminis, visapusiškas, tęstinis procesas orientuotas į paciento reikmes; grindžiama nuolatiniu mokymusi tiek medikų profesionalų, tiek ir pacientų; taupo išteklius; kokybės tikslas neapsiriboja tik geresnės pacientų sveikatos siekiu, jis apima ir jų gyvenimo kokybę (Janušonis, Popovienė, 2004).

Svarbiausiu sveikatos priežiūros kokybės komponentu laikoma sveikatos priežiūros sauga. Sparti medicinos mokslo, praktikos ir technologijų plėtra bei nuolatinė kaita, sveikatos priežiūros sektoriaus ir įstaigų lygmeniu be perstojo vykdomi restruktūrizavimo ir reorganizavimo veiksmai daro sveikatos priežiūrą vis sudėtingesnę. Sveikatos priežiūros kokybei, saugai užtikrinti ir gerinti naudojami įvairūs kokybės vadybos principai ir metodai, siekiant nustatyti sisteminius trūkumus ir pagerinti sveikatos priežiūros struktūras ir procesus. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo ir gerinimo būdus galima suskirstyti į išorinius ir vidinius (savianalizė). Lietuvoje kol kas vyrauja išoriniai reguliavimo metodai, sveikatos priežiūros kokybę bandant užtikrinti išorinės kontrolės principais. Vidinio kokybės užtikrinimo gerinimo tikslai: tobulinti ir skatinti kokybės vadybos funkcionavimą iš vidaus; pasirengti išorinio vertinimo procesui pateikti informaciją pacientams (Paškevičius, 2005).

Sveikatos priežiūros kokybei valdyti svarbūs keli momentai: šiuolaikinėmis teorijomis besiremianti sveikatos priežiūros kokybės politika; visuomenės sveikatos rizikos valdymas;

visuomenės ir asmens sveikatos perorientavimas; technologijų vertinimas; statistinė procesų kontrolė. Šie momentai svarbūs visoms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (Janušonis, 2008).

Pagal A. Donabedian (1996), *sveikatos priežiūros kokybė* – tai jos tinkamumas tenkinti vartotojo poreikius bei lūkesčius. Paciento pasitenkinimas ir gydymo įstaigos gebėjimas patenkinti jo lūkesčius yra pagrindinis sveikatos priežiūros kokybės vertinimo kriterijus. Vertinant ir gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, vertinami ir veikiami trys jos lygiai: struktūra, procesas ir rezultatas.

Struktūra – tai paslaugų prieinamumas geografiniu ir finansiniu atžvilgiu, sveikatos priežiūros įstaigų išteklių: personalo kvalifikacija, medicinos prietaisai, tyrimai, patalpos bei jų administravimas (pavyzdžiui, atsižvelgiama į pacientų sugaištamą laiką registruojantis ir laukiant priėmimo pas gydytoją, pasitenkinimą atliekamais tyrimais). *Procesas* – tai personalo veikla teikiant sveikatos priežiūros paslaugas pacientams ir racionalus išteklių, reikalingų šiai funkcijai atlikti, panaudojimas: profilaktika, diagnostika, gydymas, rehabilitacija, paciento informavimas ir sveikos gyvensenos mokymas (pavyzdžiui, konsultacijos trukmė, informacijos pateikimas pacientui apie galimus atlikti tyrimus ir jų rezultatus, ligų atsiradimo priežastis ir rizikos veiksnius, rekomenduojamus vaistus, jų vartojimą, šalutinį poveikį). *Rezultatas* rodo, kaip įvykdyti uždaviniai, kaip paciento gydymas atitinka tam tikros profesijos standartus ir paciento lūkesčius: sveikatos būklė, priežiūros rezultatai, paciento gerovė bei pasitenkinimas, turimų resursų panaudojimo efektyvumas (Donabedian, 1996).

Kokybės valdymas susijęs su visuotinės kokybės vadybos filosofijos koncepcijomis. Pripažįstama, kad visuotinės kokybės vadyba yra svarbiausias konkurencingumo veiksnys, orientuotas į vartotojų poreikių tenkinimą, nuolatinį tobulinimą, visuotinį dalyvavimą, o jos įgyvendinimas – neatsiejama įstaigos strategijos dalis (Barczyk, 1999).

Pasaulio sveikatos organizacija leidinyje „Quality of Care“ (2006) pateikia šešias kokybiškos sveikatos priežiūros dimensijas: *rezultatyvumas* – griežtai grindžiama įrodymais, teikiant geresnės baigties sveikatos paslaugas; *efektyvumas* – teikiant sveikatos priežiūros paslaugas naudojami maksimalūs turimi sveikatos priežiūros įstaigos išteklių; *prieinamumas* – sveikatos priežiūra teikiama laiku, tinkamai geografiniu požiūriu, visi įgūdžiai ir išteklių skiriami sveikatos priežiūros poreikiams tenkinti; *priimtinumumas ar orientavimas į pacientą* – teikiant sveikatos priežiūros paslaugas kreipiamas dėmesys į paciento lūkesčius, poreikius; *teisingumas* – teikiamos paslaugos vienodai neskirstant pacientų pagal lytį, etinę priklausomybę, socialinę padėtį ar geografinę vietovę; *saugumas* – paslaugų vartotojams iki minimumo sumažinama rizika ir žala.

Pasirinkdamos kokybės vadybą strategine organizacijos plėtros kryptimi, įstaigos ieško praktinių jos įgyvendinimo būdų. Kokybės valdymas dažniausiai įgyvendinamas, diegiant kokybės vadybos sistemas. Šiam tikslui pasiekti vadovaujamosi standartais, kurie turi atitikti tarptautinius

standartus. ISO 9000 kokybės vadybos šeimos standartus rengia Tarptautinė standartizacijos organizacija. Tarptautiniai kokybės vadybos standartai praktiškai naudojami visame pasaulyje, 1995 metais buvo įteisinti ir Lietuvoje. Jie pavadinti Lietuvos nacionaliniais standartais – LST (Vanagas, 2004).

ISO šeimos standartai yra bendro pobūdžio pagal savo apimtį. Taip pat kuriami papildantys standartai, geriau pritaikyti tam tikram ūkio sektoriui. Tarptautiniai standartai yra nuolat tobulinami ir kuriami, naujausia standartų versija – LST EN ISO 9001:2008. Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai (2008). Šis tarptautinis standartas nustato kokybės vadybos sistemos reikalavimus ir gali būti naudojamas įstaigose, siekiančiose patenkinti klientą, tame tarpe ir sveikatos priežiūros įstaigose. Visi valstybėje nustatyti teisiniai reikalavimai organizacijoms šiuo atveju yra privalomi, o standarto taikymas – savanoriškas jos vadovų apsisprendimas, siekiant geriau dirbti ir patenkinti klientus, skiriant ypatingą dėmesį kokybei (Lim, 2003).

Standartas LST EN ISO 9001:2008 Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai (2008) garantuoja pacientams, kad sveikatos priežiūros įstaiga, kurią jie renkasi, įdiegė kokybės sistemą, kurią įvertino ir patvirtino nepriklausomi auditoriai (Stoškus, Beržinskienė, 2005). Orientavimasis į vartotoją yra pagrindinis visuotinės kokybės vadybos elementas ir viena esminių nuostatų, kurios įdiegimas sukelia organizacijos kultūros pasikeitimus. Tai reiškia, kad sveikatos priežiūros įstaiga priklauso nuo savo pacientų, ir todėl turi vertinti, suprasti jų reikalavimus bei stengtis net pranokti jų lūkesčius. Šio principo taikymas yra daugelio puikiai veikiančių įstaigų sėkmės priežastis (Lim, 2003).

Standarte LST EN ISO 9000:2005. Kokybės vadybos sistemos. Pagrindai ir aiškinamasis žodynas (2005) yra aprašomi pagrindai ir terminai (kokybės, vadybos, organizacijos, proceso ir produkto, požymių atitikties, dokumentų, tyrimo, audito, matavimo procesu), kurie leidžia geriau suprasti kokybės vadybos sistemoms skirtus reikalavimus.

Standarte LST EN ISO 9004:2001. Kokybės vadybos sistemos. Veiklos gerinimas. Rekomendacijos (2001) pateikiamos rekomendacijos kokybės vadybos sistemos rezultatyvumui, veiksmingumui didinti, aiškinamos kokybės vadybos sistemos tobulinimo kryptys.

Norint sertifikuoti įstaigos kokybės vadybos sistemą vadovaujamosi standartu LST EN ISO 9001:2008 Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai (2008). Kiti standartai yra rekomendacinio pobūdžio, jais vadovautis nėra privaloma.

Visuotinės kokybės vadybos idėjos koncepcija, įgyvendinama kaip valdoma įgaliojimų ir rezultatų veiksmingumo kontrolės sistema, turi organizacijų veiklai neabejotinai teigiamą įtaką, kuri pasireiškia: išlaidų mažinimu; klientų vertinimu, jų pasitenkinimu; teigiamu atokiuoju poveikiu, t.y. teigiamais ilgalaikiais veiklos rezultatais (Lim, Soraya, Ding, Morad, 2002).

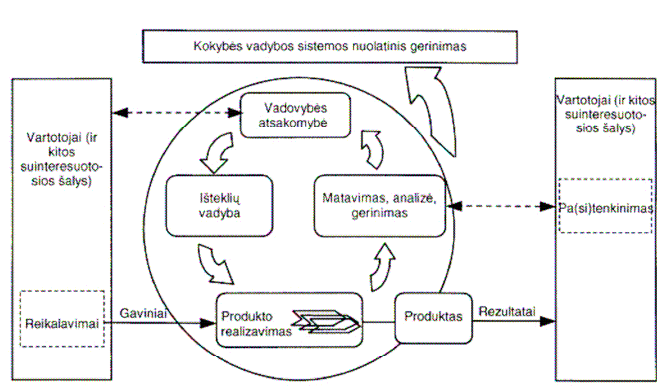
Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimu yra suinteresuotos šios šalys: sveikatos priežiūros paslaugų pirkėjai (Valstybinė ligonių kasa), paslaugų akreditavimo įstaigos, valstybės vadovaujanti institucija, visuomenė, patys sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai (Carey, 2003).

Pagrindinis Lietuvos sveikatos priežiūros reformos tikslas – efektyvi sveikatos priežiūros sistema, kuri užtikrintų kokybiškas paslaugas gyventojams, o kartu ir geresnę gyventojų sveikatą. Lietuvos sveikatos apsaugos ministro patvirtintoje Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programoje (Žin., 2007, Nr. 95-3864) ypatingas dėmesys skiriamas svarbiausiems ir aktualiausiems šiuo metu Lietuvai šiems sveikatos priežiūros kokybės aspektams: *sveikatos priežiūros saugumui, prieinamumui, tęstinumui ir tinkamumui*.

Sveikatos priežiūros saugumas – saugios sveikatos priežiūros ir jos aplinkos pacientams bei sveikatos priežiūros sektoriuje dirbantiems darbuotojams užtikrinimas, įdiegiant vieningą nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemą, formuojant naujovišką specialistų požiūrį į nepageidaujamus įvykius, jų valdymą. *Prieinamumas* – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį prieinamumą asmeniui ir visuomenei. *Tęstinumas* – laipsnis, kuriuo paciento priežiūra yra koordinuojama tarp sveikatos priežiūros specialistų ir įstaigų. *Tinkamumas* – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų bei aptarnavimų kokybę ir efektyvumą (Žin., 2007, Nr. 95-3864).

Kokybės sistemą sudaro: įstaigos politika, organizacinė struktūra, procedūros, procesai. Kokybės politika – teikti pacientams prieinamą, savalaikę, lygiateisišką, pilnavertę, efektyvią, patikimą ir saugią, kokybės standartus atitinkančią sveikatos priežiūrą ligų profilaktikos, diagnostikos, gydymo, slaugos ir reabilitacijos srityse. Ši politika apima profesines ir administracines paslaugas (Janušonis, Popovienė, 2004).

Kokybės politika yra sveikatos priežiūros įstaigos tikslas (2 pav.).



2 pav. Kokybės vadybos procesų schema

Šaltinis: LST EN ISO 9001:2008. Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai (2008). Lietuvos standartizacijos departamentas.

Išskiriami aštuoni principai, kuriais remiasi įstaigos kokybės sistema (Kokybės vadyba valstybinėse ir visuomeninėse organizacijose, 2001): *orientacija į klientą* – sveikatos priežiūros įstaiga priklauso nuo savo pacientų, todėl turi suprasti dabartines ir būsimas pacientų reikmes, atsižvelgti į pacientų reikalavimus ir siekti viršyti jų lūkesčius; *lyderystė* – vadovai turi sukurti ir palaikyti vidinę aplinką, kuri skatina visus darbuotojus dalyvauti siekiant organizacijos tikslų; *darbuotojų įtraukimas* – visų lygių darbuotojai yra kiekvienos įstaigos esmė; *procesų metodas* – rezultatus ir tikslus galima pasiekti efektyviau, kai veiklos ir susiję išteklių valdomi kaip procesas. Įstaiga turi identifikuoti procesus, apibrėžti jų seką ir sąveiką, nustatyti procesų valdymo metodus, stebėti, matuoti, analizuoti procesus, atlikti rezultato siekimo, matavimo bei procesų gerinimo veiksmus; *sisteminė vadyba* – būtina nustatyti, suprasti ir valdyti tarpusavyje susijusius procesus, kurie įtakoja įstaigą siekti įgyvendinti savo tikslus; *nuolatinis gerinimas* turi tapti pagrindiniu įstaigos siekiu; *sprendimų priėmimas remiantis faktais* – norint priimti efektyvų sprendimą, reikia analizuoti duomenis ir informaciją; *abipusiai naudingi santykiai su tiekėjais* – įstaiga ir tiekėjai yra tarpusavyje susiję, todėl abiem pusėms naudingi santykiai padeda sėkmingiau siekti tikslų.

Apibrėžus ir įvertinus šiuos principus konkrečioje sveikatos priežiūros įstaigoje, galima nustatyti, kokios kokybės politikos sieks įstaiga. Kokybės vadybos teorijos praktinis taikymas, paprastai įgyvendinamas per kokybės vadybos sistemų diegimą sveikatos priežiūros įstaigoje, nėra lengvas ir reikalauja fizinių bei laiko sąnaudų. Pirmiausia tai naujo filosofinio požiūrio suvokimas ir pasiryžimas jį skleisti. Tai yra neabejotina įstaigų vadovo prerogatyva ryžtis ar nesiryžti šiam nelengvam žingsniui ir nustatyti sau bei visos įstaigos darbuotojams naujus reikalavimus, diegti naują požiūrį į darbą, jo suvokimą. Susiduriama ir su vadybine terminologija, iki šiol negirdėta medicinoje, sveikatos priežiūroje kuriama nauja kokybės samprata. Sertifikato gavimas – tai ne vienkartinis egzamino išlaikymas, atlikto darbo įvertinimas, bet ir darbuotojų kasdienės veiklos, naujos organizacijos kultūros pripažinimas (Paukštys, Šileikienė, 2005).

1.2. Strategija ir planavimu paremtas sveikatos politikos formavimas

1.2.1. Lietuvos sveikatos politikos principai

Pagrindinis sveikatos politikos formavimo proceso tikslas yra ilgalaikis geresnės visuomenės sveikatos siekis, suformuluotas atsižvelgiant į šalies (regiono) politines nuostatas, ekonomikos išsivystymą, socialinio sektoriaus būklę ir kitus svarbius momentus. Sveikatos politikos išvystymas – tai prioritetų nustatymas, sveikatos poreikių įvertinimas, išteklių įvertinimas, sveikatos priežiūros planavimas (Janušonis, 2008).

Sveikatos politikos formavimo procesą galima apibrėžti taip (Ritsatakis, Makara, 2009): pagrindinis tikslas; tikslai; politika; strategijos; objektai.

Tikslai – labiau specifiniai, pasiekiami, realūs, formuojami pagrindiniam tikslui pasiekti. *Strategijos* – tai veiksmų kryptys, nurodančios, kaip siekti užsibrėžtų tikslų. *Objektai* – dar labiau specifiniai už tikslus, laiko apibrėžti ir dažniausiai pamatuojami. Vykdamas sveikatos politikos procesą, jis turi būti stebimas ir vertinamas.

Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatyme (Žin., 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099) įvardinta sveikatos priežiūros veikla ir tikslai. Vadovaujantis šiuo įstatymu, *asmens sveikatos priežiūra* – tai valstybės licencijuota fizinių ir juridinių asmenų veikla, kurios tikslas – laiku diagnozuoti asmens sveikatos sutrikimus ir užkirsti jiems kelią, padėti atgauti ir sustiprinti sveikatą, o *visuomenės sveikatos priežiūra* – organizacinių, teisinių, ekonominių, techninių, socialinių bei medicinos priemonių, padedančių įgyvendinti ligų ir traumų profilaktiką, išsaugoti visuomenės sveikatą bei ją stiprinti, visuma.

Sveikatos koncepcija labai priklauso nuo jos sampratos fenomeno. Tokios sąvokos kaip gyvenimas, sveikata, liga, mirtis, skausmas kiekvienam žmogui reiškia skirtingus dalykus, o jų vertinimas visuomet priklauso nuo individo. Todėl sveikatos priežiūros vertinimo kartu su objektyviais rodikliais interpretacijos gali būti labai individualios ir net subjektyvios (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Pastaraisiais metais ypač suaktyvėjo diskusijos dėl sveikatos priežiūros tikslų. Tai sąlygojo per praėjusį dešimtmetį labai išaugusios sveikatos priežiūros apimtys ir ribotos finansinės galimybės, todėl atsirado būtinybė įvertinti sveikatos priežiūros apimtį medicininio, ekonominio ir etinio požiūriais. Būtina iš naujo įvertinti sveikatos priežiūros tikslus, kurti naują sveikatos įvaizdį, besiremiantį žmogaus lūkesčiais ir troškimais. Ekonominiame lygmenyje medicina tapo pinigų, pelno ir darbo šaltiniu. Daugelyje valstybių ji virto savarankiška ekonomine jėga. Dėl ypatingos svarbos visuomenės progresui ir didelių finansinių resursų poreikio sveikatos priežiūra yra nuolatinis politinių diskusijų objektas (Jakušovaitė, Darulis, 2004).

Dar 1998 metais Lietuvos sveikatos programoje akcentuoti pagrindiniai sveikatos politikos tikslai, yra: gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas; sveikatos santykių teisingumas; gyvenimo kokybės pagerinimas. Išskeltus tikslus numatyta pasiekti šiais pagrindiniais integruoto poveikio būdais: įgyvendinant realų įvairių žinybų bendradarbiavimą; sveiką gyvenimą paverčiant socialine norma; sukuriant sveiką aplinką; organizuojant kokybišką ir prieinamą sveikatos priežiūrą, apimančią sveikatos stiprinimą ir ligų profilaktiką, ligų išaiškinimą laiku, sergančiųjų gydymą ir reabilitaciją bei ilgalaikį tęstinį stebėjimą (Žin., 1998, Nr. 64-1842).

Sprendžiant klausimą dėl išteklių paskirstymo sektoriams sveikatos sektoriui niekuomet neskiriama tiek, kiek reikėtų sveikatos sistemai pertvarkyti ir plėtoti. Optimalus sveikatos sektoriaus išteklių paskirstymas bendrai sveikatai ir sveikatos apsaugai yra didelė problema. Savo ruožtu ypač aktualus sveikatos apsaugos lėšų paskirstymas ligų prevencijai ir gydymui, stacionariniam ir

ambulatoriniam gydymui, valstybiniam ir privačiam sektoriams. Todėl priimant sprendimus dėl sveikatos politikos įgyvendinimo praktikoje, dėl jos santykio su rinkos ekonomika labai svarbu išmanyti sveikatos politikos principus. Sveikatos apsaugos politika lemia, kad rinkos ekonomikos dėsniai sveikatos politikoje yra šiek tiek kitokio atspalvio negu bendrai ekonomikoje (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Pasaulio sveikatos organizacijos (Quality of care, 2006) pasiūlyti sveikatos politikos formavimo principai yra: *teisumas* – pagrindinis sveikatos politikos principas. Tai lygių galimybių siekti maksimalaus sveikatos potencialo sudarymas kiekvienam asmeniui, paskirstant sveikatos priežiūros išteklius ir panaikinant kliūtis bei skirtumus. Jis reiškia, kad kiekvienas žmogus turi teisę siekti geriausios savo sveikatos būklės. Negalima nesigydyti sergant infekcinėmis (užkrečiamomis) ligomis, būtina skiepytis nuo infekcinių ligų; *prieinamumas* – principas, nusakantis, kad sveikatos priežiūra turi būti prieinama kiekvienam žmogui tiek atstumo iki gydymo įstaigos, tiek finansų, pavyzdžiui, sveikatos draudimo, tiek sveikatos paslaugų apimties ir kokybės požiūriu; *priimtinumumas* reiškia, kad sveikatos paslaugos kiekvienam žmogui turi būti suteikiamos priimtina forma (pavyzdžiui, informacija apie pacientą turi būti suteikta atsižvelgiant į jo amžių, išsilavinimą, supratimo bei intelekto lygį); *tinkamumas* – tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų bei aptarnavimo kokybę ir efektyvumą; *solidarumas* – sveikatos politikos principas, taikomas renkant sveikatos draudimo įmokas. Jis pasireiškia tuo, kad sveikatos draudimo įmokos surenkamos solidariai teisingai, t.y. dirbantis moka už nedirbantį, sveikas už ligonį, jaunas už seną. Surinktomis įmokomis naudojasi visi gyventojai darant prielaidą, kad visi rizikuoja susirgti; *lygybė* – principas, reglamentuojantis, kad sveikatos priežiūra turi būti prieinama visiems žmonėms lygiai, nesvarbu, kokios jie lyties, amžiaus, rasės, tautybės, socialinės grupės; *visapusiškumas* reiškia, kad sveikatos priežiūra visiems turi būti prieinama visapusiškai: tiek pirminio, tiek antrinio ar tretinio lygio, taip pat profilaktika, diagnostika, gydymas, rehabilitacija, ir slauga sergant ūmiomis bei lėtinėmis ligomis; *laisvas pasirinkimas* reiškia, kad žmogus turi teisę rinktis gydytoją ir gydymo įstaigą, gydymo būdą; *tęstinumas* – tai laipsnis, kuriuo koordinuojama pacientą prižiūrinčių sveikatos priežiūros specialistų ir įstaigų veikla; *saugumas* – saugios sveikatos priežiūros ir jos aplinkos pacientams bei sveikatos priežiūros sektoriuje dirbantiems darbuotojams užtikrinimas, įdiegiant bendrą nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemą, formuojant naujovišką specialistų požiūrį į nepageidaujamus įvykius jų valdymą.

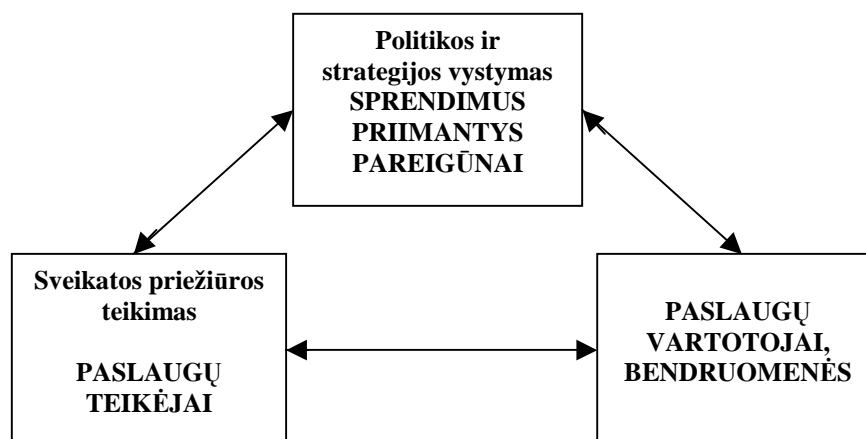
Sveikatos politikos etinė norma – tai sveikatos netolygumų šalinimas nacionaliniu mastu. Jis remiasi socialinio teisingumo ir teisėtumo principais. Socialinis teisingumas sveikatos politikoje – tai lygios teisės, dėmesys labiausiai pažeidžiamoms gyventojų grupėms ir sveikatos priežiūros bei medicinos pagalbos prieinamumas (Grabauskas, 2001).

Labai svarbus veiksnys, nuo ko priklauso sveikatos politika – tai pareigūnų, atsakingų už sveikatos politiką, kompetencija. Sveikatos politika apibrėžta ir penkioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programoje (Žin., 2008, Nr. 146-5870). Joje numatyti tolesnės pertvarkos principai ir tikslai: pertvarkyti sveikatos sistemą pagal modernios visuomenės sveikatos koncepciją, vadovaujantis Europos Sąjungos visuomenės sveikatos ir Pasaulio sveikatos organizacijos strateginiais principais; racionaliau valdyti ir finansuoti sveikatos sistemą siekiant pagerinti paslaugų prieinamumą ir kokybę; sukurti draugišką ir į pacientą orientuotą sveikatos sistemą, įtraukiant visuomenę į sprendimų priėmimą bei išgyvendinti iš sveikatos sistemos biurokratiją ir korupciją.

1.2.2. Strateginio valdymo svarba sveikatos politikos formavimui

Formuojant sveikatos politiką atskirose šalyse labiausiai skiriasi strategijos ir objektai, nors jie dažniausiai formuojami remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) strategijomis jas vystant bei pritaikant. Europos Sąjungos ir jos šalių sveikatos politikos strategijos buvo vystomos remiantis PSO strategijomis ir jas plėtojant. Sveikatos politika Lietuvoje pakankamai nuosekli ir orientuota į PSO ir Europos Sąjungos politiką (Janušonis, 2008). Nacionalinė sveikatos programa (Žin., 1998, 64-1842) bei Nacionalinė sveikatos koncepcija (Žin., 1991, Nr. 91-893) yra svarbiausios Lietuvos sveikatos priežiūros formavimo strategijos (išsamesnė teisės aktų analizė – antrojoje darbo dalyje).

Pasaulio sveikatos organizacijos specialistų nuomone, gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, ypač svarbus yra grįžtamasis ryšys tarp sistemos dalyvių (3 pav.).



3 pav. Sveikatos priežiūros kokybės gerinimas

Šaltinis: *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems* (2006). World Health Organization. [žiūrėta 2009-12-20]. Prieiga per internetą: < http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/8BFABE30-2EEC-4990-A42E-2644896B0C39/0/QualityCare_HDef.pdf >.

Kokybės strategijas būtina kurti ir įgyvendinti tinkamai dalyvaujant sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams, vartotojams ir bendruomenėms, t.y., norint gerinti savo pačių sveikatą, būtina daryti įtaką tiek formuojamai kokybės politikai, tiek paslaugų teikėjams. Sveikatos priežiūros

teikėjai turėtų užtikrinti, kad jų teikiamos paslaugos prilygtų aukščiausiems standartams ir atitiktų paslaugų vartotojų, t.y. pacientų poreikius. Tam būtina veikti tinkamoje kokybės politikos aplinkoje ir turėti atitinkamą supratimą apie paslaugų vartotojų lūkesčius (Quality of Care, 2006).

Sveikatos priežiūros įstaigose, siekiant administravimo efektyvumo, strateginis planavimas gali suteikti nemažų galimybių. Atsiranda žymiai geresnės sąlygos įsitvirtinti strateginiam mąstymui ir strateginiams veiksams organizacijoje, interesų grupėje ar bet kurioje su viešuoju administravimu susijusioje struktūroje. Išauga galimybė tobulinti viešųjų institucijų veiklą, susijusią su sprendimų priėmimu. Strateginis planavimas padeda išskirti organizacijų veiklos prioritetus, sukcentruoti pastangas formuluojant svarbiausius tikslus ir ketinimus, padidina organizacijų atsakomybę ir gerina jų veiklą sprendžiant esmines organizacijų vidaus ir išorės problemas, leidžia lanksčiau ir efektyviau keisti veiklos kursą priklausomai nuo besikeičiančių aplinkybių, t.y. strateginį mąstymą tvirtai sieja su strateginiu veikimu. Strateginis planavimas naudingas organizacijai, kaip tiesiogiai veikiantis personalo vystymą. Politikai, spendimus priimančios vadovai, pasitelkę strateginį planavimą, gali kur kas efektyviau paskirstyti vaidmenis ir atsakomybę, susieti individualias ir grupines organizacijos narių pastangas, įvertinti veiklos rezultatus (Raipa, 2003).

Strateginio valdymo ir planavimo evoliucijoje strateginis valdymas ir planavimas įgijo naujus, labiau apibrėžtus kontūrus ir tapo daug dinamiškesnis (1 lentelė).

1 lentelė

Strateginio planavimo principų kaita

Ankstesnieji strateginio planavimo principai	Modernūs strateginio planavimo principai
Planavimas iš esmės orientuotas ne į strategijos įgyvendinimą, bet į veiksmų aprašymą	Planavimas orientuotas į strategijos įgyvendinimą
Planavimui trūksta vieningos metodikos; įmonės planai nėra tarpusavyje susieti	Planavimas apima visus įmonės lygius, kuriuose vadovaujama vieninga metodika
Planavimo ciklas trunka 3 – 5 metus	Strategija gali būti koreguojama bet kuriuo metu, atsižvelgus į rezultatus
Strateginis planas – popierinis, ne daugiau kaip 50 puslapių dokumentas	Strateginis planas – sugrupuotų rodiklių lentelės, įrodančios, kaip strategija bus įgyvendinta ir paremta realiais veiksmais
Kūrybinis strateginio mąstymo procesas vyksta tik aukščiausiu įmonės lygiu	Kūrybinis strateginio mąstymo procesas vyksta visais įmonės lygiais
Planuojama, nes taip nurodyta	Planuojama, nes aiškia suvokiama, ką reikia atlikti, kad įmonė vystytųsi
Strateginis planas nesusietas su kasdieniais veiksmais	Strateginis planas yra dinaminis procesas, kuris aprūpina reikiama informacija priimančiam verslo valdymo sprendimus
Vadovai orientuojasi į trumpalaikius finansinius tikslus	Vadovai orientuojasi į finansinius ir nefinansinius tikslus, kurie apima visas įmonės veiklos perspektyvas
Planavimas yra formalus	Planavimas įvertina reikiamus išteklius strategijai įgyvendinti
Nesukurtas mechanizmas, įvertinantis suplanuotų veiksmų atlikimą	Tiksliai įvertinamas suplanuotų veiksmų atlikimas
Plane aprašyti strateginiai tikslai tarpusavyje pakankamai nesusieti	Visi tikslai susieti tarpusavyje grįžtamaisiais ryšiais

Šaltinis: Smilga, E. Janušonienė, E. (2007). Strategiškai orientuotos organizacijos veikimo principai sveikatos apsaugos sistemoje. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, 44, p. 125-140.

Kiekviena sveikatos priežiūros įstaiga turi formuoti strategiją, atitinkančią pokyčiams. Strateginis planavimas yra nuolat vykstantis procesas (tai atitinka nuolatinio tobulinimo principą visuotinės kokybės vadyboje). Strateginio planavimo procese numatomas nuolatinis proceso įvertinimas bei tobulinimas, o tai yra proaktyvinio kokybės tobulinimo esmė: situacijos sukūrimas ir valdymas, paėmus iniciatyvą į savo rankas, kai įstaigai reikia pasirinkti tolimesnes teisingas veiklos kryptis (Paulavičienė, 2001).

Kiekviena sveikatos priežiūros įstaiga turi rasti originalias strategijas savo tikslams siekti. Strategijos prikelia gyvenimui organizacijos misiją; misija apibūdina organizaciją ir jos tikslus, strategija numato trokštamo ateities būvio pasiekimo procedūrą (Palubinskas, 1997).

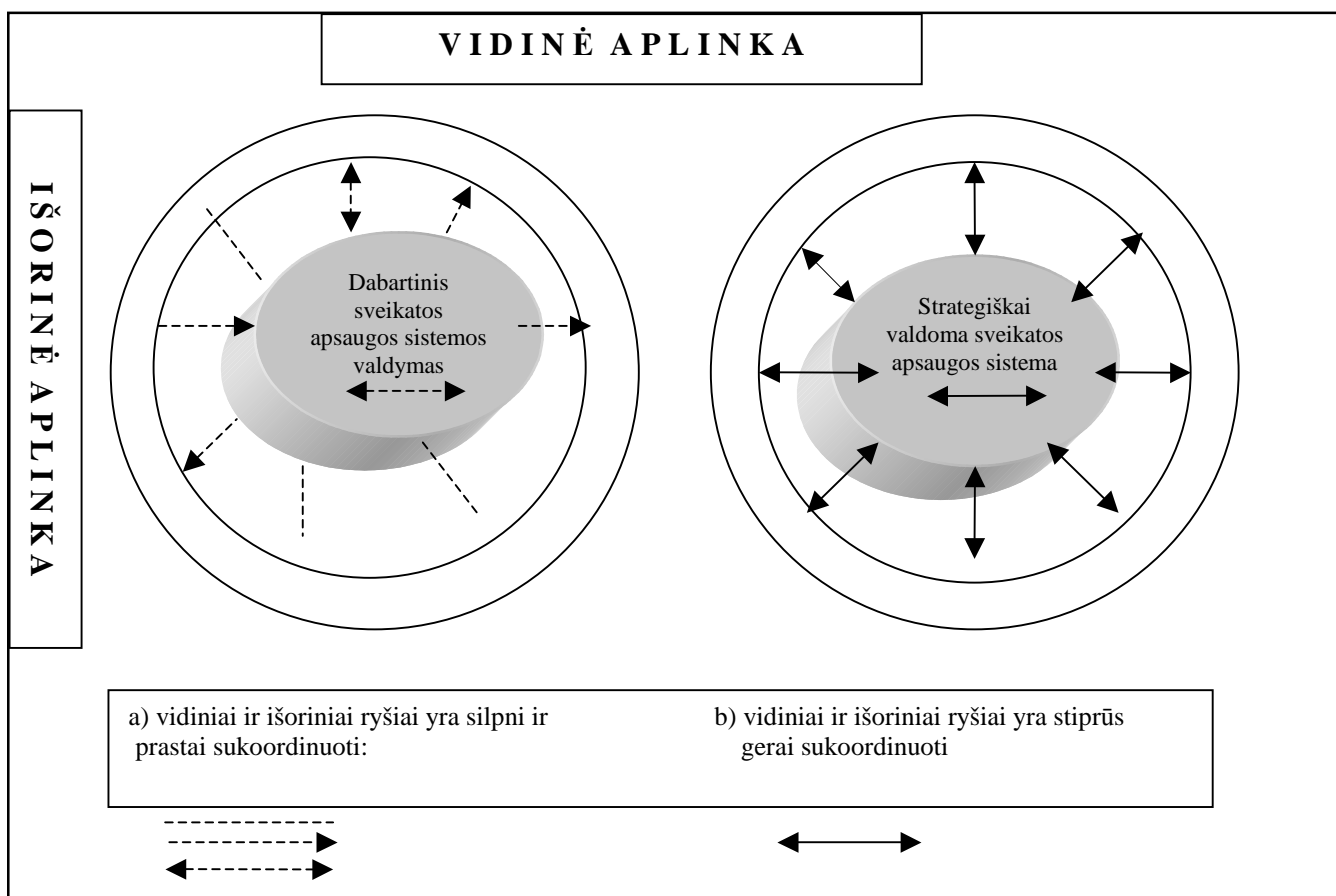
Sveikatos priežiūros įstaigos strategijos įgyvendinimas dažnai susijęs su procesu tobulinimu, todėl reikalingi specifiniai įgūdžiai, žinojimas. Darbuotojai, tobulinantys procesus, turi sugebėti daryti sprendimus ne tik taktiniu, bet ir strateginiu lygmeniu. Taip sukuriama strategiškai orientuota organizacija, priverčianti strategiją veikti. Kuriant strategiškai orientuotą organizaciją, būtinas aktyvus aukščiausiosios grandies vadovų dalyvavimas. Pirmiausia reikia sutelkti pastangas ir ieškoti impulso, nuo kurio priklauso proceso pradžia. Kai tik organizacija pasirengia pokyčiams, visos pastangos nukreipiamos į valdymą. Ir tuomet palaipsniui atsiranda naujas valdymas, nauja jo kokybė – strateginis valdymas, kuris sujungia naujas organizacijos kultūros vertybes ir struktūras į naują sistemą (Smilga, Janušonienė, 2007).

