

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ MOKSLŲ FAKULTETAS
VADYBOS KATEDRA**

Birutė MAROZAITĖ

**ŠIAULIŲ TLK (ŠIAULIŲ APSKRITIES) PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS
ĮSTAIGŲ GRANDIES KOKYBĖS IR VALDYMO LYGINAMOJI ANALIZĖ**

Magistro darbas

Šiauliai, 2009

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ MOKSLŲ FAKULTETAS
VADYBOS KATEDRA**

Birutė MAROZAITĖ

**ŠIAULIŲ TLK (ŠIAULIŲ APSKRITIES) PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS
ĮSTAIGŲ GRANDIES KOKYBĖS IR VALDYMO LYGINAMOJI ANALIZĖ**

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

Magistro darbo autorius.....
(vardas, pavardė, parašas)

Vadovas.....
(pareigos, vardas, pavardė, parašas)

Recenzentas.....
(pareigos, vardas, pavardė, parašas)

SANTRAUKA

Pirminės sveikatos priežiūros reorganizavimas yra prioritetinga sveikatos apsaugos reformos sritis, reglamentuota sveikatos politikos dokumentuose: Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje, Lietuvos sveikatos programoje, Liublianos chartijoje ir t.t. Viena iš žmogaus veiklos rūšių yra medicinos pagalba, todėl galima ir reikia pradėti kalbėti apie jos kaip paslaugų sferos kokybę. *Kas yra kokybė?* Apie ką pirmiausiai pagalvojame, išgirdę teiginį „sveikatos priežiūros paslaugų kokybė“? Paslaugos kokybė nėra tikai pacientų poreikių tenkinimas bet kokia kaina – kokybė įpareigoja naudoti resursus pačiu efektyviausiu ir ekonomiškiausiu keliu.

Kokybiška paslauga sveikatos priežiūros paslaugų teikimo srityje, kaip ir visur kitur, negali būti suteikta iš tiesų kokybiškai, jeigu ją teikiantys asmenys nemato prasmės stengtis tai atlikti iš tiesų gerai. Sveikatos sistemoje pagrindinis vaidmuo tenka paslaugas teikiančiam asmeniui - gydytojui. Svarbu, kad dirbantys gydytojai suvoktų jų teikiamų paslaugų kokybės svarbą ir stengtųsi ją gerinti. Darbe atlikta Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros įstaigų gerų darbo rezultatų analizė, ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos ataskaitų analizė, įvertintas kokybės vadybos poreikis sveikatos priežiūros įstaigose.

SUMMARY

Reorganization of primary health care is a priority realm of health reform regulated in such documents of health policy as Lithuanian National Health Conception, Lithuanian Health Programme, "Ljubljanian Charter" and etc. One kind of human activities is medical help therefore it is necessary to start speaking about its quality as the quality of services. What is quality? What are the first thoughts that come to our minds when we hear the statement "the quality of healthcare services"? The quality of the service is not only satisfaction of patients' needs at any price but the quality requires to use resources in the most efficient and economic way.

A qualitative service in the realm of health care services as anywhere else can not be provided really qualitatively if the persons who provide it do not put any efforts and do not see any purpose to do it really well. In health system the main role fall to the persons who provide services i.e. the doctors. It is important that the doctors would understand the significance of the quality of services they provide and would try to improve it. The analysis of good work results of primary health care institutions and the analysis of the reports of the observation of outpatient health services are performed in the work and the demand of quality management in health care institutions is assessed.

TURINYS

Santrauka	3
Turiny.....	4
Įvadas.....	5
1.Sveikatos apsaugos valdymo sistema Lietuvoje.....	7
2. Visuotinė kokybės vadybos teorija.....	13
2.1. Bendrosios kokybės vadybos standartai.....	22
2.2. Nuolatinis kokybės vadybos tobulinimas pagal W. E. Deming'o principus.....	24
2.3. Visuotinio kokybės vadybos įgyvendinimo organizavimo procesas.....	27
2.4. Pirminės Sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje.....	28
2.5. Visuotinės Sveikatos kokybės vadybos užuomazgos Sveikatos priežiūroje.....	36
3. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų Sveikatos priežiūros kokybės valdymo lyginamoji analizė Šiaulių TLK (Šiaulių apskrities) pagrindu.....	42
3.1. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų lyginamoji analizė apmokėjimo rodiklio kaip valdymo efektyvumo ir kokybės siekimo pagrindu.....	44
3.2. Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo stebėseną ataskaitų analizė kaip vieno iš kokybės vertinimo rodiklių.....	57
3.3. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų lyginamoji analizė - apklausa kokybės sistemos diegimo/veikimo buvimas/nebuvimas rodiklio kaip valdymo efektyvumo ir kokybės siekimo pagrindu.	58
4. Rekomendacijos pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms siekiančioms kokybės vadybos, valdymo kokybės sveikatos paslaugų teikimo priežiūroje	61
Išvados	64
Literatūra.....	65
Pagrindinės sąvokos	69
Priedai	

ĮVADAS

Pirminės sveikatos priežiūros reorganizavimas yra prioritetinė sveikatos apsaugos reformos sritis, reglamentuota sveikatos politikos dokumentuose: Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje, Lietuvos sveikatos programoje, Liublianos chartijoje ir t.t. Nuo pirminės sveikatos priežiūros grandies priklauso ir kitų sveikatos apsaugos sistemos grandžių funkcionavimas. Reorganizuojant sveikatos apsaugos sistemą naudinga vadovautis Vakarų Europoje bei kitose išsivysčiusiose pasaulio šalyse laiko ir praktikos išbandytais ir jau pasiteisinusiais metodais. Atliekant įvairias pirminės sveikatos priežiūros sistemos analizes ir nustatčius egzistuojančias kokybės ir finansavimo problemas, tampa lengviau teisingai identifikuoti nustatyti ir pagerinti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybę pacientams, geresnę įstaigos darbo veiklos ir valdymo kokybę ir pacientų kokybišką bendradarbiavimą.

Viena iš žmogaus veiklos rūšių yra medicinos pagalba, todėl galima kalbėti ir apie jos kokybę. Medicinos darbo kokybė gali būti suprasta siaurąja prasme – kaip medicinos pagalbos teikimo metodų (techninė) kokybė, ir plačiąja prasme – kaip medicinos pagalbos teikimo formos (vartojimo) kokybė. Pirmąją charakterizuotų diagnostikos ir gydymo atitikimas, antrąją – medicinos pagalbos teikimo taktika ir mus supančios aplinkos sąlygos bei santykiai tarp medicinos personalo ir ligonių. Medicinos pagalbos kokybės problemos labiau susijusios su valdymu, t.y. jos esti daugiau organizacinio bei ekonominio, o ne techninio pobūdžio, nors giliau neišanalizavusiams šio reiškinio žmonėms dažnai atrodo atvirksčiai. Kas yra kokybė? Apie ką pirmiausiai pagalvojame, išgirdę teiginį „sveikatos priežiūros paslaugų kokybė“? Viena pagrindinių filosofinių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sampratų yra tokia: atsižvelgti į vartotojų jautrumą ir suteikti jiems tokias paslaugas, kokių šie pageidauja. Vadovaujantis šia samprata, reikia žinoti, kas vartotojams – pacientams ir šiuo atveju pagal mano iškeltą temą - paslaugų teikėjams yra svarbu siekiant užtikrinti, kad visos sistemos grandys funkcionuotų kokybiškai ir išnaudotų visus galimus resursus, siekiant geresnių įstaigos tikslų. Analizė taip pat apims ir darbo užmokesčio bei ryšio su kvalifikacija tyrimą, ir įstaigos teikiamų paslaugų kiekio ir kokybės analizę.

Paslauga sveikatos priežiūroje gali apimti patenkinti vartotojų poreikius vartotojų ir profesionalų supratimu, bet kartu būti ir „lėšų švaistytoja“ – lėšų ir resursų, kurie gali būti panaudoti kitų pacientų gydymui. Paslaugos kokybė nėra tikrai pacientų poreikių tenkinimas bet kokia kaina – kokybė įpareigoja naudoti resursus pačiu efektyviausiu ir ekonomiškiausiu keliu.

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę¹ galima apibrėžti kaip „**vartotojų poreikių ir reikmių patenkinimas žemiausiais kaštais**“, ir čia yra trys elementai:

¹ V. Janušonis Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas: XXI amžių pasitinkant, 2000 p.26-27.

1. „Vartotojų kokybė” - įvertinama, ar paslauga duoda vartotojui tai, ko jis nori, taip pat pasveria vartotojo pasitenkinimą ir nusiskundimus suteikta paslauga,

2. „Profesionalų kokybė” - įvertinama, ar suteikta paslauga taip, kaip nustatyta profesionalų.

3. „Proceso kokybė” - nustatomas paslaugos teikimo procesas, kad resursai būtų panaudoti ekonomiškiausiu keliu, kuris įgalina patenkinti vartotojų poreikius.

Kokybiška paslauga sveikatos priežiūros paslaugų teikimo srityje, kaip ir visur kitur, negali būti suteikta iš tiesų kokybiškai, jeigu ją teikiantys asmenys nemato prasmės stengtis tai atlikti iš tiesų gerai. Sveikatos sistemoje pagrindinis vaidmuo tenka paslaugas teikiančiam asmeniui - gydytojui. Svarbu, kad dirbantys gydytojai suvoktų jų teikiamų paslaugų kokybės svarbą (kaip pirminės pagalbos suteikimo ir prevencinių priemonių vykdymą pacientams, iš to kylant didesnei jų atliekamo darbo kokybei ir pacientų poreikių patenkinimui) ir stengtųsi ją gerinti

Darbo tikslas – atlikti Šiaulių TLK (Šiaulių apskrities) pirminės sveikatos priežiūros įstaigų kokybės lyginamąją analizę, įvertinti visuotinės kokybės vadybos poreikį ir visuotinės kokybės vadybos diegimo tendencijas sveikatos priežiūros srityje, išsiaiškinti apmokėjimo tvarkos kaip vadybos priemonės tikslingumą, išsiaiškinti sveikatos vadybininko kaip naujo pirminės sveikatos priežiūros sistemos dalyvio galimą poreikį.

Darbo objektas ir metodai: Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros įstaigos. Literatūros šaltinių ir asmens pirminės sveikatos priežiūros kokybės analizės valdymo literatūros analizė, ekonominių duomenų analizė.

Darbo uždaviniai:

- išsiaiškinti ar vykdoma sveikatos priežiūros įstaigų reforma atitinka Pasaulinės sveikatos organizacijos programoje numatytus kokybės kriterijus, kurie teigia, kad pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo sistemos turi skatinti siekti kiek įmanoma geresnių sveikatos priežiūros rezultatų, gerinti paslaugų kokybę ir vadybą siekti jų kaštų efektyvumo.
- Išsiaiškinti pirminės sveikatos priežiūros grandies įstaigų teikiamų ataskaitų teritorinei ligonių kasai tikslingumą, teikiamų duomenų teisingumą, šias ataskaitas ruošiančių žmonių teikiamų duomenų svarbos įvertinimo suvokimą.
- Atlikti vieno iš valdymo uždavinių žmoniškųjų išteklių sudėties duomenų analizę (pagal teikiamas ataskaitas) nustatant pagrindines personalo spragas siekiant kokybės vadybos.

Literatūros apžvalga. Darbe naudota visuotinės kokybės vadybos literatūra, jos apžvalga. Taip pat nagrinėta sveikatos vadybos literatūra, sveikatos sistemos reformos literatūros apžvalga. Nagrinėti Lietuvos Respublikos teisės aktai reglamentuojantys sveikatos priežiūrą, sveikatos priežiūros organizavimą, sveikatos priežiūros organizavimą.

1. Sveikatos apsaugos valdymo sistema Lietuvoje.

Sveikata kaip pamatinė vertybė yra kiekvieno mūsų neįkainojamas turtas. Tačiau sveikata priklauso ne vien nuo mūsų pačių, bet ir nuo visos sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimo, jos valdymo. Keičiantis Lietuvos Respublikos santvarkai, atkūrus nepriklausomybę pasikeitė ir visos sveikatos sistemos valdymas ir organizavimas. Sveikatos apsaugos sistema Lietuvoje buvo pradėta kurti po nepriklausomybės paskelbimo, šaliai esant pakankamai sudėtingoje ekonominėje – socialinėje situacijoje. Sveikatos apsaugos reformų pradžia galima laikyti valstybės funkcijų įstaigų funkcijų perdavimo savivaldybėms, kurios vėliau tapo sveikatos priežiūros įstaigų steigėjomis ir tam tikra forma šių įstaigų valdytojais. Tačiau ši sveikatos apsaugos reformos pradžia nebuvo gerai suplanuota, nebuvo išsiaiškintos valstybės, savivaldybės ir įstaigų rolės, atsakomybė ir neaptarta pacientų galimybių rinktis įvairias gydymo įstaigas riba. Dr. D. Jankauskienė² (1998) skiria šiuos vykdytos sveikatos reforma etapus:

- Reformos pagrindinio strateginio dokumento priėmimas (1991);
- Sveikatos priežiūros įstaigų decentralizacija (1992, 1997);
- Medicinos specialistų rengimo pertvarka universitetuose (1992);
- Sveikatos informacinės sistemos pertvarkymas (1993);
- Darbo komandoje patirties atsiradimas (1993) (SARB)
- Sveikatos draudimo finansavimo sistemos kūrimas (1993 - 1996);
- Programinio valdymo atsiradimas (1993);
- Nacionalinės Sveikatos sistemos struktūros paskelbimas (1994 Sveikatos sistemos įstatyme);
- Visuomenės Sveikatos vadybos programos atsiradimas KMU (1998);
- Viešųjų Sveikatos priežiūros įstaigų ir jų viešojo administravimo formų atsiradimas (1996);
- TLK-apskričių gydytojo-savivaldybės gydytojo bendradarbiavimo instrumentų atsiradimas (1998) (TLK stebėtojų tarybos);
- Sveikatos kokybės užtikrinimo elementų atsiradimas - Lokalaus medicinos audito tarnybos įstaigose (1998);
- Savivaldybių bendruomenių Sveikatos tarybų, LRV Sveikatos reikalų komisijos, Nacionalinės Sveikatos tarybos įkūrimas (1998 - 2000);
- Sveikatos politiką koordinuojančių institucijų ir darbas (nuo 2001);
- Pirminės Sveikatos priežiūros valdymo pertvarka ir PSP plėtros planų savivaldybėse patvirtinimas (nuo 1995);

² Priega prie interneto: http://209.85.129.132/search?q=cache:rmJhcelYXpYJ:www.lsavd.lt/Palanga2005/valdymo_reforma.ppt+Sveikatos+sistemos+valdymo+reform%C4%85&cd=1&hl=lt&ct=clnk&gl=lt [žiūrėta 2009-04-30].

- Nacionalinės vaistų politikos nuostatos (2003 patvirtintos Seime);
- Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas (Strategija patvirtinta LRV 2003);
- Sveikatos apsaugos administravimo programa MRU;

Vertinant sveikatos priežiūros apsaugos reformą literatūroje galima rasti³ šiuos teigiamus sveikatos priežiūros aspektus, tai būtų: mokslškai pagrįsta ir tęstinė sveikatos politika, atsiradę sveikatos priežiūros teisiniai pagrindai, įstaigos pradėtos valdyti pagal viešųjų įstaigų administravimą reglamentuojančiais teisės aktais. Atsirado konkurencija draudiminiu įstatymų pagrindu, pradėtos kurti sveikatos programos (motinos ir vaiko, imunoprofilaktikos, įvairios kitos prevencinės programos), vis labiau didėjantis visuomenės dalyvavimas sveikatos apsaugos srityje. Vykdamas sveikatos apsaugos priežiūros reformą ir kuriant sistemą sistemaiškai įjungiant į šį procesą dalyvauti visus sveikatos priežiūros sistemos dalyvius (nuo politikų iki visuomenės atstovų) sveikatos priežiūros sistemos priežiūrai buvo įkurtos organizacijos, kurių atstovauja piliečių interesus:

- Nacionalinė sveikatos taryba;
- Vyriausybėje sveikatos reikalų komitetas;
- Bendruomenių sveikatos tarybos savivaldybėse;
- Viešosiose sveikatos priežiūros įstaigose (kuriuose atstovavimas skiriamas į: stebėtojų tarybą, gydymo tarybą, slaugos tarybą);
- Nevyriausybinių organizacijų;
- Laisvas pasirinkimas.

Nacionalinės sveikatos tarybos sudėtis: trečdalis bendruomenių tarybų atstovų (deleguoja savivaldybių asociacija), trečdalis nevyriausybinių organizacijų atstovų ir trečdalis visuomenės sveikatos specialistų iš sveikatos priežiūros įstaigų. Svarbiausios Nacionalinės sveikatos tarybos funkcijos yra:

- Sveikatos ugdymo politika;
- Alkoholio kontrolės politika;
- Tabako kontrolės politika;
- Narkotikų kontrolės politika;
- Visuomenės sveikatos saugos politika;
- Ligų profilaktikos ir kontrolės politika;
- Valstybinių sveikatos programų aprobacija;
- Kasmetinis pranešimas Seimui apie gyventojų sveikatos būklę;

³ Jankauskienė, D. (2002). *Pirminės Sveikatos priežiūros raidos vertinimas Lietuvoje. - Visuomenės sveikata..*Nr.1, p 6.

Pereinant nuo sveikatos sistemos kūrimo reikia aptarti tolesnį sveikatos sistemos priežiūros sistemos struktūros kelią, kuris apskrities ir savivaldybių mastu yra organizuojamas sekančiai:

- Apskrities viršininkas ir apskrities gydytojas bei taryba;
- Savivaldybės meras ir savivaldybės gydytojas bei bendruomenės sveikatos taryba ir bendruomenės sveikatos fondas;
- Teritorinės ligonių kasos direktorius ir TLK Stebėtojų taryba.

Visos šios organizacijos yra funkcionuojančios sveikatos sistemos dalys, tolesnėse šio darbo dalyse plačiau nagrinėjama pirminė sveikatos priežiūra, jos funkcionavimo tvarka, kokybės vadybos poreikis, apmokėjimo sąlygos. Svarbu paminėti tai, kad visas sveikatos priežiūros paslaugas galima ir reikia vertinti įvertinant jų sąsają su kokybės vadyba. A. Donabedianas (1998) teigia, kad sveikatos priežiūros kokybė⁴ tai laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę.

Kokybę pagal jos teikiamą „naudą“ galima išskirti į paciento kokybę, profesionalo kokybę ir sveikatos vadybos kokybę. Toliau lyginant ir vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybiškumą ir efektyvumą D. Jankauskienė, V. Ruževičius (2007) skiria šiuos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo rodiklius⁵:

- Veiksmingumas⁶ (sveikatos paslaugos galimybės duoti norimą rezultatą, esant idealiomis sąlygomis ir taikant šią paslaugą tinkamai problemai spręsti);
- Tinkamumas (ar veiksmingiausias gydymo būdas buvo paskirtas tinkamam pacientui tinkamu laiku);
- Efektyvumas (koks taikomas požiūris/diegiamas procesas, ar realiomis veiklos sąlygomis atitinka tikslą);
- Produktyvumas (rezultatų ir sąnaudų santykis);
- Našumas (kaštų mažinimas vienam produkcijos vienetui arba kaip įstaigai sekasi, lyginant su standartais (realus rezultatas, lyginant su planuotu).

