

VILNIAUS UNIVERSITETAS

EKONOMIKOS IR VERSLO ADMINISTRAVIMO FAKULTETAS

VADYBOS KATEDRA

Veronika BUCKĖ

Kokybės vadybos programa

MAGISTRO DARBAS

**PASLAUGŲ KOKYBĖS VALDYMAS VAIKŲ SVEIKATOS
PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE**

**SERVICE QUALITY MANAGEMENT AT CHILDREN'S
HEALTHCARE INSTITUTIONS**

Leidžiama ginti _____
(parašas)

Magistrantas _____
(parašas)

Katedros vedėja prof. **D. Diskienė**

Darbo vadovas _____
(parašas)

Prof. J. Ruževičius

Darbo įteikimo data:
Registracijos Nr.

Vilnius, 2020

TURINYS

IVADAS	3
1. PASLAUGŲ KOKYBĖS VALDYMO YPATUMAI SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE	6
1.1. Kokybės koncepcijos taikymas sveikatos priežiūroje	6
1.2. Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų dimensijos ir jų specifika vaikų ligoninėje...12	
1.3. Kokybės valdymo metodai ir priemonės taikytinos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimui.....	15
1.4. Tyrimų, atliktų paslaugų kokybės valdymo sveikatos priežiūros įstaigose įvertinimui, rezultatų analizė.....	30
1.4.1. Lietuvoje atliktų tyrimų rezultatų analizė.....	30
1.4.2. Užsienyje atliktų tyrimų rezultatų analizė.....	32
2. VAIKŲ LIGONINĖS PASLAUGŲ KOKYBĖS VALDYMO TYRIMO METODOLOGIJA	35
3. VAIKŲ LIGONINĖS PASLAUGŲ KOKYBĖS VALDYMO TYRIMO REZULTATŲ ANALIZĖ	43
4. PASLAUGŲ KOKYBĖS VALDYMO VAIKŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE MODELIS	62
IŠVADOS IR PASIŪLYMAI	64
LITERATŪROS SĄRAŠAS	68
SANTRAUKA	76
SUMMARY	78
PRIEDAI	80

IVADAS

Sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – SPI) teikiamų paslaugų kokybė ir jos valdymas užima vieną iš prioritetinių tikslų sveikatos priežiūros tobulinime tiek Lietuvoje, tiek ir kitose Europos bei pasaulio šalyse. Gyventojų sveikata – didžiausia visuomenės vertybė ekonominiame ir socialiniame kontekste. Kasmet šios vertybės palaikymui ir išsaugojimui panaudojama vis daugiau materialių ir intelektualių išteklių. Dideliais žingsniais auga ir gyventojų bei visuomenės poreikiai ir lūkesčiai, ypač susiję su kokybiška sveikatos priežiūra (Valstybinio audito..., 2007). Viena pagrindinių darnaus asmenybės ir visuomenės vystymosi sąlygų – vaikų ir jaunimo sveikata. Dabartinės vaikų sveikatos problemos pavirs visos visuomenės problemomis ateityje (Dėl sveikatos..., 2014).

2017 m. buvo patvirtintas Lietuvos Respublikos (toliau – LR) sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programos patvirtinimo“, kurio strateginiu tikslu yra pagerinti šalies gyventojų sveikatą, nuolat tobulinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų administravimą, o pagrindiniai programos uždaviniai – siekti orientuoti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę į pacientų poreikius ir lūkesčius, gerinti gyventojams teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų stebėseną, saugą, kontrolę bei vertinimą, tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigų kokybės vadybą.

Kiekvieno šalies gyventojo ir visos visuomenės sveikatos gerinimo tikslais nukreipiami visi veiksmai iš sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir sveikatos priežiūros politiką formuojančių bei jos įgyvendinimą organizuojančių institucijų (Valstybinio audito..., 2018). Sveikatos priežiūros teikiamos paslaugos reikalauja nuolatinio tobulinimo. Nuolatinio sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo būtinybė akcentuojama visuose strateginiuose Lietuvos ūkio ir sveikatos priežiūros sistemos tolesnio plėtojimo dokumentuose. Lietuvoje priimami strateginiai sprendimai dėl sveikatos priežiūros paslaugų kokybės plėtojimo, įteisintas valstybinis medicininis auditas, kurio vienas iš pagrindinių tikslų yra nusistatyti asmens sveikatos priežiūros tinkamumo (kokybės) plėtojimo ir prieinamumo kryptis ir alternatyvas. Siekiant užtikrinti tinkamą asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, asmens sveikatos priežiūros įstaigose diegiamos kokybės sistemos ir lokalus medicininis auditas. Sveikatos apsaugos ministerija į strateginius metinius planus įtraukia priemones ir tikslus, kurie užtikrintų kokybišką asmens sveikatos priežiūrą šalyje (Valstybinio audito..., 2007). Vadovaujantis 2019 m. LR sveikatos apsaugos ministro patvirtintu „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2019-2021 m. strateginiu veiklos planu“,

pagrindinė misija sveikatos apsaugos srityje – gyventojų sveikatos išsaugojimas, gražinimas ir stiprinimas; kokybiška, saugi ir visiems gyventojams vienodai prieinama sveikatos priežiūra bei ligų prevencija, o strateginiai tikslai – kokybiškos, saugios ir prieinamos sveikatos priežiūros organizavimas; sveikos gyvensenos skatinimas, sveikatos stiprinimas ir saugojimas, ligų prevencija; vaistų prieinamumo gyventojams gerinimas ir saugių, geros kokybės ir veiksmingų vaistų LR užtikrinimas; nemokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto kompensuojamos sveikatos priežiūros užtikrinimas.

Temos aktualumas. Valstybinio audito 2018 metų ataskaitos duomenimis, Lietuvoje nėra vieningos asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistemos. Nacionaliniu lygmeniu nėra vykdomas sveikatos priežiūros paslaugų kokybės monitoringas, kuris apimtų būklės analizę, kokybės uždavinių nustatymą ir jų palaipsnių įgyvendinimą, rezultatų vertinimą ir tolimesnių žingsnių veiklos planavimą, kaip tai rekomenduoja Pasaulinė Sveikatos Organizacija (toliau – PSO). Sveikatos priežiūros kokybės tikslų ir uždavinių nustatymo etape nėra grįžtamojo ryšio tarp paslaugų organizatorių, teikėjų ir vartotojų bei pasigendama nuoseklaus jų bendradarbiavimo. Sveikatos paslaugų vartotojai (bendruomenė ir pacientų organizacijos) pakankamai nedalyvauja kokybės sistemos formavime ir jos vystyme (Valstybinio audito..., 2018).

EuroHealth Consumer Index 2018 vartotojų atliktas tyrimas parodė, jog Lietuvos gyventojai nėra patenkinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybe (Lietuva užėmė 28 vietą iš 35 Europos vertintų valstybių, pirmoje vietoje – Šveicarija). Europos socialinio tyrimo, atlikto 35 Europos valstybėse, 2018 metų duomenimis, yra silpnas teigiamas ryšys tarp sveikatos priežiūros paslaugų kokybės savo šalyje vertinimo ir savo subjektyvaus sveikatos būklės vertinimo ($r=0,139$, $p<0,01$) (European Social..., 2018).

Mokslinė problema pasireiškia tuo, kad Lietuvoje negalimas objektyvus sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas iš vartotojų pusės ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų pasirinkimas, kuris geriausiai tenkintų jų poreikius ir padėtų geriau pasirūpinti savo sveikata, todėl darbe sprendžiama paslaugų kokybės valdymui gerinti ir matuoti sveikatos priežiūros įstaigose taikytinų priemonių ir metodų pasirinkimo problema. Tikėtina, kad magistro darbe pateikta mokslinės literatūros analizė ir atlikto autorinio kiekybinio tyrimo rezultatų pagrindu sukurtas modelis bei išvados padės sveikatos priežiūros įstaigų vadovams labiau suvokti paslaugų kokybės tobulinimo svarbą ir numatyti priemones paslaugų gavėjų pasitenkinimui sveikatos priežiūros paslaugomis didinti. Moksliniu požiūriu, tokio pobūdžio tyrimų, kuomet tiriamas pasitenkinimo ryšys su paslaugų kokybės dimensijomis, randama, tačiau dažniausiai

tyrimai atliekami suaugusiųjų ligoninėse, todėl tikėtina, kad Vaikų ligoninėje atliktas autorinis tyrimas bei jo išvados, sukurtas autorinis modelis bus vertingas mokslinė bei praktinė prasme.

Magistro darbo tikslas: nustačius sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybę užtikrinančias sąlygas, valdymo priemones ir spragas sveikatos priežiūroje, sukurti paslaugų kokybės valdymo vaikų sveikatos priežiūros įstaigoje modelį.

Magistro darbo uždaviniai:

1) Išnagrinėjus kokybės koncepcijos ir paslaugų kokybės valdymo metodų ir priemonių, taikytinų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimui mokslinę literatūrą, nustatyti paslaugų kokybę užtikrinančias sąlygas ir priemones.

2) Išnagrinėjus paslaugų kokybės dimensijas sveikatos priežiūros srityje, charakterizuoti sveikatos paslaugų specifikos elementus vaikų ligoninėje.

3) Išnagrinėjus Lietuvoje ir užsienyje atliktų tyrimų, paslaugų kokybės valdymo sveikatos priežiūros įstaigose įvertinimui, rezultatus, nustatyti pagrindines spragas sveikatos priežiūros įstaigose.

4) Parengus autorinio tyrimo metodologiją ir rezultatų analizę, atlikto tyrimo pagrindu, pateikti pasiūlymus paslaugų kokybės gerinimo vaikų sveikatos priežiūroje tikslais.

5) Remiantis išnagrinėta mokslinė literatūra ir autorinio tyrimo rezultatais, sukurti paslaugų kokybės valdymo vaikų sveikatos priežiūros įstaigoje modelį.

Autorinio tyrimo tikslas – ištirti paslaugų kokybės dimensijų įtaką paslaugos gavėjų (pacientų tėvų) pasitenkinimui vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis.

Magistro darbe naudojami metodai: mokslinės literatūros kokybės koncepcijos ir kokybės valdymo sveikatos priežiūroje tematika analizė, kitų autorių atliktų tyrimų kokybės valdymo sveikatos priežiūros įstaigose įvertinimui metaanalizė, kiekybiniame tyrime naudojamas dedukcijos metodas (formuluojamos hipotezės), Servqual metodas paslaugų kokybei vertinti, SPSS programa statistinei duomenų analizei, aprašomosios statistikos būdu pateikti kiekybinio tyrimo rezultatai diagramų ir lentelių pavidalu, indukcijos metodu empiriškai patikrinta iškeltų hipotezių atitiktis ar neatitiktis empiriniams duomenims, sintezės būdu, apibendrinus literatūrinę dalį ir autorinio tyrimo rezultatus, sukurtas modelis.

MD struktūra: Darbą sudaro įvadas, keturi skyriai, keturi poskyriai, du skyreliai, išvados ir pasiūlymai, literatūros sąrašas, santraukos lietuvių ir anglų kalbomis bei priedai.

Darbo rezultatų aprobavimas ir sklaida. Magistro darbo pagrindu parengtas ir priimtas publikuoti mokslinis straipsnis „Service quality management at Lithuanian healthcare institutions“ (tarptautiniame žurnale *Quality. Access to Success*. 2020, Vol. 21, No. 174, p.49-55. (3 priedas).

Darbo apimtis: 80 puslapių, 19 lentelių, 19 paveikslų, 3 priedai.

1. PASLAUGŲ KOKYBĖS VALDYMO YPATUMAI SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE

1.1. Kokybės koncepcijos taikymas sveikatos priežiūroje

Vartotojo interesų prasme, kokybė yra esminis veiksnys, sąlygojantis vartotojo pasitenkinimą ir sudarantis vartotojo suvokiamos vertės pagrindą. Sudėtinga tiksliai apibrėžti paslaugos kokybę, nes kokybės suvokimas ir vertinimas galimas tiek objektyviu, tiek subjektyviu požiūriu. Viena svarbesnių paslaugų kokybės savybių – paslaugos kokybės tikslus įvertinimas galimas tik po paslaugos vartojimo, kadangi paslauga, skirtingai nuo prekės, yra patirties produktas (Ruželė, 2015). Teigiama, jog gera kokybė nieko nekainuoja, tačiau bloga kokybė – kainuoja daug, nes lemia paslaugos vartotojo praradimą. Kokybė, kaip dažnai manoma, yra vienas iš sėkmės faktorių. Todėl paslaugų kokybė, jos valdymas, šių dienų paslaugų ekonomikoje bei paslaugų marketinge yra ir priemonė, ir iki galo neišspręsta problema (Šimkus ir Pilelienė, 2010). Ruževičius (2006) siūlo šį paslaugų kokybės sampratą paslaugų sferoje apibrėžimą – tai visuma paslaugų savybių, kurios lemia jų tinkamumą tenkinti išreikštus ir numanomus vartotojo poreikius apibrėžtomis paslaugų vartojimo sąlygomis. Kokybės sveikatos priežiūroje terminas vartojamas tarp šios srities profesionalų, pacientų, reguliuojančių institucijų, kitų suinteresuotųjų šalių yra dažniausiai siejamas su žalos pacientų sveikatai ir nepageidaujama įvykių sveikatos priežiūroje vengimu (Allen—Duck *et al.*, 2017).

Lietuvos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos apibūdinamos kaip prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias tinkamas sveikatos priežiūros specialistas (ar specialistų komanda) suteikia tinkamam pacientui, tinkamu laiku bei tinkamoje vietoje pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgus į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkinant ar viršijant (Lietuvos Respublikos..., 2009). Allen—Duck *et al.* (2017) išnagrinėję daugybę straipsnių sveikatos priežiūros kokybės koncepcijos kontekste, suformulavo kokybės sveikatos priežiūroje koncepcijos apibrėžimą, kuris apibūdina kokybę sveikatos priežiūroje kaip – veiksmingos ir saugios sveikatos priežiūros teikimas, grindžiamas tobulumo kultūra, kurio rezultate pasiekiami optimali pageidaujama sveikata. Amerikos Medikų Asociacija (1994) apibrėžė kokybę kaip „laipsnį, kuris parodo sveikatos priežiūros paslaugų įtakos tikimybę išgauti optimalius pacientui rezultatus“ (cituojuama iš Allen—Duck *et al.*, 2017). JAV Nacionalinė Medicinos Akademija (angl. *National Academy of Medicine*; buvęs pavadinimas – Medicinos Institutas) pateikė šį kokybės apibrėžimą

sveikatos priežiūroje: tai „laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos asmenims ir visuomenei padidina tikimybę gauti pageidaujamą sveikatos būklę, panaudojant dabartines profesines žinias“ (Crossing the..., 2013). *Tiek Amerikos Medikų Asociacijos, tiek ir JAV Nacionalinės Medicinos Akademijos bei mokslininkų Allen-Duck et al. apibrėžimai iš esmės akcentuoja geriausią įmanomą rezultatą sveikatos paslaugų teikime kaip kokybės indikatorių.* Kiek kitokį kokybės sveikatos priežiūroje suvokimą pateikia Pasaulio Sveikatos Organizacija (2006), kur kokybė — strateginių sprendimų priėmimo procesas sveikatos sistemose (Quality of..., 2006). Crosby (1984) kokybę sveikatos priežiūroje apibūdino kaip atitikimą reikalavimams. Kokybės standartas EN ISO 9000:2015 sąvoką „kokybė“ apibūdina kaip „laipsnį, kuriuo objekto turimų savybių visuma atitinka reikalavimus“. *Taigi, Crosby ir Kokybės standarto kokybės apibrėžimai sutampa ir akcentuoja atitikimą reikalavimams.*

Pasak Garvin (1984) kokybės koncepcija charakterizuojama vadovaujantis penkiais skirtingais požiūriais:

➤ Produkto kokybe. Kokybės apibrėžimas pagal tikslus kintamuosius (nusakomus ir išmatuojamus), pavyzdžiui, sveikatos priežiūros paslaugos atlikimo trukmę ir t.t. Tai objektyviai suvokiama kokybės koncepcija, susijusi su išoriniais materialiais dalykais.

➤ Kokybe paslaugos teikimo procese. Šis požiūris į kokybės koncepciją akcentuoja tai, kad paslaugų kokybę parodo paslaugų teikimo proceso atitikimas standartams. Paslauga čia lyginama su technologiniu procesu, kurio efektyvus kontroliavimas garantuoja reikiamos kokybės pasiekimą.

➤ Vertės kokybe. Kokybės sąvoka apima vertę ir sąnaudas. Paslauga šiuo požiūriu kokybiška tik tada, kai pateikus ją vartotojo gaunama nauda viršija patirtus kaštus.

➤ Transcendentine kokybe. Paslaugos vartotojai, pakartotinai naudodamiesi tam tikra paslauga, įgyję patirties išmoksta pažinti bei įvertinti kokybę.

➤ Kokybe vartotojui. Kaip pagrindinis kokybės vertintojas akcentuojamas pats vartotojas. Šioje vietoje kokybės suvokimas yra subjektyvus (kokybės vertinime remiamasi vartotojo emocijomis, išgyvenimais ir lūkesčiais).

Išnagrinėjus mokslinę literatūrą ir Lietuvos įstatymus kokybės sveikatos priežiūroje kontekste, matyti visų Garvin (1984) išvardintų kokybės koncepcijos požiūrių persipynimas ir glaudus ryšys bei jų svarba sveikatos priežiūroje.

Kokybė sveikatos priežiūroje aprėpia daugybę aspektų, todėl kokybės siekimo pastangos varijavo tarp skirtingų sveikatos priežiūros sričių ir vystėsi pradedant slauga iki baigiant visomis likusiomis sveikatos priežiūros sritimis. Pirmąsias pastangas kokybės gerinime slaugos srityje parodė Florence Nightingale 1860 metais, kurios įvalgos ir praėjus 150 metų vis dar įtakoja visą sveikatos priežiūros sistemą (Allen — Duck *et al.*, 2017).

Remiantis LR Sveikatos sistemos 1994 m. įstatymu, nustatytos asmens sveikatos priežiūros privalomos įgyvendinti sąlygos, kurias turi užtikrinti visi sveikatos priežiūros paslaugas teikiantys subjektai (žr. 1 lentelę). *Šių sąlygų įgyvendinimas susijęs su kokybiška sveikatos priežiūra Lietuvoje.*

1 lentelė. **Asmens sveikatos priežiūros privalomos įgyvendinti sąlygos**
(šaltinis: sudaryta magistro darbo autorės, remiantis LR Sveikatos sistemos įstatymu, 1994)

Sąlyga	Apibrėžimas
Prieinamumas	Sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros ekonominį, komunikacinį ir organizacinį prieinamumą asmeniui ir visuomenei.
Priimtinumumas	Sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitikimą.
Tinkamumas	Sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą.

PSO 2006 m. išleido leidinį *Quality of care*, kurio tikslas – padėti valstybiniu lygmeniu nuolat planuoti ir taikyti veiksmingas priemones, gerinančias sveikatos priežiūros kokybę. PSO siūlo sutelkti pagrindinį dėmesį į šešių sveikatos sistemos dimensijų (sąlygų) gerinimą (žr. 2 lentelę), kurios charakterizuoja sveikatos priežiūros paslaugų kokybę (*Quality of...*, 2006).

2 lentelė. **Kokybiškos sveikatos priežiūros koncepcija pagal dimensijas**
(šaltinis: sudaryta magistro darbo autorės, remiantis Pasaulio Sveikatos Organizacijos leidiniu *Quality of care : a process for making strategic choices in health systems*, 2006)

Dimensija	Sveikatos priežiūros koncepcijos apibrėžimas
Efektyvumas	Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas grindžiamas įrodymais (tyrimų rezultatais), o geresni sveikatos rezultatai tiek individams pavieniui, tiek bendruomenei pasiekiami pagal jų poreikį.
Veiksmingumas	Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas su tikslu, maksimaliai išnaudoti išteklius, patiriant kuo mažiau sąnaudų.
Prieinamumas	Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas laiku, geografiškai patogiai (prieinamai) bet kuriam pacientui, kur panaudojami tinkami įgūdžiai ir išteklių pagal pacientų poreikį.
Priimtinumumas / Orientavimasis į pacientą	Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas atsižvelgiant individualiai į kiekvieno paslaugos vartotojo poreikius ir lūkesčius bei bendruomenės kultūrą.
Nešališkumas	Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas nediskriminuojant paslaugos gavėjų dėl jų lyties, rasės, tautinės mažumos, gyvenamosios vietos ar socialinio statuso.
Saugumas	Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas maksimaliai sumažinant rizikas ir žalą paslaugos gavėjams.

Kaip teigia LST EN 15224:2017 sveikatos priežiūrai pritaikytas standartas, bet kurios sveikatos priežiūros įstaigos pagrindiniu tikslu yra prisidėti prie esamų ir būsimų pacientų,

turinčių su sveikatos būseną susijusių sveikatos poreikių, sveikatos būklės gerinimo, o tai reiškia, jog sveikatos priežiūroje kokybės reikalavimus atspindi pacientų poreikiai, atsirandantys sąveikaujant su sveikatos priežiūros specialistais klinikinių procesų metu. Remiantis klinicine SPI, kurios laikomos teikiančiomis geros kokybės sveikatos priežiūrą, patirtimi, standartas nustatė vienuolika kokybės reikalavimų (žr. 3 lentelę) sveikatos priežiūros įstaigoms (Kokybės vadybos...,2017):

3 lentelė. Kokybės reikalavimai sveikatos priežiūros įstaigose pagal standartą

(šaltinis: sudaryta magistro darbo autorės, remiantis LST EN 15224:2017, 2017)

Kokybės reikalavimas	Paiškinimas
Tinkama bei teisinga priežiūra	Pacientas tiriamas ir gydomas atsižvelgiant į jo sveikatos poreikius, kuriuos nustatė sveikatos priežiūros specialistai. Poreikis tyrimams ir gydymui vertinami remiantis kruopščiai suformuluota anamneze, fizine apžiūra ir pastebėjimais esant priimtina rizikai. Vykdoma veikla (tyrimai ir gydymas) neturi viršyti būtinos atlikti veiklos.
Prieinamumas	Galimybė pacientui pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis, kurioms jis turi poreikį.
Priežiūros nenutrūkstamumas	Pacientui, remiantis siuntimu, užtikrinamas sklandus ir optimizuotas sveikatos priežiūros paslaugų srautas, susidedantis iš tyrimų, gydymo proceso ir reabilitacijos, iki vertinimo ir kitų veiksmų.
Veiksmingumas	Atliekamos sveikatos priežiūros veiklos užtikrina tikėtiną pasiekti teigiamą rezultatą, kuris pasireiškia stebimos būsenos pagerėjimu.
Efektyvumas	Pageidautina pasiekti kaip įmanoma geriausią santykį tarp pasiektų rezultatų ir panaudotų tam pasiekti išteklių (patalpų, prietaisų, medžiagų ir darbo laiko). Tai suteikia galimybę padėti didesniai pacientų skaičiui ir padidinti jų pasitenkinimą paslaugomis.
Nešališkumas	Vienodos sveikatos priežiūros suteikimas pacientams su tokios pat rūšies poreikiu ir laipsniu, nepriklausomai nuo jų lyties, seksualinės orientacijos, kultūrinės ar etninės kilmės, socialinės, kalbinės ar kitokių diskriminuojančių savybių.
Įrodymais / žiniomis grindžiama sveikatos priežiūra	Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pacientams grindžiant jų naudą mokslinių tyrimų įrodymais ir žiniomis grindžiama patirtimi (geriausia praktika). Sisteminis medicinos žinių taikymas gydyme.
Į pacientą nukreipta priežiūra	Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas remiantis paciento vertybėmis, pageidavimais, išlaikant paciento fizinį ir emocinį neliečiamumą, gavus informuotą jo sutikimą.
Paciento įtraukimas į procesą	Pacientas, kiek tai įmanoma, aktyviai dalyvauja priimant visus sprendimus dėl jo sveikatos priežiūros ir vykdamas sveikatos priežiūros veiklas, yra informuojamas, su juo yra tariamasi.
Paciento saugumo užtikrinimas	Identifikuojama, valdoma su sveikatos priežiūros paslaugomis susijusi rizika ir užkertamas kelias bet kokios žalos, kurios įmanoma išvengti pacientui, atsiradimui.
Savalaikiškumas / gaunamumas	Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas laiku; Sveikatos paslaugų teikimo srautas paremtas veiksmingumu (įvertinus paciento poreikius, ligos sunkumą ir neatsižvelgiant į paciento socialinį statusą ir kt).

Išvardinti vienuolika aspektų, apibūdinančių kokybės reikalavimus sveikatos priežiūroje, užtikrina, kad bus apsvarstyti dauguma svarbiais laikomų su paslaugų kokybe

sveikatos priežiūroje susijusių kriterijų. Pati SPI atsako už paciento lūkesčių ir profesionaliai iš sveikatos priežiūros personalo pusės įvertintų jo poreikių pusiausvyros išlaikymą (LST EN 15224:2017, 2017).

Apibendrinus 2009 m. LR įstatyme suformuluotą kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų apibrėžimą ir 1, 2 bei 3 lentelėse pateiktų skirtingų šaltinių kokybės reikalavimų (sąlygų arba dimensijų), taikytinų sveikatos priežiūroje, charakteristikas, teigtina, kad visi keturi šaltiniai akcentuoja tuos pačius kokybės aspektus, išvardintus tarptautiniame Kokybės standarte (3 lentelėje), tačiau esminis akcentas uždėtas ant paslaugų teikimo atsižvelgiant į paciento poreikius bei lūkesčius. Atkreiptinas dėmesys į tai, kad Lietuvoje apmokėjimas už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas iš PSDF biudžeto lėšų nesiejamas su sveikatos priežiūros kokybe pagal rezultatyvumo, efektyvumo, prieinamumo, priimtinumą, teisingumą, saugumo kriterijus, todėl SPI neturi finansinių paskatų šią kokybę gerinti (remiantis Valstybinio audito 2018 m. ataskaita), kas lemia vieną iš daugelio spragų sveikatos priežiūros sistemoje.

Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (toliau — EBPO), į kurios Lietuvos stojimo procesas pradėtas 2015 m., vykdydama Sveikatos priežiūros kokybės indikatorių projektą (angl. *HCQI Project*), išskyrė svarbiausius veiklos kokybės vertinimo rodiklius sveikatos priežiūros srityje: veiksmingumas, saugumas ir orientacija į pacientą.

Siekiant asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo, būtinas saugumo užtikrinimas teikiamų paslaugų procese. Išryškėja situacija, parodanti, kad Lietuva turi politiką ir pacientų saugai skirtas programas, tačiau akivaizdus yra nepakankamas pacientų ir jų artimųjų įtraukimas į šį procesą, per mažai vykdoma sveikatos priežiūros specialistams skirtų mokymų (Dėl asmens..., 2017). Saugumo kaip pamatinio kokybiškos sveikatos priežiūros veiksnio svarbą pabrėžė Mitchell (2008), pasak kurio, saugumo veiksnį sudaro šie elementai: aplinkosauginiai, fiziologiniai ir psichosocialiniai. Dažniausiai nurodomi saugumą pabrėžiantys kriterijai: infekcijos prevencijos kontrolė, tikslus vaistų skyrimas, operacinių komplikacijų prevencija. Kim *et al.* (2015) pateikė savo pacientų saugumo sąvokos sveikatos priežiūroje apibrėžimą: „sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų bendrų pastangų rezultatas gerai integruotoje sveikatos priežiūros sistemoje, kuriuo siekiama užkirsti kelią medicininiams klaidoms arba išvengti nepageidaujamų reiškinių, apsaugant pacientus nuo žalos ar sužeidimo“. Pasaulio Sveikatos Organizacija 2018 m. charakterizavo paciento saugą kaip „išvengiamos žalos teikiant sveikatos priežiūros paslaugas pacientui prevenciją ir rizikos žalos atsiradimui sumažinimą iki priimtinos mažiausios ribos“. *Taigi, saugumas kaip kokybės rodiklis buvo ir bus vienas iš pamatinių kokybiškos sveikatos priežiūros indikatorių, nes jo svarbą pabrėžia Lietuvos įstatymai, Pasaulinė Sveikatos Organizacija, užsienio mokslininkai*

ir Kokybės standartas LST EN 15224:2017. Saugumo rodiklis pagal Garvin (1984) požiūrius į kokybę charakterizuojamas „produkto kokybės“ požiūriu, nes jis galėtų būti matuojamas (pvz. mirtingumo ir pan. skaičiavimais).

JAV Sveikatos Priežiūros Akreditacijos Organizacijos (2015) (angl. *The Joint Commission*) prezidentas pakomentavo: „Tinkamo lygio tinkamas gydymas tinkamu laiku yra kokybiškos sveikatos priežiūros pagrindas“, tuo pabrėždamas efektyvumo dimensijos kaip kokybės rodiklio sveikatos priežiūroje svarbą. Paminėtina, kad 2009 m. Pacientų teisių ir žalos Lietuvos įstatyme irgi pažymima efektyvumo ir ne tik jo svarba: „...tinkamas sveikatos priežiūros specialistas (ar specialistų komanda) suteikia tinkamam pacientui, tinkamu laiku bei tinkamoje vietoje...“. Be to, Mosadeghrad (2013) taipogi kaip kokybiškos sveikatos priežiūros apibrėžimą taiko: „sistemingą paciento tenkinimą teikiant efektyvią sveikatos priežiūrą“. Vienas iš svarbiausių sveikatos priežiūros veiklos veiksnių, parodančių kokybę sveikatos priežiūroje, yra aptarnavimo laikas, kurį gerinant, galima pasiekti efektyvumo padidėjimo bei bendros kokybės sveikatos priežiūroje pagerėjimo (Khan *et al.*, 2016). *Efektyvumo rodiklis Garvin (1984) požiūriu į kokybę būtų „vertės kokybė“, nes efektyvumas iš esmės parodo geriausių santykį tarp pasiektų rezultatų ir panaudotų tam pasiekti išteklių, bei „produkto kokybė“, nes aptarnavimo laikas, kaip efektyvumo matas, yra objektyviai pamatuojamas kintamasis.*

Vienas iš dažniausiai išskiriamų kokybės sveikatos priežiūroje kriterijų — tobulumo kultūra (angl. *culture of excellence*), kuri apima bendradarbiavimą, komunikaciją, kompetenciją, pagarbą, atsakomybę bei pasitikėjimą (Izumi *et al.*, 2010). Farr & Cressey (2015) teigimu, kokybės suvokimui būtini elementai: personalo vertybės, asmeniniai ir profesiniai vertės matai. Tuo tarpu, Lionis (2015) išryškino vieną svarbesnių tobulumo kultūros ir geros kokybės sveikatos priežiūros elementų — gailestį. Panašiai Carney (2011) atrado esminius kultūros veiksnius kokybiškos sveikatos priežiūroje: tobulai teikiamos sveikatos paslaugos, etinės vertybės, įsitraukimas, profesionalumas, vertė už pinigus, įsipareigojimas kokybei ir strateginis mąstymas. Be to, komunikacija tarp sveikatos priežiūros personalo ir su pacientais turi būti tiksli, nuosekli, grįsta faktais, patikima ir suprantama (Carney, 2011). *Šie visi kokybės kultūros, kaip kokybės sveikatos priežiūroje, suvokimo elementai aprėpia „transcendentinį“ požiūrį į kokybę, kurios mes negalime apibrėžti, bet turime savo kokybiškų paslaugų suvokimą.* Lietuvos bioetikos komiteto 2014 m. atliktas žvalgomas skundų tyrimas atskleidė problemines tobulintinas sritis sveikatos priežiūroje: nepagarba pacientui, nepakankamas bendravimas, nedėmesingumas, nepakankamas informavimas, privatumo neužtikrinimas (remiantis LR 2017 m. įstatymu).