Organizacijos strateginiai tikslai nustato, ką ji nori pasiekti ir kada ji nori gauti geidžiamą rezultatą. Pagrindinė vadovų užduotis yra padaryti darbą vykdytojams visiškai aiškų, suprantamą ir palankiai sutelkti visus vykdytojus laiku ir iš pirmo karto kokybiškai atlikti darbą. Dėl to organizacijos vadovai nuolat kuria protingą strategiją, išmintingą politiką ir aiškias procedūras bei taisykles. Strategijoje tikslai ir strateginiai sprendimai yra suformuluoti visos organizacijos atžvilgiu. Tikslų ir sprendimų įgyvendinimas turi būti paskirtas atitinkamoms funkcinėms tarnyboms organizacijoje: rinkodarai, gamybai, personalui, finansams, tyrimams ir projektavimui bei pan. (Stoner, Freeman, Gilbert ir kt. 2005).

Strateginis valdymas yra naudingas, nes visi dirbantieji nuo aukščiausiojo lygio vadovų iki eilinių darbuotojų pradeda aiškiau suvokti jiems keliamus reikalavimus ir konkrečių darbų prasmę, lengviau pasirenka veiklos prioritetus ir efektyviau naudoja išteklius, su entuziazmu siekia vis ambicingesnių verslo tikslų. Organizacijose strategija kuriama surinkus iš padalinių informaciją apie klientų lūkesčius, konkurencinę situaciją, galimas rinkos kitimo tendencijas, vidinius padalinių išteklius bei jų plėtros galimybes. Sukūrus bendrąją organizacijos strategiją, ji „nuleidžiama“ žemyn, išaiškinant, kaip kiekvienas padalinys ir kiekvienas darbuotojas turi prisidėti prie jos įgyvendinimo (Vasiliauskas, 2000).

Kokybės vadybos diegimas sveikatos priežiūros įstaigoje – tai principai, kurie skatina optimalių turimų išteklių naudojimą, lankstumą, prisitaikant prie aplinkos pokyčių. Kūrimas strategijos, skirtos kokybės įdiegimui paslaugų teikimo procese, priklauso nuo pokyčio pagrindo, t.y. žmogiškųjų išteklių valdymo. Todėl nuolatinio tobulinimo esmė – nepaliaujamai gerinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybę, pritaikant darbuotojų idėjas ir pasiūlymus, įgyvendinant užsibrėžtus tikslus (Stancikas, Bagdonienė, 2004).

Strateginiam valdymui svarbūs tiek vidiniai, tiek išoriniai ryšiai, padedantys siekti valdymo efektyvumo ir suteikiantys naują kokybę (4 pav.).



4 pav. Strateginio valdymo svarba sveikatos apsaugos sistemoje

Šaltinis: Smilga, E., Janušonienė, K.(2005). Sveikatingumo koncepcija ir jos taikymas strategiškai valdomoje sveikatos apsaugos sistemoje. *Tiltai*, 1, p. 45-52.

Strateginio valdymo aspektas sveikatos apsaugos sistemoje labiau atskleidžia ryšius tarp valstybės valdymo posistemių ir leidžia geriau koordinuoti bei patikslinti jų tikslus siekiant suderinti bendrą veiklą (Smilga, Janušonienė, 2005).

Pagrindinė strateginio valdymo proceso problema ir esmė yra strategijos, kuri apima efektyvią veiklą, parengimas ir jos realizavimas. Strategijos formulavimas susideda iš ilgalaikių tikslų nustatymo, išorinės ir vidinės aplinkos analizės, alternatyvių strategijų pasirinkimo ir jų vertinimo. Strategijos įgyvendinimas apima einamųjų tikslų nustatymą, veiksmų politiką bei išteklių pasiskirstymą. Strategijos įvertinime peržiūrima išorinių ir vidinių veiksmų įtaka, vertinama

organizacijos veikla ir, jei reikia, yra koreguojami atitinkami veiksmai (Jucevičius, 1998; Ginevičius, Sūdžius, 2005).

Sveikatos priežiūros įstaigų strategija turi būti tikslinga. Ji sustiprinama visų pirma sveikatos priežiūros įstaigos veiklos ideologija (pavyzdžiui, ligoninės, kaip viešosios įstaigos, statusas, pagrindiniai tikslai, medicinos deontologija, pacientų interesai ir t. t.), kad būtų galima turėti objektyvią veiklos kryptį. Tai būtina siekiant įgyvendinti pasirinktus tikslus.

Strategija turi būti mobilizuojanti sėkmei. Ja siekiama išryškinti sėkmingos veiklos veiksnius ir palankias progas, kuriomis sveikatos priežiūros įstaiga turėtų pasinaudoti konkurencinėje kovoje. Metodologiniu požiūriu strategija orientuoja sveikatos priežiūros įstaigos padalinius ir darbuotojus į įstaigos naujos vizijos kūrimą (Bagdonas, Bagdonienė, 2000).

Pagrindinis strateginio valdymo elementas yra strateginė analizė. Per ją organizacija susiejama su savo mikro – makroaplinka, čia esančiomis galimybėmis ir grėsmėmis. Svarbiausias strateginio valdymo, kurio pagrindinis elementas yra analizė, uždavinys yra strateginio pavojaus, galinčio turėti organizacijai neigiamų pasekmių, aptikimas ir neutralizavimas (Ginevičius, Sūdžius, 2005).

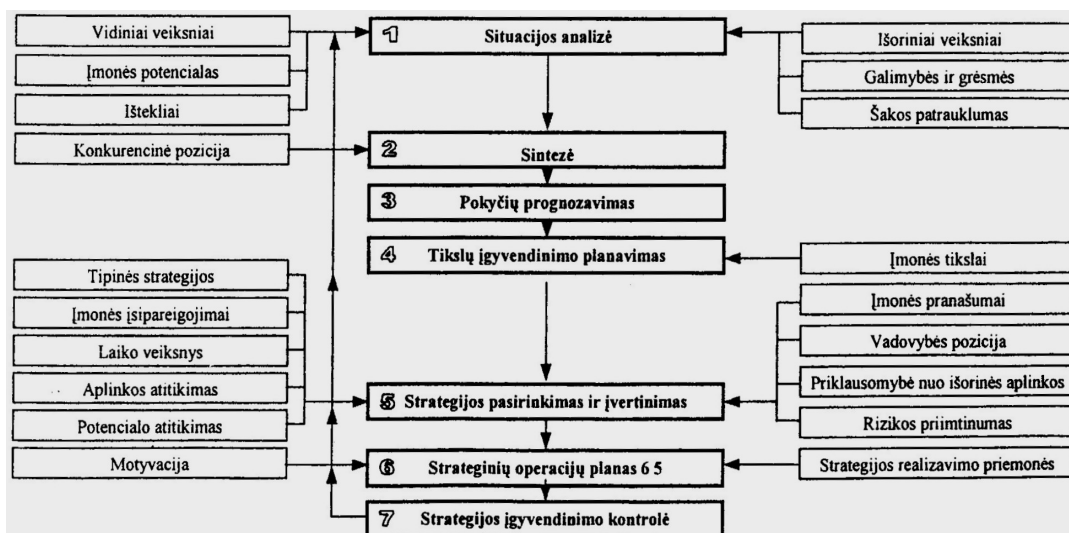
Kad aplinkoje esančios galimybės būtų panaudotos, reikia resursų – finansų, žmonių, veiklos partnerių, įrengimų, informacijos ir kt. Pagrindinis resursų bazės analizės uždavinys yra atsakyti į klausimą – ar gali organizacija sukaupti reikiamus resursus, kad sėkmingai realizuotų pasirinktą strategiją. Strategija priešpriešinama pesimistinei sveikatos priežiūros įstaigos ateities vizijai, kurią dažnai nulemia veiklos apribojimai. Įstaiga gali keisti veiklos taisykles, kurių tikslas – pasiūlyti pacientams labiau jų poreikius atitinkančias paslaugas, o pagrindas – papildoma segmentacija ir esminis gydymo kokybės pakeitimas. Tam būtina: sukurti palankesnę sąnaudų struktūrą; pateikti aukščiausios kokybės paslaugą; padėti pacientams suvokti tą naująją kokybę; apriboti neišvengimus pasikeitimų nepatogumus pacientams (dažnai jie būna daugiau psichologiniai); nugalėti vidinį sveikatos priežiūros įstaigos sąstingį (Bagdonas, Bagdonienė, 2000).

Kitas labai svarbus valdymo elementas yra organizacinė struktūra. Tai ne tik elementinė organizacijos sudėtis su savo hierarchiniais ryšiais, įgaliojimų ir atsakomybių struktūra, bet visos veikiančios sistemos, personalas, procedūros bei procesai. Šią visumą galima pavadinti organizacijos valdymo potencialu, kuris per valdymo procesą sujungia jos resursus su aplinkoje esančiomis galimybėmis, organizacijai siekiant savų tikslų. Kai organizacijos sėkmę lemia du vienodai svarbūs veiksniai – aplinka ir vidinė organizacijos struktūra – tik dar labiau parodo šio elemento analizės svarbą. Svarbiausia nauda, kurios tikimasi iš strateginio valdymo, yra organizacijos veiklos rezultatyvumo didinimas (Lorange, 2005; Ginevičius, Sūdžius, 2005).

Geros strategijos parengimas dar savaime negarantuoja visos veiklos rezultatyvumo padidėjimo, tačiau aišku, jog tarp šių dviejų parametru yra tiesioginis ir gana stiprus ryšys.

Sveikatos apsaugos sistemos strategijos šerdis turėtų būti visuomenės sveikatos strategija, apimanti visuomenės sveikatingumą, besiremianti sveikatos būklės kiekybiniais rodikliais, tokiais kaip sveikatingumo, sveikatos būklės grąžinimo rodikliais (Smilga, Janušonienė, 2005).

Sudarant instrumentarijų, skirtą sveikatos priežiūros įstaigos strategijai parengti, svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad kiekvienas strategijos rengimo etapas turi tik jam būdingų bruožų. Todėl, siekiant sudaryti optimalų instrumentarijų, reikėtų parinkti tinkamiausius konkrečiame etape atliekamoms užduotims atlikti instrumentus (5 pav.).



5 pav. Veiksniai, darantys įtaką įmonės strategijai atskiruose jos gyvavimo etapuose
 Šaltinis : Vaitkevičius, S., Monkevičienė, Z., Bartosevičienė, V. (2002). Instrumentarijus įmonės strategijai rengti: samprata ir struktūra. *Inžinerinė ekonomika*, 5 (31), p. 101.

Taip pat reikia atsižvelgti ir į tos įmonės vadovų asmenines charakteristikas, nes strategijos formavimas yra vadovų pasirengimo ir institucijos simbiozė, taip pat ir gebėjimas pasiekti strategijų įgyvendinimą. Strategijos tikslų įgyvendinimui įtakos turi šie veiksniai: vadovų ir darbuotojų profesionalumas ir kūrybingumas; produktų ir jų vystymo tendencijų pažinimas; įmonės ryšiai su išorine aplinka; gamybos, darbo ir valdymo tobulinimas; kasdieninių planų įgyvendinimas; darbuotojų įtraukimas į įmonės tikslų ir uždavinių realizaciją (Vaitkevičius, Monkevičienė, Bartosevičienė, 2002).

Ligoninė – tai sudėtingos ir labai daugialypės veiklos įstaiga. Parengti strategiją tokiai heterogeninės veiklos visumai sunku. Todėl pirmajame strategijos etape suskaidoma ligoninės veiklos visuma ir nustatomos tam tikros veikos kryptys, turinčios esminių bendrybių (pavyzdžiui, pacientų poreikiai, gydymo technologija). Tokios veiklos sritys vadinamos strateginiais segmentais, o procesas – segmentavimu. Etapas baigiamas kiekvieno segmento pirmine analize. Rengiant ligoninės strategiją labai svarbu, kad visiems segmentams įvertinti būtų taikomi vienodi kriterijai ir nustatytas jų svarumas. Taip išvengiama skirtingų veiklos interpretacijų. Antrasis etapas pradedamas jau patikslinus segmentus ir atliekant papildomą analizę, kuri padėtų: įvertinti kiekvieno segmento vietą; nustatyti pasirinktiną plėtros kryptis. Strateginių krypčių nustatymu

užbaigiama pirmame etape pradėta analizė. Jis leidžia patikslinti tame etape pateiktus vertinimus. Trečiajame etape, remiantis atskirų segmentų analize, projektuojama ligoninės veiklos visuma ir ieškoma segmentų sąveikos. Taigi šio etapo paskirtis – parengti bendrąją ligoninės strategiją, prieš tai nustatius segmentų prioritetus, leidžiančius geriausiu būdu panaudoti ribotus ligoninės išteklius. Ketvirtasis etapas – tai strateginio plano surašymas, konkrečių projektų parengimas, remiantis analitiniais skaičiavimais (Bagdonas, Bagdonienė, 2000).

Pasirinkdama kokybės vadybą strategine organizacijos plėtros kryptimi, sveikatos priežiūros įstaiga ieško praktinių jos įgyvendinimo būdų. Orientavimasis į vartotoją yra pagrindinis kokybės vadybos elementas ir viena esminių nuostatų, kurios įdiegimas sukelia organizacijos kultūros pasikeitimus bei pokyčius organizacijoje (Paukštys, Šileikienė, 2005).

1.3. Sveikatos priežiūros įstaigų organizacijos kultūros ir žmogiškųjų išteklių valdymo politika

1.3.1. Organizacijos kultūros ir etikos įtaka sveikatos priežiūros paslaugų kokybei

20 a. devintame dešimtmetyje vadybos mokslo teoretikai pradėjo itin aktyviai diskutuoti apie organizacijos vidinį klimatą bei darbuotojų kultūrinių vertybių įtaką organizacijos veiklos efektyvumui ir sėkmei. Daugelis autorių nagrinėdami organizacijose vykstančius procesus – organizacijoje dirbančių žmonių valdymą, jų kultūrinių nuostatų, vertybių formavimuisi įtakos turinčius veiksnius, pabrėžia, jog egzistuoja tam tikri bendri kriterijai, kuriais vadovaujantis organizacija gali užtikrinti sėkmingą veiklą (Kaziliūnas, 2004).

Organizacijos yra individualių žmogaus veiksmų rezultatas, veiksmų, kurie juos atliekantiems turi ypatingą reikšmę bei prasmę. Viešųjų organizacijų paskirtis pirmiausia yra siekti viešai apibrėžtų socialinių vertybių, o jų nariams tenka ypatinga našta, kurios neturi kiti – visuomet elgtis laikantis demokratijos normų. Ir padėdami nustatyti visuomenės tikslus, ir padėdami jų siekti, viešųjų organizacijų nariai turi atsižvelgti į tas vertybes, kurios šios organizacijoms suteikia išskirtinumą (Denhardt, 2001).

Siekiant, kad organizacija nuolat tobulėtų ir klestėtų rinkos sąlygomis, ji turi būti tikslingai valdoma. Vienas svarbių šiuolaikinio valdymo pamatų – organizacijos kultūra. Kadangi organizacija yra žmonių grupė, siekianti bendrų tikslų, jos darbo sėkmė tiesiogiai priklauso nuo čia dirbančių žmonių gebėjimo, mokėjimo vienodai teisingai suprasti, ką jie daro, ko siekia. Tai galima padaryti tik suformavus specifinę organizacijos kultūrą (Šimanskienė, 2002).

P. Jucevičienė (1996) organizacijos kultūros apibrėžime akcentuodama „nuostatų, vertybių visumą, kuria vadovaujasi organizacija“, pabrėžė, jog tai daroma siekiant organizacijos tikslų ir sprendžiant iškilusias problemas, t.y. nurodė funkcionalų organizacijos kultūros pobūdį.

Organizacijos kultūra, kaip ir kiekvienas reiškiny, apibūdinama tam tikrais ypatumais bei charakteristikomis. Jos sudėtingumas lemia didelę charakteristikų įvairovę. Organizacijų kultūros

tipologijos klausimas labai susijęs su kultūrą apibūdinančiomis charakteristikomis. Organizacijų tipai atspindi skirtumus, susidėsčiusius visuomenėje, organizacijos istorijoje ir atliekamoje funkcijoje (Paulauskaitė, Vanagas, 1997).

Organizacijos kultūros pagrindiniai veiksniai: organizacijos atsiradimo priežastys; organizacijos veikla ir rezultatai; išteklių ir jėgos valdymas organizacijoje; organizacijos padėtis išorinėje aplinkoje; organizacijos poveikis daryti poveikį aplinkai (Janušonis, 2000).

A. Sakalas (2003) pastebi, kad labai svarbu nustatyti konkrečius rodiklius, iš kurių galima būtų spręsti apie organizacijos kultūrą ir nurodo K. Bleicherio skiriamus pirminius ir antrinius kultūros išraiškos elementus.

Prie pirminių priskiriami: rodikliai, kuriuos vadovybė seks, matuos, kontroliuos ir valdys; valdymo reakcija į organizacijos krizės kritinę išraišką; pastangos formuojant bendradarbių elgseną, vadovybės nurodymų ir paramos lygis; išteklių ir statuso priskyrimo kriterijai; bendradarbių atrankos, įvedimo reikalavimai ir atleidimo kriterijai.

Antriniam priskiriami: organizacijos koncepcija ir struktūra; valdymo sistemos ir metodai; istorijos ir legendos apie reikšmingus įvykius ir asmenybes; formalios įmonės filosofijos ir politikos formuluotės.

J. Kasiulis ir V. Barvydienė (2005) atkreipė dėmesį į J. Cornall ir B. Perlmen organizacijos kultūros ypatumų analizę, kur jie aprašė dešimt organizacijos kultūros komponentų: *tolerancija rizikai*: galimybių ir naujienų paieškoms pritaria visi – nuo eilinio darbuotojo iki generalinio direktoriaus; *pagarba savo veiklai*: kiekvienas asmuo suvokia, jog tai ką daro visa organizacija ir kiekvienas jos narys, yra reikšminga, rimta ir nusipelno pagarbos; *pasitikėjimo ir atsakomybės etika*: žmonės organizacijoje išsipareigoja vienas kito atžvilgiu elgtis teisingai; *žmonės*: jie įtraukiami, kviečiami dalyvauti organizacijos veikloje. Vadovai suvokia, jog žmonės – pagrindinis organizacijos turtas, o ne vien „darbo rankos“; *emocinis pripažinimas*: tai žmonių nuomonės dėl įvairiausių reikalų išklausymas bei atsižvelgimas į ją, jų asmeninio indėlio pripažinimas; *pasitenkinimas darbu*: ne darbai skirstomi žmonėms, o kiekvienai užduočiai skiriamas norintis ją atlikti asmuo, kuriam viena ar kita užduotis patikima; *lyderiavimas*: žmonėms suteikiami įgaliojimai realizuoti savo sumanymus, imtis iniciatyvos; *orientacija į vartotojų vertybes*: organizacijos veikla turi būti vertinga jos klientams ir darbuotojams; *dėmesys detalėms bei išbaigtumui*: jei ką nors padarai gerai, įmanoma atlikti dar geriau; *efektyvumas ir veiksmingumas*: organizacijos efektyvumą lemia sėkminga kasdieninė veikla bei jos ateities kūrimas. Tai įmanoma pasiekti nuolat kontroliuojant veiklą, jos rezultatus, pagrįstai rizikuojant ir diegiant naujoves.

Kultūra organizacijoje atlieka daug funkcijų. Pagrindinės kultūros funkcijos: organizacijos kultūra išskiria organizaciją iš kitų; organizacijos kultūra sukuria vienybės jausmą tarp

organizacijos narių; įstaigos kultūra lemia pasiaukojimą didesniems interesams negu asmeniniai; organizacijos kultūra palaiko socialinės sistemos stabilumą (Stoškus, Beržinskienė, 2005).

Teigiama, kad kuo stipresni teigiami kultūros bruožai organizacijoje, tuo geresnė organizacijos veikla. Stiprios kultūros organizacijoje darbuotojų tikslai nukreipti viena kryptimi, stipri kultūra padeda įstaigos veiklai, nes sukuria ypatingą motyvacijos lygį. Darbuotojai dėl esamos atmosferos jaučiasi esą patenkinti, kad dirba toje organizacijoje, kad prisideda prie jos rezultatų, ir dėl to jaučiasi moraliai atlyginti. Tačiau labai sėkmingai stipri kultūra gali virsti arogantiška, orientuota į vidų, politizuota ir net biurokratine. Organizacijos kultūra yra stipri, kai kuo daugiau narių pripažįsta organizacijos vertybes; organizacijos misija ir tikslai yra narių veiklos pagrindas; išaukštinami žmonės, labiausiai atspindintys organizacijos veiklą; organizacijos nariai tapatina save su organizacija; organizacijos subkultūros palaiko kultūrą, neslopina jos; organizacijoje naudojamos visos organizacijos kultūros išorinės išraiškos formos; pripažįstama, kad visų organizacijos narių darbas yra labai svarbus; organizacijos kultūra yra dinamiška ir sugeba keistis keičiantis organizacijos strategijai (Paulauskaitė, Vanagas, 1997, Janušonis, 2000).

Norint įvertinti organizacinės kultūros poveikį, reikia ją pažinti. Tam sukurtos įvairios organizacinės kultūros tipologijos schemas.

Kaip teigia L. Šimanskienė (2002), viena populiariausių yra T. Deal ir A. Kennedy 1982 metais sukurta tipologija. Jie išskyrė keturias kultūras:

- *Duonos ir žaidimų* kultūra (work bard/play bard): pasaulis kupinas galimybių, tik reikia jomis pasinaudoti; sklendo istorijos apie „sunkius“ klientus; darbui grupėje skiriamas lemiamas vaidmuo. Dažnos šventės ir jubiliejai mėgstami paveikslai iš sporto pasaulio.
- *Proceso* kultūra: viskas orientuota į procesą, bendras tikslas nevaizduoja vaidmens, statusas vertinamas labiau nei pinigai; aplinka nedomina, svarbu gerai atlikti pavestą darbą. Didvyris tas, kuris nedaro klaidų. Gyvenimas orientuotas į hierarchiją, kuri lemia pažįstamų būrį, elgseną, drabužius.
- *Analitinė projektinė* (bet your company): klaidingi sprendimai negalimi, viskas orientuota į teisingo sprendimo priėmimą; aplinka – tai trikdžiai, kuriuos reikia nugalėti, gerai planuojant, organizuojant; pagrindinė organizacinė forma – pasitarimas, kuriame dalyvauja įvairaus rango darbuotojai, tačiau nėra hierarchijos. Karjera daroma pamažu, apsirengimas korektiškas, elgesys – dėmesingas, emocijos – nepageidautinos.
- *Viskas arba nieko* kultūra (taugh – guy mache) – tai individualistų. Tai žvaigždės, turinčios didelių idėjų, vyrai ir moterys lygūs – žvaigždė yra žvaigždė. Labai vertinama intensyvi veikla, jaunatviška įvaizdis. Naujokas turi nugalėti „senius“, jei nori būti jų pripažintas. Draugiška elgsena nebūdinga.

Esama ir kitų organizacijų kultūros klasifikacijų. Pagal grynai psichologinius klasifikavimo kriterijus skiriama paranojinė, paremta prievarta, depresinė, šizoidinė kultūra (Sakalas, 2003).

Paranojinei kultūrai būdingas nepasitikėjimas ir baimė, „užpuolimui“ griežtai priešinamasi, labai audringai reaguojama į bet kokį trikdį, nuolat ieškoma kitų klaidų. Mėgstamas teiginys – aš niekuo negaliu pasitikėti, nes aplinkui daug norinčių man pakenkti.

Prievarta paremtoje kultūroje akcentuojama tvarka ir teigiama, kad didžiausias trikdys – chaosas; žmonių santykiai orientuojami į pavaldumą; netikėtumai turi būti pašalinti, viskas apsvarstyta ir sureguliuota, emocijos nereikalingos. Teigiama: aš nepriklausau nuo aplinkybių, mano uždavinys yra keisti aplinką.

Depresinei kultūrai būdinga baimė ir nepasitikėjimas, pesimistinės prognozės. Pagrindinė tema: kodėl nieko nedaroma. Tikima lemtimi ir ieškoma kitų užuojautos, laukiama iniciatyvos iš išorės. Viskas sukasi įprastame rate, rutina nulemia elgseną, valdžia plačiai paskirstyta, tačiau nevidina didelio vaidmens. Teigiama: aš nieko negaliu pakeisti, nes esu nepakankamai kompetentingas.

Šizoidinėje kultūroje viršūnių elgseną lemia distancija ir nepasitikėjimas, ryškus indiferentiškumas – nei draugaujama, nei pykstamasi. Žemesniuose hierarchijos lygiuose yra valdžios vakuumas, todėl ten vyksta konkurencija, kova, sudaromos koalicijos. Dominuoja prestižo ir karjeros siekiai. Teigiama: aš nenoriu su kitais daugiau terliotis – tai neduoda naudos.

Organizacijos kultūros orientacijos skirstomos ir pagal bendradarbiavimo, atvirumo, valdymo, diferencijavimo lygį. Skiriami du apibendrinti organizacijos kultūros tipai: *oportunistinis ir įsipareigojantis*.

Oportunistinė organizacijos kultūra – tai uždara, tradicijų sąlygota, insularinė organizacijos kultūra, kur elgseną nulemia vertybių integracija, paremta stipria orientacija į išskirtinumo, individo kultūros neigimą. Šios kultūros plusas – vienoda elgsena, kuri dažniausiai atitinka vadovo keliamus reikalavimus. Linkstama į technokratiją, kur prioritetas suteikiamas procedūrai, o ne reikalo esmei. Pagrindinis jos minusas – nenoras orientuotis į pokyčius, ir tai sumažina organizacijos išgyvenimo galimybes sparčiai besikeičiančiomis sąlygomis.

Įsipareigojanti organizacijos kultūra – tai dalykiniu ir socialiniu požiūriu atvira kultūra, pasiruošusi priimti kitas diferencijuotas kultūras, keistis. Tai pagrindinis jos privalumas. Tačiau jai būdingas interesų, vertybių nesutapimo pavojus, todėl daug dėmesio turi būti skiriama interesų derinimui.

V. Janušonis (2000) pateikė kitų autorių pagal bendruosius bruožus skiriamus organizacijos kultūros tipus:

- W. E. Schneideri (1994); kontrolės, bendradarbiavimo, kompetencijos, kultivavimo.

- Jeffrey Sonnefeld (S. P. Robbins, 1993): beisbolo komanda (inovacijos, rizika, asmenybės pripažinimas, individualus atlyginimas); klubas (lojalumas hierarchijai, pagarba amžiui ir pareigoms, darbo ir karjeros planavimas, veiklos tolygumas); tvirtovė (veiklos pastovumas, pusiausvyra, stiprios tradicijos); akademija (kvalifikacija, profesinis tobulumas, karjera).
Dažnesni organizacijos kultūros modeliai pagal sąsają su organizacijos veiklos rezultatais:
- Parson AGIL (G. Moorhead, R. W. Griffin, 1992): A - adaptacija (greiti sprendimai ir neatidėliotinas jų vykdymas); G - tikslo siekimas (sugebėjimas susitelkti organizacijos siekiams); I – integracija (organizacijos sugebėjimas tapti vienalyčiu organizmu); L – legitimizacija (asmenybės ir karjeros pripažinimas ir palaikymas).
- T. Peters ir R. Waterman (1982): polinkis veikti (greiti sprendimai ir neatidėliotinas jų vykdymas); glaudus ryšys su vartotoju (vartotojo prioritetas prieš galiotoją); autonomija ir ėjimas pirmyn (decentralizacija ir įgaliojimų delegavimas); produktyvumo siekimas, remiantis darbu (geros darbo ir kvalifikacijos kėlimo sąlygos); dėmesys valdymui (darbuotojai supranta vadovus); bendrumo laikymasis (bendri tikslai ir atsakomybė); paprasta bendravimo forma (biurokratizmo ir hierarchijos mažinimas); laisvas ir ribotas veikimas (veiklos laisvė ribojama įsipareigojimais).
- W. Ouchi (1982): įsipareigojimas darbuotojams (ilgalaikis ar trumpalaikis); darbo vertinimo sistema (kiekybė ar kokybė); karjera (didelės ar mažos galimybės); kontrolė (formali ar neformali); sprendimų priėmimas (komandinis ar individualus); atsakomybė (kolektyvinė ar individuali); dėmesys žmonėms (didelis ar mažas).

N. Paulauskaitė, P. Vanagas (1997) nagrinėja šių autorių tipologijas:

- P. Pheysey (1993) aprašinėja keturis organizacijos kultūros tipus: galios kultūra (galia, lojalumas ir kontrolė); paramos kultūra (draugystė, dalijimasis ir įtraukimas); pasiekimų kultūra (kūrybingumas, konkurencija ir nepriklausomybė); vaidmenų kultūra (racionalumas, teisiškumas ir tvarkingumas). Šios vaidmenų kultūros tipo organizacijos pasižymi efektyvumu, pasiekimų kultūros tipo organizacijos pasižymi naujovių kūrimu, galios kultūros tipo organizacijos produktyvios, o paramos kultūros tipo organizacijoms būdingas tarpusavio bendravimas.
- R. Harrison (1970) tipologija: orientuota į galią, orientuota į vaidmenis, orientuota į užduotis, orientuota į individus.

Daugelio organizacijų neįmanoma priskirti konkrečiam tipui. Dažniausiai pasitaiko keli organizaciniai kultūros tipų deriniai. Nėra vieno paties geriausio rinkinio. Kiekviena organizacija turi savas tradicijas, vertybes, ritualus, herojus, kas atspindi konkrečios organizacijos kultūrą (Šimanskienė, 2002).

Sveikatos priežiūros įstaigai nesudėtinga ir būtina įvertinti savo kultūrą pagal esamus kriterijus, pasirinkti vieną iš kultūros modelių ar savo modelį ir jo siekti. Sveikatos priežiūros organizacijos kultūra priklauso nuo nacionalinės kultūros, ji atspindi organizacijos strategiją, valdymo kokybę ir stilių. Išskiriami sveikatos apsaugos įstaigų kultūros valdymo metodai (Janušonis, 2000): organizacijos kultūros išraiškos formų ir elementų aprašymas; norimos organizacijos kultūros skleidimas organizacijoje; naujų darbuotojų atranka ir socializacija; kontrakultūros organizacijoje izoliacija ir blokavimas; karjeros ir lyderiavimo valdymas; poveikis pasitelkus atlyginimų sistemą, darbuotojų dalyvavimas priimant sprendimus; didelių visuomeninių grupių poveikio įstaigai neutralizavimas arba sumažinimas.

Visose sveikatos priežiūros įstaigose organizacijos kultūra turi patenkinti visus suinteresuotuosius: medicinos personalą, darbuotojus, pacientus, bendruomenes, draudėjus, mokesčių mokėtojus, tiekėjus, vyriausybę. Organizacijos kultūros kūrimas yra ilgalaikis procesas. Žmonių nuostatos, pažiūros, santykiai, tradicijos formuojasi iš lėto, todėl, kuriant organizacijos kultūrą, labai svarbu vykstančius procesus sujungti į darnią sistemą, kreipiančią darbuotojus norimų vertybių kūrimo linkme. Norėdamos to pasiekti, įstaigos vadovaujasi: misija ir pagrindinėmis vertybėmis; apibrėžtais normatyviniais įsipareigojimais suinteresuotiesiems; visuomeniniu/viešuoju interesu (public interes), orientuodamosios į kuo didesnę socialinę naudą (Kaziliūnas, 2004; Vasiljevienė, 2004).

Su organizacijos kultūra glaudžiai yra susijusi organizacijos etika. Etika ypač svarbi sveikatos priežiūros įstaigai, nes čia persipina ne tik įstaigos narių tarpusavio santykiai, bet ir jų santykiai su pacientais. Juo labiau, kad sąveikaujančios pusės nėra lygios – pacientai dėl savo negalavimų ir tam tikros priklausomybės nuo sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojų yra silpnesni partneriai. Galima teigti, jog organizacijų etika sveikatos priežiūros sistemoje – tai institucinė etika su visa struktūrine funkcinė piramide nuo sveikatos apsaugos ministerijos iki ambulatorijos ar kaimo vaistinės (Janušonis, 2000; Vasiljevienė, 2004).

Per pastaruosius du dešimtmečius medicinos etikos kaitai turėjo įtakos medicinos ir visuomenės plėtra: šiuolaikinės biologijos ir medicinos mokslo laimėjimai, žmogaus teisių plėtra, išaugęs visuomenės ir valstybės dėmesys (Pruskus, 2002).

Sveikatos priežiūros įstaigų etiką įtakoja: išorinė aplinka (visuomenė, įstatymų leidėjai, vykdomoji valdžia, rinka ir konkurencijos joje sąlygos, asmens sveikatos priežiūros įstaigos steigėjai ar savininkai, sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai, aktyvios visuomenės grupės) ir vidinė aplinka (darbo santykiai, valdymo santykiai, ne darbo santykiai sveikatos priežiūros įstaigoje). Sveikatos priežiūros įstaigoms gali būti ypač sunku išlaikyti organizacijos integralumą ir sąžiningumą dėl aplinkos, kurioje jos veikia. Būtina atsižvelgti į pačius skirtingiausius vidaus ir išorės suinteresuotuosius. Visi suinteresuotieji turi savo lūkesčių sveikatos priežiūros sistemos

atžvilgiu, todėl nuolat kelia etines problemas, dažnai verčia spręsti sudėtingas moralines dilemas – kai medikas turi pasirinkti, kam iš suinteresuotųjų teikti pirmenybę (Janušonis, 2000; Vasiljevienė, 2004).

Ligi šiol diplomų įteikimo iškilmėse būsimi gydytojai duoda Hipokrato priesaiką. Tai seniausias profesinės etikos kodekso pavyzdys. Konfidencialumas pripažįstamas viena iš pamatinių kokybiškos medicinos praktikos sąlygų. Hipokrato priesaika gydytojas įsipareigoja šventai saugoti jam patikėtas paslaptis. Sveikatos priežiūros paslaugos specifika lemia, kad pacientas priverstas atskleisti daug asmeninės informacijos. Konfidencialumo reikalavimas taikomas ne tik paties paciento perduotai informacijai, bet ir visai kitai informacijai, kurią sužino sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojai: duomenys apie paciento sveikatą, laboratorijoje gauti duomenys, paciento asmeninio gyvenimo aplinkybės (Šimonis, 2006).

Konfidencialumo laikytis įpareigoja *Lietuvos Respublikos Konstitucijos* (1992) 22 ir 25 straipsniai, *Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas* (Žin., 1996, Nr., 102-2317; 2009, Nr. 145-6425) bei Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. gruodžio 16 d. įsakymu Nr. 552 patvirtinti *Asmens sveikatos paslapties kriterijai* (Žin., 1999, Nr. 109-3195), kuriais užtikrinamas asmens privataus gyvenimo neliečiamumas, teisė į informaciją bei informacijos apie sveikatą saugojimas.

Šiuolaikinėje sveikatos priežiūroje atsiranda naujas požiūris į gydytojo ir paciento santykius: įtraukti pacientą į sprendimų priėmimo procesą ir leisti jam būti tiesioginiu ugdymo ar sveikatos išsaugojimo dalyviu. Analizuojant gydytojo ir paciento santykių problematiką išskiriami tam tikri gydytojo ir paciento sąveikos modeliai. *Paternalistiniu požiūriu* pacientas yra traktuojamas kaip nepajėgus dalyvauti, prisidėti prie sprendimų priėmimo dėl žinių stokos, subjektyvumo. Šiuo atveju iš paciento reikalaujama visiško lojalumo, gydytojo nurodymų besąlygiško vykdymo. *Informuoto sutikimo modelis* – pacientas turi įtakos sprendimams gydymo procese, todėl gydytojas su pacientu bendrauja: informuoja tiek, kiek priimtina pacientui, šiuo atveju atsakomybė tenka ir pacientui – pacientas pasirašo priimdamas ar nepriimdamas sprendimą dėl diagnostikos ar gydymo. *Partnerystės (abipusio dalyvavimo) modelis* remiasi prielaida, kad pacientai nori aktyvaus vaidmens jų sveikatos priežiūroje ir jiems tai naudinga (Kaminskas, Peičius, 2005).