Darbe nagrinėjama kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas ir kokybės vadybos poreikį reikia įvertinti, kad sveikata ir jos vystymasis priklauso nuo jos individo sampratos apie sveikatą. Niekada negalime žinoti kaip skiriasi žmonių vertinimai tokių sąvokų kaip – „mirtis“, „skausmas“, „liga“, „gyvenimas“. Šie žodžiai kiekvienam mūsų dažniausiai reiškia skirtingus dalykus ir mūsų minčių ir patyrimų projekciją į šiuos reiškinius skiriasi priklausomai nuo daugelio faktorių, tokių kaip asmeninis patyrimas, socialinės šių žodžių pasekmės ir iš jų galimos interpretacijos, emocijos.

⁴ Donabedian A. Quality in health care: whose responsibility is it? Am J Med Qual. 1993 vol I, p. 17

⁵ Jankauskienė, D. (2002). *Pirminės Sveikatos priežiūros raidos vertinimas Lietuvoje*, Kaunas, p. 78-79,

⁶ Management: A Guide for the Perplexed.” *Annals of Internal Medicine* 124 (9) p. 392-396.

Bet kokie mėginimai kažkaip matuoti ar vertinti sveikatos apsaugos sistemą, ten dirbančių žmonių darbą visada būna sutikti ir vertinami skirtingai, nors atliekant kokybinę analizę ir lyginant įstaigų rezultatus tampa neišvengiamai aišku, kad tokie terminai kaip kokybė, vadyba, teikiamų paslaugų efektyvumas ir kokybiškumas taps vis labiau neišvengiami. Nuo seniausių laikų sveikata yra laikoma didžiausia vertybė. Pasaulio sveikatos organizacija sveikatą apibrėžia kaip žmogaus socialinę, fizinę ir dvasinę gerovę. Metai iš metų skirstant biudžeto lėšas bet kurioje šalyje neišvengiama diskusijų ar sveikatos apsauga finansuojama pakankamai, ar sistema funkcionuoja gerai, ar piliečiai yra patenkinti vykdoma sveikatos apsaugos politika ir pan. Organizuojant ir planuojant sveikatos priežiūrą visada yra atsižvelgiama į pasaulio sveikatos organizacijos skiriamus **dešimt** pagrindinių sveikatos politikos principų: teisumas, prieinamumas, priimtinum, tinkamumas, solidarumas, lygybė, visapusiškumas, laisvas pasirinkimas, tęstinumas, saugumas⁷. Trumpai aprašysiu šiuos principus:

- Teisumas – vienas pagrindinių sveikatos politikos principų, reiškiantis, kad kiekvienas žmogus turi teisę siekti geriausios savo sveikatos būklės, tačiau to negalima siekti kito žmogaus sveikatos sąskaita.

- Prieinamumas – pagal valstybės nustatytą **tvarką**, pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, kurios užtikrina sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį, organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei.

- Priimtumas – reiškia, kad sveikatos paslaugos turi būti suteikiamos jam priimtina forma. Tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų kryptį.

- Tinkamumas – tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų bei aptarnavimo kokybę ir efektyvumą.

- Solidarumas - sveikatos politikos principas, taikant renkant sveikatos draudimo įmokas. Pasireiškia tuo, kad mokėdami ar iš vis nemokėdami (netekus darbo) skirtingi dydžio įmokas visi turi teisę į tas pačias paslaugas.

- Lygybė – sveikatos priežiūros paslaugos turi būti prieinamos visiems žmonėms po lygiai nepaisant jų amžiaus, rasės, lyties, tautybės, socialinės grupės.

- Visapusiškumas - reiškia, kad visų lygių medicinos priežiūros paslaugos turi būti prieinamos (Nuo pirminės priežiūros paslaugų iki slaugos).

- Laisvas pasirinkimas – tai žmogaus teisė pasirinkti gydymo įstaigą, gydymo būdą. Kiekviena šalis pasaulio sveikatos organizacijos principą taiko savarankiškai, pagal savo šalies lygį. Nuo šio principo taikymo priklauso ir našta sistemai.

⁷Jankauskienė D., Pečiūra R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas*, Vilnius p. 38.

- Tęstinumas – koordinavimo laipsnis, kuriuo kontroliuojama pacientą prižiūrinčių įstaigų veikla.

- Saugumas – saugos sistemų, užtikrinančių saugių paslaugų gavimą, taip pat jų suteikimą pacientams ir darbuotojams teisė.

Susipažįstant su sveikatos priežiūros įstaigos veikla, norint vertinti jos valdymą reikia šiek tiek susipažinti su sveikatos kokybės tikslais ir principais. Be sveikatos politikos principų Pasaulinė sveikatos organizacija yra nustačiusi pagrindinius kokybės tikslus (1990 m.):

- Aukštas profesionalumas;
- Efektyvus išteklių panaudojimas;
- Minimali rizika pacientams;
- Pacientų pasitenkinimas;
- Poveikis sveikatai.

Nagrinėjant sveikatos priežiūros kokybę reikia išskirti sveikatos priežiūros kokybe suinteresuotas šalis, kurios dalyvauja šiame kokybės procese:

1. Pacientai, paciento šeimos nariai ir visuomenė, kuriuos labiausiai domina:

- Sveikatos priežiūros paslaugų ir produktų kokybė;
- Informacija apie teikiamas paslaugas ir produktus;
- Laisva galimybė pasirinkti sveikatos priežiūros paslaugų teikėją;
- Geresniu sveikatos priežiūros paslaugų teikimo koordinavimu.

2. Politikos ir sveikatos institucijų administratoriai, vadybininkai, finansuojančios institucijos.

3. Sveikatos priežiūros profesionalai.

Šiame darbe sveikatos priežiūros kokybė bus analizuojama per įstaigų vadybos ir darbo rezultatų prizmę, kurie gali būti pasiekiami ir efektyviau planuojant ir organizuojant reikiamą (valstybės papildomai finansuojamą) prevencinį sveikatos priežiūros darbą. Sveikatos priežiūroje skiriamos net trys sudedamosios dalys:

- Tiesiogiai su sveikatos priežiūra susijusios funkcijos;
- Su paslaugų teikimu susijusios funkcijos;
- Su produktų savybėmis susijusios funkcijos.

Analizuojant ir lyginant sveikatos priežiūros įstaigos darbo rodiklius, jos valdymo kokybę per darbo rodiklius pirmiausia reikia suprasti kas yra sveikatos priežiūros kokybė, kas ją sudaro ir kokie jos vertinimo rodikliai. Šioje darbo dalyje pateiksiu tik vieną sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimą, tačiau darbe jų dar bus pateikta ir daugiau. Pagal Lietuvos Respublikos teisės aktus: **kokybiška sveikatos priežiūra** – tai sveikatos priežiūra, teikiama laikantis nustatytų teisės normų, kitų teisės aktų ir vykdoma asmenų, turinčių medicinos ar kitos atitinkamos praktikos licencijas sveikatos priežiūros įstaigose, turinčiose licenciją teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir

apdraudusiuose savo civilinę atsakomybę už žalą pacientams. Šio apibrėžimo atitikimą ir ryšį su kokybės vadyba analizuosiu praktinėje darbo dalyje. Šią sveikatos priežiūros paslaugų kokybę sudaro: kokybė pacientų požiūriu - tai, ko pacientai tikisi iš sveikatos priežiūros įstaigos. Tai yra tai, koks yra paciento požiūris į sveikatos kokybę, kokią paslaugą pacientas norėtų gauti ir ką realiai tikisi gauti. Siekiant išsiaiškinti pacientų kokybės rodiklius nuo seno yra naudojamos skundų – pageidavimų knygos, anketinės apklausos, nuolat vykstančiu dialogu, įvairių organizacijų pokalbiai su pacientais ar juos vienijančiomis organizacijomis. Tiriant kokybę iš profesionaliosios pusės yra tikrinama ar kokybė - ar sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos kvalifikuotai ir atitinka pacientų poreikius. Profesionali kokybė dažniausiai vertinama audito pagalba (kai esama padėtis lyginama su standartais) ir kokybiniais vertinimo metodais.

Lietuvoje visuotinės kokybės vadyba dar nėra labai senas reiškinys ir jo svarba vertinama dvejopai. Vienas labiausiai šį reiškinį nagrinėjo profesoriai P. Vanagas, J. Rudzevičius, kokybę sveikatos priežiūros srityje – dr. D. Jankauskienė, V. Ruževičius, dr. V. Janušonis. Tam, kad galėtume nagrinėti kokybę sveikatos priežiūroje ir atliekant Šiaulių apskrities įstaigų darbo analizę per sveikatos priežiūros kokybės vadybos rodiklius reikia susipažinti ir su visuotine kokybės vadybos teorija.

2. Visuotinės kokybės vadybos teorija.

Visuotinę kokybės vadybą dauguma autorių vadina požiūriu į vadybą, iš kitų išsiskiriančiu savo metodais ir principais ir, žinoma, veikla. Literatūroje yra skiriami trys pagrindiniai šio požiūrio principai – sutelkti dėmesį į klientą, gerinti nuolatinę veiklą ir komandinis darbas. Kokybės valdymas - tai kokybės dalis, nukreipiama kokybės reikalavimams vykdyti. Tai dažniausia nuolatiniai organizacijos veiksmai reguliuojantys organizacijos veiklą, susijusią su kokybe. Dažna vadovų klaida tai, kad yra neįvertinamas nuolatinis kokybės strategijos įgyvendinimo procesas, kontroliuojant įmonės darbą. Vertinant sveikatos priežiūros įstaigų darbą reikia pastebėti, kad dažnai medikai, įstaigų administratoriai neįvertina kokybės vadybos prasmės ir reikšmės, tuo pačiu galvodami, kad kokybė (tiek įstaigų veiklos ekonominiu –vadybiniu požiūriu, tiek paciento satisfakcijos požiūriu) pati savaime „susitvarkys“, savo pagrindine misija laikydami tinkamai atliekamas klinikinės procedūras. Šiandien dar vis dar egzistuoja požiūris, kad kokybė siejama tik su specialistų kvalifikacija, jų lūkesčiais ir techninėmis sveikatos priežiūros įstaigos galimybėmis, ir dažnai niekada nekalbama apie pacientų reikalavimus ir atliekamą nuolatinį įstaigos darbą, jau nekalbant apie pacientų lūkesčius tarsi jie nebūtų įstaigos klientai. Vis dar nėra prigijusi sąvoka, kad pacientas yra lygus klientui, ir į jo norus turėtų būti atsižvelgiama, nes įstaigos veiklos finansiniai, kokybės rezultatai labai stipriai yra įtakojami pacientų. Vis dar gaji Hipokrato priesaikos deklaracija, po kuria galima pradėti slėptis ir slėpti savo nekompetenciją ir paslaugų ar valdymo trūkumą (po deklaratyviais šūkiiais, kad medicinai kokybės vadybos normos yra netinkamos, šių verslo normų neįmanoma taikyti ir šitaip siekti veiklos, ekonominių, ar kokybės tikslų).

Pirmieji bandymai buvo sutinkami su gana nemažu pasipriešinimu, kaltinimu uždirbti daugiau pinigų ar gauti kitokios naudos.⁸ Tačiau visuomenės mentalitetui keičiantis, pamažu keičiasi ir gydymo įstaigų personalo požiūris ir pacientų lūkesčiai. Tampa norma tikėtis ir gauti geriausią rezultatą, tinkantį abiem šalims, žinoma, nepamirštant ir tarpasmeninių priežiūros komponentų (užuojautos, bendravimo) ir pacientų lūkesčių patenkinimo.

Anot P. Vanago visuotinės kokybės vadyba yra tokia vadybos filosofija ir metodai, kuriuos vartodama organizacija nuolat tobulėja, siekdama kuo geriau patenkinti suinteresuotųjų šalių poreikius, gerindama produktų kokybę ir mažindama kaštus⁹. Organizacijos nuolat grumiasi tarpusavio konkurencinėje kovoje siekdamos stabilaus ir pelningo augimo. Beveik visos įmonės visais būdais siekia konkurencinio pranašumo, kovoja dėl rinkos dalies ir stengiasi išsiskirti iš kitų. Kuriamos įvairios konkuravimo strategijos. Įmonės, organizacijos norėdamos išlikti turi pasitelkti

⁸ Balčiauskaitė D, Iždonienė J, Baubinas H. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos ir jų apmokėjimas Lietuvoje 1998–2002 metais. Sveikatos drauda, 2003;1, p.8-9

⁹ Vanagas P. (2004). *Visuotinės kokybės vadyba: vadovėlis*, Kaunas, p.14

naujausias visuomenės plėtros koncepcijas bei pažangiausių patirtį. Pažangos ir nuolatinio tobulėjimo harmonijos padės pasiekti:

- darnaus vystymo koncepcija;
- visuotinės kokybės vadybos filosofija ir metodai.

Plėtojant bet koki verslą būtina išlaikyti harmoniją tarp komponentų. Aplinka turi būti palaikoma, gerinama ir gausinama kaip ir kitas turtas. Darnaus vystymo koncepcija ribojasi šiuo ratu:

- verslo ir aplinkos harmonijos,
- atmosferos,
- vandens,
- nykstančių miškų,
- gamtos turtingumo,
- prarastų išteklių (atliekų),
- gyventojų skaičiaus, skurdo, sveikatos.

Pagal P. Vanagą gamybos plėtros ir darnos su gamta, turto pertekliaus ir skurdo, nuolatinio sveikatos gerinimo ir kitas visuomenės raidos problemas galima išspręsti tik remiantis antrąja nauja koncepcija - visuotinės kokybės vadyba Šio metodo nauda ir poreikis sveikatos priežiūros įstaigoje – šio magistro tiriamojo darbo tikslas.

Profesorius P. Vanagas savo knygoje rašo, kad kokybė yra įvairiapusė sąvoka, yra daug kokybės apibrėžimų. Anot profesoriaus, visuotinės kokybės vadyba yra tokia vadybos filosofija ir metodai, kuriuos pasirinkusi organizacija nuolat tobulėja, įtraukdama į tobulinimo veiklą visus darbuotojus ir siekdama kuo geriau patenkinti vartotojų poreikius, gerindama produktų kokybę ir mažindama kaštus. P. Vanago savo knygoje išskyrė penkis pagrindinius požiūrius į kokybę:

Pirmasis - transcendentinis požiūris. Šis požiūris skiria keturis kokybės stadijas (lygius):

1. Produkto kokybė. Atspindi jo savybių ir požymių kiekis. Kokybiški produktai yra brangesni, nes jų, turinčių daugiau savybių ir požymių, gamyba reikalauja daugiau kaštų.

2. Kokybė vartotojui. Tai vartotojo reikalavimų produktui atitikimo lygis. Kokybė sunkiai nustatoma dėl skirtingų vartotojų poreikių ir skonų.

3. Kokybė gamyboje. Apibrėžiama kaip atitikimas iš anksto numatytus parametrus, kurie išreiškiami standartais, techninėmis sąlygomis ar kitais dokumentais. Bet koks nukrypimas nuo standartų yra defektas.

4. Vertės požiūris. Kokybė apibrėžiama kaštų ir kainų sąvokomis. Kokybiškas produktas – kai produkto charakteristikos ir naudojimo kaštai atitinka kainą.

Pagal P. Vanagą ISO 9000:2000 kokybę apibrėžia apibendrintai: „Kokybė – turimųjų charakteristikų visumos atitiktis reikalavimams laipsnis“. Nei vienas šių požiūrių atskirai nėra

išbaigtas kokybės apibrėžimas, nes kokybės atitikimas vienu požiūriu negali garantuoti tinkamos kokybės kitu požiūriu. Taip yra todėl, kad egzistuoja savitos produkto kokybės kategorijos ir kiekviena jų turi savo kriterijus.

Įvairūs šaltiniai skiria dar šitokias produkto kategorijos pagal kurias juos galima skirstyti:

- pagrindinės produkto funkcijų charakteristikos;
- požymiai (antrinės produkto charakteristikos);
- patikimumas;
- ilgalaikiškumas;
- gamintojo aptarnavimas – tai gamintojų aptarnaujančio personalo kompetencija, aptarnavimo sparta, reagavimo į nusiskundimus greitis;
- estetiškumas.

Kokybė paslaugų sferoje gali būti labai įvairi, apčiuopiama ir neapčiuopiama. Literatūroje¹⁰ skiriamos tokios paslaugų kokybės kategorijos:

- patikimumas – atlikimas iš pirmo karto, pažadų tesėjimas, tikslumas;
- jautrumas – noras ir pasirengimas suteikti paslaugą, suteikimas laiku;
- kompetentingumas – įgūdžių ir žinių paslaugai suteikti turėjimas;
- prieinamumas – personalo prieinamumas ir priėjimo patogumas, laukimo laikas, paslaugos atlikimo laikas;
- paslaugumas – personalo mandagumas, pagalba klientui, atidumas;
- bendravimas – išsamus klientų informavimas, jų išklausa;
- saugumas – pavojaus, rizikos ar abejonių nebuvimas, sveikatos saugumas, finansinis saugumas, konfidencialumas;
- kliento supratimas – pastangos suprasti kliento reikalavimus, dėmesingumas.

Aptarus pamatines kokybės sąvokas galima pradėti gilintis į visuotinės kokybės sąvoką. Pradžioje reikėtų išsiaiškinti, kas yra visuotinė kokybė.

Trumpai galima teigti, kad tai yra „kokybė vartotojui“ požiūrio svarbos akcentavimas visoje organizacijos veikloje (pagrindiniame darbe, aptarnavime, informacijoje, procesuose, padaliniuose ir t.t.). Nors kasdieninėje veikloje visuotinė kokybė dažniausiai yra siejama su gamybos įmonėmis ir jų siekiama kokybe gamyboje. Dažniausiai šis požiūris turi dvi prasmes, kuriomis siekiama:

- atlikti atskiras operacijas;
- pagaminti produktą pagal standartą.

Produkto kokybę atspindi jo savybių ir požymių kiekis. Kokybiški produktai yra brangesni, nes jų, turinčių daugiau savybių ir požymių, gamyba reikalauja daugiau kaštų.

¹⁰Ruževičius J. (2006). *Kokybės vadybos metodai ir modeliai: vadovėlis*, Vilnius p. 68.

Lengviausiai apčiuopiama ir pamatuojama kokybė gamyboje - apibrėžiama kaip atitikimas iš anksto numatytus parametrus, kurie išreiškiami standartais, techninėmis sąlygomis ar kitais dokumentais. Bet koks nukrypimas nuo standartų yra defektas. Remiantis grįžtamoju ryšiu iš vartotojų, tobulinami veiklos darbo rezultatai ir produktai, siekiant patenkinti nuolat didėjančius vartotojų poreikius.