Dar viena būdinga kokybiškai sveikatos priežiūrai savybė, kurią išsiskyrė mokslininkai – trokštama sveikatos būklė, kuri apima geriausius galimus gauti rezultatus, pacientams dalyvaujant sprendimų dėl jų gydymo priėmimo, kai sveikatos priežiūra orientuota į pacientą ir į jo pasitenkinimą. Lietuvos įstatymai taip pat akcentuoja sveikatos priežiūros orientavimo į pacientą svarbą, didesnę dėmesį nukreipiant į jo sveikatos priežiūros poreikius bei lūkesčius (Dėl asmens..., 2017). Allen–Duck *et al.* (2017) ištyrė būdingus kokybiškai sveikatos priežiūrai kriterijus, akcentavo pacientų įtraukimo į sprendimų dėl jų sveikatos priėmimą svarbą. Pacientų poreikių, pageidavimų ir gebėjimų identifikavimas taip pat yra būtinas, norint pasiekti norimus sveikatos rezultatus. Dolovich *et al.* (2016) panaudojo asmens sveikatos tikslų pasiekimą kaip kokybės rodiklį. Papildomas sveikatos tikslų pasiekimo požymis yra subjektyvi paciento savijauta. Lee *et al.* (2013) apibūdino paciento subjektyvios savijautos vertinimo būdą, kuris apima visą paciento gydymo patirtį, skirtą visapusiškai įvertinti paciento gautos sveikatos priežiūros kokybę. Dupree *et al.* (2011) pažymėjo, kad orientavimosi į pacientus pastangos yra būtinos teikiant kokybišką sveikatos priežiūrą. *Taigi, orientavimo į pacientą kokybės sveikatos priežiūroje kontekste, tinka Garvin (1984) išskirtas „kokybės vartotojui“ požiūris, kur kokybės suvokimas yra subjektyvus (remiamasi paciento emocijomis, išgyvenimais ir lūkesčiais).*

Apibendrinant išanalizuotą mokslinę literatūrą ir Lietuvos įstatymus, LST EN 15224:2017 standartą ir pasaulinių organizacijų teikiamą informaciją kokybės sveikatos priežiūroje tematika, teigtina, jog, kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos yra: prieinamos, saugios, veiksmingos, efektyvios, orientuotos į pacientą (jo poreikius ir lūkesčius), nešališkos, tinkamos, įrodymais grindžiamos, savalaikiškos ir įtraukiančios pacientą į gydymo procesą ir sprendimų priėmimą.

1.2. Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų dimensijos ir jų specifika vaikų ligoninėje

Paslaugas teikiančios įstaigos privalo matuoti teikiamų paslaugų kokybę, kad galėtų identifikuoti trūkumus ir fokusuotis ties gerintiniais paslaugų kokybės aspektais. Taigi, paslaugų kokybės dimensijų identifikavimas ir matavimas būtinas pacientų pasitenkinimui sveikatos priežiūros paslaugomis pasiekti bei užtikrinti tęstinę paslaugų gerinimo pažangą. Tam tikslui SPĮ administracija turėtų rinkti duomenis apie pacientų pasitenkinimą, atlikdama interviu su išrašomais iš ligoninės pacientais, analizuodama pacientų skundus ir pageidavimus bei atlikdama periodiškai apklausas pacientų lūkesčiams dėl paslaugų išaiškinti (D’Cunha & Suresh, 2015).

Vartotojų požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų kokybę laikomas vis svarbesniu dėl šių priežasčių (Fiala, 2012):

- Kokybė sudaro galimybę išsiskirti įstaigoms konkurencijos perpildytoje rinkoje.
- Pacientai, vertinantys aukštesnės kokybės paslaugas, linkę būti labiau patenkinti, labiau tikėtina, kad ateityje vėl sugrįš, ir linkę labiau laikytis medikų patarimų.
- Pacientai, vertinantys aukštesnės kokybės paslaugas, dažniau rekomenduoja sveikatos priežiūros paslaugų teikėją kitiems asmenims.
- Grįžtamojo ryšio iš pacientų reikalauja kai kurios institucijos, kaip pvz. JAV Sveikatos Priežiūros Akreditacijos Organizacija (angl. *The Joint Commission*), kaip akreditavimo vienos iš sąlygų išpildymo.

Daugelis mokslininkų atlikdami tęstinius tyrimus sveikatos priežiūroje bandė išskirti svarbiausias sveikatos paslaugų kokybės dimensijas ir išmatuoti pacientų pasitenkinimą jomis. Deja, daug iššūkių sukelia kokybinių savybių nustatymas ir neapčiuopiamų paslaugos aspektų išmatavimas sveikatos priežiūroje (D’Cunha & Suresh, 2015). Remiantis moksline literatūra, išskiriamos dvi skirtingos paslaugų kokybės formos: techninė kokybė ir funkcinė kokybė. Techninė kokybė apibrėžiama, kaip laipsnis, nurodantis ribą, iki kurios pramonė gali veikti teisingai, kas gali būti pamatuojama remiantis techninėmis charakteristikomis, kurios tarsi atitinkmuo prekės kokybės specifikacijai. Klasikiniais techninės kokybės, dar kitų vadinamos fizine ar išorine kokybe, pavyzdžiais būtų sergamumo, mirtingumo ir komplikacijų po gydymo skyrimo nebuvimas. Mažai tikėtina, kad pacientai neturintys medicininių žinių, gali spręsti apie techninius kokybės sveikatos priežiūroje aspektus. Tuo tarpu, funkcinė kokybė, kitaip dar vadinama vidine ar sąveikaujančia, apima būdą, kaip paslauga buvo suteikta pacientui ir visą sąveikos su medicinos personalu procesą. Kadangi funkcinė kokybė priklauso nuo žmogiškojo faktoriaus, ji sunkiau išmatuojama ir standartizuojama (Fiala, 2012).

Siekiant įvertinti proceso funkcinę kokybę, yra įvairių kokybinių metodų, kuriuos galima naudoti: tiesioginis gydytojo stebėjimas, grįžtamasis ryšys iš darbuotojų, fokus grupės ir kokybės ratai. Labiau kiekybiniai metodai apima pacientų komentarų korteles, savarankiškai administruojamas pacientų apklausas, asmeninius pokalbius (asmeniškai arba telefonu) (Donabedian, 2005).

Vaikų ligoninėse sveikatos priežiūra reikalauja skirtingos paslaugų kokybės gerinimo strategijos, kadangi pediatrams yra primenama, kad vaikai nėra maži suaugusieji, nes jų fiziologija, sociologija ir psichologija skiriasi nuo suaugusiųjų, todėl specifiniai sveikatos priežiūros procesai negali būti paprastai pritaikomi vaikų ligoninėje, remiantis praktika su suaugusiais (Park, 2018). Kaip teigia LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-

815, vaikų reabilitacijos proceso metu, skirtingai nuo suaugusiųjų, reikia ne tik atkurti turėtus įgūdžius, tačiau ir suformuoti naujus motorinius ir socialinius vaiko įgūdžius, esant sunkesnėms sąlygoms, kas ypač aktualu neįgaliems vaikams. Kadangi vaikus ypač įtakoja aplinka, todėl jiems būtina sudaryti ramią, namų aplinką primenančią aplinką. Ypatingai svarbus aspektas yra ambulatorinės medicininės reabilitacijos paslaugų prieinamumas vaikams, kuris yra sudėtingesnis dėl socialinių ekonominių priežasčių: mažamečių vaikų į medicininę reabilitaciją atvykimas galimas tik lydint tėvams, kurie yra dirbantys, todėl svarbu gerinti stacionarių reabilitacijos paslaugų prieinamumą bei kokybę, ir užtikrinti mokyklinio amžiaus vaikų ugdymą reabilitacijos metu (Dėl sveikatos..., 2014).

Vaikams, skirtingai nuo suaugusiųjų, ankstyvajame amžiuje reikalingas dažnas lankymasis pas sveikatos priežiūros specialistus. Lietuvoje įstatymai reglamentuoja vaikų profilaktinius patikrinimus atitinkamais vaiko amžiaus tarpsniais, kurie ypatingai svarbūs nustatyti vaiko sveikatos būklės atitikimą jo augimo ir brendimo pagal amžių ir lytį normatyvams, ar dėl sveikatos būklės tikrinamas vaikas gali lankyti švietimo įstaigą. Periodiški patikrinimai sveikatos įstaigoje leidžia identifikuoti vaikų sveikatos rizikos veiksnius, juos koreguoti bei nustatyti raidos sutrikimo rizikas vaikų ankstyvajame amžiuje ir jas tirti bei gydyti (Lietuvos Respublikos..., 2000).

Vis svarbesniu aspektu funkcinės paslaugų kokybės vaikų sveikatos priežiūroje tampa gydytojo su vaiku komunikavimas, kuris dažnai būna tarsi iššūkiu gydytojui. Dažnai klaidingai manoma, jog gydytojas bendravimo išmoksta iš patirties su mažais pacientais. Dauguma pediatrų, bendrosios praktikos slaugytojų ir gydytojų, dirbančių su vaikais, įgiję nepakankamai žinių ir įgūdžių, kaip bendrauti su vaiku vaikui „draugišku“ ir profesionaliu būdu, kaip komunikuoti sudėtingomis temomis su vaikais (pvz. vaikui sergant ilgalaikė ar gyvybei pavojinga liga) (Damm *et al.*, 2015). Vaikų sprendimų priėmimo kompetencija jų gydymo procese priklauso nuo kitų, dažniausiai nuo tėvų ir sveikatos priežiūros specialistų požiūrio, o ne tik nuo paties vaiko gebėjimų. Tačiau šios kompetencijos stoka nepanaikina vaiko, kaip žmogaus, teisės išsakyti savo nuomonę. Tuo labiau, vaikų gydytojai turi būti kompetetingi aiškiai paaiškinti visus su vaiko gydymu susijusius klausimus ir išspręsti nesusipratimus, padėti vaikams ir tėvams priimti sprendimus ir gerbti juos, nesukeliant jiems pernelyg didelio spaudimo. Vaikų sveikatos ir ligos suvokimas skiriasi nuo suaugusiųjų ir kitų reguliuojančių institucijų, kuris priklauso daugiausia nuo vaiko pažinimo, emocinės, socialinės, psichologinės ir fizinės raidos. Sveikatos priežiūros specialistų užduotis – paskatinti vaiką išsakyti savo mintis ir nuogąstavimus. Daugelis su vaikais dirbančių gydytojų suvokia būtinybę palaikyti gerą bendravimą su šeimomis, tačiau dėl laiko apribojimų tai dažnai sunkiai įgyvendinama. Efektyvus bendravimas tarp tėvų, vaiko ir sveikatos priežiūros

specialisto gali padidinti ligos diagnozės tikslumą, gerinti pacientų supratimą ir gydymo proceso laikymąsi, bei pagerinti sveikatos paslaugų kokybę ir gydymo rezultatą (Damm *et al.*, 2015).

Taigi, apibendrinant, teigtina, jog nors techninė paslaugų kokybės pusė, kaip sveikatos priežiūros proceso galutinis teigiamas rezultatas, turėtų būti svarbesnis vartotojų požiūriu, vis dėlto, patys paslaugos gavėjai nėra kompetetingi ją vertinti, todėl funkcinė paslaugų kokybė tampa prioritetiniu sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo vertinimo ir pasirinkimo aspektu. Funkcinei kokybei išmatuoti ir įvertinti taikytini įvairūs metodai įgalina sveikatos priežiūros įstaigą užtikrinti tęstinę paslaugų gerinimo pažangą. Nors sveikatos priežiūros paslaugų teikimas vaikams ir suaugusiesiems skiriasi nemažai aspektų, vienas iš akcentuotinių esminių skirtumų tarp jų – efektyvus komunikavimas su pacientu vaiku ir jo tėvais, kuris didžiąja dalimi įtakoja galutinį sveikatos paslaugos suteikimo rezultatą (techninę kokybę).

1.3. Kokybės valdymo metodai ir priemonės taikytinos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimui

Dėl organizacijos veiklos gerinimo, kaip pagrindinio jos išlikimo veiksnio, kuris siejamas su nuolatinu darbuotojų mokymusi ir jų karjera, šioje srityje dirbantys praktikai pritaiko Europos Sąjungos ir Lietuvos viešojo sektoriaus modernizavimo iniciatyvas (Šilys ir Gurevičius, 2008). Į sveikatos priežiūros kokybę didžiulį dėmesį koncentruoja daugumos pasaulio valstybių vyriausybės institucijos, nevyriausybines organizacijas, tarptautinės ir tarpvyriausybines organizacijas. Yra priimamos ES direktyvos ir kiti dokumentai, siekiant nuolatinės sveikatos priežiūros kokybės gerinimo sistemos sukūrimo (Valstybinio audito..., 2007). Kokybės valdymas (angl. *control*) apibrėžiamas kaip operatyvinio pobūdžio priemonės ir veikla, panaudojami su tikslu įvykdyti reikalavimus (Ruževičius, 2006). Taikant įvairias kokybės vadybos priemones — sistemas, modelius ir metodus, viešajame sektoriuje, kaip antai sveikatos priežiūros srityje, galimas kokybiškų paslaugų teikimo užtikrinimas. Dažniausiai sveikatos priežiūros įstaigose yra diegiamos kokybės vadybos sistemos, atitinkančios tarptautinio ISO 9001 standarto reikalavimus, nors plačiai paplitęs įvairių konceptualių kokybės vadybos metodų, kaip pavyzdžiui, Bendrojo vertinimo modelio (BVM), Europos kokybės vadybos fondo (EFQM) veiklos tobulumo modelio, Šeši sigma modelio ir kt. diegimas. Įsidiegus kokybės vadybos modelį organizacijos valdymas prilygsta vientisai sistemai. Kokybės vadybos sistema (KVS) gali būti veiksminga tarpine stotele prieš diegiant organizacijoje visuotinės kokybės vadybą (VKV) (Kosinskienė ir Ruževičius, 2010).

Gydytojas Avedis Donabedian (1988) buvo pirmasis sukūręs kokybės sveikatos priežiūroje gerinimo modelį. Donabediano sukurtas modelis apima tris aspektus: struktūrą, procesą ir rezultatus, kur sveikatos priežiūros veiklos tobulinimą sukuria procesai, iš išteklių pavirsdami sveikatos priežiūros rezultatais. Struktūra apima materialinius resursus (pvz. įrangą, įrengimus, pinigus), žmogiškuosius išteklius (pvz. personalo skaičių ir jo kvalifikaciją) ir organizacinę struktūrą (t.y. medicinos personalą, personalo kvalifikacijos nustatymo ir atlyginimo nustatymo metodus). Procesas savaime apima patį sveikatos teikimo pacientui veiksmą ir jo sąveiką su medicinos personalu. Rezultatai parodo pacientų pasitenkinimo suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis laipsnį. Šis modelis parodo glaudų tiesioginį ryšį tarp geros struktūros ir procesų, bei tarp gerų procesų ir jų sąveikoje gaunamais gerais rezultatais (Donabedian, 1988).

Viena iš organizacijos veiklos gerinimo priemonių ir neatsiejamų kokybės sistemos elementų yra kokybės politika. Organizacijos kokybės politika turėtų būti lygiaverte bendrosios organizacijos politikos ir strategijos dalimi, atitikti organizacijos ketinimus, įsipareigoti atitikti reikalavimus ir nuolat gerinti kokybės vadybos sistemos rezultatyvumą. Kokybės politika gali būti naudojama organizacijos (tame tarpe ir sveikatos priežiūros įstaigos) veiklai gerinti su sąlyga, kad ji atitinka aukščiausiosios vadovybės strategiją ir viziją, susijusią su organizacijos ateitimi, suformuluota aiškiai ir suprantamai pateikiama, apima nuolatinį gerinimą, susijusį su pacientų ir kitų suinteresuotųjų šalių poreikių bei jų lūkesčių tenkinimu, lyderiaujant aukščiausiai vadovybei, padeda skatinti kokybės gerinimo visoje įstaigoje įsipareigojimo siekimą ir padeda suvokti kokybės tikslus, siekiant jų visos sveikatos priežiūros įstaigos mastu (Ruževičius, 2006). Remiantis LR sveikatos apsaugos ministro 2008 m. įsakymu „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“, siekdamas užtikrinti tinkamą asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymą ir gerinimą, įstaigos vadovas privalo nustatyti įstaigos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės politiką bei jos įgyvendinimo priemones ir su jomis supažindinti visus įstaigoje dirbančius darbuotojus. Tačiau Valstybės Kontrolės valstybinio audito 2018 m. ataskaitoje pateikiamas faktas, jog beveik ketvirtadalis SPĮ Lietuvoje (t.y. 59 iš tirtų 260 įstaigų) nėra pasitvirtinusios įstaigos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės politikos, kas parodo, jog šios SPĮ neturi kokybės tikslų suvokimui padedančios ir veiklos gerinimo priemonės, bei neatitinka įstatymų reikalavimų, kurie reglamentuoja nustatyti SPĮ kokybės politiką.

Išskirtini tokie pagrindiniai organizacijos (sveikatos priežiūros įstaigos) veiklos įvertinimo būdai (metodai), kurių pagalba organizacija apsibrėžtų, ar ji pasiekia suplanuotus tikslus (Ruževičius, 2006):

- veiklos finansinis įvertinimas;
- išorės matavimai (pvz. sugretinimas (ang. *benchmarking*) ar trečiosios šalies atliktas organizacijos įvertinimas);
- procesų veiklos organizacijoje matavimas;
- vartotojų, darbuotojų ir kitų suinteresuotųjų šalių pasitenkinimo organizacijos veiklos kokybe įvertinimas;
- kitų vadovybės apsibrėžtų sėkmės veiksnių įvertinimas.

LR sveikatos priežiūros įstaigų 2017 m. priimtame įstatyme, apibrėžiančiame Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau – LNSS) viešųjų ir biudžetinių įstaigų, teikiančių sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos rezultatų vertinimo kriterijus, yra nustatyti veiklos finansinių rezultatų (kaip pvz. praėjusių metų veiklos rezultatų ataskaitoje nurodytas pajamų ir sąnaudų skirtumas ir pan.) ir rezultatyvumo vertinimo (pvz. pacientų pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis lygis, gautų pacientų skundų dėl sveikatos priežiūros paslaugų skaičius per metus ir pagrįstų skundų dalis, vidutinis laikas nuo paciento kreipimosi į įstaigą dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugos suteikimo momento iki paskirto paslaugos gavimo laiko, įstaigoje dirbančių darbuotojų ir etatų skaičius, lovos užimtumo rodiklis įstaigoje ir pan.) rodikliai. Vis dėlto, Valstybės Kontrolės auditorių nuomone, svarbiausiais faktoriais vertinant SPI veiklos rezultatus yra: sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, jų veiksmingumas bei saugumas. Todėl jie pabrėžė, jog neatsiejama SPI veiklos rezultatų vertinimo dalimi turėtų būti gydymo įstaigų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas: nustatyti detalūs rodikliai, siektinos jų reikšmės, o rezultatai stebimi, vertinami, lyginami ir skelbiami viešai.

Prie išorės matavimo veiklos įvertinimo būdų (metodų) priskiriamas sugretinimo (ang. *benchmarking*) arba kitaip dar vadinamas lygiavimosi į geriausius metodus. Tai nuolatinis savo įstaigos įvertinimo ir palyginimo su kitomis įstaigomis (ar jų padaliniais) procesas, su tikslu aptikti ir įgyvendinti tobulinimo galimybes. Šiais laikais vis daugėja išsivysčiusių pasaulio šalių organizacijų privačiame ir viešajame sektoriuje naudojančių lygio žymėjimo procesą. Taikant sugretinimo metodą SPI būtų pasiekti tokie tikslai (Serafinas, 2011):

- tobulėjimas, remiantis geriausia praktika;
- aktyvaus mokymosi sveikatos priežiūros įstaigoje skatinimas;
- ambicingų strateginių tikslų užsibrėžimas;
- veiklos rezultatų išmatavimas.

Lygiavimosi į geriausius metode, taikant jį sveikatos priežiūros srityje, lyginti galima paslaugas, įrangą ir įrengimus, veiklos procesus, sveikatos priežiūros įstaigas, bendruomenes, šalis, ekonominius sveikatos paslaugų aspektus (Serafinas, 2011).

Dar vienam išorės matavimo veiklos kokybei pagerinti ir vertinti metodui priskiriami vadybos sistemų auditai, kurie yra trijų tipų: sveikatos priežiūros įstaigos vidiniai (pirmosios šalies) auditai, klientų (pacientų) atlikti kokybės vadybos sistemos (antrosios šalies) auditai ir nepriklausomos KVS sertifikavimo įstaigos, siekiant gauti atitikties sertifikatą, (trečiosios šalies) auditai (Serafinas, 2011).

Remiantis LR sveikatos apsaugos ministro 2008 m. įsakymu „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“, įstaiga, vykdydama asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimo veiklą, organizuoja vidaus medicininį auditą įstaigos veiklai ir paslaugų kokybei vertinti ir gerinti. 4 lentelėje pateiktos atsakingų už vidaus medicininio audito atlikimą funkcijos ir atsakingi už jos vykdymą asmenys, priklausomai nuo dirbančių SPI sveikatos priežiūros specialistų skaičiaus.

4 lentelė. Sveikatos priežiūros įstaigos vidaus medicininį (pirmosios šalies) auditų organizavimas ir funkcijos paslaugų kokybės vertinime ir gerinime

(šaltinis: sudaryta magistro darbo autorės, remiantis sveikatos ministro „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“ įsakymu, 2008)

Sveikatos priežiūros specialistų skaičius	Atsakingas už vidaus auditą	Vykdančiųjų vidaus auditą funkcijos
iki 50	įstaigos vadovo įgaliotas asmuo arba pagal sutartį fizinis arba juridinis asmuo	1) dalyvauja įstaigos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės politikos, tikslų ir kokybės rodiklių nustatyme; 2) rengia vidaus medicininio audito veiklos aprašą; 3) sudaro ir įstaigos vadovui teikia tvirtinti metinį įstaigos vidaus medicininio audito planą (pagal įstaigos vadovo nustatytus prioritetus); 4) atlieka planinius ir neplaninius vidaus medicininis auditus (pagal įstaigos vadovo patvirtintą metinį planą);
nuo 50 iki 300	sudaroma vidaus medicininio audito grupė (įstaigos vadovo įsakymu)	6) teikia įstaigos vadovui ir audituotų bei suinteresuotų padalinių vadovams atliktų vidaus medicininį auditų ataskaitas su išvadomis ir siūlymais; 7) registruoja nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis, atlieka jų priežasčių analizę ir siūlo prevencines priemones įstaigos vadovui;
daugiau kaip 300	steigiamas vidaus medicininio audito padalinys	8) renka ir apibendrina informaciją apie pacientų pasitenkinimą teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis; 9) nagrinėja pacientų skundus savo kompetencijos ribose ir jų analizės išvadas su siūlymais teikia įstaigos vadovui; 10) dalyvauja įstaigos dokumentų, susijusių su sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimo veikla, rengime; 11) analizuoja sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimo ir gerinimo veiklą ir rengia vidaus medicininio audito veiklos metinę ataskaitą.

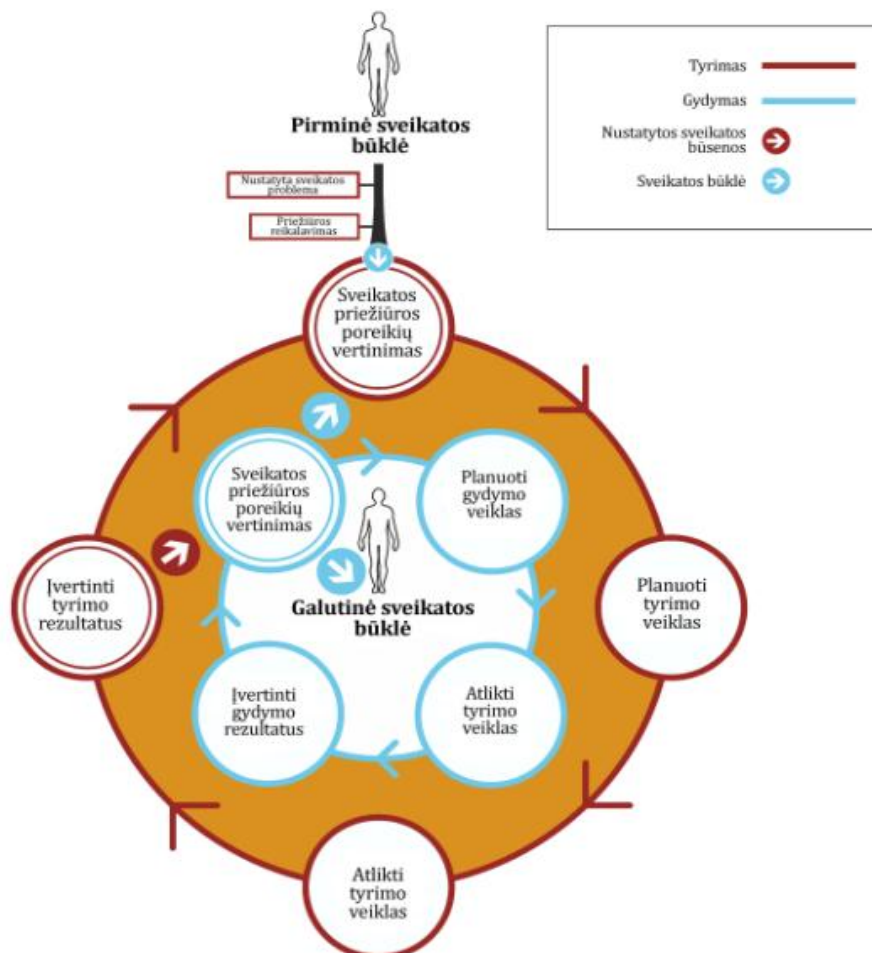
Remiantis 2018 m. Valstybės Kontrolės atlikto audito ataskaitos duomenimis, teigtina, jog Lietuvos SPI atliekamų vidaus medicininį auditų akcentuojamas tikslas – įvertinti suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų atitiktį teisės aktų reikalavimams ir medicininį įrašų kokybę, kas neparodo realaus paslaugų kokybės vertinimo. Taip pat audito metu išaiškėjo, kad dalyje SPI netinkamai formuojama vidaus medicininio audito grupė (nėra įsteigtas audito

padalinys arba auditoriai neturi tinkamo išsilavinimo, reikiamo 1 metų darbo stažo SPI arba nebaigę 24 val. trukmės audito žinių ir įgūdžių įgijimo kurso). Taip pat nėra metodikos ir standartų nustatytų, kuriais vadovaujantis medicinos auditoriai turėtų atlikti vidaus auditus. Taigi, šie paminėti faktai parodo neišspręstas problemas kokybės valdymo SPI sistemoje šalies mastu.

Dauguma Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų pacientų apklausai (antrosios šalies auditas) naudoja vidaus audito parengtus klausimynus, dėl to gauti rezultatai gali būti panaudoti tik vidaus kokybės procesui įvertinti. Gaunamas iš pacientų grįžtamasis ryšys apie jų patirtį naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis yra svarbi sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo stebėsenos, bei tobulinimo priemonė („Dėl asmens...“, 2017). EBPO pažymi, jog paciento patirties vertinimas ir stebėjimas gali parodyti paslaugų kokybės gerinimui reikiamą pakeitimų kryptį. Vis dėlto, auditas 2018 m. parodė, jog Lietuvoje SPI vertina pacientų pasitenkinimo gydymo paslaugomis lygį, tačiau nėra stebimi ir vertinami EBPO rekomenduojami vertinti pacientų patirties rodikliai: ar gydytojas per konsultaciją praleido pakankamai laiko su pacientu, suprantamai pateikia paaiškinimus, ar suteikia galimybę pacientui užduoti klausimus ir reikšti susirūpinimą, ar įtraukia į sprendimų priėmimą, susijusį su paciento gydymu (Valstybinio audito..., 2018). Informacija apie pacientų patirtį SPI yra pripažintas ir dažnai naudojamas paslaugų kokybę pamatuojantis rodiklis. Kitų šalių praktika parodo, kad paslaugų kokybei vertinti tiek ambulatorinėje, tiek ir stacionarinėje grandyse dažniau naudojami nacionaliniai standartizuoti klausimų blokai. Tokie standartiniai klausimynai užtikrina tyrimų validumą, patikimumą ir galimybę sekti pokyčių tendencijas ir juos lyginti tarp sveikatos priežiūros įstaigų („Dėl asmens...“, 2017).

Kokybės vadybos sistemos diegimas yra strateginis sveikatos priežiūros įstaigos sprendimas, galintis pagerinti įstaigos bendrą veiksmingumą ir pakloti tvirtus pamatus tvarios plėtros iniciatyvoms (LST EN 15224:2017, 2017). Sveikatos priežiūros įstaigos kokybės vadybos sistemas diegia dėl vidinių ir išorinių motyvų. Vienas išorinių motyvų yra: įgyti tarptautiniu mastu pripažįstamą kokybės savianalizės procesų modelį, gauti nepriklausomą veiklos įvertinimą iš trečiosios šalies ir tarptautiniu mastu pripažįstamą ir vertinamą kokybės sertifikatą. Vidiniai kokybės vadybos sistemos diegimo motyvai: įmonės struktūros, pareigybių ir įgaliojimų optimizavimas, verslo procesų ir darbo organizavimo tobulinimas, besidubliuojančių ir nekuriančių organizacijai pridėtinės vertės procesų šalinimas. Rezultate pasiekama finansinių ir laiko sąnaudų sumažėjimo, o organizacija, įsidiegusi kokybės vadybos modelį, tampa valdoma kaip vientisa sistema, kurios efektyviai vykdomi procesai lemia kokybiškų paslaugų teikimą sveikatos priežiūros srityje. Kadangi aiškiai apibrėžti kiekvieno darbuotojo įgaliojimai, visų padalinių darbuotojai (gydytojai, slaugytojai ir kt.)

geriau suvokia savo vaidmenį ir indėlį prisidedant prie veiklos kokybės užtikrinimo, o tai, savo ruožtu, sustiprina darbuotojų motyvaciją ir lojalumą, išmokstama komandinio darbo. Organizacijos vykdomi procesai tampa tikslingesni, darbai ir jų pasidalijimas konkrečiau apibrėžti, lengviau išmatuojami ir įvertinami (Ruževičius, 2006). Standartas LST EN 15224:2017 sveikatos priežiūroje taiko procesinį požiūrį, kuris apima Planuok – Daryk – Tikrint – Veik (PDTV) ciklą bei mąstymą atsižvelgiant į rizikas (žr. 1 pav.). Šis procesinis požiūris sąlygoja organizacijos klinikinių ir kitų procesų bei jų sąveikos planavimą. Procesinis požiūris sveikatos priežiūros srityje turėtų būti įgyvendinamas atsižvelgiant į klinikinius procesus, taip pat įtraukiant ir valdymo bei palaikomojus veiksmus, darančius įtaką klinikiniams procesams. Jis padeda nuolat tenkinti reikalavimus, pridėtinės vertės požiūriu (teigiamas poveikis paciento sveikatos būklei) nagrinėti klinikinius procesus, pasiekti klinikinių procesų veiksmingumą, tobulinti procesus, remiantis duomenimis ir informacijos vertinimu (LST EN 15224:2017, 2017).



1 pav. **Klinikinio proceso modelis, įskaitant vertės didinimą ir darbo eigą**
(šaltinis: LST EN 15224:2017, 2017)

PDTV ciklas užtikrina procesų aprūpinimą reikiamais ištekliais ir gerinimo galimybių nustatymą bei jų įgyvendinimą. Pagal 1 paveikslą pateiktą modelį yra sprendžiamos visų rūšių

sveikatos problemos. Modelis atvaizduoja nuo pirminio paciento kreipimosi su nustatyta sveikatos problema iki jo klinikinio proceso inicijavimo etapus (LST EN 15224:2017, 2017):

- sveikatos priežiūros tyrimų poreikio pacientui įvertinimas;
- sveikatos problemų patikslinimas atliekant sveikatos priežiūros tyrimus;
- sveikatos priežiūros gydymo poreikių įvertinimas;
- sveikatos priežiūros gydymo procedūrų atlikimas (sveikatos būklės įtakojimas);
- pakartotinis poreikių gydymui įvertinimas ir proceso užbaigimas (jei poreikis neidentifikuotas).

neidentifikuotas).