Vadovams, ypač sveikatos priežiūros įstaigų keliama žymiai aukštesni etikos reikalavimai ir standartai, negu eiliniams medikams. Sveikatos priežiūros įstaigų vadovai už etiką organizacijoje atsako ne tik patys sau (asmeninė atsakomybė), bet ir įstaigos darbuotojams, pacientams. Medikai susiduria ne tik su bendrąja etika, bet ir su profesine medicinos etika (Janušonis, 2000).

Medicinos etikos principai nulemia gydytojo elgseną, kai jis atstovauja pacientui ir perima sveikatos priežiūros vartojimo sprendimų priėmimo riziką. Vadovaujantis medicinos etika, individualus paciento poreikis turi būti tenkinamas teikiant reikiamas sveikatos priežiūros

paslaugas. Daugelis paslaugų vartojimo sprendimų daromi neatidėliotinai, atsižvelgiant į paciento sveikatos būklę. Tais atvejais medicinos etikos reikšmė didėja (Žemgulienė, 2008).

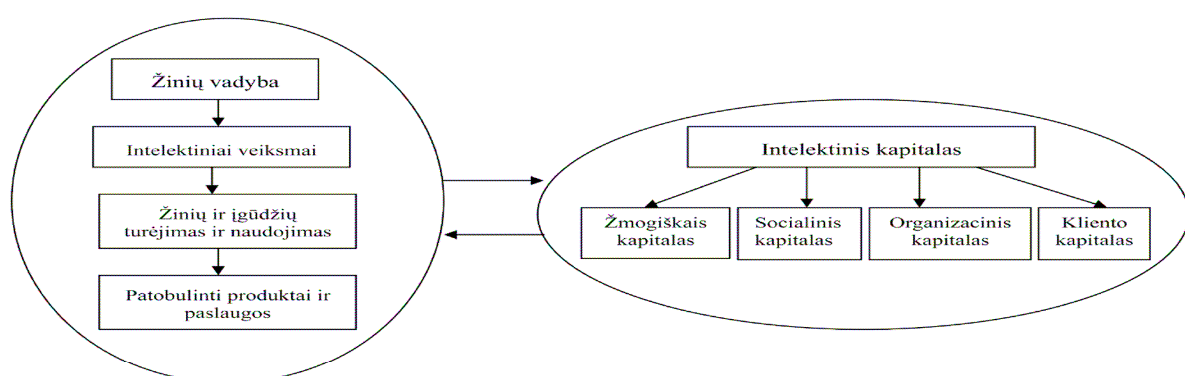
Sveikatos priežiūros įstaigų etišką elgesį koordinuoja: profesinis etikos kodeksas; įstaigos etikos kodeksai (taisyklės, normos); įstaigos etikos komisijos; įstaigos narių mokymas etikos.

1.3.2. Į paslaugų kokybę orientuotas žmogiškųjų išteklių valdymas

Sveikatos priežiūros įstaigos, kaip ir kitos viešosios įstaigos, dirba specifinėje paslaugų srityje. Formuojant šių įstaigų žmogiškuosius išteklius būtina nustatyti pagrindinius kriterijus, kuriais remiantis būtų įmanoma tinkamai valdyti personalą veikiant specifinėje paslaugų rinkoje. Paslaugas gaunančiam asmeniui ganėtinai svarbūs tokie veiksniai, kaip paslaugas teikiančių asmenų moralinė nuostata, todėl žmogiškųjų išteklių valdymas yra svarbi kiekvienos sveikatos priežiūros įstaigos vidinio administravimo dalis (Kaziliūnas, 2004).

Vienas svarbiausių sveikatos priežiūros įstaigos valdymo uždavinių – medicinos personalo žinių, gebėjimų ir savybių suderinimas, nes visa tai garantuoja gerą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, todėl įstaigos personalo strategija glaudžiai siejasi su organizacijos strategija, kuri sukuriama įvertinus išorinės ir vidinės aplinkos poreikius bei informaciją, taip pat pagrindinius organizacijos tikslus, jos valdymo strategijos ypatumus ir vadybos vertybių sistemos elementus (Stankevičienė, Lobanova, 2006).

Augantis susidomėjimas intelektiniu kapitalu sutapo su žinių ekonomikos, žinių visuomenės kūrimu ir pastebėta žinių ir įgūdžių turėjimo bei panaudojimo svarba. Žinių panaudojimas reiškia, kad santykiečiai (socialinis kapitalas) ir procesai (struktūrinis kapitalas) yra labai svarbūs ir reikalingi žinių transformavimui į produktą ar paslaugą. Tai susiję su konversijos procesu – nuo žinių turėjimo (dažnai nurodomo kaip žmogiškasis kapitalas) – link žinių naudojimo – įvardijamo kaip *intelektinis kapitalas* (6 pav.) (Atkočiūnienė, 2008).



6 pav. Žinių vadybos ir intelektinio kapitalo konversija

Šaltinis: Atkočiūnienė, Z. O. (2008). Žinių vadybos poveikis darniam vystymuisi. *Informacijos mokslai*, 46, p. 24-36.

Mokslinėje literatūroje žmogiškasis kapitalas siejamas su ekonomikos augimu ir laikomas papildomu indėliu į gamybos funkciją kartu su fiziniu kapitalu ir darbo jėga. Kitur žmogiškojo

kapitalo ištekliai susiejami su naujų technologijų kūrimu ir įsisavinimu. Gyventojų žmogiškojo kapitalo dydis lemia šalies žmogiškųjų išteklių galias ir kokybę. Socialinės ekonominės plėtros perspektyvą lemia žmogiškieji ištekliai ir gebėjimai juos tinkamai panaudoti. Tai reiškia, kad, svarstant įvairius socialinės ekonominės raidos bei valstybės plėtros strategijų klausimus, ypatingas dėmesys turi būti skiriamas žmogiškųjų išteklių potencialo plėtros vadybos klausimams (Atkočiūnienė, 2008).

Be tinkamo vadovavimo negali efektyviai dirbti nei viena organizacija. Vadovavimo sėkmę lemia ne tik vadovo elgesio manieros, bet ir išorinė vidinės kultūros išraiška. Vadovavimo kultūros abėcėlė nėra sudėtinga: reikalavimai pavaldiniams turi būti realūs ir suprantami; pavaldinių darbas turi būti kontroliuojamas, būtina pastebėti nors ir nedidelius jų pasiekimus (tai motyvuoja darbuotojus dirbti dar geriau); skatinti darbuotojus dirbti kūrybiškai, kolegiškai, bendradarbiauti sprendžiant iškylančias problemas; gerbti kiekvieną darbuotoją kaip asmenybę; kritikuoti darbuotoją už neatliktą darbą, nusižengimus ir pan., bet nežeminti jo žmogiškojo orumo (Šimanskienė, 2002; Baršauskienė, Janulevičiūtė-Ivaškevičienė, 2005).

Vadovavimas – tai veiklos tipas, neorganizuotą žmonių masę paverčiantis efektyvia, tikslą turinčia grupe. Vadovavimas taip pat yra stimuliuojantis elementas ir galimybė pasireikšti žymiems socialinėms pokyčiams. Vadovai privalo nustatyti bendrus organizacijos tikslus ir veiklos kryptį. Jie turi sukurti ir palaikyti tokią vidaus atmosferą, kad organizacijos tikslų siektų visi darbuotojai. Visų lygių darbuotojai sudaro organizacijos esmę ir yra vertingiausi jos ištekliai, todėl darbuotojų įtraukimas leidžia panaudoti visus jų gebėjimus organizacijos naudai. Vadovavimas žmonėms yra svarbiausia organizacijos funkcija, garantuojanti jos gyvavimą. Rinkos sąlygomis efektyvios tik tos organizacijos, kurių darbuotojai turi išskirtinių, tik tam kolektyvui būdingų savybių, kas rodo šių organizacijų savitumą. (Šimanskienė, 2002; Kaziliūnas, 2004).

Sveikatos priežiūros įstaigų vadovai formuoja įstaigos kokybės politiką bei nustato jos įgyvendinimo priemones, numato organizacinius ir klinikinius paslaugų proceso ir rezultatų kokybės rodiklius, užtikrina paslaugų kokybės rodiklių stebėseną, tvirtina įstaigos struktūrinių padalinių darbo organizavimo, medicinos dokumentacijos valdymo, mirties atvejų nagrinėjimo tvarkos reikalavimus, analizuoja pacientams suteiktų paslaugų tinkamumo kokybę, užtikrina jiems teikiamos informacijos tikslumą, todėl vadovo žinioms, gebėjimams bei įgūdžiams plėtoti ir įvertinti strategines veiklos galimybes, kelti įstaigos kultūros lygį ir siekti aukštesnės paslaugų kokybės, skiriamas didelis dėmesys (Žin., 2008, Nr. 53-1992; Šilys, 2009).

Kokybės valdymas nesusikuria savaime, jis tobulinamas visu sveikatos priežiūros įstaigos gyvavimo metu. Dėmesio sutelkimas į pacientą ir įsipareigojimas patenkinti pacientą, nuolatinis veiklos gerinimas ir aukštos paslaugų kokybės siekimas, darbuotojų dalyvavimas valdyje ir komandinis darbas – pagrindiniai principai įgyvendinant svarbiausius kokybės politikos ir valdymo

iššūkius (2 lentelė). Kurdamas į pacientą orientuotą aplinką, vadovas gali pasitelkti tokias priemones kaip veiklos strateginiai planai, jų kryptys, įgyvendinimo metodai, darbo pareigybių aprašymai, organizacijos kultūros kūrimas. Jei vadovai nori, kad jų įstaigų veiklos kokybė būtų nuolat gerinama, tai turi atsispindėti kasdieninėje jų veikloje. Vadovai turi nuolat kontroliuoti, kaip atliekamas darbas, pastebėti iškilusias problemas, imtis jų sprendimo veiksmų. Burdami darbuotojų komandas vadovai turėtų atidžiai vertinti jų pranašumus ir laimėjimus. Jei darbuotojai informuoti apie problemos pobūdį ir reikšmę, daug labiau tikėtina, kad jie bus tolerantiškesni įvairiems problemos sprendimo būdams (Sakalas, 2003; Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

2 lentelė

Visuotinės kokybės vadybos pagrindiniai principai ir metodai

Penki pagrindiniai principai	Dešimt pagrindinių metodų
<ol style="list-style-type: none"> 1. Grupinis darbas – visi dalyvauja kokybės gerinimo procese. 2. Bendros integruotos sistemos sukūrimas – sistema turi sujungti į visumą visus padalinius. 3. Kokybės nustatymas – reikalavimai jai turi būti labai aiškiai suformuluoti. 4. Nepaliaujamas kokybės gerinimas – išaiškinami vis nauji trikdžiai ir jie nuolat šalinami. 5. veiksmingumas – turi būti ekonomiška plačiąja prasme. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lygio siekimas, nustatomos ir sėkmės ir nesėkmės priežastys. 2. Mokymas yra nuolatinis tobulėjimo elementas. 3. Orientacija į procesą kaip į visumą, o ne į rezultatą. 4. Problemų identifikavimas – reikia aiškiai suprasti priežastis ir stiprumus, jas šalinti ar pasinaudoti. 5. Problemų sprendimas – nustatyti priežastis, numatyti priemones, sukurti diegimo sistemą, kontroliuoti jos veikimą. 6. Darbuotojų darbo kokybės užtikrinimas, taikant formalius – organizacinius metodus ir žmogaus veiksnį. 7. Aktyvus valdymas – ne fiksuoti rezultatą, bet valdyti procesą. 8. Tiekimo kontrolė – valdyme tai sutapatinama su personalo parinkimu, paskirstymu, mokymu ir pan. 9. Ryšiai – komunikavimas, informacija yra būtina bet kuriam procesui, taip pat ir kontrolei. 10. Darbuotojų pripažinimas ir skatinimas.

Šaltinis: Sakalas, A. (2003). *Personalo vadyba*. Vilnius: Margi raštai.

Svarbiausias kokybės vadybos komponentas yra paplitęs darbuotojų dalyvavimas. Vienas iš tokių dalyvavimo atvejų yra grupinis darbas, t.y. galėjimas dirbti drauge, bendram labui, galimybe individualiais pasiekimais siekti visos įstaigos numatytų tikslų (Barczyk, 1999).

Bendradarbiavimas – tai veikimas kartu, siekiant bendro tikslo. Pagrindiniai bendradarbiavimo elementai yra: *teigiama tarpusavio priklausomybė* – visi grupės nariai, siekdami bendro tikslo, jaučiasi susiję vieni su kitais. Turi būti ryšys, pagarba ir pareiga dirbti kartu; *asmeninė atsakomybė* – kiekvienas komandos narys turi jausti asmeninę atsakomybę už tai, ką jis pats ir visa komanda daro; *motyvacija* – noras pasiekti tam tikrų rezultatų, todėl motyvacija ir asmeninė atsakomybė yra tarpusavyje susijusios; *glaudi sąveika* – dalyviai turi skatinti, paremti, padėti vienas kitam, pavyzdžiui, spręsti konkrečią problemą, dalyvauti projektinėje veikloje, organizuoti bendrus renginius ir pan.; *bendravimo įgūdžiai* – individai grupėje turi formuoti ramaus bendravimo, konfliktų sprendimo, vadovavimo, išklauso, padaršinimo bei kitus bendravimo įgūdžius, kad grupės veikla būtų efektyvi; *vertinimo* – bendradarbiaujančioje komandoje visi nariai vertina kaip pavyko pasiekti tikslus bei kiek kiekvienas grupės narys prisidėjo prie bendro tikslo

pasiekimo. Vertinimas leidžia pastebėti, ką reikia keisti, kad bendradarbiavimo procesas būtų efektyvesnis. Visi šie elementai skiria bendradarbiaujančias grupes (homogeniškas) nuo įprastinių, nes gali vykti darbas grupėje ar komandoje, tačiau nevykti bendradarbiavimas. Nepakanka atskiriems individams susiburti: bendradarbiavimui ir narių sąveikai būtini minėti pagrindiniai elementai (Raižienė, 2000).

Bendradarbiavimo ir komandos principų taikymas reiškia, kad sveikatos priežiūros įstaigoje, nepaisant galimų vidinių problemų ir prieštaravimų, yra viena komanda, o jos nariai – partneriai ir bendradarbiai. Darbuotojas turi prisitaikyti prie komandos, paklusti jos taisyklėms, normoms, kultūrai, jam skirtam vaidmeniui komandoje (pavyzdžiui, komandos principo turi laikytis operacijoje dalyvaujantys medicinos darbuotojai). Atsakomybė komandoje padalijama visiems nariams. Kiekvienas komandos narys atsako ne tik už save, bet ir už visą komandą. Komanda laimėjimų dažnai pasiekia dėl darbuotojo atlikto individualaus darbo, o komandos darbo produktas – ir individualus, ir visos komandos veiklos rezultatas (Janušonis, 2005; Pranys, 2008).

Kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos priklauso nuo daugelio veiksnių, o vienas reikšmingiausių – jas teikiantys darbuotojai. Siekdami užtikrinti tinkamą pacientų priežiūrą, dalyvauja visų lygių sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojai, todėl labai svarbus jų poreikių, interesų ir organizacijos tikslų suderinamumas, Kokybės vadybos principais pagrįstas paslaugų kokybės gerinimas kelia darbuotojams naujus uždavinius – didina asmeninę atsakomybę, skatina nuolat kelti kvalifikaciją, tobulinti komandinio darbo įgūdžius (Paukštys, Šileikienė, 2005).

Sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklos efektyvumas matuojamas ne gauto pelno dydžiu, o paciento pasitenkinimu. Būtent dėl šios priežasties žmogiškųjų išteklių valdymo principai veikiant sveikatos paslaugų rinkoje skiriasi. Nuo to, kaip įstaigoje organizuojamas žmogiškųjų išteklių valdymas priklauso, kokios kokybės paslaugos bus kuriamos ir kaip profesionaliai jos bus pateikiamos pacientui, t.y. visuomenei. Sveikatos paslaugų rinkoje įstaigos darbuotojų ir pacientų bendradarbiavimas yra neatsiejamas dalykas (Kaziliūnas, 2004).

Šiuo metu gydytojų ir slaugos specialistų kvalifikacija užtikrina sveikatos sistemai keliamų reikalavimų įgyvendinimą. Sveikatos priežiūros specialistai nuolatos tobulina savo profesinę kvalifikaciją pagal Europos sąjungos standartus atitinkančias rengimo ir kvalifikacijos kėlimo programas. Formuojami sveikatos priežiūros personalo veiklai būtini teisiniai pagrindai bei sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimo profesinės veiklos licencijavimo, sertifikavimo, atestavimo, profesinės kvalifikacijos vertinimo ir pripažinimo, nuolatinio specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo sistemos. Tai užtikrina racionalų sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimą, jų laisvą judėjimą, sveikatos priežiūros specialistų siekimą nuolat tobulinti profesinę kvalifikaciją, galimybes naudoti pažangiausias informacines technologijas, tiekiant sveikatos priežiūros paslaugas pacientams (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Kiekvienas darbuotojas turi būti supažindintas su sveikatos priežiūros įstaigos misija, tikslais, strategija, planais, nuostatais. Tai apibrėžia darbuotojo kompetenciją ir veiklą ne tik vidinėje, bet ir išorinėje įstaigos aplinkoje. Sveikatos priežiūros įstaiga suinteresuota, kad visos užduotys būtų atliktos kiek galima greičiau, kokybiškiau (pavyzdžiui, pacientai greičiau ištiriami, pagydomi ir išleidžiami į darbą ar į namus). Tada didėja pacientų skaičius ligoninėse, trumpėja jų gulėjimo laikas, didėja apyvarta (Janušonis, 2000).

Sveikatos priežiūros darbuotojai ne visada gali gauti gerus rezultatus – tai sveikatos priežiūros specifika. Todėl tokiais atvejais (pavyzdžiui, kai pacientas serga nepagydoma liga) medicinos darbuotojai turi padaryti viską, kad pacientas būtų ypač patenkintas pačiu sveikatos priežiūros procesu. Sveikatos priežiūros procesas tokiais atvejais tampa medicinos darbuotojų veikos rezultatas. Kita vertus, jeigu bus geri darbo rezultatai (pavyzdžiui, pacientas pasveiks), bet pats sveikatos priežiūros procesas pacientui bus nemalonus (pavyzdžiui, grubus gydytojo, nemandagus slaugytojos elgesys, skausmas, nepaaiškinimas apie ligą ir vaistus, paciento sutikimo procedūroms neprašymas ir pan.) – pacientas greičiausiai nesikreips dėl šios paslaugos kitą kartą, o pasirinks kitą sveikatos priežiūros įstaigą.

1.4. Pacientų pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis

Vykdamas sveikatos priežiūros reformą, labai svarbu, kad teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos būtų ne tik kokybiškos, bet ir tenkintų sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų – pacientų poreikius bei lūkesčius. Siekiant gerinti paslaugų kokybę, būtinas nuolatinis teikiamų paslaugų įvertinimas. Kokybės vertinimas turi daug privalumų: surenkami duomenys, padedantys sveikatos paslaugų tiekėjams atkreipti dėmesį į tas darbo organizavimo sritis, kurias reikia tobulinti ar keisti. Duomenys apie paslaugų kokybę taip pat yra nekokybiškų paslaugų indikatorius. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės analizė, remiantis tik medicinos darbuotojų profesinės kvalifikacijos vertinimu, statistiniais gyventojų sveikatos rodikliais, yra nepilna, todėl pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybę tampa neatsiejama kokybės vertinimo dalimi. Pacientai, tiesiogiai dalyvaudami sveikatos priežiūros procese, gali nurodyti tai, kas jiems svarbiausia, o kas mažiau reikšminga (Bučiūnienė, Petkinis ir kt. 2004; Milašauskienė, Juodrytė ir kt., 2008).

Pacientai, rinkdamiesi sveikatos priežiūros paslaugas, dažniausiai atsižvelgia į šiuos momentus: paslaugos prieinamumą ir jos suteikimo greitį; paslaugos kainą; paslaugos kokybę ir jos naudą; sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios sveikatos paslaugas, reitingą visuomenėje. Sveikatos priežiūros paslauga turi būti pacientui lengvai prieinama ir ji jam turi būti suteikta greitai. Tai reiškia, kad pacientas neretai paslaugos prieinamumą, jos suteikimo greitį vertina labiau nei kokybę ar jos kainą (Janušonis, 2000).

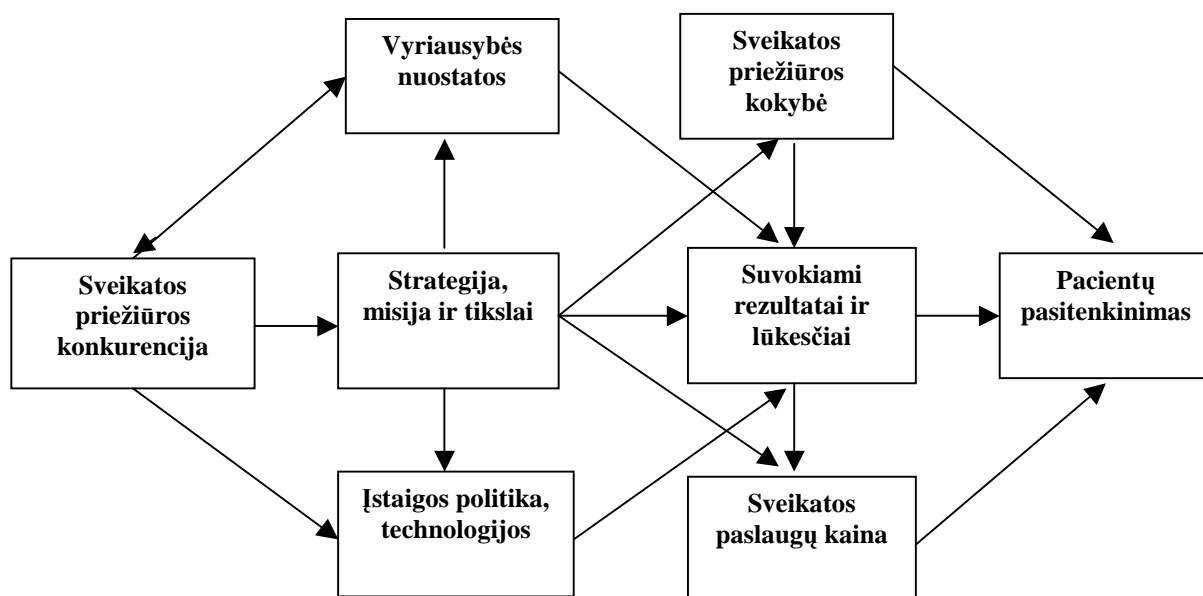
Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūrą iš esmės atspindi jų lūkesčius. Pagrindiniai pacientų lūkesčiai – labiau suasmeninta ir saugi sveikatos priežiūra. Šie lūkesčiai realizuojami per pacientų sveikatos priežiūros kokybės sampratą, suvoktą turima patirtimi, sveikatos priežiūros darbuotojų suteikta informacija. Skiriami trys pacientų lūkesčių išsipildymo lygiai: pirmas – kai patenkinti būtinieji poreikiai, antras – kai paslauga suteikia pasitenkinimą, trečias lygis – kai paslauga suteikia pasigerėjimą, susižavėjimą. Trečias – aukščiausias – pacientų lūkesčių išsipildymo lygis atspindi jų lūkesčių viršijimą ir aukštos sveikatos priežiūros kokybės įvertinimo išraiška yra raštiška padėka medikams (Janušonis, 2008).

Sveikatos priežiūros paslaugos yra labai sudėtinga paslaugų rūšis. Kokybiška sveikatos priežiūros paslauga turi tenkinti ne tik paciento poreikius, bet ir atitikti klininius standartus. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nulemia ir techninės įstaigų galimybės: teikiamų paslaugų įvairovė, medicinos technologijų lygis, medicinos įrangos galimybės, taip pat vadybos priemonių taikymas gyventojams aptarnauti – kaip gyventojams organizuojama sveikatos priežiūra, tinkamas visuomenės informavimas. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė tampa svarbiu kriterijumi sveikatos priežiūros įstaigoms sudarant sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis (Bučiūnienė, Petkinis ir kt., 2004; Kairys, Žėbienė ir kt., 2004).

Vienas iš sveikatos paslaugų kokybės modelių, vertinant pacientų pasitenkinimą, yra 5Q – skirstymo į penkias kokybės dimensijas sistema: Q1 – paslaugų techninė kokybė, t.y., ką klientai gauna, kokias paslaugas. Techninės sveikatos paslaugų kokybės vertinimui svarbu pacientų pasitenkinimas patalpomis, įranga, patogumu. Tai pagrindinė priežastis, kodėl pacientai renkasi sveikatos priežiūros įstaigą. Q2 – kokybės procesų funkcinė kokybė. Tai yra, kaip gerai sveikatos priežiūros įstaigos teikia pagrindines paslaugas, kaip įgyvendinama sveikatos priežiūros veikla. Q3 – sveikatos priežiūros įstaigos infrastruktūros kokybė. Labai svarbu, kokius įstaiga turi pagrindinius išteklius, kurie yra būtini kokybiškai atlikti sveikatos priežiūros paslaugas: turimos technologijos, darbuotojų kompetencija ir jų įgūdžiai, motyvacija. Q4 – sąveikos kokybė, t.y. informacijos ir komunikavimo užtikrinimas. Gaunama reikiama informaciją apie gydymo procesą ne tik tenkina paciento poreikius, bet ir įgalina dalyvauti priimant sprendimus apie diagnostikos ir gydymo metodus. Q5 – atmosferos kokybė. Didelę įtaką pacientų pasitenkinimui turi pacientų poreikių supratimas, draugiška atmosfera sveikatos priežiūros įstaigoje (Camgoz-Akdag, 2008).

Kryptingai tobulinti teikiamų paslaugų kokybę padeda pacientų apklausos. A. A. Nesreen ir W. A. Albedaiwi (2008) teigia, jog pacientų pasitenkinimui ypatingai didelę reikšmę turi komunikacija tarp gydytojo ir paciento: paciento informavimas apie gydymo tikslus, reikalingumą, komplikacijas, apie pasikeitimus gydymo eigoje, procedūrų paaiškinimas. Svarbus slaugytojų prisistatymas pacientams, rūpinimasis jo interesais, jautrumas, dėmesingumas, pagarba pacientams.

P. A. Rivers ir S. H. Glover (2008) siūlo pacientų pasitenkinimo tyrimo modelį. Pacientų pasitenkinimas tiriamas vertinant visas sveikatos priežiūros sritis (7 pav.).



7 pav. Pacientų pasitenkinimo tyrimo modelis

Šaltinis: Rivers, P.A., Glover, S.H. (2008) *Health care competition, strategic mission, and patient satisfaction: research model and propositions* [žiūrėta 2009-11-21]. Prieiga per internetą:

<<http://www.emeraldinsight.com/Insight/viewPDF.jsp?contentType=Article&Filename=html/Output/Published/EmeraldFullTextArticle/Pdf/0250220605.pdf>>.

Neretai subjektyvios paciento nuomonės tyrimas atskleidžia silpnąsias sveikatos sistemos grandis bei galimus problemų sprendimo būdus. Todėl paciento pasitenkinimas, ar jo nepasitenkinimas teikiamomis paslaugomis, atskirais sveikatos priežiūros paslaugų aspektais tampa svarbia sveikatos priežiūros sistemos vertinimo dalimi bei vienu, nors ir subjektyviu, sveikatos paslaugų kokybės rodikliu. Susiformavus atitinkamo lygio konkurencijai sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje, šis paslaugų kokybės vertinimo būdas taps dar reikšmingesnis. Mokslinėje literatūroje teigiama, kad pasirinktas sveikatos priežiūros paslaugos kokybės vertinimo būdas yra lygiavertis kitiems paslaugų kokybės metodams, pavyzdžiui, klinikinio efektyvumo arba įrodymais pagrįstos sveikatos priežiūros rezultatų vertinimui (Kairys, Žėbienė ir kt., 2004; Brogienė, Gurevičius, 2009).

2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS UŽTIKRINIMAS IR SVEIKATOS REFORMA: TEISINIS ASPEKTAS

2.1. Sveikatos priežiūros valdymą ir paslaugų kokybės užtikrinimą reglamentuojantys dokumentai

2.1.1. Svarbiausi Europos Sąjungos sveikatos politikos dokumentai, reglamentuojantys sveikatos paslaugų kokybę

Dėl Europos Sąjungos (ES) plėtros visose gyvenimo srityse vyksta intensyvūs integraciniai procesai. ES gyventojų mobilumas, sveikatos priežiūros prieinamumas ir kokybė visose vietose, didėjantis pagyvenusių ir lėtinėmis ligomis sergančių asmenų procentas yra problemos, kurios yra sprendžiamos visoje ES. Todėl Europos Sąjungos vadovybė ieško tinkamų būdų ir priemonių pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę didėjančioje ES.

Nuo 1990 m. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) Europos biuras pradėjo „*EUROHEALTH*“ programą. Ji buvo skirta Vidurio ir Rytų Europos valstybėms pradėti kurti strategijas šešiose prioritetinėse srityse: sveikatos politikos, sveikatos reformos, infekcinių ligų, neinfekcinių ligų kontrolės ir sveikatos ugdymo, motinos ir vaiko apsaugos bei aplinkos ir sveikatos srityje. Ši programa pirmiausia apėmė problemų, su kuriomis susiduria sveikatos politikai, analizę (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

1978 m. Almatoje Pasaulio sveikatos organizacija surengė konferenciją, skirtą pirmajai ir svarbiausiai sveikatos sistemos grandžiai, su kuria susiduria pacientai, mokliškai pagrįsti. Joje suformuluotas naujasis pirminės sveikatos priežiūros apibrėžimas: „Pirminė sveikatos priežiūra yra šalies sveikatos priežiūros sistemos, kurios pagrindas ji yra, ir bendros socialinės šalies raidos dalis. Ji yra pirminė individų, šeimų ir bendruomenės kontakto su nacionaline sveikatos sistema grandis, priartinanti sveikatos priežiūros proceso elementais. Pirminė sveikatos priežiūra užsiima pagrindinėmis bendruomenės sveikatos problemomis, teikdama reikalingas profilaktikos, gydymo, išsaugojimo bei reabilitacijos paslaugas“.

Keturi pagrindiniai pirminės sveikatos priežiūros strategijos elementai pateikiami Almatos konferencijos dokumente: perorientuoti sveikatos paslaugų teikimą taip, kad pirminė sveikatos priežiūra taptų sistemos pagrindu, o antrinė ir tretinė sveikatos priežiūra ją tik papildytų; gyvenamos ir aplinkos veiksnių įtakos sveikatai įvertinimas bei sektorių bendradarbiavimas turėtų tapti sveikatos politika; padidinti bendruomenės ir individo atsakomybę už savo sveikatą ir sprendimus dėl sveikatos apsaugos; veiksmingai naudoti išteklius ir daugiau jų skirti pirminės sveikatos priežiūros stacionariai grandžiai. Toliau PSO pateikė aštuonias veiklos sritis, sudarančias pirminės sveikatos priežiūros pagrindą. Tai buvo naujas supratimas apie pirminės sveikatos priežiūros funkcijas, kurios įtraukė ne tik ligų gydymą, bet ir rūpestį visuomenės sveikata plačiąją prasme (Declaration of Alma-Ata, 1978).

Otavos sveikatos stiprinimo konferencijoje 1986 m. priimti sveikatos stiprinimo principai vadinami *Otavos chartija*. Joje priimtos sveikatos stiprinimo idėjos bendrosios koncepcijos apibrėžimas teigia: „Sveikatos stiprinimas yra procesas, suteikiantis žmonėms daugiau galimybių rūpintis savo sveikata ir ją stiprinti“.

Otavos chartijos dokumentas pabrėžė būtinybę: *sukurti visuomenės politiką, padedančią stiprinti sveikatą*. Jame suformuluoti šie pagrindiniai teiginiai: sveikatos stiprinimas turi tapti pagrindine politikų ir vyriausybės visų veiklos sričių kryptimi. Su sveikata susijusios problemos turi būti sprendžiamos ir ne medicinos srityje. Bendras politikos tikslas – padėti žmonėms išlikti sveikiems; *sukurti aplinką, padedančią gerinti sveikata* – žmogaus ir visuomenės sveikata priklauso nuo jų santykių su aplinka. Sveikata neatsiejama nuo kintančių gyvenimo, darbo ir poilsio sąlygų, todėl svarbu, kad šios sąlygos būtų palankios bei stiprinančios sveikatą; *įtraukti į sveikatos stiprinimą bendruomenę* – bendruomenė turi iškelti savo sveikatos stiprinimo iniciatyvas ir kontroliuoti jų gyvenimą, medikai turi išmokti dirbti kartu su bendruomene, o ne tik jai vadovauti arba tarnauti; *tobulinti individualias sveikatos stiprinimo žinias bei įgūdžius* – nuolat teikiama informacija, sveikatos mokymas padeda suprasti sveikos gyvensenos ir sveikatos stiprinimo principus, išmokti kontroliuoti savo sveikata, išvengti ligų; *perorientuoti sveikatos priežiūros tarnybas* – atsakomybę už sveikatos stiprinimą sveikatos priežiūros tarnybose turi pasidalyti individai, visuomenės grupės, medicinos darbuotojai, vadovai bei vyriausybė. Tik visiems dirbant kartu sveikatos priežiūros tarnybos padės stiprinti sveikatą (Ottawa Charter, 1986).

1996 m. birželio 18 d. Slovėnijoje Pasaulio sveikatos organizacijos konferencijoje priimta *Liubljanos chartija dėl sveikatos apsaugos reformų*. Šioje chartijoje, kalbant apie sveikatos priežiūros reformas, telkiamas dėmesys į Europos regiono ypatybes bei į gyventojų sveikatos ir gyvenimo kokybės gerinimo principą. Išskiriami pagrindiniai efektyvaus valdymo pertvarkymo principai: sveikatos politikos plėtra; atsižvelgti į piliečių nuomonę bei pasirinkimą; pertvarkyti sveikatos priežiūros sistemą; panaudoti žmogiškuosius išteklius; stiprinti valdymo sistemą; mokytis iš patirties. Šiame dokumente nurodomi pagrindiniai Europos sveikatos priežiūros sistemos principai: remtis vertybėmis; siekti sveikatos gerėjimo; tarnauti žmonėms; sutelkti dėmesį į kokybę; remtis patikima finansavimo sistema; orientuotis į pirminę sveikatos (The Liubliana Charter, 1996).

1997 m. Džakartoje vykusioje ketvirtojoje tarptautinėje sveikatos stiprinimo konferencijoje priimta deklaracija, kuri laikoma 21 a. sveikatos stiprinimo vizija. *Džakartos deklaracijoje* numatyti 21 a. sveikatos stiprinimo veiklos prioritetai: *stiprinti socialinę atsakomybę už sveikatą*. Turi būti vengiama pakenkti žmonių sveikatai; saugoma aplinka bei garantuojamas optimalus išteklių naudojimas; ribojama sveikatai žalingų produktų gamyba ir reklama; garantuojamos saugios gyvenimo ir darbo sąlygos; formuojant politiką gyventojų sveikata vertinama lygybės požiūriu; *didinti investicijas į sveikatos stiprinimą* – investicijos į sveikatos sritį turi atitikti specifinius

gyventojų grupių poreikius; *plėsti bendradarbiavimą sveikatos stiprinimo srityje* – reikia, kad stiprinant sveikatą bendradarbiautų įvairiausi vyriausybės ir visuomenės lygiai bei institucijos; *didinti bendruomenės ir individo galimybes* – savo sveikatą turi stiprinti pats žmogus arba bendruomenė; *garantuoti sveikatos stiprinimo infrastruktūrą* – sutelkiant sveikatai stiprinti reikiamus išteklius būtina sukurti valstybinių, visuomeninių ir privačių organizacijų, švietimo skatinimo priemonių sistemą. Turi būti tobulinami vietinio vadovavimo sveikatos stiprinimo veiklai įgūdžiai, visose šalyse sukurta sveikatai stiprinti palanki politinė, įstatymiška, socialinė, švietimo bei ekonominė aplinka (Jakarta Declaration, 1997).