Anot A. Kaziliūno, pagal tarptautinius standartus kokybės vadyba¹¹ – tai koordinuoti veiksmai, reguliuojantys organizacijos veiklą, susijusią su kokybe. Jis skiria, kad yra keturi kokybos veiksmai, kurie susideda iš keturių pagrindinių funkcijų (dalių):

- Kokybės planavimas tai kokybės vadybos funkcija (dalis), nukreipta kokybės tikslams numatyti ir reikiamiems veiklos procesams bei su jais susijusiems ištekliams, būtiniams kokybės tikslams pasiekti, apibrėžti.
- Kokybės valdymas - tai kokybės vadybos funkcija (dalis), sutelkta kokybės reikalavimams įvykdyti.
- Kokybės užtikrinimas - tai kokybės vadybos funkcija (dalis), sutelkta pasitikėjimui, kad bus įvykdyti kokybės reikalavimai.
- Kokybės gerinimas - tai kokybės vadybos funkcija (dalis), sutelkta sugebėjimui įvykdyti didėjančius kokybės reikalavimus.

Pagal P. Vanagą yra išskiriamos šios visuotinės kokybės vadybos dalys:

- vartotojų esamų ir numatomų poreikių patenkinimas mažiausiai kaštais;
- nuolatinis tobulinimas,
- visuotinis dalyvavimas tobulinimo procese,
- infrastruktūra.

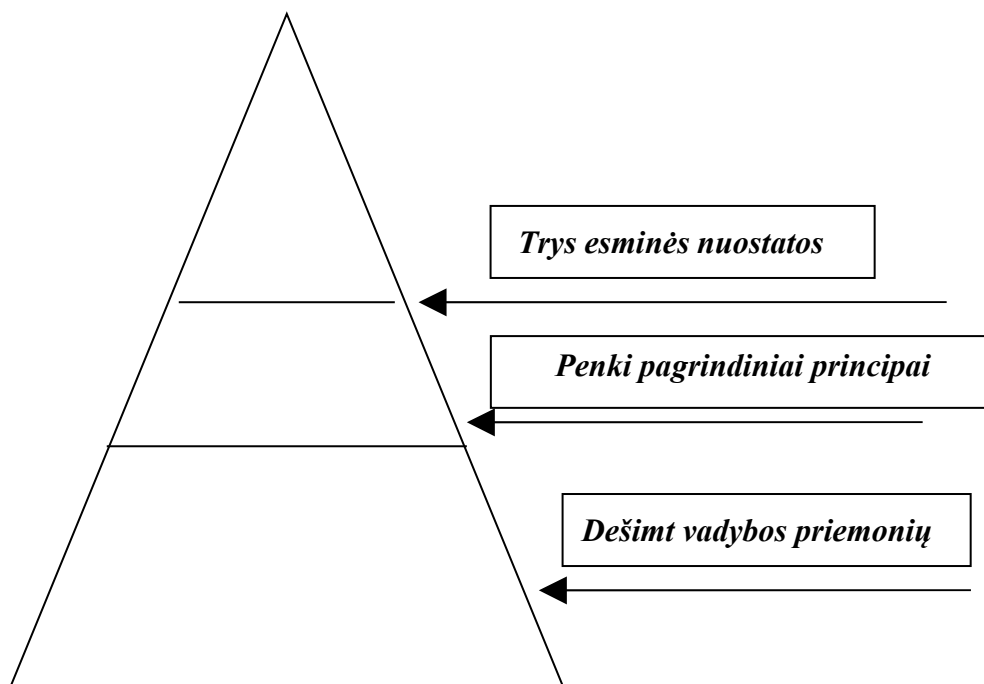
Viena svarbiausių visuotinės kokybės vadybos dalių yra vartotojų (esamų ir numatomų) poreikių patenkinimas mažiausiomis išlaidomis. Suteikus vartotojui nekokybišką prekę ar paslaugą - jie nebus patenkinti produktu ar paslauga, ir galės pasirinkti ar net pasirinks kitos organizacijos teikiamus produktus. Sveikatos priežiūros sektoriuje klientų migracija dėl nekokybiškos paslaugos nėra labai pastebima ar didelė, tačiau sveikatos priežiūros kokybę vertinant iš ateities perspektyvų tai gali būti viena iš priežasčių, dėl kurios pacientai keis savo šeimos gydytoją ar net kitą gydymo įstaigą ir šito pasekoje šitaip įtakoti įstaigos finansinius rezultatus. Visuotinės kokybės vadybos dėsniai egzistuoja visur – ir laimės ta įstaiga, kuri visuotinės kokybės naudą ir svarbą įvertins pirmiausia.

Pagal V. Dikavičių ir S. Stoškų visuotinės kokybės vadybos komponentai¹² gali būti pagal prasmę grupuojami į:

¹¹Kaziliūnas, A. (2007). *Kokybės vadyba: vadovėlis*; Vilnius p. 31.

¹² Dikavičius V., Stoškus S. (2003). *Visuotinė kokybės vadyba: mokomoji knyga*, Kaunas, p 49.

- Tris esmines nuostatas;
- Penkis visuotinės kokybės vadybos principus;
- Dešimt vadybos priemonių.



Šaltinis: „Visuotinės kokybės vadybos komponentų grupės“ Dikavičius V., Stoškus S. (2003). *Visuotinė kokybės vadyba: mokomoji knyga*, Kaunas, p 47

Trys esminės nuostatos yra svarbiausieji visuotinės kokybės vadybos aspektai. Į juos turi atsižvelgti pagrindiniai organizacijos vadovai – aukščiausioji vadyba. Todėl jie piramidės viršuje. Penkis didžiuosius principus įgyvendina žmonės iš vidurinio vadybos lygmens. Šie principai neturi tokios strateginės reikšmės. Būdami tokie jie užima viduriniąją piramidės dalį. Dešimt vadybos priemonių turi didesnę kasdieninę darbinę reikšmę ir plačiai taikomi daugeliui firmos sričių.

Trys pagrindinės nuostatos ¹³kokybės vadyboje reiškia:

1. Visuotinis vadybos apsisprendimas siekti puikios kokybės. Gerinti kokybę yra vienas iš aukščiausių organizacijos tikslų tiek visos organizacijos, tiek kiekvieno jos padalinio. Be aukščiausios vadybos apsisprendimo siekti kokybės neįmanomi jokie pasikeitimai organizacijoje. Visi keitimosi procesai prasidės tik tada, kai aukščiausioji vadyba įsisąmonins, kad kito kelio į išlikimą nėra kaip tik kokybės gerinimas ir visuotinės kokybės vadybos elementų diegimas.

2. Apsisprendimas tenkinti vartotoją. Kokybę galima apibrėžti kaip atitinkamą specifikacijoms, t.y. kaip „laipsnį“, iki kurio gaminyje ar paslauga negali turėti trūkumų. Tačiau

¹³ Dikavičius V., Stoškus S. (2003). *Visuotinė kokybės vadyba: mokomoji knyga*, Kaunas, p 67.

tiksliu ją galima apibrėžti kaip vartotojo poreikių reikalavimų tenkinimą ir viršijimą. Visiškai tenkinti vartotoją reiškia ne tik atsiliepti į vartotojo poreikius, bet ir pradžiuginti jį.

3. Dalyvių vadyba ir įgaliojimas. Pagrindinė visuotinės kokybės vadybos idėja yra plėtoti tokią sistemą, kurioje plačiai dalyvautų tiek žemutinio, tiek ir vidurinio organizacijos lygio darbuotojai. Todėl reikia, kad darbininkai ir vadybininkai turėtų įgaliojimų. Vadinasi, reikia darbuotojams suteikti atsakomybę už kokybę.

Taip pat yra skiriami penki visuotinės kokybės vadybos principai¹⁴:

1. **Grupinis darbas.** Yra keletas grupinio darbo variantų tokių, kaip darbuotojų įtraukimas ir kokybės būreliai, bet dažnai vartojami ir kiti variantai. Pagrindiniai grupės tikslai yra gerinti kokybę, didinti našumą, mažinti išlaidas.

2. **Ištisinė sistemos integracija.** Visus paslaugų teikimo ir gamybos procesus reikia integruoti. Kiekvienas padalinys privalo veikti su kitais padaliniais kaip visos sistemos dalis.

3. **Kokybės standartų kūrimas.** Kad darbuotojai turėtų konkretesnių orientyrų, organizacija rengia kokybės standartus kokybei kontroliuoti ir matuoti. Organizacija, tolydžio tobulindama procesus, keičia savo standartus ir pateikia naujų kokybės gerinimo būdų

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

5. **Tolydinis kokybės gerinimas.** Pati visuotinės kokybės vadybos teorija reiškia nuolatinį gerinimą. Organizacijoje sukurta sistema skatina kiekvieną padalinį ir darbuotoją prisidėti prie nuolatinio tobulinimo. Nuolat stebėdamos rezultatus ir suprasdamos bendrąsias ir specifines tų rezultatų priežastis, problemas sprendžiančios grupės nuolat tobulina procesus, kad kokybė visą laiką gerėtų.

Dešimt vadybos priemonių kaip visuotinės kokybės vadybos komponentų.¹⁵ Anot V. Dikavičiaus ir J. Stoškaus dešimt vadybos priemonių yra:

1. **Modelių žvalgyba.** Kai organizacija apsisprendžia pradėti įgyvendinti visuotinės kokybės vadybos sistemą, ji turi keisti daugelį sistemų, savarankiškai egzistuojančių įmonėje (dažnai nepriklausančių viena nuo kitos). Yra vienas būdas, galintis padėti gerinti kokybę, reikia stebėti, mokytis ir keistis informacija su kitomis organizacijomis, priklausančiomis tiek tai pačiai, tiek ir kitai pramonės šakai.

2. **Mokymas.** Darbuotojai mokomi taikyti kokybės matavimo būdus, kad išsiugdytų problemų sprendimo įgūdžius.

¹⁴ Dikavičius V., Stoškus S. (2003). *Visuotinė kokybės vadyba: mokomoji knyga*, Kaunas, p. 116,

¹⁵ Dikavičius V., Stoškus S. (2003). *Visuotinė kokybės vadyba: mokomoji knyga*, p. 120.

3. **Procesų visumos suvokimas** (orientavimasis į procesus). Kokybės gerėjimas priklauso nuo to, kaip suprantamas bendras gamybos ar paslaugų procesas. Gamybinėje organizacijoje jį sudarytų projektavimo, inžinerinio, gamybinio ir rinkodaros padalinių darbo procesai. Norint gerinti visą kokybę, kreipiamas dėmesys į kiekvieną proceso elementą. Kitu atveju, jei orientuojamasi tik į rezultatus, pirmiausiai domimasi padariniais.

4. **Problemų apsibrėžimas**. Apsibrėžti problemas svarbu dar prieš imantis jas spręsti. Vadovybė, klausdama darbuotojų patarimo ar prašydama padėti gerinti operacijas, gali lengviau apsibrėžti savo dabartines ir būsimas problemas.

5. **Problemų sprendimas**. Darbo problemoms spręsti sukuriama grupė. Problemos sprendžiamos taip: stebint nustatomos jų priežastys, matuojami bei renkami duomenys, jie analizuojami, ieškoma galimų sprendimų, jie vertinami ir kuriamas rekomenduotinas optimalus sprendinys.

6. **Darbuotojų kokybės laidavimas**. Užuoat matavusios kokybę po to, kai gaminy s jau padarytas ar paslauga jau suteikta, organizacijos įpareigoja kiekvieną darbuotoją per visą procesą būti atsakingiems už kokybės standartą.

7. **Aktyvioji vadyba**. Iš anksto renkama informacija, žvalgomasi, ko galima tikėtis, paskui tai naudojama kurti strategijai ir metodams, kaip užbėgti už akių vidaus ir išorės įvykiams, neigiamai veikiantiems organizacijos gaminių kokybę.

8. **Tiekėjų kokybės laidavimas**. Organizacijoms, kurioms rūpi palaikyti aukštus kokybės standartus, gali mokyti tiekėjus, kaip garantuoti puikios kokybės komponentus

9. **Bendravimas**. Geras, teisingas, atviras dvišalis bendravimas yra esminis kokybės gerinimo momentas. Jis yra tas saitas, kuris jungia organizacijos pastangas dirbti visuotinės kokybės vadybos metodais. Jo esama formalaus ir neformalaus, žodinio ir nežodinio. Bendravimo kanalai organizacijoje eina aukštyn, žemyn, iš šalies.

10. **Darbuotojo pripažinimas ir paskatos**. Kadangi visuotinės kokybės vadyba labai pabrėžia žemesnio ir vidurinio lygio darbuotojų įnašą, svarbu sukurti pripažinimo ir apdovanojimų už geras idėjas sistemą.¹⁶

Vienas iš svarbiausių visuotinės kokybės elementų yra konkreti naudojama sistema organizacijos produkcijos paslaugų kokybei matuoti. Tik gera, efektyviai veikianti kokybės matavimo sistema yra veiklos gerinimo programos sėkmės garantas. Vis daugiau organizacijų suvokia, kad būtina palaikyti pastovius ryšius ne tik su savo klientais, tiekėjais ir kitais konkurentais, bet ir su visuomene bei atskiromis visuomenės grupėmis. Organizacijoms svarbu žinoti, kokia visuomenės nuomonė apie juos ir jų veiksmus, ir tinkamai planuoti savo veiklą, siekiant kurti ir palaikyti teigiamą įvaizdį visuomenės akyse.

¹⁶ Dikavičius V., Stoškus S. (2003). *Visuotinė kokybės vadyba: mokomoji knyga*, Kaunas, p. 119.

Visuotinė kokybės vadyba – tai mokslas tyrinėjantis universalius metodus, užtikrinančius organizacijos išlikimą rinkoje, tenkinant bei viršijant esamus bei numanomus vartotojų poreikius. Tai organizacijos kultūrinis įsipareigojimas tenkinti vartotojų poreikius, naudojant integruotą priemonių, metodų ir mokymo sistemą. Tai taip pat nuolatinis organizacijos procesų tobulinimas, o jo rezultatas – puikios kokybės produktai ir paslaugos. Šis mokslas grindžiamas pastovaus tobulėjimo filosofija, kuri gali būti taikoma ne tik firmų ar įmonių darbo kultūros bei gaminių kokybės užtikrinimui, bet ir kitose gyvenimo srityse.

Visuotinė kokybės vadyba yra „į kokybę orientuotas organizacijos vadovavimo būdas, pagrįstas visų jos narių dalyvavimu, siekiant ilgalaikės sėkmės tenkinant klientą ir naudosis visiems savo organizacijos nariams bei visuomenei“.

Kad kokybės sistema sėkmingai veiktų, ji turi būti vadovaujama iš viršaus. Aukščiausias įmonės vadovybės asmuo - savininkas, prezidentas, direktorius ar pan., kuris atsakingas už firmos ar jos padalinio produkciją, turi rodyti pavyzdį. Pastebėta, kad sėkmingai veikti kokybės sistema gali tik tada, kai įmonėje yra pakankamai aukštas kultūros lygis. Tokia kokybės kultūra gali būti pasiekta tik tuo atveju, kai produkto ar paslaugos kokybės egzistavimu yra suinteresuota vadovybė.

Visuotinės kokybės vadybos apibrėžime galima išskirti šias svarbiausias sudedamąsias visuotinės kokybės vadybos dalis: vartotojų esamų ir numatomų poreikių patenkinimas mažiausia kaina, nuolatinis tobulinimas, visuotinis dalyvavimas tobulinimo procese ir infrastruktūra (t.y. reikalinga informacija, kvalifikacija). Jeigu vartotojai nebus patenkinti mūsų produktais ar paslaugomis, jie pasirinks kitą tiekėją. Tokiu atveju vartotojas (pacientas) negavęs tinkamai suteiktos paslaugos pasirinks kitą paslaugos ar prekės teikėją, ko pasekoje „mūsų įmonė“ patirs bankrotą.¹⁷

Kokybės konsultantų tarnybos, net geriausi pasaulio ekspertai negali ir negalės padėti staiga išgydyti kokybės organizacinių negalių, jei nebus aukštosios vadybos apsisprendimo ir supratimo. Kokybės kelias turi prasidėti nuo intensyvios savišvietos visuotinės kokybės klausimais, taigi žmogaus permaina, atradimu ir kokybės pranašumų pripažinimu. Iš to galima padaryti išvada, kad kokybe reikia rūpintis nuolat¹⁸.

Vartotojų patenkinimas yra svarbiausia visuotinės kokybės vadybos sudedamoji dalis. Visuotinės kokybės vadyboje darbų atlikimas (arba produktų pagaminimas) pagal specifikacijų reikalavimus nėra tikslas, o tik priemonė tikslui pasiekti. Tuo tarpu produkto esminis tikslas – išorinių ir vidinių vartotojų poreikių tenkinimas mažiausia kaina. Profesorius P. Vanagas teigia, kad atsižvelgus į vartotojų poreikius, jų norus, tobulinamos produkto specifikacijos iki tokio lygio, kad vartotojų esami ir numatomi poreikiai būtų visiškai patenkinti.

¹⁷ Dikavičius V., Stoškus S. (2003). *Visuotinė kokybės vadyba: mokomoji knyga*, Kaunas, p. 77,

¹⁸ Barczyk, Casimir C. (1999). *Visuotinės kokybės vadyba: (teorinis požiūris): monografija pagal vadybos programų kursą*, Vilnius, p. 56.

Norėdami suteikti vartotojui pasitenkinimo prekių gamintojai ir paslaugų tiekėjai turi rūpintis ne vien faktinės kokybės supratimu¹⁹. Faktinė kokybė reiškia techninį tobulumą ar ypatybes, susijusias su prekėmis ar paslaugomis. Kokybės supratimas sunkiau nusakomas. Jis liečia tokias psichologines sąvokas, kaip nuotaika ir skaičiais grindžiami santykiai, kurie keičia žmogaus nusistatymą. Jei vartotojai negauna to, ko laukia, kaip tuo atveju, kai viena buvo žadėta, o kita pateikta, jie patiria nepasitenkinimą. Tai svarbu, nes tyrimai rodo, jog vartotojai aptaria gerą bendrovės gaminį ar paslaugą maždaug su penkiais žmonėmis. Kai ir patys ne kartą esame patyrę dažnai prastus bendrovės gaminius ir prastas paslaugas aptarinėjame su dvidešimčia žmonių.

Kokybė nėra tai, ką vartotojai turėtų pirkti ar mokėti už tai papildomus pinigus. Vartotojai turėtų gauti kokybiškas prekes ar paslaugas, kurios įteikiamos jiems pačiu pirkimu.