1. Iššūkiu vis dinamiškesnėje ir sudėtingesnėje aplinkoje sveikatos priežiūros įstaigoms tampa nuolatinis reikalavimų tenkinimas ir orientavimasis į būsimus poreikius bei lūkesčius. Šio tikslo siekime organizacijai gali prireikti pasinaudoti skirtingomis, neskaitant koregavimo bei nuolatinio gerinimo, tobulinimo formomis, kaip pavyzdžiui, esminiais proveržį keliančiais pakeitimais, inovacijomis ir perorganizavimu (LST EN 15224:2017, 2017)

Standartas LST EN 15224:2017 sveikatos priežiūroje remiasi tais pačiais principais kaip ir EN ISO 9000:2015 standartas (žr. 5 lentelę 21 psl. ir tęsinys 22 psl.):

5 lentelė. Sveikatos priežiūros srityje taikomi kokybės principai

(šaltinis: parengta magistro darbo autorės, remiantis *Kokybės vadybos sistemos. Pagrindai ir aiškinamasis žodynas (ISO 9000:2015)*, 2016)

Principas	Pritaikymas sveikatos priežiūroje		
	Teiginys	Pagrindimas	Nauda
Orientavimasis į klientą	Patenkinti klientų reikalavimus ir viršyti jų lūkesčius.	Ilgalaikė sėkmė organizacijai pasiekama įgyjant ir išlaikant savo klientų ir kitų suinteresuotųjų šalių pasitikėjimą.	Sukuriamas didesnis vertė klientui; didesnis kliento pasitenkinimas; didesnis kliento lojalumas; geresnė įstaigos reputacija; didesnės pajamos ir rinkos dalis.
Lyderystė	Visų lygmenų SPĮ lyderiai sukuria sąlygas įtraukti darbuotojus į organizacijos kokybės tikslų siekimą.	Įtraukiant darbuotojus sukuriamas galimybė SPĮ priderinti strategiją, politiką, procesus bei išteklius tikslams pasiekti.	Didesnis rezultatyvumas ir veiksmingumas siekiant kokybės tikslų; efektyvesnis SPĮ procesų koordinavimas; geresnė komunikacija tarp padalinių ir skyrių; SPĮ ir darbuotojų gebėjimo pateikti rezultatus vystymas.
Žmonių įtraukimas	Tik kompetentingi ir ištraukę visų SPĮ lygmenų darbuotojai prisideda prie SPĮ gebėjimo kurti ir suteikti vertę stiprinimo.	Vykdant rezultatyvią ir efektyvią SPĮ vadybą, svarbu gerbti, suteikti pripažinimą, galimybes ir stiprinti kompetencijas visų lygmenų SPĮ darbuotojų, siekiant SPĮ kokybės tikslų.	SPĮ darbuotojai labiau motyvuoti siekti SPĮ kokybės tikslų, labiau juos supranta; Daugiau iniciatyvos ir kūrybiškumo iš žmonių, asmeninio tobulėjimo; Didesnis darbuotojų pasitenkinimas ir pasitikėjimas bei bendradarbiavimas visoje SPĮ; Didesnis darbuotojų įsitraukimas į gerinimo veiklą.

5 lentelės tęsinys. Sveikatos priežiūros srityje taikomi kokybės principai

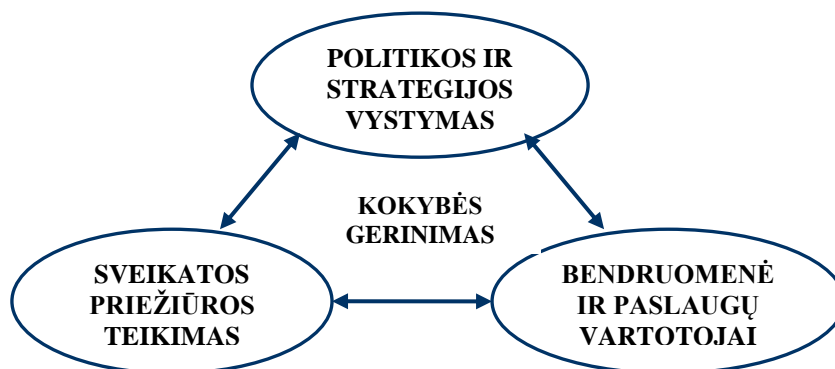
Principas	Teiginys	Pagrindimas	Nauda
Procesinis požiūris	Kai veiklos tvarkomos ir suprantamos kaip susiję tarpusavy procesai (veikiantys kaip darni sistema), efektyviau ir rezultatyviau pasiekiami ir nuspėjami ir pastovūs rezultatai.	Suvokimas KVS sistemos veikimo principo kaip tarpusavyje susijusių procesų ir jų rezultato sukūrimo, leidžia SPI optimizuoti sistemą ir didinti veiksmingumą.	Geresnis pastangų sutelkimas į pagrindinius procesus bei jų gerinimo galimybes; Nuspėjami KVS išvediniai; Optimizuoto veiksmingumo pasiekimas taikant rezultatyvų procesų valdymą, efektyvų išteklių naudojimą; SPI suiteresuotųjų šalių pasitikėjimo padidėjimas įstaigos rezultatyvumu ir efektyvumu.
Gerinimas	Tarp sėkmingų organizacijų gerinimo siekimas yra vienas prioritetų.	Siekiant išlaikyti esamą veiksmingumo lygį, reaguojant į įstaigos vidaus ir išorės sąlygų pasikeitimus bei kuriant naujas galimybes, SPI ypatingai svarbus gerinimas.	Procesų veiksmingumo padidėjimas; didesnės galimybės ir klientų pasitenkinimas; Prevencinių ir korekcinų veiksmų panaudojimas nustatant pagrindines priežastis; Gebėjimas nuspėti vidaus ir išorės rizikas bei laiku į jas reaguoti; geresnis mokymosi panaudojimas gerinimui įgyvendinti; Kryptingas inovacijų siekimas.
Sprendimų, pagrįstų faktais, priėmimas	Labiau tikėtinas norimų rezultatų pasiekimas duomenų ir informacijos analize grįstais sprendimais.	Prielaidas didesniams objektyvumui ir pasitikėjimui priimant sprendimus sudaro faktai, duomenų analizė ir įrodymai.	Veiksmingesni sprendimų priėmimo procesai; Geresnis gebėjimas tikslų pasiekime ir procesų veiksmingumo vertinime; Geresnis sprendimų ir nuomonės nagrinėjimo bei klausimų kelimo gebėjimas; Geresnis ankstesnių sprendimų rezultatų pristatymo gebėjimas.
Santykių vadyba	Tvarios sėkmės siekyje, SPI vykdo savo santykių su svarbiomis suinteresuotomis šalimis vadybą.	SPI veiksmingumui įtaką daro svarbios suinteresuotosios šalys (tiektėjai ir partneriai).	Vienodas suiteresuotųjų šalių tikslų ir vertybių identifikavimas ir suvokimas; Geresnis vertės suiteresuotosioms šalims kūrimo gebėjimas (pasidalijant ištekliais ir kompetencija, valdant su kokybe susijusių riziką); Geros tiekimo grandinės užtikrinimas (stabilus paslaugų srautas).

Mokslinių tyrimų duomenimis, daugiau kaip trečdalis ligoninių vadovybė suvokia kokybės vadybos sistemų svarbą, vis dėlto, įtakos galimybėms ją įgyvendinti turi ligoninės dydis, finansinės galimybės ir kiti veiksniai (Kosinskienė ir Ruževičius, 2011). Nors ir nėra nustatyta kokybės sistemų palaikymo ir vystymo finansavimo tvarka, sveikatos priežiūros įstaigose daugiausiai atvejų įstaigų administracijų iniciatyva, o ne SPI steigėjų, yra diegiamos kokybės vadybos sistemos (remiantis Valstybinio audito ataskaitos duomenimis, 2018). Didinant KVS ekonominę naudą ligoninėms ir skatinant jų konkurencingumą, būtinas finansavimo didinimas ir paskatinimo sertifikuotoms SPI teikimas (Glamba ir kiti, 2010). A.

Kosinskienė ir J. Ruževičius (2011) atkreipė dėmesį, kad tų šalių, kur kokybės vadyba bei KVS plėtojimas ligoninėse yra finansiškai skatinamas ir apibrėžtas teisės aktais, KVS įgyvendinimas sekasi geriau nei šalyse, kuriose tokie principai yra savanoriško ir rekomendacinio pobūdžio. KVS kaip proceso įgyvendinimo SPĮ trukmė gana ilga – apie 7 metus, lyginant su verslo organizacijomis, kuriose KVS įgyvendinama vidutiniškai per pusantrų metų (Kosinskienė ir Ruževičius, 2011).

Įvairūs tyrimai parodė Pareto taisyklės pritaikomumą vertinant kokybės vadybos sistemas – iki 80 proc. organizacijos veiklos trūkumų lemia netinkamai veikianti vadybos sistema arba jos nebuvimas, ir tik 20 proc. darbuotojų klaidos arba jų kompetencijos stoka (Ruževičius, 2006).

Pasaulio Sveikatos Organizacijos leidinyje *Quality of care* (2006) pateikiamas sveikatos priežiūros kokybės gerinimo modelis, kuris parodo sistemos dalyvių vaidmenis ir jų atsakomybes (žr. 2 pav.).



2 pav. **Sveikatos priežiūros kokybės gerinimo modelis**

(šaltinis: iš anglų kalbos išverstas Pasaulio Sveikatos Organizacijos leidinio *Quality of care : a process for making strategic choices in health systems* (2006) pateiktas modelis)

PSO akcentuoja, kad pagrindinis politikos ir strategijos vystymo vaidmuo turi atitekti nacionaliniam ir regioniniam lygmeniui sveikatos priežiūros kokybės gerinimo procese. 2 pav. modelyje pavaizduoti pagrindiniai sistemos dalyviai ir pabrėžiama abipusio ryšio tarp jų svarba. Toliau 6 lentelėje pateikiami sistemos dalyvių uždaviniai.

6 lentelė. Sveikatos priežiūros kokybės gerinimo proceso dalyvių pareigos ir uždaviniai

(šaltinis: sudaryta magistro darbo autorės, remiantis PSO leidiniu *Quality of care : a process for making strategic choices in health systems*, 2006)

Veiksmas	Vykdantysis	Pareigos	Uždaviniai
Politikos ir strategijos vystymas	Sprendimus priimančios pareigūnai	Prižiūrėti visos sistemos veiklą ir vystyti visai sistemai taikomas strategijas kokybės rezultatams pagerinti.	Dalyvaujant sveikatos paslaugų teikėjams, paslaugų vartotojams ir bendruomenei, tinkamai kurti ir įgyvendinti kokybės strategijas.
Sveikatos priežiūros teikimas	Paslaugų teikėjai	Užtikrinti teikiamų paslaugų atitikimą aukščiausiems standartams bei paslaugų vartotojų, jų šeimų, bendruomenių poreikių tenkinimą. Bendrai siekti visos sistemos kokybės politikos tikslų.	Veikti tinkamoje kokybės politikos aplinkoje; Siekiant geriausių rezultatų sveikatos priežiūros kokybės gerinime, identifikuoti savo potencialių vartotojų poreikius bei lūkesčius.
Bendruomenė ir paslaugų vartotojai		Siekiant gauti kokybiškas paslaugas – nustatyti savo poreikius, prioritetus ir rūpintis savo sveikata, pasinaudojant paslaugų teikėjų parama.	Siekiant gerinti savo pačių sveikatą, įtakoti tiek formuojamą kokybės politiką, tiek paslaugų teikėjus.

PSO remdamasi vyriausybės ir kokybės srityje dirbančių organizacijų praktine patirtimi, apibūdino sveikatos priežiūros kokybės sistemos politikos formavimo ir įgyvendinimo proceso etapus (Quality of..., 2006):

- **Analizė:** suinteresuotųjų šalių įtraukimas, būklės įvertinimas, tikslų patvirtinimas;
- **Strategija:** kokybės užduočių numatymas, priemonių pasirinkimas;
- **Įgyvendinimas:** vykdymas, stebėjimas.

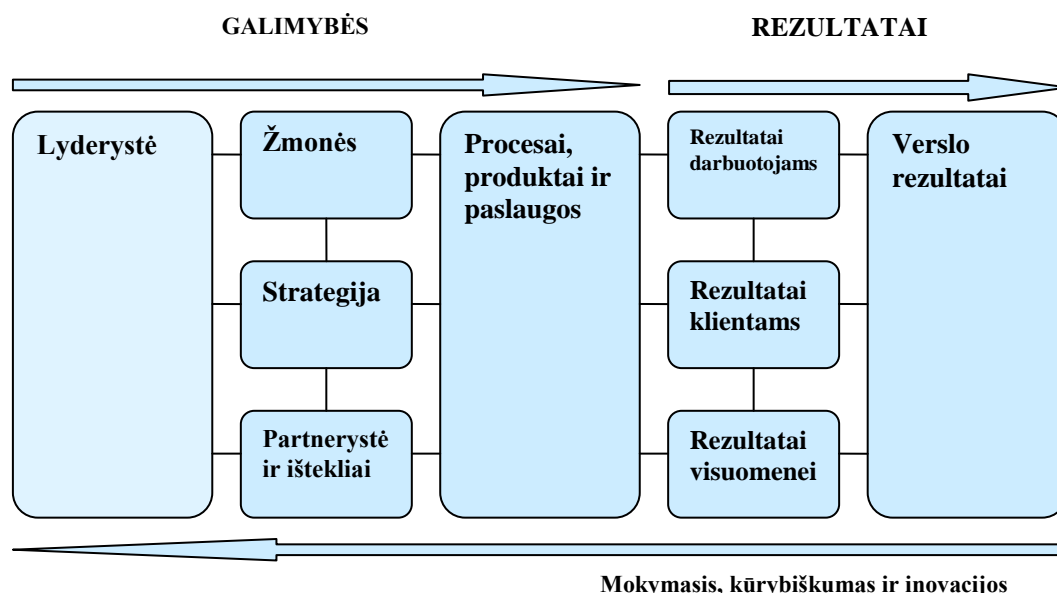
Taigi, bendradarbiaujant visoms suinteresuotoms šalims sveikatos priežiūros politikos ir strategijos vystyme, sveikatos specialistams teikiant paslaugas, atitinkančias aukščiausius standartus, bei paslaugų vartotojų, jų šeimų, bendruomenių poreikius, o paslaugų vartotojams besirūpinant savo sveikata, galimas teigiamas kokybės valdymo SPĮ rezultatas ir ženklus pagerėjimas.

EFQM tobulumo modelis. Vienas iš populiariausių Lietuvoje taikomų veiklos kokybės tobulinimo ir vertinimo metodų yra savianalizė pagal pripažintą tarptautinį modelį – **EFQM** (angl. *European Foundation for Quality Management* – Europos kokybės vadybos fondo) **tobulumo modelis**. EFQM tobulumo modelis baigtas rengti 1991 m. Europos kokybės vadybos fondo, po to, kai nuodugniai išnagrinėtas buvo Amerikos Nacionalinio kokybės apdovanojimo modelis ir pasinaudota jo vertingąja patirtimi (Serafinas, 2011). Pagrindinis EFQM tobulumo modelio tikslas – pagerinti įstaigos veiklą, kad pasiekti „tobulumą“ (angl. *excellence*). Europos kokybės vadybos fondas yra nepelno siekianti organizacija, kurios būstinė yra Briuselyje, Belgijoje. Pats Europos kokybės vadybos fondas įkurtas buvo 1989

metais 14 Europos organizacijų. Jo sukurtas **EFQM tobulumo modelis** yra paremtas aštuonių esminių tobulumą apibrėžiančių sąvokų. Iš esmės jos apibūdina tobulos organizacinės kultūros charakteristikas (Domittner *et al.*, 2013):

- vertės klientui kūrimas;
- tvarios ateities kūrimas;
- organizacinių gebėjimų ugdymas;
- nuolatinis tobulinimas ir naujovių diegimas;
- vadovavimasis vizija, įkvėpimu ir sąžiningumu;
- suinteresuotų šalių (pacientų, gydytojų, ligoninės administracijos darbuotojų, įstaigos steigėjų ar akcininkų, visuomenės) naudingos partnerystės plėtojimas;
- tikslų pasiekimas per darbuotojų ugdymą ir talentus;
- pasiektų rezultatų išlaikymas.

Europos kokybės vadybos fondo uždavinys yra padėti įstaigoms įsidiegti EFQM tobulumo modelį, organizuojant tinkamus mokymus ir teikiant vertinimo priemones. Kasmet organizuojami EFQM tobulumo modelio apdovanojimai, įteikiami įstaigoms su pasiektais geriausiais rezultatais (Domittner *et al.*, 2013). 3 paveiksle pateikiamas EFQM tobulumo modelis.



3 pav. **EFQM tobulumo modelis**
(šaltinis: modelis išverstas autorės iš anglų kalbos, remiantis www.efqm.org)

Kaip matyti iš 3 paveikslo, EFQM tobulumo modelis pagrįstas devyniais kriterijais, kurie grupuojami į du pagrindinius blokus (www.efqm.org):

Galimybės:

1. Lyderystė

Rezultatai:

6. Rezultatai darbuotojams

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| 2. Žmonės | 7. Rezultatai klientams |
| 3. Strategija | 8. Rezultatai visuomenei |
| 4. Partnerystė ir ištekliai | 9. Verslo rezultatai |
| 5. Procesai, produktai ir paslaugos | |

Pirmi penki „galimybių“ kriterijai parodo ką ir kaip vykdo įstaiga, o keturi „rezultatų“ kriterijai parodo, ką įstaiga atliko. EFQM tobulumo modelį kaip dinamišką sistemą parodo 3 paveiksle esančios rodyklės, kur mokymasis, kūrybiškumas ir inovacijos palaiko nuolatinį „galimybių“ gerinimą sąlygojanti „rezultatų“ pagerėjimą (Quality Management, 2013).

Favaretti *et al.* (2015) aprašė EFQM tobulumo modelio pritaikymo Italijos sveikatos priežiūros sistemoje patirtį, trūkusią apie dešimt metų, kurios rezultate gerokai pakilo savianalizės vertinimo lygis ir pagerėjo veiklos rezultatai, ypač klientų pasitenkinimo, darbuotojų ir paslaugų teikimo rezultatai.

Bendrojo vertinimo modelis. Siekiant nuolatinio visų medicininės veiklos sričių tobulinimo bei remiantis visuotinės kokybės vadybos (VKV), EFQM veiklos tobulumo modelio pagrindu buvo parengtas ir adaptuotas viešojo sektoriaus organizacijų, tame tarpe ir ligoninių, veiklai tobulinti visuotinės kokybės vadybos metodas – „**Bendrojo vertinimo modelis**“ (toliau – BVM) (angl. *CAF – Common Assessment Framework*) (Kosinskienė ir Ruževičius, 2011). BVM yra vienas populiariausių nemokamų Europos viešajame sektoriuje taikomų kokybės vadybos metodų. Nuo BVM sukūrimo (2000 m.), jis du kartus (2002 m. ir 2006 m.) buvo tobulintas, jo naujausia versija sukurta – 2013 m. BVM remiasi prielaida, kad tinkamai valdant organizacijos veiklos procesus ir turimus organizacijos išteklius, yra pasiekiami į visuomenės poreikius orientuoti organizacijos veiklos rezultatai. Šis modelis sukuria galimybę vienu metu ir įvairiais kriterijais įvertinti organizacijos veiklą. Yra galimybė pritaikyti BVM tiek visoje organizacijoje, tiek ir atskirame jos padalinyje. BVM pagrindiniai tikslai (Bendrasis vertinimo..., 2013):

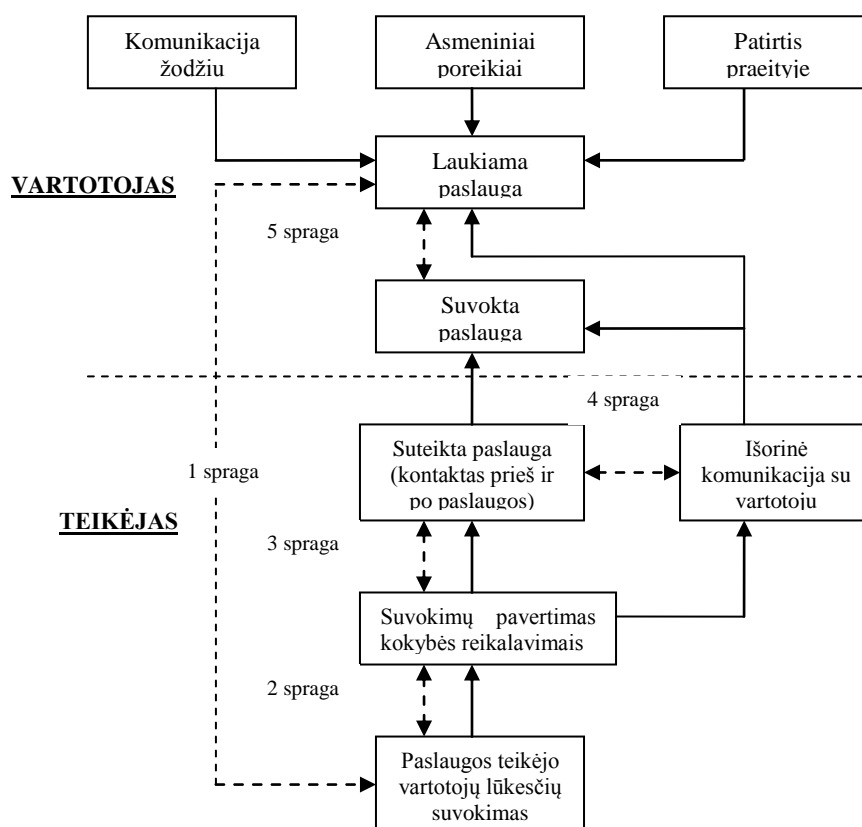
1. pristatyti VKV principus viešojo sektoriaus organizacijoms ir paskatinti juos taikyti savo veikloje;
2. supažindinti viešojo sektoriaus organizacijas su jų veiklos procesų tobulinimo ciklu (planuok – atlik – tikrink – veik);
3. padėti viešojo sektoriaus organizacijoms atlikti savianalizę;
4. išnaudoti įvairių kokybės vadybos metodų privalumus tobulinant organizacijų veiklą;
5. padėti viešojo sektoriaus organizacijų tarpusavio palyginime.

Kaip visuotinės kokybės vadybos metodas, BVM yra pagrįstas Europos kokybės vadybos fondo suformuluotais aštuoniais tobulumo principais. BVM struktūra susideda iš

devynių kriterijų, apimančių svarbiausius aspektus, kuriuos turėtų analizuoti organizacija taikydama BVM: (1) lyderystė, (2) veiklos planavimas, (3) žmonės, (4) partnerystė ir išteklių valdymas, (5) procesai, (6) į piliečius/klientus orientuoti rezultatai, (7) darbuotojų rezultatai, (8) socialinės atsakomybės rezultatai, (9) pagrindinės veiklos rezultatai. Pirmieji penki kriterijai analizuoja organizacijos galimybes, kurios identifikuoja organizacijos veiklos valdymo procesus ir parodo, kaip organizacijos veiklos uždaviniai yra susieti su planuojamais rezultatais. Likę keturi kriterijai analizuoja organizacijos veiklos rezultatus. BVM skatina viešojo sektoriaus organizacijas rinkti informaciją (įrodymus) apie savo veiklą ir remiantis šia informacija padeda jai nustatyti organizacijos stiprybes ir tobulintinas veiklos sritis. BVM taikymo viešojo sektoriaus organizacijoje išorinis vertinimas Lietuvoje yra reglamentuotas LR VRM ministro įsakymu, o atlikus jį ir pripažinus organizaciją BVM efektyviu taikytoju, yra išduodamas dvejus metus galiojantis Europos BVM efektyvaus taikytojo (angl. *Effective CAF User*) pažymėjimas (Bendrasis vertinimo..., 2013).

A. Kosinskienės ir J. Ruževičiaus manymu, tikėtina, jog tiek EFQM veiklos tobulumo, tiek ir BVM modeliai neilgai trukus gali tapti viena pagrindinių sistemingai taikomų Lietuvoje sveikatos priežiūros įstaigų vadybos ir veiklos tobulinimo ir vertinimo priemonių.

Servqual modelis. *Servqual* modelis – tai priemonė paslaugų kokybei įvertinti per įvairias paslaugų charakteristikas, apimanti tiek paslaugos suvokimo, tiek lūkesčių vertinimą. Siekiant padėti vadovams apsibrėžti tikslus ir prioritetinius tobulinimo aspektus, geriausių rezultatų siekyje, *Servqual* modelio pagalba galima išgryninti tarp lūkesčių ir suvokimo atsirandančią spragą. Vienas iš paslaugų kokybės matų yra lygis, iki kurio paslaugos atitinka vartotojų poreikius ar lūkesčius. Dažniausia mažai yra žinoma apie vartotojų lūkesčius, todėl tai apsunkina apklausų metu pasitenkinimo paslaugomis gautų rezultatų analizavimą. *Servqual* modelis (žr. 4 pav.) sukurtas kaip įvertinimo priemonė, dar žinoma kaip „spragų modelis“ (Europos vartotojų..., 2010).



4 pav. **Servqual paslaugų kokybės modelis**
(šaltinis: Parasuraman *et al.*, 1985 (autorės išversta iš anglų kalbos))

Servqual modelio koncepcijoje apibrėžti dešimt paslaugų kokybę įtakančių veiksnių, iš kurių vėliau buvo atrinkti tik penki (Parasuraman *et al.*, 1988):

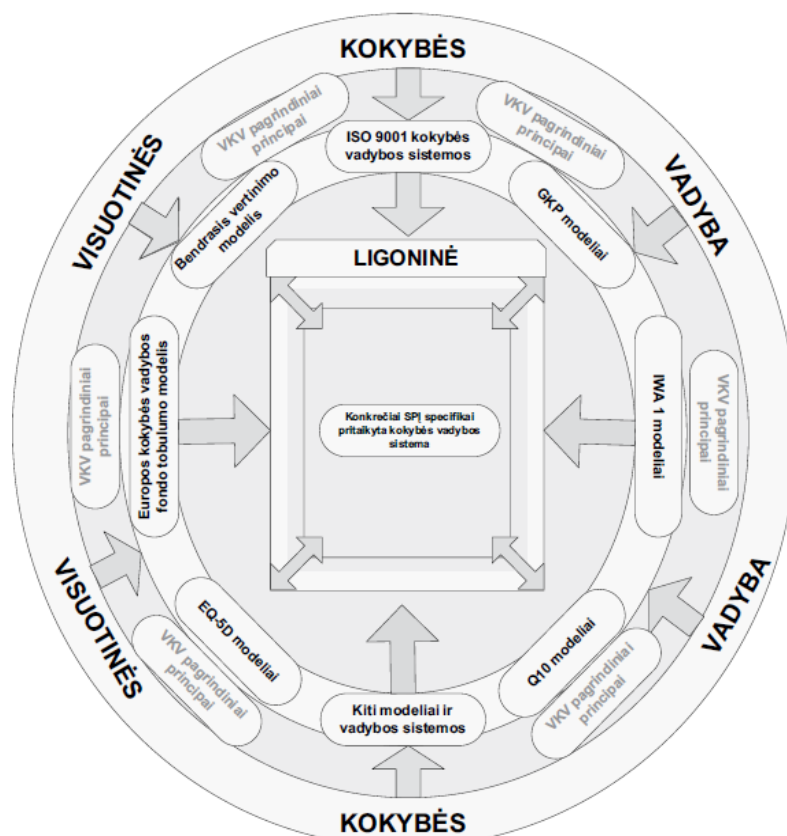
- Apčiuopiamumas (angl. *tangibility*) – turimos fizinės priemonės ir įranga, darbuotojų išvaizda, kaip aiškiai suprantama informacinė medžiaga;
- Patikimumas (angl. *reliability*) – užtikrintas ir tikslus pažadėtų paslaugų atlikimas;
- Jautrumas (angl. *responsiveness*) – pagalba klientams ir greitas paslaugos suteikimas;
- Tikrumas (angl. *assurance*) – pasitikėjimo įkvėpimas;
- Empatija (angl. *empathy*) – rūpestingų ir individualių paslaugų suteikimas klientams.

Paslaugų kokybės ir vartotojų pasitenkinimo moksliniai tyrimai parodė, kad *Servqual* yra efektyvi paslaugų kokybės matavimo priemonė. Anot *Servqual* kūrėjų, paslaugų kokybė turėtų būti matuojama atėmus iš vartotojų suvokimo vertinimo jų lūkesčių vertinimą („paslaugų kokybė“ = „suvokimas“ – „lūkesčiai“). Apskaičiuotas teigiamas balas reiškia aukštesnę paslaugų kokybę ir atvirksčiai. Todėl *Servqual*, kaip diagnostinė priemonė, padeda paslaugų teikėjams nustatyti jų stipriąsias ir silpnąsias puses (Butt & Run, 2010).

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tyrimuose naudojant *Servqual* modelį gaunami skirtingi rezultatai. Keli mokslininkai teigia jį esant patikimu instrumentu, kai, tuo tarpu, kitų manymu, yra tam tikrų sveikatos priežiūros paslaugų dimensijų, kurios neįtrauktos į pradinę

Servqual skalę. Vienų mokslininkų įžvalgomis, *Servqual* netinkamas matuoti sveikatos priežiūros kokybę, nes paslaugų funkcinių dimensijų matavimas neapėria techninio pobūdžio sveikatos priežiūros paslaugų. Vis dėlto, tyrimą Malaizijos ligoninėje panaudojant *Servqual* modelio skalę atlikę mokslininkai teigia, kad tai puiki priemonė objektyviai išmatuoti vartotojų sveikatos priežiūros lūkesčius ir jų paslaugų suvokimą. Šios prieštaringos nuomonės rodo, kad sveikatos priežiūros kokybė toli gražu nėra išspręsta ir reikalauja papildomo mokslinio nagrinėjimo (Butt & Run, 2010). *Išryškėja nepakankamas Servqual modelio pritaikymo kokybės valdymui sveikatos priežiūroje ištyrimas, kuris iš esmės galėtų būti efektyvi priemonė nustatyti spragas paslaugų teikime ir paslaugų atitikimą vartotojų poreikiams ir lūkesčiams, kas yra svarbiausia kokybės sveikatos priežiūroje kontekste.*

A. Kosinskienė ir J. Ruževičius (2011) tyrė kokybės vadybos priemonių taikymo sveikatos priežiūros įstaigose veiklai tobulinti ypatumus ir teigia, jog paslaugų kokybės sisteminių vertinimą reikia atlikti remiantis ne tik medicinos profesionalų, bet ir pacientų bei vadybos specialistų požiūriu. Autoriai pateikė ligoninių veiklos kokybės tobulinimo integruotą modelį (5 pav.), jungiantį visuotinės kokybės vadybos principus, KVS sistemas, EFQM veiklos tobulumo, Bendrojo vertinimo modelius, EQ-5D (tai iš *EuroQol* tyrimo grupės parengta standartizuota priemonė, skirta įvertinti ir apibūdinti ligonio sveikatos būklę), IWA 1 (KVS reikalavimų adaptavimo prie sveikatos priežiūros organizacijų veiklos specifikos fundamentinės gairės), GKP (gera klinikinė praktika), Q10 (farmacijos kokybės užtikrinimo sistemos modelis) bei veiksmingas kokybės vadybos priemones. Modelis rekomenduojamas diegti kokybės vadybos srityje labiau „pažengusiose“ įstaigose, kurios yra įsidiegusios ISO 9001 ar kitą kokybės vadybos sistemą, kur identifikuoti ir valdomi pagrindiniai veiklos procesai, sukurta grįžtamojo ryšio užtikrinimo sistema (Kosinskienė ir Ruževičius, 2011).



5 pav. **Ligoninių veiklos kokybės tobulinimo integruotas modelis**
(šaltinis: Kosinskienė ir Ruževičius, 2011)

Pritaikius modelį prie konkrečios SPI veiklos ir organizacinės kultūros, autorių nuomone, galėtų iš esmės pagerėti teikiamų paslaugų kokybės valdymas sveikatos paslaugų prieinamumo, informacijos teikimo, pacientų saugos bei kitais SPI veiklos veiksmingumo aspektais (Kosinskienė ir Ruževičius, 2011).

1.3. Tyrimų, atliktų paslaugų kokybės valdymo sveikatos priežiūros įstaigose įvertinimui, rezultatų analizė

1.3.1. Lietuvoje atliktų tyrimų rezultatų analizė

A. Kosinskienė ir J. Ruževičius (2010) praktinėje veikloje praktiškai taikė ligoninės veiklos kokybės valdymui bei paslaugų vertinimui skirtą gerinimo modelį, kurį sudaro struktūra, procesai ir rezultatai, Vilniaus miesto universitetinėje ligoninėje apklausiant anonimiškai pacientus (115 anketų) bei ligoninės darbuotojus (121 anketa). Tyrimo rezultatus aprobavus buvo sukurtas anksčiau aprašytas 5 pav. modelis. Anketinio tyrimo rezultatai parodė, kad SPI teikiamų paslaugų kokybė tiek pacienčių, tiek darbuotojų gerai įvertinta, o išryškėjusios pagrindinės vidinės problemos: skiriamų lėšų ir gydymo bei darbo priemonių ir išsamios informacijos pacientėms stoka, fizinė aplinka (buitiniai nepatogumai) (Kosinskienė ir Ruževičius, 2010).