Programa *Sveikata visiems XXI amžiuje* (2000), priimta pasaulio bendruomenės 1998 m. gegužės mėnesį atspindi pagrindinius Pasaulio sveikatos organizacijos visuomenės sveikatos politikos tikslus, priemones ir principus Europos regione bei siekia realizuoti visuomenės sveikatos gerinimo gaires. Programos tikslai yra išskirti, siekiant palaikyti progresyviąją kryptį, gerinančią sveikatos apsaugą ir mažinančią grėsmę sveikatai. Akcentuojama, jog daugelis nevyriausybinių organizacijų, atsižvelgdamos į šią vykdomą programą, regionuose bei šalių viduje gali rasti tinkamą dirvą savo veiklai bei darbo planų įgyvendinimui ir efektyviau vienyti pastangas, bendradarbiaudamos tarptautiniu, nacionaliniu ar vietiniu mastu. Programoje pažymima, jog, siekiant bendrų tikslų, norint pašalinti skirtumus tarp vieno trečdalis Europos šalių, kuriose yra aukščiausias gyvenimo lygis ir vieno trečdalis šalių, kuriose yra žemiausias gyvenimo lygis, teikiančios pagalbą šalys ir organizacijos turi dirbti kartu. Žmonės visoje Europoje turi jausti, kad jų sveikata saugoma. Jie turi būti tikri, kad jiems bus teikiama sveikatos pagalba, kuri bus prieinama, reikalinga ir geros kokybės.

2005 m. *Bankoko chartija* apibūdina valstybių veiksmus ir įsipareigojimus ugdyti sveikatą pasaulyje. Šioje chartijoje numatytos keturios sveikatos gerinimo strategijos:

Sveikatos ugdymą pripažinti sistemos tobulinimo pagrindu. Tam reikalingi glaudūs valstybių susitarimai, kurie padėtų gerinti sveikatą ir sveikatos apsaugą. Reikalingi veiksmingi globalaus sveikatos valdymo mechanizmai, nukreipti į visus žalingus prekybos, gamybos, paslaugų, rinkodaros veiksnius. Sveikatos ugdymas turi tapti kiekvienos šalies vidaus ir užsienio politikos, tarptautinių santykių, neatskiriama dalimi. *Sveikatos ugdymą pripažinti esmine visos vyriausybės atsakomybe.* Visos vyriausybės visais lygiais turi nedelsdamos imtis spręsti klausimus, susijusius su prasta sveikatos būkle bei nelygybe, nes sveikata yra pagrindinis ekonominės ir politinės raidos veiksnys. *Sveikatos ugdymą pripažinti esminiu visuomenės ir bendruomenių akcentu.* Visuomenė ir bendruomenės dažnai lemia sveikatos ugdymo iniciatyvas, jos formavimą ir vykdymą, jos turi turėti teises, išteklius ir galimybes, kad galėtų prisidėti prie sveikatos gerinimo. *Sveikatos ugdymą pripažinti gera kolektyvine praktika.* Privatus sektorius taip pat gali prisidėti mažinant neigiamus poveikius sveikatai - etiška ir atsakinga verslo praktika bei sąžininga prekyba turi būti remiama

vartotojų, bendruomenės ir vyriausybės tam tikromis paskatomis bei teigiamų pavyzdžių palaikymu (The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, 2005).

Pasaulio sveikatos organizacija išleido leidinį *Quality of care* (2006) – dokumentą, skirtą sveikatos politiką formuojantiems ir sveikatos priežiūrai vadovaujantiems asmenims. Leidinio tikslas – padėti valstybės lygiu nuolat planuoti ir vykdyti veiksmingas priemones, gerinant sveikatos priežiūros kokybę. Pasaulio sveikatos organizacija pažymi, kad gerinant sveikatos priežiūros kokybę, pagrindinis politikos ir strategijos vystymo vaidmuo turi tekti nacionaliniam ir regioniniam lygmeniui. Pagal PSO pateiktą Kokybės sistemos formavimo ir įgyvendinimo schemą, septyni proceso etapai suskirstyti į tris kategorijas: analizę, strategiją, įgyvendinimą. Šios kategorijos apima kokybės gerinimo veiksmus, problemos supratimą, planavimą, vykdymą, rezultatų vertinimą ir, atsižvelgiant į gautus rezultatus, naujų veiksmų planavimą.

Europos Bendrijos Komisija 2007 m. spalio 23 d. priėmė naują sveikatos strategiją *BALTOJI KNYGA. Kartu sveikatos labui, 2008-2013 m. ES strateginis požiūris*. Šioje Strategijoje akcentuojama sveikatos svarba tokiose politikos kryptyse, kaip Lisabonos ekonominio augimo ir darbo vietų kūrimo strategija, kurioje pabrėžiamas ryšys tarp sveikatos ir ekonomikos klestėjimo. Strategijoje numatyti veiksmai atspindi darbą sveikatos politikos klausimais visuose sektoriuose. Taryba priėmė pareiškimą dėl ES sveikatos priežiūros sistemų bendrų vertybių ir principų, kuriame išvardytos pagrindinės vertybės – visuotinumas, galimybės naudotis geros kokybės sveikatos priežiūros paslaugomis, teisingumas ir solidarumas.

Strategijoje akcentuojama, jog pamatinė vertybė yra piliečių įtraukimas priimant sprendimus. Sveikatos priežiūra tampa vis labiau orientuota į pacientą ir vis labiau individualizuota, kai pacientas tampa aktyvius sveikatos priežiūros subjektu, o ne vien tik šių paslaugų teikimo objektu. Su sveikatos gerinimu susijusios vertybės turi apimti sveikatos skirtumą mažinimą. Galiausiai, sveikatos politika turi būti pagrįsta geriausiais turimais moksliniais įrodymais, gautais iš patikimų duomenų ir informacijos bei atitinkamų mokslinių tyrimų (Baltoji knyga, 2007).

Pacientų teisių į sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse įgyvendinimo Bendrijos sistema, priimta Europos Bendrijos Komisijos 2008 m. liepos 2 d. užtikrina pacientų teisę į sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir saugą visose valstybėse narėse, skirtingų gydančių specialistų ir sveikatos priežiūros įstaigų teikiamos sveikatos priežiūros tęstinumą, numato teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimo teisinius pagrindus, remiantis principu, kad pacientai turi teisę gauti tokią kompensaciją, kuri būtų mokama, jeigu jie būtų gydomi savo šalyje. Turi būti laikomasi pagrindinių sveikatos priežiūros principų; visuotinio, teisingumo, geros kokybės ir solidarumo. Akcentuojama, jog medicinos mokslo ir sveikatos technologijų inovacijos, informacinių ryšių technologijos, vykdomi e. sveikatos projektai, turi didelę reikšmę gerinant sveikatos priežiūrą (Communication from the Commission, 2008).

2.1.2. Sveikatos priežiūros valdymą ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybę reglamentuojantys Lietuvos Respublikos teisės aktai

Sveikatos politika formuojama, sveikatos priežiūros tikslai ir uždaviniai nustatomi vadovaujantis sveikatos priežiūros sistemą reglamentuojančiais teisiniais dokumentais, kurių paskirtis – nustatyti pagrindines asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kryptis teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei užtikrinti. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimas atsispindi eilėje Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos strateginių dokumentų ir vykdomų programų.

Pagrindiniai visuomenės sveikatos santykių plėtojimo principai išdėstyti *Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje*, priimtoje Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. Nr. I-1939 (Žin., 1991, Nr. 33-893). Koncepcijoje teigiama, jog Lietuvos nacionalinei sveikatos politikai formuojama remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos principais, numatomi Lietuvos žmonių sveikatos tausojimo bei stiprinimo, ligų profilaktikos, pirminės sveikatos priežiūros plėtros bendroje sveikatos priežiūros sistemoje, sveikatos priežiūros specialistų rengimo pertvarkos pagal Europos Sąjungos standartai. Joje teigiama, jog „valstybė užtikrina ligų profilaktikos priemonių ir programų prioritetinį finansavimą; palaiko ir skatina ūkio subjektų investicinį aktyvumą sveikatos ir jos apsaugos prioritetų atžvilgiu; ekonominėmis paskatomis stimuliuoja mokslo ir technikos pažangą, jos socialinę kryptį, pažangios higieniniu ir ekologiniu požiūriu technologijos diegimą, materialinės gamybos priemonių bei produkcijos gamybą, užtikrinančią gyvybės ir sveikatos apsaugą.“ Atžymima, kad iki šiol plėtotas ekstensyvus sveikatos apsaugos modelis – daugiau medicinos personalo, daugiau ligoninių – nepasiteisino. Sveikatos apsauga buvo vertinama tik medicinos pagalbos mastais. Teigiama, jog visuomenė ir pats žmogus, siekdamas sveikatos, gali padaryti gerokai daugiau sprendžiant sveikatos problemas.

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, priimtas 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552. Nauja įstatymo redakcija: 1998 m. gruodžio 1 d. Nr. VIII-946 (Žin., 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099). Įstatyme apibrėžiami Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos sudarymo pagrindai, struktūra, išvardinami vykdomieji subjektai, sveikatinimo veiklos valdymo subjektai, išvardinami turimi ištekliai, vykdomųjų subjektų veikla ir teikiamos paslaugos, nusakomi Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos veiklos organizavimo ir sveikatos priežiūros lygiai. Įstatyme didelis dėmesys skiriamas sveikatinimo veiklos sandarai, būtinosioms sąlygoms, asmens sveikatos priežiūrai, visuomenės priežiūrai. Akcentuojamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, ekonominis efektyvumas. ir tinkamumo ekspertizė bei kontrolė. Įstatymas reglamentuoja sveikatos saugos, sveikatos rėmimo, sveikatinimo veiklos sutarčių pagrindus, gyventojų sveikatinimo veiklos subjektų teises ir pareigas. Vadovaujantis šiuo įstatymu kiekvieno asmens sveikatos priežiūros įstaigos, įmonės, turinčios teisę vykdyti asmens sveikatos priežiūrą, administracija privalo

organizuoti vidaus medicininį auditą įstaigos veiklai ir paslaugų kokybei vertinti ir gerinti. Numatyti sveikatinimo veiklos tikslai: mažinti atskirų visuomenės socialinių ir profesinių grupių atsilikimą nuo kitų visuomenės grupių pagal sveikatos būklės rodiklius, nepabloginant bendrojo gyventojų sveikatos lygio; saugoti gyventojus nuo ligų, išvengiamos mirties ir neįgalumo; ilginti gyvenimo be ligų ir traumų laiką bei gerinti gyvenimo kokybę; didinti gyvenimo ekonominį ir socialinį našumą. Įstatyme taip pat numatoma atsakomybė už sveikatinimo veiklos teisės normų pažeidimus: padarytos žalos sveikatai atlyginimas, moralinės žalos atlyginimas, ekonominių sankcijų taikymas, atsakomybė už neteisėtą vertimąsi sveikatinimo veikla, apibrėžiamas privalomas asmens sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės draudimas.

Lietuvos Respublikos Seimas 1995 m. gruodžio 7 d. rezoliucijoje „*Dėl nacionalinės sveikatos politikos įgyvendinimo*“ (Žin., 1996, Nr. 2-42), remdamasis Pasaulio Sveikatos politikos konferencijos Kopenhagoje 1994 metų deklaracijos, *Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos*, priimtos 1991 metais, *Sveikatos sistemos įstatymo*, priimto 1994 metais teiginiais, atžymėjo, kad būtina spręsti aktualias visuomenės sveikatos problemas, atkreipė dėmesį į kompetentingą sveikatos priežiūros valdymą, sveikatos priežiūros strategijos įgyvendinimo stebėseną. Rezoliucijoje teigiama, jog būtina siekti, kad visiems šalies gyventojams būtų prieinama integruota sveikatos priežiūra, išlaikytas teisumas, skatinama ir propaguojama sveika gyvensena. Tikslinga rengti ir perkvalifikuoti medicinos personalą, kad būtų kompetentingas visuomenės sveikatos, socialinės rūpybos, sveikatos priežiūros valdymo, sveikatos teisės ir kitais aktualiais reformos klausimais. Atkreipiamas dėmesys į sveikatos priežiūros reformą ir nepakankamą sveikatos priežiūros finansavimą dėl bendros sunkios ekonominės būklės. Sveikatos priežiūra pripažįstama viena prioritetinių valstybės politikos sričių, tarp jų ir ekonominiu požiūriu.

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343. Nauja įstatymo redakcija: 2002 m. gruodžio 3 d. Nr. IX-1219 (Žin., 1996, Nr. 55-1287; 2002, Nr. 123-5512). Įstatyme apibrėžiama, jog privalomąjį sveikatos draudimą vykdo: Privalomojo sveikatos draudimo taryba, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, teritorinės ligonių kasos. Įstatymas nustato sveikatos draudimo rūšis, privalomojo sveikatos draudimo sistemą: privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamus asmenis, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms ir vaistams bei medicinos pagalbos priemonėms kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pagrindus, privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamų asmenų ir sveikatos priežiūros įstaigų teises bei pareigas vykdant privalomąjį sveikatos draudimą, ginčų nagrinėjimo tvarką, papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo pagrindus, taip pat numatoma Valstybinės ligonių kasos atliekama asmens sveikatos priežiūros paslaugų kiekio ir kokybės kontrolė, taip pat kontrolė, kad suteiktos paslaugos atitiktų numatytus reikalavimus.

Apibrėžiamas Privalomojo sveikatos draudimo finansų fondo biudžetas, biudžeto pajamos, privalomojo sveikatos draudimo įmokų mokėjimo tvarka, įmokų dydis, taip pat privalomojo sveikatos draudimo lėšų naudojimas.

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367. Nauja įstatymo redakcija: 1998 m. lapkričio 24 d. Nr. VIII-940 (Žin., 1996, Nr. 66-1572; 1998, Nr. 109-2995). Įstatymas nustato sveikatos priežiūros įstaigų klasifikavimą, įstaigų grupes pagal sveikatos priežiūros paslaugų rūšis, įstaigų sveikatos priežiūros licencijavimo tvarką, įstaigų akreditavimo reikalavimus, teisės aktus ir norminius dokumentus, nustatančius įstaigų veiklą. Įstatyme apibrėžiama teikiamų paslaugų valstybinė kontrolė, kurią atlieka sveikatos apsaugos ministro paskirti pareigūnai: Valstybinio medicininio audito inspekcija atlieka asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės (tinkamumo) ir ekonominio efektyvumo valstybinę kontrolę; Valstybinė ir teritorinė ligonių kasos – asmens sveikatos paslaugų, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, kiekio ir kokybės kontrolę; Lietuvos medicinos etikos komitetas – asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų paslaugų atitikimo etikos reikalavimams valstybinę kontrolę. Įstatyme reglamentuojamas Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai nepriklausančių įstaigų steigimas, apibrėžiama Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos biudžetinių ir viešųjų įstaigų samprata, nurodomi teisės aktai, reguliuojantys šių įstaigų steigimo, veiklos, valdymo, veiklos, lėšų naudojimo ypatumus, reorganizavimą ir likvidavimą.

Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562. Nauja įstatymo redakcija: 2009 m. lapkričio 19 d. Nr. XI-499 (Žin., 1996, Nr. 102-2317; 2009, Nr. 145-6425). Šis įstatymas reglamentuoja kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, t.y. prieinamas, saugias, veiksmingas sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugas, 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. Vadovaudamiesi įstatymu pacientai turi teisę: pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ir sveikatos priežiūros specialistą; į informaciją; nežinoti; susipažinti su įrašais savo medicinos dokumentuose; į privataus gyvenimo neliečiamumą; į anoniminę sveikatos priežiūrą; dalyvauti ar nedalyvauti biomediciniuose tyrimuose ir mokymo procese; žalos atlyginimą. Šalia pacientų teisių atsiranda ir pacientų pareigos (pareigų senojoje įstatymo redakcijoje nebuvo). Pacientas teises įgyja, pareigas prisiima ir jas įgyvendina pats arba per savo atstovus.

Lietuvos Respublikos Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymas, patvirtintas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. birželio 11 d. Nr. I-1374. Nauja įstatymo redakcija: 2008 m. vasario 1

d. Nr. X-1444 (Žin., 1996, Nr. 63-1479; 2008, 22-804). Įstatymas reglamentuoja santykius, kurie atsiranda tvarkant asmens duomenis automatiniu būdu, taip pat neautomatiniu būdu tvarkant asmens duomenų susistemintas rinkmenas: sąrašus, kartotekas, bylas, sąvadus ir kita. Šio įstatymo 10 straipsnis numato asmens duomenų tvarkymą sveikatos apsaugos tikslais: „Asmens duomenis apie asmens sveikatą (jos būklę, diagnozę, prognozę bei gydymą ir kt.) gali tvarkyti įgaliotas sveikatos apsaugos sistemos darbuotojas. Asmens sveikatos paslaptis turi būti saugoma pagal Civilinį kodeksą, pacientų teises reglamentuojančius įstatymus ir kitus teisės aktus. Asmens duomenys mokslinio medicininio tyrimo tikslu tvarkomi vadovaujantis šiuo ir kitais įstatymais.“

Lietuvos Respublikos Vyriausybė 1996 m. spalio 7 d. nutarime Nr. 1172 „*Dėl Valstybinio medicininio audito nuostatų patvirtinimo*“ (Žin., 1996, Nr. 98-2248) nustato valstybinio medicininio audito nuostatus, valdymą ir organizavimą, valstybinio medicininio audito pareigūnų teises ir pareigas. Nuostatai numato, kad pagrindinis valstybinio medicininio audito tikslas yra „nustatyti asmens sveikatos priežiūros prieinamumo ir tinkamumo (kokybės) plėtojimo kryptis ir būdus“. Akcentuojamas valstybinio medicininio audito turinys yra „asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo (kokybės) kontrolė bei vertinimas“. Valstybinis medicininis auditas vykdomas „analizuojant asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę; atliekant standartinių ir faktinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, tinkamumo (kokybės) ir efektyvumo rodiklių lyginamąją analizę; analizuojant pacientų prašymus, pareiškimus ir skundus; analizuojant pacientams padarytus žalos atvejus; atliekant pacientų ir asmens sveikatos priežiūros specialistų apklausą“.

Lietuvos Respublikos Vyriausybė 1997 m. balandžio 11 d. nutarimu Nr. 336 „*Dėl sveikatos apsaugos pripažinimo prioritetiniu sektoriumi*“ (Žin., 1997, Nr. 33-822) pripažįsta sveikatos apsaugą prioritetiniu valstybės investicijų į socialinę sritį sektoriumi.

Lietuvos sveikatos programoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII-833 (Žin., 1998, Nr. 64-1842), numatyti artimieji ir tolimieji sveikatos apsaugos reformos uždaviniai. Vadovaujantis sveikatos sistemos prioritetais nubrėžti uždaviniai būtini plėtoti ir vykdyti sveikatos priežiūros, medicinos mokslo ir sveikatos sistemos reformą, kuri yra nukreipta į sveikatos priežiūros įstaigų bei jų teikiamų paslaugų kiekio optimizavimą ir paslaugų kokybę. Akcentuojama, jog sveikatos reformos žingsniai turi būti nuolat vertinami moksliškai pagrįstais metodais, taip pat kainų efektyvumo, paslaugų kokybės bei bendros medicinos praktikos vertinimo prasme; turi būti atliekamos gyventojų apklausos bei jų pačių sveikatos kokybės vertinimas, žinių apie savo sveikatą įgijimas bei dalyvavimas sprendžiant sveikatos priežiūros valdymo problemas. Reformos sėkmei svarbu kiekvienos atskirai valstybinių sveikatos programų vertinimas, koordinavimas ir koregavimas bei palyginamoji kitų šalių sveikatos reformų analizė. Programoje

apžvelgiama Lietuvos demografinė situacija atkreipiant dėmesį į gyventojų reprodukcijos mažėjimą, demografinius senėjimo pokyčius, kurie lemia ne tik gyventojų socialinio aprūpinimo, bet ir sveikatos priežiūros poreikio didėjimą, ekonomines problemas.

Lietuvos Respublikos Seimas 1999 m. sausio 5 d. priima rezoliuciją „*Dėl Lietuvos sveikatos politikos principų*“ (Žin., 1999, Nr. 5-98). Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas paskatino šioje rezoliucijoje pritarti pagrindiniams Pasaulio sveikatos organizacijos 48-osios Europos asamblėjos 1998 m. rugsėjo mėnesį Kopenhagoje priimtos atnaujintos strategijos „*Sveikata visiems XXI amžiuje*“ principams. Lietuvos Respublikos Seimas „mano, kad Lietuvos sveikatos politika turi būti ir toliau vykdoma kryptingai, vadovaujantis Nacionaline sveikatos koncepcija, sveikatos įstatymais, Lietuvos sveikatos programa ir Pasaulio sveikatos organizacijos principais“ ir pažymėdamas, jog sveikatos problemų sprendimas yra būtina socialinės ir ekonominės plėtros sąlyga, siūlo didelį dėmesį skirti visuomenės sveikatos stiprinimui. To pasiekti galima tik informuojant visuomenę visais sveikatos klausimais, įtraukiant ją į sveikatos problemų sprendimą, aktyviai bendradarbiaujant visoms sveikatos institucijoms bei nevyriausybinėms organizacijoms.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymu (Žin., 1996, Nr. 66-1572; 1998, Nr. 109-2995), išleistas sveikatos apsaugos ministro 1999 m. birželio 3 d. įsakymas Nr. 272 „*Dėl sveikatos priežiūros įstaigų vidaus standartų ir sveikatos priežiūros metodikų parengimo tvarkos*“ (Žin., 1999, Nr. 50-1628). Jame nurodoma, jog nustatyta tvarka siekiama aiškiai nurodyti, kas, ką ir kaip atlieka, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas; gerinti sveikatos priežiūros kokybę, apsaugant pacientų sveikatą, gyvybę ir interesus, taupyti resursus

Siekiant užtikrinti asmens privataus gyvenimo neliečiamumą, saugant informaciją apie jo sveikatą, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras 1999 m. gruodžio 16 d. įsakymu Nr. 552 patvirtino *Asmens sveikatos paslapties kriterijus* (Žin., 1999, Nr. 109-3195), kurie apibrėžia principus, kuriais privalo vadovautis sveikatos priežiūros darbuotojai teikdami informaciją apie paciento sveikatą paciento atstovui, teismui, teisėtvarkos ir kitoms institucijoms, kurių teisę gauti tokią informaciją nustato įstatymai.

Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2001 m. liepos 27 d. nutarimu Nr. 941 patvirtino *Lietuvos nacionalinę visuomenės sveikatos priežiūros strategiją*. Nauja nutarimo redakcija: 2006 m. birželio 19 d. Nr. 600 (Žin., 2001, Nr. 66-2418; 2006, Nr. 70-2574). „Strategijos tikslas – pagerinti Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybę, ilginti gyvenimo trukmę...“. Strategijoje atsispindi valstybės nuostatos modernizuojant sveikatos priežiūros sistemą, visapusiškai priderinant ją prie didėjančių valstybės poreikių ir naujausių tarptautinių reikalavimų, visuomenės sveikatos priežiūros teisės aktus derinant su ES teisės aktais. Šiame dokumente pateikiama esamos būklės analizė, įvertintos parengtos ir įgyvendinamos visuomenės sveikatos priežiūros programos ir valstybinės programos,

susijusios su visuomenės sveikata, atlikta visuomenės sveikatos priežiūros SSGG analizė, numatyta vizija ir valstybės misija, akcentuojamas ir kiekvieno asmens atsakomybė savo sveikatai.

Valstybinėje ilgalaikės raidos strategijoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. lapkričio 12 d. nutarimu Nr. IX-1187 (Žin., 2002, Nr. 113-5029), atkreipiamas dėmesys į pagrindines sveikatos priežiūros sistemos ilgalaikės raidos strategijos kryptis, kuriomis „siekiama sukurti šiuolaikinę ir modernią sveikatos priežiūros sistemą, pagrįstą strateginiu planavimu, reformos procesų analize ir valdymu, užtikrinančią sveikatos priežiūros prieinamumą, veiksmingumą“. Akcentuojamas teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas „diegiant naujas medicinos technologijas, keliant darbuotojų kvalifikaciją, užtikrinant įstaigų ir ES keliamų reikalavimų atitikimą“. Strategijoje sakoma, jog vykdant ir plėtojant reformas, didelis dėmesys bus skirtas sveikatos ugdymui ir ligų profilaktikai; sveikos gyvensenos formavimui; gyventojų mirtingumo mažinimui ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimui; asmens sveikatos priežiūros sistemos valdymui ir finansavimui; aktyviai priklausomybės ligų prevencijai, priklausomybių ligomis sergančių asmenų sveikatos priežiūrai; tinkamų, saugių, veiksmingų ir prieinamų kainos požiūriu vaistų tiekimui; kūno kultūrai ir sportui.

Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas ir gerinimas yra vienas iš sveikatos priežiūros reformos prioritetų. Pažymint tai, kad kokybės metodai, sėkmingai taikomi gamyboje, vis labiau skverbiasi į paslaugų sektorių ir, jog kai kurios Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigos jau buvo įdiegusios kokybės sistemas pagal ISO 9000 standartus, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. spalio 10 d. įsakymu Nr. 495 patvirtinta *Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcija* (Žin., 2002, Nr. 101-4523) užtikrino kokybės skatinimą ir kokybės gerinimo priemonių taikymą sveikatos priežiūros įstaigose. Įsakyme teigiama, kad tolesnis kokybės vadybos metodų tobulinimas ir propagavimas, Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos teisės aktų, reglamentuojančių sveikatos priežiūros paslaugų kokybę rengimas, Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos standartizacijos sistemos tobulinimas leistų užtikrinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2003 m. gruodžio 10 d. nutarimu Nr. 1589 patvirtino *Valstybės visuomenės sveikatos stebėsenos programą* (Žin., 2003, Nr. 117-5344), kurios pagrindinis tikslas – gerinti visuomenės sveikatą, pasitelkiant įgyvendinimo priemonę – visuomenės sveikatos stebėsenos sistemą. Duomenys apie sveikatą renkami ir kaupiami keletą dešimtmečių – Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės renka ir kaupia įvairius duomenis apie gyventojų socialinę ir ekonominę būklę. Naudojantis šiais duomenimis rengiamos naujos socialinės ir tarptautinio bendradarbiavimo programos. Sveikata, veiksniai, darantys įtaką sveikatai, ir aplinka – labai plati sritis, todėl jos stebėsenai paremta skirtingais duomenų šaltiniais, skirtingomis duomenų rinkimo ir analizės metodikomis, todėl šios Programos tikslas – sukurti bendrą valstybės

visuomenės sveikatos (apimančios gyventojų sveikatą ir veiksnius, darančius įtaką sveikatai) stebėjimo sistemą, skirtą Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimui stebėti ir vertinti. Visuomenės sveikatos stebėsenos sritys: demografinė situacija, socialinė ekonominė būklė, sveikatos būklė, veiksniai, darantys įtaką sveikatai (gyvensena, aplinka), sveikatos priežiūros išteklių, sveikatos priežiūros įstaigų veikla, išlaidos sveikatos priežiūrai ir jos finansavimas.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymu Nr. V-642 patvirtinta *Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programa*. Nauja įsakymo redakcija: 2007 m. rugpjūčio 31 d. Nr. V-711 (Žin., 2004, Nr. 144-5268; 2007, Nr. 95-3864). Lietuvoje sveikatos priežiūros kokybei skiriamas didelis dėmesys, todėl programoje ypatingai akcentuojami svarbiausieji ir aktualiausieji Lietuvai šie sveikatos priežiūros aspektai: sveikatos priežiūros saugumas, prieinamumas, tęstinumas ir tinkamumas. „Programos 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“. Lietuvoje sveikatos priežiūros kokybę bandoma užtikrinti vykdant paslaugų teikimo kontrolę, registruojant nepageidaujamus įvykius sveikatos priežiūros įstaigoje, vertinant sveikatos priežiūros technologijas. Siekiama užtikrinti ir nuolat gerinti sveikatos priežiūrą, ypatingą dėmesį kreipiant į paciento poreikius bei lūkesčius sveikatos priežiūros srityje, nes nesaugios, neefektyvios sveikatos paslaugos, nevienodas šių paslaugų prieinamumas sukelia ne tik pacientų nepasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis, bet ir ekonominius nuostolius.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai, atitinkamų kvalifikacijų gydytojai, norėdami užtikrinti kokybiškas, saugias, tinkamas sveikatos priežiūros paslaugas, savo darbe vadovaujasi diagnostikos ir gydymo metodikomis. „*Diagnostikos ir gydymo metodikų rengimo ir jų taikymo priežiūros tvarkos aprašas*“ patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gegužės 17 d. įsakymu Nr. V-395 (Žin., 2006, Nr. 59-2095). „Metodikos rengiamos vadovaujantis Lietuvos Respublikos įstatymais, sveikatos apsaugos ministro įsakymais, pasaulio sveikatos organizacijos dokumentais, tarptautinių gydytojų profesinių draugijų rekomendacijomis, mokslinių tyrimų duomenimis, publikacijomis, kitų šalių patirtimi“. Metodikomis vadovaujasi atitinkamų kvalifikacijų sveikatos priežiūros įstaigų specialistai, kuriems parengtos metodikos.

Vadovaudamasis Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 – 2010 m. programos nuostatomis ir siekdamas užtikrinti sveikatos priežiūros įstaigose teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kontrolę, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras 2007 m. gegužės 18 d. įsakymu Nr. V-389 „*Dėl Kvalifikacinių reikalavimų medicininio audito grupės vadovui ir medicinos auditoriui patvirtinimo*“ (Žin., 2007, Nr. 58-2248) patvirtino kvalifikacinius reikalavimus medicininio audito grupės vadovui bei medicinos auditoriui. Juose numatomos jiems

taikomos kompetencijos, reikalavimai išsilavinimui, atitinkamų teisės aktų išmanymas bei gebėjimas jais vadovautis.

Įgyvendindama Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. birželio 20 d. nutarimą Nr. 670 „*Dėl Lisabonos strategijos įgyvendinimo ir koordinavimo Lietuvoje*“ (Žin., 2005, Nr. 78-2823) ir atsižvelgdama į Briuselio Europos Vadovų Tarybos 2005 m. kovo 22–23 d. išvadas, Lietuvos Respublikos Vyriausybė patvirtino Nacionalinę Lisabonos strategijos įgyvendinimo programą. Šios programos 2 tikslo 14.3. punkte akcentuojama, jog vienas iš pagrindinių makroekonominės politikos tikslų ir uždavinių vidutinės trukmės laikotarpiu yra siekti sveikatos apsaugos sistemos efektyvumo ir finansinio stabilumo, toliau restruktūrizuoti sveikatos priežiūros įstaigas. Tam tikslui įgyvendinti yra 2005-2008 metais numatyta: parengti ir patvirtinti nevyriausybinę organizacijų, dalyvaujančių sveikatinimo veikloje, skatinimo priemones; parengti ir Lietuvos Respublikos Vyriausybei pateikti Lietuvos nacionalinės vaistų politikos 2006–2010 metų programos projektą; parengti ir pateikti Lietuvos Respublikos Vyriausybei sveikatos priežiūros investicijų strategijos projektą; parengti Lietuvos Respublikos asmens sveikatos priežiūros įstatymo projektą, numatantį kokybės vadybos sistemų diegimą, sudarantį palankias sąlygas veikti privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms; parengti ir Lietuvos Respublikos Vyriausybei pateikti antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos projektą; toliau plėtoti pirminę asmens sveikatos priežiūrą – pagrindinę paslaugų dalį perduoti privačioms gydymo įstaigoms; optimizuoti stacionarines paslaugas – taikyti diferencijuotus ligoninių modelių pagal nustatytus kriterijus; plėtoti ambulatorinės reabilitacijos apimtį ir formas – optimizuoti stacionarinę reabilitaciją; integruoti slaugos paslaugas į bendrojo pobūdžio ligoines, pradėti teikti jas kartu su globos paslaugomis, plėtoti slaugą paciento namuose; parengti ir patvirtinti Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašą.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymu Nr. V-338 patvirtintas *Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašas* (Žin., 2008, Nr. 53-1992), kurio tikslas „nustatyti pagrindines asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kryptis teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei gerinti ir vidaus medicininio audito darbo principus“. Reikalavimų apraše numatyti sveikatos priežiūros įstaigoje būtini vidaus dokumentai: pacientų teisių ir pareigų įgyvendinimo tvarka, prašymų ir skundų nagrinėjimo tvarka, būtinosios medicinos pagalbos teikimo tvarka. Sveikatos priežiūros įstaigoje taip pat turi būti dokumentai, užtikrinantys asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę; diagnostikos ir gydymo metodikos, diagnostikos ir gydymo protokolai, vidaus medicininio audito dokumentai. Vykdydama šiuos reikalavimus kiekviena sveikatos priežiūros įstaiga turi nustatyti įstaigos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės politiką, kokybės tikslus ir uždavinius bei numatyti priemones jų įgyvendinimui.

2.2. Sveikatos reformos ir sveikatos priežiūros paslaugų ir įstaigų restruktūrizavimo teisinis reglamentavimas

Įgyvendinant sveikatos reformą nuo 1990 metų parengta ir priimta eilė naujų įstatymų bei anksčiau priimtų su sveikatos priežiūra susijusių įstatymų pakeitimo bei papildymo įstatymų. Pagrindiniai nacionaliniai strateginiai dokumentai, kurie siejasi su sveikatos priežiūros reforma, t.y. Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija, Lietuvos sveikatos programa, Valstybės ilgalaikės raidos strategija, Lietuvos nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2006-2013 metų strategija, Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 metų programa, plačiau išdėstyti 1.2.2 skirsnyje. Šiame skirsnyje išnagrinėti svarbiausi sveikatos priežiūros reformą ir sveikatos priežiūros paslaugų ir įstaigų restruktūrizavimą reglamentuojantys teisės aktai.

Įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001-2004 metų programos (Žin., 2001, Nr. 62-2244) nuostatas sveikatos apsaugos srityje, Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimu Nr. 335 patvirtinta *Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija* (Žin., 2003, Nr. 28-1147). Vadovaujantis esamos situacijos Lietuvoje analize, sveikatos reformų rezultatų vertinimu, suformuotos nuostatos, pagrindiniai pirmojo sveikatos priežiūros restruktūrizavimo etapo (2003-2005 m.) tikslai: „gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, optimizuoti teikiamų paslaugų apimtį ir struktūrą pagal gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius.“ Tikslai numatyti išanalizavus esamą situaciją ir nustačius esamos sistemos trūkumus, trukdančius užtikrinti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, šių paslaugų prieinamumą, saugumą, efektyvų esamų išteklių panaudojimą. Konstatuota, jog didelę dalį teikiamų paslaugų užima stacionarinės paslaugos, didžioji dalis sveikatos priežiūros įstaigų įsteigtos didžiuosiuose miestuose, trūksta specialistų atokiose rajonų vietose. Strategijos tikslus buvo planuojama pasiekti įvykdžius ambulatorinių paslaugų, ypač pirminės sveikatos priežiūros, plėtrą; optimizavus stacionarias paslaugas ir įvykdžius alternatyvių veiklos formų plėtrą; medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų plėtrą. Tuo būdu buvo norima pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir pagrindinius sveikatos sistemos veiklos rodiklius.