Kiekviena organizacija turi ir visada turėtų siekti patenkinti esamus ir numatomus vartotojų poreikius mažiausia kaina. O dar geriau jų poreikius viršyti, suteikti vartotojui tokią gerą paslaugą ar produkciją, kokio jis net nesitikėjo. Todėl kiekvienas verslininkas turi siekti šių tikslų:

- Patenkinti vartotojų poreikius;
- Patenkinti vartotojų poreikius geriau negu konkurentai;
- Neprarasti vartotojų;
- Įsitvirtinti tam tikroje rinkos dalyje;

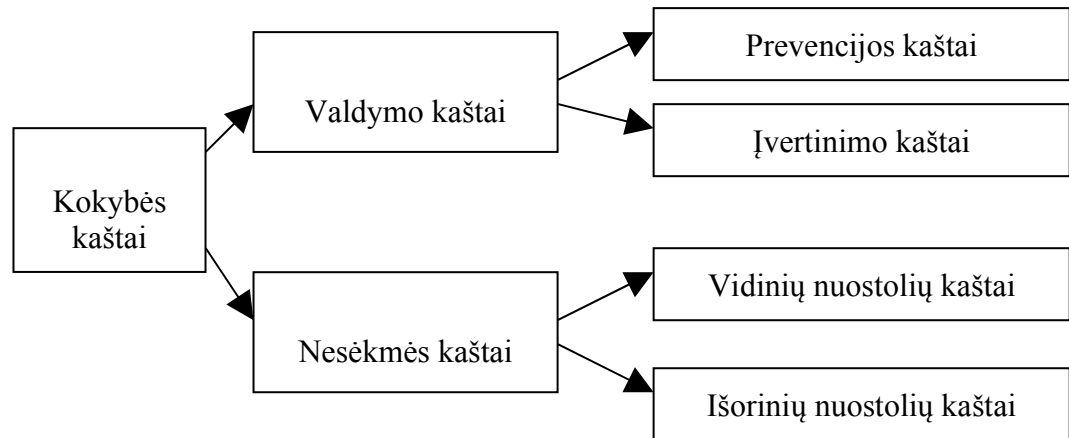
Mokslininkai, nagrinėjantys kokybės vadybos sistemas sako, kad siekdama patenkinti vartotojų poreikius, kompanija privalo žinoti, kas yra jos vartotojai²⁰. Suprantama, kad vartotojai yra tie žmonės, kurie perka ir naudoja paslaugas bei prekes. Šie klientai arba vartotojai, žinoma, yra svarbiausia, tačiau ne vieninteliai. Organizacijos lygmeniu svarbiausia problema yra geriausiu būdu patenkinti esamus ir numatomus išorinių vartotojų poreikius mažiausia kaina.

Šaltiniai²¹ teigia, kad visuotinės kokybės vadyba yra tokia vadybos filosofija ir metodai, kuriuos vartodama organizacija nuolat tobulėja, siekdama kuo geriau patenkinti vartotojų poreikius, gerindama produktų arba paslaugų kokybę ir mažindama kaštus ir, žinoma, gaudama kiek įmanoma didesnę pelną. Pirmiausia įmonių vadovai suinteresuoti pinigais, jie nori kuo daugiau pinigų ir neprarasti nė cento. Nuomonė, kad geros kokybės prekės gali būti pagamintos tik didelių kaštų sąskaita, taigi, brangios, yra tradicinės vadybos („sąnaudinės ekonomikos“) mitas. Įvairialypė pasaulio patirtis paneigė šį mitą. Kasdien vis dažniau apsižvalgę aplinkui galime teigti, kad ateitis priklauso toms įmonėms ir organizacijoms, kurios sugebės patenkinti išrankiausių klientų esamus ir numatomus poreikius, gera prekių arba paslaugų kokybe, mažiausia kaina. Vertinant kokybės vadybą ekonominiu požiūriu galima rasti tokį kokybės kaštų skirstymo schemą :

¹⁹ Janušonis V. (2004). *Kokybės sistemos: kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijose*, p. 9,

²⁰ Vanagas P. (2004). *Visuotinės kokybės vadyba: vadovėlis*, p. 42,

²¹ Vanagas P. (2004). *Visuotinės kokybės vadyba: vadovėlis* p. 35.



Šaltinis: Vanagas P. (2004). *Visuotinės kokybės vadyba: vadovėlis*, p. 93

Visada organizuojant verslą, įvertinus veiklos kaštus, jų struktūrą reikia nepamiršti auksinės taisyklės, kad rasti vieną naują klientą kainuoja penkis kartus brangiau nei išlaikyti seną. Tai galioja ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo įstaigoms.

2.1. Visuotinės kokybės vadybos standartai.

Europoje jau senai kokybę reiškia trys raidės „ISO“, kurias pamatę įstaigų klientai, užsakovai, kiti partneriai supranta, kad įmonė su kuria jie turi verslo santykius funkcionuoja pagal nustatytas normas ir atliks savo darbą neprikaištingai, prekės ir paslaugos atitiks lūkesčius. ISO standartas nereikalauja, kad įdiegta kokybės vadybos sistema būtų sertifikuojama, tačiau turimas sertifikatas gali būti pateikiamas kaip formalus įrodymas, kad jūsų įmonės gaminami produktai arba teikiamos paslaugos nuolat tenkina kliento ir atitinkamus teisinius reikalavimus. ISO yra tarptautinė standartizacijos organizacija - 'International Organization for Standardization', jungianti nacionalines standartizacijos įstaigas iš maždaug 130 šalių. Lietuvos standartizacijos departamentas yra šios organizacijos narys korespondentas. Pradedant reikia supažindinti su pačia organizacija. Pagal V. Dikavičių ir J. Stoškų ISO – nacionalinių standartų institutų tinklas iš 130 šalių su centrine būstine Ženevoje (Šveicarijoje), kuri koordinuoja ir išleidžia užbaigtus standartus. Visi strateginiai standartai yra priimami ISO narių kasmetinėje generalinėje asamblėjoje. Pasiūlymai, gauti iš narių, yra išnagrinėjami ISO Tarnyboje, išrinktoje iš visų narių, kuri panaši į bet kurios verslo įmonės organizacijos direktorių tarybą. Taryba susirenka 3 kartus per metus ir jos narystė keičiama rotacijos būdu. Operacijos yra tvarkomos generalinio sekretoriaus, kuris skiriamas pastoviam darbui. Generalinis sekretorius atsiskaito Prezidentui, kuris yra žymi standartizacijos ar biznio

figūra, renkamas dvejiems metams. Leidžiamas mėnesinis ISO biuletenis. ISO susideda iš 187 technikos komitetų.

Norint žinoti kas yra geras, kokybiškas darbas reikia apibrėžti kokybiško darbo sąvoką, kad galima būtų jį išmatuoti. Europos Ekonominė Bendrija nuolat ragina savus gamintojus gauti specialią pažymą, vadinamą ISO 9000 ir taip parodyti, jog jie laikosi kokybės standarto. Sertifikatą teikia Tarptautinė standartų organizacija. Pagal C. Barczyk ²²JAV prekybos rūmų tarptautinis skyrius apibrėžia, kad ISO 9000 tikslas – užtikrinti, jog gamybininko gaminys yra tiksliai toks pat, koks buvo vakar ir bus rytoj ir kad prekės bus gaminamos tuo pačiu kokybės lygiu net tada, kaip darbuotojai bus pakeisti nauja darbininkų grupe. ISO 9000 standartas garantuoja vartotojams, kad bendrovė, su kuria jie nori turėti verslo reikalų, įdiegti kokybės sistemą, kurią įvertino ir patvirtino nepriklausomi auditoriai. ISO sertifikatu pabrėžiamos procedūros, dokumentai ir gamybos kontrolės procesai. Tai užtikrina ir tiekėjus, ir vartotojus, jog prognozuojamas lygis atitinka sutarties reikalavimus.²³

ISO 9000 sertifikatas jau tampa privaloma kasdienybės dalimi Europos verslo rinkai. Jis ypač svarbus sudėtingos technikos pramonės šakoms, sakysim, elektronikai, chemikalams, aviacijai. H. Medekšas pažymi, kad visuotinės kokybės vadybos pagrindiniai principai atitinka ISO 9000 ir ISO 9001 kokybės standartus. Šie standartai reglamentuoja kokybės sistemas, kokybės užtikrinimą, gaminant, montuojant ir prižiūrint objektą. Laikydamasis šių standartų, gamintojas ar paslaugų tiekėjas gali geriau tenkinti vartotojus, lengviau įeiti į Europos Sąjungos rinką, lengviau konkuruoti pasaulinėje rinkoje, pagerinti savo kokybės sistemą, sumažinti auditų, kuriuos organizuoja produkcijos vartotojai, skaičių, pagerinti dokumentaciją, sustiprinti ryšius ir savitarpio supratimą su tiekėjais. Įvairūs tyrimai ir apklausos rodo, kad esama trijų rūšių bendrovių, kurios norėtų gauti ISO 9000 sertifikatą. Pirmąją grupę sudaro bendrovės, kurių gaminiai yra susiję su sauga ar sveikata. Antrojoje yra eksporto bendrovės, kurių vartotojai reikalauja ar reikalaus ISO 9000 sertifikatų, kad galėtų imtis verslo. Trečioji – bendrovės, kurioms ISO sertifikatas yra priemonė plėsti savo rinką užsienio rinkų sąskaita.

ISO 9000 sertifikatas, kaip ir visuotinės kokybės vadyba, rodo organizacijos nuolatinio gerinimo ir vartotojo tenkinimo nuostatas. Kaip teigia C. Barczyk skiriamasis visuotinės kokybės vadybos ir ISO 9000 sertifikato bruožas yra tas, jog visuotinė kokybės vadyba reiškia bendrovės gaminių ir procesų kokybę, o ISO 9000 – bendrovės sistemos kokybę²⁴.

2.2. Nuolatinis kokybės vadybos tobulinimas pagal W. E. Demingo principus.

²² Barczyk, Casimir C. *Visuotinės kokybės vadyba*, Vilnius, p. 78

²³ Dikavičius, V.; Stoškus, S. (2003). *Visuotinė kokybės vadyba: mokomoji knyga*, Kaunas, p.21

²⁴ Barczyk Casimir C. (1999). *Visuotinės kokybės vadyba*, Vilnius, p. 19

Nagrinėjant kokybės vadybą bet kurioje plotmėje reikia aptarti W. E. Demingo indėlį visuotinės kokybės vadybos sistemoje. W. E. Demingas²⁵ – vienas visuotinės kokybės vadybos pradininkų, taikęs statistikos metodus kokybės gerinimo organizacijos procesuose. Jis žinomas kaip žmogus padaręs revoliuciją Japonijos ekonomikoje po antrojo pasaulinio karo, kuomet ši šalis buvo sužlugdyta.

W. E. Demingas sukūrė keturiolika principų (Deming's 14 points), kurių tikslas - keisti vadovų ir darbuotojų elgesį taip, kad kompanijos galėtų tapti pigesnės, aukštesnės kokybės ir didesnio našumo gaminių bei paslaugų tiekėjos, kur gerbiamas ir remiamas visų organizacijos narių įnašas. Šie W. E. Demingo principai gali būti taikomi ir sprendžiant kokybės problemas sveikatos priežiūros sektoriuje. Todėl verta peržvelgti juos visus:

1. **Laikytis pastovaus tikslo nuolat tobulinti produktą ir paslaugą.** Valdyme privalu išlaikyti nesvyruojantį pasišventimą kokybei ir trumpalaikį dėmesį jai paversti ilgalaikiu. Organizacijos tikslo šerdimi turi tapti ne pelnas, o kokybė. Pelnas - natūraliai atsirandantis padarinys, kai organizacijos tikslas - kokybė.

2. **Įsisavink naują filosofiją.** Vadovai privalo atsisakyti blogesnių medžiagų, prastų darbininkų, nekokybiškų gaminių bei aplaidžių paslaugų. Nepakanka sumažinti trūkumus, juos dera pašalinti.

3. **Liaukis priklausęs nuo masinių patikrinimų.** Jei jau įvyksta klaida, sumažėja efektyvumas ir efektingumas. Todėl masinius patikrinimus klaidoms surasti po to, kai jos jau įvyko, reikia pakeisti kokybės siekimu nuo pradžių.

4. **Liaukis vertinęs verslą vien pagal kainą etiketėje.** Kaina nėra svarbi, kol nesusieta su perkamos kokybės matu. Labai svarbu statistinės priemonės, įgalinančios kompanijas įvertinti pardavėjų ir nupirktų detalių kokybę.

5. **Nuolat gerink gamybos bei paslaugų sistemą.** Patobulinti procesą galima studijuojant ne trūkumus, bet patį procesą, o tobulinti procesą - vadovų atsakomybė.

6. **Įdiek šiuolaikinius mokymo darbo vietoje metodus.** Mokymas turi aprėpti ne tik darbuotojų mokymą, kaip kokybės gerinimui panaudoti tokias priemones kaip statistinė kokybės kontrolė. Mokymas taip pat turi užtikrinti, kad darbininkai gautų pakankamai žinių ir įgūdžių tam darbui, už kurį jie atsako.

7. **Įvesk vadovavimą.** Vadovai turėtų pradėti nuo prielaidos, kad darbininkai stengiasi darbą atlikti kuo geriausiai, ir siekti padėti darbininkams išnaudoti visas savo galimybes. Žemesniojo lygio vadovai tuo tikslu turėtų organizuoti instruktavimą bei mokymą. Savo ruožtu, aukščiausiojo

²⁵Dikavičius, V.; Stoškus, S. (2003). *Visuotinė kokybės vadyba, Kaunas, p. 36-27*

lygio vadovai privalėtų padėti suformuoti ir įgyvendinti strategiją, kuria grindžiama visuotinės kokybės vadybos kultūra, bei užtikrinti, kad savo elgesiu rodytų vertybes, remiančias tokią kultūrą.

8. **Atsikratyk baimės.** Baimė neturi kliudyti darbuotojams klausti, pranešti apie problemas ar reikšti savo mintis. Kad darbo vietoje būtų sėkmingai gerinama kokybė, darbuotojai turi jaustis saugūs. Svarbiausia lieka atvirumo kultūra, kada žmonės nebijo sakyti tiesos.

9. **Sulaužyk barjerus, skiriančius funkcinių sričių personalą.** Užtvaros tarp funkcinių padalinių kenkia našumui. Darbuotojai gali pagerinti našumą, mokydamiesi vieni iš kitų ir derindami pastangas, nepaisant funkcinių žinių. Tradicinės organizacijos struktūros tendencija - skatinti konkurenciją tarp padalinių. Pasak W. E. Demingo, darbuotojai pripažįsta, jog, nepaisant žinių, svarbiausi jų visų tikslai - bendri. Konkurencija turėtų vykti su kitomis organizacijomis, o ne tos pačios viduje.

10. **Atsikratyk šūkių, pamokymų ir uždavinių darbuotojams.** Mokslininkas šiuo teiginiu kritikuoja tas kompanijas, kurios mėgina skatinti darbuotojus oratorių kalbomis ir įkvepiančiomis brošiūromis, nes tokios priemonės darbuotojams sukelia tik neviltį, kai jie skatinami daryti tai, ko esama valdymo sistema jiems neleidžia.

11. **Panaikink kiekybines kvotas.** Jos skatina žmones dėmesį skirti kiekybei, dažnai kokybės sąskaita. Užuoat aklaai siekusios skaičių, organizacijos turėtų dėmesį skirti kokybės klausimams.

12. **Pašalink kliūtis, trukdančias didžiuotis darbu.** Metinę vertinimų ar nuopelnų sistemą derėtų panaikinti. Jei žmonės iš prigimties nori dirbti gerai, tai jiems nereikia tokių paskatų sistemų.

13. **Įdiek veiksmingą lavinimo ir mokymo programą.** W. E. Demingas pabrėžia savo filosofijoje mokymą. Tai reiškia, kad darbininkams suteikiami išsamūs kokybės kontrolės priemonių ir technikos pagrindai bei papildomas mokymas apie darbą komandoje ir apie visuotinės kokybės vadybos kultūros filosofiją.

14. **Veik, kad įgyvendintum pakeitimus.** Visa organizacija privalo dirbti kartu, kad kokybės kultūra būtų įdiegta sėkmingai. Kai aukščiausiojo lygio vadovai suplanuoja ir įgyvendina strategiją, po to darbininkai gali bendradarbiauti, siekdami visuotinės kokybės vadybos kultūros²⁶.

Aptarus W.Deming'o kokybės pricipus toliau galima pereiti prie mokslininkų išskiriamų pagrindinių tradicinės vadybos lyginant ją su visuotinės kokybės vadyba principų, kurie pateikiami lentelėje

Visuotinės kokybės vadybos skirtumai²⁷ lyginant su tradicine vadyba:

Tradicinė vadyba	Visuotinė kokybės vadyba
------------------	--------------------------

²⁶Dikavičius, V.; Stoškus, S. (2003). *Visuotinė kokybės vadyba*, Kaunas p. 33.

²⁷Dikavičius, V., S. Stoškus. *Visuotinės kokybės vadyba*, 2003 p. 35.

Pasitenkinama trumpalaikiu pelnu	Siekia ilgalaikio pelno
Kokybės gerinimo procesas turi pradžią ir pabaigą	Kokybės gerinimo procesas yra begalinis
Pagerinti kokybę, reiškia pasiekti numatytus tikslus	Pasiekti gerą kokybę, reiškia nuolatinį gerinimą
Kokybės gerinimas reikalauja pinigų ir laiko	Kokybės gerinimas sutaupo pinigus ir laiką
Kiekybė taip pat svarbi kaip ir kokybė	Be kokybės kiekybė nesvarbi
95 proc. Kokybiškai yra puiku	Tik 100 proc. Kokybės
Kokybė yra geresnės priežiūros rezultatas	Kokybė yra be klaidų atlikta kiekviena operacija, kiekvienos pareigos
Kokybė priklauso nuo žmonių	Kokybė priklauso nuo valdymo sistemos
Vadovai „gesina gaisrus“	Vadovai ieško būdų gaisrams išvengti
Reikia griežtai elgtis su tiekėjais	Tiekėjai yra įmonės partneriai
Vartotojas yra tas, kuriam teikiame savo paslaugas	Vartotojas yra svarbiausia sudėtinė mūsų įmonės dalis
Darbai įmonėje yra operacijų serijos	Darbai yra integruotas procesas
Kad pasiektume geresnę kokybę, reikia daugiau ir geresnių žmonių	Gerą kokybę galima pasiekti su esamais žmonėmis. Jiems paprasčiausiai reikia kitaip vadovauti ar mokyti

Šaltinis: modifikuota autorės, Dikavičius V., Stoškus S. (2003). *Visuotinė kokybės vadyba: mokomoji knyga* p. 40.

2.3. Visuotinio kokybės vadybos įgyvendinimo organizavimo procesas.

Pagal P. Vanagą visuotinė kokybės vadyba įgyvendinama „krioklio principu“²⁸, t.y. pirmiausia visuotinės kokybės vadybos esmę, jos būtinumą turi gerai suprasti ir ja vadovautis savo veikloje vadovai. Visi seni blogi įpročiai iš kiekvieno lygio turi būti pašalinami, kol gerinimas pasiekia gretimą žemesnį lygį. Tik tada, kai visi vadovai perpranta visuotinės kokybės vadybos filosofiją ir metodus, laikas šį procesą įtraukti specialistus, technikus ir darbininkus.

Įgyvendinant visuotinės kokybės vadybą, patartina vadovautis šiais principais:

- padedant savo darbuotojams plėtoti kūrybinius sugebėjimus, juos tinkamai planuoti;

²⁸ Vanagas, P. (2004). *Visuotinės kokybės vadyba: vadovėlis*, Kaunas, p. 145-147

- atlyginti už darbą ir rūpintis jų kilimu tarnyboje, vadovaujantis nuopelnais įmonei;
- užtikrinti abipusį kontaktą su pavaldiniais, teisingai sprendžiant ginčytinus klausimus;
- užtikrinus, kad įgyvendinant darbo gerinimo priemones, nebus atleidžiami iš darbo įmonės darbuotojai.