D. Bubnienės ir J. Ruževičiaus 2010 m. atliktas 271 pacientų, 97 gydytojų ir 67 farmacijos darbuotojų anoniminės anketinės apklausos tyrimas parodė, kad pasireiškia vadybos metodų ir priemonių įvaldymo nepakankamumas, nepakankama komunikacija tarp medicinos personalo ir administracijos, visuotinai taikytinų medicinos paslaugų kokybės rodiklių ir jų vertinimo metodikos nebuvimas sudaro kliūtis veiksmingam SPI veiklos kokybės gerinimui, medikams trūksta su teise, psichologija ir vadyba susijusių žinių. Kaip svarbiausias paslaugų kokybės gerinimo priemonės respondentai nurodė: darbo krūvio mažinimą, psichologinio mikroklimato ir pasitenkinimo darbu gerinimą (Bubnienė ir Ruževičius, 2010).

K. Štaras ir kiti 2013 m. atliko anoniminę anketinę 400 pacientų apklausą su tikslu apibendrinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtimumo vadybos gerinimo priemonės ir įvertinti bei išanalizuoti Vilniaus miesto pacientų požiūrį į sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Tyrimas atskleidė, kad vadybos metodų bei priemonių valdymo, kokybės rodiklių paslaugų vertinimui metodikų nebuvimas yra pagrindinės priežastys, trukdančios veiksmingai gerinti SPI paslaugų kokybę. Rezultatai parodė, kad paslaugų kokybę įtakoja ilgas laukimo laikas pas gydytojus specialistus (tame tarpe planinių operacijų vidutiniškai – 3 mėn., pas II lygio specialistus – apie 1 mėn., kai kuriuos net 2 mėn.), tuo tarpu privačiose SPI laukimo laikas yra trumpesnis, o priėmimo laikas ilgesnis. Paslaugų priimtimumą mokslo ir geriausios praktikos, etikos ir fizinės aplinkos aspektais pacientai vertina teigiamai tiek viešosiose, tiek ir privačiose SPI (Štaras ir kiti, 2013).

V. Janušonis ir D. Daukantaitė 2013 m. atliko tyrimą Klaipėdos universitetinės, Šiaulių ir Panevėžio respublikinėse ligoninėse, kurios įdiegusios ISO šeimos KVS. Apklausti buvo 73 gydytojai ir 101 slaugytojas. Tyrimo tikslas buvo nustatyti ISO 9000 šeimos KVS įtaką SPI veiklos rezultatams. Tyrimo rezultatai išryškino pagrindines sveikatos priežiūros paslaugų kokybę veikiančias problemas: didelis darbo krūvis, mažas darbo užmokestis ir lėšų stoka. Rezultate nustatyta, kad SPI paslaugų kokybė ir ligoninių veiklos rezultatai veikiant kokybės sistemoms gerėjo, didėjo paslaugų prieinamumas, trumpėjo pacientų vidutinis gulėjimo laikas, didėjo medikų ir pacientų saugumas, augo pacientų lojalumas SPI. Medikai teigiamai vertino vykstančius pokyčius veikiant KVS ligoninėse veiklos ir pacientų pasitenkinimo aspektais, turėjo teigiamą požiūrį į išorinį kokybės vertinimą (Janušonis ir Daukantaitė, 2014).

A. Šilys ir R. Gurevičius 2006 m. atliko tyrimą anoniminės anketinės apklausos būdu apklausiant 437 VšĮ Respublikines tuberkuliozės ir infekcinių ligų universitetinės ligoninės medicinos darbuotojus. Klausimynas parengtas pagal EFQM tobulumo modelio devynis vadybos sėkmės vertinimo veiksnius (galimybių ir rezultatų dalys), adaptuotus ligoninės sąlygoms, vadybos sistemos brandos savivertinimui. Respondentų prieš vertinimą prašyta

diskutuoti tikslinėse grupėse apie stipriausias ir gerintinas ligoninės veiklos sritis tol, kol bus prieita prie bendros nuomonės. Tyrimo rezultatai parodė pagrindines tobulintinas sritis: žmonių išteklių valdymas (pastangų siekti gerinimo pripažinimas ir vertinimas), darbuotojų poreikių tenkinimas (motyvacijos sistemos sukūrimas, darbo ir sveikatos saugos valdymas, karjeros planavimas, įgūdžių tobulinimas ir kokybės metodų taikymo išmanymas), naujų paslaugų projektavimo valdymas. Autoriai padarė išvadą, kad savivertinimas yra gera prevencinė ligoninės KVS gerinimo veikla, nes padeda išvengti gaišaties ir nesėkmių (Šilys ir Gurevičius, 2008).

V. Glamba ir kiti 2010 m. aprašė atliktą tyrimą VšĮ Abromiškių reabilitacijos ligoninėje, kurio tikslas buvo nustatyti KVS įtaką pacientų lūkesčių patenkinimui, pacientų pasitenkinimą gydytojų, slaugytojų ir kineziterapeutų darbu ir įvertinti KVS įdiegimo ekonominę naudą. Renkami buvo anketiniai duomenys iki KVS pagal tarptautinį standartą LST EN ISO 9001:2001 įdiegimą 2004 metais (124 anketos) ir po įdiegimo 2005 m. (203 anketos), 2006 m. (914 anketų), 2007 m. (1136 anketų) ir 2008 m. (816 anketų). Tyrimo rezultatai parodė, 2005-aisiais įdiegus KVS VšĮ Abromiškių reabilitacijos ligoninėje krito pacientų pasitenkinimas kineziterapeutų, slaugytojų darbu ir pacientų lūkesčių patenkinimo lygis. KVS įdiegus 2006–2008 metais, pakilo pacientų pasitenkinimas gydytojų, slaugytojų ir kineziterapeutų darbu bei pacientų lūkesčių patenkinimo lygis. KVS įdiegimas neturėjo ženklios įtakos pacientų, besigydančių savo lėšomis, skaičiui bei antrą ir daugiau kartų pasirinkusių šios istaigos paslaugas pacientų skaičiui (Glamba ir kiti, 2010).

Apibendrinant Lietuvoje atliktų tyrimų kokybės valdymo SPI įvertinimui rezultatus, teigtina, kad lėšų stoką kaip vieną pagrindinių problemų sveikatos priežiūroje paminėjo Kosinskienė ir Ruževičius (2010) ir Janušonis su Daukantaite (2014), per didelį darbo krūvį — Bubnienė ir Ruževičius (2010) ir Janušonis su Daukantaite (2014), komunikaciją su pacientais — Kosinskienė ir Ruževičius (2010) ir komunikaciją tarp medicinos personalo ir administracijos — Bubnienė ir Ruževičius (2010), pasitenkinimo darbu aspektus Bubnienė ir Ruževičius (2010), Šilys su Gurevičiumi (2008) bei Janušonis su Daukantaite (2014). Tuo tarpu, Štaro ir kitų (2013) bei Bubnienės su Ruževičiumi (2010) tyrimai atskleidė, kad vadybos metodų bei priemonių valdymo, kokybės rodiklių paslaugų vertinimui metodikų nebuvimas apsunkina SPI paslaugų gerinimą.

1.3.2. Užsienyje atliktų tyrimų rezultatų analizė

B. Rehaman ir M. Husnain 2018 m. Pakistane tyrė sveikatos priežiūros paslaugų kokybės dimensijų (pagal SERVQUAL metodiką) įtaką pacientų pasitenkinimui privačiame sveikatos sektoriuje. Atlikus 380 pacientų apklausą, rezultatai parodė, jog didžiausią įtaką

pacientų pasitenkinimui turi apčiuopiamumas (įranga, personalo išvaizda) ir empatija (rūpinimasis, individualus dėmesys) (Rehaman & Husnain, 2018).

M. Li su kitais bendraautoriais irgi ištyrė 2015 m. pacientų sveikatos paslaugų kokybės vertinimą devyniose Kinijos ligoninėse, panaudodami SERVQUAL metodiką, ir rezultatai parodė, kad labiausiai paslaugų kokybę įtakoja empatija ir tikrumas (Li *et al.*, 2015).

M. Butt ir E. Run 2010 m. tyrė Malaizijos privačios ligoninės paslaugų kokybę per SERVQUAL penkių dimensijų vertinimą (spragas tarp pacientų „lūkesčių“ ir paslaugos „suvokimo“ vertinimų). Rezultatai parodė visų penkių kokybės dimensijų neigiamą paslaugų įvertinimą („suvokimo“ vertinimo vidurkis visur mažesnis už „lūkesčių“ vidurkį), o prasčiausiai įvertintas jautrumo dimensijos „suvokimas“ (Butt & Run, 2010).

S. H. Teshnizi ir kiti bendraautoriai 2018 m. publikavo 2009-2016 m. vykusio tyrimo rezultatus, kurio tikslas buvo atlikti visų Irane publikuotų tyrimų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ištirti, naudojant SERVQUAL penkių dimensijų metodiką, metaanalizę. Iš 12 į metaanalizę įtrauktų tyrimų paskaičiavus bendrus SERVQUAL penkių dimensijų vidurkius ir standartinę nuokrypį (pacientų „suvokimo“ ir „lūkesčių“ vertinimo), padarytos išvados, jog visų penkių dimensijų pacientų paslaugos „suvokimo“ vertinimai yra mažesni už „lūkesčių“ vertinimus, kas parodo nepasitenkinimą sveikatos paslaugomis Irano ligoninėse (Teshnizi *et al.*, 2018).

Shabbir su kitais bendraautoriais 2017 m. publikavo tyrimą, kurio tikslas buvo nustatyti paslaugų kokybės vertinimą viešose ir privačiose ligoninėse naudojant aštuonias kokybės dimensijas (gydytojų / slaugių med. paslaugos, diagnostinės paslaugos, pastatai/administracija, hospitalizacijos paslaugos, maitinimo paslaugos, aplinkos švara, išrašymas iš ligoninės) pacientų sveikatos paslaugų „lūkesčių“ ir „suvokimo“ vertinimų palyginimais („spragų“ modelis). Rezultatai parodė, jog pacientų lūkesčiai abiejuose sektoriuose ne iki galo yra patenkinami, gydytojų paslaugų dimensija geriausiai įvertinta kaip „suvokiama“ kokybė viešajame sektoriuje (blogiausiai – slaugytojų ir tvarkytojų paslaugos), o palatų/ švaros dimensija geriausiai vertinta privačiame sektoriuje (blogiausiai – administracijos paslaugos) (Shabbir *et al.*, 2017).

M. Bahadori ir kiti 2018 m. tyrė akreditacijos įtaką sveikatos priežiūros paslaugų kokybei slaugos darbuotojų požiūriu Irano karo ligoninėje. Po 160 slaugos darbuotojų apklausos, vertinant sveikatos paslaugų kokybę pagal dimensijas: kokybės rezultatai (priklausomas kintamasis), o lyderystė, planavimas, žmogiškiojo išteklių, kokybės valdymas, informavimas ir akreditacijos privalumai (nepriklausomi kintamieji), rezultate išaiškėjo, kad labiausiai akreditacijos kokybės rezultatus įtakoja lyderystė ir kokybės valdymas (Bahadori *et al.*, 2018).

El-Jardali ir kiti bendraautoriai 2008 m. Libane jau buvo tyrę akreditacijos įtaką sveikatos paslaugų kokybei slaugos darbuotojų požiūriu, ir nustatė, kad iš visų tirtų kokybės dimensijų (lyderystė, įsipareigojimas, duomenų naudojimas, kokybės valdymas, žmogiškieji išteklių ir personalo įtraukimas) klasifikuojant pagal ligoninių dydį, rezultatai parodė, kad kokybės rezultatus (priklausomas kintamasis) labiausiai įtakoja kokybės valdymas (vidutinio dydžio ligoninėse) ir personalo įtraukimas (mažose ligoninėse) (El-Jardali *et al.*, 2008).

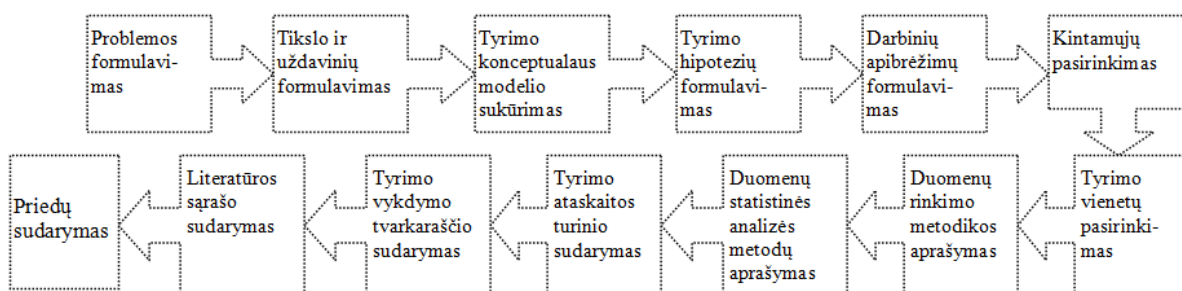
Reziumuojant užsienio mokslininkų atliktų tyrimų SPI paslaugų kokybei įvertinti rezultatus, teigtina, jog SERVQUAL penkių kokybės dimensijų metodika vertinant SPI paslaugų kokybę yra plačiai taikoma užsienio mokslininkų, nors Lietuvoje šios metodikos pritaikymas retai sutinkamas sveikatos priežiūros paslaugų kokybei įvertinti. Iš kelių aprašytų tyrimų (Rehman & Husnain, 2018; Li et al., 2015), darytina išvada, kad iš penkių SERVQUAL dimensijų paslaugų kokybė labiausiai priklauso nuo empatijos (individualaus dėmesio pacientui suteikimas), kitaip vadinamas orientavimosi į paciento poreikius ir lūkesčius kokybės reikalavimu, kuris šiame darbe kokybės standarto LST EN 15224:2017, PSO, ir LR įstatymų išskirtas kaip esminė kokybės dimensija. Bahadori ir kt. (2018) bei El-Jardali ir kt. (2008) tyrimai, orientuoti į akreditacijos įtakos sveikatos paslaugų kokybei ištyrimą, parodė svarbiausią kokybės dimensiją – kokybės valdymą. Mokslininkai, tyrę paslaugų kokybę SPI per pacientų „suvokimo“ ir „lūkesčių“ prizmę (spragų modelis), nustatė, kad pacientų gaunama paslauga neatitinka jų išankstinių lūkesčių, nes apskaičiuotos buvo spragos su minuso ženklu visose penkiose SERVQUAL dimensijose (Butt & Run, 2010; Teshnizi et al., 2018).

2. VAIKŲ LIGONINĖS PASLAUGŲ KOKYBĖS VALDYMO TYRIMO METODOLOGIJA

Tyrimo objektu pasirinktas Vaikų ligoninė, kuri yra viešosios įstaigos Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų filialas, paslaugos gavėjų (pacientų tėvų) pasitenkinimas vaikų sveikatos priežiūros paslaugų kokybe. Vaikų ligoninėje veikia 8 centrai. Šioje ligoninėje suburta aukščiausio lygio vaikų sveikatos priežiūros specialistų komanda diagnozuojanti ir gydanti vaikų ligas, teikianti chirurgijos ir reabilitacijos paslaugas visų amžiaus grupių vaikams – nuo naujagimių iki aštuoniolikmečių.

Surinkti sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo duomenys padeda sveikatos paslaugų teikėjams sutelkti dėmesį į tobulintinas sveikatos paslaugų organizavimo sritis, todėl paslaugų kokybės sisteminis kompleksinis vertinimas turėtų apimti ne tik medicinos profesionalų, vadybos specialistų, bet ir pacientų požiūrį. Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas yra vienas iš svarbių sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nusakančių rodiklių (Kosinskienė ir Ruževičius, 2010). Kompleksinis paslaugų kokybės vertinimas iš paciento perspektyvos užtikrina visuotinės kokybės vadybos įgyvendinimą (Štaras ir kiti, 2013).

Autorinio tyrimo planavimo etapai pateikti 6 pav.



6 pav. Autorinio tyrimo planavimas

(šaltinis: sudaryta magistro darbo autorės, remiantis Tamaševičius, 2015)

Tyrimo problema – paslaugos gavėjų (pacientų tėvų) pasitenkinimas vaikų sveikatos priežiūros paslaugų kokybe.

Tyrimo tikslas – ištirti paslaugų kokybės dimensijų įtaką paslaugos gavėjų (pacientų tėvų) pasitenkinimui vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išmatuoti paslaugų kokybės dimensijų ir pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis rodiklių raišką.
2. Išnagrinėti apčiuopiamumo paslaugų kokybės dimensijos ir pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis ryšius.

3. Išnagrinėti patikimumo paslaugų kokybės dimensijos ir pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis ryšius.

4. Išnagrinėti jautrumo paslaugų kokybės dimensijos ir pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis ryšius.

5. Išnagrinėti tikrumo paslaugų kokybės dimensijos ir pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis ryšius.

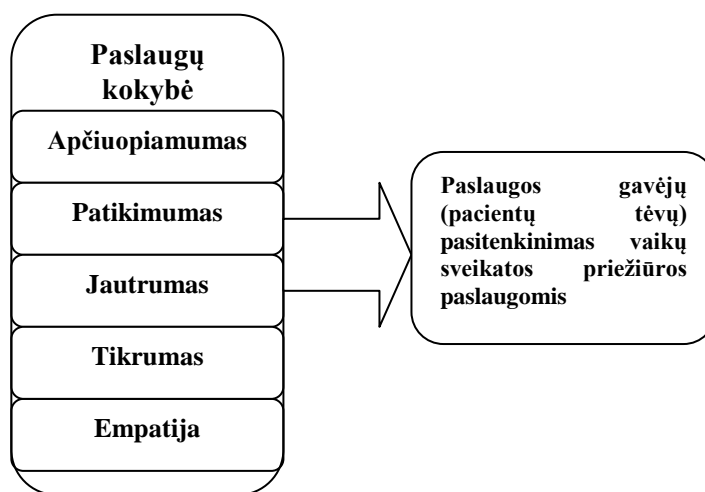
6. Išnagrinėti empatijos paslaugų kokybės dimensijos ir pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis ryšius.

7. Nustatyti, kurios iš penkių SERVQUAL metodo dimensijų (apčiuopiamumas, patikimumas, jautrumas, tikrumas ar empatija) prognozuoja paslaugos gavėjų pasitenkinimą vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis.

2. **Tyrimo ir metodikos pagrindimas.** Empiriniam sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tyrimui pasirinkta SERVQUAL metodika, kuri, anot mokslininkų, sukurta vadovaujantis požiūriu, kad svarbiausias paslaugų kokybės suvokimas iš vartotojo pusės. Empirinio tyrimo instrumente buvo išskirtos penkios SERVQUAL dimensijos, pritaikytos vertinti vaikų sveikatos priežiūros paslaugas: apčiuopiamumas, patikimumas, jautrumas, tikrumas ir empatija. Rehaman ir Husnain (2018) teigia, kad egzistuoja tiesioginis ryšys tarp paslaugų kokybės ir pasitenkinimo, nes paslaugų kokybė sąlygoja pasitenkinimą paslaugomis. Atlikta literatūros apžvalga išryškino paslaugų kokybę sveikatos priežiūroje užtikrinančias sąlygas (dimensijas): prieinamumas, saugumas, veiksmingumas, efektyvumas, orientavimasis į pacientą (jo poreikius ir lūkesčius), nešališkumas, tinkamumas, savalaikiškumas ir paciento įtraukimas į gydymo procesą ir sprendimų priėmimą, kurios gali būti grupuojamos į penkias pagrindines SERVQUAL dimensijas: apčiuopiamumą, patikimumą, jautrumą, tikrumą ir empatiją. Apčiuopiamumo dimensija apima: modernią medicininę įrangą, priemones, gydytojų išvaizdą. Patikimumo dimensija apima: užtikrintą ir tikslų paslaugų atlikimą (gydytojai nedaro klaidų, noriai sprendžia problemas, paslaugos atliekamos paskirtu laiku). Jautrumo dimensija apima: greitą paslaugos suteikimą, pasiruošimą padėti pacientui kai jam reikia, operatyvų reagavimą į susidariusias problemas, efektyvumą, informavimą apie atliekamas procedūras ir jų eigą. Tikrumo dimensija apima: mokėjimą paaiškinti pacientui aiškia kalba apie paslaugų teikimą, pasitikėjimą gydytoju, personalo darbuotojų malonų bendravimą, paslaugumą, pagarbą, gydytojų kompetenciją atlikti paslaugas, saugumą (fizinį ir paciento duomenų konfidencialumą). Empatiijos dimensija apima: prieinamumą (susisiekimasis telefonu, privažiavimo bei darbo laiko patogumas, paslaugos laukimo trukmė), paciento poreikių identifikavimą, individualų dėmesį pacientui (Parasuraman *et al.*, 1985; Rehaman & Husnain 2018). Rehaman ir Husnain (2018) nustatė, kad didžiausią įtaką pacientų

pasitenkinimui turi apčiuopiamumas ir empatija, o Li ir kiti (2015) išskyrė empatijos ir tikrumo dimensijas, kaip pagrindinius veiksnius, įtakojančius paslaugų kokybę. Svarbu yra ištirti ir likusių dimensijų (patikimumo ir jautrumo) įtaką pasitenkinimui sveikatos priežiūros paslaugomis, kadangi jos apima esminius kokybiškų sveikatos paslaugų reikalavimus, kuriuos nustato LR įstatymai, PSO, LST EN 15224:2017 kokybės standartas, JAV Sveikatos Priežiūros Akreditacijos Organizacija, jų svarbą pabrėžė Mosadeghrad (2013) ir Khan *et al.* (2016).

Pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis pasirinktas tirti analizuojant paslaugos gavėjų vertinimus pagal SERVQUAL dimensijas. SERVQUAL matavimo būdas gana paprastas, bet efektyvus, atskleidžiant silpnąsias ir stipriąsias paslaugų kokybės puses bei tiksliai identifikuojant tobulintinas sritis (Poškutė ir Bivainienė, 2011).



7 pav. Tyrimo koncepcijos grafinis modelis

(sudaryta magistro darbo autorės)

Remiantis išnagrinėta mokslinė literatūra bei 7 pav. pateiktu sukurtu tyrimo koncepcijos grafiniu modeliu iškeltos šios tyrimo **hipotezės**:

➤ *pirma hipotezė (H1)*: Apčiuopiamumo kokybės dimensija teigiamai susijusi su paslaugos gavėjų pasitenkinimu vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis.

➤ *antra hipotezė (H2)*: Patikimumo kokybės dimensija teigiamai susijusi su paslaugos gavėjų pasitenkinimu vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis.

➤ *trečia hipotezė (H3)*: Jautrumo kokybės dimensija teigiamai susijusi su paslaugos gavėjų pasitenkinimu vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis.

➤ *ketvirta hipotezė (H4)*: Tikrumo kokybės dimensija teigiamai susijusi su paslaugos gavėjų pasitenkinimu vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis.

➤ *penkta hipotezė (H5)*: Empatijos kokybės dimensija teigiamai susijusi su paslaugos gavėjų pasitenkinimu vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis.

➤ *šešta hipotezė (H6)*: Apčiuopiamumo, patikimumo, jautrumo, tikrumo ir empatijos kokybės dimensijos daro įtaką paslaugos gavėjų pasitenkinimui vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis.

Tyrime naudojami darbiniai apibrėžimai: **SERVQUAL** metodo penkių **kokybės dimensijų** apibrėžimai: Apčiuopiamumas (angl. *tangibility*) – turimos fizinės priemonės ir įranga, darbuotojų išvaizda, kaip aiškiai suprantama informacinė medžiaga; Patikimumas (angl. *reliability*) – užtikrintas ir tikslus pažadėtų paslaugų atlikimas; Jautrumas (angl. *responsiveness*) – pagalba klientams ir greitas paslaugos suteikimas; Tikrumas (angl. *assurance*) – pasitikėjimo įkvėpimas; Empatiija (angl. *empathy*) – rūpestingų ir individualių paslaugų suteikimas klientams.

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sąvoka tyrime apibūdinama kaip: sveikatos priežiūros paslaugų teikimas atsižvelgiant į paslaugos teikėjo galimybes ir pacientų poreikius bei lūkesčius, atsirandančius sąveikaujant su sveikatos priežiūros specialistais klinikinių procesų metu. Šis apibrėžimas pritaikytas išnagrinėjus kokybės koncepcijos taikymo sveikatos priežiūroje mokslinę literatūrą ir remiantis LST EN 15224:2017 standartu bei Lietuvos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu. **Pasitenkinimo** sąvoka vartojama tyrime kaip: bendras išankstinio lūkesčio ir faktinio paslaugų vartojimo atitikimo santykis (Han & Ryu, 2009).

Imtis. Tyrimo imties reprezentatyvumas paskaičiuotas pagal Kardelio (2005) formulę, siekiant gauti tikslią populiaciją atspindinčius rezultatus.

Imties skaičiavimo formulė (Kardelis, 2005):

$$n = 1 / (\Delta^2 + 1/N)$$

kur: **n** – imties dydis, **N** – populiacija, Δ – paklaidos dydis (0,08, t.y. 8%).

Remiantis 2017 metų Vaikų ligoninės veiklos ataskaitos duomenimis, pagal 2017 metais Vaikų ligoninėje hospitalizuotų pacientų (21000) skaičių, nustatyta, kad esant 95 proc. patikimumo lygmeniui ir 8 proc. paklaidos tikimybei reikia apklausti 149 paslaugos gavėjų (pacientų tėvų). Tyrimui apklaustas minimalus pacientų tėvų imties dydis – 149 respondentai. Respondentų imtis yra reprezentatyvi Vaikų ligoninės atžvilgiu, todėl tyrimo išvados (sveikatos priežiūros paslaugų kokybės paslaugos gavėjų vertinimai taikytini vidinių ligoninės veiklos probleminių sričių ištyrimui) galės būti taikomos tik šios ligoninės sveikatos priežiūros kokybei vertinti.

Tyrimo metodai. Remiantis analitiniu požiūriu į tyrimą yra atliekama kiekybinė analizė. Kiekybiniuose tyrimuose siūlomi analizės metodai yra aiškūs ir minimaliai dviprasmiški (tikslūs reikalavimai tyrimams ir aiškūs tyrimo vertinimo kriterijai). Tyrimo

tiksliui nagrinėjamas reiškinys (kuris yra pasekmė) išskaidomas į sudedamąsias dalis (priežastis) ir, nagrinėjami atskirų dalių ir nagrinėjamo reiškinio ryšiai, turėsiantys paaiškinti patį reiškinį (Tamaševičius, 2015). Kiekybiniam tyrimui atlikti pasirinktas apklausos metodas kaip pirminės verbalinės informacijos rinkimo metodas, pagrįstas netiesiogine (anketavimas) tyrėjo ir respondento sąveika (cituojama iš Tamaševičius, 2015).

Klausimynas sudarytas remiantis Dikčiaus (2011) anketos sudarymo principais, SERVQUAL metodika (Parasuraman *et al.*, 1988; Poškutė ir Bivainienė, 2011; Europos vartotojų..., 2010, 107 p.; Butt & Run, 2010; Rehaman & Husnain, 2018). Pacientų tėvų klausimyną sudaro 4 dalys: paslaugų kokybės konstruktas, pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis konstruktas, atviras klausimas su pasiūlymais ir pastabomis, kaip gerinti Vaikų ligoninės paslaugų kokybę, ir demografiniai klausimai (lytis, išsilavinimas ir vaiko amžius) (1 priedas). Paslaugų kokybės vertinimui konstruktas sudarytas pagal SERVQUAL penkias dimensijas: apčiuopiamumą (4 teiginiai); patikimumą (4 teiginiai); jautrumą (4 teiginiai); tikrumą (7 teiginiai) ir empatiją (6 teiginiai). Paslaugų kokybės konstrukto teiginiai matuojami Likerto penkių balų skalėje (vertinant: 1 – visiškai nesutinku, 2 – nesutinku, 3 – nei sutinku, nei nesutinku, 4 – sutinku, 5 – visiškai sutinku).

Tyrimo taikyti statistiniai instrumentai: Anketiniai duomenys apdoroti ir analizuoti naudojant statistinį duomenų analizės paketą *SPSS statistic 24.0*, Microsoft Excel. Pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis konstrukto bei paslaugų kokybės dimensijų konstrukto vidinis nuoseklumas vertintas *Cronbacho α* rodikliais. Skaičiuoti rodiklių vidurkiai, tyrimo kintamųjų tarpusavio sąsajos vertintos *Pearsono* koreliacijos koeficientu, ryšio stiprumą vertinant skalėje nuo 0 iki 1 arba nuo 0 iki -1, t.y. jei $r = 0$ – priklausomybės tarp kintamųjų nėra, kuo reikšmė arčiau -1 arba 1, tuo priklausomybė tarp kintamųjų yra stipresnė (Marčinskas, 2012). Koreliacijos koeficiento ryšio stiprumas vertintas: nuo 0 iki 0,2 – labai silpnas; nuo 0,2 iki 0,5 – silpnas; nuo 0,5 iki 0,7 – vidutinis; nuo 0,7 iki 1 – stiprus. *Pearson* koreliacijos koeficientų ryšių stiprumo skirtumams nustatyti naudotas *Steiger Z testas*. Penkių konstrukto (apčiuopiamumo, patikimumo, jautrumo, tikrumo ir empatijos) vidurkių tarpusavio skirtumams patikrinti naudota *Blokuotų vertinimų dispersinė analizė*. Statistiniai skirtumai tarp vertinimų analizuojamoms dviems nepriklausomoms imtims (pagal lytį, vaiko amžių) buvo vertinami *Independent samples t testu*, trijų ir daugiau nepriklausomų imčių lyginimui (pagal išsilavinimą) vertinti *One Way ANOVA testu*, vertinant pagal reikšmingumo lygmens koeficientus: jeigu $p \leq 0,05$, tai vertinimų skirtumai buvo laikomi statistiškai reikšmingais (Tamaševičius, 2015). Duomenų tinkamumą faktorinei analizei įvertinti skaičiuotas Kaizerio-Mejerio-Olkino (*KMO*). Faktorinė analizė naudota, kad patvirtinti naudojamus konstruktus, parodant, kad penkių

kokybės dimensijų skalės sudedamosios dalys (teiginiai) patenka į tuos pačius faktorius. Priklausomo kintamojo – pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis – prognostiniai veiksniai vertinti taikant *daugialypę tiesinę regresiją*. Regresinėje analizėje regresijos lygtis susieja vieną kintamąjį Y, vadinamą priklausomu kintamuoju, su nepriklausomais kintamaisiais X1, X2 ,..., XK. Šiame tyrime priklausomas kintamasis Y – „Pasitenkinimas vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis“, nepriklausomieji kintamieji: X1 – „Apčiuopiamumas“, X2 – „Patikimumas“, X3 – „Tikrumas“, X4 – „Jautrumas“, X5 – „Empatija“. Toliau pateiktas išsamus kintamųjų aprašymas.

Demografiniai rodikliai. Respondentų buvo klausiama lyties, jų išsilavinimo ir jų vaikų amžiaus. Anketoje buvo pateikti galimi atsakymo variantai.

Pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis konstrukta sudarė 4 teiginiai, kurie vertinti Likerto skale nuo 1 („visiškai nesutinku“) iki 5 („visiškai sutinku“). Konstrukta sudarė šie teiginiai:

1. Aš teigiamai atsiliepiu apie Vaikų ligoninę kitiems asmenims.
2. Aš rekomenduočiau savo pažįstamiems ir artimiesiems Vaikų ligoninę.
3. Ketinu ir ateityje naudotis Vaikų ligoninės paslaugomis.
4. Teikiu pirmenybę Vaikų ligoninei prireikus sveikatos priežiūros paslaugų savo vaikui.

Konstrukto vidinio nuoseklumo Cronbacho alfa rodiklis – 0,86. Pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis rodiklio reikšmė – respondentų vertinimų į konstrukto teiginius balų vidurkis. Tiriamosios pagrindinių komponentų faktorinės analizės su *varimax* sukimu rezultatai (KMO = 0,78, $p < 0,05$) parodė, kad duomenys analizei tinkami, buvo išskirtas vienas faktorius, kuris paaiškina 72,6 proc. rezultatų sklaidos.

Paslaugų kokybė vertinta pagal 25 teiginius, kurie suskirstyti į penkias paslaugų kokybės dimensijas. Teiginiai vertinti Likerto skale nuo 1 („visiškai nesutinku“) iki 5 („visiškai sutinku“). *Paslaugų kokybės* konstrukto „Apčiuopiamumo“ dimensiją sudarė šie 4 teiginiai:

1. Ligoninėje naudojama moderni įranga.
2. Gydytojų apranga yra tvarkinga.
3. Ligoninės patalpos yra tvarkingos ir švarios.
4. Ligoninės patalpos yra aiškiai išdėstytos.