Atsižvelgiant į tai, kad sveikatos priežiūros ir farmacijos žmogiškųjų išteklių pasiūlos ir poreikio planavimui ilgą laiką buvo skiriamas nepakankamas dėmesys ir tik pastaruoju metu šis klausimas pradėjo dominti sveikatos politikus kaip vienas veiksnių, užtikrinančių kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 21 d. įsakymu Nr. V-891 patvirtinta *Strateginio sveikatos priežiūros ir farmacijos žmonių išteklių planavimo Lietuvoje 2003-2010 m. programa*. Sėkmingam sveikatos reformos vykdymui bei sveikatos priežiūros kokybei pasiekti reikalingi tinkamai nacionaliniu ir lokaliu lygiu suplanuoti ir parengti specialistai. Programos pagrindu sukurtas pasiūlos ir poreikio planavimo modelis, parengtos prognozės bei metodinės rekomendacijos sudarys prielaidas kryptingam sveikatos

priežiūros ir farmacijos žmonių išteklių planavimo integravimui į sveikatos priežiūros sektoriaus reformą bei nuosekliai sveikatos politikos plėtrai. Programos vykdymo metu įvertintas pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos etapo planų vykdymas, parengtos pirminėje sveikatos priežiūros grandyje dirbančių specialistų pasiūlos ir poreikio planavimo prognozės, įvertinti sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos veiksniai, darantys įtaką pasiūlai ir poreikiui. Programoje akcentuojama būtina sąveika tarp specialistų komandų, turinčių multiprofesinį platesnio profilio pasirengimą, taip pat siauros specializacijos ligoninių tolimesnė integracija į bendrojo profilio sveikatos priežiūros įstaigas.

Siekiant optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir gerinti paslaugų struktūrą, parengta *Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategija*, patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimu Nr. 647 (Žin. 2006, Nr. 74-2827). Strategijoje įvertinti pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo rezultatai, pažymima, jog per 2003-2005 metų laikotarpį reorganizavus sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, ligoninių Lietuvoje sumažėjo 22 juridiniais vienetais: eilė ligoninių buvo reorganizuotos skaidymo būdu, išdalijant paslaugas kitoms ligoninėms, prijungiant mažesnes ligonines prie didesnių. Kai kuriose ligoninėse, kuriose teikiamų tam tikrų sveikatos priežiūros paslaugų apimtis negalėjo užtikrinti reikiamo šių paslaugų saugumo pacientams, uždaryti arba sujungti skyriai. Kadangi treji metai – per trumpas laiko tarpas, kad būtų pastebimi svarbesni Lietuvos gyventojų sveikatos rodiklių pokyčiai, numatomi antrojo restruktūrizavimo etapo tikslai yra: nuolat gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą; tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą; toliau restruktūrizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą; optimaliau naudoti žmogiškuosius, finansinius ir materialinius išteklius.

Įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimą Nr. 647 „Dėl Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“ (Žin., 2006, Nr. 74-2827, Nr. 88-3458) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 7 d. įsakymu Nr. V-1031 buvo patvirtintos *Apskričių sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo planų rengimo metodinės rekomendacijos* (Žin., 2006, Nr. 137-5234), kuriomis remiantis turėjo būti parengti kiekvienos apskrities sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo planai 2007-2008 metų laikotarpiui.

Vadovaujantis šiuo įsakymu Šiaulių regiono plėtros taryba 2006 m. gruodžio 12 d. priėmė sprendimą Nr. R-8 „Dėl Šiaulių apskrities sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo plano“ ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras 2007 m. kovo 21 d. įsakymu Nr. V-171 šį 2007-2008 metų planą patvirtino. Jame įvertinta esama situacija, aptartos neįgyvendintos pirmojo restruktūrizavimo etapo priemonės (Šiaulių apskrities ligoninėje neįsteigtas 40 lovų stacionarinės ir ambulatorinės reabilitacijos paslaugų skyrius; Kelmės ligoninei neperduotos

Kelmės rajono pirminės sveikatos priežiūros slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas). Plane numatyta prioritetingas pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros prieinamumo stebėjimas bei plėtra; ambulatorinės reabilitacijos, stebėjimo, trumpalaikio gydymo, dienos chirurgijos paslaugų bei skubiosios pagalbos priėmimo skyrių veiklos plėtra; specializuotos ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų optimizavimas; numatyti siektini stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų rodikliai. Antrame restruktūrizavimo etape numatytas Šiaulių apskrityje veikiančių sveikatos priežiūros įstaigų reorganizavimas (Žin., 2007, Nr. 36-1333).

Vykdamas Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006-2008 metų programos (Žin., 2006, Nr. 112-4273) įgyvendinimo priemones, skirtas sveikatos apsaugai gerinti, siekiant nustatyti pirminės sveikatos priežiūros kryptis 2007-2015 metams, Sveikatos apsaugos ministras 2007 m. rugsėjo 5 d. įsakymu Nr. V-717 patvirtino *Pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepciją*, kurioje numatomi plėtros tikslai, uždaviniai, paslaugų teikėjai, vertinimo kriterijai. Didėjant pirminės sveikatos priežiūros paslaugų poreikiui, numatoma atskirti pirminio ir antrinio lygio ambulatorines paslaugas, skatinti steigti ambulatorinius diagnostikos centrus. Pakeisti pirminio lygio paslaugų apmokėjimo tvarką, šalia apmokėjimo už įregistruotų pacientų skaičių įvesti apmokėjimą ir už realiai suteiktas paslaugas. Siekti, kad daugelis visų sveikatos problemų būtų išspręsta ambulatorijų lygiu, aktyviai šia kryptimi dirbančius sveikatos priežiūros subjektus skatinti finansiškai. Remti sveikatos stiprinimo ir mokymo plėtrą pirminiu lygiu, pasitelkiant tam visuomenės sveikatos specialistus, plėsti bendruomenės slaugą. Ypač daug dėmesio būtina skirti pirminės sveikatos priežiūros infrastruktūros plėtrai kaimo vietovėse, finansiškai skatinti bendrosios praktikos gydytojus, kitus sveikatos priežiūros specialistus ten dirbti.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. vasario 29 įsakymu Nr. V-160 patvirtinta *Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programa* (Žin., 2008, Nr. 27-1000) parengta siekiant įgyvendinti Lietuvos nacionalinę visuomenės sveikatos priežiūros 2006-2013 metų strategiją ir jos įgyvendinimo planą. Joje atžymima, jog „vienas pagrindinių vykdomos asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros sistemos reformos elementų yra asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas, geresnis gyventojų sveikatos priežiūros poreikių tenkinimas, aukštesnis paslaugų kokybės saugumas, prieinamumas ir racionali išteklių panaudojimas, vykdamas sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizaciją, plėtojant, tobulinant ir atnaujinant sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir optimizuojant teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą“. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų gerinimas bus pasiektas tobulinant visuomenės sveikatos priežiūros išteklių valdymą, įvertinant teikiamas gyventojams visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas bei siekiant gerinti jų kokybę, rengiant metodikas, rekomendacijas, veiklos algoritmus, tobulinant visuomenės sveikatos problemų ir priežiūros stebėseną ir sveikatos rizikos veiksnių valdymą.

Penkioliktosios *Lietuvos Respublikos Vyriausybės programoje*, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 2008 m. gruodžio 9 d. nutarimu Nr. XI-52 (*Žin.*, 2008, Nr. 146-5870) didelis dėmesys skiriamas sveikatos apsaugos reformai. Numatyta parengti tolesnės sveikatos apsaugos sistemos plėtros 2008–2012 m. strateginį planą, jame numatyti konkrečias jo įgyvendinimo priemones, terminus, atsakingus vykdytojus, plano vykdymo nuolatinę stebėseną ir kontrolę. Nustatyti tolesnės sveikatos sistemos pertvarkos principai, numatytos sveikatos sistemos politikos pagrindinės strateginės kryptys: didinti ir koncentruoti finansinius bei kitus išteklius toms sveikatos sritims, kurios gali efektyviausiai sumažinti žmonių sergamumo ir mirtingumo rodiklius; pertvarkyti įmokų surinkimo į Privalomojo sveikatos draudimo fondą sistemą, įvedant atskirą sveikatos draudimo įmoką bei skatinti privalomąjį savanorišką sveikatos draudimą; sukurti paslaugų apmokėjimo modelį, skatinantį žmogų sveikai gyventi ir investuoti į savo sveikatą; pritraukti daugiau Europos Sąjungos lėšų, užtikrinti skaidrų ir efektyvų jų naudojimą; plėtoti mokslinius tyrimus sveikatos politikos ir kitose srityse. Numatomi ir sveikatos sistemos valdymo pokyčiai: numatoma peržiūrėti steigėjų funkcijas, Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžių įstaigų veiklą ir skaičių; ieškoti būdų skatinti Lietuvos farmacijos pramonę; peržiūrėti greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo koncepciją; skatinti aktyvesnį visuomenės dalyvavimą, didinant nevyriausybinį organizacijų vaidmenį; tobulinti pacientų teisių reglamentavimą.

Lietuvos Respublikos Vyriausybė, įgyvendindama savo programą, 2009 m. gruodžio 7 d. priėmė nutarimą Nr. 1654, kuriuo patvirtino *Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programą* (*Žin.*, 2009, Nr. 150-6713), įgyvendinamą 2009-2011 metais, kurioje numatytos dvi užduotys: sveikatos priežiūros įstaigų tinklo optimizavimas ir sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimas. Svarbiausias šios programos tikslas – teikti saugias, geros kokybės ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas gyventojams, efektyviai naudoti sveikatos priežiūrai skirtas lėšas. Pagrindiniai trečiojo restruktūrizavimo etapo tikslų ir uždavinių įgyvendinimo vertinimo kriterijai yra: gyventojų, pacientų ir medicinos personalo pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugų kokybe, sauga ir prieinamumu pokytis; pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų plėtra ir finansavimo didėjimas; ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų apimtys padidėjimas ne mažiau kaip 5 procentais; dienos stacionaro paslaugų apimtys padidėjimas ne mažiau kaip 8 procentais; hospitalizacijos rodiklio 100 gyventojų mažėjimas iki 18.

Išanalizavus minėtus dokumentus, galima teigti, kad per visą sveikatos reformos laikotarpį sukurta gana nuosekli teisinių dokumentų, reglamentuojančių tiek sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, tiek sveikatos priežiūros paslaugų ir įstaigų restruktūrizavimą, bazė. Lietuvos kuriama sveikatos politika, glaudžiai siejasi su Europos Sąjungos sveikatos politika, vadovaujasi Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijomis ir atitinka Lietuvos Vyriausybės prioritetinius strateginius tikslus.

3. ŠIAULIŲ APSKRITIES LIGONINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS VALDYMAS SVEIKATOS REFORMOS KONTEKSTE

3.1. Tyrimo metodologija ir dalyviai

Darbe buvo panaudoti teoriniai (analizė, sisteminimas, apibendrinimas) ir empiriniai (dokumentų analizė, struktūruotas interviu, anketinė apklausa) socialinių tyrimų metodai.

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vadybos tyrimui sveikatos reformos kontekste Šiaulių apskrities ligoninės pavyzdžiu buvo pasirinktas dokumentų analizės metodas. Analizei pasirinkti Europos Sąjungos, Lietuvos Respublikos teisės aktai, Šiaulių apskrities ligoninės generalinio direktoriaus įsakymai, Šiaulių apskrities ligoninės Kokybės vadybos sistemos dokumentai, patvirtinti ligoninės generalinio direktoriaus įsakymais.

Ekspertų tyrimui atlikti pasitelktas kokybinis tyrimas - struktūruoto interviu metodas, pagal iš anksto numatytą planą, pateikiant suformuluotus klausimus. Interviu metu apie Šiaulių apskrities ligoninės kokybės vadybą bei reformos įtaką sveikatos priežiūros paslaugoms buvo apklausti penki ligoninėje dirbantys, su ligoninės kokybės vadybos sistema susiję darbuotojai: vadovybės atstovas kokybei, kokybės vadybininkas, medicinos audito grupės vadovas, du skyriaus vedėjai (vienas jų – Šiaulių miesto savivaldybės tarybos sveikatos ir socialinių reikalų komiteto pirmininko pavaduotojas). Interviu buvo vykdomas 2010 metų kovo-balandžio mėnesiais. Respondentams buvo pateikta 10 klausimų, iš jų devyni atspindintys ligoninėje veikiančios kokybės vadybos sistemos valdymą bei vienas klausimas – apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę sveikatos priežiūros įstaigų reformos kontekste (2 priedas).

Pacientų apklausai atlikti buvo pasirinktas vienas iš plačiausiai taikomų metodų – anketinė apklausa. Ligoninėje pacientų anoniminis nuomonės tyrimas atliekamas nuo 2001 metų. Apklausa daromos kiekviename ligoninės klinikiame skyriuje. Per eilę metų anketų klausimai kito. Pirmoji anketa buvo sudaryta, vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. spalio 6 d. įsakymu Nr. 571 „Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų“ (Žin., 1998, Nr. 89-2469) ir ligoninės direktoriaus 2000 m. rugpjūčio 21 d. įsakymu Nr. 196 „Dėl kokybės vadybos sistemos procedūrų tvirtinimo“, joje buvo 9 uždaro tipo klausimai, į kuriuos pacientas galėjo atsakyti pažymėdamas „labai gerai“, „gerai“, „patenkinamai“ ar „nepatenkinamai“. Antroji anketa, sukurta ligoninės slaugos tarybos narių ir patvirtinta generalinio direktoriaus 2006 m. gruodžio 8 d. įsakymu Nr. V-544 „Dėl ligoninės skyriuose gydymo procese naudojamų formų ir procedūrų aprašymų patvirtinimo“, buvo daug sudėtingesnė. Šią anketą sudarė 32 uždaro tipo klausimai. Anketa ligoniams pasirodė pernelyg sudėtinga, į daugelį klausimų likdavo neatsakyta, tuomet nuspręsta parengti paprastesnę anketą. Trečioji anketa patvirtinta generalinio direktoriaus 2007 m. spalio 29 d. įsakymu Nr. V-482 „Dėl pakoreguotos pacientų apklausos anketos patvirtinimo“, joje yra 17 uždaro tipo klausimų, susijusių su sveikatos priežiūros paslaugomis ligoninėje. Ši anketa šiuo metu

naudojama pacientų apklausos tyrimo analizei (Pacientų apklausos anketų pavyzdžiai pateikti 3 priede).

Tyrimė analizuotos 2007 – 2009 metų 25917 pacientų apklausos anketų. Duomenims apdoroti buvo naudojama kompiuterinė MS Excel programa. Gauti tyrimo rezultatai apibendrinti ir interpretuoti.

3.2. Sveikatos reformos ir sveikatos priežiūros paslaugų ir įstaigų restruktūrizavimo situacija ir ekspertinis vertinimas

Sveikatos sistemos reforma yra viena svarbiausių ir sudėtingiausių šalies sektoringų reformų, kurios eigą galime skirstyti į etapus: Nacionalinės sveikatos koncepcijos kūrimo bei pradinio jos įgyvendinimo etapas (1989 – 1993 m.); Sveikatos apsaugos reformos biuro funkcionavimo etapas (1993 – 1996); Nacionalinės sveikatos programos kūrimo bei pradinio jos įgyvendinimo etapas (1996 – 2000 m.); Nacionalinės sveikatos tarybos susikūrimo etapas (1998 – 2000 m.) (Pirmasis reformų dešimtmetis, 2000).

Įgyvendinant Europos Sąjungos sveikatos politiką „Sveikata visiems XXI amžiuje“ (2000), Nacionalinę sveikatos koncepciją (Žin., 1991, Nr. 33-893), Sveikatos sistemos įstatymu patvirtintą sveikatos politikos strategiją (Žin., 1998, Nr. 112-3099), Lietuvos sveikatos programoje (Žin., 1998, Nr. 64-1842) apibrėžti pagrindiniai tikslai: gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas; sveikatos santykių teisumas; gyvenimo kokybės gerinimas bei uždaviniai, kurių esmė - saugoti ir stiprinti žmogaus sveikatą nuo gimimo iki mirties, suformuluoti remiantis Liubljanos chartija dėl sveikatos apsaugos reformos. Buvusi centralizuota sovietinė sveikatos priežiūros sistema neskatinė efektyvaus sveikatos priežiūros valdymo ir išteklių naudojimo, todėl reformos tikslas yra ne tik pertvarkyti sveikatos apsaugos sektorių, bet ir paslaugų kokybės gerinimas, naujų įstatymų priėmimas.

Pirmojo reformų dešimtmečio laikotarpiu sveikatos priežiūros paslaugų apimtis išaugo, ligoninių sektorius naudojo 50 procentų sveikatos priežiūros išteklių, pacientai kentėjo dėl aprūpinimo medikamentais problemų, triko sveikatos priežiūros įstaigų finansavimas (Pirmasis reformų dešimtmetis, 2000).

Kokybiškai naujas reformos etapas, skirtas sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir paslaugų struktūros restruktūrizavimui, kuriame dalyvauja visos sveikatos priežiūros įstaigos, pradėtas Lietuvos Respublikos Vyriausybei patvirtinus *Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją* (Žin., 2003, Nr. 28-1147), joje reformos kryptys suplanuotos 2003-2008 metams. Strategijoje numatyta, jog sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas vykdomas dviem etapais: pirmasis etapas įgyvendinamas 2003-2005 metais; antrasis – 2006-2008 metais.

Pagal šią strategiją N. Akmenės, Pakruojo, Kuršėnų ir Kelmės ligoninėse buvo uždaryti akušerijos skyriai, nes neįvykdė nustatyto minimalaus 300 gimdymų skaičiaus per metus. Dėl tos priežasties Šiaulių apskrities ligoninėje išsiplėtė akušerinė pagalba, papildomai įsteigtas 10 lovų onkoginekologijos padalinys.

Pirmojo restruktūrizavimo etapo laikotarpiu, reorganizavus sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, ligoninių sumažėjo 22 juridiniais vienetais, efektyvesnė tapo sveikatos priežiūros paslaugų struktūra, didėjo ambulatorinių paslaugų apimtis. Per pirmąjį etapą sutaupyta 154 mln. litų, kurie panaudoti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui ir kokybei, sveikatos priežiūros darbuotojų darbo sąlygoms gerinti (Žin., 2006, Nr. 74-2827).

Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategija (Žin., 2006, Nr. 74-2827) numatė antrojo etapo tikslus ir uždavinius. Antrajame restruktūrizavimo etape didelis dėmesys skirtas pirminių sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai, apimant pirminę asmens, pirminę odontologijos ir pirminę psichikos sveikatos priežiūrą. Tam parengta *Pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcija* (Žin., 2007, Nr. 96-3897), kurioje numatytos pirminės asmens sveikatos priežiūros plėtros kryptys 2007-2015 metams.

Nors 2003–2008 metais Lietuvoje įgyvendinant *Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją* (Žin., 2003, Nr. 28-1147), ligoninių ir lovų jose, tenkančių santykiniam gyventojų skaičiui, sumažėjo, tačiau pagal 2007 metų rodiklius mūsų valstybė vis dar smarkiai lenkia Europos Sąjungos valstybių vidurkį (3 lentelė).

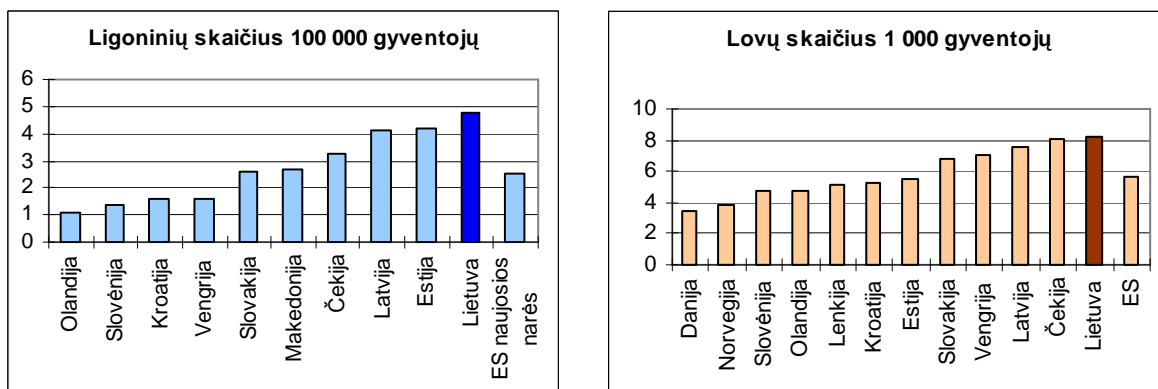
3 lentelė

Ligoninių ir lovų skaičius Lietuvoje

Rodikliai	Lietuva	ES vidurkis	ES senosios narės	ES naujosios narės
Ligoninių skaičius 100 000 gyventojų	3,45	2,97	3,1	2,58
Aktyvaus gydymo lovų skaičius 10 000 gyventojų (be slaugos ir palaikomojo gydymo, tuberkuliozės, psichiatrijos ir medicininės reabilitacijos)	50,6	39,5	37,5	46,5
Ligoninių, hospitalizuotų aktyviam gydymui (be slaugos ir palaikomojo gydymo, tuberkuliozės, psichiatrijos ir medicininės reabilitacijos)	21,5	17	16,7	18,1

Šaltinis: Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programa. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimas Nr. 1654 // *Valstybės žinios*. 2009, Nr.150-6713.

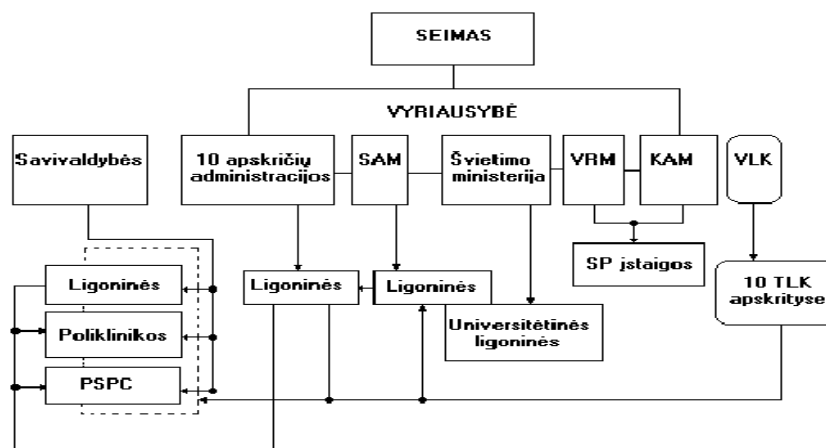
Tą patį patvirtino ir Pasaulio banko ekspertų 2009 metų birželio mėnesį atlikta valstybės išlaidų Lietuvos socialiniuose sektoriuose studija, kuri parodė, kad ligoninių ir lovų santykiniam gyventojų skaičiui Lietuvoje daugiau nei kaimyninėse Baltijos valstybėse bei Europos Sąjungos šalių vidurkis (9 pav.).



9 pav. Ligoninių ir lovų skaičius

Šaltinis: Europos sveikatos duomenų bazė [žiūrėta 2010-01-20]. Prieiga per internetą: <http://www.euro.who.int/HFADB>.

Dabartinė Lietuvos sveikatos apsaugos struktūra pateikta 10 pav. Šiuo metu yra trys sveikatos priežiūros įstaigų pavaldumo lygiai: Sveikatos apsaugos ministerijos, apskričių, savivaldybių. Toks skirtingas sveikatos priežiūros įstaigų pavaldumas, kai nepakankamai aiškus steigėjų vaidmuo, trukdo kurti vientisą sveikatos priežiūros įstaigų organizavimo sistemą, atnaujinti technologinius išteklius, diegti naujas sudėtingas paslaugas (Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2007-2015 metų metmenys).



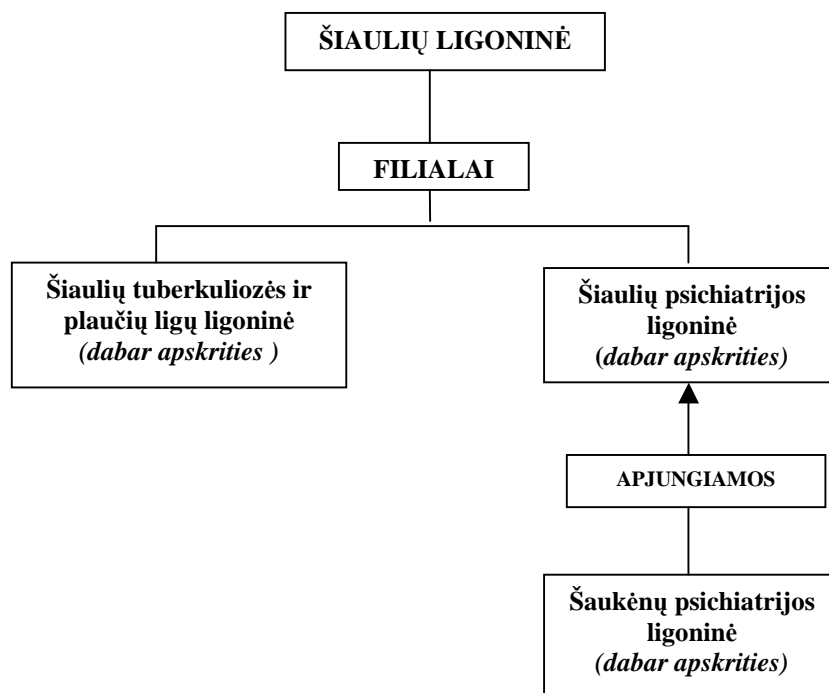
10 pav. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos struktūra

Šaltinis: *Sveikatos priežiūros organizacijų kultūra ir etika* [žiūrėta 2009-03-28]. http://www.vsv.lt/mokymas/Medicinos_ir_sveikatos/1997.html.

Sveikatos priežiūros įstaigų tinklą numatoma optimizuoti vadovaujantis šiais pagrindiniais kriterijais: sveikatos priežiūros įstaigas, esančias arti viena kitos ir galinčias naudotis centralizuotomis laboratorijų, sterilizacinių, radiologinių tarnybų, ūkio, teisinėmis ir kitomis paslaugomis, sujungti į stambesnius juridinius vienetus; specializuotas onkologijos, vaikų, tuberkuliozės, psichiatrijos, infekcinės, gimdymo paslaugas teikiančias sveikatos priežiūros įstaigas integruoti į daugiaprofilines sveikatos priežiūros įstaigas; sveikatos priežiūros įstaigas, kurios turi aukščiausiojo lygio technologijas ir siaurų specializacijų gydytojus, teikia sudėtingiausias paslaugas, turi mokslo ir mokymo bazes, palikti pavaldžias Sveikatos apsaugos ministerijai kartu su

universitetais; valstybės žinion perduoti (padaryti valstybės pavaldumo) po vieną Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio miestų daugiaprofilinę sveikatos priežiūros įstaigą, kuriose didžiausi pacientų srautai; valstybės žinion perduoti (padaryti valstybės pavaldumo) po vieną specializuotą sveikatos priežiūros įstaigą, kurioje didžiausi pacientų iš visos Lietuvos srautai; valstybės žinion perduoti (padaryti valstybės pavaldumo) 2 specialaus režimo reikalingas sveikatos priežiūros įstaigas, teikiančias priverstinio gydymo paslaugas pacientams, siunčiamiems gydytis teismo sprendimu; kitas sveikatos priežiūros įstaigas perduoti (arba palikti) savivaldybių žinion (Žin., 2009, Nr. 150-6713).

Pagal teikiamų paslaugų struktūrą sveikatos priežiūros įstaigas numatoma skirstyti į 3 lygmenis – 3R – rajono, regiono, respublikos: rajono lygmeniui priskiriamos įstaigos, kurios neatitinka šių dviejų kriterijų kartu: 1100 didžiųjų operacijų ir 300 gimdymų per metus; regiono lygmeniui priskiriamos įstaigos, kurios atitinka šiuos du kriterijus kartu: 1100 didžiųjų operacijų ir 300 gimdymų per metus; respublikos lygmeniui priskiriamos įstaigos, nepriklausančios rajono ir regiono įstaigų lygmenims. Pagrindiniai restruktūrizavimo etapo tikslų ir uždavinių įgyvendinimo vertinimo kriterijai yra: gyventojų, pacientų ir medicinos personalo pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugų kokybe, sauga ir prieinamumu pokytis; pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų plėtra ir finansavimo didėjimas; ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų apimtys padidėjimas ne mažiau kaip 5 procentais; dienos stacionaro paslaugų apimtys padidėjimas ne mažiau kaip 8 procentais; hospitalizacijos rodiklio 100 gyventojų mažėjimas iki 18 (Žin., 2009, Nr. 150-6713). Numatoma Šiaulių apskrities ligoninių reforma (11 pav.):



11 pav. Šiaulių apskrities ligoninių reforma

Šaltinis: Lietuvos ligoninių tinklo pertvarkos, susijusios su apskričių naikinimu, plano projektas [žiūrėta 2010-02-20]. Prieiga per internetą: <http://www.sam.lt/go.php/sveikatos_prieziuros_reforma>.

Šiaulių apskrities ligoninė, Šiaulių tuberkuliozės ir plaučių ligų ligoninė, Šiaulių psichiatrijos ligoninės ir Šaukėnų psichiatrijos ligoninė optimizavus sveikatos priežiūros įstaigų tinklą veiks kaip vienas juridinis vienetas ir bus priskirta respublikos lygmeniui.

Iš Šiaulių apskrityje esančios N. Akmenės, Jonišio, Kelmės, Pakruojo, Radviliškio, Kuršėnų ligoninės priskirtos rajono lygmeniui ir tik Radviliškio ligoninėje bus teikiamos stacionarinės akušerijos ir chirurgijos paslaugos, o Kelmės ir Jonišio ligoninėse bus teikiamos stacionarinės chirurgijos paslaugos. Kitų rajonų gyventojai specializuotos stacionarinės akušerinės ir chirurginės pagalbos turės kreiptis į kitas ligonines.

Kitų apskričių ligoninių pertvarkos plano projektas pateiktas 4 priede.

Apie sveikatos priežiūros pasaugų kokybę sveikatos reformos kontekste buvo paprašyta išsakyti savo nuomonę penkių Šiaulių apskrities ligoninėje dirbančių vadovaujančių darbuotojų: vadovybės atstovo kokybei, kokybės vadybininko, medicinos audito grupės vadovo, dviejų skyriaus vedėjų.

Ekspertų nuomone, trečias restruktūrizavimo etapas palies labai daug grandžių sveikatos priežiūros sistemoje. Vienas pagrindinių vykdomos reformos uždavinių yra sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, geresnis gyventojų poreikių tenkinimas. Sveikatos priežiūros kokybę lems konkrečios ligoninės specifika, darbuotojų motyvacija keisti darbo specializaciją ir įpročius. Reformos vykdymas neatitinka jos idėjos. Reformos programos išplėtotos politikų, neįtraukiant visuomenės, neišklausant piliečių (pacientų) nuomonės. Gyventojai nežino, kur bus gydomi, o didžiųjų ligoninių problema – pacientų srautų valdymas.

Mūsų ligoninės tikslas – užtikrinti kokybės vadybos sistemos tęstinumą, tačiau šiame etape atsiranda ir trukdžių: nepakankamas procesų apibrėžtumas; finansų skirstymo netobulumas – finansavimas ne tik, kad nepadidėjo, bet net sumažėjo (sumažėjo PSDF lėšos, sumažėjo atlyginimas), nežiūrint to, ligoninės išlaidos didėja – brangsta medikamentai, energetiniai ištekliai; žmogiškasis faktorius – dėl rajonų ligoninėse nebeteikiamų specializuotų (reanimacijos, akušerijos, chirurgijos) pasaugų padidėjo pacientų srautai į Šiaulių apskrities ligoninę. Dideli darbo krūviai negali užtikrinti pakankamos pasaugų kokybės; informacinių technologijų stoka – kompiuterių nebuvimas, lėtas internetinis ryšys stabdo darbų eigą.

3.3. Šiaulių apskrities ligoninės sveikatos priežiūros pasaugų kokybės vadybos vertinimas

3.3.1. Šiaulių apskrities ligoninės istorinė apžvalga

2010 m. Šiaulių ligoninei sukanka 167 metai. Kvalifikuota medicinos pagalba Šiauliuose susijusi su Šiaulių ekonomijos valdytojo grafo A. Tyzenhauzo ir vėlesnių ekonomijos savininkų, grafų Zubovų, veikla. 1777 m. A. Tyzenhauzas Šiauliuose įkurdino Gardino gydytoją J. Volenski, su juo sudarė sutartį nemokamai gydyti ekonomijos valstiečius ir tarnautojus. 1808 metais

Šiauliuose įsteigta valstiečių ligoninė. 1842 m. gruodžio 18 d. Rusijos caras Nikolajus I įsakė įkurti Kauno guberniją, sudarytą iš septynių apskričių, didžiausia iš jų buvo Šiaulių apskritis. 1843 m. įsteigta 20 lovų Šiaulių miesto ligoninė. 1923 m. mieste dirbo 27 gydytojai, 1930 m. – 33 gydytojai.

1940 m. Šiaulių ligoninei paskirti dviejų privačių ligoninių pastatai, dirbo 46 gydytojai. 1945 m. ligoninėje buvo 203 lovos, dirbo 42 gydytojai. 1950 m. Šiauliai tapo srities centras. Tuometinis Sveikatos skyrius ir į Šiaulius atsiųsti specialistai ėmėsi gydymo įstaigų plėtros. 1951 m. pradėti steigti atskirų ligų dispanseriai. 1952 m. iš dalies buvo įrengtas šiandieninis ligoninės pastatas, kurį suprojektavo ir nespėjo įrengti G. Landsbergis-Žemkalnis. 1955 m. dabartinės ligoninės pastatas buvo visiškai įrengtas – ligoninėje buvo 500 lovų. 150 gydytojų, kūrėsi specializuoti skyriai (Knizikevičius, 2006).

1993 m. Lietuvoje pradėta sveikatos reforma, medicinos paslaugas imta tvarkyti pagal Europos šalių modelius. 1999 m. Šiaulių ligoninei pirmą kartą jos istorijoje suteikta licencija teikti stacionarines II lygio paslaugas. 2004 m. Valstybinė sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos Šiaulių ligoninei suteikė licenciją teikti III lygio sveikatos priežiūros paslaugas.

Dabartinė Šiaulių apskrities ligoninė – tai gražus, kasmet modernėjantis gydymo kompleksas. Joje 33 klinikiniai skyriai, 872 lovos. Be stambių terapijos ir chirurgijos padalinių, Šiaulių apskrities ligoninė turi specializuotas Moters ir vaiko, Onkologijos klinikas, Odos ir veneros ligų centrą. Bet kuriuo paros metu centriniam korpuso esančiame priėmimo skyriuje ir klinikose esančiuose priėmimo skyriuose vyksta įtemptas darbas, teikiama būtinoji pagalba, sprendžiama dėl tolimesnio pacientų gydymo. Jau anksti rytą skubų tempą įgyja čia pat esanti ligoninės Konsultacijų poliklinika, teikianti 280000 konsultacijų per metus. Visais metų laikais gražios ligoninės teritorijos takais bei požeminiais tuneliais, jungiančiais tris pagrindinius korpusus, niekada nenutrūksta medicinos personalo, ligonių ir jų artimųjų judėjimo srautas. Ligoninėje dirba 2187 darbuotojai, iš jų: 289 gydytojai, 1056 slaugos specialistai.

Šiaulių apskrities ligoninėje gausu terapijos profilio kryptių: kardiologija, pulmonologija, hematologija, gastroenterologija, nefrologija, nefrologija, infektologija. Pastarąjį dešimtmetį sparčiai vystėsi ir šiuolaikinį lygį pasiekė chirurgija – vaikų ir suaugusiųjų profiliai, traumatologija, urologija, neurochirurgija, otorinolaringologija, oftalmologija, abdominalinė bei rekonstrukcinė-plastinė chirurgija. Įrengtos devynios šiuolaikinės operacinės, atliekama 15000 operacijų per metus (Šiaulių ligoninės 2009 m. veiklos ataskaita).

Šiaulių apskrities ligoninė yra gydytojų ir slaugos specialistų rengimo bazė. Nemaža Vilniaus universiteto ir Kauno medicinos universiteto studentų čia atlieka pirminę bei antrinę rezidentūrą, įgūdžių įgyja kolegijoje besimokančios slaugytojos (ligoninės organizacinė-valdymo struktūra pateikta 5 priede).