Ypatingai svarbu atsiminti, kad vadovas turi būti efektyvus sistemos diegimo organizatorius:

- savo vadovavimu skatinti bendradarbius atlikti darbą geriausiu būdu ir šiuos būdus dar gerinti;
- dažnai susitikti su bendradarbiais;
- turėti drąsos abejoti priimtais sprendimais, tiksliai suvokti įmonės ir padalinių principus;

Gali būti sudaromos tikslinės grupės tam tikroms problemoms spręsti (pvz.: įmonės reorganizavimo projektui pateikti suburiama laikina grupė). Sprendžiant organizacinius klausimus, problemomis tampa grupių formavimo procedūrų klausimas. Ar reikalingas griežtas reglamentavimas „iš viršaus“, ar grupės turi formotis savanoriškumo principais, tačiau proceso iniciatyvumui nemažą įtaką gali daryti ir vadovybės pastangos, formalūs problemos sprendimo metodai.

Kasmet vis daugiau Europos šalių įmonių savo veikloje vadovaujasi visuotinės kokybės vadyba pagrįstu Europos kokybės fondo tobulumo modeliu.

Šio Europos verslo tobulumo modelio paskirtis yra paskatinti visų Europos šalių organizacijas savo veiklos strategiją grįsti visuotinės kokybės vadyba. Europos kokybės vadybos fondas tikisi, kad įgyvendinama visuotinės kokybės vadyba, Europa taps pagrindine jėga pasaulinėje rinkoje. Mūsų uždavinys yra stiprinti vadybos rolę kokybės strategijom parengti, sukurti sąlygas Europos pramonės pozicijoms sustiprinti.

1999 m. Europos kokybės vadybos fondas²⁹ tobulumą apibrėžia aštuoniomis fundamentaliomis koncepcijomis (The EFQM Excellence Model, 1999 m.):

1. Orientacija į rezultatus. Tobulumas priklauso nuo suinteresuotųjų organizacijos veikla grupių, tai yra, dirbančiųjų klientų, tiekėjų, visuomenės bei finansiškai suinteresuotų organizacijos veikla poreikių subalansavimo ir patenkinimo.

2. Dėmesys klientams. Klientai yra galutinai produkto ar paslaugos „teisėjai“. Todėl organizacijos sėkmė priklauso nuo klientų lojalumo, išsaugojimo ir rinkos dalies. Šie veiklos rodikliai geriausiai optimizuojami, kai organizacijoje orientuojamasi į dabartinį ir potencialų klientų poreikius.

3. Vadovavimas ir tikslo pastovumas. Organizacijos vadovų elgesys turi būti nulemtas aiškių ilgalaikių tikslų žinojimu bei pastoviu tų tikslų siekimu.

²⁹Prieiga per internetą: www.vrm.lt/fileadmin/Padaliniu_failai/Viesojo_administravimo_dep [žiūrėta 2009 01 25].

4. Valdymas orientuojantis į procesus ir remiantis faktais. Organizacijos efektyviau veikia, kai yra suprasta tarpusavyje susijusi veikla ir sistemingai valdoma. Sprendimai, liečiantys dabartinę veiklą ir patobulinimus, priimami remiantis patikima informacija, į kurią įeina ir suinteresuotų organizacijos veikla grupių poreikių suvokimas.

5. Žmonių ugdymas ir įtraukimas. Pilnas dirbančiųjų potencialas panaudojamas jei organizacijoje yra sukurta pasitikėjimo bei įgalinimo kultūra, kuri skatina kiekvieną įsitraukti į veiklos tobulinimo procesą.

6. Nepertraukiamas mokymasis bei veiklos tobulinimas. Organizacijos pasiekimai pagerinami iki maksimumo, kai organizacijos veikla paremta žinių pasidalijimu, pastoviu mokymusi ir tobulinimu.

7. Bendradarbiavimo plėtojimas. Organizacija efektyviau veikia, kai ji yra sukūrusi abipusiai naudingus ryšius, paremtus pasitikėjimu, žinių dalijimusi ir integracija su savo partneriais.

8. Atsakomybė visuomenei. Ilgo laiko organizacijos veiklos sėkmė yra pasiekama laikantis verslo etikos, patenkinant visuomenės lūkesčius ir vykdant teisines normas.

2.4. Pirminės sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje.

Po 1990 m. pasikeitusios politinės ir valdymo situacijos šalyje ir palaipsniui atkūrus nepriklausomybę, Lietuvos politikos kūrėjai visą dėmesį kreipė į struktūrinius ir institucinius pokyčius, rinkos mechanizmus ir sveikatos draudimo sistemos kūrimą, pirminės sveikatos priežiūros reformas bei naują požiūrį į visuomenės sveikatą. Visi šie bandymai turėjo ir trūkumų, kurių didžiąją dalį lėmė pirmaisiais reformų metais įvykęs ekonominių sunkumų sąlygotas žymus valstybės pajamų sumažėjimas. Lietuva, kaip ir kitos Rytų ir Centrinės Europos valstybės, reorganizuojant sveikatos apsaugos sistemą patyrė tas pačias perėjimo į rinkos ekonomiką kliūtis. Iki 1994 metų Lietuvoje sparčiai blogėjo sveikatos apsaugos finansavimas kaip ir bendra viso ūkio būklė.

Lietuvoje sveikatos politika buvo moksliskai pagrįsta, tačiau trūko detalaus reformos įgyvendinimo plano³⁰. Pirmas dokumentas, sistemiskai reglamentuojantis sveikatos apsaugos reformą, buvo Sveikatos sistemos įstatymas, priimtas 1994 metais. Kitas, ne mažiau svarbus sveikatos sistemai dokumentas - Lietuvos sveikatos programa, kurioje nurodyti siektini uždaviniai ir rodikliai (priimta tik 1998 metais). Tokia situacija nuolat besikeičiančioms vyriausybėms leido

³⁰ Černiauskas G., Dobravolskas A., Murauskienė L. Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste, Vilnius, 2000, p 9

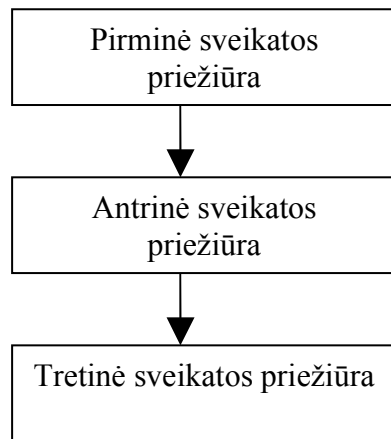
savaip interpretuoti sveikatos reformos uždavinius, o kartu keisti ir sveikatos apsaugos įstatymų nuostatas³¹.

Pradėjusi veiklą šios kadencijos Nacionalinė sveikatos taryba 2000 m. lapkričio 22 d. rezoliucijoje „Lietuvos sveikatos reforma: dabartis ir ateitis³²“ atkreipė dėmesį į būtinumą stiprinti bendrosios praktikos gydytojų instituciją, skatinti privačių bendrosios praktikos gydytojų (nepriklausomų rangovų) veiklos plėtrą, decentralizuoti pirminės sveikatos priežiūros sistemą, skatinti bendrosios praktikos gydytojų motyvaciją atlikti profilaktinį darbą, sveikatos mokymą ir ugdymą, remti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų kaimo vietovėse plėtrą. Po 1994 metų, priėmus Sveikatos sistemos įstatymą ir Vyriausybei pradėjus reformuoti sveikatos apsaugos sistemą, sveikatos rodikliai stabilizavosi ir pradėjo palaipsniui gerėti. Lietuvos ir užsienio ekspertai pažymėjo, kad priėmus sveikatos sistemą reglamentuojančius įstatymus ir teisės aktus sveikatos reforma per 1996 - 1998 metus labai pažengė į priekį. Visoje medicinos sistemos struktūroje galima skirti kelias svarbias jos skirstymo grandis, tačiau šiame darbe apsiribosiu tik vienu jų apmokėjimo ir darbo analize, tai pirminės asmens sveikatos priežiūros grandimi, kuri atlieka tarsi „nematomą“ darbą sveikatos sistemoje, nes teikia kasdienės sveikatos priežiūros paslaugas gyventojams. Tačiau tam reikia šiek tiek informacijos apie sveikatos priežiūros paslaugas, sveikatos priežiūros įstaigų skirstymą, taip pat šių paslaugų apmokėjimo tvarką.

Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugos yra skirstomos pagal paslaugų teikimo lygius:

³¹ D. Jankauskienė, R. Pečiūra. Sveikatos politika ir valdymas, Vilnius, 2007, p. 64-66

³² LR Vyriausybės nutarimas Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtos (2004). Numeris N-5



Lietuvos Respublikos teisės aktai pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas apibrėžia kaip nespecializuotą kvalifikuotą asmens sveikatos priežiūrą ir psichinės sveikatos priežiūrą, teikiamą ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje pirminės sveikatos priežiūros specialisto. Pirminę asmens sveikatos priežiūrą organizuoja savivaldos vykdomosios institucijos, už paslaugas apmoka Teritorinės ligonių kasos.

Pirminę sveikatos priežiūrą gali teikti :

- Ambulatorijos;
- Pirminės sveikatos priežiūros centrai;
- Bendrosios praktikos gydytojų kabinetai;
- Pirminės psichikos sveikatos priežiūros centrai.

Pirmoji įstaigų rūšis – tai ambulatorijos, teikiančios paslaugas gyventojams, kurių veiklos ypatumai būtų tokie: tai grupinė praktika, būdingiausia mažiems miesteliams ir atsakinga už nespecializuotą pirminės sveikatos priežiūros teikimą tam tikroje teritorijoje. Šiaulių apskrityje tokio tipo įstaigų teikiančių pagalbą pacientams yra vienuolika veikiančių savarankiškai, kita dalis šių įstaigų dirba ir yra pavaldžios pirminės sveikatos priežiūros centrums. Įstaigoje dirba komanda specialistų, kurią sudaro bendrosios praktikos gydytojas ir/arba vidaus ligų gydytojas, akušerė, stomatologas ir pediatras. Šiuo metu dalis ambulatorijose dirbančių gydytojų dalyvauja bendrosios praktikos mokomosiose programose ir persikvalifikuoja į bendrosios praktikos gydytojus, kurie laikui bėgant turi pakeisti vidaus ligų gydytojus ar gydytojus, dirbančius tik pediatrais. Bendrosios praktikos gydytojas (BPG) – tai gydytojas, baigęs bendrosios praktikos gydytojo specialybės antrinę arba pertraukiamąją rezidentūrą (iki 1995 metų perkvalifikavimo kursus) ir turintis bendrosios praktikos gydytojo licenciją, galintis savarankiškai vykdyti asmenų pirminę sveikatos priežiūrą nuo gimimo iki mirties, neatsižvelgiantį jų amžių ir lytį. Bendrosios praktikos gydytojo funkcijas, pareigas, teises, kompetenciją ir atsakomybę reglamentuoja Lietuvos medicinos norma

MN 14: 1999 „Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė”.³³
Dauguma ambulatorijų pavaldžios pirminės sveikatos priežiūros centrums.

Plačiau aptarsiu ambulatorijas, pirminės sveikatos priežiūros centrus, kurie savo skaičiumi sudaro didžiausią įstaigų teikiančių pirminės sveikatos priežiūros paslaugas Pirminės sveikatos priežiūros centruose dirba nuo 10 iki 20 įvairių specializacijų gydytojų. Jos dažniausiai turi reikiamą aprūpintos rentgeno aparatūrą, ultragarso ir kita medicinos diagnostikos įrangą. Jų steigėjai yra savivaldybės įstaigos. Įstaigų vadovai yra skiriami savivaldybės administracijos atstovų, kurios šitaip atstovauja valdymo funkciją. Jos atsako beveik už visą pirminę ir antrinę nestacionarią priežiūrą miestuose bei antrinės ambulatorinės priežiūros teikimą kaimo gyventojams. Poliklinikose pradėta diegti ambulatorinė chirurgijos paslauga, kai pacientui yra suteikiama paslauga tą pačią dieną ir jis po reikiamų medicinos intervencijų yra išleidžiamas gydytis į namus.

Pirminės sveikatos priežiūros paslaugas gali teikti šie specialistai :

- Bendrosios praktikos gydytojas;
- Apylinkės pediatras;
- Apylinkės terapeutas;
- Akušeris – ginekologas;
- Bendrosios praktikos gydytojas stomatologas;
- Psichiatras.

Dar viena pirminės sveikatos priežiūros įstaigos rūšis - psichikos sveikatos centras - tai savivaldybės įsteigta įstaiga, steigiamą prie pirminės sveikatos priežiūros centro arba kaip savarankiškai veikianti viešoji sveikatos priežiūros ne pelno įstaiga, licencijuota (akredituota) vykdyti psichikos sveikatos priežiūrą ir teikti socialinę pagalbą psichikos ligoniams bei kitiems asmenims. Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos psichikos sveikatos centre arba pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų psichikos sveikatos priežiūros kabinetuose visiems nuolat savivaldybės teritorijoje gyvenantiems (draudžiamiesiems) asmenims. Už psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, teikiamas psichikos sveikatos centre, mokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų vadovaujantis nustatyta metine vieno gyventojų pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų bazine kaina, jeigu psichikos sveikatos centre dirba visa komanda (gydytojas psichiatras (suaugusiųjų), gydytojas psichiatras (priklusomybės ligų), gydytojas psichiatras (vaikų ir paauglių), medicinos psichologas, psichikos sveikatos slaugytojos, socialiniai darbuotojai). Tuo atveju, jeigu savivaldybė neįsteigia pirminio psichikos sveikatos centro, psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikia gydytojas psichiatras, dirbantis pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

³³ Lietuvos medicinos norma MN 14: „Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė”

Pirminės sveikatos priežiūra yra apmokama vadovaujantis Lietuvos Respublikos teisės aktais, kurie nurodo sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarką, formą ir kitas sąlygas (esant reikalui). Už pirminės sveikatos paslaugas pagal prisirašiusiųjų prie sveikatos priežiūros įstaigos gyventojų sąrašą ir pagal nustatytą vieno asmens metinę sveikatos priežiūros bazinę kainą pagal kurią įstaigoms apmoka teritorinės ligonių kasos. Ši kaina, esant poreikiui, diferencijuojama pagal pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių gydytojų specialybes: apylinkės terapeuto, pediatro, akušerio-ginekologo, bendrosios praktikos gydytojo chirurgo ir bendrosios praktikos gydytojo stomatologo.

Vertinant ir analizuojant pirminės asmens sveikatos priežiūros apmokėjimo ir organizavimo principus pasaulyje įgyvendinami įvairiais būdais – tai priklauso nuo šalies resursų, tradicijų, visuomenės sveikatos ir demografinės padėties. Šiuo metu pirminę sveikatos priežiūrą Lietuvoje organizuoja savivaldybės, kurios yra šių įstaigų steigėjos. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų darbo apmokėjimą, kontrolę vykdo teritorinė ligonių kasa. Teritorinės ligonių kasos – valstybinės ligonių kasos prie sveikatos apsaugos ministerijos priklausančios įstaigos. Teritorinės ligonių kasos vykdydamos savo funkcijas vadovaujasi valstybinės ligonių kasos darbo kryptimis³⁴, kurios yra:

- rengti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto metinį projektą, LR Seimui įstatymu jį patvirtinus - vykdyti;
- tvarkyti apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu asmenų įskaitą;
- apmokėti gydymo įstaigoms už pagal sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis pacientams suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vaistinėms – už pacientams išduotus kompensuojamuosius vaistus;
- kompensuoti vaistų, medicinos pagalbos priemonių, ortopedijos technikos gaminių įsigijimo, medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo, pagyvenusių asmenų dantų protezavimo, prevencinių ir kitų sveikatos programų vykdymo, Europos sveikatos draudimo kortelės išdavimo bei ES šalyse Lietuvos gyventojams suteiktų gydymo paslaugų, sąnarių endoprotezavimo ir kitas išlaidas;
- centralizuotai pirkti ir gydymo įstaigas aprūpinti kai kuriais brangiai kainuojančiais vaistais bei medicinos pagalbos priemonėmis.

Savivaldybių mastu pirminės sveikatos priežiūros organizavimas (finansavimas, kontrolė) vykdomas per valstybinės ligonių kasos prie sveikatos apsaugos ministerijos veiklą ir organizuojant

³⁴ Priega prie interneto:http://www.vlk.lt/vlk/pag/?page=vs&ii=veiklos_kryptys_istorija [žiūrėta 2009-01-30].

pirminės sveikatos priežiūros priežiūrą pradėta vykdyti per teritorinės ligonių kasas. Teritorinės ligonių kasos pirminėje sveikatos priežiūros veikloje išskiria svarbiausiomis šias funkcijas: finansavimo - paskirstymo ir kontrolės ir stebėsenos.

Daugelyje šalių šeimos gydytojo (bendrosios praktikos) institucija yra centrinė pirminės sveikatos priežiūros sistemos ašis. Pirminė sveikatos priežiūra laikoma prioritetine sveikatos priežiūros sritimi, mat jai tenka spręsti daugumą asmens sveikatos problemų. Pasaulinės sveikatos organizacijos programoje „Sveikata visiems XXI amžiuje“³⁵ teigiama, kad pirminės sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo sistemos turi skatinti siekti:

- geresnių sveikatos priežiūros rezultatų;
- geresnės paslaugų kokybės;
- kaštų efektyvumo.

Pirminės sveikatos priežiūros sistemos pagal skirtingą apmokėjimo už sveikatos priežiūros paslaugas formą gali būti skiriamos į kelias grupes, tačiau visose jų pagrindiniai veikėjai yra tie patys – paslaugų gavėjai (gyventojai), paslaugų teikėjai ir mokėtojai už paslaugas. Pagrindiniai sveikatos priežiūros sistemų finansavimo modeliai³⁶ yra šie:

- Bismarko modelis, pagrįstas draudimu,
- Beveridžo modelis, pagrįstas mokesčiais,
- Semaškos modelis, pagal kurį veikianti sveikatos sistemos paslaugų sistema centralizuotai finansuojama iš valstybės biudžeto.

Reikia pastebėti, kad Vakarų Europos šalių sveikatos apsaugos sistemos sąlyginai dažniausiai skirstomos į dvi grupes Beveridžo ir Bismarko sistemas, o Lietuvoje iki šiol veikianti sistema vadinama „Semaškos“ sistema. Pirminės sveikatos priežiūros apmokėjimo sistema egzistuoja Suomijoje, Švedijoje, Portugalijoje ir Graikijoje, taip pat daugelyje Rytų Europos valstybių. Išvardinus šias apmokėjimo sistemas, kuriomis šalių vyriausybės kuria sveikatos priežiūros egzistavimo sistemas paminėsiu pagrindinius šių sistemų skiriamuosius bruožus:

Pagrindiniai Bismarko socialinio-medicininio draudimo sistemos³⁷ bruožai:

- sistema yra finansuojama iš privalomų darbdavių ir darbuotojų įmokų arba iš mokesčių,
- įmokos už sveikatos draudimą yra atskirtos nuo socialinio draudimo įmokų,
- sveikatos draudimas privalomas,
- sistemos dalyvių lėšos kaupiamos „fonde“³⁷, t.y. nevyriausybinuose tačiau įstatymais

įteisintuose, finansinio valdymo organuose, kurie užsiima šių lėšų valdymu.

³⁵ PSO Europos regiono biuro dokumentas „Sveikata-21“, 1998, p. 11,

³⁶ Jankauskienė D. Sveikatos sistemos reformos Lietuvoje 1990-1998, 2000, p. 14,

³⁷ G.Černiauskas, A. Dobravolskas, L. Murauskienė. Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste. 2000, p. 41.