Paslaugų kokybės „Apčiuopiamumo“ dimensijos vidinio nuoseklumo Cronbacho alfa rodiklis – 0,65. „Apčiuopiamumo“ dimensijos rodiklio reikšmė – respondentų vertinimų į dimensijos 4 teiginius balų vidurkis. Tiriamosios pagrindinių komponentų faktorinės analizės su *varimax* sukimu rezultatai (KMO = 0,68, $p < 0,05$) parodė, kad duomenys

faktorinei analizei tinkami, išskirtas vienas faktorius, kuris paaiškina 50,67 proc. rezultatų sklaidos.

Paslaugų kokybės konstrukto „Patikimumo“ dimensiją sudarė šie 4 teiginiai:

1. Gydytojai nedaro klaidų suteikdami paslaugą.
2. Ligoninės darbuotojai noriai sprendžia iškilusias problemas.
3. Paslaugos atliekamos paskirtu laiku.
4. Paslaugos atliekamos profesionaliai.

Paslaugų kokybės „*Patikimumo*“ dimensijos vidinio nuoseklumo Cronbacho alfa rodiklis – 0,81. „*Patikimumo*“ dimensijos rodiklio reikšmė – respondentų vertinimų į dimensijos 4 teiginius balų vidurkis. Tiriamosios pagrindinių komponentų faktorinės analizės su *varimax* sukimu rezultatai ($KMO = 0,79$, $p < 0,05$) parodė, kad duomenys faktorinei analizei tinkami, išskirtas vienas faktorius, kuris paaiškina 65 proc. rezultatų sklaidos.

Paslaugų kokybės konstrukto „Jautrumo“ dimensiją sudarė šie 4 teiginiai:

1. Gydytojai geba greitai reaguoti į susidariusias problemas.
2. Gydytojai noriai padeda pacientams, kai jiems prireikia pagalbos.
3. Gydytojai informuoja apie gydymą ir jo eigą.
4. Gydytojai geba greitai suteikti gydymo paslaugą.

Paslaugų kokybės „*Jautrumo*“ dimensijos vidinio nuoseklumo Cronbacho alfa rodiklis – 0,86. „*Jautrumo*“ dimensijos rodiklio reikšmė – respondentų vertinimų į dimensijos 4 teiginius balų vidurkis. Tiriamosios pagrindinių komponentų faktorinės analizės su *varimax* sukimu rezultatai ($KMO = 0,78$, $p < 0,05$) parodė, kad duomenys faktorinei analizei tinkami, išskirtas vienas faktorius, kuris paaiškina 70,44 proc. rezultatų sklaidos.

Paslaugų kokybės konstrukto „Tikrumo“ dimensiją sudarė šie 7 teiginiai:

1. Ligoninės personalas elgiasi paslaugiai ir maloniai.
2. Ligoninės personalas elgiasi pagarbiai.
3. Ligoninės gydytojais galiu pasitikėti.
4. Laikas praleistas pas gydytoją yra pakankamas.
5. Gydytojai geba suprantamai paaiškinti apie gydymo procedūras.
6. Ligoninėje dirba kvalifikuoti gydytojai.
7. Gydytojai geba paslaugas atlikti saugiai.

Paslaugų kokybės „*Tikrumo*“ dimensijos vidinio nuoseklumo Cronbacho alfa rodiklis – 0,89. „*Tikrumo*“ dimensijos rodiklio reikšmė – respondentų vertinimų į dimensijos 7 teiginius balų vidurkis. Tiriamosios pagrindinių komponentų faktorinės analizės su *varimax* sukimu

rezultatai ($KMO = 0,83$, $p < 0,05$) parodė, kad duomenys faktorinei analizei tinkami, išskirtas vienas faktorius, kuris paaiškina 61,37 proc. rezultatų sklaidos.

Paslaugų kokybės konstrukto „Empatijos“ dimensiją sudarė šie 6 teiginiai:

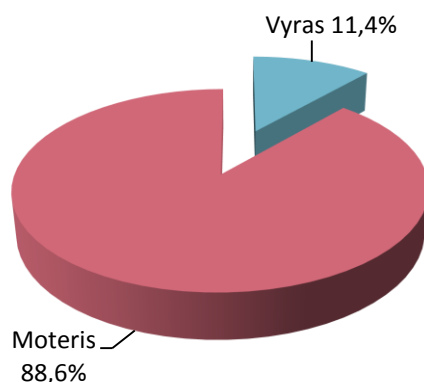
1. Gydytojai skiria individualų dėmesį pacientui.
2. Registracija pas gydytojus telefonu yra patogė.
3. Registracija pas gydytojus internetu www.sergu.lt yra patogė.
4. Susisiekimas viešuoju transportu su ligonine yra patogus.
5. Mašinos parkavimas prie ligoninės yra patogus.
6. Ligoninės darbo laikas yra patogus.

Paslaugų kokybės „Empatijos“ dimensijos vidinio nuoseklumo Cronbacho alfa rodiklis – 0,7. „Empatijos“ dimensijos rodiklio reikšmė – respondentų vertinimų į dimensijos 6 teiginius balų vidurkis. Tiriamosios pagrindinių komponentų faktorinės analizės su *varimax* sukimu rezultatai ($KMO = 0,73$, $p < 0,05$) parodė, kad duomenys faktorinei analizei tinkami, išskirtas vienas faktorius, kuris paaiškina 40,16 proc. rezultatų sklaidos.

Tyrimo eiga. Tyrimas atliktas 2019 metų vasario mėnesį. Tyrimui atlikti reikalingi duomenys surinkti paskelbus parengtą anketą www.apklausa.lt internetinėje programoje. Nuoroda į anketą išsiųsta per socialinius tinklus facebook draugams, pažįstamiems, facebook tėvų ir darželio grupėms. Taip pat buvo prašoma kitų pasidalinti nuoroda su pažįstamais, kuriems teko lankytis Santaros Vaikų ligoninėje su vaikais iki 18 metų per pastaruosius kelis metus. Anketos pildymo laikas buvo neribojamas. Atrenkant imtį tyrimui buvo panaudota neatsitiktinės atrankos sniego gniūžties imties strategija.

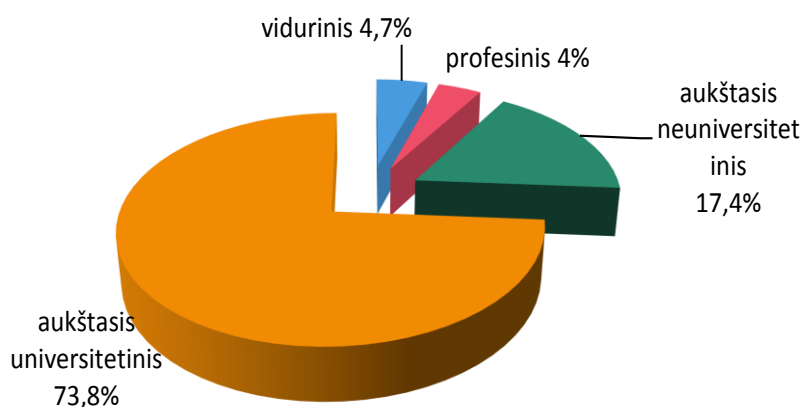
3. VAIKŲ LIGONINĖS PASLAUGŲ KOKYBĖS VALDYMO TYRIMO REZULTATŲ ANALIZĖ

Apklaustų pacientų tėvų pasiskirstymas pagal demografinius rodiklius: lytį, išsilavinimą ir vaiko (-ų) amžių pateiktas 8, 9 ir 10 paveiksluose.



8 pav. **Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal lytį**
(sudaryta autorės, remiantis autorinio tyrimo rezultatais)

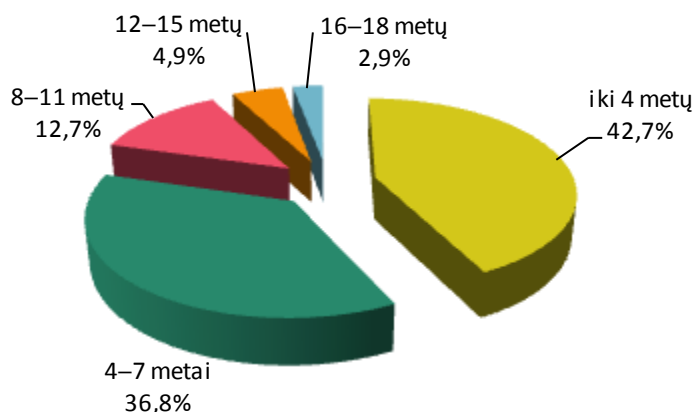
Remiantis 8 paveikslo skrituline diagrama, matyti, kad dauguma dalyvavusiųjų apklausoje net 88,6 % yra moterys (N=132). Vyrų, kurie pildė apklausos anketą buvo 11,4 % (N=17). Tai būtų galima paaiškinti tuo, jog mamos dažniau negu vyrai lankosi su vaikais Vaikų ligoninėje pas specialistus, kadangi jos dažniau ima vaiko priežiūros atostogas ir turi tam daugiau laiko.



9 pav. **Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal išsilavinimą**
(sudaryta autorės, remiantis autorinio tyrimo rezultatais)

Remiantis 9 paveiksle pateiktais tyrimo rezultatais dėl respondentų išsilavinimo, teigtina, jog dauguma (73,8 %) užpildžiusių anketą turi aukštąjį universitetinį išsilavinimą

(N=110), 17,4 % apklaustųjų (N=26) – aukštąjį neuniversitetinį, vos 4,7 % apklaustųjų (N=7) – vidurinį ir 4 % turinčių profesinį išsilavinimą (N=6).

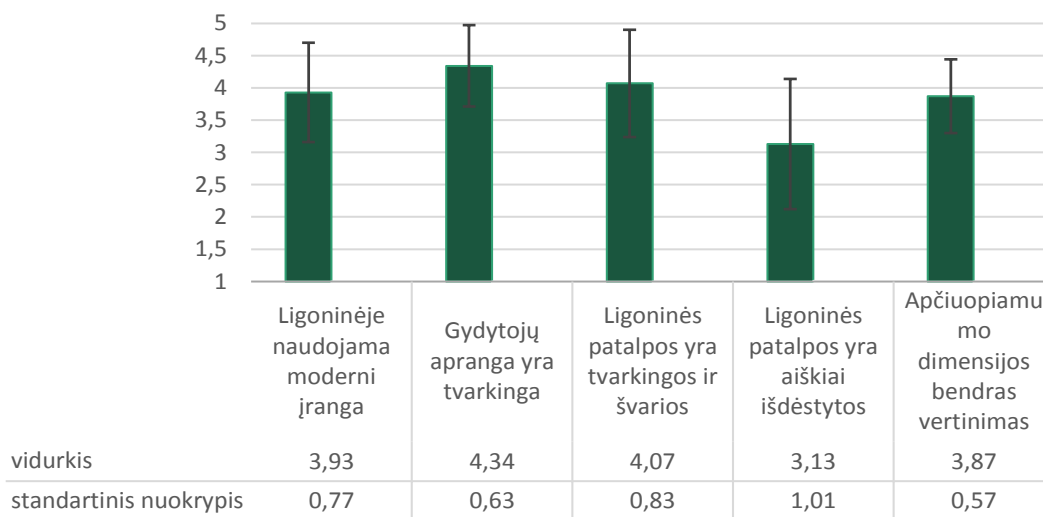


10 pav. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal vaiko (-ų) amžių
(sudaryta autorės, remiantis autorinio tyrimo rezultatais)

10 paveikslo skritulinė diagrama, iliustruojanti tyrimo dalyvių pasiskirstymą pagal jų vaiko (-ų) amžių, parodo, jog daugiausia dalyvavusiųjų apklausoje (42,7 %; N=86) turi vaikų iki 4 metų, taip pat šiek tiek daugiau nei trečdalis apklaustųjų (36,8%; N=75) turi vaikų tarp 4 ir 7 metų amžiaus. Apie dešimtadali (N=26) apklaustųjų vaikai yra nuo 8 iki 11 metų amžiaus, apie 5 % (N=10) apklaustų tėvų vaikų amžiaus skalė tarp 12 ir 15 metų, o mažiausiai apie 3 % (N=6) augina 16-18 metų paauglius. Bendra respondentų suma į šį klausimą viršija 149, kadangi kai kurie respondentai žymėjo visų savo turimų vaikų amžių (kelis atsakymo variantus).

Pirmasis tyrimo uždavinys buvo išmatuoti penkių paslaugų kokybės dimensijų ir pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis rodiklių raišką. Tam tikslui buvo skaičiuojami atskirų dimensijų kriterijų vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai, kurie pavaizduoti stulpelinių diagramų pavidalu toliau pateiktuose paveiksluose.

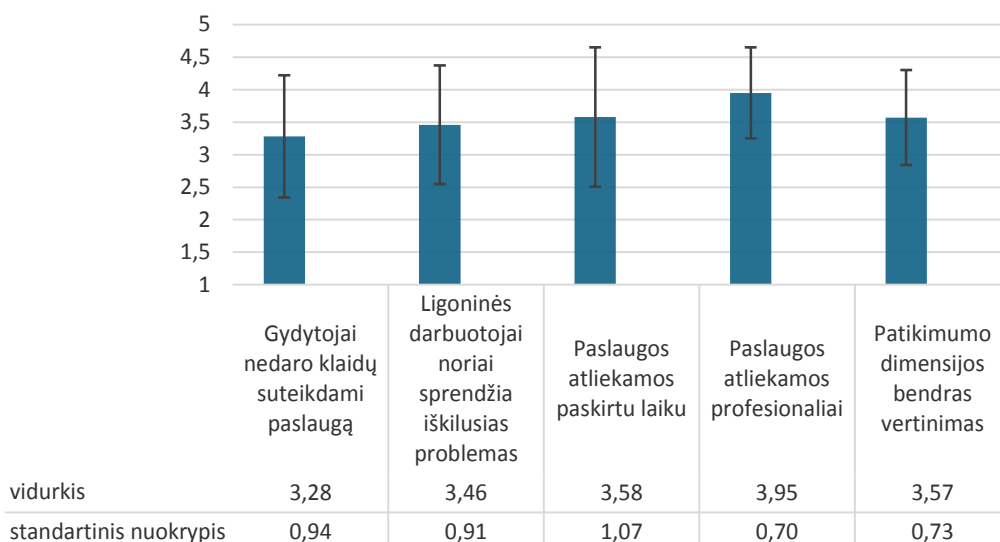
Remiantis 11 paveikslo duomenimis (žr. 45 psl.), teigtina, jog visų kriterijų standartiniai nuokrypiai lyginant su aritmetiniais vidurkiais yra sąlyginai nedideli, todėl aritmetiniai vidurkiai laikytini patikimais. Pateikti stulpelinės diagramos duomenys rodo, kad du apčiuopiamumo dimensijos kriterijų vertinimai viršija vidutinę „3“, o likę du – „4“ balų skalės reikšmę, o bendras apčiuopiamumo dimensijos vertinimas siekia 3,87 balus iš 5. Labiausiai respondentai sutiko su teiginiu: „Gydytojų apranga yra tvarkinga“ – 4,34 balo iš 5, o vidutiniškai įvertino ir nei sutiko, nei nesutiko ($p>0,05$) su teiginiu „Ligoninės patalpos yra aiškiai išdėstytos“ – 3,13 balo iš 5.



11 pav. Apčiuopiamumo dimensijos kriterijų raiška (sudaryta autorės, remiantis autorinio tyrimo rezultatais)

Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal respondentų lytį ($p > 0,05$) ir išsilavinimą nėra ($p > 0,05$). Pažymėtina, kad 16-18 metų paauglių tėvai ($N=6$) statistiškai prasčiau ($M=3,62$, $p < 0,05$) vertina apčiuopiamumą nei kitų vaikų amžiaus grupių tėvai.

Reikalavimus medicinos personalo aprangai bei sveikatos priežiūros įstaigų patalpoms nurodo Lietuvos higienos normos HN 47. Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plane nurodoma ligoninėms: „Pagerinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų vaikams ir paaugliams, kokybę...atnaujinti pirminės sveikatos priežiūros grandies infrastruktūrą ir pagal poreikį aprūpinti nauja medicinos įranga“. Todėl, teigtina, jog Lietuvoje einama link paslaugų gerinimo sveikatos priežiūroje.

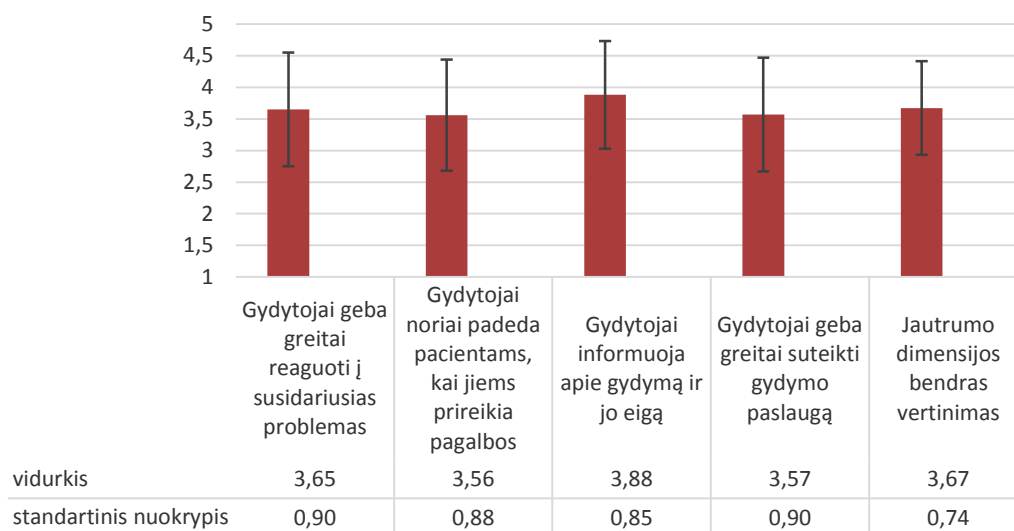


12 pav. Patikimumo dimensijos kriterijų raiška (sudaryta autorės, remiantis autorinio tyrimo rezultatais)

Remiantis 12 paveikslo duomenimis, teigtina, jog visų kriterijų standartiniai nuokrypiai lyginant su aritmetiniais vidurkiais yra santykinai maži, todėl aritmetiniai

vidurkiai laikytini patikimais. Pateikti stulpelinės diagramos duomenys rodo, kad visų patikimumo dimensijos kriterijų vertinimai viršija vidutinę „3“ balų penkiabalės skalės reikšmę, o bendras patikimumo dimensijos vertinimas siekia 3,57 balus iš 5. Labiausiai respondentai sutiko su teiginiu: „Paslaugos atliekamos profesionaliai“ – 3,95 balo iš 5, o linkę nei sutikti, nei nesutikti ($p < 0,05$) su teiginiu: „Gydytojai nedaro klaidų suteikdami paslaugą“ – 3,28 balo iš 5. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal respondentų lytį ($p > 0,05$), išsilavinimą ir vaikų amžių nėra ($p > 0,05$).

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo priežiūrą atlieka Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba.

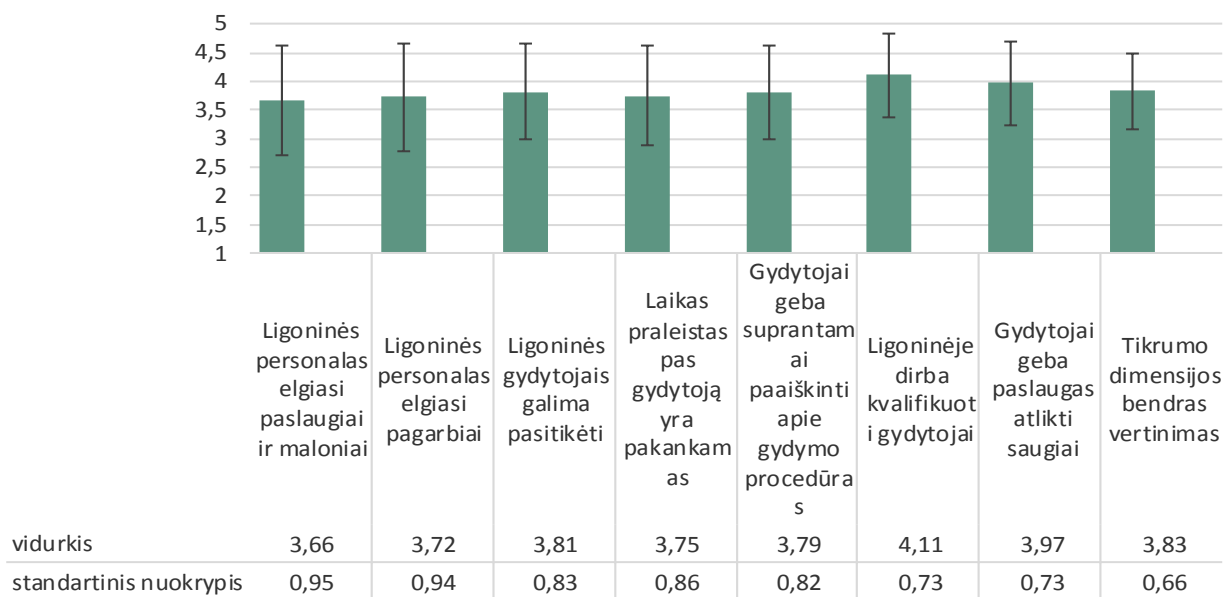


13 pav. Jautrumo dimensijos kriterijų raiška (sudaryta autorės, remiantis autorinio tyrimo rezultatais)

Remiantis 13 paveikslo duomenimis, teigtina, jog visų kriterijų standartiniai nuokrypiai lyginant su aritmetiniais vidurkiais yra sąlyginai nedideli, todėl aritmetiniai vidurkiai yra patikimi. Iliustruoti stulpelinės diagramos duomenys rodo, kad visų jautrumo dimensijos kriterijų vertinimai viršija vidutinę „3“ balų penkiabalės skalės reikšmę, o bendras jautrumo dimensijos vertinimas siekia 3,67 balus iš 5. Labiausiai respondentai sutiko su teiginiu: „Gydytojai informuoja apie gydymą ir jo eigą“ – 3,88 balo iš 5, o mažiausiai, tačiau linkę sutikti ($p < 0,05$) su teiginiu: „Gydytojai noriai padeda pacientams, kai jiems prireikia pagalbos“ – 3,56 balo iš 5. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal respondentų lytį ($p > 0,05$), išsilavinimą ir vaikų amžių nėra ($p > 0,05$).

2015 m. pasirašytas Lietuvos gydytojų profesinės etikos kodeksas, privalomas kiekvienam Lietuvos gydytojui nurodo: „Gydytojas aiškiai, suprantamai ir laiku informuoja pacientą apie jo sveikatą, profilaktikos, diagnostikos ir gydymo procedūras, alternatyvių procedūrų panaudojimo galimybes bei riziką ir prognozuojamus rezultatus“. Paciento informavimą apie gydymą, tyrimų rezultatus paaiškinant specifinius medicinos terminus

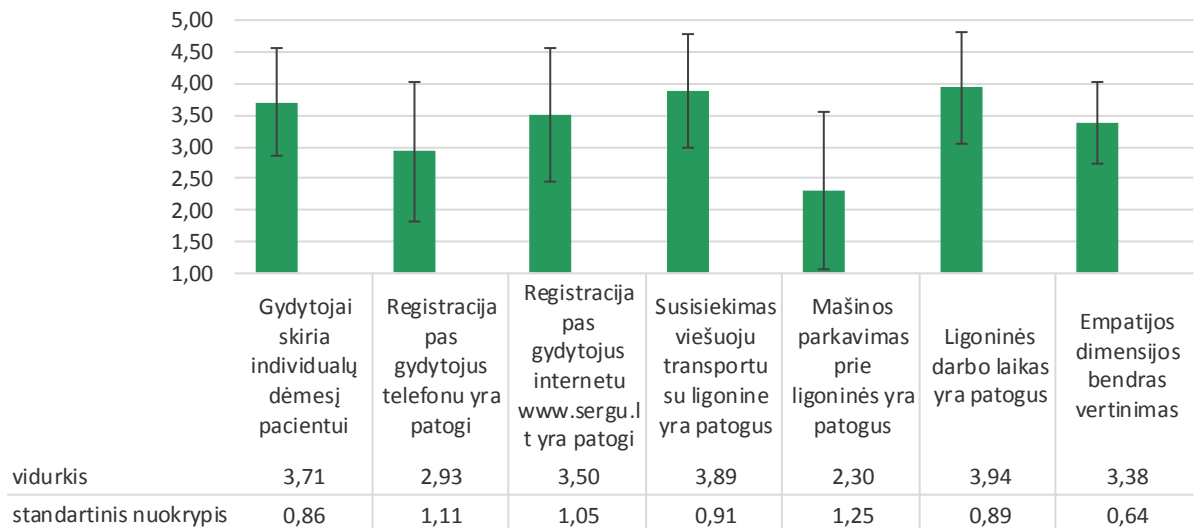
pacientui suprantama kalba taip pat nustato LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, Santaros Vaikų ligoninės vidaus tvarkos taisyklės.



14 pav. Tikrumo dimensijos kriterijų raiška
(sudaryta autorės, remiantis autorinio tyrimo rezultatais)

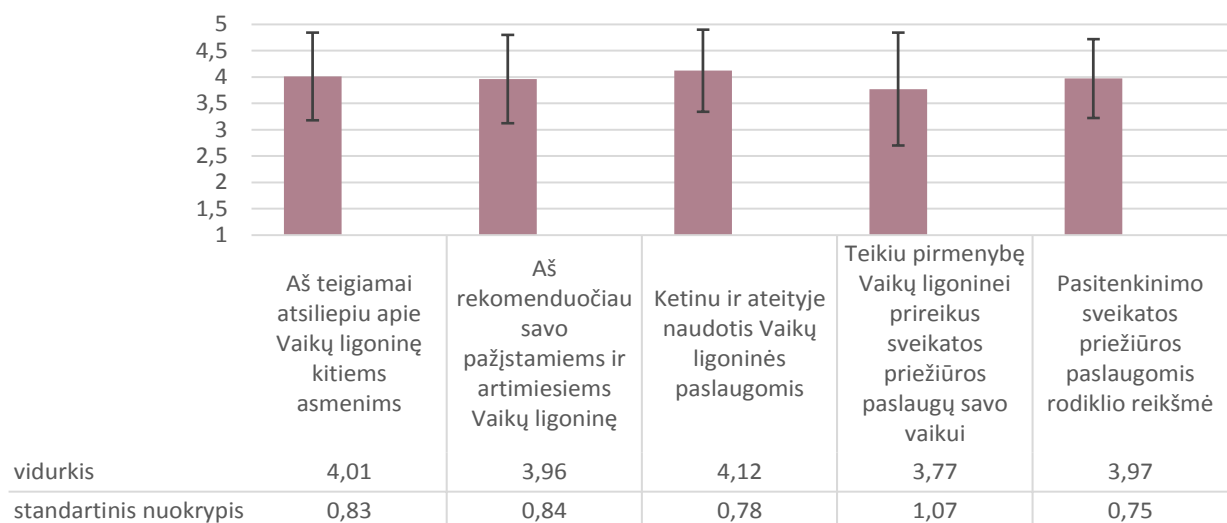
Analizuojant 14 paveiksle duomenis, teigtina, jog visų kriterijų standartiniai nuokrypiai lyginant su aritmetiniais vidurkiais yra santykinai maži, todėl aritmetiniai vidurkiai laikytini patikimais. Pateikti stulpelinės diagramos duomenys rodo, kad visų tikrumo dimensijos kriterijų vertinimai viršija vidutinę „3“ balų penkiabalės skalės reikšmę, o bendras tikrumo dimensijos vertinimas siekia 3,83 balus iš 5. Labiausiai respondentai sutiko su teiginiu, kuris vienintelis viršija 4 balus: „Ligoninėje dirba kvalifikuoti gydytojai“ – 4,11 balo iš 5, o mažiausiai iš 7 teiginių linkę sutikti ($p < 0,05$) su teiginiu: „Ligoninės personalas elgiasi paslaugiai ir maloniai“ – 3,66 balo iš 5. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal respondentų lytį ($p > 0,05$), išsilavinimą ir vaikų amžių nėra ($p > 0,05$).

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimą vykdant pacientų saugos reikalavimus, suprantamai informuojant apie gydymą ir jo galimus rezultatus bei santykių, kurių pagrindą sudaro abipusis pasitikėjimas ir pagarba, su pacientu, reglamentuoja Lietuvos gydytojų profesinės etikos kodeksas. Tuo tarpu, Slaugytojo profesinės etikos kodeksas, privalomas visiems slaugytojams bei slaugos dėstytojams ir studentams, kurių veikla susijusi su slaugos mokslu bei praktika, apibrėžia moralinius slaugos aspektus, kurie lemia slaugytojo profesinės veiklos esmę bei vertybes, įpareigoja laikytis nustatytų kodekso nuostatų.



15 pav. **Empatijos dimensijos kriterijų raiška**
(sudaryta autorės, remiantis autorinio tyrimo rezultatais)

Remiantis 15 paveikslu duomenimis, teigtina, jog visų kriterijų standartiniai nuokrypiai lyginant su aritmetiniais vidurkiais yra sąlyginai nedideli, todėl aritmetiniai vidurkiai yra patikimi. Iliustruoti stulpelinės diagramos duomenys rodo, kad ne visų empatijos dimensijos kriterijų vidurkiai viršija vidutinę „3“ balų penkiabalės skalės reikšmę, kadangi dviejų teiginių vertinimai yra mažiau nei 3 balai iš 5. Bendras empatijos dimensijos vertinimas siekia 3,38 balų iš 5. Labiausiai respondentai sutiko su teiginiu: „*Ligoninės darbo laikas yra patogus*“ – 3,94 balo iš 5, o linkę nesutikti ($p < 0,05$) su teiginiu: „*Mašinos parkavimas prie ligoninės yra patogus*“ – 2,30 balo iš 5. Statistiškai reikšmingai skiriasi respondentų atsakymai pagal lytį teiginio „*Gydytojai skiria individualų dėmesį pacientui*“, kurį moterys įvertino geriau ($p < 0,05$). Pagal išsilavinimą ir vaikų amžių reikšmingų skirtumų nėra ($p > 0,05$).



16 pav. **Pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis kriterijų raiška**
(sudaryta autorės, remiantis autorinio tyrimo rezultatais)

16 paveiksle pateikti duomenys rodo, jog visų kriterijų standartiniai nuokrypiai lyginant su aritmetiniais vidurkiais yra sąlyginai nedideli, todėl aritmetiniais vidurkiais galima pasikliauti. Pateikti stulpelinės diagramos rezultatai rodo, kad dviejų teiginių vidurkiai viršija „4“ balų ribą ir buvo su jais sutikta, o likę du yra „3“ balų vertinimo ribose, tačiau su antru teiginiu respondentai sutinka ($p>0,05$), o ketvirtu – linkę sutikti ($p<0,05$). Bendra pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis rodiklio reikšmė – 3,97 balo iš 5. Labiausiai apklaustųjų tarpe pritarta teiginiui: „*Ketinu ir ateityje naudotis Vaikų ligoninės paslaugomis*“ – 4,12 balo iš 5, o mažiausiai respondentai linkę sutikti ($p<0,05$), jog „*teikia pirmenybę Vaikų ligoninei prireikus sveikatos priežiūros paslaugų savo vaikui*“ – 3,77 balo iš 5. Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal respondentų lytį ($p>0,05$), išsilavinimą ($p>0,05$) bei vaikų amžių ($p>0,05$) nėra.

7 lentelė. **Paslaugų kokybės dimensijų vidurkiai, standartiniai nuokrypiai**
(sudaryta autorės, remiantis autorinio tyrimo rezultatais)

Paslaugų kokybės dimensija	Vidurkiai	Standartiniai nuokrypiai
Apčiuopiamumas	3,87	0,57
Patikimumas	3,57	0,73
Jautrumas	3,67	0,74
Tikrumas	3,83	0,66
Empatija	3,38	0,64

Remiantis 7 lentelėje pateiktais duomenimis, teigtina, kad visų penkių paslaugų kokybės dimensijų vertinimai yra panašūs ir viršija vidutinį 3 balų vertinimą. Geriausiai įvertintos apčiuopiamumo (3,87 balo iš 5) ir tikrumo (3,83 balo iš 5) dimensijos. Atlikus Bonferroni testą, nustatyta, kad apčiuopiamumo ir tikrumo vidurkiai statistiškai tarpusavy nesiskiria ($p>0,05$), o kitų dimensijų vidurkiai statistiškai mažesni ($p<0,05$) nei apčiuopiamumas ir tikrumas. Žemiausiai įvertinta empatijos dimensija – 3,38 balo iš 5. Atskirų paslaugų kokybės dimensijų bendras vertinimas pagal pacientų tėvų lytį statistiškai nesiskiria ($p>0,05$), pagal jų išsilavinimą taip pat, tačiau statistiškai skiriasi apčiuopiamumo dimensijos vertinimas pagal vaikų amžių tarp 16-18 metų amžiaus paauglių tėvų (jie prasčiau vertina, $M=3,62$, $p<0,05$) nei kitų vaikų tėvų ($M=3,88$).