3.3.2. Kokybės vadybos valdymas Šiaulių apskrities ligoninėje ir ekspertinis vertinimas

Vykdamas Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. spalio 6 d. įsakymą Nr. 571 „*Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų*“ (Žin., 1998, 89-2469), kuriuo buvo patvirtinta kokybės sistemos diegimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarka ir lokalaus medicininio audito nustatai, Šiaulių ligoninės direktoriaus 1998 m. spalio 29 d. įsakymu Nr. 180 „*Dėl lokalaus medicininio audito ir kokybės sistemos diegimo Šiaulių ligoninėje*“ sudaryta lokalaus audito grupė ir paskirtas darbuotojas, atsakingas už kokybės sistemos dokumentų parengimą.

Sudarytos lokalaus audito grupės nariai išklausė Valstybinio medicininio audito inspekcijos prie Sveikatos apsaugos ministerijos darbuotojų paskaitų ciklą, dalyvavo bendrame Lietuvos – Danijos sveikatos apsaugos ministerijų organizuotame Kokybės vadybos sistemos (KVS) diegimo sveikatos priežiūros įstaigose projekte. Ligoninės direktoriaus 1999 m. lapkričio 30 įsakymu Nr. 319 „*Dėl 1998 m. spalio 29 d. įsakymo Nr. 180 papildymo*“ nuo 1999 m. gruodžio 1 d. pradėtas kokybės vadybos sistemos diegimas visuose ligoninės skyriuose, parengtas Kokybės vadovas bei 15 kokybės vadybos sistemos procedūrų.

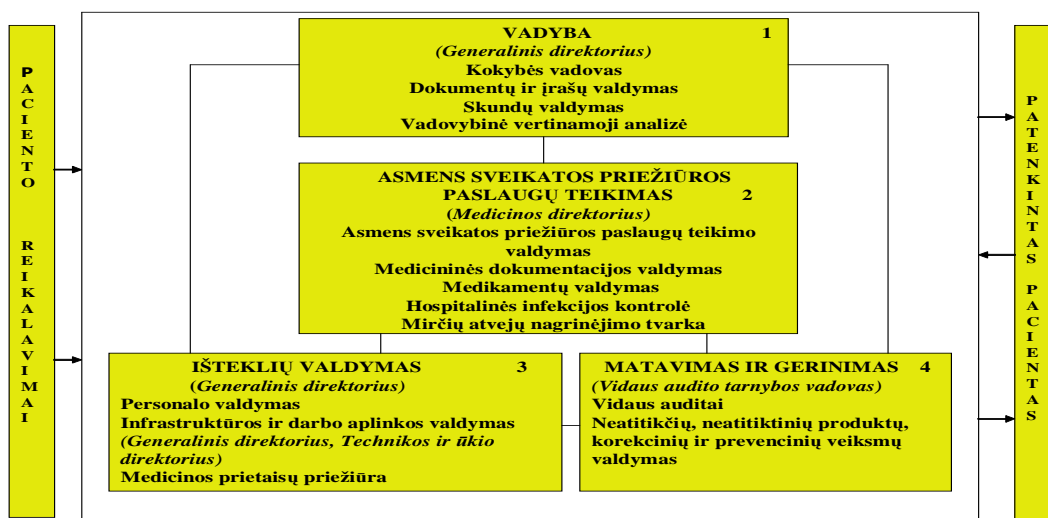
Ligoninės generalinio direktoriaus 2006 m. rugsėjo 27 d. įsakymu Nr. V-429 „*Dėl kokybės vadybos sistemos dokumentų patvirtinimo*“ patvirtinti naujai parengti kokybės vadybos dokumentai – Kokybės vadovas bei 12 kokybės vadybos sistemos procedūrų ir paruošti skyriai kokybės sistemos sertifikavimui. 2006 m. gruodžio 10 d. ligoninėje atliktas Kokybės vadybos sistemos auditas, parengti kokybės vadybos sistemos dokumentai atitiko standarte nurodytus reikalavimus ir 2007 m. vasario 9 d. ligoninei suteiktas standarto LST EN ISO 9001:2001 atitikties sertifikatas.

2008 m. birželio 16 d. ligoninės generalinio direktoriaus įsakymu Nr. V-263 „*Dėl Vidaus audito tarnybos įsteigimo*“ įsteigta vieninga Vidaus audito tarnyba, kurią sudaro: kokybės vadybos sistemos vidaus auditas, vidaus medicininis auditas, vidaus finansinis auditas.

2010 m. sausio 20 d. ligoninėje vyko išorės vertintojų Viešosios įstaigos LST Sert auditas, kurio tikslas buvo patvirtinti, kad organizacijos vadybos sistema pagal LST EN ISO 9001:2008 standartą įgyvendinta praktikoje. 2010 m. vasario mėn. 9 d. ligoninei suteiktas standarto LST EN ISO 9001:2008 atitikties sertifikatas.

Ligoninė parengė ir nuolat prižiūri Kokybės vadovą bei kokybės vadybos procedūras. Šie ligoninės dokumentai atnaujinti, vadovaujantis LST EN ISO 9001:2008. Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai (2008) ir patvirtinti 2009 m. rugsėjo 2 d. generalinio direktoriaus įsakymu Nr. V-389 „*Dėl kokybės vadybos sistemos procedūrų patvirtinimo*“. Kokybės vadove pateikiama ligoninės kokybės politika, reikalavimai bei nuorodos į visas procedūras. Jis yra pagrindinis dokumentas, kurio atžvilgiu ligoninėje valdomi kokybės vadybos sistemos procesai, atliekamas ligoninės Kokybės vadybos sistemos auditas.

Vadovaujantis LST EN ISO 9001:2008. Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai (2008) standartu, Šiaulių apskrities ligoninė sukūrė, įformino ir identifikavo kokybės vadybos sistemos procesus: vadyba; asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, išteklių valdymas; matavimas ir gerinimas (8 pav.).



8 pav. Ligoninės veiklos procesų schema

Valdymo procesui skirtos trys kokybės vadybos sistemos procedūros: „Dokumentų ir įrašų valdymo procedūra“, „Skundų valdymo procedūra“ ir „Vadovybinės vertinamosios analizės procedūra“.

„Dokumentų ir įrašų valdymo procedūroje“ aprašytas visų su ligoninės veikla susijusių dokumentų bei kokybės vadybos sistemos dokumentų valdymas. Joje numatyta atsakomybė už ligoninėje rengiamus dokumentus: medicinos direktorius atsako už gydymo-diagnostikos veiklos sritį reglamentuojančius dokumentus, medicinos direktoriaus pavaduotojas slaugai – už slaugos veiklos sritį reglamentuojančius dokumentus, strateginio valdymo direktorius – už tinkamą ir teisingą buhalterinių dokumentų valdymą, kokybės vadybininkas – už kokybės vadybos sistemos dokumentus, personalo skyriaus vedėjas – už įsakymų personalo ir veiklos klausimais rengimą. Taip pat numatyta skyrių vedėjų, skyrių vyresniųjų slaugos administratorių, kitų darbuotojų teisingo įrašų atlikimo medicinos dokumentuose atsakomybė.

„Skundų valdymo procedūroje“ aprašyta ligoninėje esanti prašymų ir skundų pateikimo tvarka, jų nagrinėjimo tvarka, pacientui pateikus skundą žodžiu ir raštu.

Vadovaujantis „Vadovybinės vertinamosios analizės procedūra“ analizuojama ligoninės kokybės vadybos sistema, jos tinkamumas ir veiksmingumas, tenkinant kokybės politikos, tikslų, uždavinių bei standarto LST EN ISO 9001:2008. Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai (2008) reikalavimus. Vadovybinei vertinamajai analizei atlikti kviečiamas pasitarimas, kurio metu analizuojama vidaus auditų rezultatai, kokybės vadybos sistemos dokumentacijos papildymai bei

pakeitimai, darbuotojų kvalifikacija ir mokymas, veiklos gerinimo galimybės, atliekama neatitiktųjų, korekcinių ir prevencinių veiksmų analizė.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas aprašytas penkiose kokybės vadybos sistemos dokumentuose: „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų valdymo procedūroje“; „Medicinos dokumentacijos valdymo procedūroje“; „Medikamentų valdymo procedūroje“; „Hospitalinės infekcijos kontrolės procedūroje“; „Mirčių atvejų nagrinėjimo procedūroje“. Šios procedūros apima visus vykstančius ligoninėje procesus. Kiekvienas darbuotojas, dalyvaujantis asmens sveikatos priežiūros paslaugų procese, atsako už savo veiksmus pagal kompetenciją, pareigybės aprašymą, galiojančių metodikų, algoritmų, instrukcijų reikalavimų vykdymą bei atliekamų veiksmų kokybę.

Išteklų valdymui skirtos dvi procedūros: „Personalo valdymo procedūra“ ir „Medicinos prietaisų priežiūros procedūra“.

„Personalo valdymo procedūroje“ nustatyti pagrindiniai kvalifikaciniai reikalavimai ligoninės darbuotojams: ligoninės administracijai, padalinių vadovams, gydytojams, slaugos darbuotojams taip pat kitiems darbuotojams (vaistinės, buhalterijos, infrastruktūros ir kt.). Numatyta mokymo ir kvalifikacijos kėlimo tvarka.

Ligoninėje medicinos prietaisų priežiūros tvarka turi užtikrinti tinkamą pacientams teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, pacientų saugumą bei personalo darbų saugos reikalavimų įgyvendinimą. Ši tvarka aprašyta kokybės vadybos sistemos dokumente „Medicinos prietaisų priežiūros procedūra“. Vadovaujantis šia procedūra, visos asmens sveikatos priežiūros paslaugos ligoninėje teikiamos tik naudojant Lietuvos Respublikos teisės aktais nustatyta tvarka įteisintas priemones bei techniškai tvarkingus ir metrologiškai patikrintus medicinos prietaisus.

Matavimo ir gerinimo procesui skirtos dvi kokybės vadybos sistemos procedūros: „Vidaus audito procedūra“ ir „Neatitiktųjų, neatitiktinių produktų, korekcinių ir prevencinių veiksmų valdymo procedūra“.

Pagrindinis vidaus audito tikslas yra nustatyti, ar su kokybės reikalavimais susijusi veikla ir gauti rezultatai atitinka numatytas priemones. Tam skirta „Vidaus audito procedūra“, kurioje aprašytas vidaus audito planavimo, atlikimo, patikrinimo rezultatų įrašų analizės atlikimo tvarka.

„Neatitiktųjų, neatitiktinių produktų, korekcinių ir prevencinių veiksmų valdymo procedūroje“ aprašytas neatitiktųjų valdymas ligonėje. Neatitiktinio produkto pavyzdžiais ligoninėje gali būti sugedę medicinos prietaisai, medicinos preparatai, reagentai, sulūžęs inventorių. Neatitiktinė paslauga ligoninėje bus nustatoma tada, kai asmens sveikatos priežiūros paslauga ar jos dalis bus suteikta ne pagal galiojančių teisės aktų reikalavimus. Už duomenų apie neatitiktis, nustatytas atliekant vidaus auditus, jų korekcinius veiksmus ir numatomus prevencinius veiksmus, kad

panašios neatitiktys nesikartotų, apibendrinimą ir pateikimą Vadovybinei vertinamajai analizei atsakingas vidaus audito vadovas.

Aukščiau minėti ligoninės ekspertai išsakė savo nuomonę apie ligoninės kokybės vadybos sistemą atsakydami į jiems pateiktus klausimus. Pateikiami apibendrinti ekspertų pastebėjimai.

1. Kaip ligoninės darbuotojai suvokia kokybės vadybos sistemos naudingumą paslaugų kokybės gerinimo procese?

Ligoninės darbuotojai suvokia, kad reglamentuoti procesai palengvina darbą, komunikaciją tarp skyrių, nes atsiranda pamatuojami kriterijai, padedantys užtikrinti kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Kokybės vadybos sistemos naudingumą medikai suvokia nevienodai: aukštos rizikos darbą dirbantys medikai kokybės vadybos sistemą vertina labai teigiamai ir kaip būtinybę pagrindiniam paslaugų kokybės rodikliui – saugumui užtikrinti, tiek savo, tiek pacientui teikiamų paslaugų. Tai būdinga anesteziologijos-operacinių, reanimacijos-intensyviojo gydymo skyriuose, laboratorijoje, dializių skyriuje. Šiuose skyriuose kokybės vadybos sistemos naudingumą vienodai suvokia tiek gydytojai, tiek slaugos personalas. Žemesnės rizikos skyriuose didelė dalis darbuotojų kokybės vadybos sistemos veiklos principų dar laikosi formaliai, nesuprasdami esmės, reikalingumo ir naudingumo.

2. Įvertinti kokybės vadybos sistemos organizavimą, kaip kokybės įgyvendinimo instrumentą.

Keturi respondentai kokybės vadybos sistemos organizavimą vertino kaip tinkamą, vienas – kaip puikiai tinkamą.

3. Kaip parengti kokybės vadybos dokumentai užtikrina pagrindinių ir pagalbinių procesų veiklą.

Jei dokumentai parengti įvertinus padėtį, realius tikslus, tai tiek įstaigos, tiek kiekvieno jos padalinio ar tam tikrų darbuotojų grupių veiklos instrukcijos, algoritmai, procedūrų aprašymai leidžia standartizuoti darbo procesą, užtikrina veiklos procesų apibrėžtumą, reglamentuoja procesų seką, atsakomybę, mažina klaidų galimybę, užtikrina sklandų ligoninės padalinių funkcionavimą. Kita vertus, darbas, laikantis standartų, užtikrina darbuotojų saugumą, teisumą, ypač nagrinėjant pacientų ar jų artimųjų skundus.

4. Kaip kokybės vadyba turi įtakos darbo procesų gerinimui?

Kokybės vadyba leidžia reglamentuoti darbo kokybės stebėjimą, užtikrina darbo procesų paskirstymą tarp įvairių sričių darbuotojų. Taip pat ji apsprendžia darbo procesų atsekamumą, stebėseną, neatitikčių valdymą, dokumentų ir įrašų valdymą ir daug kitų veiksmų, kurie padeda sukurti produktą (paslaugą), atitinkančią standarto reikalavimus. Rašytinis dokumentas įpareigoja darbuotoją atlikti tam tikrą veiklą pagal nustatytą tvarką, skatina tiek asmeninę, tiek kolektyvinę atsakomybę.

5. *Kaip užtikrinti pakankamą darbuotojų supratimą apie kokybės vadybos sistemą bei dalyvavimą valdymo procesuose.*

Visi ekspertai pritarė, kad prieš diegiant kokybės vadybos sistemą labai svarbus administracijos apsisprendimas, ar reikalinga kokybės vadybos sistema įstaigoje, ar ras tinkamų vadybininkų, kurie parems tą idėją. Po to seka ilgalaikis ir kantrus viso personalo mokymas. Svarbu, kad kvalifikuotas kokybės vadybos specialistas skyrių darbuotojų susirinkimuose išaiškintų praktinę kokybės vadybos sistemos esmę, reikalingumą ir naudingumą, pakartotų teorinius kokybės vadybos sistemos pagrindus. Tik atsiradus sąmoningai motyvacijai, kad visi turi galimybę dalyvauti kokybės vadybos sistemos valdymo procesuose, visi dalyvaus jos įgyvendinime ir atnaujinime.

6. *Kaip vertinate ligoninės informacijos valdymą (veiklos rodiklių, įsakymų, kitos informacijos perdavimas iki žemutinio lygio darbuotojų)?*

Ligoninės informacijos valdymą keturi ekspertai vertino kaip nepakankamą, vienas – labai blogai. Priežastys: kadangi ligoninė yra didelė, atskiri padaliniai, klinikos yra išsidėstę toli nuo pagrindinio korpuso, o informacinių technologijų įdiegimas ligoninėje nepakankamas, neužtikrinama, kad informacija laiku ir sklandžiai pasiektų visus darbuotojus. Tik įdiegus bendrą informacinio ryšio sistemą ir pateikus informaciją elektroniniu būdu, ji būtų prieinama visiems darbuotojams. Tai būtų galima pasiekti įdiegus Lietuvos e. sveikatos sistemą visose sveikatos priežiūros įstaigose.

7. *Požiūris į neatitikčių registravimą, koregavimą ir prevenciją.*

Visi ekspertai neatitikčių registravimą vertino teigiamai, kaip efektyviausią ir greičiausią procesą imantis veiksnių pašalinti neatitiktis priežastį, įvertinti veiksnių, neleidžiančių joms pasikartoti, poreikį. Tai kontrolės priemonė, leidžianti darbuotojams patiems vertinti procesų vyksmą, savalaikiškumą. Du respondentai apgailestauja, kad ne visas neatitiktis galima koreguoti dėl esamos įstaigos ekonominės padėties.

8. *Kaip pagerintų sveikatos priežiūros kokybę nepalankių, nepageidaujamų įvykių registravimo sistemos diegimas?*

Respondentai akcentavo, kad kiek įmanoma stengiamasi išvengti tokių įvykių. Tiek darbo drausmės, tiek profesinės kvalifikacijos gerinimo prasme minėtų atvejų registravimas ir aptarimas yra labai naudingas – padėtų greičiau priimti reikiamus sprendimus. Privalomas registravimas paslaugų kokybės gal ir nepagerintų, tačiau matytųsi, kokie atvejai kartojasi, galėtų išsiaiškinti, kur spragos – ar gydytojų žiniuose, ar technologijose. Gautumėme statistinius duomenis, kuriuos būtų galima panaudoti mokymo, tobulinimosi procese.

9. *Nuomonė apie kokybės vadybos sistemos brandą ligoninėje.*

Trys ekspertai mano, jog kokybės vadybos sistema ligoninėje pasiekė brandą, nes tai rodo ir suteiktas LST EN ISO 2001:2008 sertifikatas. Du respondentai ligoninės kokybės vadybos sistemą

vertina kaip besivystančią ir tobulėjančią, bet dar nepakankamai veiksmingą. Tai sąlygoja teorinių žinių apie kokybės vadybos sistemą trūkumas, skeptiškas dalies darbuotojų požiūris.

3.3.3. Pacientų apklausų apie ligoninėje teiktas paslaugas analizė

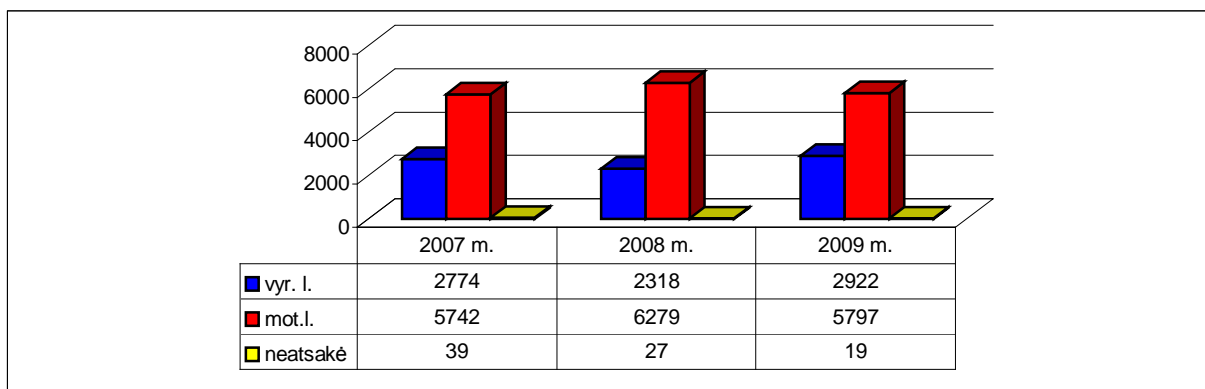
Ligoninėje numatyta pacientų apklausas atlikti kas pusmetį. Apklausos atliekamos kiekviename klinikiniam skyriuje, pacientui išvykstant paprašoma užpildyti pacientų apklausos anketą, paaiškinamas apklausos tikslas, garantuojamas atsakymų anonimiškumas. Jei anketinės apklausos gyvavimo pradžioje 2001 m. buvo apklausta tik 3491 pacientas, tai 2006 m. anketas užpildė jau 8464 pacientai. 2007 –2009 metais ligoninės skyriuose apklausta 25917 pacientų (4 lentelė)

4 lentelė

Pacientų apklausų skaičius 2007-2009 metais

Metai	Išrašyta pacientų	Anketų skaičius	%
2007 m.	45026	8555	19,0
2008 m.	45512	8624	18,95
2009 m.	46289	8738	18,88

Pastaraisiais metais apklaustų pacientų skaičius panašus – 18,88 – 18,95 – 19,0 proc. išsirašiusiųjų pacientų parašo savo nuomonę pacientų apklausos anketose. Apklaustų pacientų pasiskirstymas pagal klinikinius skyrius pateiktas 6 priede.



12 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį

Didžiąją dalį apklaustų pacientų sudarė moterys: 2007 m. – 67,1 proc., 2008 m. – 72,8 proc., 2009 m. – 66,3 proc. (12 pav.).

Šiaulių apskrities ligoninės generalinio direktoriaus 2007 m. sausio 31 d. įsakymu patvirtinta „Ligonių srautų valdymo priėmimo skyriuje procedūra“, kuria vadovaujantis planiniai ligoniai apžiūrimi per 1-3 val., skubūs – per 15 min. – 1,5 val. nuo atvykimo. Pacientų apžiūros laukimo laikas priėmimo skyriuje pateiktas 5 lentelėje.

Pacientų apžiūros laukimo laikas priėmimo skyriuje

	2007 m.		2008 m.		2009 m.	
	sk.	%	sk.	%	sk.	%
Nereikėjo laukti	3201	37,4	3289	38,1	3143	35,97
Mažiau nei 1 val.	3848	45,0	3622	42,0	3796	43,44
Nuo 1 val. iki 2 val.	830	9,7	887	10,3	1029	11,78
Nuo 2 val. iki 4 val.	255	3,0	310	3,6	156	1,79
Ilgiau nei 4 val.	32	0,4	64	0,7	44	0,50
Neprisimena	140	1,6	426	4,9	566	6,48
Neatsakė	249	2,9	26	0,3	14	0,16

Priėmimo apžiūros nereikėjo laukti 2007 m. 37,4 proc. apklaustų pacientų, 2008 m. – 38,1 proc., 2009 m. 35,97 proc. Rodiklis lieka panašus. Mažiau nei 1 val. apžiūros laukė: 2007 m. 45,0 proc.; 2008 m. – 42,0 proc., 2009 m. – 43,44 proc. apklaustų pacientų. Ilgiau nei 4 valandas apžiūros reikėjo laukti tik nedaugeliui pacientų: 2007 m. – 32 pacientams (0,37 proc.), 2008 m. – 64 pacientams (0,74 proc.), 2009 m. – 44 pacientams (0,5 proc.). Ilgo laukimo priežastys – didelis pacientų srautas priėmimo skyriuje.

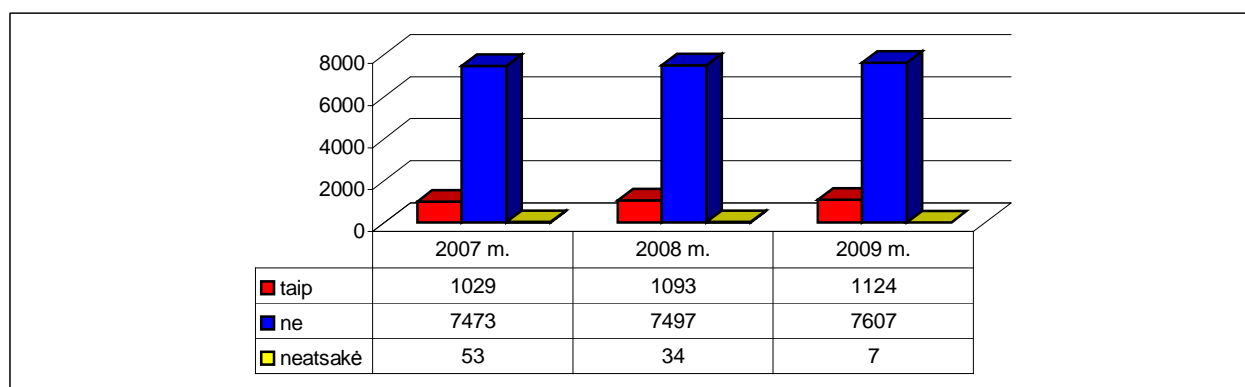
6 lentelė

Pacientų laukimo laikas skyriuje

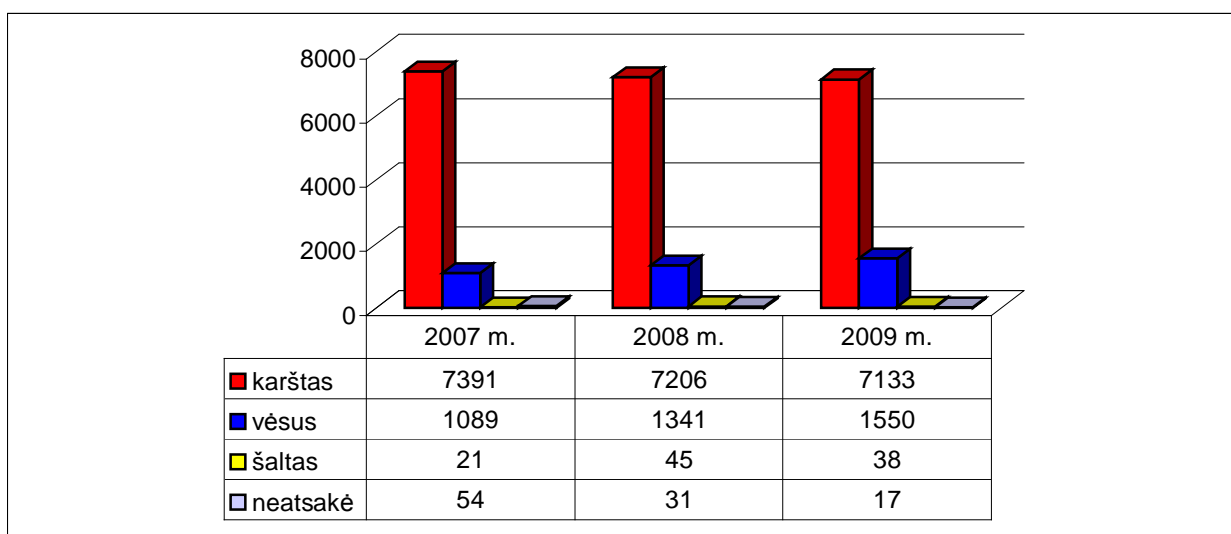
	2007 m.		2008 m.		2009 m.	
	sk.	%	sk.	%	sk.	%
Per 15 min.	6226	72,8	6577	76,3	6584	75,35
Per 30 min.	1780	20,8	1448	16,8	1438	16,46
Per 1 val.	275	3,2	219	2,5	543	6,21
Užtruko ilgiau nei 1 val.	176	2,1	373	4,3	167	1,91
Neatsakė	97	1,1	7	0,08	6	0,07

Nuo patekimo į skyrių paciento paguldymas į palatą užtruko iki 30 min.: 2007 m. – 93,6 proc. atvejų; 2008 m. – 93,1 proc. 2009 m. – 91,8 proc.

Ilgiau nei 1 val. palatos laukė 2007 m. – 2,06 proc., 2008 m. – 4,3 proc., 2009 m. – 1,91 proc. apklaustų pacientų. Lyginant su 2007 m. (2,06 proc.), 2008 m. (4,3 proc.) šis rodiklis pagerėjo. Tikėtis absoliutaus šio rodiklio pagerinimo būtų nerealu dėl padidėjusio pacientų srauto ligoninėje.

**13 pav.** Pacientų skundai triukšmu palatoje

Kitų skyriaus pacientų neramumu skundėsi 2007 m. – 12,0 proc. pacientų; 2008 m. – 12,7 proc., 2009 m. – 12,7 proc. pacientų. Rodiklis lieka panašus.

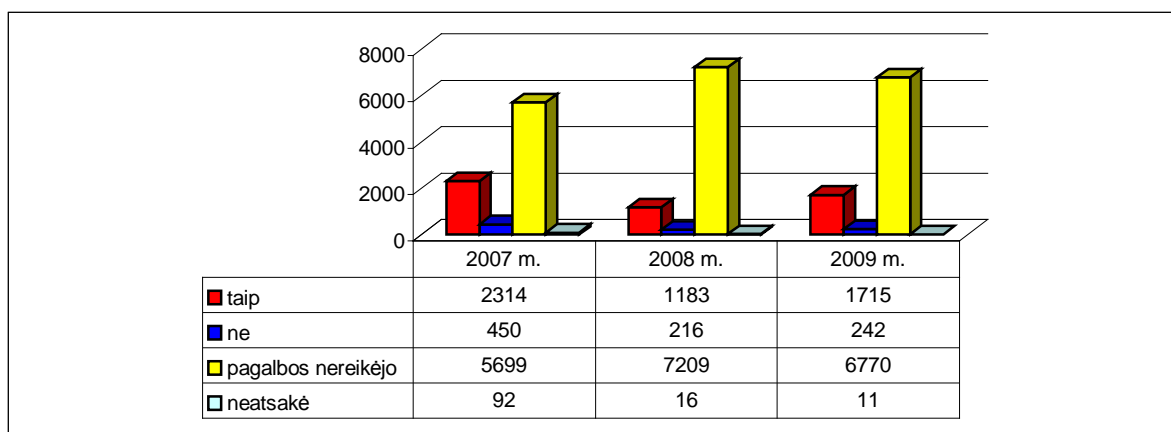


14 pav. Patiekto maisto temperatūra

Ligoninėje maistas gaminamas pagal įdiegtas šiuolaikines technologijas, prisilaikant saugių produktų ruošimo ir transportavimo reikalavimų. Tačiau, jog patiektas maistas buvo vėsus, teigė 2007 m. – 12,7 proc. pacientų; 2008 m. – 15,5 proc., 2009 m. – 17,74 proc. pacientų. 2009 m. rodiklis, lyginant su 2007 ir 2008 m. pablogėjo. Šaltas maistas teko 2007 m. – 0,25 proc., 2008 m. – 0,52 proc., 2009 m. – 0,43 proc. apklaustų pacientų (14 pav.).

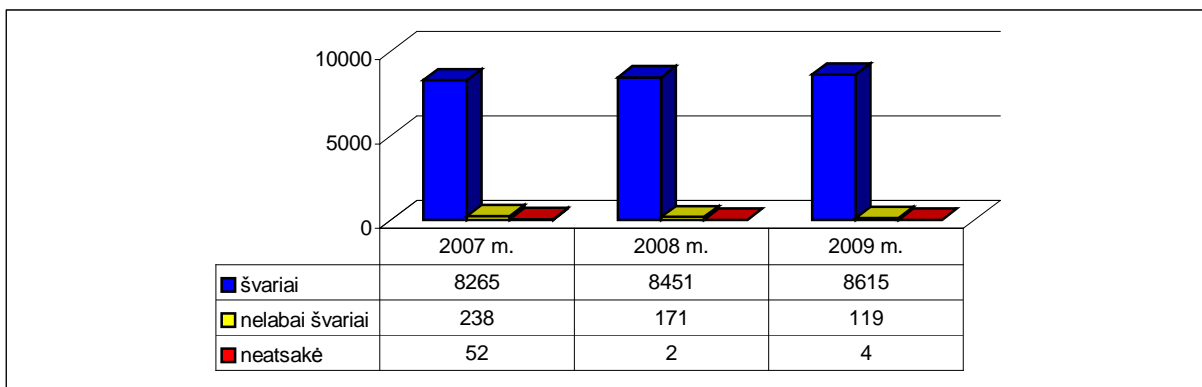
Į pacientų skundus buvo sureaguota, trūkumai pašalinti, suderintas patiekalų vežimo grafikas, atsižvelgiant į skyrių pageidavimus.

Slaugos personalas pagal poreikį padeda pacientams pavalgyti (15 pav.).



15 pav. Pagalba pacientams pavalgyti

Reikalingos pagalbos valgant nesulaukė teigė 2007 m. – 5,3 proc., 2008 m. – 2,5 proc., 2009 m. – 2,8 proc. apklaustų pacientų.



16 pav. Švara palatose

Palatos valymu buvo nepatenkinti 2007 m. – 2,8 proc. respondentų, 2008 m. – 1,98 proc., 2009 m. – 1,36 proc. apklaustų pacientų. Rodiklis nežymiai gerėja .

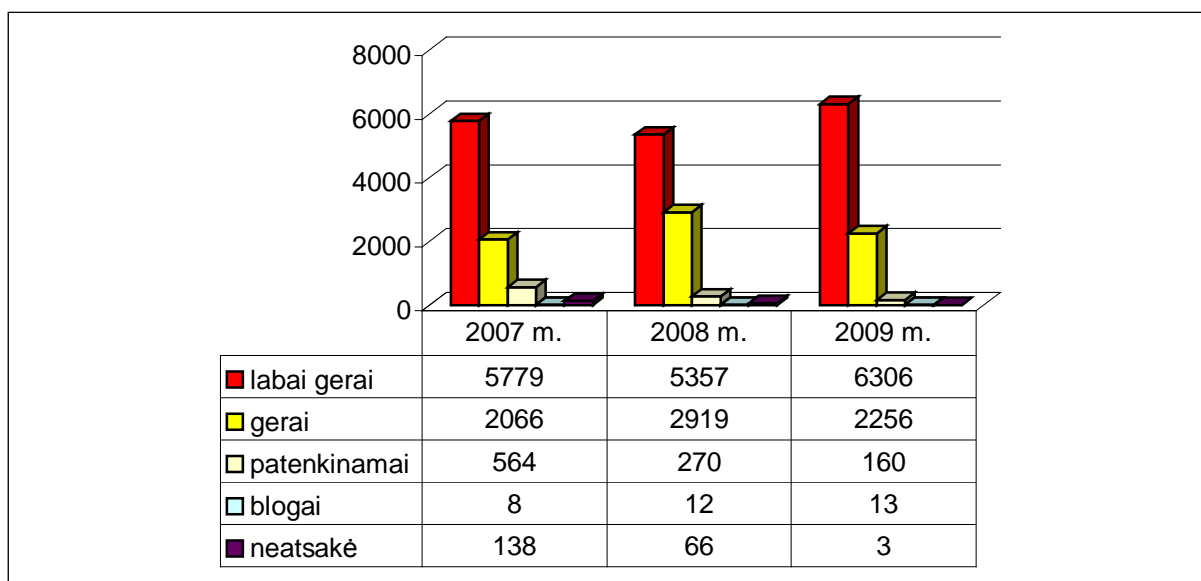
7 lentelė

Gydytojo pateiktos informacijos apie būklę ir gydymą suprantamumas

	2007 m.		2008 m.		2009 m.	
	sk.	%	sk.	%	sk.	%
taip	8294	96,9	7902	91,6	8318	95,19
ne	24	0,3	6,97	8,1	384	4,39
nieko neklausė	169	1,97	-	-	-	-
neatsakė	63	0,7	25	0,3	36	0,41

Vadovaujantis *Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu* (Žin., 2009, Nr. 145-6425), pacientui labai svarbi jo teisė į informaciją, galimybė dalyvauti priimant sprendimus taikant diagnostikos ir gydymo metodus. 96,9 – 91,6 – 95,2 proc. pacientų teigia, jog suprato, ką jiems apie jų ligą, gydymą, tyrimo duomenis paaiškino gydytojas. Gydytojo suprantamai pateiktos informacijos pasigedo 2007 m. – 0,3 proc. apklaustų pacientų, 2008 m. – 8,08 proc., 2009 m. – 4,39 proc. apklaustų pacientų.