- lėšų fondai sudaro sutartis su sveikatos priežiūros įstaigomis dėl medicinos pagalbos paslaugų teikimo.

Pagal šį modelį veikia Austrijos, Vokietijos, Belgijos, Olandijos, Prancūzijos sveikatos sistemos.

Antrosios - Beveridžo nacionalinės sistemos bruožai:

- valstybė yra atsakinga už sveikatos priežiūros finansavimą per bendruosius mokesčius,
- vykdoma vyriausybinių organų kontrolė,
- vyksta finansavimas iš valstybės biudžeto,
- nustatyti įnašai iš privataus sektoriaus,
- prieinamumas visiems piliečiams,
- pavaldumas valstybiniam organams, prioritetiškumas,
- gydytojų atlyginimo už darbą priklausymas nuo aptarnaujamų gyventojų skaičiaus,
- galima paciento priemoka (iš pacientų asmeninio lėšų).

Šiuo modeliu sveikatos priežiūroje vadovaujasi įdiegusios Graikija, Danija, Airija, Ispanija, Italija, Norvegija, Portugalija, Didžioji Britanija, Suomija ir Švedija. Nepaisant šių sistemų privalumų ir trūkumų nuolatinio vertinimo vis tiek yra neišvengiama diskusijų, kuri iš šių trijų sistemų yra geresnė valstybių piliečiams. Lietuvos atveju, kai medicinos paslaugos yra finansuojamos iš valstybės biudžeto pervedant lėšas į privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą ir per teritorines ligonių kasas yra nukreipiamos į įstaigas, kur joms sumokama už pirmines, antrines ir tretines sveikatos priežiūros paslaugas. Iki šiol vis dar pasigirsta svarstymų kuri iš šių medicinos sistemų apmokėjimo būdų yra geriausia. Pirminės sveikatos priežiūros finansavimo sistemos pagal apmokėjimo už sveikatos priežiūros paslaugas formą yra skirstomos į kelias grupes. Dažniausios pirminės sveikatos priežiūros finansavimo formos:

- apmokėjimas už suteiktas paslaugas,
- išankstinis apmokėjimas už prisirašiusius gyventojus,
- integruotas apmokėjimas už prisirašiusių gyventojų aptarnavimą.

Apmokėjimo už suteiktas paslaugas forma yra tokia mokėjimo forma, kai už sveikatos priežiūros paslaugas pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms arba šeimos gydytojams mokama pagal suteiktų paslaugų skaičių ir apimtį.

Išankstinio apmokėjimo už prisirašiusius gyventojus forma šiuo metu taikoma Lietuvoje. Apmokėjimas už prisirašiusius gyventojus („paciento sąrašo“ mokestis). Egzistuojant šiai finansavimo formai standartinis paslaugos įkainis yra suma, skiriama vienam prie įstaigos prisirašiusiam gyventojui už pirminės sveikatos priežiūros paslaugas paslaugoms suteikti per vienerius metus. Mokama už prisirašiusius prie gydytojo gyventojus („pacientų sąrašas“), nesvarbu, kiek ir kokių paslaugų per tą laikotarpį buvo suteikta. Pagrindinis šios sistemos trūkumas, kuris

beveik nemotyvuoja šių darbo yra tai, kad lėšos už gyventojus yra skiriamos nepaisant to ar gyventojas lankėsi įstaigoje, ar jam buvo suteiktos pirminės sveikatos priežiūros paslaugos ar buvo suteiktos profilaktinės sveikatinimo paslaugos. Galima teigti, kad ši sistema neskatinama teikti tokių paslaugų, kurios yra finansiškai arba dėl darbo apimties nenaudingos (pvz., sveikatos stiprinimo veikla bendruomenėje, atrankiniai sveikatos patikrinimai, intensyvi rizikos grupių gyventojų sveikatos priežiūra, tam tikros brangiau kainuojančios procedūros), neskatinama pirminės sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų teikėjų profesinis aktyvumas ir iniciatyva (tokiu atveju dalis funkcijų esant galimybei, deleguojama aukštesniajam sveikatos priežiūros sistemos lygiui). Tokiu atveju ir atsiranda poreikis šių įstaigų darbą pradėti vertinti įvedant „gerų darbo rezultatų rodiklius“ siekiant kiek ir kokių paslaugų yra suteikiama prisirašiusiems gyventojams. Apmokėjimo susiejimas su įstaigų darbo kokybę ir jų valdymu ir vadyba. Pradėjus vertinti įstaigų darbą, jų veiklos rezultatus atsiranda ir poreikis gerinti šių įstaigų veiklą, jos kokybę ir valdymą.

Integruoto mokėjimo už paslaugas gyventojams sistema, tai sistema kai pirminės asmens sveikatos priežiūros teikėjams yra mokama už visą jų aptarnaujamų gyventojų sveikatos priežiūrą.³⁸ Šeimos gydytojas apmoka specialistų konsultacijų, tyrimų, stacionarinio gydymo ir išrašytų receptų išlaidas. Šitokia apmokėjimo sistema skatina aktyvinti profilaktinį darbą, kad bendruomenėje neatsirastų sunkiomis ir įsisenėjusiomis ligomis sergančių pacientų, ir taip taupiai naudoti lėšas. Be to, šeimos gydytojas tariaisi su ligoninėmis dėl teikiamų paslaugų kokybės bei kainos, o pacientai gauna efektyvią ir kokybišką medicinos pagalbą. Tokia sistema iš dalies funkcionuoja Anglijoje ir Jungtinėse Amerikos Valstijose. Šios sistemos trūkumas pernelyg didelis noras taupyti lėšas gali pabloginti aukštesniojo lygio sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Vienas pagrindinių tiek valstybės valdymo tikslų, tiek sveikatos apsaugos reformos tikslų yra nuolat siekiamas efektyvus sveikatos priežiūrai skiriamų lėšų panaudojimas. Pirminės sveikatos priežiūros grandies veiklos kokybės stiprinimas yra viena iš priežasčių, kodėl daugelyje pasaulio šalių remiama pirminės sveikatos priežiūros grandis ir kartu šeimos medicinos institutas. Vykstant įvairioms sveikatos sistemos reformoms dažniausiai turi vieną tikslą siekiama organizuoti šios sveikatos priežiūros grandies darbą taip, kad būtų:

- gerinamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas;
- realizuojama šeimos gydytojo kaip „sveikatos sistemos vartininko“ funkcija.

³⁸ Černiauskas G., Dobravolskas A., Murauskienė L. Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste, Vilnius, 2000, p. 23.

Vertinant pirminės sveikatos priežiūros kryptis ir ateities viziją skirtingi šaltiniai nurodo tas pačias pirminės sveikatos priežiūros plėtros kryptis:

- Bendrosios praktikos gydytojo institucijos plėtojimas;
- Paslaugų decentralizacija (prieinamumas);
- Privačios iniciatyvos šiame verslo sektoriuje skatinimas.

2.5. Visuotinės sveikatos kokybės vadybos užuomazgos sveikatos priežiūroje.

Kas dieną vis girdimi naujausi sveikatos mokslo atradimai tik patvirtina seną tiesą, kad nėra svarbesnio tikslo nei išsaugoti sveikatą. Tačiau saugant sveikatą kaip individo neįkainojamą vertybę įvairios pasaulyje egzistuojančios organizacijos ir jų priimami dokumentai tik patvirtina tai ką senai žinome, tačiau nepriėmus šių dokumentų nebūtų užtikrinama kokybiška sveikatos apsaugos paslauga. Jau 1986 m. Pasaulio sveikatos organizacija priėmė Otavos chartiją. Otavos chartija³⁹ – pagrindinis dokumentas, reglamentuojantis sveikatos politiką, sveikatos stiprinimą, jos ugdymą, mokymą ir profilaktiką. Tačiau sveikatos apsaugos sfera nėra išimtis – joje kaip ir kitose srityse reikia išteklius valdyti efektyviai, siekiant gauti pačius geriausius rezultatus su kuo mažiausiomis sąnaudomis. Sveikatos sistemos kokybės sąvoka nevienareikšmė. Dar neseniai sveikatos priežiūros kokybė buvo suprantama kaip teikiamos priežiūros turinys, dabar vis daugiau dėmesio skiriama sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir valdymo kontrolei, ir pacientų pasitenkinimui.

Pagal I. Jakušovaitę kokybė sveikatos priežiūros srityje iš esmės apima šiuos aspektus:

1. Pačios sveikatos priežiūros (specialisto kompetencija ir profesionalumas) kokybę;
2. Sveikatos priežiūros paslaugų suteikimo – aptarnavimo – kokybę.

Specialisto profesionalumo kokybės kiekvienas pacientas dėl suprantamų priežasčių įvertinti negali, nebent toks vertinimas gali kilti tuo atveju, kai suteikta medicinos pagalba yra akivaizdi arba neakivaizdi. Visais kitais atvejais pacientui nelengva nuspręsti, ar jis gavo pakankamą ir deramą medicinos pagalbą, ar jis gali tikėtis ir ieškoti geresnės. Vertinant kokybę kaip bendrą visos sistemos ir įstaigų siekiamybę galima išskirti tokius veiksnius kaip teisinė įstaigų aplinka, socialinė ekonominė įstaigų aplinka. Todėl valstybė imasi reguliuotojo vaidmens – ji užtikrina sveikatos priežiūros specialistų profesinius įgūdžius ir kompetencijos standartus. Todėl čia sveikatos priežiūros įstaigoms kokybės gerinimo galimybės yra gana apribotos, nes medicininė informacija yra prieinamas dalykas, tačiau suprantamas nedidelei visuomenės daliai. Vis dėlto pacientas vis tiek gali vertinti antrąjį kokybės komponentą – aptarnavimo ir rūpesčio pacientu kokybę. Labai dažnai pasitenkinimą suteikiama sveikatos priežiūra nulemia šis aspektas, kadangi teikiamas didelis ir

³⁹ Health for all in the 21st century. , World Health Organization, 1998 (document WHA 51/5)

malonus dėmesys žmogui sukelia pasitikėjimo pojūtį, ypatingai tuo metu, kai žmogus kenčia ar turi kokių nors sveikatos problemų. Pasitikėjimo pojūtis dažnai užtušuoja paciento nežinią apie metodinę paslaugos kokybę. Todėl nenuostabu, kad sveikatos priežiūros įstaigos teisėtai pasinaudoja šiuo pacientų subjektyvumu ir įgyvendina kokybę būtent pacientų aptarnavimo srityje. Puikus paciento patenkinimas praktiškai užtikrina jo poreikių patenkinimą, tačiau tuomet kyla suteiktos paslaugos kokybės prastumo pavojus. Kokybė esmė yra vartotojo esamų ir net nesuvokiamų lūkesčių ir poreikių patenkinimas.

Medicinos paslaugų kokybės vertinimas paslaugų srityje yra žymiai sudėtingesnis negu produktų ar gamybos sferoje. Tai iš anksto nulemia: rezultatų neapčiuopiamumas; tarpusavyje bendraujančių žmonių elgsena; įstaigos įvaizdis; vartotojo dalyvavimas visame procese – nuo pradinio veiksmo iki galutinio rezultato. Visi šie rodikliai kartu dar labiau pagrindžia visuotinės kokybės vadybos nuostatų įsiskverbimo į šią sritį būtinybę. Kai kurie medicinos organizacijų atstovai teigia, kad Lietuvoje šis sveikatos priežiūros paslaugų aspektas itin aktualus, kadangi įvykdžius sveikatos draudimo reformą atskiros sveikatos priežiūros įstaigos turi tarpusavyje konkuruoti dėl pacientų, kadangi nuo jų priklauso įstaigų finansavimo apimtis. Vadinasi, sveikatos priežiūros įstaigos priverstos konkuruoti patenkindamos pacientų poreikius.

Pagal J. M. Muraną⁴⁰ kokybės gerinimo veikla veiksminga, kai ji integruojama į nuolatinį darbą ir derinama su darbuotojų skatinimo bei mokymo priemonėmis ir programomis. Veikla pradeda keisti tradicinį kontrolės supratimą ir palaipsniui perleidžia kontrolę į darbuotojų rankas. Reikia paminėti, kad atsakomybė vadovams nedingsta - ji išlieka kaip ir vadovų atsakomybė už veiklos kokybės aprūpinimą, todėl jie turi vertinti kiekvieną konkrečią padėtį ir spręsti kaip ją keisti. Niekada negalima pamiršti, kad visuotinės kokybės vadybos principai yra glaudžiai susiję ir vienas kitą remiantys elementai. Kuriant visuotinės kokybės sistemą viešojo sektoriaus įmonėje – šiuo atveju – sveikatos priežiūros sektoriuje yra sunkiau identifikuoti paslaugos vartotojus. Yra svarbu išskirti šių grupių pogrupius, kuriuose galima suklasifikuoti pacientus, turinčius skirtingus poreikius t.y. ambulatorinės priežiūros reikalaujančius pacientus, slaugos ar dienos stacionaro paslaugų. Nepaisant visų klasifikacijų visada reikia laikytis nuorodos, kad sveikatos priežiūros organizacijos ir jų teikiamos paslaugos yra orientuotos į pagrindinį vartotoją – pacientą. Sveikatos priežiūros paslaugų išskirtinumas – šių paslaugų individualume, pacientų personalizuotame įvertinimas, šiuos poreikius yra būtina įvertinti. Sveikatos priežiūros įstaiga teikdama paslaugas visada turi itin tiksliai įvertinti pacientą, jo poreikius, nedelsiant reaguoti bei suteikti kvalifikuotas paslaugas. Kitus sveikatos sistemos dalyvius, vartotojus sudaro paciento šeimos nariai, jų advokatai, draudėjai, įvairios vyriausybės organizacijos, medicinos mokymo įstaigos, studentai su savo apibrėžtais interesais.

⁴⁰ Jankauskienė, D., Pečiūra, R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas, Vilnius, p. 120-121*

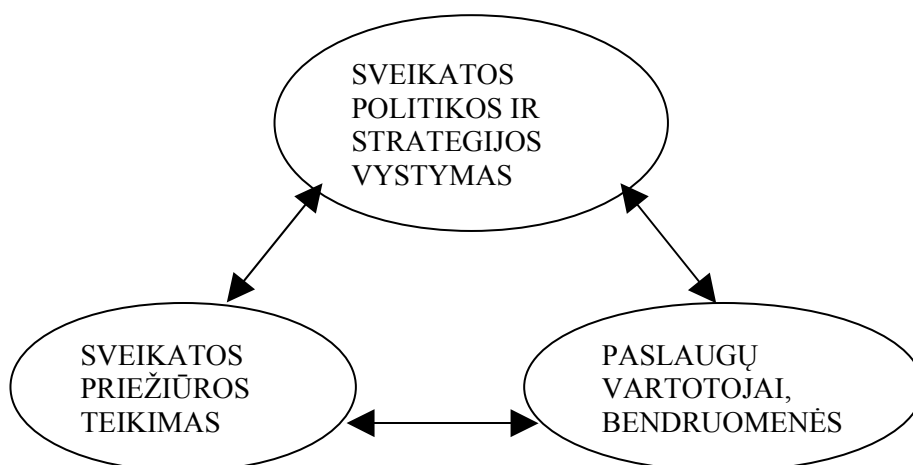
Bet kokia įstaiga formuodama ir siekdama įstaigos veiklos tikslus turi nustatyti savo potencialių vartotojų lūkesčius, kurie turėtų tapti pagrindiniais įstaigos veiklos tikslais. Vertinant sveikatos priežiūros įstaigas ir kuriant naujas verta iširti naują aplinką ir šios teritorijos vartotojų (gyventojų) lūkesčius, jei tarkime šitame rajone nėra teikiama ambulatorinės reabilitacijos paslauga – tokiu atveju galbūt yra tikslinga kurti tokį kabinetą ir patenkinti vartotojų poreikius ir tuo pačiu pateisinant įstaigos veiklos viziją, tikslus, žinoma, nepamirštant ir vieno pagrindinių verslo tikslų. Vertinant pirminę sveikatos priežiūrą reiktų atsižvelgti į teritorijos gyventojų amžių, sergamumą. Teisingai įvertinus šiuos rodiklius galima sužinoti kiek efektyviai dirba šeimos gydytojas, ar pacientai gauna visą informaciją apie galimybę dalyvauti sveikatos programose ir sužinoti kokios jų sveikatos būklė ir kokių veiksmų įstaiga imasi siekdama pagerinti pacientų būklę, tuo pačiu atlikdami užsibrėžtus veiklos tikslus, atitinkančius įstaigos veiklos kryptį.

Anot I. Jakušovaitės **sveikatos priežiūros kokybė** – visapusiškas pacientų poreikių patenkinimas žemiausiomis organizacijos kainomis, laikantis vadovaujančių įstaigos nurodymų ir įstatymų. Tad sveikatos priežiūros įstaigai svarbu tampa paciento kaip išorinio jos paslaugų vartotojo paslaugų suteikimo kokybės vertinimas.

Pagal D. Jankauskienę kokybė – tai laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamą sveikatos rezultatų tikimybę. Ji skiria tris kokybės matavimus:

- Paciento;
- Profesionalo;
- Vadybos.

Pagal Pasaulio sveikatos organizacija leidinį „Quality of care“ galima rasti pateiktas net kelias sveikatos priežiūros kokybės gerinimo schemas⁴¹:



⁴¹ LR valstybės kontrolės valstybinio audito ataskaita Nr. VA-P-10-4-9 (2007 m. birželio 26 d.) Vilnius

Šioje schemoje PSO nurodo sistemos dalyvių vaidmenis ir pareigas, bei dalyvių neišvengiamą tarpusavio sąveikas. Anot PSO, pagrindinis sveikatos priežiūros politikos ir strategijos vystymo vaidmuo turi teikti nacionaliniam ir regioniniam lygmeniui. Lietuvoje veikiantis regioninis teritorinių ligonių kasų pavyzdys tai ir patvirtina, tačiau atlikus tiriamojo darbą galime teigti, kad grįžtamasis ryšys tarp teritorinės ligonių kasos ir sveikatos apsaugos ministerijos ar dar kitų šių sistemų dalyvių nėra pakankamai ryškus ir užtikrintas, kad jo suteikta informacija bus panaudota visa ir efektyviai.