Paslaugų kokybės dimensijų ir pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis tarpusavio ryšiai

Pearsono koreliacijos koeficientai, gauti tarp analizuojamų paslaugų kokybės dimensijų ir pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis, pateikti 8 lentelėje.

8 lentelė. **Paslaugų kokybės dimensijų ir pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis koreliacijos koeficientai**

(sudaryta autorės, remiantis autorinio tyrimo rezultatais)

Paslaugų kokybės dimensija	Apčiuopiamumas	Patikimumas	Jautrumas	Tikrumas	Empatija
Pasitenkinimas	<i>0,603**</i>	<i>0,570**</i>	<i>0,670**</i>	<i>0,641**</i>	<i>0,483**</i>
Apčiuopiamumas	<i>1</i>	<i>0,563**</i>	<i>0,592**</i>	<i>0,602**</i>	<i>0,481**</i>
Patikimumas		<i>1</i>	<i>0,797**</i>	<i>0,815**</i>	<i>0,515**</i>
Jautrumas			<i>1</i>	<i>0,819**</i>	<i>0,500**</i>
Tikrumas				<i>1</i>	<i>0,510**</i>
Empatija					<i>1</i>

**** $p \leq 0,01$**

Remiantis 8 lentelėje paskaičiuotais koreliacijos koeficientais (r) tarp kintamųjų, darytina išvada, jog tarp visų paslaugų kokybės dimensijų ir pasitenkinimo yra teigiami tarpusavio ryšiai, t.y. vienam kintamajam didėjant, didėja kito kintamojo reikšmė. Vis dėlto, stiprus ryšys ($r > 0,7$) egzistuoja tarp patikimumo ir jautrumo ($r = 0,797$, $p \leq 0,01$), patikimumo ir tikrumo ($r = 0,815$, $p \leq 0,01$): kuo geriau vertins patikimumo aspektus, t.y. gydytojo darbą (nedaro klaidų, sprendžia problemas, paslaugas atlieka profesionaliai ir laiku), tuo geriau vertins jautrumo aspektus (greitą reagavimą į problemas, norą padėti pacientui, informavimą apie gydymą ir jo eigą bei greitą paslaugos suteikimą) ir tikrumo aspektus (personalo paslaugumą, pagarbą, pasitikėjimą, laiko konsultacijoje pakankamumą, gydytojų kvalifikaciją, paslaugų atlikimą saugiai ir paaiškinimo apie gydymą aiškumą). Stipriausias ryšys nustatytas tarp jautrumo ir tikrumo ($r = 0,819$, $p \leq 0,01$).

Atkreiptinas dėmesys į tai, kad tarp pasitenkinimo paslaugomis ir beveik visų paslaugų kokybės dimensijų ryšys yra vidutinio stiprumo ($0,5 < r \leq 0,7$), išskyrus empatijos dimensiją, su kuria pasitenkinimas koreliuoja silpnai ($r < 0,5$). Atlikus Steiger Z testą koreliacijos koeficientų skirtumams patikrinti, paaiškėjo, kad keturių paslaugų kokybės dimensijų koreliacijos koeficientai su pasitenkinimu pagal stiprumą tarpusavy nesiskiria ($p > 0,05$), išskyrus empatijos dimensiją ($p < 0,05$), kurios koreliacijos koeficientas ($r = 0,483$) yra silpnesnis už likusius keturis koreliacijos koeficientus ($r = 0,670$, $r = 0,641$, $r = 0,603$ ir $r = 0,570$). Gauti koreliaciniai ryšiai parodo, jog kuo geriau vertinami visi paslaugų kokybės aspektai, tuo labiau patenkinti sveikatos priežiūra yra pacientų tėvai.

Apčiuopiamumo dimensijos ir pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis ryšys

Su tikslu patikrinti iškeltą pirmą hipotezę buvo skaičiuotas ryšys tarp apčiuopiamumo dimensijos ir pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis.

9 lentelė. Apčiuopiamumo dimensijos kriterijų koreliaciniai ryšiai su pasitenkinimu paslaugomis

(sudaryta autorės, remiantis autorinio tyrimo rezultatais)

Apčiuopiamumo dimensijos kriterijai	Pasitenkinimas vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis
Ligoninėje naudojama moderni iranga.	0,438**
Gydytojų apranga yra tvarkinga.	0,443**
Ligoninės patalpos yra tvarkingos ir švarios.	0,505**
Ligoninės patalpos yra aiškiai išdėstytos.	0,349**
Apčiuopiamumo dimensija bendrai	0,603**

** $p \leq 0,01$

Analizuojant 9 lentelės duomenis, teigtina, jog nors bendrai pasitenkinimas su apčiuopiamumo dimensija koreliuoja vidutiniu stiprumu ($r=0,603$, $p \leq 0,01$), tačiau su atskirais apčiuopiamumo kriterijais pasitenkinimo ryšys yra silpnas ($0,2 < r < 0,5$), išskyrus kriterijų apie *ligoninės patalpų tvarkingumą ir švarą*, kuris vidutiniškai koreliuoja su pasitenkinimu ($r=0,505$, $p \leq 0,01$). *Pirma hipotezė (H1) pasitvirtino: Apčiuopiamumo kokybės dimensija teigiamai susijusi su paslaugos gavėjų pasitenkinimu vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis.* Žemiau pateiktoje lentelėje atsispindi bendro apčiuopiamumo dimensijos rodiklio ryšys su atskirais pasitenkinimo kriterijais.

10 lentelė. Apčiuopiamumo dimensijos ir pasitenkinimo kriterijų tarpusavio koreliacijos

(sudaryta autorės, remiantis autorinio tyrimo rezultatais)

	Aš teigiamai atsiliepiu apie Vaikų ligoninę kitiems asmenims.	Aš rekomenduočiau savo pažįstamiems ir artimiesiems Vaikų ligoninę.	Ketinu ir ateityje naudotis Vaikų ligoninės paslaugomis.	Teikiu pirmenybę Vaikų ligoninei prireikus sveikatos priežiūros paslaugų savo vaikui.
Apčiuopiamumo dimensija	0,612**	0,596**	0,398**	0,452**

** $p \leq 0,01$

Remiantis 10 lentelės Pearsono koreliacijos koeficientais, darytina išvada, jog apčiuopiamumo dimensija labiausiai susijusi ir koreliuoja vidutiniu stiprumu su *teigiamu atsiliepimu apie Vaikų ligoninę kitiems asmenims* ($r=0,612$, $p \leq 0,01$) ir su *ketinimu rekomenduoti Vaikų ligoninę pažįstamiems ir artimiesiems* ($r=0,596$, $p \leq 0,01$). Likusiųjų dviejų pasitenkinimo kriterijų koreliacijos ryšys su apčiuopiamumu yra silpnas ($0,2 < r \leq 0,5$).

Patikimumo dimensijos ir pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis ryšys

Siekiant patikrinti iškeltą antrą hipotezę buvo skaičiuotas ryšys tarp patikimumo dimensijos ir pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis.

11 lentelė. **Patikimumo dimensijos kriterijų koreliaciniai ryšiai su pasitenkinimu paslaugomis**

(sudaryta autorės, remiantis autorinio tyrimo rezultatais)

Patikimumo dimensijos kriterijai	Pasitenkinimas vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis
Gydytojai nedaro klaidų suteikdami paslaugą.	0,421**
Ligoninės darbuotojai noriai sprendžia iškilusias problemas.	0,519**
Paslaugos atliekamos paskirtu laiku.	0,419**
Paslaugos atliekamos profesionaliai.	0,498**
Patikimumo dimensija bendrai	0,570**

** $p \leq 0,01$

Remiantis 11 lentelės statistinėmis reikšmėmis, pabrėžtina, jog nors patikimumo dimensija bendrai su pasitenkinimu koreliuoja vidutiniu stiprumu ($r=0,570$, $p \leq 0,01$), tačiau su beveik visais patikimumo dimensijos kriterijais pasitenkinimo koreliacinis ryšys yra silpnas ($0,2 < r < 0,5$), išskyrus teiginį, jog „ligoninės darbuotojai noriai sprendžia problemas“, kuris susijęs su pasitenkinimu vidutiniu koreliaciniu ryšio stiprumu ($r=0,519$, $p \leq 0,01$). Antra hipotezė (H2) pasitvirtino: *Patikimumo kokybės dimensija teigiamai susijusi su paslaugos gavėjų pasitenkinimu vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis.*

12 lentelė. **Patikimumo dimensijos ir pasitenkinimo kriterijų tarpusavio koreliacijos**

(sudaryta autorės, remiantis autorinio tyrimo rezultatais)

	Aš teigiamai atsiliepiu apie Vaikų ligoninę kitiems asmenims.	Aš rekomenduočiau savo pažįstamiems ir artimiesiems Vaikų ligoninę.	Ketinu ir ateityje naudotis Vaikų ligoninės paslaugomis.	Teikiu pirmenybę Vaikų ligoninei prireikus sveikatos priežiūros paslaugų savo vaikui.
Patikimumo dimensija	0,593**	0,582**	0,384**	0,395**

** $p \leq 0,01$

Iš 12 lentelės duomenų matyti, kad patikimumo dimensija vidutinio stiprumo ryšiu susijusi su dviem teiginiais: „Aš teigiamai atsiliepiu apie Vaikų ligoninę kitiems asmenims“ ($r=0,593$, $p \leq 0,01$) ir „Aš rekomenduočiau savo pažįstamiems ir artimiesiems Vaikų ligoninę“

($r=0,582$, $p\leq 0,01$). Su likusiais dviem teiginiais patikimumo dimensija koreliuoja silpnai ($0,2 < r \leq 0,5$).

Jautrumo dimensijos ir pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis ryšys

Siekiant patikrinti iškeltą trečią hipotezę buvo skaičiuotas ryšys tarp jautrumo dimensijos ir pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis.

13 lentelė. **Jautrumo dimensijos kriterijų koreliaciniai ryšiai su pasitenkinimu paslaugomis**

(sudaryta autorės, remiantis autorinio tyrimo rezultatais)

Jautrumo dimensijos kriterijai	Pasitenkinimas vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis
Gydytojai geba greitai reaguoti į susidariusias problemas.	0,551**
Gydytojai noriai padeda pacientams, kai jiems prireikia pagalbos.	0,515**
Gydytojai informuoja apie gydymą ir jo eigą.	0,588**
Gydytojai geba greitai suteikti gydymo paslaugą.	0,595**
Jautrumo dimensija bendrai	0,670**

** $p\leq 0,01$

Remiantis 13 lentelės koreliacijos koeficientais, teigtina, kad su visais jautrumo dimensijos kriterijais pasitenkinimo paslaugomis ryšys yra vidutinio stiprumo ($0,5 < r \leq 0,7$). Labiausiai koreliuoja su pasitenkinimu paslaugomis *gydytojų gebėjimas greitai suteikti gydymo paslaugą* ($r=0,595$, $p\leq 0,01$) bei *gydytojų informavimas apie gydymą ir jo eigą* ($r=0,588$, $p\leq 0,01$). *Trečia hipotezė (H3) pasitvirtino: Jautrumo kokybės dimensija teigiamai susijusi su paslaugos gavėjų pasitenkinimu vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis.*

14 lentelė. **Jautrumo dimensijos ir pasitenkinimo kriterijų tarpusavio koreliacijos**

(sudaryta autorės, remiantis autorinio tyrimo rezultatais)

	Aš teigiamai atsiliepiu apie Vaikų ligoninę kitiems asmenims.	Aš rekomenduočiau savo pažįstamiems ir artimiesiems Vaikų ligoninę.	Ketinu ir ateityje naudotis Vaikų ligoninės paslaugomis.	Teikiu pirmenybę Vaikų ligoninei prireikus sveikatos priežiūros paslaugų savo vaikui.
Jautrumo dimensija	0,659**	0,693**	0,478**	0,468**

** $p\leq 0,01$

Analizuojant 14 lentelės duomenis, teigtina, jog jautrumo dimensija ir pasitenkinimo kriterijai yra tarpusavyje priklausomi. Su dviem pasitenkinimo kriterijais jautrumo dimensiją sieja vidutinio stiprumo ryšys: „*Aš teigiamai atsiliepiu apie Vaikų ligoninę kitiems asmenims*“ ($r=0,659$, $p\leq 0,01$) ir „*Aš rekomenduočiau savo pažįstamiems ir artimiesiems Vaikų ligoninę*“ ($r=0,693$, $p\leq 0,01$). Kiti du pasitenkinimo kriterijai su jautrumo dimensija koreliuoja silpnai ($0,2 < r \leq 0,5$).

Tikrumo dimensijos ir pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis ryšys

Siekiant patikrinti iškeltą ketvirtą hipotezę buvo skaičiuotas ryšys tarp tikrumo dimensijos ir pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis (žr. 15 pav.).

15 lentelės duomenys parodo, jog nors bendrai tikrumo dimensija koreliuoja su pasitenkinimu paslaugomis vidutinio stiprumo koeficientu ($r=0,641$, $p\leq 0,01$), vis dėlto, dauguma tikrumo dimensijos kriterijų su pasitenkinimu koreliuoja silpnai ($0,2 < r \leq 0,5$). Pirmi trys tikrumo dimensiją apibūdinantys kriterijai, kurie apibūdina ligoninės personalo asmeninius būdo bruožus, siejasi su pasitenkinimu vidutinio stiprumo ryšiu: „*Ligoninės personalas elgiasi pagarbiai*“ ($r=0,567$, $p\leq 0,01$), „*Ligoninės gydytojais galiu pasitikėti*“ ($r=0,560$, $p\leq 0,01$), „*Ligoninės personalas elgiasi paslaugiai ir maloniai*“ ($r=0,551$, $p\leq 0,01$).

15 lentelė. Tikrumo dimensijos kriterijų koreliaciniai ryšiai su pasitenkinimu paslaugomis

(sudaryta autorės, remiantis autorinio tyrimo rezultatais)

Tikrumo dimensijos kriterijai	Pasitenkinimas vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis
Ligoninės personalas elgiasi paslaugiai ir maloniai.	0,551**
Ligoninės personalas elgiasi pagarbiai.	0,567**
Ligoninės gydytojais galiu pasitikėti.	0,560**
Laikas praleistas pas gydytoją yra pakankamas.	0,434**
Gydytojai geba suprantamai paaiškinti apie gydymo procedūras.	0,475**
Ligoninėje dirba kvalifikuoti gydytojai.	0,436**
Gydytojai geba paslaugas atlikti saugiai.	0,472**
<i>Tikrumo dimensija bendrai</i>	0,641**

** $p\leq 0,01$

Iš gautų koreliacijos koeficientų galima daryti išvadą, kad pacientų tėvų pasitenkinimui paslaugomis labiau svarbios ligoninės personalo ir gydytojų asmeninės charakteristikos: paslaugumas, mandagumas, pagarbumas, pasitikėjimas, nei laikas praleistas

pas specialistą, gebėjimas paaiškinti apie gydymą, gydytojų kvalifikacija ar paslaugų atlikimas saugiai. *Ketvirta hipotezė (H4) pasitvirtino: Tikrumo kokybės dimensija teigiamai susijusi su paslaugos gavėjų pasitenkinimu vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis.*

16 lentelė. **Tikrumo dimensijos ir pasitenkinimo kriterijų tarpusavio koreliacijos**
(sudaryta autorės, remiantis autorinio tyrimo rezultatais)

	Aš teigiamai atsiliepiu apie Vaikų ligoninę kitiems asmenims.	Aš rekomenduočiau savo pažįstamiems ir artimiesiems Vaikų ligoninę.	Ketinu ir ateityje naudotis Vaikų ligoninės paslaugomis.	Teikiu pirmenybę Vaikų ligoninei prireikus sveikatos priežiūros paslaugų savo vaikui.
Tikrumo dimensija	0,612**	0,636**	0,489**	0,459**

** $p \leq 0,01$

Iš 16 lentelės koreliacijos koeficientų matyti, jog tikrumo dimensija vidutiniu stiprumu koreliuoja su *teigiamu atsiliepimu kitiems asmenims apie Vaikų ligoninę* ($r=0,612$, $p \leq 0,01$) ir *ketinimu rekomenduoti savo pažįstamiems ir artimiesiems Vaikų ligoninę* ($r=0,636$, $p \leq 0,01$). Likusiųjų dviejų pasitenkinimo kriterijų ryšys su tikrumo dimensija yra silpnas ($0,2 < r \leq 0,5$).

Empatijos dimensijos ir pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis ryšys

Siekiant patikrinti iškeltą penktą hipotezę buvo nagrinėjamas empatijos dimensijos ir pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis tarpusavio ryšys.

17 lentelė. **Empatijos dimensijos kriterijų koreliaciniai ryšiai su pasitenkinimu paslaugomis**

(sudaryta autorės, remiantis autorinio tyrimo rezultatais)

Empatijos dimensijos kriterijai	Pasitenkinimas vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis
Gydytojai skiria individualų dėmesį pacientui.	0,464**
Registracija pas gydytojus telefonu yra patogė.	0,276**
Registracija pas gydytojus internetu www.sergu.lt yra patogė.	0,196*
Susisiekimas viešuoju transportu su ligonine yra patogus.	0,224**
Mašinos parkavimas prie ligoninės yra patogus.	0,307**
Ligoninės darbo laikas yra patogus.	0,411**
<i>Empatijos dimensija bendrai</i>	0,483**

** $p \leq 0,01$

* $p \leq 0,05$

Remiantis 17 lentelės duomenimis, darytina išvada, jog empatijos dimensija bendrai silpnai koreliuoja su pasitenkinimu paslaugomis ($r=0,483$, $p\leq 0,01$) ir beveik visi empatijos kriterijai silpnai įtakoja pacientų tėvų pasitenkinimą paslaugomis ($0,2 < r \leq 0,5$). Pažymėtina, kad registracija pas gydytojus internetu www.sergu.lt koreliuoja labai silpnai (ryšio nėra) su pasitenkinimu ($r=0,196$, $p\leq 0,05$). Nepaisant silpnų koreliacijos koeficientų reikšmių tarp šių lentelėje pateiktų kintamųjų, penkta hipotezė (H5) pasitvirtino: *Empatijos kokybės dimensija teigiamai susijusi su paslaugos gavėjų pasitenkinimu vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis.*

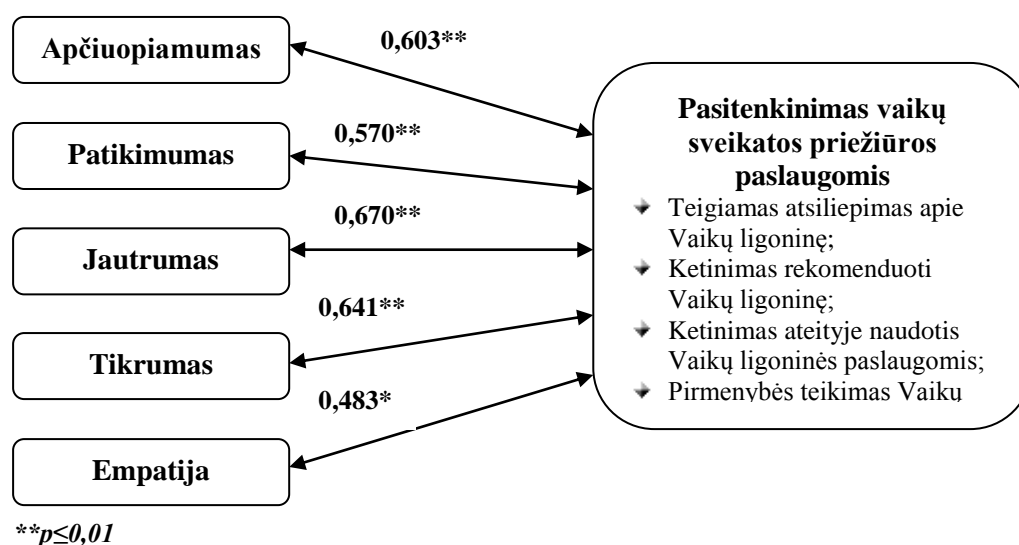
18 lentelė. **Empatijos dimensijos ir pasitenkinimo kriterijų tarpusavio koreliacijos**
(sudaryta autorės, remiantis autorinio tyrimo rezultatais)

	Aš teigiamai atsiliepiu apie Vaikų ligoninę kitiems asmenims.	Aš rekomenduočiau savo pažįstamiems ir artimiesiems Vaikų ligoninę.	Ketinu ir ateityje naudotis Vaikų ligoninės paslaugomis.	Teikiu pirmenybę Vaikų ligoninei prireikus sveikatos priežiūros paslaugų savo vaikui.
Empatijos dimensija	0,435**	0,411**	0,366**	0,422**

** $p\leq 0,01$

Iš 18 lentelės duomenų matyti, kad empatijos dimensija silpnai koreliuoja su visais pasitenkinimo kriterijais ($0,2 < r \leq 0,5$), todėl ryšys tarp jų yra silpnas.

Žemiau pateiktame paveiksle iliustruoti apibendrinti paslaugų kokybės dimensijų reikšmingi koreliaciniai ryšiai su pasitenkinimu vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis.



17 pav. **Paslaugų kokybės dimensijų ir pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis koreliacinių ryšių modelis**
(sudaryta autorės, remiantis autorinio tyrimo rezultatais)

17 paveiksle pateiktame apibendrintų koreliacinių ryšių modelyje matyti, kad pasitenkinimas vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis koreliuoja vidutinio ryšio stiprumu su visomis paslaugų kokybės dimensijomis, išskyrus empatiją, su kuria koreliacinis ryšys yra silpnas ($r \leq 0,5$).

Pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis prognostiniai veiksniai

Daugialypės tiesinės regresinės analizės metodu buvo tikrinama, kiek paslaugų kokybės atskiros dimensijos prognozuoja pasitenkinimą vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis. Tiesinėje regresijos analizėje priklausomas kintamasis – pasitenkinimas vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis, o nepriklausomi kintamieji – apčiuopiamumas, patikimumas, jautrumas, tikrumas ir empatija. Determinacijos koeficiento R^2 reikšmė rodo, kiek priklausomą kintamąjį – *pasitenkinimas vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis*, paaiškina modelis, kuris jungia nepriklausomus kintamuosius. Pradžioje atliktas regresijos modelis analizei nebuvo tinkamas, kadangi trijų kintamųjų (patikimumo, tikrumo ir empatijos dimensijų) t testas neatitiko reikalavimų (jų p vertė buvo didesnė už reikšmingumo lygmenį 0,05), todėl šie trys kintamieji pašalinti iš analizės ir pakartotinai atlikta regresinė analizė su dviem nepriklausomais kintamaisiais – apčiuopiamumu ir jautrumu. Gauti multikolinearumo VIF rodikliai likusiems dviems nepriklausomiems kintamiesiems (apčiuopiamumo ir jautrumo dimensijai) yra mažesni už 4, o modelio statistinį reikšmingumą parodo $p=0,000$ ir $F=77,519$, todėl regresinei analizei modelis tinkamas. Pakartotinai atliktos regresinės analizės rezultatai pateikti 19 lentelėje.

19 lentelė. **Regresinės analizės rezultatai**
(sudaryta autorės, remiantis autorinio tyrimo rezultatais)

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis Pasitenkinimas vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis	
	Standartizuoti β (Beta) prognostinių kintamųjų koeficientai	VIF
Apčiuopiamumas	0,318**	1,540
Jautrumas	0,482**	1,540
Determinacijos koeficientas R^2	0,515	
F	77,519	

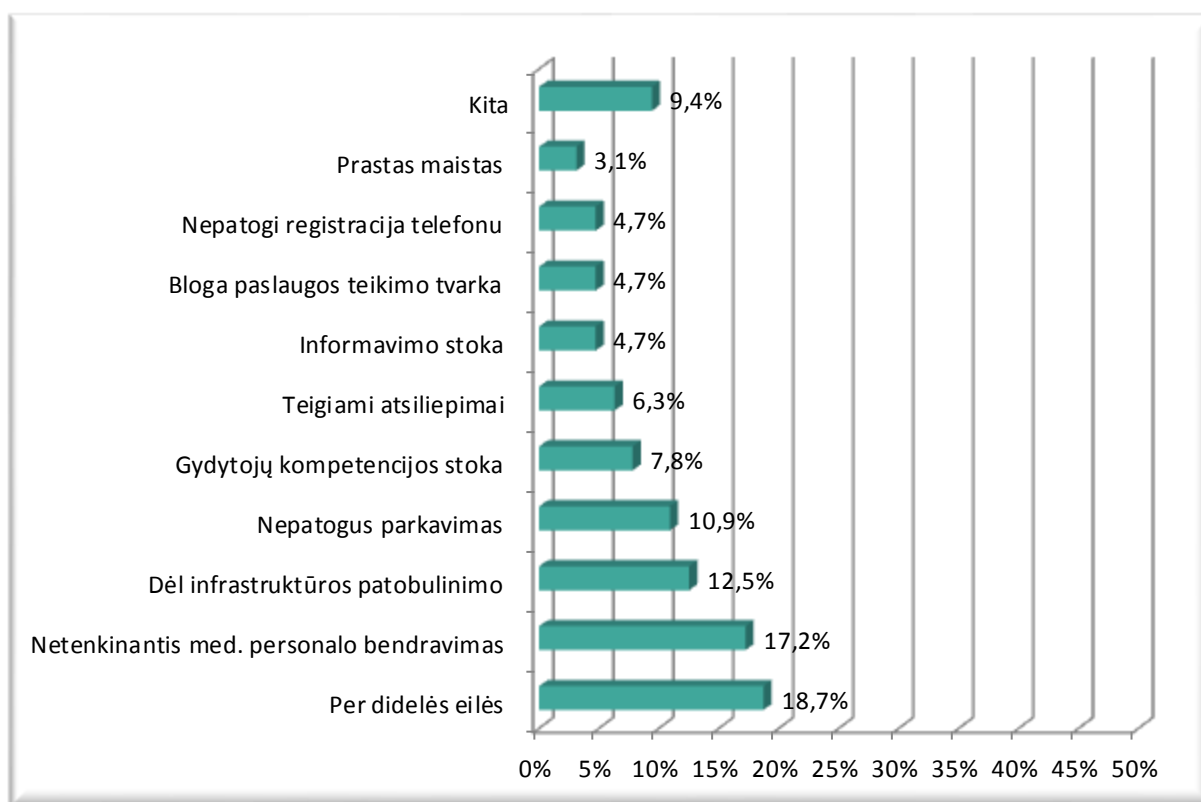
** $p \leq 0,01$

Remiantis 19 lentelės regresinės analizės duomenimis, teigtina, jog abi dimensijos (apčiuopiamumas ir jautrumas) bendrai paaiškina 51,5% pasitenkinimo vaikų sveikatos

priežiūros paslaugomis dispersijos ($R^2 = 0,515$). Atsižvelgiant į standartizuotas koreliacijos koeficientų reikšmes β , teigtina, jog kintamasis *jautrumas* paaiškina daugiau priklausomojo kintamojo *pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis* dispersijos ($\beta = 0,482$) nei *apčiuopiamumas* ($\beta = 0,318$). Šešta hipotezė (H6) atmesta, nes tik dvi iš penkių paslaugų kokybės dimensijų įtakoja pasitenkinimą vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis.

Pacientų tėvų pastabų, komentarų bei pasiūlymų paslaugų kokybės tobulinimui Vaikų ligoninėje kokybinė analizė

Analizuojant pacientų tėvų komentarus ir pasiūlymus paslaugų kokybės tobulinimui Vaikų ligoninėje, svarbu buvo sugrupuoti komentarus ir apskaičiuoti respondentų procentinį pasiskirstymą pagal komentarų grupes (žr. 18 pav.).



18 pav. **Pasiūlymų ir komentarų paslaugų kokybės tobulinimui procentinis pasiskirstymas**

(sudaryta autorės, remiantis autorinio tyrimo rezultatais)

Analizuojant apklausos dalyvių pateiktus komentarus ir pasiūlymas (viso 64 komentarų/pasiūlymų) Vaikų ligoninės paslaugų kokybės tobulinimui, buvo išskirta 11 pasiūlymų (komentarų) grupių:

➤ **Per didelės eilės (12 komentarų).** Daugiausiai apklaustųjų paminėjo, jog jų netenkina per ilgos eilės pas specialistą, pas kurį vizito kartais tenka laukti ir 2 mėnesius. Vienas apklaustųjų pateikė kelis pasiūlymus eilių mažinimui ligoninėje: didinti gydytojų etatų

skaičių ir ilginti gydytojų darbo laiką. Keli respondentai pažymėjo, jog tenka ilgai laukti atvykus į ligoninę su vaiku gyvoje eilėje.

LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme nurodyta, jog pacientui pagal terminą, skaičiuojamą nuo apdraustojo paciento kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą momento iki paskirto paslaugos gavimo laiko, turi būti suteiktos: antrinės ir tretinės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos – ne vėliau kaip per 30 kalendorinių dienų, pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos – ne vėliau kaip per 7 kalendorines dienas, ūmių būklių atveju – ne vėliau kaip per 24 valandas.

➤ **Netenkinantis medicinos personalo bendravimas (11 komentarų).** Antroje vietoje pagal komentarų skaičių respondentai paminėjo, jog pageidautų malonesnio, pagarbesnio bendravimo iš gydytojų bei kito personalo pusės ir daugiau supratingumo bei kantrybės. Trys respondentai pasiūlė medicinos personalui tobulinti bendravimo su pacientais ir jų tėvais įgūdžius, kadangi, jų manymu, personalas, o ypačingai slaugytojai, nemandagiai bendrauja su pacientais, dėl ko vaikai išsigąsta ir vengia sekančių vizitų.

Profesionalaus gydytojo etikos principus bei gydytojų santykius su pacientais reglamentuoja 2015 m. pasirašytas Lietuvos gydytojų profesinės etikos kodeksas, privalomas kiekvienam Lietuvos gydytojui: „Atlikdamas savo profesines pareigas gydytojas palaiko su pacientu santykius, kurių pagrindas – abipusis pasitikėjimas ir pagarba“ ir t.t.

Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plane nurodoma: „Organizuoti šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų ir kitų sveikatos priežiūros sistemos specialistų, teikiančių paslaugas vaikams, kvalifikacijos tobulinimą, mokymus, siekiant, kad jie įgytų specializuotų profesinių žinių ir įgūdžių, reikalingų teikiant paslaugas vaikams“.

➤ **Dėl infrastruktūros patobulinimo (8 komentarai).** Pacientų tėvai pateikė pasiūlymų dėl infrastruktūros Vaikų ligoninėje: įrengti kambarį maitinančioms mamoms, kuriame jos netrukdomos pamaitintų kūdikių; įrengti parduotuvę ir vaistinę ligoninėje; pediatrijos skubios pagalbos skyriuje įrengti laukimo kambarius; suremontuoti ir praplėsti palatas; įrengti suaugusiems skirtus tualetus; įrengti daugiau vienviečių palatų; naudoti modernesnę įrangą ir technologijas; kiekviename ligoninės aukšte įrengti vietą vaikui pažaisti ar užsiimti kitokia veikla.

Vaikų ligoninės VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų filialo korpuso infrastruktūra neatitinka šiuolaikinės vaikų ligoninės specifikos, nes prieš 30 metų projektuotos ligoninės paskirtis buvo gydyti infekcinėmis ligomis sergančius vaikus. Tačiau 23 metų bėgyje ligoninėje pasikeitė vaikams teikiamų paslaugų poreikis ir kokybės reikalavimai, todėl negalimas epidemiologinio režimo padidėjus ūmiomis infekcinėmis

ligomis sergančių ligonių srautui užtikrinimas: trūksta patalpų tinkamam priėmimo ir skubios pagalbos skyriaus darbui užtikrinti padidėjus atvykstančių vaikų skaičiui, daugelyje skyrių reikia atlikti kapitalinį remontą, perprojektuoti palatas ir kitas patalpas. Reikalingos investicijos Vaikų ligoninės pediatrijos korpusui atnaujinti, siekiant užtikrinti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas ne tik Vilniaus regiono, bet ir visos Lietuvos vaikams (Dėl sveikatos..., 2014).