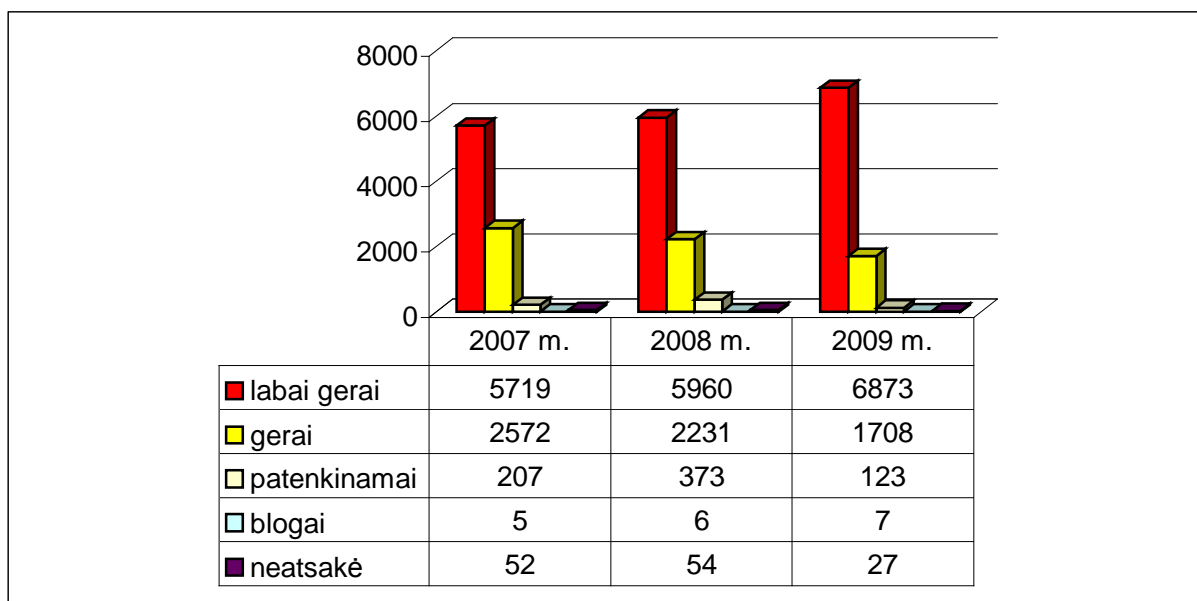
Pacientai vertina ne tik pateiktą gydytojo informaciją apie būklę ir gydymą, bet ir skyriaus gydytojų darbą (17 pav.).



17 pav. Gydytojų darbo vertinimas

Labai gerai ir gerai gydytojų darbą apklaustieji pacientai vertina: 2007 m. – 91,7 proc., 2008 m. – 96,0 proc., 2009 m. – 97,9 proc. Rodiklis po truputį gerėja. Nepatenkinti gydytojų darbu 2007 m. – 0,09 proc., 2008 m. – 0,14 proc., 2009 m. – 0,15 proc. pacientų.

Pacientai vertina ir slaugos darbuotojų darbą (18 pav.).



18 pav. Slaugytojų darbo vertinimas

Labai gerai ir gerai slaugytojų darbą apklaustieji pacientai vertina: 2007 m. – 96,9 proc., 2008 m. – 95,0 proc., 2009 m. – 98,15 proc.

Nepatenkinti slaugytojų darbu 2007 m. – 0,06 proc., 2008 m. – 0,07 proc., 2009 m. – 0,08 proc. pacientų.

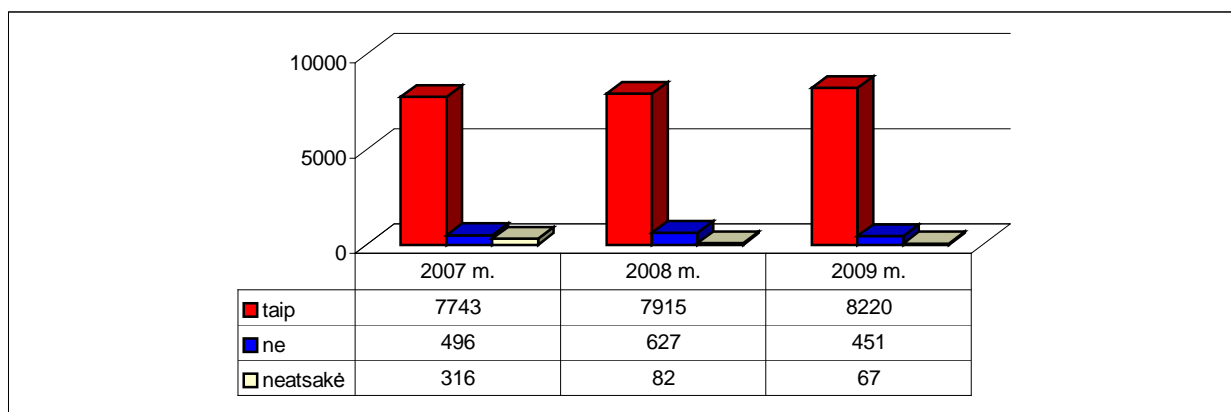
Pacientai atsakė į klausimą, kiek laiko teko laukti pagalbos, paspaudus iškvietimo mygtuką ar iškvietus kitaip?

8 lentelė

Laukimo laikas iškvietus pagalbą

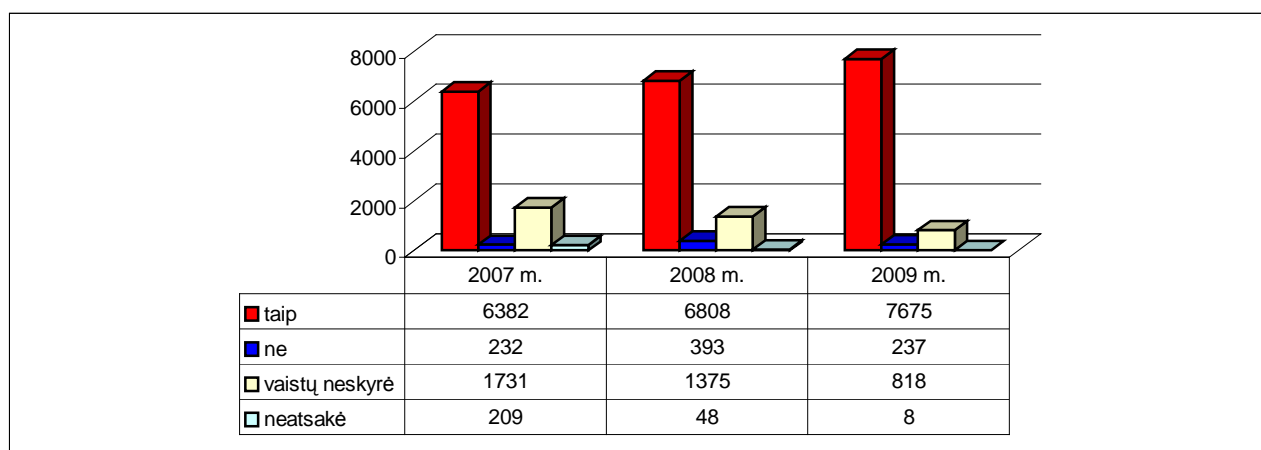
	2007 m.		2008 m.		2009 m.	
	sk.	%	sk.	%	sk.	%
Maziau nei 5 min.	6405	74,9	3762	43,6	3397	38,9
Daugiau nei 5 min.	371	4,3	338	3,9	65	0,74
Pagalbos nesulaukė	6	0,07	7	0,08	7	0,08
Pagalbos nereikėjo	1559	18,2	4464	51,8	5233	59,9
Neatsakė	214	2,5	53	0,6	33	0,4

Nesulaukę pagalbos visais analizuojamais laikotarpiais vidutiniškai teigė 6-7 pacientai.



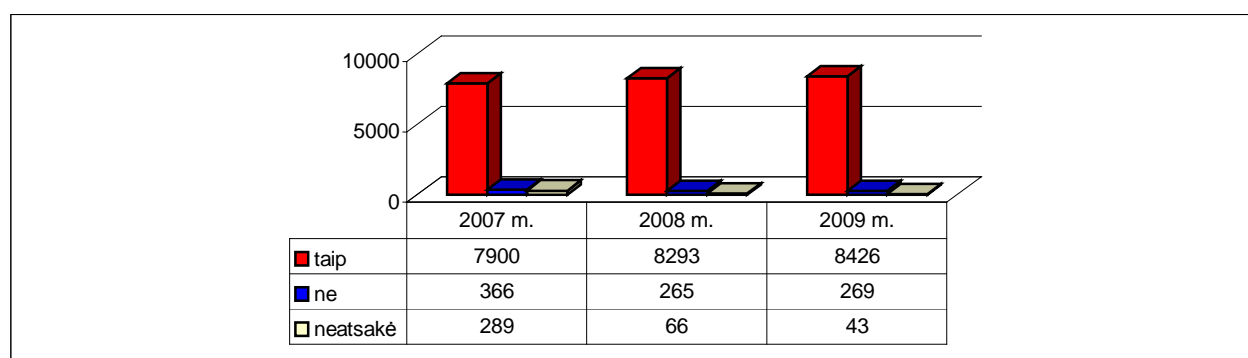
19 pav. Informacijos apie galimas komplikacijas suteikimas

Apie galimas komplikacijas išvykstant informacijos nesulaukė 2007 m. – 5,8 proc., 2008 m. – 7,3 proc., 2009 m. – 5,16 proc. respondentų.



20 pav. Informacijos apie vaistų vartojimą suteikimas

Aiškumo, kaip vartoti skirtus vaistus pasigedo 2007 m. – 3,4 proc., 2008 m. – 5,42 proc., 2009 m. – 2,71 proc. pacientų, kuriems buvo skirti vaistai tolimesniam gydymui namuose.



21 pav. Informacijos dėl tolimesnio gydymo suteikimas

Informacijos dėl tolimesnio gydymo, jei iškils problemų dėl sveikatos būklės pritrūko 2007 m. – 4,3 proc., 2008 m. – 3,1 proc., 2009 m. – 3,1 proc. apklaustų pacientų. Rodiklis lieka panašus.

Pastabos, kurias parašo pacientai gale anketos: Akušerijos-ginekologijos klinikoje – visi skundai dėl nesandarių langų, neestetiškos aplinkos, pageidavo poilsio kambario su televizoriumi,

veidrodžių, kirpyklos, išsamių apžiūrų gydytojų vizitacijos metu, skanesnio, kaloringesnio maisto. Vaikų ligų klinikoje – pacientų tėvai ir pacientai norėtų žaidimų kambarių, sandarių langų, mažų palatų, remonto skyriuose, bibliotekos, bufeto. Onkologijos klinikoje – poilsio kambarių su televizoriais. Vaikų chirurgijos skyriuje – vaikai prašo ilgesnio televizoriaus žiūrėjimo laiko. Suaugusiųjų infekcinio skyriaus pacientai pageidauja remonto, gria skyriaus personalą. Ligoniai norėtų mažesnių palatų (po 2 ligonius). Daugelis pageidauja ligoninėje kavinės. Labai daug padėkų su geriausiais palinkėjimais. Visi pageidavimai, prašymai daugiausia yra dėl aplinkos sąlygų gerinimo, ko negalima padaryti dėl ekonominių priežasčių. Akušerijos-ginekologijos klinikos pacienčių sąlygos pagerėjo nuo 2009 m. gruodžio mėnesio šios klinikos skyriams persikėlus į naująją Moters ir vaiko kliniką.

IŠVADOS

Siekiant išsiaiškinti šalyje vykdomos sveikatos reformos ir sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo programos poveikį sveikatos priežiūros paslaugų vadybai, magistro darbe išanalizavus mokslinę literatūrą šia tema, svarbiausius sveikatos priežiūros kokybę ir sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimą reglamentuojančius teisės aktus, atlikus Šiaulių apskrities ligoninės ekspertų nuomonės tyrimo bei pacientų apklausos anketų duomenų analizę, pateikiamos tokios išvados:

Sveikatos priežiūros politika formuojama nustatius valstybės prioritetus, atsižvelgiant į Vyriausybės politines nuostatas, ekonomikos išsivystymą, sveikatos poreikių vertinimą. Pagrindinių sveikatos politikos formavimo principų: teismo, prieinamumo, priimtumo, tinkamumo, solidarumo, lygybės, visapusiškumo, laisvo pasirinkimo, tęstinumo, saugumo įgyvendinimas reiškia sveikatos netolygumų šalinimą nacionaliniu mastu.

Pasirinkdama kokybės vadybą strategine organizacijos plėtros kryptimi, sveikatos priežiūros įstaiga kokybės valdymą įgyvendina diegiant kokybės vadybos sistemą ir ją sertifikuojant.

Kokybės vadybos sistemos diegimas ir plėtra įgalina reglamentuoti sveikatos priežiūros įstaigose vykstančių procesų seką (pacientų gydymas, pacientų slauga, rūpinimasis jais), pagerina paties proceso valdymą, jo rezultatyvumą, nustato kiekvieno darbuotojo atsakomybę, garantuoja, kad sveikatos priežiūros įstaigos teikiamos paslaugos prilygsta aukščiausiems standartams ir atitinka paslaugų vartotojų interesus. Gydytojų įstaigos, kurios yra įsidiegusios kokybės vadybos sistemą, turi pasitvirtinusios paslaugų teikimo procedūras, kurios leidžia tiksliau ir be klaidų taikyti diagnostikos ir gydymo metodus.

Planuojant tolimesnius veiksmus asmens sveikatos priežiūrai gerinti, būtinas kokybės užtikrinimas ir veiklos planavimas, esamų rezultatų vertinimas – kryptinga sveikatos priežiūros įstaigos kokybės politika ir aiškūs ir apibrėžti kokybės tikslai bei uždaviniai.

Parengti ir įgyvendinami eilė sveikatos priežiūros kokybę ir sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimą reglamentuojančių teisės aktų. Lietuvos Respublikos sveikatos politika kuriama vadovaujantis Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijomis, glaudžiai siejasi su Europos Sąjungos sveikatos politika ir atitinka Lietuvos Vyriausybės prioritetinius tikslus.

Šiaulių apskrities ligoninės ekspertų nuomone, sveikatos priežiūros kokybę sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo kontekste lems konkrečios ligoninės specifika, darbuotojų motyvacija keisti darbo specializaciją. Reformos programos nepakankamai suprantamos visuomenei, nes išplėtos politikų, neįtraukiant visuomenės į sveikatos priežiūros valdymą, o ją tik informuojant.

Norint pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, būtinas aktyvesnis informacinių technologijų – elektroninės sveikatos paslaugų diegimas sveikatos priežiūros įstaigose, kompiuterizuojant darbo vietas, kuris įgalintų modernizuoti sveikatos sektorių didinant efektyvumą, atsiskaitomybę ir veiklos kokybę visiems sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams ir institucijoms.

Gyventojų poreikiai sveikatos paslaugoms auga, todėl informacinių technologijų diegimas ir plėtra sudarytų galimybę vis didesnę informacijos kiekį registruoti skaitmeninėje formoje, panaudoti apdorotą informaciją diagnostikos ir gydymo procese, tuo pagerinant sveikatos priežiūros koordinavimą, informacijos pateikimą visų lygių darbuotojams.

Apibendrinant ekspertų nuomonę, Šiaulių apskrities ligoninėje funkcionuojanti kokybės vadybos sistema parengta pagal standarto LST EN ISO 9001:2008 reikalavimus, parengti algoritmai, procedūrų aprašymai leidžia standartizuoti darbo procesą, mažina klaidų galimybę, užtikrina sklandų padalinių funkcionavimą. Respondentų manymu, ligoninės kokybės vadybos sistema tobulėjanti ir pasiekusi brandą.

Besikeičiančioje visuomenėje sveikatos priežiūros darbuotojo ir paciento santykiai tampa vis sudėtingesni, pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūrą iš esmės atspindi jų lūkesčius, todėl pacientų nuomonių tyrimas įgalina įvertinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, išsiaiškinti pasitenkinimą sveikatos paslaugomis taip pat identifikuoti šių paslaugų teikimo problemines sritis.

Apibendrinant 2007-2009 metų pacientų apklausos rezultatus galima teigti, kad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ligoninėje yra užtikrinamas pakankamai. Pacientai pakankamai gerai vertino pagrindinius sveikatos priežiūros paslaugų kokybės aspektus: paciento informavimo apie būklę ir gydymą suprantamumas – 96,9 proc. – 91,6 proc. – 95,2 proc.; gydytojų darbo vertinimas labai gerai ir gerai – 91,7 proc. – 96,0 proc. – 97,9 proc.; slaugos darbuotojų darbo vertinimas labai gerai ir gerai 96,9 proc. – 95,0 proc. – 98,15 proc. Vertinant pagalbos suteikimo greitį paspaudus iškvietimo mygtuką ar iškvietus kitaip, 91,6 – 90,4 – 96,9 proc. pacientų, kuriems reikėjo skubios pagalbos, jos sulaukė per penkias minutes.

Apie galimas komplikacijas išvykstant informacijos nesulaukė 5,8 – 7,3 – 5,16 proc. pacientų. Vaistų paskirtis, kaip juos vartoti nepaaiškintas 3,4 – 5,4 – 2,7 proc. pacientų. Informacijos dėl tolimesnio gydymo, jei iškilus sveikatos problemų, nesulaukė 4,3 – 3,1 – 3,1 proc. pacientų.

Įvertinus pacientų apklausos anketų rezultatus, galima teigti, kad dauguma Šiaulių apskrities ligoninėje besigydančių pacientų palankiai vertina jiems teiktas sveikatos priežiūros paslaugas.

REKOMENDACIJOS

Sveikatos priežiūros politikams sprendimus dėl sveikatos sistemos tobulinimo priimti vadovaujantis ne siaurais instituciniais interesais, bet įrodymais pagrįstos medicinos samprata.

Keičiantis politinėms valdžioms, užtikrinti sveikatos reformos tęstinumą, nepaliekant spręsti problemų tik sveikatos priežiūros sektoriaus pastangomis. Būtina plėtoti bendradarbiavimą su kitais sveikatos priežiūrai turinčiais įtakos sektoriais.

Kokybiška sveikatos priežiūros paslauga turi tenkinti ir paciento poreikius, ir atitikti klinikinius standartus. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nulemia teikiamų sveikatos paslaugų įvairovė, turimų medicinos technologijų lygis, taip pat vadybos priemonių taikymas gyventojams aptarnauti – kaip gyventojams organizuojama sveikatos priežiūra, tinkamas visuomenės informavimas, todėl būtina aktyviau skatinti pilietiškumą, įtraukti bendruomenę, nevyriausybinės organizacijas į sveikatos politikos formavimo procesą, pereinant nuo ligų gydymo prie sveikatos stiprinimo, skatinant gyventojus vertinti ir saugoti savo sveikatą.

Daugelis sveikatos priežiūrai keliamų klausimų nepriklauso medicinai, todėl reikia siekti bendradarbiauti su socialinės apsaugos sektoriumi, nes sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, užtikrinimo problema dažniausiai yra socialinių paslaugų sektoriaus probleminė sritis.

Darbuotojai aktyviau siekia užsibrėžtų tikslų tuomet, kai patys dalyvauja veikloje, todėl sveikatos priežiūros specialistų poreikį taikyti pagrindinius kokybės vadybos principus visuose ligoninės lygiuose sustiprintų kokybės vadybos sistemos brandos savivertinimas. Sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojų savęs vertinimas leistų nustatyti silpnąsias ir stipriąsias valdymo puses, įgalintų tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Informaciniai veiksniai (savalaikė teisės aktų sklaida, procesų valdymo kontrolė) yra vieni iš kokybės vadybos sistemos brandos veiksnių. Nepakankamos ligoninės sveikatos priežiūros specialistų žinios apie kokybės vadybos sistemą stabdo jos tolesnį tobulinimą, todėl būtinas sisteminis darbuotojų mokymas, nes visų darbuotojų vaidmuo užtikrinant kokybės sistemą ypač svarbus.

Būtina organizuoti ligoninės personalo mokymą, apie ligoninėje veikiančią kokybės vadybos sistemą, pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymo naujoves, informacijos pacientams teikimo metodus, komandinio darbo principus.

Siekiant išsamesnės informacijos apie ligoninėje teikiamų paslaugų kokybę, darbo organizavimą ir procesų vyksmą, reikalingas išsamesnis tyrimas, atliekant ne tik pacientų anketinę apklausą, bet ir medicinos personalo apklausą. Norint detaliau išsiaiškinti ligoninėje esančias problemines sritis, šias apklausas tikslinga atlikti periodiškai.

LITERATŪRA

1. Arveson, P. (1998). *The Deming Cycle* [žiūrėta 2009-11-20]. Prieiga per internetą: <<http://www.balancedscorecard.org/BSCResources/ArticlesWhitePapers/TheDemingCycle/tabid/112/Default.aspx>>.
2. Atkočiūnienė, Z. O. (2008). Žinių vadybos poveikis darniam vystymuisi. *Informacijos mokslai*, 46, p. 24-36.
3. Bagdonas, E., Bagdonienė, L. (2000). *Administravimo principai*. Kaunas: Technologija.
4. Bagdonienė, L., Hopenienė, R. (2005). *Paslaugų marketingas ir vadyba*. Vadovėlis. Kaunas: Technologija.
5. Barczyk, C. C. (1999). *Visuotinės kokybės vadyba*. Vilnius: Technika.
6. Baršauskienė, V., Janulevičiūtė-Ivaškevičienė, B. (2005). *Komunikacija: teorija ir praktika*. Vadovėlis. Kaunas: Technologija.
7. Brogienė, D., Gurevičius, R. (2009). Pacientų nuomonė apie stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. *Medicina*, 45(3), p. 226-236.
8. Bučiūnienė, I., Petkinis, J., Milašauskienė, Ž. (2004). Ligoninės medicinos personalo ir pacientų vertinimai apie medikų ligoninėje teikiamas paslaugas. *Medicina*, 40(3), p. 272-277.
9. Camgoz-Akdag, H. (2008). *The Quality of Health Care and Patient Satisfaction: An exploratory investigation of the 5Qs model at Republic of Kazakhstan* [žiūrėta 2009-11-14]. Prieiga per internetą: <http://www.emeraldinsight.com/Insight/viewPDF.jsp?contentType=Article&Filename=html/Output/Published/EmeraldFullTextArticle/Pdf/ijhcqa-11-2008-0107_rtc_cl_final.pdf>.
10. Carey R.G. (2003). *Improving Healthcare with Control Charts: Basic and Advanced SPC Methods and Case Studies* [žiūrėta 2010-01-20]. Prieiga per internetą: <http://www.amazon.com/Improving-Healthcare-Control-Charts-Advanced/dp/0873895622/ref=cm_cr_pr_product_top#reader_0873895622>.
11. Cohen, P. (2009). *Deming's 14 Points* [žiūrėta 2009-09-20]. Prieiga per internetą: <<http://www.realisation.com.au/site1/Articles/Deming%2014%20points.htm>>.
12. *Dabartinės lietuvių kalbos žodynas* (2000). Lietuvių kalbos institutas; redaktorių kolegija: St. Keinys (vyr. red.), J. Klimavičius, J. Paulauskas, ir kt. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos institutas.
13. Denhardt, R. B. (2001). *Viešųjų organizacijų teorijos*. Vilnius: Agarvė.
14. Donabedian, A. (1996). The effectiveness of quality assurance. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(4), 401-407 [žiūrėta 2010-01-15]. Prieiga per internetą: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/8/4/401>>.

15. Feigenbaum, A. V. (2004). The Proponent of Total Quality Control. *TenStep Supplemental Paper* [žiūrėta 2009-09-20]. Prieiga per internetą: <http://www.tenstep.fr/01_Publique/90.3_EspaceDeLaQualite/Anglais/700ArmandVFeigenbaum.pdf>.
16. Ginevičius, R., Sūdžius, V. (2005). *Organizacijų teorija*. Vilnius: Technika.
17. Glemba, V., Jerešiūnienė, O., Jerešiūnas, A. (2010). Kokybės vadybos sistemos įtakos analizė reabilitacijos ligoninėje pacientų požiūriu. *Medicinos teorija ir praktika*, 16(1), p. 69-74.
18. Grabauskas, V. (2001). *III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija: Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje*. Kaunas: Kauno Medicinos universitetas.
19. Gutauskaitė, G. (2008). Organizacinė kultūra sveikatos apsaugos sistemos organizacijose. *Sveikatos mokslai*, 4, p. 1752-1756.
20. Jakušvaitė, I., Darulis, Ž. (2004). Medicinos ir sveikatos priežiūros tikslai ir vertybės. *Medicina*, 40 (9), p. 825-832.
21. Jankauskienė, D., Pečiūra, R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras.
22. Janušonis, V. (2000). *Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas: XXI amžių pasitinkant. Monografija*. Klaipėda: Klaipėdos rytas.
23. Janušonis, V. (2005). *Rizikos valdymas sveikatos priežiūros organizacijose*. Monografija. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė.
24. Janušonis, V. (2008). *Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra: sampratos, sąsajos, kryptys, vadybiniai aspektai*. Monografija. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė.
25. Janušonis, V. (2008). Tinkama sveikatos priežiūra: pacientų dėkojusių medikams, nuomonės tyrimas. *Sveikatos mokslai*, 4, p. 1721-1725.
26. Janušonis, V., Popovienė, J. (2004). *Kokybės sistemos. Kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijose*. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė.
27. Jucevičienė, P. (1996). *Organizacijos elgsena*. Vadovėlis. Kaunas: Technologija
28. Jucevičius, R. (1998). *Strateginis organizacijų vystymasis*. Pasaulio lietuvių kultūros, mokslo ir švietimo centras.
29. Kairys, J., Žėbienė, E., Ruikys, B. A., Zokas, I. (2004). Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose ir miesteliuose. *Medicina*, 40(2), p. 178-191.
30. Kalėdienė, R. (2004). Šiuolaikinės sveikatos vadybos svarba Lietuvos sveikatos sistemos sėkmei. *Medicina*, 40(9), p. 891-896.
31. Kaziliūnas, A. (2004). Visuomenei teikiamų paslaugų kokybės ir organizacinės kultūros sąveika. *Viešojoji politika ir administravimas*, 9, p. 73-79.

32. Kaminskas, R., Peičius, E. (2005). Gydytojo-paciento santykių sociologiniai ir etiniai aspektai. *Filosofija. Sociologija*, 4, p. 62-69.
33. Kasiulis, J., Barvydienė, V. (2005). *Vadovavimo psichologija*. Vadovėlis. Kaunas: Technologija.
34. Kindurys, V. (2002). *Paslaugų marketingas. Mokomoji knyga studentams ir verslininkams*. Vilnius.
35. Knizikevičius, K. (2006). *Šiaulių krašto medicinos istorija*. Šiauliai: Saulės delta.
36. *Kokybės vadyba valstybinėse ir visuomeninėse organizacijose* (2001). Seminaro medžiaga. Vilnius: Verslo studijų centras.
37. Lim, T.O. (2003). Statistical process control tools for monitoring clinical performance. *International Journal for Quality and Health Care*, 15(1), p. 3-4 [žiūrėta 2010-01-20]. Prieiga per internetą: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/1/3>>.
38. Lim, T.O., Soraya, A., Ding, L.M., Morad, Z. (2002). Assessing doctors' competence: application of CUSUM technique in monitoring doctors' performance. *International Journal for Quality and Health Care*, 14(3), p. 251-258 [žiūrėta 2010-01-20]. Prieiga per internetą: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/14/3/251>>.
39. Lorange, P. (2005). Strategy means choice: also for today's business school. *Journal of Management Development*, 24(9), p. 783-790 [žiūrėta 2010-01-15]. Prieiga per internetą: <<http://www.gfme.org/issues/pdfs/Strategy%20Means%20Choice.pdf>>.
40. Milašauskienė, Ž., Juodrytė, I. Misevičienė, I., Boerma, W., Rezgienė, R. (2008). Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose. *Medicina*, 42(3), p. 231-237.
41. Nesreen, A. A., Albedaiwi W.A. (2008). Patient satisfaction in a Riyadh Tertiary Care Centre. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(7), p. 630-637 [žiūrėta 2009-11-20]. Prieiga per internetą: <<http://www.emeraldinsight.com/Insight/viewContentItem.do;jsessionid=BDD8B21B0D1D03D75C60BB26B3347655?contentType=Article&contentId=1751606>>.
42. Palubinskas, G. T. (1997). *Strateginio planavimo procesas*. Kaunas: Technologija.
43. Paukštys, J. S., Šileikienė, L. (2005). Kokybės valdymas sveikatos priežiūros organizacijoje. *Sveikatos priežiūros paslaugų kultūra*. Vilnius: Sveikatos politikos centras, p. 30-31.
44. Paulauskaitė, N., Vanagas, P. (1997). Organizacijos kultūros keitimo metodologija, siekiant įgyvendinti visuotinės kokybės vadybą. *Socialiniai mokslai: Vadyba*, 2(11), p. 39-51.
45. Paulavičienė, E. (2001). Organizacijos strategijos formavimas, remiantis kokybės vadyba. *Kokybės vadyba – konkurencingo verslo pamatas. Respublikinės konferencijos pranešimų medžiaga*. Kaunas: Technologija.

46. Paškevičius, L. (2005). Bausti negalima pasigailėti. Slėpti negalima mokytis. *Sveikatos priežiūros paslaugų kultūra*. Kaunas: Kopa.
47. *Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste* (2000). Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras.
48. Porter, M. E. (2009). *A Strategy for Health Care Reform – Toward a Value-Based System* [žiūrėta 2010-01-05]. Prieiga per internetą: <<http://content.nejm.org/cgi/reprint/361/2/109.pdf>>.
49. Pransys, T. (2009). *Komandinis darbas* [žiūrėta 2009-12-21]. Prieiga per internetą: <<http://www.lokada.lt/skaitykla/straipsniai/personalo-ugdymas/427-komandinis-darbas>>.
50. Pranulis, V., Pajuodis, A., Urbonavičius, S., Virvilaitė, R. (2000). *Marketingas: vadovėlis*. Vilnius: Eugrimas.
51. Pruskus, V. (2002). *Verslo etika* [žiūrėta 2009-11-20]. Prieiga per internetą: <http://www.ebiblioteka.lt/resursai/Leidiniai/Litfund/Lithfund_leidiniai/verslas/Verslo%20etikas%205BLT%5D.pdf>.
52. *Quality Gurus*. Philip Crosby (2009) [žiūrėta 2009-11-25]. Prieiga per internetą: <<http://qualitygurus.com/gurus/list-of-gurus/philip-crosby/>>.
53. *Quality Gurus*. Kaoru Ishikawa (2009) [žiūrėta 2009-11-25]. Prieiga per internetą: <<http://qualitygurus.com/gurus/list-of-gurus/kaoru-ishikawa/>>.
54. *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. (2006). World Health Organization [žiūrėta 2009-12-20]. Prieiga per internetą: <http://www.who.org/NR/rdonlyres/8BFABE30-2EEC-4990-A42E-2644896B0C39/0/QualityCare_HDef.pdf>.
55. Raipa, A. (2003). Strateginis planavimas viešajame administravime. *Viešasis administravimas*. Monografija. Kaunas: Technologija.
56. Raižienė, S. (2000) Mokymas (-is) bendradarbiaujant: pagrindiniai principai. *Pedagogika*, 46, 29-39. Vilniaus pedagoginis universitetas.
57. Ritsatakis, A., Makara, P. (2009). *Gaining Health. Anglysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases*. World Health Organization [žiūrėta 2010-01-20]. Prieiga per internetą: <http://books.google.lt/books?id=ZJyXXPMH6LMC&printsec=frontcover&dq=Ritsatakis&source=bl&ots=Cjew3e22xy&sig=KXd3yCD_rSQtGZzUAc0OuJlMwDk&hl=lt&ei=1dzTS9PcMIKUOMbGmI00&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=7&ved=0CCYQ6AEwBg#v=onepage&q&f=false> .
58. Rivers, P.A., Glover, S.H. (2008) Health care competition, strategic mission, and patient satisfaction: research model and propositions. *Journal of Health Organization and Management*, 22(6), 627-641 [žiūrėta 2009-11-21]. Prieiga per internetą:

- <<http://www.emeraldinsight.com/Insight/viewPDF.jsp?contentType=Article&Filename=html/Output/Published/EmeraldFullTextArticle/Pdf/0250220605.pdf>>.
59. Ross, J. E. (2009). *Total Quality Management. Dr. Joseph Juran* (2009) [žiūrėta 2009-09-20]. Prieiga per internetą: <<http://totalqualitymanagement.wordpress.com/2009/06/07/dr-joseph-juran/>> .
 60. Ruževičius, J. (2006). *Kokybės vadybos modeliai ir jų taikymas organizacijų veiklai tobulinti*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
 61. Sakalas, A. (2003). *Personalo vadyba*. Vilnius: Margi raštai.
 62. Smilga, E., Janušonienė, K. (2005). Sveikatingumo koncepcija ir jos taikymas strategiškai valdomoje sveikatos apsaugos sistemoje. *Tiltai*, 1, p. 45-52.
 63. Smilga, E., Janušonienė, K. (2007). Strategiškai orientuotos organizacijos veikimo principai sveikatos apsaugos sistemoje. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, 44, p. 125-140.
 64. *Sveikata 21: Sveikata visiems XXI amžiuje*. (2000). Vilnius.
 65. *Sveikatos priežiūros organizacijų kultūra ir etika* [žiūrėta 2009-03-28]. <http://www.vsv.lt/mokymas/Medicinos_ir_sveikatos/1997.html>.
 66. Stancikas, E. R., Bagdonienė, D (2004). *Visuotinės kokybės vadybos metodų taikymas organizacijoje*. Mokomoji knyga. Kaunas: Technologija.
 67. Stankevičienė, A., Lobanova, L. (2006) *Personalo vadyba organizacijos sistemoje*. Vilnius: Technika.
 68. Stašys, R. (2008). Konkurencijos didinimo sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje galimybės. *Sveikatos mokslai*, 2, p. 1590-1597.
 69. Stoner, J. A. F., Freeman, R. E., R.Gilbert, D. ir kt. (2005). *Vadyba*. Kaunas: Poligrafija ir informatika.
 70. Stoškus, S., Beržinskienė, D. (2005). *Pokyčių valdymas*. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
 71. Šilys, A. (2009). Vadovavimo kokybės vertinimas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje: Europos verslo tobulumo modelio ir 360° grįžtamojo ryšio tyrimo taikymo ypatybės. *Medicinos teorija ir praktika*, 15(2), p. 170-177.
 72. Šimanskienė, L. (2002). *Organizacinės kultūros formavimas*. Monografija. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla.
 73. Šimonis, M. (2006). Paciento autonomija: esmė ir įtvirtinimas Lietuvos teisėje. *Teisė*, 58, p. 134-147.
 74. *TenStep Supplemental Paper. Armand V. Feigenbaum* (2004) [žiūrėta 2009-12-20]. Prieiga per internetą: <http://www.tenstep.fr/01_Publique/90.3_EspaceDeLaQualite/Anglais/700_ArmandVFeigenbaum.pdf> .

75. *The Fourteen Steps to Quality Improvement* [žiūrėta 2009-09-25]. Prieiga per internetą: <http://qualitygurus.com/gurus/list-of-gurus/philip-crosby/>.
76. Vaitkevičius, S., Monkevičienė, Z., Bartosevičienė, V. (2002). Instrumentarijus įmonės strategijai rengti: samprata ir struktūra. *Inžinerinė ekonomika*, 5 (31), p. 101.
77. Vanagas, P. (2004). *Visuotinės kokybės vadyba*. Kaunas: Technologija.
78. Vasiliauskas, A. (2002). *Strateginis valdymas*. Vilnius: Enciklopedija.
79. Vasiljevienė, N. (2004). *Etikos infrastruktūros diegimas sveikatos priežiūros organizacijose*. Monografija. Vilnius: Vilniaus universitetas, KHF, Verslo etikos centras.
80. Vitkienė, E. (2004). *Paslaugų marketingas*. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla.
81. Vengrienė, B. (1998). *Paslaugų ekonomika*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
82. Vinickienė, V., Liaudanskienė, R., Šinkūnaitė, R. (2001). Vartotojų poreikio tenkinimo tyrimai. *Ekonomika ir vadyba*. Pranešimo tesės. Kaunas: Technologija, p. 130-135.
83. Žemgulienė, J. (2008). *Sveikatos priežiūros ekonominių teorijų apžvalga*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.