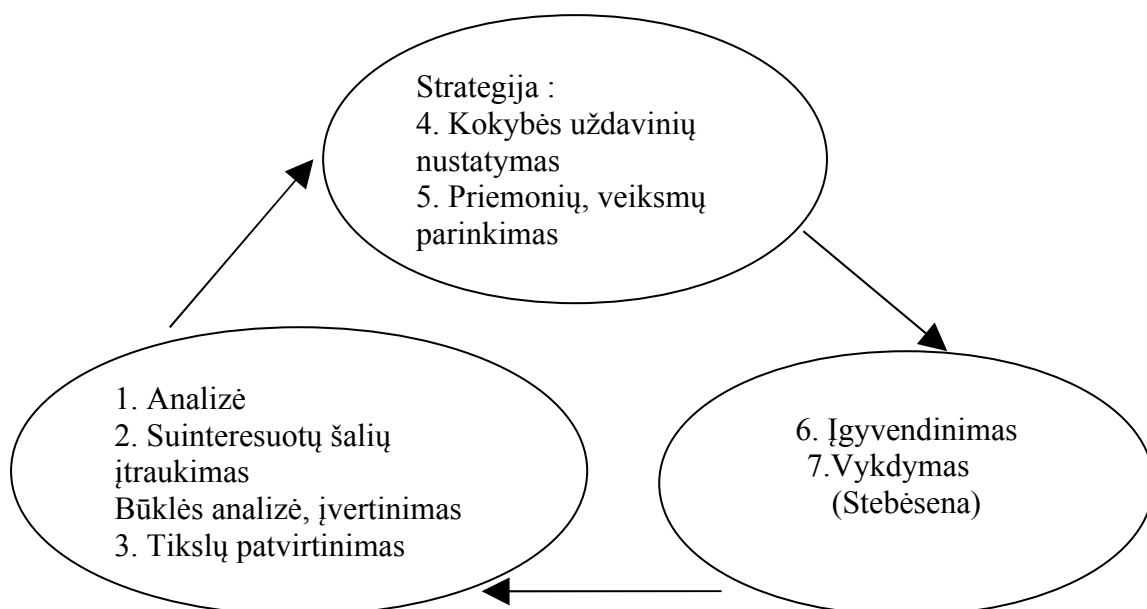
Kitas sveikatos priežiūros kokybės gerinimo procesas pateikiamas pagal pasaulio sveikatos organizaciją⁴² yra:

Veiksmai/ vykdytojai	Pareigos	Užduotys
Politikos ir strategijos vystymas; Sprendimus priimančios pareigūnai	Prižiūrėti visos sistemos veiklą ir vystyti visai sistemai taikomas kokybės rezultatus tobulinančias strategijas	Kokybės strategijas kurti ir įgyvendinti tinkamai dalyvaujant sveikatos paslaugų teikėjams, paslaugų vartotojams ir bendruomenėms.
Sveikatos priežiūros teikimas; Paslaugų teikėjai	Užtikrinti, kad jų teikiamos paslaugos prilygtų aukščiausiems standartams ir atitiktų vartotojų, jų šeimų, bendruomenių poreikius. Kartu siekti visai sistemai bendrą kokybės politikos tikslų.	Veikti tinkamoje kokybės politikos aplinkoje, siekiant geresnių rezultatų privalu turėti supratimą apie poreikius ir lūkesčius tų žmonių, kuriems dirbama
Paslaugų vartotojai; bendruomenės	Būnant iš dalies patiems atsakingiems už sveikatą ir siekiant gauti kokybiškas paslaugas – nustatyti savo poreikius, prioritetus ir pasitelkiant paslaugų teikėjų parama, rūpintis savo sveikata.	Norint gerinti savo pačių sveikatą, daryti įtaką tiek formuojamai kokybės politikai, tiek paslaugų teikėjams.

Šaltinis – PSO leidinys „Quality of care“

⁴² PSO Europos regiono biuro dokumentas „Sveikata-21“, 1998

Įvertinusi ir atsižvelgdama į šalių vyriausybių ir kitų kokybės srityje dirbančiųjų įmonių patirtį Pasaulio sveikatos organizacija siūlo antrąją sveikatos priežiūros kokybės sistemos schemą⁴³.



Šios schemos esmė – besikartojantys proceso ciklai. Schemą sudaro septyni šio proceso etapai, kurie dar yra skirstomi į tris kategorijas:

- Analizę;
- Strategiją;
- Įgyvendinimą.

Visos šios kategorijos apima kokybės gerinimo veiksmus, problemos supratimą, planavimą, rezultatų vertinimą ir pagal juos naujai kuriamų veiksmų planavimą. Vertinant pirminę sveikatos priežiūrą Lietuvoje galima pastebėti kokybės vadybos užuomazgas, kurios turės ateityje išaugti į kokybės vadybos sistemas padedančias įstaigoms kiek įmanoma geriau funkcionuoti ir siekti geresnių darbo rodiklių. Šito proceso pradžia – Sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2008 m. balandžio 29 d. Nr. V-343 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“⁴⁴ pakeitimo, kuriame atsirado mokėjimo už gerus įstaigų darbo rezultatus reglamentavimas. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašas buvo papildytas 55 – 60 punktais,

⁴³ LR valstybės kontrolės valstybinio audito ataskaita Nr. VA-P-10-20-2-8 (2008 m. gegužės 10 d.) Vilnius

⁴⁴ LR Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Nr. 2008 m. balandžio 29 d. Nr. V-343

kurie ir sudaro apmokėjimo pagal įstaigų darbo gerus darbo rezultatus struktūrą. Įstatymu nustatyti sveikatos priežiūros rodikliai, kuriuos stebint ir vertinant bus vertinamas pirminės sveikatos priežiūros įstaigų darbas balais ir suminė išraiška litais.

Pirmasis iš analizuojamų rodiklių yra – asmenų (iki 18 metų amžiaus), vieną kartą apsilankusių ASPĮ per kalendorinius metus, palyginimas su visais šio amžiaus prisirašiusiais prie ASPĮ pacientais. Šio rodiklio maksimalus galimas surinkti balų skaičius yra penki balai.

Antrasis stebimas rodiklis – suaugusių asmenų apsilankymas įstaigoje per kalendorinius metus lyginant su visais šio amžiaus prisirašiusiais prie ASPĮ pacientais. Maksimalus galimas surinkti vertinimui balų skaičius yra penki balai.

Trečiasis stebimas rodiklis nustatomas atsižvelgiant į pacienčių, kurioms buvo suteikta gimdos kaklelio citologinio tepinėlio paėmimo ir rezultatų įvertinimo paslauga per programoje nustatytą laikotarpį, dalį, lyginamą su visomis prisirašiusiomis prie ASPĮ moterimis, pagal amžių turinčiomis teisę gauti programoje numatytas paslaugas, maksimalus šios programos galimas gauti įstaigai balų skaičius - trys balai.

Ketvirtojo rodiklio vertė nustatoma atsižvelgiant į pacientų, kuriems buvo suteikta informavimo apie ankstyvąją priešinės liaukos vėžio diagnostiką ir prostatos specifinio antigeno nustatymo paslauga per programoje nustatytą laikotarpį, dalį, lyginamą su visais prisirašiusiais prie ASPĮ asmenimis, pagal amžių turinčiais teisę gauti programoje numatytas paslaugas. Šio rodiklio maksimalus galimas įvertinimas - trys balai.

Šiuo sveikatos apsaugos ministro įsakymu nustatyta, kad vertinant nuo 2008 m. liepos 1 d. ASPĮ už gerus pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros darbo rezultatus mokama įvertinus visų šių išvardintų rodiklių, numatytų šio įstatymo punktuose, balus.

3. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų Sveikatos priežiūros kokybės valdymo lyginamoji analizė Šiaulių TLK (Šiaulių apskrities) pagrindu.

Šioje darbo dalyje atlikta Šiaulių apskrities gydymo įstaigų pasirinktų rodiklių analizė, atlikta jų pokyčio analizė ir išanalizuotas sveikatos kokybės suvokimas ir sveikatos kokybės poreikio suvokimo įvertinimas. Šiaulių apskrityje veikia 40 pirminės sveikatos priežiūros įstaigų, kurių darbas yra vertinamas pagal „gerų darbo rezultatų“ numatomą tvarką. Tačiau darbe nagrinėjamos 37 įstaigos, nes veikiantys pirminės psichikos priežiūros sveikatos centrai nėra vertinami pagal šią apmokėjimo tvarką ir neteikia ataskaitų⁴⁵, kurias teikia pirminės sveikatos priežiūros įstaigos.

Sveikatos priežiūros kokybę medicinos lygmeniu yra ir turi būti reguliuojama. Ją reguliuoja įvairūs sveikatos apsaugos ministerijos teisės aktai ir kiti norminiai dokumentai. Didžiausią vaidmenį šiame procese užimta - valstybinio medicininio audito inspekcija, kurios vienas pagrindinių uždavinių pagal įstaigos nuostatus yra vykdyti visų nuosavybės formų juridinių ir fizinių asmenų, kurie verčiasi asmens sveikatos priežiūros veikla, teikiamų paslaugų prieinamumo, kokybės (tinkamumo) bei ekonominio efektyvumo valstybinę kontrolę ir ekspertizę. Ši ir kitos priskirtos funkcijos byloja, kad pagal veikiančią šalies įstatyminę bazę yra siekiama sveikatos priežiūros paslaugų kontrolės, kokybiškumo tik siaurąja medicinine prasme, tačiau dar visai mažai yra kalbama ar daroma siekiant ir užtikrinant kokybišką sveikatos priežiūros įstaigų valdymą, efektyvią sveikatos priežiūrą.

Jokių abejonių nekyla, kad medicinos įstaigų veiklą turi reguliuoti specialios valstybinės institucijos, kadangi šių įstaigų klientas – sveikatos priežiūros įstaigos pacientas – paprastai neturi pakankamos kompetencijos spręsti apie teikiamų medicinos paslaugų kokybę, jis gali spręsti tik apie aptarnavimo lygį. Todėl kokybės užtikrinimo vaidmuo tenka valstybei. Vadinasi, sveikatos priežiūros kokybę turi vertinti valstybinės institucijos, pasitelkdamos pagalbon sveikatos priežiūros specialistus. Dėl savo nepakankamos kompetencijos pacientas nėra tokie reiklūs, kaip kitur, pavyzdžiui, pirkdamas automobilį, o jo pasitenkinimo lygis yra sąlygojamas jo paties poreikio – juo didesnis poreikis patenkinamas, tuo atlaidžiau žiūrima į veiksnius, kurie yra ribotos kokybės. Be to, sveikatos priežiūroje labai svarbus vaidmuo tenka personalo korektiškam elgesiui, o specialistų profesionalumas ir asmens sveikatos priklausomybė nuo jo pacientą verčia taikytis su kokybės trūkumais.

Kita vertus, pačios sveikatos priežiūros įstaigos turi suvokti vertinti savo darbo kokybės vertinimo svarbą, kadangi vis stiprėja jų konkurencija dėl valstybės finansavimo (privačioms – dėl pacientų pinigų –ir įstaigos uždirbamų pajamų), didėja pacientų poreikiai, kadangi vis daugiau žmonių susiduria su privačių ar užsienio sveikatos priežiūros tarnybų aukšta veiklos kokybe. Be to,

⁴⁵Valstybinės ligonių kasos direktoriaus įsakymas 2008 rugsėjo 9 d. Nr. 1K-133

įstaiga, prižiūrinti savo darbo kokybę, turi galimybę sumažinti kainas, nebūtinai išlaidas, didinti darbo efektyvumą. Savo ruožtu sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai ir gydytojai gali palyginti įvairių įstaigų darbą. Ateities sveikatos priežiūros įstaigos turi suvokti, kad sveikatos priežiūros kokybė turi būti sveikatos apsaugos sistemos ir jos organizacijų pagrindinė ašis, apie kurią sukasi visa, kas yra organizacijoje ir sistemoje. Ne tik verslo sektorius formuodamas savo veiklą turi orientuotis į klientą, bet ir tokios šakos kaip sveikatos priežiūra, visuomenės sveikata, maisto patikros tarnybos ir kt.

Pirmosios Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose tarptautinės kokybės vadybos sampratos užuomazgos atsirado, įsigaliojus Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. spalio 6 d. įsakymui Nr. 571 „Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų“. Kaip bendro Lietuvos ir Danijos sveikatos apsaugos ministerijų projekto išdava buvo parengta ir 2000 metais išleista knyga „Rekomendacijos kokybės vadybos sistemoms Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose“⁴⁶. Ji nurodo pagrindines kokybės vadybos sistemos diegimo gaires. Tačiau labai nedidelė dalis įstaigų atkreipė dėmesį į šį projektą. Dažniausiai tai buvo didžiosios tretinio lygio paslaugas teikiančios įstaigos. Žinoma, nereikia atmesti, kad sveikatos priežiūros įstaigos yra viešosios įstaigos ir kokybės vadybos nuostatai ir veikimas yra pakankamai įtakojamas ir steigėjo – savivaldos institucijų nuostatų apie tai kokybės vadybos suvokimą ir jos svarbą sveikatos sektoriaus įstaigoms.

Vykdydamos SAM įsakymą, sveikatos priežiūros įstaigos jį skirtingai suprato ir taikė. Dauguma jų neskyrė didesnio dėmesio kokybės valdymui, apsiribodamos formaliu dokumentų kūrimu, iš esmės nesigilindamos į pažangias idėjas ir nesiekdamos gerinti organizacijos darbą. Dalis įstaigų išliko tos pačios brendimo fazės. Beje, buvo ir kitokių sveikatos priežiūros organizacijų, kurios dar iki naujojo tarptautinio standarto patvirtinimo pradėjo kurti kokybės vadybos sistemas, remdamasi ankstesne standarto versija.

Prieš aptariant sveikatos priežiūros įstaigų gerų darbo rezultatų rodiklius pasirinktu periodu (nuo 2007 m. birželio mėnesio iki 2008 gruodžio mėnesio, išskaidant į tris periodus po šešis mėnesius kiekviename jų). Periodai pasirinkti atinkamai su teritorinei ligonių kasai teikiamų ataskaitų laikotarpiu. Būtina suprasti, kad jei daugumoje verslo šakų kiekvieno suinteresuotojo socialinis vaidmuo (rolė) gali būti aiškiai nustatyta ir todėl tampanti pakankamai aiškia kiekvieno (individo ar grupės) įtaka kokybės formavimo procesui ar sprendimų priėmimo mechanizme, tą padaryti sveikatos priežiūros organizacijose sunku dėl klientų (pacientų), pirkėjų (darbdavio, vyriausybės, draudimo, vadovaujamos priežiūros organizacijos), sveikatos priežiūros specialistų socialinių vaidmenų painiavos. To pasekoje būtina įvertinti ir sveikatos priežiūros įstaigų darbo etiką, kaip gana svarbų faktorių. Skiriant verslo ypatumus sveikatos priežiūroje būtina pabrėžti, kad:

⁴⁶ LR valstybės kontrolės valstybinio audito ataskaita Nr. VA-P-10-20-2-8 (2008 m. gegužės 10 d.) Vilnius

- Sveikatos priežiūros organizacijos nėra pelno siekiančios organizacijos. Skirtingai nuo kitų pelno siekiančių organizacijų, svarbiausia kokybiškos sveikatos paslaugos individo bei populiacijos lygiuose. Ši vertybė yra aukščiau materialinės naudos, pelno siekimo bet kokia kaina.

- Pacientas tam tikra prasme yra klientas, tačiau gydymo specifika ir teikiamų paslaugų būtinumas, atskiria šias sąvokas.

- Sveikatos priežiūros organizacijose dirbantys profesionalai yra pavaldūs ne tik savo darbdaviams, bet ir nepriklausomoms profesionalų asociacijoms. Jų darbą, moralę apsprendžia tam tikri medikų kodeksai ir t.t.

- Sveikatos priežiūra visuomenėje vertinama ne tik pagal materialinius rodiklius, bet pagal visos populiacijos sveikatos kokybės lygį. Šis kriterijus nebūdingas pelno siekiančioms organizacijoms.

Aukščiau išvardinti ypatumai apsprendžia sveikatos paslaugų kaip sudėtinės sveikatos priežiūros dalies etikos ypatumus, kurie skiriasi nuo pelno siekiančių organizacijų verslo etikos.

3.1. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų lyginamoji analizė apmokėjimo rodiklio kaip valdymo efektyvumo ir kokybės siekimo pagrindu.

Pagal Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintą tvarką (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo ir pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“) pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos pradėtos skatinti siekti geresnių darbo rezultatų ir kokybiškesnės sveikatos priežiūros prie įstaigų prisirašiusiems gyventojams. Todėl ministro įsakymo nuo 2005 gruodžio 5 dienos SAM ministro įsakymu padėti kertiniai pamatai gerų darbo rezultatų apmokėjimo tvarkai. Šiuo įsakymu buvo numatyti galimi stebėsenos rodikliai, jų įvertinimo išraiška balais. Reikia pastebėti, kad įstaigos apie pradedamą vykdyti stebėseną buvo informuotos 2006 metų pabaigoje, o 2007 m. sausio mėnesį, o sistema pradėjo veikti. Verta pastebėti ir tai, kad rodiklių, už kuriuos įstaigos gavo balus skaičiavimas nebuvo slaptas, vykdomas iš viešai jų suvestos informacijos, į bendrą visų įstaigų naudojamą informacinę sistemą SVEIDRA. Viena, ką įstaigos galėjo padaryti ir už tai gauti didesnes pajamas, tai efektyviai dirbti. Šiame įstaigų tyrime įstaigos buvo sugrupuotos pagal prisirašiusių gyventojų skaičių. Išimtis padaryta VšĮ Šiaulių asmens sveikatos priežiūros centrui, kuris turi beveik 60 000 prisirašiusių prie įstaigos gyventojų. Šios įstaigos rezultatai buvo lyginti kartu įstaigomis, turinčiomis nuo 30 000 iki 20 000 gyventojų. Atliekant šių duomenų analizę pastebėta, kad analizuojant įvairius gautus rezultatus

reikia pastebėti, kad Lietuvoje vis dar mažai vertinama sveikatos vadybininko pozicijos svarba, galima teigti, kad visiškai neįvertinama.

Pirmojoje lentelėje pateikti analizės duomenys apie įstaigų darbą už pirmąją analizuojamąją laikotarpį (2007 m. liepos mėnuo– 2007 m. gruodžio mėnuo).

1 lentelė Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų surinktų balų ataskaita (balais ir litais)

Įstaiga	Gyventojų skaičius	2007 m.	
		Balai	Suma, Lt
VŠĮ Šiaulių ASPC	59604	6	32686
VŠĮ Šiaulių raj. PSPC	32754	7	21975
VŠĮ Dainų PSPC	32419	12	36775
VŠĮ Radviliškio raj. PSPC	28150	12	31964
VŠĮ Pakruojo raj. PSPC	24745	7	16701
VŠĮ Joniškio raj. PSPC	20088	7	13680
VŠĮ Kelmės raj. PSPC	17313	10	16482
VŠĮ Akmenės raj. PSPC	14170	11	14912
V. Sireikienės įmonė	9619	11	9835
UAB "Senojo bokšto" klinika	7894	10	7354
VŠĮ Tilžės g. BPG kabinetas	7893	13	9194
UAB "Gegužių sveikatos centras"	6912	12	7629
VŠĮ Šeduvos PSPC	6762	9	5923
V. Glodenytės įmonė	6728	13	8200
VŠĮ Kelmės raj. BGP centras	6199	12	7268
VŠĮ Tytuvėnų PSPC	5678	9	4886
VŠĮ Baisogalos PSPC	5164	8	3882
IĮ "J. Ir R. Jankauskų šeimos kabinetas"	5112	11	5150
UAB "Saulenė"	4842	14	6291
UAB "Lyros šeimos centras"	4717	13	5816
A. Lizdenio imone	4559	12	5081
VŠĮ Ventos ambulatorija	4141	11	4114
V. Neverauskienės įmonė	4097	13	4612
TŪB "Saulės centras"	3611	13	4345
A. Jokšo kabinetas	3265	9	2805
VŠĮ Papilės ambulatorija	3133	10	3025
VŠĮ Gruzdžių ambulatorija	2958	11	3135
UAB "Alsavita"	2848	10	2470
VŠĮ Rėkyvos ambulatorija	2832	13	3469
VŠĮ Šaukėnų ambulatorija	2775	4	1069
VŠĮ Grinkiškio ambulatorija	2242	6	1325
UAB "Pirmoji viltis"	1894	9	1322
VŠĮ Sidabravo ambulatorija	1613	11	1727
VŠĮ Alksnupių ambulatorija	1098	12	1255

VŠĮ Kruopių ambulatorija	1088	12	1610
VŠĮ Šaukoto ambulatorija	1052	9	912
VŠĮ Šiaulėnų ambulatorija	845	13	1145

Šaltinis: sudaryta autorės pagal TLK duomenų bazės duomenis.