➤ ***Nepatogus parkavimas (7 komentarai).*** Apklaustieji pakomentavo, jog pageidautų geresnių automobilio parkavimo šalia ligoninės sąlygų: didesnės parkingo aikštelės su daugiau parkavimo vietų ir nemokamo parkingo.

➤ ***Gydytojų kompetencijos stoka (5 komentarai).*** Respondentai skundėsi gydytojų neprofesionalumu: vienam respondentui netiko paslaugos suteikimo būdas ir po jo tenkančios vaikui pasekmės (paliktos mėlynės); kitas respondentas pažymėjo, jog gydytojas nesugebėjo per kelis vizitus nustatyti kūdikiui klausos sutrikimo ir prisipažino nemokantis naudotis naujai įsigyta gydymo įranga, o trečias respondentas su negaluojančiu vaiku buvo išsiųstas namo, ko pasekoje vaikui dar labiau pablogėjo sveikata.

Asmens sveikatos priežiūros specialistų teises, pareigas, profesinę kompetenciją ir veiklos reikalavimus nurodo Lietuvos medicinos normos, kurias tvirtina, keičia ir panaikina Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba.

➤ ***Teigiami atsiliepimai (4 komentarai).*** Keli apklaustieji neturėjo pastabų ir pagyrė gydytojus už puikų darbą.

➤ ***Informavimo stoka (3 komentarai).*** Keli pacientų tėvai pasigedo informacijos apie gydymą (detalumo ir aiškumo) ir jo eigą, o vienas apklaustųjų pageidautų išsamesnės informacijos apie ligoninės patalpų išdėstymą ir teikiamas paslaugas.

Paciento ar jo tėvų informavimą apie gydymą įpareigoja LR įstatymai, Vaikų ligoninės vidaus tvarkos taisyklės, Lietuvos gydytojų profesinės etikos kodeksas.

➤ ***Bloga paslaugos teikimo tvarka (3 komentarai).*** Vienas iš pacientų tėvų pakomentavo, jog neaiški guldymo į ligoninę tvarka: jų vaiko nepaguldė į ligoninę pirmą dieną po avarijos gydytojos nurodymu, ko pasekoje, paguldžius sekančią dieną jau kito gydytojo, draudimas neapmokėjo už draudiminį įvykį ir sanatoriją, tik už vaistus. Kito respondento patirtis parodė, jog infekciniame skyriuje guldant po kelis vaikus palatoje, vaikas pasigauna papildomą virusą nuo palatos draugo. Trečio respondento akimis žiūrint, ligoninėje trūksta paslaugos suteikimo sistemiškumo: kada atnešti vandens vaikui ar termometrą, bei reikėtų atskirti vemiančius vaikus nuo karščiuojančių priimamojo skyriuje.

Vaikų ligoninė yra aprašiusi paslaugos teikimo tvarką ligoninės Vidaus tvarkos taisyklėse.

➤ ***Nepatogi registracija telefonu (3 komentarai).*** Keli respondentai pakomentavo, jog registracija telefonu ne visada pavyksta sklandžiai, t.y. tenka palaukti, kol kas nors atsilieps.

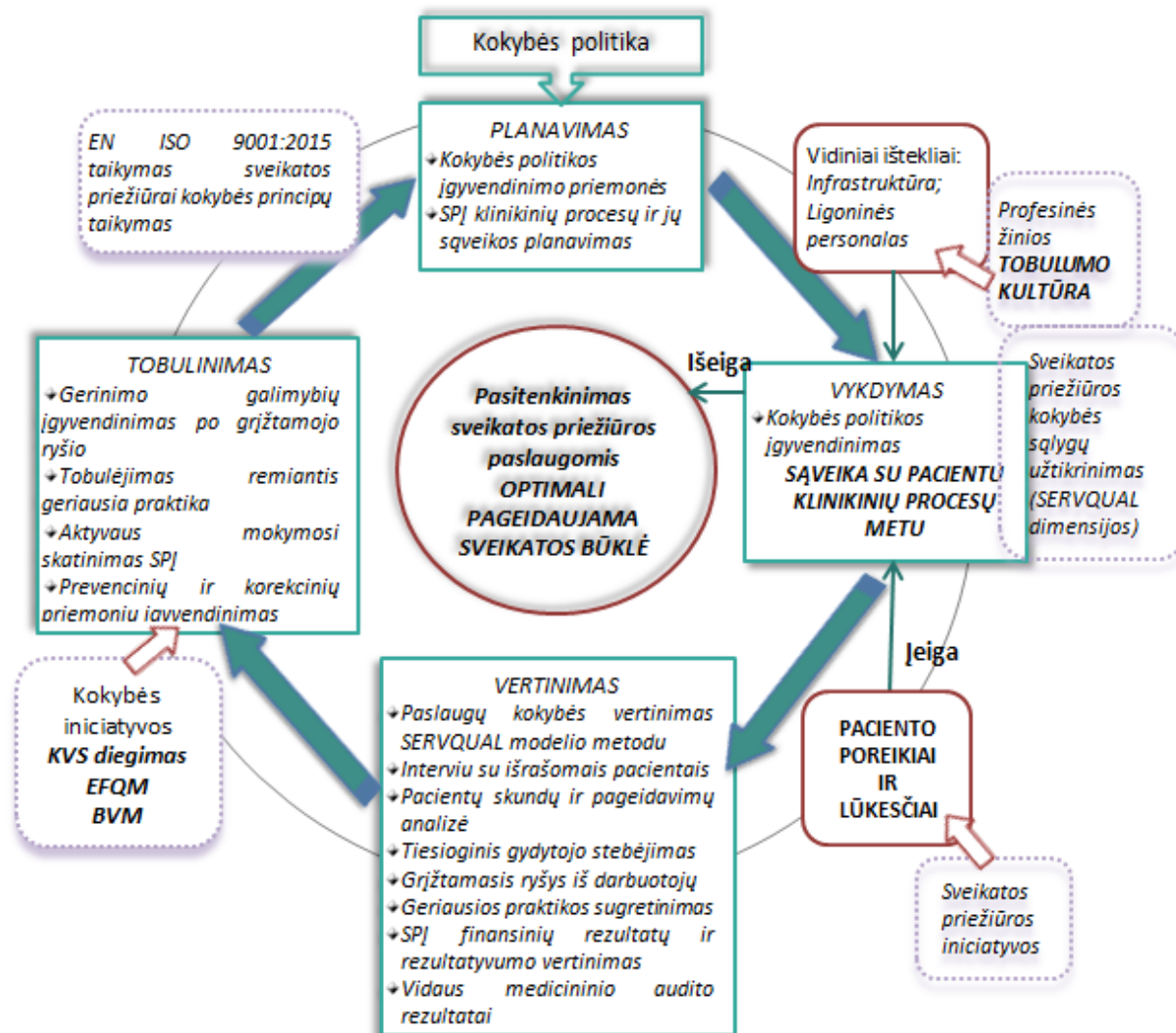
➤ ***Netenkinanti maisto kokybė (2 komentarai).*** Du iš pacientų tėvų siūlo gerinti ligoninėje teikiamo maisto kokybę.

*Maisto organizavimo ir patiekimo pacientams tvarką reglamentuoja 2018 m. LR sveikatos apsaugos ministro patvirtintas **Maisto organizavimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarkos aprašas.***

➤ ***Kita (6 komentarai).*** Vienas komentaras buvo dėl apsilankymo pas gydytoją proceso: neaišku, kada reikia eiti į registratūrą, o kada galima tiesiai pas specialistą (respondento siūloma pateikti šią informaciją sms žinutėje paciento tėvams). Kitas komentaras buvo dėl nepatogių paciento lankymo valandų ligoninėje, kurios trukdo kartu palatoje gulinti vaikui išsimiegoti. Vienas iš apklaustųjų pageidautų, kad gulint palatoje su vaiku, patalynė tiek vaikui, tiek suaugusiam būtų keičiama dažniau. Vieno apklaustųjų manymu, gydytojai korumpuoti, todėl siūlo pakeisti visą personalą į jaunos specialistus, kurie neimtų kyšio. Kitas respondento pastebėjimas, jog ligoninei nederėtų reklamuoti ortopedinių parduotuvių. Dar viena iš nuomonių: siūloma kai kuriems iš gydytojų prisiminti Hipokrato priesaiką.

4. PASLAUGŲ KOKYBĖS VALDYMO VAIKŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE MODELIS

Atliktos mokslinės literatūros analizės bei autorinio tyrimo rezultatų pagrindu, panaudojant E. Demingo nuolatinio veiklos tobulinimo ciklo šabloną iš keturių žingsnių: *Planavimas – Vykdymas – Vertinimas – Tobulinimas*, darbo autorė sukūrė paslaugų kokybės valdymo vaikų sveikatos priežiūros įstaigoje modelį (19 pav.).



19 pav. Paslaugų kokybės valdymo vaikų sveikatos priežiūros įstaigoje modelis (sudaryta autorės, remiantis mokslinės literatūros analizės informacija ir autorinio tyrimo rezultatais)

Kadangi standartas LST EN 15224:2017 sveikatos priežiūroje taiko procesinį požiūrį, sukurtas autorinis modelis apima Planuok – Daryk – Tikrint – Veik (PDTV) ciklą.

Viena esminių SPĮ veiklos gerinimo priemonių yra *kokybės politika*, atitinkanti aukščiausiosios vadovybės strategiją ir viziją, susijusią su organizacijos ateitimi, apimanti nuolatinį gerinimą, susijusį su pacientų ir kitų suinteresuotųjų šalių poreikių bei jų lūkesčių tenkinimu, padedanti skatinti kokybės gerinimo visoje SPĮ siekimą ir suvokti kokybės tikslus,

todėl *planavimo etape* svarbu numatyti kokybės politikos įgyvendinimo priemones. Procesinis požiūris sveikatos priežiūroje sąlygoja organizacijos klinikinių ir kitų procesų bei jų sąveikos planavimą (*planavimo etape*), padeda nagrinėti klinikinius procesus, pasiekti klinikinių procesų veiksmingumą, tobulinti procesus, remiantis duomenimis ir informacijos vertinimu.

Vykdyimo etape išskirtinas kokybės politikos įgyvendinimo veiksmas bei pagrindinis SPI procesas – sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojų sąveika su pacientu klinikinių procesų metu, kuris neatsiejamas be vidinių SPI išteklių: tinkamos *infrastruktūros* (SERVQUAL apčiuopiamumo dimensija) ir *ligoninės personalo* (profesinių žinių bei tobulumo kultūros). Tobulumo kultūra (SERVQUAL tikrumo dimensija) apimanti bendradarbiavimą, komunikaciją, kompetenciją, pagarbą, atsakomybę bei pasitikėjimą, autorinio tyrimo rezultate išryškėjo kaip viena labiausiai koreliuojančių ($r=0,641$, $p\leq 0,01$) su pasitenkinimu sveikatos priežiūros paslaugomis po jautrumo dimensijos ($r=0,670$, $p\leq 0,01$). Efektyvus bendravimas tarp tėvų, vaiko ir sveikatos priežiūros specialisto gali padidinti ligos diagnozės tikslumą, gerinti pacientų supratimą ir gydymo proceso laikymąsi, bei pagerinti sveikatos paslaugų kokybę ir gydymo rezultata. Iš kitos pusės, akcentuotinas sveikatos priežiūros orientavimas į *paciento sveikatos priežiūros poreikius bei lūkesčius* (Išiga), kurie įtakojami išorinių veiksnių (*sveikatos priežiūros iniciatyvų*): sveikos gyvensenos skatinimo, sveikatos saugojimo, ligų prevencijos, vaistų prieinamumo gerinimo bei veiksmingų vaistų užtikrinimo. Rezultate (Išiga) pasiekiami *optimali pageidaujama sveikatos būklė ir pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis*. Ligoninės personalo sąveikos su pacientu metu (*vykdyimo etape*) būtinas sveikatos priežiūros *kokybės sąlygų užtikrinimas*: efektyvumo, priežiūros nenutrūkstamumo, paciento įtraukimo į gydymo procesą ir savalaikiškumo (SERVQUAL jautrumo dimensija); veiksmingumo, žiniomis grindžiamos sveikatos priežiūros (SERVQUAL patikimumo dimensija); prieinamumo, orientavimosi į pacientą (SERVQUAL empatijos dimensija); nešališkumo ir saugumo (SERVQUAL tikrumo dimensija).

Vertinimo etape svarbu analizuoti vykdyimo etape atliktų veiksmų kokybę, t.y. ligoninės personalo sąveikos su pacientu proceso kokybę ir ieškant spragų bei gerinimo galimybių pereiti prie ketvirtojo *tobulinimo etapo*.

Tobulinimo etape įgyvendinamos visos gerinimo galimybės ir korekcinės bei prevencinės priemonės, taip pat skatinamas tobulėjimas ir aktyvus mokymasis. Galimos savanoriškos kokybės iniciatyvos SPI: kokybės vadybos sistemos diegimas, EFQM tobulumo modelio ar BVM diegimas. Prie SPI procesų veiksmingumo, rezultatyvumo, paslaugų kokybės ir suinteresuotų šalių pasitenkinimo prisideda KVS standarto LST EN 15224:2017 (EN ISO 9001:2015) kokybės principų taikymas sveikatos priežiūroje.

IŠVADOS IR PASIŪLYMAI

1. Atlikus kokybės koncepcijos taikymo sveikatos priežiūroje teorinių ir teisinių aspektų analizę, išgryninta kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų, remiantis Lietuvos įstatymais, LST EN 15224:2017 kokybės standartu, PSO ir kitom organizacijom bei išnagrinėtais moksliniais straipsniais, sąvoka: prieinamos, saugios, veiksmingos, efektyvios, orientuotos į pacientą (jo poreikius ir lūkesčius), nešališkos, tinkamos, grindžiamos įrodymais, savalaikiškos ir įtraukiančios pacientą į gydymo procesą ir sprendimų priėmimą sveikatos priežiūros paslaugos.

2. Literatūros analizė atskleidė, kad nors techninė paslaugų kokybės pusė turėtų būti svarbesnė vartotojų požiūriu, vis dėlto, patys paslaugos gavėjai nėra kompetetingi ją vertinti, todėl funkcinė paslaugų kokybė tampa prioritetiniu sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo vertinimo ir pasirinkimo aspektu. Nors sveikatos priežiūros paslaugų teikimas vaikams ir suaugusiesiems skiriasi nemažai aspektų, vienas iš akcentuotinių esminių skirtumų tarp jų – efektyvus komunikavimas su pacientu vaiku ir jo tėvais, kuris didžiaja dalimi įtakoja galutinį sveikatos paslaugos suteikimo rezultatą (techninę kokybę). Nors respondentų tikrumo dimensijos rodiklis įvertintas vidutiniškai (3,83 balo iš 5, $p < 0,05$) ir su tikrumo dimensijos teiginiu: „*Ligoninės personalas elgiasi paslaugiai ir maloniai*“ respondentai linkę sutikti ($M=3,66$, $p < 0,001$), vis dėlto, tikrumo dimensijos koreliacija su pasitenkinimu vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis yra viena stipriausių ($r=0,641$, $p \leq 0,01$) ir nemažai komentarų (11) buvo susijusių su netinkamu medicinos personalo bendravimu su pacientų tėvais, todėl tikslinga būtų siūlyti Vaikų ligoninei – parengti bendravimo su pacientu ir paciento tėvais tvarkos aprašą, kuris turi būti iškomunikuotas visam medicinos personalui (įskaitant registratūros darbuotojus), taip gerinant visos įstaigos organizacinę kultūrą. Autorė teikia efektyvios komunikacijos su vaiku sveikatos priežiūroje rekomendacijas (2 priedas, 1 lentelė). Taip pat, remiantis 2014 m. sveikatos apsaugos ministro įsakymu, siūloma: „*Organizuoti sveikatos priežiūros specialistų, teikiančių paslaugas vaikams, kvalifikacijos tobulinimą, mokymus, siekiant, kad jie įgytų specializuotų profesinių žinių ir įgūdžių, reikalingų teikiant paslaugas vaikams*“.

3. Išnagrinėjus naujausią Valstybinio audito ataskaitą, išryškėjo šios spręstinios problemos SPI: valstybiniu lygmeniu nenustatyta paslaugų veiksmingumą matuojančių rodiklių sistema, apmokėjimas už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas iš PSDF biudžeto lėšų nesiejamas su sveikatos priežiūros kokybe, beveik ketvirtadalis SPI Lietuvoje nėra pasitvirtinusios SPI paslaugų kokybės politikos, dalyje SPI netinkamai formuojama vidaus medicininio audito grupė ir nėra metodikos bei standartų vidaus medicininio audito atlikimui, SPI nestebi ir

nevertina pacientų patirties rodiklių, todėl šių trūkumų sveikatos priežiūros sistemoje pašalinimas reikšmingai prisidėtų prie sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo (remiantis autorės sukurtu paslaugų kokybės valdymo modeliu).

4. Išnagrinėjus Lietuvoje kitų autorių atliktų tyrimų SPĮ paslaugų kokybės įvertinimui rezultatus, paaiškėjo probleminės SPĮ sritys: lėšų stoka, per didelis darbo krūvis, nepakankama komunikacija ir nepasitenkinimo darbu SPĮ aspektai. Šios priežastys ir yra autorinio tyrimo rezultate gautų trūkumų (netenkinančios medicinos personalo ir administracijos darbuotojų komunikacijos su pacientų tėvais, per ilgų eilių patekimui pas specialistą) giluminės priežastys.

5. Remiantis paslaugų kokybės dimensijų rodiklių vertinimais, pacientų tėvų geriausiai įvertintos apčiuopiamumo (3,87 balo iš 5) ir tikrumo (3,83 balo iš 5) dimensijos, žemiausiu balu – empatijos (3,38 balo iš 5). Nors Rehaman ir Husnain 2018 m. ištyrė, kad labiausiai pasitenkinimui įtakos turi apčiuopiamumas ir empatija, autorės tyrimas parodė, kad empatija neturi įtakos ir yra silpniausiai ($r=0,483$, $p\leq 0,01$) iš 5 kokybės dimensijų susijusi su pasitenkinimu sveikatos priežiūros paslaugomis. Be to, empatijos kriterijumi dėl mašinos parkavimo respondantai linkę būti nepatenkinti: „Mašinos parkavimas prie ligoninės yra patogus“ – 2,3 balo iš 5 ($p<0,05$), o komentarų dėl mašinos parkavimo sulaukta 7, todėl tikslinga būtų teikti pasiūlymą Vaikų ligoninei – gerinti parkavimo sąlygas.

6. Labiausiai iš pasitenkinimo kriterijų pritarta teiginiui: „*Ketinu ir ateityje naudotis Vaikų ligoninės paslaugomis*“ – 4,12 balo iš 5. Pažymėtina, kad beveik visos dimensijos, išskyrus empatiją (kuri koreliuoja silpnai su visais pasitenkinimo teiginiais), vidutinio stiprumo ryšiu koreliuoja su dviem pasitenkinimo kriterijais: *teigiamu atsiliepimu kitiems asmenims apie Vaikų ligoninę ir ketinimu rekomenduoti savo pažįstamiems ir artimiesiems Vaikų ligoninę*. Su likusiais dviem pasitenkinimo kriterijais: „*Ketinu ateityje naudotis Vaikų ligoninės paslaugomis*“ ir „*Teikiu pirmenybę Vaikų ligoninei prireikus sveikatos priežiūros paslaugų savo vaikui*“ visų paslaugų kokybės dimensijų koreliacinis ryšys yra silpnas, todėl tai reiškia, kad nors paslaugų kokybė ir bus vertinama labai gerai, nėra didelės tikimybės (tikimybė nuo 37 iki 48%), kad pacientų tėvai ir ateityje naudosis Vaikų ligoninės paslaugomis.

7. Remiantis paskaičiuotais koreliacijos koeficientais tarp visų kintamųjų, nustatytas stiprus ryšys ($r>0,7$) tarp jautrumo ir tikrumo ($r=0,819$, $p\leq 0,01$), patikimumo ir tikrumo ($r=0,815$, $p\leq 0,01$), patikimumo ir jautrumo dimensijų ($r=0,797$, $p\leq 0,01$), todėl teigtina, jog vertindamas labai gerai jautrumo dimensiją, yra didelė tikimybė (80-81 %), kad ir patikimumą bei tikrumą įvertins taip pat labai gerai, o vertindamas labai gerai patikimumo dimensiją, 81,5 % tikimybė, kad ir tikrumo dimensiją vertins labai gerai.

8. Vadovaujantis autorės sukurtu autorinio tyrimo koncepcijos modeliu, patikrinus ryšius tarp penkių paslaugų kokybės dimensijų ir pacientų tėvų pasitenkinimo vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis, buvo patvirtintos iškeltos pirmos penkios tyrimo hipotezės. Atlikus Steiger Z testą koreliacijos koeficientų skirtumams patikrinti, paaiškėjo, kad keturių paslaugų kokybės dimensijų koreliacijos koeficientai su pasitenkinimu pagal stiprumą tarpusavy nesiskiria ($p > 0,05$), išskyrus empatijos dimensiją ($p < 0,05$), kurios koreliacijos koeficientas ($r = 0,483$) yra silpnėsnis už likusius keturis koreliacijos koeficientus (jautrumo: $r = 0,670$, tikrumo: $r = 0,641$, apčiuopiamumo: $r = 0,603$ ir patikimumo: $r = 0,570$). Koreliacijos koeficientai parodo, kad empatijos dimensijos kriterijai (individualus dėmesys pacientui, registracija telefonu ir internetu, susisiekimasis transportu su ligonine bei darbo valandos) mažiausiai siejasi su pacientų tėvų pasitenkinimu vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis.

9. Remiantis daugialypės regresinės analizės duomenimis, dvi paslaugų kokybės dimensijos (apčiuopiamumas ir jautrumas) bendrai paaiškina 51,5% pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis dispersijos ($R^2 = 0,515$). Jautrumas apima: gydytojų gebėjimą greitai reaguoti į problemas, norą padėti, prireikus pagalbos pacientui, paciento informavimą apie gydymą ir jo eigą bei greitą paslaugos suteikimą. Apčiuopiamumas apima: modernią įrangą, gydytojų tvarkingą aprangą, tvarkingas ligoninės patalpas ir aiškų jų išdėstymą. Šešta hipotezė buvo atmesta, nes tik dvi iš penkių paslaugų kokybės dimensijų įtakoja pasitenkinimą vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis.

10. Kadangi LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas nustato terminus, per kuriuos, pacientas turi teisę gauti pirminės (ne vėliau nei per 7 kalendorines dienas), antrinės ir tretinės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas (ne vėliau nei per 30 kalendorinių dienų), o daugiausiai pacientų tėvų (12) netenkina ilgos patekimo pas specialistą eilės, kurios kartais užtrunka apie 2 mėnesius, todėl tikslinga būtų siūlyti Vaikų ligoninėje Medicininio audito skyriui peržiūrėti gydytojų, pas kuriuos užsiregistruoti eilės ilgesnės nei 30 kalendorinių dienų, etatus, ir jei būtina, teikti pasiūlymą vadovybei priimti daugiau tos srities specialistų arba ilginti jų darbo valandas. Taip pat būtų galima mažinti biurokratinio darbo apimtį. Tuo labiau, kad Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (toliau – EBPO) rekomendavo Lietuvai mažinti sveikatos priežiūros prieinamumo ir kokybės netolygumus (Valstybinio audito..., 2018).

11. Kadangi autorės atlikta regresinė analizė parodė, kad apčiuopiamumas yra vienas iš dviejų pasitenkinimą vaikų sveikatos priežiūros paslaugomis prognozuojančių paslaugų kokybės dimensijų, nors bendrai apčiuopiamumo dimensijos vertinimas siekia 3,87 balus iš 5, t.y. respondantai linkę būti patenkinti infrastruktūra ($p < 0,05$), vis dėlto, 2014 m. įsakymo „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“

pakeitime pabrėžiama, kad Santaros Vaikų ligoninėje „*daugelyje skyrių reikia atlikti kapitalinį remontą, perprojektuoti palatas ir kitas patalpas. Reikalingos investicijos Vaikų ligoninės pediatrijos korpusui atnaujinti...*“, autoriniame tyrime nemažai (8) komentarų buvo su pasiūlymais dėl ligoninės infrastruktūros tobulinimo. Pažymėtina, kad 16-18 metų vaikų tėvai (N=6) statistiškai prasčiau (M=3,62, p<0,05) vertina apčiuopiamumo dimensiją nei kitų vaikų amžiaus grupių tėvai (M=3,88). Tikslinga būtų Vaikų ligoninės vadovybei, atsižvelgiant į šias pastabas, nustatyti didžiausius infrastruktūros dalies trūkumus ir surasti lėšų infrastruktūros atnaujinimui.

12. Remiantis mokslinės literatūros analize bei autorinio tyrimo rezultatais, E. Demingo nuolatinio veiklos tobulinimo ciklo pagrindu, autorės sukurtas paslaugų kokybės valdymo vaikų sveikatos priežiūros įstaigoje modelis, kuris parodo esminius keturis etapus nuo planavimo iki tobulinimo, užtikrinančius nuolatinį paslaugų kokybės gerinimo sistemiškumą. Modelis taikytinas visose sveikatos priežiūros įstaigose: ligoninėse, sanatorijose, ambulatorijose, reabilitacijos centruose, šeimos gydytojo kabinetuose, sveikatos priežiūros centruose ir t.t.

Darbo rezultatų aprobavimas ir sklaida. Magistro darbo pagrindu parengtas ir priimtas publikuoti mokslinis straipsnis „Service quality management at Lithuanian healthcare institutions“ (tarptautiniame žurnale Quality. Access to Success. 2020, Vol. 21, No. 174, p.49-55. (3 priedas).

Galimos tolimesnės magistrinio darbo temos vystymo galimybės: kadangi autorės ištirtas sveikatos priežiūros paslaugų gavėjų požiūris į paslaugų kokybę ir pasitenkinimą ja, tikslinga būtų ištirti ir pačių paslaugos tiekėjų (sveikatos priežiūros specialistų) požiūrį į jų teikiamų paslaugų kokybę bei išskirti problemines kokybės valdymo vietas sveikatos priežiūros įstaigoje. Taip pat svarbus būtų standarto LST EN 15224:2017 taikomo sveikatos priežiūroje septynių kokybės principų (orientavimosi į klientą, lyderystės, žmonių įtraukimo, procesinio požiūrio, gerinimo, sprendimų, pagrįstų faktais bei santykių vadybos) pritaikomumo sveikatos priežiūros įstaigoje ištyrimas per medicinos darbuotojų apklausą.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

3. Allen-Duck, A., Robinson, J. C., Stewart, M. W. (2017). Healthcare Quality: A Concept Analysis. *Nurs Forum*, Vol. 52, No. 4, p. 377–386. doi:10.1111/nuf.12207.
4. Bahadori, M., Teymourzadeh, E., Ravangard, R., Saadati, M. (2018). Accreditation effects on health service quality: nurse viewpoints. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, p. 1–9. doi:10.1108/IJHCQA-07-2017-0126.
5. *Bendrasis vertinimo modelis* (2013). Vilnius: Vidaus reikalų ministerija.
6. Butt, M.M., Run, E. C. (2010). Private healthcare quality: applying a SERVQUAL model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 23, No. 7, p. 658-673. doi: 10.1108/09526861011071580.
7. Carney, M. (2011). Influence of organizational culture on quality healthcare delivery. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 24, No. 7, p. 523–539. doi:10.1108/09526861111160562.
8. *Crossing the Quality Chasm: The IOM Health Care Quality Initiative* (2013). Washington: Institute of Medicine.
9. Damm, L., Leiss, U., Habeler, U., Ehrich, J. (2015). Improving Care through Better Communication: Understanding the Benefits. *The Journal of Pediatrics*, Vol. 166, No. 5, p. 1327-1328. doi:10.1016/j.jpeds.2015.01.027.
10. Damm, L., Leiss, U., Habeler, U., Ehrich, J. (2015). Improving Care through Better Communication: Continuing the Debate. *The Journal of Pediatrics*, Vol. 167, p. 501–502. doi:10.1016/j.jpeds.2015.05.040.
11. D’Cunha, S., Suresh, S. (2015). The Measurement of Service Quality in Healthcare: A Study in a Selected Hospital. *International Journal of Health Sciences and Research*, Vol. 5, p. 333–345. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/publication/320243462_The_Measurement_of_Service_Quality_in_Healthcare_A_Study_in_a_Selected_Hospital/download (žiūrėta 2019 m. kovo 1 d.).
12. Dikčius, V. (2011). *Anketos sudarymo principai*. Vilniaus Universitetas. Prieiga per internetą: https://emokymai.vu.lt/pluginfile.php/25955/mod_resource/content/1/Dikcius_Anketos%20sudarymo%20metodika%20.pdf (žiūrėta 2018 m. gruodžio 11 d.).
13. Dolovich, L., Oliver, D., Lamarche, L., Agarwal, G., Carr, T., Chan, D., Cleghorn, L., Griffith, L., Javadi, D., Kastner, M., Longaphy, J., Mangin, D., Papaioannou, A., Ploeg, J., Raina, P., Richardson, J., Risdon, C., Santaguida, P.L., Straus, S., Thabane, L., Valaitis, R., Price D. (2016). A protocol for a pragmatic randomized control trial using the Health Teams Advancing Patient Experience: Strengthening quality platform approach to promote person-

- focused primary healthcare for older adults. *Implementation Science*, Vol. 11, No. 49, p. 1–14. doi: 10.1186/s13012-016-0407-5.
14. Domittner, B., Kernstock, E. M., Nowak, P. (2013). Quality management [Document based on the presentation]. The workshop was held in November 2012 in Riga. Project „Enhancing the administrative capacity of the Latvian Health Economics Association and the partner to participate in decision-making in healthcare and development of innovative service" was carried out by the Latvian Health Economic Association.
15. Donabedian, A. (1983). Quality Assessment and Monitoring: Retrospect and Prospect. *SAGE Journals*, Vol. 6, p. 363-375. doi:10.1177/016327878300600309.
16. Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, Vol. 260, No. 12, p. 1743-1748. Prieiga per internetą: http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/The_Quality_of_Care__How_Can_it_Be_Assessed_-_Donabedian.pdf (žiūrėta 2018 m. lapkričio 12 d.).
17. Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly a Multidisciplinary Journal of Population health and health policy*, No. 83(4), p. 691–729. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.
18. Dupree, E., Anderson, R., Nash, I.S. (2011). Improving quality in healthcare: Start with the patient. *Mount Sinai Journal of Medicine*, Vol. 78, No. 6, p. 813–819. doi: 10.1002/msj.20297.
19. EFQM Excellence Model 2013. Prieiga per internetą: <http://www.efqm.org/index.php/efqm-model-2013/download-your-free-copy/> (žiūrėta 2018 m. lapkričio 13 d.).
20. *EFQM įsivertinimo ataskaita* (2013). Kaunas: Kauno mechanikos mokykla.
21. El-Jardali, F., Jamal, D., Dimassi, H., Ammar, W., Tchaghchaghian, V. (2008). The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 20, No. 5, p. 363–371. doi:10.1093/intqhc/mzn023.
22. *European Social Survey Data 2018* (2018). Prieiga per internetą: <http://nesstar.ess.nsd.uib.no/webview/> (žiūrėta 2019 m. gruodžio 18 d.).
23. *Europos vartotojų pasitenkinimo valdymo vadovas* (2010). Vilnius: Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerija.
24. Farr, M., Cressey, P. (2015). Understanding staff perspectives of quality in practice in healthcare. *Biomed Central Health Services Research*, Vol. 15, p. 123–132. doi: 10.1186/s12913-015-0788-1.