DOKUMENTAI

84. A Community framework on the Application of Patients' Rights in Cross-border Healthcare *Communication from the Commission* (2008) [žiūrėta 2009-12-20]. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/docs/COM2008415_en.pdf.
85. *Apskričių sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo planų rengimo metodines rekomendacijas*. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 7 d. įsakymas Nr. V-1031 // Valstybės žinios, 2006, Nr. 137-5234.
86. *Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymas*. Patvirtintas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. birželio 11 d. Nr. I-1374, nauja įstatymo redakcija: 2003 m. sausio 21 d. Nr. IX-1296 // Valstybės žinios, 1996, Nr. 63-1479; 2003, Nr. 15-597.
87. *Asmens sveikatos paslapties kriterijai*. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. gruodžio 16 d. įsakymas Nr. 552 // Valstybės žinios, 1999, Nr. 109-3195.
88. *BALTOJI KNYGA. Kartu sveikatos labui, 2008-2013 m. ES strateginis požiūris*. Europos Bendrijos Komisija, 2007 m. spalio 23 d. [žiūrėta 2009-10-15]. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_lt.pdf.
89. *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 [žiūrėta 2009-12-10]. Prieiga per internetą: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_Systems_declaration_almaata.pdf.

90. *Dėl Kvalifikacinių reikalavimų medicininio audito grupės vadovui ir medicinos auditoriui patvirtinimo.* Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m gegužės 18 d. įsakymas Nr. V-389 // Valstybės žinios, 2007, Nr. 58-2248.
91. *Dėl Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros strategijos.* Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. liepos 27 d. nutarimas Nr. 941, nauja nutarimo redakcija: 2006 m. birželio 19 d. Nr. 600 // Valstybės žinios, 2001, Nr. 66-2418; 2006, Nr. 70-2574.
92. *Dėl Lietuvos sveikatos politikos principų.* Lietuvos Respublikos Seimo 1999 m. sausio 5 d. rezoliucija // Valstybės žinios, 1999, Nr. 5-98.
93. *Dėl Lisabonos strategijos įgyvendinimo ir koordinavimo Lietuvoje.* Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. birželio 20 d. nutarimas Nr. 670 // Valstybės žinios, 2005, Nr. 78-2823.
94. *Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų.* Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. spalio 6 d. įsakymas Nr. 571 // Valstybės žinios, 1998, Nr. 89-2469.
95. *Dėl nacionalinės sveikatos politikos įgyvendinimo.* Lietuvos Respublikos Seimo 1995 m. gruodžio 7 d. rezoliucija // Valstybės žinios, 1996, Nr. 2-42.
96. *Dėl sveikatos apsaugos pripažinimo prioritetiniu sektoriumi.* Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1997 m. balandžio 11 d. nutarimas Nr. 336 // Valstybės žinios, 1997, Nr. 33-822.
97. *Dėl sveikatos priežiūros įstaigų vidaus standartų ir sveikatos priežiūros metodikų parengimo tvarkos.* Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. birželio 3 d. įsakymas Nr. 272 // Valstybės žinios, 1999, Nr. 50-1628.
98. *Dėl Šiaulių apskrities sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo plano.* Patvirtinta Šiaulių regiono plėtros tarybos 2006 m. gruodžio 12 d. sprendimu Nr. R-8 [žiūrėta 2009-12-20]. Prieiga per internetą: <<http://www.siauliai.aps.lt/ava/detailedLegislationSearch.do>>.
99. *Dėl Valstybinės medicininio audito inspekcijos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų tvirtinimo.* Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. lapkričio 16 d. įsakymas Nr. V-941 // Valstybės žinios, 2009, 139-6142.
100. *Dėl Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo.* Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. kovo 2 d. įsakymas Nr. V-142 // Valstybės žinios, 2007, 30-1110.
101. *Dėl Valstybinio medicininio audito nuostatų patvirtinimo.* Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1996 m. spalio 7 d. nutarimas Nr. 1172 // Valstybės žinios, 1996, Nr. 98-2248.

102. *Diagnostikos ir gydymo metodikų rengimo ir jų taikymo priežiūros tvarkos aprašas.* Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gegužės 17 d. įsakymas Nr. V-395 // Valstybės žinios, 2006, Nr. 59-2095.
103. Europos Parlamento ir tarybos sprendimas Nr. 1786/2002/EB 2002 m. rugsėjo 23 d. patvirtinantis *Bendrijos veiksmų visuomenės sveikatos srityje programą* (2003–2008 m.) [žiūrėta 2009-12-10]. Prieiga per internetą: <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:15:07:32002D1786:LT:PDF>>.
104. *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century* (1997) [žiūrėta 2009-12-10]. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf>.
105. Lietuvos bioetikos komitetas. *Apie komitetą.* [žiūrėta 2009-12-15]. Prieiga per internetą: <<http://ei.libis.lt:8080/arc/2003-12-24/0/b7245b092bff7c5d5effae0edc75cfa2>>.
106. *Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija.* Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimas Nr. I-1939 // Valstybės žinios, 1991, Nr. 33-893.
107. *Lietuvos Respublikos Konstitucija* // Valstybės žinios, 1992, Nr. 33-1014.
108. *Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas.* Priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562, nauja įstatymo redakcija 2009 m. lapkričio 19 d. Nr. XI-499 // Valstybės žinios, 1996, Nr. 102-2317; 2009, Nr. 145-6425.
109. *Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas.* Priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343, nauja įstatymo redakcija: 2002 m. gruodžio 3 d. Nr. IX-1219 // Valstybės žinios, 1996, Nr. 55-1287; 2002, Nr. 123-5512.
110. *Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas.* Priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367, nauja įstatymo redakcija: 1998 m. lapkričio 24 d. Nr. VIII-940 // Valstybės žinios, 1996, Nr. 66-1572; 1998, Nr. 109-2995.
111. *Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas.* Priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, nauja įstatymo redakcija: 1998 m. gruodžio 1 d. Nr. VIII-946 // Valstybės žinios, 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099.
112. *Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001-2004 metų programa.* Patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2001 m. liepos 12 d. Nr. IX-455 // Valstybės žinios, 2001, Nr. 62-2244.
113. *Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006-2008 metų programos įgyvendinimo priemonės.* Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. spalio 17 d. nutarimas Nr. 1020 // Valstybės žinios, 2006, Nr. 112-4273.
114. *Lietuvos Respublikos Vyriausybės programa.* Patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2008 m. gruodžio 9 d. Nr. XI-52 // Valstybės žinios, 2008, Nr. 146-5870.

115. *Lietuvos sveikatos programa*. Patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833 // Valstybės žinios, 1998, Nr. 64-1842.
116. LST EN ISO 9000:2005. Kokybės vadybos sistemos. Pagrindai ir aiškinamasis žodynas (2005). Lietuvos standartizacijos departamentas.
117. LST EN ISO 9001:2008. Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai (2008) Lietuvos standartizacijos departamentas.
118. LST EN ISO 9004:2001. Kokybės vadybos sistemos. Veiklos gerinimas. Rekomendacijos (2001). Lietuvos standartizacijos departamentas.
119. *Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašas*. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymas Nr. V-338 // Valstybės žinios, 2008, Nr. 53-1992.
120. *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1 [žiūrėta 2009-12-10]. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf>.
121. *Sveikatos apsaugos ministerijos 2007-2009 metų sutrumpintas strateginis veiklos planas* [žiūrėta 2009-11-30]. Prieiga per internetą: <<http://sena2.sam.lt/images/Dokumentai/AIDS/Veiklos%20planai/sutrump%20strateginis%202007.doc>>.
122. *Sveikatos apsaugos Sveikatos apsaugos ministerijos misija* [žiūrėta 2009-11-21]. Prieiga per internetą: <http://sena.sam.lt/lt/main/apie_ministerija/misija>.
123. *Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programa*. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimas Nr. 1654 // Valstybės žinios, 2009, Nr. 150-6713.
124. *Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija*. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimas Nr. 335 // Valstybės žinios, 2003, Nr. 28-1147.
125. *Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programa*. Lietuvos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642, nauja įsakymo redakcija: 2007 m. rugpjūčio 31 d. Nr. V-711 // Valstybės žinios, 2004, Nr. 144-5268; 2007, Nr. 95-3864.
126. *Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcija*. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. spalio 10 d. įsakymas Nr. 495 // Valstybės žinios, 2002, Nr. 101-4523.
127. *Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programa*. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. vasario 29 įsakymas Nr. V-160 // Valstybės žinios, 2008, Nr. 27-1000.

128. *Šiaulių regiono plėtros strategija* [žiūrėta 2009-09-18]. Prieiga per internetą: <<http://www.siauliai.aps.lt/ava/selectPage.do?docLocator=01FC434B36FF11D9BE07746164617373&inlanguage=lt>>.
129. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World* (2005) [žiūrėta 2009-12-10]. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf>.
130. *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care* (1996) [žiūrėta 2009-12-10]. Prieiga per internetą: <http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_5>.
131. *Tolesnės sveikatos sistemos 2008-2015 metų metmenys* [žiūrėta 2009-12-20]. Prieiga per internetą: <http://www.sam.lt/go.php/sveikatos_prieziuros_reforma>.
132. *Valstybės visuomenės sveikatos stebėsenos programa*. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gruodžio 10 d. nutarimas Nr. 1589 // Valstybės žinios. 2003, Nr. 117-5344.
133. *Valstybinėje ilgalaikės raidos strategija*. Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. lapkričio 12 d. nutarimas Nr. IX-1187 // Valstybės žinios. 2002, Nr. 113-5029.
134. *Valstybinio audito ataskaita. Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema*. Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė. 2007 m. birželio 26 d. Nr. VA-P-10-4-9 [žiūrėta 2009-11-20]. Prieiga per internetą: <http://www.vkontrole.lt/audito_ataskaitu_paiseska1.php>.

PRIEDAI

MAGISTRO DARBE IR SVEIKATOS PRIEŽIŪRĄ REGLAMENTUOJANČIUOSE TEISĖS AKTUOSE VARTOJAMOS PAGRINDINĖS SĄVOKOS

- **Akreditavimas** – įstaigos savanoriškai inicijuotas įvertinimas, ar ji atitinka nustatytus sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybės standartus, ir akreditavimo pažymėjimo išdavimas (Žin., 1998, Nr. 112-3099).
- **Anoniminė sveikatos priežiūra** – šio įstatymo ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pacientui, kai asmens duomenys, leidžiantys nustatyti jo asmens tapatybę, nenurodomi medicinos dokumentuose (Žin., 2009, Nr.145-6425).
- **Asmens sveikatos priežiūra** - valstybės licencijuota fizinių ir juridinių asmenų veikla, kurios tikslas laiku diagnozuoti asmens sveikatos sutrikimus ir užkirsti jiems kelią, padėti atgauti ir sustiprinti sveikatą (Žin., 2008, Nr. 50-1850).
- **Atlygintina paciento sveikatai padaryta (turtinė ir neturtinė) žala** – pakenkimas paciento sveikatai, jo sužalojimas ar mirtis, atsiradę dėl sveikatos priežiūros paslaugas teikusio asmens neteisėtos kaltos veikos (Žin., 2009, Nr.145-6425).
- **Chirurginė operacija** – medicininė procedūra, kai gydytojas, siekdamas diagnozuoti, gydyti ar koreguoti ligos ar traumos pažeistų organų ir jų sistemų funkciją, medicinos prietaisais veikia paciento audinius ir (ar) organus, pažeisdamas audinių ir (ar) organų vientisumą (Žin., 2009, Nr.145-6425).
- **Dabartinės profesinės žinios** pabrėžia, kad sveikatos priežiūros specialistai turi teikti sveikatos priežiūros paslaugas, atitinkančias šiuolaikinius nuolat kintančius medicinos mokslo teorijos ir praktikos pasiekimus (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Diagnostikos ir gydymo metodika** – universitetų, mokslo tiriamųjų įstaigų, gydytojų profesinių draugijų parengtas, medicinos mokslo ir praktikos įrodymais pagrįstas dokumentas, kuriuo nustatomi bendrieji sveikatos sutrikimų ir ligų diagnozavimo ir gydymo principai (Žin., 2009, Nr.145-6425).
- **Diagnostikos ir gydymo protokolas** – sveikatos priežiūros įstaigos vadovo patvirtintas dokumentas, kuriuo nuosekliai nustatoma diagnostikos ir gydymo eiga (Žin., 2009, Nr.145-6425).
- **Diagnostikos ir gydymo protokolas** – dokumentas, nuosekliai nustatantis diagnostikos ar gydymo eigą (Žin., 2008, Nr. 96-3732).
- **Diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašas** – sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintas dokumentas, kuriuo nustatoma diagnostikos ir gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, tvarka (Žin., 2009, Nr.145-6425).
- **Didesnė pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybė** reiškia, kad kokybė nėra tapati teigiamiesiems rezultatams. Nepaisant geros priežiūros rezultatai gali būti blogi, ir priešingai – pacientai gali pasveikti, net blogai prižiūrimi. Tikimybė – nežinomas sveikatos priežiūros aspektas, todėl vertinant kokybę, reikia atkreipti dėmesį ir į priežiūros procesą, ir į jo rezultatus (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Ekonomiškai pagrįstas efektyvumas** – aukščiausios kokybės sveikatos priežiūros bei SP paslaugų derinio, duodančio geriausius sveikatos rezultatus, užtikrinimas mažiausiomis sąnaudomis (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Invazinė ir (ar) intervencinė procedūra** – medicininė procedūra, kai sveikatos priežiūros specialistas, siekdamas diagnozuoti, gydyti ar koreguoti organų ir jų sistemų funkciją, medicinos prietaisais veikia paciento audinius ir (ar) organus, pažeisdamas audinių ir (ar) organų vientisumą arba jo nepažeisdamas (Žin., 2009, Nr.145-6425).
- **Įrodymais pagrįsta medicina** – mokslinių tyrimų įrodymų, klinikinės patirties ir paciento vertybių integracija medicinos praktikoje (Žin., 2007, Nr. 95-3864).

- **Klinikinės praktikos rekomendacijos** – šiuolaikinės biomedicinos mokslo žinias apibendrinantis dokumentas, padedantis praktikai ir pacientui nuspręsti apie tinkamą sveikatos priežiūrą konkrečiomis klinikinėmis aplinkybėmis (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Kokybės rodiklis** – kiekybiškai įvertinamas sveikatos priežiūros proceso ar rezultato matas (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Kokybės rodiklių stebėseną** – neatitiktųjų kokybės rodikliams registravimas, jų periodinė analizė ir analizės rezultatais pagrįstų pakeitimų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo procesams įgyvendinimas (Žin., 2008, Nr. 96-3732).
- **Kokybės užtikrinimas** – visi veiksmai, kuriais siekiama sukurti, saugoti, skatinti ir gerinti sveikatos priežiūros kokybę (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Kokybės vertinimas** – nustatymas, kaip teikiama sveikatos priežiūra atitinka nustatytus dabartinius reikalavimus, taip pat kaip tenkina paciento poreikius (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos** – prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami (Žin., 2009, Nr.145-6425).
- **Konsiliumas** – ne mažiau kaip trijų gydytojų pasitarimas, kurio tikslas – įvertinti paciento sveikatos būklę, diagnozuoti ligą, išsiaiškinti ir nustatyti gydymo galimybes. Konsiliumo sudarymo tvarką nustato sveikatos priežiūros įstaigos vadovas (Žin., 2009, Nr.145-6425).
- **Licencijavimas** – nustatymas, kad įstaigos veikla atitinka teisės aktų reikalavimus, įstaigos teisės teikti paslaugas pripažinimas ir licencijos išdavimas (Žin., 1998, Nr. 112-3099).
- **Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema** - valstybės sveikatos reikalų, institucijų, sveikatinimo veiklos bei jos išteklių tvarkymo sistema (Žin., 2008, Nr. 50-1850).
- **Neatitiktis** – sveikatos priežiūros įstaigos ar jos darbuotojų veiklos neatitikimas teisės aktais bei įstaigos vidaus dokumentais nustatytų reikalavimų (Žin., 2008, Nr. 96-3732).
- **Nemokamos paslaugos** - paslaugos, apmokamos iš valstybės ar savivaldybių biudžetų ar privalomojo sveikatos draudimo fondo, ar valstybinio ir savivaldybių sveikatos fondų lėšų. Šias paslaugas įstaigoms užsako ir už jas apmoka LNSS veiklos užsakovai (Žin., 1998, Nr. 112-3099).
- **Nepageidaujamas įvykis** – įvykis, įvykęs dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išeitį (rezultatą) pacientui, daugiau dėl medicininės pagalbos teikimo ir organizavimo, negu dėl paties paciento ligos ar būklės. Nepageidaujamą įvykį paprastai sukelia ne vienas veiksnys, bet daugybės aplinkybių ir įvykių tarpusavio sąveika (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Nuolatinis kokybės gerinimas** – organizacijos ketinimas sukurti organizacijos kultūrą (klimatą), kurioje pokyčiai ir tobulėjimas yra pripažintos normos; kurioje tikima, kad pagerinti procesai sudaro tolimesnio tobulėjimo pagrindą siekiant aukštesnio kokybės lygio (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Orientacija į pacientą** (aktyvų paslaugų vartotoją): SP paslaugų vartotojo ir visuomenės įtraukimas į SP paslaugų planavimą, teikimą ir vertinimą, užtikrinant paciento teisę gauti informaciją, pateikiamą jam suprantama forma ir reikalingą priimti sprendimus dėl savo sveikatos priežiūros, bei galimybę suteikti grįžtamąjį ryšį apie gautas SP paslaugas (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Pacientas** - asmuo, kuris naudojasi įstaigų teikiamomis paslaugomis, nesvarbu, ar jis sveikas, ar ligonis (Žin., 1998, Nr. 112-3099).
- **Paciento atstovas** – atstovas pagal įstatymą arba atstovas pagal pavedimą (Žin., 2009, Nr.145-6425).
- **Paciento prašymas** – asmens rašytinis kreipimasis į sveikatos priežiūros įstaigą, kuriame prašoma paaiškinti, suteikti informaciją ar gauti pageidaujamus dokumentus (Žin., 2009, Nr.145-6425).

- **Paciento skundas** – asmens rašytinis kreipimasis į sveikatos priežiūros įstaigą ar kompetentingą valstybės instituciją, kuriame nurodomos teikiant sveikatos priežiūros paslaugas pažeistos jo teisės ar teisėti interesai (Žin., 2009, Nr.145-6425).
- **Pacientų pasitenkinimas gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis** – paciento nuomonė, koku laipsniu sveikatos priežiūros paslaugos atitinka jo lūkesčius, poreikius ar norus (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Pacientų sauga** – sveikatos priežiūros struktūros ir procesai, kurių taikymas sumažina nepageidaujamų įvykių, atsirandančių dėl sveikatos priežiūros sistemos poveikio, tikėtinumą (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Pageidaujami sveikatos rezultatai** – tai sveikatos priežiūros ir jos poveikio sveikatai tikslas, kurio siekiama pacientą informavus apie galimas alternatyvias sveikatos priežiūros intervencijas ir galimus rezultatus. Ši sąvoka apima ir pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūra (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Prieinamumas** – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Priimtumas** – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitiktį (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Rizikos valdymas** – sveikatos priežiūros įstaigos vadybinė ir klinikinė veikla, skirta nustatyti, įvertinti ir sumažinti nepageidaujamų įvykių riziką pacientams, sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančiam personalui ir šios įstaigos lankytojams bei nuostolių riziką pačiai įstaigai (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Saugumas** – saugios SP ir jos aplinkos pacientams bei SP sektoriuje dirbantiems darbuotojams užtikrinimas, įdiegiant vieningą nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemą, formuojant naujovišką specialistų požiūrį į nepageidaujamus įvykius, jų valdymą (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Sistema** – tarpusavyje susijusių elementų, veikiančių vienas kitą siekiant bendro tikslo, visuma. Šiuos elementus sudaro žmonių, finansiniai, materialūs ir kiti ištekliai (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Sveikatinimo veikla** - asmens sveikatos priežiūra, visuomenės sveikatos priežiūra, farmacinė ir kita sveikatinimo veikla, kurios rūšis ir reikalavimus ją vykdančiams subjektams nustato Sveikatos apsaugos ministerija (Žin., 2008, Nr. 50-1850).
- **Sveikatos priežiūros įstaiga (toliau - įstaiga):**
 - 1) įstaiga ar įmonė, šio ir kitų įstatymų bei teisės aktų nustatyta tvarka turinti teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir patarnavimus (toliau - paslaugos);
 - 2) įstaigos ar įmonės, kuri verčiasi kita (ne sveikatos priežiūros) veikla, filialas ar padalinys, turintis teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas (Žin., 1998, Nr. 112-3099).
- **Sveikatos priežiūros kokybė** – laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Sveikatos priežiūros paslaugos (toliau - paslaugos)** - įstaigos ir paslaugų užsakovu susitarimu grindžiamas įstaigos veiklos rezultatas. Paslaugų užsakovais gali būti Sveikatos sistemos įstatyme nustatyti LNSS veiklos užsakovai, kiti juridiniai ir fiziniai asmenys (Žin., 1998, Nr. 112-3099).
- **Sveikatos priežiūros paslaugos** apima sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, pacientų gydymo, reabilitacijos ir kitas paslaugas, kurias teikia sveikatos priežiūros specialistai sveikatos priežiūros įstaigose ir pacientų namuose (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Sveikatos priežiūros technologijos** – metodai, metodikos, procedūros, įranga, vaistai, kuriuos naudoja sveikatos priežiūros specialistai, teikdami sveikatos priežiūros paslaugas pacientams; taip pat pagalbines technologijas sveikatos priežiūros paslaugų teikimui bei sveikatos priežiūros organizavimas (Žin., 2007, Nr. 95-3864).

- **Sveikatos priežiūros technologijų vertinimas** – sveikatos politikos tarpdisciplininių tyrimų forma, sistemškai analizuojanti sveikatos priežiūros technologijų taikymo medicininės, socialinės, etinės ir ekonominės pasekmes ir suteikianti moksliskai pagrįstą informaciją, reikalingą sprendimų priėmėjams (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Teisumas** – lygių visiško sveikatos potencialo siekimo galimybių kiekvienam asmeniui sudarymas paskirstant sveikatos priežiūros išteklius bei panaikinant kliūtis ir skirtumus, kuriuos lemia neteisingais traktuojami veiksniai (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Tęstinumas** – laipsnis, kuriuo paciento priežiūra yra koordinuojama tarp sveikatos priežiūros specialistų ir įstaigų (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Tinkamumas** – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Valstybinis medicininis auditas** - oficiali visų nuosavybės formų juridinių ir fizinių asmenų, kurie verčiasi asmens sveikatos priežiūra, teikiamų paslaugų prieinamumo, kokybės (tinkamumo) bei ekonominio efektyvumo kontrolė ir ekspertizė (Žin., 1998, Nr. 112-3099).
- **Veiksmingumas** – sveikatos priežiūros intervencijų galimybės pasiekti užsibrėžtus sveikatinimo veiklos tikslus ir rezultatus įprastoje aplinkoje (Žin., 2007, Nr. 95-3864).
- **Visuomenės sveikatos priežiūra** - organizacinių, teisinių, ekonominių, techninių, socialinių bei medicinos priemonių, padedančių įgyvendinti ligų ir traumų profilaktiką, išsaugoti visuomenės sveikatą bei ją stiprinti, visuma (Žin., 2008, Nr. 50-1850).
- **Visuomenės sveikatos sauga** – organizacinių, ekonominių, socialinių, techninių ir teisinių priemonių, skirtų visuomenės ar atskirų jos grupių sveikatai nuo visuomenės sveikatai darančių įtaką veiksnių kenksmingo poveikio apsaugoti arba šio poveikio rizikai kiek įmanoma sumažinti, visuma (Žin., 2008, Nr. 50-1850).
- **Visuomenės sveikatos stiprinimas** - valstybės institucijų, savivaldos vykdomųjų institucijų, kitų juridinių ir fizinių asmenų įgyvendinamos organizacinės, teisinės, socialinės ir ekonominės priemonės, kurios padeda gausinti bei racionaliau naudoti sveikatos priežiūros išteklius, formuoti visuomenės sveikatos problemų sprendimo socialinės kontrolės sistemą, skatina visuomenės dalyvavimą formuojant valstybės ir savivaldybių sveikatos politiką, padeda kurti sveiką aplinką, skatina žmones gyventi sveikai ir didina sveikos gyvensenos motyvacijos efektyvumą, skatina sveikatos draudimo organizacijas ir asmens sveikatos priežiūros įstaigas orientuoti į ekonomiškai efektyvesnes sveikatinimo priemones, grindžiamas ligų profilaktika (Žin., 2008, Nr. 50-1850).

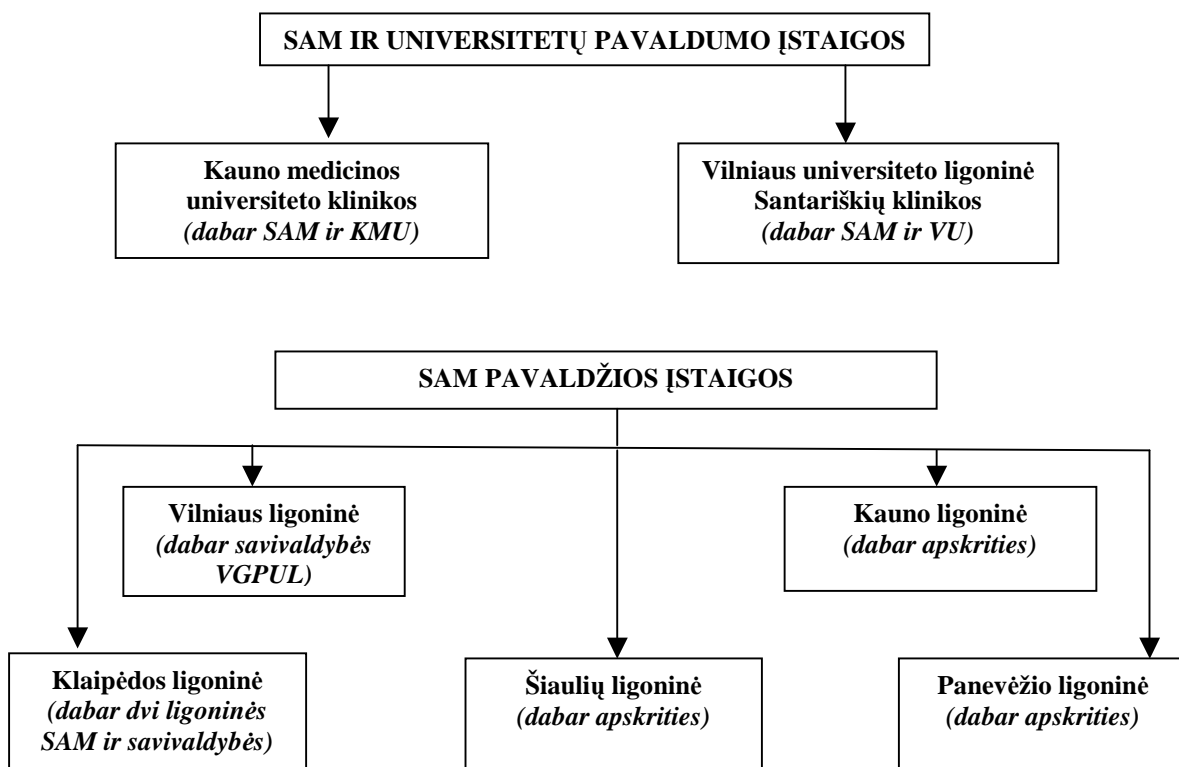
**ŠIAULIŲ APSKRITIES LIGONINĖS EKSPERTAMS PATEIKTI KLAUSIMAI
INTERVIU METU**

1. Jūsų nuomone, kaip ligoninės darbuotojai suvokia kokybės vadybos sistemos naudingumą paslaugų kokybės gerinimo procese?
2. Įvertinkite kokybės vadybos sistemos organizavimą, kaip kokybės įgyvendinimo instrumentą:
 - visai netinkamas
 - netinkamas
 - nelabai tinkamas
 - tinkamas
 - puikiai tinkamas
3. Kaip parengti kokybės vadybos dokumentai užtikrina pagrindinių ir pagalbinių procesų veiklą?
4. Kaip kokybės vadyba įtakoja darbo procesų gerinimą?
5. Kaip užtikrinti pakankamą darbuotojų supratimą apie kokybės vadybos sistemą bei dalyvavimą valdymo procesuose?
6. Kaip vertinate ligoninės informacijos valdymą? (veiklos rodiklių, įsakymų, kitos informacijos perdavimas iki žemutinio lygio darbuotojų).
7. Jūsų požiūris į neatitiktį registravimą, koregavimą ir prevenciją.
8. Kaip pagerintų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nepalankių, nepageidaujamų įvykių (Tai įvykis, sukėlęs nepageidaujamą pasekmę pacientui, daugiau dėl medicininės pagalbos teikimo organizavimo, negu dėl paties paciento ligos ar būklės (pav., supūliavusi žaizda, neteisingai nustatyta ligos diagnozė, neteisingai paskirtas medikamentinis gydymas ir pan.) pacientų sveikatai registravimo sistemos diegimas?
9. Jūsų nuomonė apie kokybės vadybos sistemos brandą ligoninėje.
10. Jūsų nuomonė apie sveikatos priežiūros kokybę trečio restruktūrizavimo etapo kontekste.

PACIENTŲ APKLAUSOS ANKETŲ PAVYZDŽIAI

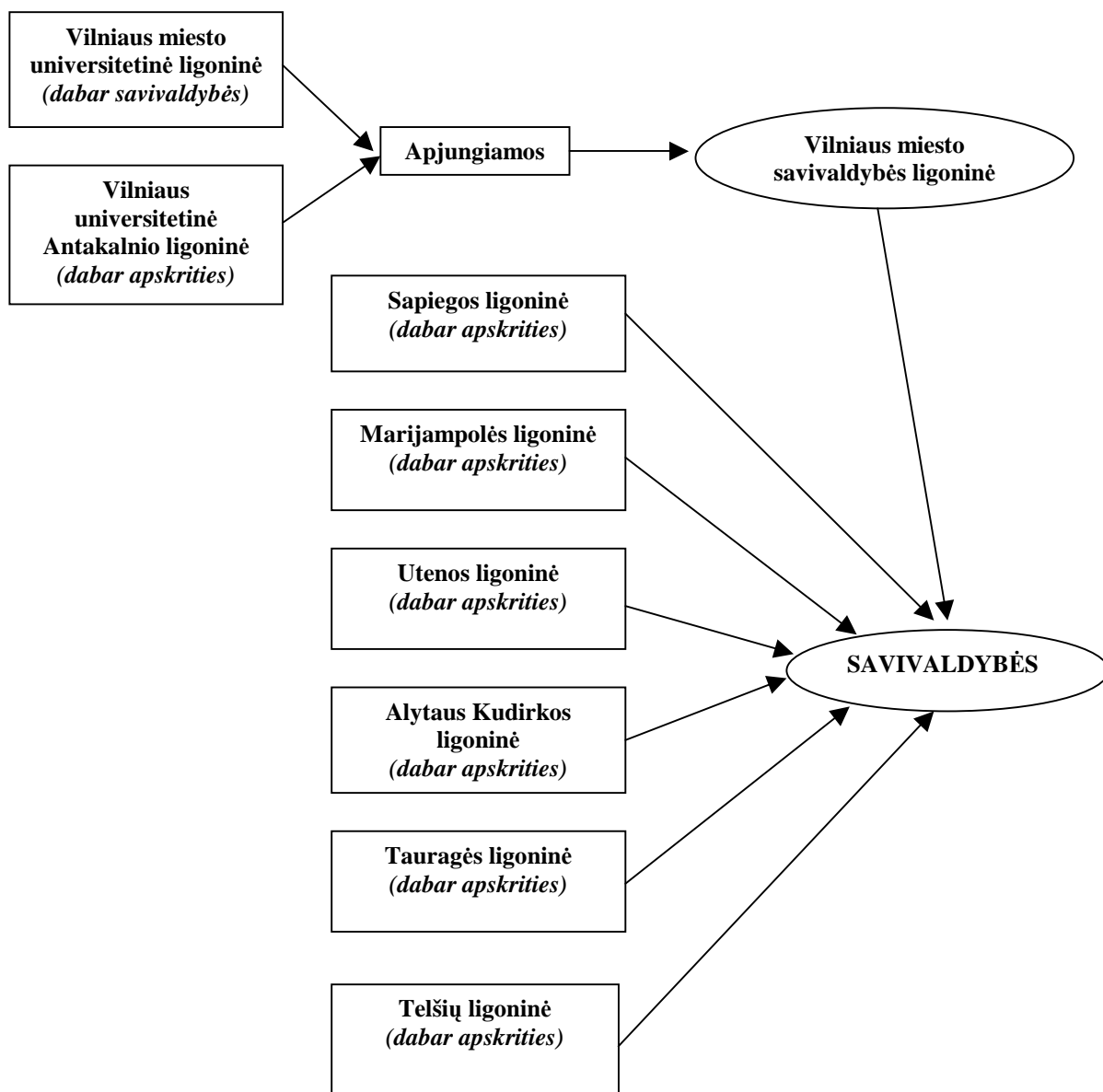
LIGONINIŲ PERTVARKOS PLANO PROJEKTAS

VALSTYBĖS PAVALDUMO BENDROJO POBŪDŽIO LIGONINĖS



Šaltinis: Lietuvos ligoninių tinklo pertvarkos, susijusios su apskričių naikinimu, plano projektas [žiūrėta 2010-02-20]. Prieiga per internetą: <http://www.sam.lt/go.php/sveikatos_prieziuros_reforma>.

APSKRIČIŲ BENDROJO POBŪDŽIO LIGONINĖS



Šaltinis: Lietuvos ligoninių tinklo pertvarkos, susijusios su apskričių naikinimu, plano projektas [žiūrėta 2010-02-20]. Prieiga per internetą: <http://www.sam.lt/go.php/sveikatos_prieziuros_reforma>.

ŠIAULIŲ APSKRITIES LIGONINĖS ORGANIZACINĖ-VALDYMO STRUKTŪRA

**PACIENTŲ APKLAUSOS ANKETŲ SKAIČIUS PAGAL SKYRIUS
2007 – 2009 metais**

Skyrius	Anketų skaičius					
	2007 m. I pusr.	2007 m. II pusr.	2008 m. I pusr.	2008 m. II pusr.	2009 m. I pusr.	2009 m. II pusr.
Bendrosios terapijos	156	174	88	97	74	29
I kardiologijos	312	302	176	168	151	204
II kardiologijos	-	169	302	405	395	402
Akių	102	73	107	81	97	73
Gastroenterologijos	704	580	124	130	203	123
Neurologijos	-	309	80	135	221	212
Toksikologijos- nefrologijos	65	79	70	55	114	117
Dermatovenerologijos	51	61	99	85	93	83
LOR	61	78	82	85	105	115
Vaikų chirurgijos	349	412	322	329	352	257
I chirurgijos	118	410	450	277	423	483
II chirurgijos	85	92	48	25	45	30
Traumatologijos	230	154	192	132	200	304
Neurochirurgijos	27	32	39	37	54	38
Urologijos	84	28	43	32	113	60
Plastinės-rekonstrukcinės chirurgijos	93	34	70	56	44	33
Suaugusiųjų infekcinių ligų	58	51	44	50	29	39
Ginekologijos	130	132	140	132	140	132
Akušerijos	555	410	690	1418	630	840
Akušerijos-nėštumo patologijos	241	326	325	258	254	320
Chemoterapijos	-	81	78	76	81	69
Radioterapijos	129	143	85	113	102	96
FMR skyriaus reabilitacijos stacionaras	31	43	47	36	66	63
Suaugusiųjų psichiatrijos	50	37	38	33	51	37
Vaikų infekcijų	127	225	162	130	124	45
Psichiatrijos	20	26	32	31	40	30
Priėmimo, intensyvios terapijos	53	53	48	48	58	65
Pediatrijos	117	93	63	126	120	71
IŠ VISO	3948	4607	4044	4580	4368	4370
	17,4 %	20,6 %	18,04 %	19,83 %	18,83 %	18,88 %