25. Favaretti, C., Pieri, P. D., Torri, E., Guarrera, G., Fontana, F., Debiassi, F., Flor, L. (2015). An EFQM excellence model for integrated healthcare governance. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 28, No. 2, p. 156-172. doi:10.1108/IJHCQA-02-2014-0022.
26. Fiala, T. G. (2012). What Do Patients Want? Technical Quality Versus Functional Quality: A Literature Review for Plastic Surgeons. *Aesthetic Surgery Journal*, Vol. 32, p. 751–759. doi:10.1177/1090820X12452555.
27. Garvin, D. A. (1984). What does „product quality“ really mean? *MIT Sloan Management Review*, Vol. 19, No. 1, p. 25-43. Prieiga per internetą: http://www.oqrm.org/English/What_does_product_quality_really_means.pdf (žiūrėta 2019 m. kovo 15 d.)
28. Ghiasipour, M., Mosadeghrad, A. M., Arab, M., Jaafaripooyan, E. (2017). Leadership challenges in health care organizations: The case of Iranian hospitals. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, Vol. 31, p. 1-8. doi: 10.14196/mjiri.31.96.
29. Glamba, V., Jerešiūnienė, O., Jerešiūnas, A. (2010). Kokybės vadybos sistemos įtakos analizė reabilitacijos ligoninėje pacientų požiūriu. *Medicinos teorija ir praktika*, Vol. 16, Nr. 1, p. 69-74. Prieiga per internetą: http://www.mtp.lt/files/69_pdfsam_.pdf (žiūrėta 2018 m. lapkričio 15 d.).
30. Han, H., Ryu, K. (2009). The Roles of the physical environment, price perception, and customer satisfaction in determining customer loyalty in the restaurant industry. *The Journal of Hospitality & Tourism Research*. Vol. 33, p. 487-510. doi:10.1177/1096348009344212.
31. *Health service delivery* (2010). Geneva: World Health Organization.
32. Izumi, S., Baggs, J. G., Knaff, K. A. (2010). Quality nursing care for hospitalized patients with advanced illness: Concept development. *Research in Nursing and Health*, Vol. 33, No. 4, p. 299–315. doi: 10.1002/nur.20391.
33. Janušonis, V., Daukantaitė, D. (2014). Veikiančių ISO 9000 šeimos kokybės sistemų įtaka daugiarofilinių išvystytos infrastruktūros ligoninių veiklai. *Sveikatos ekonomika ir vadyba*, Vol. 7, Nr. 3, p. 142-148. doi:10.5200/sm-hs.2014.058.
34. Kardelis, K. (2005). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Šiauliai: Lucilijus.
35. Ward, K., F., Rolland, E., Patterson, R. (2005). Improving outpatient health care quality: Understanding the quality dimensions. *Health care management review*, Vol. 30(4), p. 361-371. doi: 10.1097/00004010-200510000-00010.
36. Khan, M., Khalid, P., Al-Said, Y., Cupler, E., Almorsy, L., Khalifa, M. (2016). Improving Reports Turnaround Time: An Essential Healthcare Quality Dimension. *Studies in*

Health Technology and Informatics, Vol. 26, p. 205–208. doi: 10.3233/978-1-61499-664-4-205.

37. Kim, L., Lyder, C., McNeese-Smith, D., Leach, L., Needleman, J. (2015). Defining attributes of patient safety through concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 71, No. 11, p. 2490–2503. doi: 10.1111/jan.12715.

38. *Kokybės vadybos sistemos. Pagrindai ir aiškinamasis žodynas (ISO 9000:2015)*. Vilnius: Lietuvos standartizacijos departamentas, 2016.

39. Kosinskienė, A., Ruževičius, J. (2010). Sveikatos priežiūros kokybės valdymas ligoninėje. *Medicinos teorija ir praktika*, Nr. 4, p. 1-27. Prieiga per internetą: http://www.kv.ef.vu.lt/wp-content/uploads/2010/10/STRAIPSNIS-Medicinos-teorija-ir-praktika_Zurn_Kosinskiene_Ruzevicius_2010_16t_Nr4.pdf (žiūrėta 2018 m. spalio 29 d.).

40. Kosinskienė, A., Ruževičius, J. (2011). Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui. *Visuomenės sveikata*, Vol. 52, Nr. 1, p. 19-29. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2011.1\(52\)/Sveik_1\(52\)_Ruzevicius_M.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2011.1(52)/Sveik_1(52)_Ruzevicius_M.pdf) (žiūrėta 2018 m. lapkričio 15 d.).

41. Lee, H., Vlaev, I., King, D., Mayer, E., Darzi, A., Dolan, P. (2013). Subjective well-being and the measurement of quality in healthcare. *Social Science & Medicine*, Vol. 99, p. 27-34. doi:10.1016/j.socscimed.2013.09.027.

42. Li, M., Lowrie, D., B., Huang, C-Y., Lu, X-C., Zhu, Y-C., Wu, X-H., Shayiti, M., Tan, Q-Z., Yang, H-L., Zhao, P.Hen, S-H., Wang, X-R., Lu, H-Z.(2015). Evaluating patients' perception of service quality at hospitals in nine Chinese cities by use of the ServQual scale. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*, Vol. 5, p. 497-504. doi.org/10.1016/j.apjtb.2015.02.003.

43. *Lietuvos gydytojų profesinės etikos kodeksas* (2015). Vilnius: Lietuvos gydytojų sąjunga ir Lietuvos bioetikos komitetas.

44. Lietuvos higienos normos HN 47-1:2012 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Infekcijų kontrolės reikalavimai“. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.435637> (žiūrėta 2019 m. kovo 7 d.).

45. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas Nr. XI-499, 2009 m. lapkričio 19 d. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/legalAct.html?documentId=TAR.482697112266> (žiūrėta 2018 m. spalio 29 d.).

46. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31d. įsakymas Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“. Prieiga per

interneta: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.102647?jfwid=fhhu5mn1a>

(žiūrėta 2019 m. kovo 11 d.).

47. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymas Nr. V-338 „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.319609/MdadAHLzdc> (žiūrėta 2018 m. spalio 29 d.).

48. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugsėjo 1 d. įsakymas Nr. V-912 „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“ pakeitimo. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/f3cdd950321a11e4b487eaabe28831e8> (žiūrėta 2019 m. kovo 6 d.).

49. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. sausio 14 d. įsakymu Nr. V-53 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2019-2021 m. strateginio veiklos plano“. Prieiga per internetą: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/SAM%20SVP%202019-01-14%20isakym_%20Nr_%20V-53.pdf (žiūrėta 2019 m. spalio 14 d.).

50. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. lapkričio 15 d. įsakymas Nr. V-1292 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programos patvirtinimo“. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/3ca52110caac11e782d4fd2c44cc67af/CcdbSnkOMc> (žiūrėta 2018 m. spalio 29 d.).

51. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų 2017 m. gruodžio 19 d. įstatymas Nr. XIII-903. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/065574b0eb0f11e7acd7ea182930b17f> (žiūrėta 2018 m. spalio 29 d.).

52. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos 1994 m. liepos 19 d. įstatymas Nr. I-552. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905?jfwid=q8i88mcob> (žiūrėta 2018 m. spalio 29 d.).

53. Lionis, C. (2015). Why and how is compassion necessary to provide good healthcare? *International Journal of Health Policy Management*, Vol. 15, No. 4, p. 771–772. doi: 10.15171/ijhpm.2015.132.

54. LST EN 15224:2017. Vilnius: Lietuvos standartizacijos departamentas, 2017.

55. Marčinskas, A. (2012). *Moksliniai tyrimai*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.

56. Mitchell, P. H. (2008). Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. *Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality*. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/> (žiūrėta 2018 m. lapkričio 12 d.).
57. Mosadeghrad, A. M. (2013). Healthcare service quality: towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 26, No. 3, p. 203-219. doi:10.1108/09526861311311409.
58. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and its Implication for Future Research (SERVQUAL). *Journal of Marketing*, Vol. 49, p. 41-50. doi: 10.2307/1251430.
59. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: a multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, Vol. 64, No. 1, p. 12-40. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/profile/Valarie_Zeithaml/publication/225083802_SERVQUAL_A_multiple_Item_Scale_for_measuring_consumer_perceptions_of_service_quality/links/5429a4540cf27e39fa8e6531/SERVQUAL-A-multiple-Item-Scale-for-measuring-consumer-perceptions-of-service-quality.pdf (žiūrėta 2018 m. lapkričio 19 d.).
60. Park, M. S. (2018). Quality improvement in pediatric care. *Korean Journal of Pediatrics*, No. 61(1), p. 1–5. doi: 10.3345/kjp.2018.61.1.1.
61. *Patient safety* (2018). Geneva: World Health Organization.
62. Poškutė, V., Bivainienė, L. (2011). AB „Šiaulių bankas“ paslaugų kokybės vertinimas. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, Vol. 10, Nr. 3(23), p. 55-64. Prieiga per internetą: <http://gs.elaba.lt/object/elaba:6101789/> (žiūrėta 2018 m. gruodžio 11 d.).
63. *Quality of care : a process for making strategic choices in health systems* (2006). Geneva: World Health Organization.
64. Rehaman, B., Husnain, M. (2018). The Impact of Service Quality Dimensions on Patient Satisfaction in the Private Healthcare Industry in Pakistan. *Journal of Hospital & Medical Management*, Vol. 4, No. 1, p. 1-8. doi: 10.4172/2471-9781.100048.
65. Rotar, A. M., Botje, D., Klazinga, N. S., Lombarts, K. M., Groene, O., Sunol, R., Plochg, T. (2016). The involvement of medical doctors in hospital governance and implications for quality management: a quick scan in 19 and an in depth study in 7 OECD countries. *BioMed Central Health Services Research*, Vol. 16. doi: 10.1186/s12913-016-1396-4.
66. Ruževičius, J. (2006). *Kokybės vadybos metodai ir modeliai*. Vilnius: Vilniaus universitetas. Prieiga per internetą: <http://www.kv.ef.vu.lt/wp-content/uploads/2010/10/KNYGA-2-JR.pdf> (žiūrėta 2018 m. spalio 28 d.).

67. Serafinas, D. (2011). *Kokybės vadybos teorijos praktinis taikymas*. Vilnius: Vilniaus universiteto Ekonomikos fakultetas, Vadybos katedra. Prieiga per internetą: <http://www.kv.ef.vu.lt/wp-content/uploads/2010/10/MOKOMOJI-KNYGA-Kokybes-vadybos-teorijos-praktinis-taikymas.pdf> (žiūrėta 2018 m. spalio 29 d.).
68. Sower, V., Duffy, J., Kilbourne, W., Kohers, G., Jones, P. (2001). The dimensions of service quality for hospitals: Development and use of KQCAH scale. *Health Care Manage Review*, Vol. 26 (2), p. 47-59. Prieiga per internetą: https://www.shsu.edu/~mgt_ves/KQCAH.pdf (žiūrėta 2019 m. kovo 1 d.).
69. Sfantou, D. F., Laliotis, A., Patelarou, A. E., Sifaki- Pistolla, D., Matalliotakis, M., Patelarou, E. (2017). Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare (Basel)*, Vol. 5 (4). doi: 10.3390/healthcare5040073.
70. Shabbir, A., Malik, S., A., Yousaf, S. (2017). Equating the expected and perceived service quality: A comparison between public and private healthcare service providers. *International Journal of Quality & Reliability Management*, Vol. 34(4), p. 1295-1317. doi: 10.1108/IJQRM-04-2016-0051.
71. Šilys, A., Gurevičius, R. (2008). Visuotinės kokybės vadybos modeliai Tuberkuliozės ir Infekcinių ligų universitetinėje ligoninėje. *Medicinos teorija ir praktika*, Vol. 14, Nr. 1, p. 60-70. Prieiga per internetą: http://www.mtp.lt/files/MEDICINA-2008-1-p_60-70.pdf (žiūrėta 2018 m. lapkričio 15 d.).
72. Šimkus, A., Pilelienė, L. (2010). Sporto paslaugų kokybės vertinimas: teorinis aspektas. *Organizacijų vadyba: Sisteminiai tyrimai*, Vol. 12, p. 99-110. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/publication/308219565_Sporto_paslaugu_kokybes_vertinimas_teorinis_aspektas (žiūrėta 2018 m. lapkričio 26 d.).
73. Štaras, K., Vedlūga, T., Kalvelytė, N. (2013). Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtimumo vertinimas ir analizė. *Sveikatos mokslai: Visuomenės sveikata*, Vol. 7, Nr. 4, p. 27-33. doi:10.5200/sm-hs.2013.088.
74. Tamaševičius, V. (2015). *Tyrimų metodai*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla. Prieiga per internetą: https://emokymai.vu.lt/pluginfile.php/25894/mod_resource/content/1/Tyrimu%20metodai%20Mokomoji%20knyga.pdf (žiūrėta 2018 m. lapkričio 26 d.).
75. Teshnizi S.,H., Aghamolaei, T., Kahnouji, K., Teshnizi, S.,M.,H., Ghani, J. (2018) Assessing quality of health services with the SERVQUAL model in Iran. A systematic review and meta-analysis. *International journal for quality in healthcare*, No. 30(2), p. 82-89. doi: 10.1093/intqhc/mzx200.

76. *Top performer on key quality measures* (2015). Chicago: The Joint Commission.
77. *Vaikų ligoninės 2017 metų veiklos ataskaita* (2017). Vilnius: Vaikų ligoninė.
78. *Valstybinio audito ataskaita: Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema* (2007). Vilnius: Lietuvos Respublikos Valstybės Kontrolė.
79. *Valstybinio audito ataskaita: Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas* (2018). Vilnius: Lietuvos Respublikos Valstybės Kontrolė.
80. Vengrienė, B. (2006). *Paslaugų vadyba*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.

PASLAUGŲ KOKYBĖS VALDYMAS
VAIKŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE

Veronika BUCKĖ

Magistro darbas

Kokybės vadybos programa

Vilniaus universitetas

Ekonomikos ir verslo administravimo fakultetas

Vadybos katedra

Darbo vadovas: prof. habil. dr. J. Ruževičius

Vilnius, 2020

SANTRAUKA

79 puslapiai, 19 lentelių, 19 paveikslų, 78 literatūros šaltinių nuorodos.

Magistro darbo tikslas – nustatius sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybę užtikrinančias sąlygas, valdymo priemones ir spragas sveikatos priežiūroje, sukurti paslaugų kokybės valdymo vaikų sveikatos priežiūroje modelį.

Naudoti tyrimo metodai: mokslinės literatūros analizė (išnagrinėti lietuvių ir užsienio autorių moksliniai straipsniai, kokybės standartai, LR įstatymai, reglamentuojantys sveikatos priežiūrą ir kt.); kitų autorių atliktų tyrimų paslaugų kokybės valdymo įvertinimui metaanalizė; anketinės apklausos metodas (pacientų tėvų apklausa); Servqual metodas; dedukcijos metodas hipotezių formulavimui; statistinis kiekybinių duomenų apdorojimo metodas SPSS programa – koreliacija (nustatytas ryšys tarp paslaugų kokybės dimensijų ir pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis); daugialypė tiesinė regresinė analizė (nustatyti pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis prognozuojantys veiksniai (paslaugų kokybės dimensijos); sintezės metodas (apibendrinus literatūrinę dalį ir autorinio tyrimo rezultatus sukurtas modelis). Gautų kiekybinio tyrimo duomenų analizė atlikta su Microsoft Office Excel ir SPSS programa.

Magistro darbą sudaro keturios pagrindinės dalys: pirmoje dalyje išnagrinėta mokslinė literatūra (kokybės koncepcija sveikatos priežiūroje, paslaugų kokybės dimensijos ir jų specifika vaikų ligoninėse, paslaugų kokybės valdymo metodai ir priemonės, kitų autorių atliktų tyrimų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės įvertinimui rezultatų apibendrinimas), antroje dalyje pateikta kiekybinio tyrimo metodologija, trečioje dalyje – rezultatų analizė, o

ketvirtoje – autorės sukurtas modelis pagal E. Demingo nuolatinio veiklos tobulinimo ciklą, remiantis atliktos mokslinės literatūros analize ir atlikto autorinio tyrimo rezultatais.

Magistro darbo išvadose ir pasiūlymuose glaustai apžvelgti svarbiausi literatūrinės analizės aspektai, atlikto autorinio tyrimo svarbiausi rezultatai ir, remiantis gautais rezultatais ir kokybinių duomenų (pacientų tėvų komentarais) apdorojimu, pateikti pasiūlymai Vaikų ligoninei paslaugų kokybės gerinimo tikslais.

Magistro darbo literatūrinės dalies ir tyrimo rezultatų pagrindu parengtas ir priimtas publikuoti mokslinis straipsnis „Service quality management at Lithuanian healthcare institutions“ (tarptautiniame žurnale *Quality. Access to Success*. 2020, Vol. 21, No. 174, p.49-55. (3 priedas).

Reikšminiai žodžiai: *sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, pasitenkinimas paslaugų kokybe, SERVQUAL paslaugų kokybės dimensijos, paslaugų kokybės valdymo modelis.*

SERVICE QUALITY MANAGEMENT AT CHILDREN'S HEALTHCARE INSTITUTIONS

Veronika BUCKÉ

Paper for the Master's degree

Quality Management Master's Program

Vilnius University

Faculty of Economics and Business Administration

Department of Management

Supervisor – prof. hab. dr. J. Ruževičius

Vilnius, 2020

SUMMARY

79 pages, 19 charts, 19 pictures, 78 references.

The aim of the master's thesis is to develop a model of children's healthcare service quality management by defining conditions ensuring the quality of healthcare services, management tools and gaps in healthcare services.

Research methods used: analysis of scientific literature (analyzed scientific articles of Lithuanian and foreign authors, quality standards, laws of the Republic of Lithuania regulating health care, etc.); meta-analysis of other authors' evaluation of service quality management; questionnaire survey method (patient parents' survey); Servqual method; deduction method for formulating hypotheses; statistical method of quantitative data processing SPSS - correlation (relationship between dimensions of service quality and satisfaction with healthcare services); multivariate linear regression analysis (identifying predictors of satisfaction with healthcare services (dimensions of service quality)); method of synthesis (model developed by summarizing the literature and author's research results). The analysis of the obtained quantitative research data was performed with Microsoft Office Excel and SPSS.

Master's thesis consists of four main parts. The first part examines the scientific literature (quality concept in health care, service quality dimensions and their specifics at children's hospitals, service quality management methods and tools, summarizing the results of other authors' research on health care service quality assessment). The second part presents the methodology of quantitative research. The third part includes the analysis of results and

the fourth part presents the model developed by the author according to E. Deming's continuous improvement cycle based on the analysis of the scientific literature and the results of the author's research.

The conclusions and suggestions of the Master's thesis provide a brief overview of the most important aspects of the literary analysis, the main results of the author's research and, based on the results obtained and the processing of qualitative data (comments from patients' parents), proposals were submitted to the Children's Hospital for improving the quality of services.

Based on the literary part of the master's thesis and the results of the research, a scientific article „Service quality management at Lithuanian healthcare institutions“ was prepared and accepted for publication in an international journal “*Quality. Access to Success.*“ (2020, Vol. 21, No. 174, p.49-55. (3 appendix)).

Keywords: *healthcare service quality, satisfaction with service quality, SERVQUAL service quality dimensions, model of healthcare service quality management.*

PRIEDAI

1 priedas

Pacientų tėvų (paslaugos gavėjų) apklausos anketa

„Paslaugų kokybės valdymas sveikatos priežiūros įstaigose“

Esu VU Kokybės vadybos magistrantūros studentė Veronika Buckė. Vaikų ligoninėje atlieku tyrimą, kurio tikslas yra iširti paslaugų kokybę lemiančių veiksnių įtaką pacientų tėvų (paslaugos gavėjų) pasitenkinimui sveikatos priežiūros paslaugomis. Tyrimo rezultatai padės tobulinti Vaikų ligoninės paslaugų kokybę bei kokybės valdymo procesus. Anketos pildymas užtruks apie 5 minutes. Apklausos duomenys bus naudojami tik magistro baigiamajame darbe. Apibendrintais tyrimo rezultatais pasidalinsiu su Vaikų ligoninės gydytojais bei vadovybe. Apklausos anonimiškumas garantuojamas.

1. Pateikite savo nuomonę apie paslaugų kokybę Vaikų ligoninėje, vertindami pateiktus teiginius 5 balų skalėje nuo „visiškai nesutinku“ iki „visiškai sutinku“.

	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
Ligoninėje naudojama moderni įranga	1	2	3	4	5
Gydytojų apranga yra tvarkinga	1	2	3	4	5
Ligoninės patalpos yra tvarkingos ir švarios	1	2	3	4	5
Ligoninės patalpos yra aiškiai išdėstytos	1	2	3	4	5
Gydytojai nedaro klaidų suteikdami paslaugą	1	2	3	4	5
Ligoninės darbuotojai noriai sprendžia iškilusias problemas	1	2	3	4	5
Paslaugos atliekamos paskirtu laiku	1	2	3	4	5
Paslaugos atliekamos profesionaliai	1	2	3	4	5
Gydytojai geba greitai reaguoti į susidariusias problemas	1	2	3	4	5
Gydytojai noriai padeda pacientams, kai jiems prireikia pagalbos	1	2	3	4	5
Gydytojai informuoja apie gydymą ir jo eigą	1	2	3	4	5
Gydytojai geba greitai suteikti gydymo paslaugą	1	2	3	4	5
Ligoninės personalas elgiasi paslaugiai ir maloniai	1	2	3	4	5
Ligoninės personalas elgiasi pagarbiai	1	2	3	4	5

Ligoninės gydytojai galiu pasitikėti	1	2	3	4	5
Laikas praleistas pas gydytoją yra pakankamas	1	2	3	4	5
Gydytojai geba suprantamai paaiškinti apie gydymo procedūras	1	2	3	4	5
Ligoninėje dirba kvalifikuoti gydytojai	1	2	3	4	5
Gydytojai geba paslaugas atlikti saugiai	1	2	3	4	5
Gydytojai skiria individualų dėmesį pacientui	1	2	3	4	5
Registracija pas gydytojus telefonu yra patogi	1	2	3	4	5
Registracija pas gydytojus internetu www.sergu.lt yra patogi	1	2	3	4	5
Susisiekimasis viešuoju transportu su ligonine yra patogus	1	2	3	4	5
Mašinos parkavimas prie ligoninės yra patogus	1	2	3	4	5
Ligoninės darbo laikas yra patogus	1	2	3	4	5

2. Pateikite savo nuomonę dėl pasitenkinimo Vaikų ligoninės teikiamomis paslaugomis, vertindami pateiktus teiginius 5 balų skalėje nuo „visiškai nesutinku“ iki „visiškai sutinku“.

	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
Aš teigiamai atsiliepiu apie Vaikų ligoninę kitiems asmenims	1	2	3	4	5
Aš rekomenduočiau savo pažįstamiems ir artimiesiems Vaikų ligoninę	1	2	3	4	5
Ketinu ir ateityje naudotis Vaikų ligoninės paslaugomis	1	2	3	4	5
Teikiu pirmenybę Vaikų ligoninei prireikus sveikatos priežiūros paslaugų savo vaikui	1	2	3	4	5

3. Jūsų pastabos, pasiūlymai Vaikų ligoninės veiklos ir teikiamų paslaugų kokybės gerinimui:

4. Jūsų lytis:

- vyras
- moteris

5. Jūsu išsilavinimas:

- vidurinis;
- aukštasis neuniversitetinis;
- profesinis;
- aukštasis universitetinis.

6. Jūsų vaiko (vaikų) amžius (pažymėkite visų Jūsų vaikų amžių, jei turite daugiau nei 1 vaiką):

- iki 4 metų;
- 4–7 metai;
- 8–11 metų;
- 12–15 metų;
- 16–18 metų.

AČIŪ!

1 lentelė. **Efektyvios komunikacijos su vaiku sveikatos priežiūroje rekomendacijos**
(sudaryta autorės, remiantis Damm *et al.*, 2015)

Požiūris ir ryšio užmezgimas. **Komunikavimo su vaiku sąlygos:**

1. Parodykite norą patekti į vaiko pasaulį, kad pamatytumėte jo suvokiamą realybę, ir išgirstumėte jo baimes, kurias jis jaučia.
2. Išmokite klausytis, ką sako vaikas ir kaip jis sako (tiek formaliais, tiek netikėtais momentais). Negalima teisti vaiko nuomonės, vertėtų įvertinti jo mintis. Vaiko ligos bendras supratimas neturėtų būti nepakankamai įvertintas.
3. Sukurkite galimybę ir atvirą poziciją vaikui pasisakyti. Pabandykite pastebėti smulkius signalus.
4. Įgalinkite vaiką priimti kompetentingus sprendimus; suteikite jam būtinas priemones.
5. Net jei vaikas dar nėra kompetentingas priimti sprendimus, jis vis dar turi teisę pasisakyti.
6. Pagerinkite / stiprinkite bendravimo įgūdžius ir suvokite veiksmingo bendravimo kliūtis. Jūs išgausite geresnius rezultatus.
7. Būtina palaikyti personalo paramos sistemą: komandos kultūrą, kuri pripažįsta emocinį tokio darbo poveikį darbuotojams.

Įprastinių medicininių vizitų pas specialistą vykdymo rekomendacijos:

1. Kalbėkite su vaiku, o ne apie jį kaip apie „trečiąjį asmenį“ jo akivaizdoje.
2. Apsvarstykite priklausomai nuo vaiko amžiaus, koks vaikui būdingas dėmesio susitelkimo laiko tarpas (pvz. tik 10-15 min 3-6 metų vaikų).
3. Padidinkite tikimybę, kad vaikas atsakys į jūsų klausimus:
 - Užduodami vizito pradžioje socialinius klausimus
 - Klausimų „taip-ne“ tipo formulavimas
 - Žvilgsnio nukreipimas į vaiką kiekvieno klausimo metu.
4. Naudokite paprastą kalbą ir venkite sudėtingų medicinos terminų ir santrumpų. Aiškinkite pagal vaiko supratimo lygį.
5. Padėkite vaikui suprasti sudėtingas procedūras naudodami žaidimą ir (arba) nuotraukas. Pasitarkite su vaiku apie jo ankstesnės diskusijos supratimą ir paklauskite, ar jis turi naujų klausimų.
6. Pasitarkite su vaiku, kaip jis jaučiasi ir ar jis ar ji turi konkrečių rūpesčių.
7. Apibūdinkite vaikui, kas vyks tolesnio vizito metu.
8. Trys paprasto bendravimo įgūdžiai jautrios informacijos atskleidimui:
 - Klausimai apie psichosocialines problemas

- Palaikomųjų išsireškimų teikimas vaikui
 - Atidus klausymasis. Gydytojai neturėtų užsiimti daugiafunkciniais darbais, pvz. užrašų darymas, atsiliepiamas į skambučius bei nurodymų slaugytojams teikimas.
9. Jei vaikas ar paauglys nusprendžia nediskutuoti apie jo ligą, nepaisant atviros informacijos ir galimybės kalbėti, gerbkite jo pasirinkimą.
 10. Supraskite vaiko nekalbėjimą su jumis ir tylą kaip galimą „tėvų ir artimųjų apsaugą“.
 11. Valdykite gydytojo-tėvų ir vaiko bendravimą, leisdami kiekvienai iš pusių pasisakyti.
 12. Palaikykite šeimos dvasinius (netgi mistinius) sveikatos įsitikinimus ir kultūrinę praktiką, kai bendraujate su vaiku ir šeima, nebandykite pakeisti jų mąstymo.

Bendravimo su vaiku rimtais klausimais rekomendacijos:

1. Vaikai domisi sveikata, liga, mirtimi, ir jie turi teisę į pagarbą ir tiesą.
2. Prieš kalbėdami su vaiku, pasikalbėkite su tėvais, kad suteiktumėte jiems informacijos, ir suplanuokite bendrai, kaip kalbėsime su vaiku.
3. Susitikimo su vaiku būdai: vaikas su tėvais ar globėjais; vaikas be tėvų: suteikiant vaikui galimybę aptarti dalykus, kurių jis negali aptarinėti tėvų akivaizdoje; vaikas/paauglys su kitu asmeniu (pvz. draugu); vaikas su tėvais (įvykus pokalbiui tarp vaiko ir tėvų).
4. Sukurkite tinkamą, privatumą, saugumą užtikrinančią ir vaikui draugišką aplinką. Pasirūpinkite, kad visi sėdėtų, o jei vaikas guli palatos lovoje, kad jo neužstotų niekas.
5. Atsižvelkite į vaiko supratimo lygį: naudokite paprastą kalbą, venkite sudėtingų medicinos terminų ir santrumpų, žodžiai gali būti aiškinami pažodžiui. Padėkite vaikui suprasti sudėtingas procedūras naudodami žaidimą ir (arba) nuotraukas.
6. Paklauskite vaiko, ką jis žino apie ligą ir (arba) gydymą.
7. Pasitarkite su vaiku apie jo supratimą apie aptartas temas ir paklauskite, ar jis turi klausimų.
8. Paklauskite vaiko, kaip jis jaučiasi, ir ar jis turi konkrečių rūpesčių.
9. Apibūdinkite tolesnio vizito eigą ir nurodykite savo galimybes toliau diskutuoti.
10. Pasitarkite su vaiku apie tai, kiek jis nori sužinoti.
11. Jei vaikas ar paauglys nusprendžia nediskutuoti apie jo ligą, nepaisant atviros informacijos ir galimybės kalbėti, gerbkite jo pasirinkimą.
12. Gerbkite šeimos dvasinius įsitikinimus ir kultūrinę praktiką, kai bendraujate su vaiku ir šeima apie ligą ir mirtį.

Service Quality Management at Lithuanian Healthcare Institutions

Veronika BUCKĖ¹, Juozas RUŽEVIČIUS², Raimondas BUCKUS³

¹MSc of Quality Management, Vilnius University, Lithuania – Department of Management;
Address: Saulėtekio street 9, Bld. II, LT-10222 Vilnius, Lithuania; E-mail: veronika.bucke@gmail.com

²Professor, Vilnius University, Lithuania – Department of Management;

Corresponding author: Saulėtekio St. 9, Bld. II, Room 715, LT-10222 Vilnius, Lithuania; E-mail: juozas.ruzevicius@evaf.vu.lt

³Associate professor, Faculty of Medicine, Vilnius University, Lithuania; E-mail: raimondas.buckus@mf.vu.lt

Abstract

The principal purpose of the present paper is to examine the impact of service quality (SERVQUAL) dimensions on the satisfaction of service users' (patients' parents) with healthcare services and to develop a model of service quality management at healthcare institution. Measuring service quality dimensions is essential for achieving patient satisfaction with healthcare and for identification of weaknesses at healthcare institution. Research by authors at the largest Lithuanian Children's Hospital in Vilnius showed that strongest correlation relationships with satisfaction of patients' parents emerges with responsiveness and assurance dimensions, the weakest – empathy. Two dimensions of service quality (tangibles and responsiveness) generally explain the dispersion of satisfaction with healthcare services by 51.5%. Based on literature and research results, developed by authors model of service quality management at healthcare institution shows the essential four steps from planning to improvement, ensuring systematic improvement of service quality.

Keywords: healthcare service quality; satisfaction with service quality; SERVQUAL service quality dimensions; model of healthcare service quality management.

1. Introduction

The quality and management of the services provided by healthcare institutions is one of the priority goals in the improvement of healthcare both in Lithuania and other European and world countries. Public health is the greatest society value in the economic and social context. The needs and expectations of the people and society, especially in relation to high quality healthcare, are growing at great steps (Public audit..., 2007).

EuroHealth Consumer Index 2018 survey showed that Lithuanian residents are not satisfied with the quality of healthcare services (Lithuania ranked 28th out of 35 European countries, at 2017 year – 31st out of 34 countries). The scientific problem is that there is lack of indicators for measuring the quality of healthcare in Lithuania, accordingly it is impossible for consumers to objectively evaluate and choose healthcare services, which best meet their needs and help to better care for their health (Lithuanian law of 2017 No. XIII-903). Service providers must measure the quality of the services they provide in order to identify weaknesses and focus on improving the quality of service. Thus, the identification and measurement of service quality dimensions is essential for achieving patients satisfaction with health services and for the continued improvement of service (D' Cunha & Suresh, 2015).

The purpose of the present study is to assess the impact of service quality dimensions on the satisfaction of service users (patients' parents) with healthcare services and to develop a model of service quality management at healthcare institution.

Tasks of the study:

1. Measure expression of indicators of service quality dimensions and satisfaction with healthcare quality;

2. Examine the link between tangibles service quality dimension and satisfaction with healthcare quality;
3. Examine the link between reliability service quality dimension and satisfaction with healthcare quality;
4. Examine the link between responsiveness service quality dimension and satisfaction with healthcare quality;
5. Examine the link between assurance service quality dimension and satisfaction with healthcare quality;
6. Examine the link between empathy service quality dimension and satisfaction with healthcare quality;
7. Determine which of the five dimensions of the SERVQUAL method (tangibles, reliability, responsiveness, assurance or empathy) predicts service users satisfaction with healthcare services;
8. Based on the literature and study results, develop a model of service quality management at healthcare institution;
9. Formulate the key conclusions and provide insights into further research.

2. Literature review

Application of quality concept in healthcare. Allen-Duck et al. (2017) after reviewing numerous articles in the context of the quality concept for healthcare, formulated a definition of quality in healthcare, which describes quality in healthcare as – providing effective and safe healthcare based on a culture of excellence, which results in optimal desirable health condition. American Medical Association (1994) defined quality as 'a degree that indicates the likelihood that healthcare services will have an impact on optimal patient outcomes' (quotation from Allen-Duck et al., 2017). USA National Academy of Medicine has provided this definition of quality in healthcare: the 'degree