Šioje lentelėje pateikiama informacija apie pirminės sveikatos priežiūros įstaigų darbą antruoju analizuojamuoju laikotarpiu nuo 2008 m. sausio mėnesio iki 2008 m. birželio mėnesio.

2 lentelė Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų surinktų balų ataskaita (balais ir litais)

Įstaiga	Gyventojų skaičius	2008 m. I dalis	
		Balai	Suma. Lt
VŠĮ Šiaulių ASPC	59604	10	51744,95
VŠĮ Šiaulių raj. PSPC	32754	7	20544,65
VŠĮ Dainų PSPC	32419	12	34404,36
VŠĮ Radviliškio raj. PSPC	28150	12	29849,34
VŠĮ Pakruojo raj. PSPC	24745	9	20066,4
VŠĮ Joniškio raj. PSPC	20088	8	14592,28
VŠĮ Kelmės raj. PSPC	17313	7	10776,65
VŠĮ Akmenės raj. PSPC	14170	8	10130,29
V. Sireikienės įmonė	9619	10	8355,12
UAB "Senojo bokšto" klinika	7894	10	6863,26
VŠĮ Tilžės g. BPG kabinetas	7893	13	8636,72
Geguzių sveikatos centras	6912	12	7111,23
VšĮ Šeduvos PSPC	6762	10	6152,33
V. Glodenytės įmonė	6728	14	8247,6
VŠĮ Kelmės raj. BGP centras	6199	10	5649,59
VŠĮ Tytuvėnų PSPC	5678	7	3553,45
VŠĮ Baisogalos PSPC	5164	7	3180,3
ĮĮ "J. Ir R. Jankauskų šeimos kabinetas"	5112	9	3938,64
UAB "Saulene"	4842	11	4630,1
UAB "Lyros šeimos centras"	4717	10	4178,11
A. Lizdenio imone	4559	9	3567,05
VŠĮ Ventos ambulatorija	4141	9	3146,44
V. Neverauskienės įmonė	4097	13	4321,45
"Saulės centras"	3611	12	3750,62
Jokšo kabinetas	3265	11	3199,14
VŠĮ Papilės ambulatorija	3133	9	2537,07
VŠĮ Gruzdžių ambulatorija	2958	9	2402,59
UAB "Alsavita"	2848	9	2092,07
VŠĮ Rėkyvos ambulatorija	2832	12	2989,49
VŠĮ Šaukėnų ambulatorija	2775	8	1994,75
VŠĮ Grinkiškio ambulatorija	2242	8	1646,62

UAB "Pirmoji viltis"	1894	8	1102,5
VŠĮ Sidabravo ambulatorija	1613	12	1759,98
VŠĮ Alksnupių ambulatorija	1098	9	877,15
VŠĮ Kruopių ambulatorija	1088	10	1246,43
VŠĮ Šaukoto ambulatorija	1052	9	848,99
VŠĮ Šiaulėnų ambulatorija	845	7	575,32

Šaltinis: sudaryta autorės pagal TLK duomenų bazės duomenis.

Trečioje lentelėje pateikiama informacija apie įstaigų darbą, t.y. surinktus gerų darbo rezultatų rodiklių balus už III analizuojamąjį laikotarpį (2008 m. liepos mėnuo – 2008 m. gruodžio mėnuo).

3 lentelė Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų surinktų balų ataskaita (balais ir litais)

Įstaiga	Gyventojų skaičius	2008 II dalis	
		Balai	Suma, Lt
VŠĮ Šiaulių ASPC	59604	11	49579,92
VŠĮ Šiaulių raj. PSPC	32754	11	27417,38
VŠĮ Dainų PSPC	32419	13	31864,14
VŠĮ Radviliškio raj. PSPC	28150	13	27630,89
VŠĮ Pakruojo raj. PSPC	24745	12	22670,9
VŠĮ Joniškio raj. PSPC	20088	10	15383,15
VŠĮ Kelmės raj. PSPC	17313	10	13139,17
VŠĮ Akmenės raj. PSPC	14170	10	10774,8
V.Sireikienės įmonė	9619	12	8648,63
UAB "Senajo bokšto" klinika	7894	12	7105,72
VŠĮ Tilžės g. BPG kabinetas	7893	14	8144,75
Geguzių sveikatos centras	6912	14	7152,49
VŠĮ Šeduvos PSPC	6762	10	5204,95
V.Glodenytės įmonė	6728	14	7077,84
VŠĮ Kelmės raj. BGP centras	6199	12	5710,68
VŠĮ Tytuvėnų PSPC	5678	11	4745,11
VŠĮ Baisogalos PSPC	5164	7	2730,86
II "J. Ir R. Jankauskų šeimos kabinetas"	5112	13	4959,5
UAB "Saulene"	4842	13	4727,95
UAB "Lyros šeimos centras"	4717	11	3932,93

A.Lizdenio imone	4559	11	3755,38
VŠĮ Ventos ambulatorija	4141	11	3287,88
V. Neverauskienes įmonė	4097	12	3558,89
"Saulės centras"	3611	14	3780,98
Jokšo kabinetas	3265	14	3453,98
VŠĮ Papilės ambulatorija	3133	12	2861,37
VŠĮ Gruzdžių ambulatorija	2958	12	2715,69
UAB "Alsavita"	2848	12	2462,46
VŠĮ Rėkyvos ambulatorija	2832	14	2983,48
VŠĮ Šaukėnų ambulatorija	2775	10	2112,4
VŠĮ Grinkiškio ambulatorija	2242	13	2257,95
UAB "Pirmoji viltis"	1894	9	1112,07
VŠĮ Sidabravo ambulatorija	1613	13	1608,78
VŠĮ Alksnupių ambulatorija	1098	14	1157,75
VŠĮ Kruopių ambulatorija	1088	12	1242,72
VŠĮ Šaukoto ambulatorija	1052	9	717,59
VŠĮ Šiaulėnų ambulatorija	845	8	537,87

Šaltinis: sudaryta autorės pagal TLK duomenų bazės duomenis.

Bendra šių duomenų analizė pateikiama 1 priede. Sulyginus šių visų periodų duomenis matyti, kad surenkamas bendras balų skaičius didėja, taip ir pinigų suma. Vertinant ateinančius periodus galima teigti, kad šie rodikliai išliks tokie patys arba didės. Šiuo atveju veikia labai svarbus finansinis įstaigų svertas, reguliuojantis įtaigos uždirbamus pinigus, todėl galima teigti, kad Šiaulių apskrities įstaigos siekia numatytų rezultatų, siekdamos finansinės naudos – gauti didesnę apmokėjimą. Tuo pačiu sveikatos priežiūros lygis monitoruojamų rodiklių išliks toks pat arba gerėjantis. Šią apmokėjimo formą pirminės sveikatos priežiūros įstaigose galima laikyti pakankamu vadybos – ekonominiu svertu siekiant valdymo ir ekonominės kokybės įstaigoje.

Finansinių rezultatų įvertinimas įvedus gerų darbo rezultatų apmokėjimo tvarką 2008 m. birželio mėnesio – 2008 m. liepos mėnesio palyginimas, kuris pateikiamas 4 - 9 lentelėse parodo šio apmokėjimo tvarką. Lyginant finansinius įstaigų rezultatus išryškėjo skirtumas įstaigų gaunamų pajamų esant gerų darbo rezultatų apmokėjimo tvarkai ir be šios tvarkos t.y. galiojant ankstesnei pirminės sveikatos priežiūros apmokėjimo tvarkai. Rezultatų lyginimui buvo pasirinktas 2008 metų sausio mėnuo ir ir 2008 liepos mėnuo. Mokamos sumos įstaigai buvo paimtos iš pirminės sveikatos priežiūros ekonominių ataskaitų, kuriuose šios sumos apskaičiuojamos. Šias ataskaitas sveikatos priežiūros įstaigos kas mėnesį teikia Teritorinei ligonių kasai apmokėti. Pažymėtina, kad šių ataskaitų įstaigos pačios nesudaro. Šių ataskaitas už kiekvieną einamąjį mėnesį sudaro atsakingas Teritorinės ligonių kasos specialistas, kuris turi ataskaitas paruošti, išsiųsti įstaigoms elektroniniu paštu ir kitą mėnesį (iki 10 mėnesio dienos) priimti iš įstaigų pasirašytas įstaigos vadovo ir vyriausio finansininko. Tuomet ligonių kasos ekonomikos arba sutarčių skyrius (priklausomai nuo

struktūros) patikrinęs šių duomenų teisingumą teikia buhalterijos skyriaus specialistams sąskaitas apmokėjimui. Šių ataskaitų pavyzdys yra pateikiamas priede Nr. 2. Gautas skirtumas litais yra suma, kurią įstaigos gavo daugiau arba mažiau pajamų dėl įsigaliojusių gerų darbo rezultatų. Penktoje grafoje pateikiama „gerų darbo rezultatų suma“, kuri buvo išmokėta atitinkamai kiekvienai įstaigai pagal jos surinktą balų skaičių. Šeštojoje grafoje yra pateikiamas skirtumas tarp „gerų darbo rezultatų uždirbtos pinigų sumos ir sumos, kuria įstaigų pajamos pasikeitė lyginant du ataskaitinio lyginamo laikotarpio mėnesius. Įstaigos lentelėse yra lyginamos su atitinkamai pagal prisirašiusiųjų gyventojų skaičių įstaigomis. Pirmoji lyginamų įstaigų grupė - įstaigos, prie kurių prisirašiusiųjų gyventojų skaičius yra nuo 32 000 iki 15 000. Išimtis yra Viešoji įstaiga Šiaulių asmens sveikatos priežiūros centrui, kuris turi beveik 60 000 prie įstaigos prisirašiusiųjų gyventojų. Ši įstaiga pagal prisirašiusiųjų gyventojų neturi analogo nei Šiaulių apskrityje, nei Šiaulių teritorinės ligonių kasos veiklos zonoje, todėl vertinant rezultatus buvo įtraukta į tą pačią lentelę. Trečioji lyginamų įstaigų grupė (6 lentelė) – tai įstaigos, kurias yra pasirinkę nuo 4000 iki 850 gyventojų.

4 lentelė Palyginamieji apmokėjimo tvarkos pokyčiai 2008 birželio – liepos men. su gerais darbo rezultatais ir be jų (kai įstaigose yra pisirašę nuo 30 000 iki 10 000 gyventojų)

Įstaiga	2008 birželis, Lt	2008 liepa, Lt	Skirtumas, Lt	Gerai darbo rezultatai, Lt	Skirtumas, Lt
VšĮ Šiaulių ASPC	651381,94	601075,31	50306,63	51744,95	-1438,32
VšĮ Šiaulių rajono PSPC	496825,31	469273,96	27551,35	20544,65	7006,7
VšĮ Dainų PSPC	457157,53	431319,71	25837,82	34404,36	-8566,54
VšĮ "Radviliškio rajono PSPC"	415134,9	391581,02	23553,88	29849,34	-6295,46
VšĮ Pakruojo rajono PSPC	399845,84	378634,29	21211,55	20066,4	1145,15
VšĮ Joniškio PSPC	306746,46	289514,08	17232,38	14592,28	2640,1
VšĮ Kelmės rajono PSPC	249659,51	235437,76	14221,75	10776,65	3445,1
VšĮ Akmenės rajono PSPC	195547,55	183434,48	12113,07	10130,29	1982,78

Šaltinis: sudaryta autorės pagal TLK duomenų bazės duomenis.

Šioje įstaigų grupėje galima išskirti viešąją įstaigą Dainų pirminės sveikatos priežiūros centrą, kuris dėl šios apmokėjimo tvarkos pakeitimo gavo didžiausią „naudą“ t.y. uždirbo papildomai 8566,54 Lt. ir viešąją įstaigą Šiaulių rajono pirminės sveikatos centrą, kuris dėl šių apmokėjimo tvarkų skirtumo neteko net 7006,7 Lt. Ši lentelė leidžia daryti prielaidą, kad „didieji“ pirminės sveikatos priežiūros centrai nelabai vertina vadybos svarbą, tinkamai neorganizuoja darbo, kad būtų pasiekti kiek įmanoma geresni darbo rezultatai.

Antroji lyginamų įstaigų grupė (5 lentelė) - tai įstaigos, prie kurių yra prisirašę nuo 10 000 iki 4 000 gyventojų.

5 lentelė Palyginamieji apmokėjimo tvarkos pokyčiai 2008 birželio – liepos mėn. su gerais darbo rezultatais ir be jų (kai įstaigose yra prisirašę nuo 10 000 iki 4 000 gyventojų)

Įstaiga	2008 birželis, Lt	2008 liepa, Lt	Skirtumas, Lt	Gerai darbo rezultatai, Lt	Skirtumas, Lt
V.Sireikienės įmonė	84833,26	77142,42	7690,84	8355,12	-664,28
UAB "Senojo bokšto" klinika	86465,46	80056,79	6408,67	6863,26	-454,59
VšĮ Tilžės g. bendrosios praktikos gydytojo kabinetas	85595,39	79435,5	6159,89	8636,72	-2476,83
UAB "Gegužių sveikatos centras"	73846,84	68126,22	5720,62	7111,23	-1390,61
VšĮ Šeduvos PSPC	108972,04	102970,8	6001,24	6152,33	-151,09
V. Glodenytės TŪB Lieporių šeimos gydytojų centras	61845,49	56305,13	5540,36	8247,6	-2707,24
VšĮ Kelmės rajono BPG centras	80612,33	75121,65	5490,68	5649,59	-158,91
VšĮ Tytuvėnų PSPC	90496,19	85253,85	5242,34	3553,45	1688,89
VšĮ Baisogalos PSPC	82007,06	77724,13	4282,93	3180,3	1102,63
IĮ J.Jankauskienės šeimos gydytojų centras	46625,97	42592,2	4033,77	3938,64	95,13
UAB "Saulėnė"	63500,25	59507,87	3992,38	4630,1	-637,72
UAB "Lyros šeimos centras"	53762,06	49872,24	3889,82	4178,11	-288,29
A. Lizdenio IĮ Sveikatos centras	57409,04	54011,18	3397,86	3567,05	-169,19
VšĮ Ventos ambulatorija	61717,88	58324,47	3393,41	3146,44	246,97
IĮ "V.Neverauskienės klinika-vaistinė"	43156,89	40016,77	3140,12	4321,45	-1181,33

Šaltinis: sudaryta autorės pagal TLK duomenų bazės duomenis.

Šių įstaigų grupėje geriausiai sekėsi V.Glodenytės tikrajai ūkinei bendrijai – šeimos gydytojų centrui, kuris papildomai gavo 2707,24 Lt.

Trečioji lyginamų įstaigų grupė (6 lentelė) – tai įstaigos, kurias yra pasirinkę nuo 4 000 iki 850 gyventojų.

6 lentelė Palyginamieji apmokėjimo tvarkos pokyčiai 2008 birželio – liepos mėn. su gerais darbo rezultatais ir be jų (kai įstaigose yra pisirašę nuo 4 000 iki 850 gyventojų)

Įstaiga	2008 birželis, Lt	2008 liepa, Lt	Skirtumas, Lt	Gerai darbo rezultatai, Lt	Skirtumas, Lt
S.Sitnikienės ir L.Kriščiūnienės TŪB Saulės šeimos gydytojų centras	41115,43	38130,42	2985,01	3750,62	-765,61
A. Jokšo šeimos sveikatos centras	52182,55	49175,17	3007,38	3199,14	-191,76
VšĮ Papilės ambulatorija	49965,1	47103,14	2861,96	2537,07	324,89
VšĮ Šiaulių rajono Gruzdžių ambulatorija	46975,87	44277,19	2698,68	2402,59	296,09
UAB "Alsavita"	22641,83	20471,53	2170,3	2092,07	78,23
VšĮ Rėkyvos ambulatorija	26766,44	24384,2	2382,24	2989,49	-607,25
VšĮ Šaukėnų ambulatorija	44351,73	42103,32	2248,41	1994,75	253,66
VšĮ Grinkiškio ambulatorija	36377,54	34254,9	2122,64	1646,62	476,02
UAB "Pirmoji viltis"	13472,22	12310,87	1161,35	1102,5	58,85
VšĮ Sidabravo ambulatorija	25880,88	24431,37	1449,51	1759,98	-310,47
VšĮ Alksniupių ambulatorija	17080,01	16148,46	931,55	877,15	54,4
VšĮ Kruopių ambulatorija	21202,14	20055,69	1146,45	1246,43	-99,98
VšĮ Šaukoto ambulatorija	16818,73	15788,11	1030,62	848,99	181,63
VšĮ Šiaulėnų ambulatorija	11221,97	10398,74	823,23	575,32	247,91

Šaltinis: sudaryta autorės pagal TLK duomenų bazės duomenis.

Šioje įstaigų grupėje dėl apmokėjimo tvarkos pokyčių didžiausią pajamų pokytį galima stebėti S.Sitnikienės, L. Kriščiūnienės tikrosios ūkinės bendrijos „Saulės šeimos gydytojų centras“ rezultate, kuris rodo, kad įstaiga papildomai gavo 765,61 Lt.

Vertinant šiuos įstaigų duomenis gauti tokie finansiniai rezultatai: bendra mokama suma be „gerų darbo rezultatų“ apmokėjimo tvarkos sudarė 4 679 197,63 Lt. Įvertinus gerų darbo rezultatų finansinę išraišką (293 432,69 Lt) ir įvertinus finansavimą be papildomo apmokėjimo už gerus darbo rezultatus (4 385 764,94 Lt) gaunamas bendras rezultatas, kad įstaigos dėl šios tvarkos pasikeitimo „uždirbo“ 7230 Lt.

Įstaigos pagal šį finansavimo būdą gali būti lyginamos tik už 2008 m. birželio – 2008 m. liepos mėnesius, nes 2008 metų birželį įstaigos dar buvo finansuojamos pagal ankstesnę finansavimo tvarką, kai geri darbo rezultatai buvo tiesiog įskaičiuojami + 10 balų prie kiekvieno prisirašiusiojo gyventojų pagal amžiaus grupes ir VLK biudžete⁴⁷ nebuvo numatyta lėšų jiems apmokėti, o 2008 metų liepos mėnesį apmokėjimas buvo išskirtas ir įstaigoms buvo mokama „naująją apmokėjimo“⁴⁸ tvarką pateiktos lentelės matyti, kad įvedus šią pirminės sveikatos priežiūros įstaigų apmokėjimo tvarką mokėjimo skirtumo ir galimų pasekmių neįvertino septyniolika įstaigų – nuo pirminės sveikatos priežiūros įstaigų mieste iki miestelių ambulatorijų. Vertinant visas įstaigas reikia paminėti, kad net septyniolika įstaigų savo darbo finansinius

⁴⁷ VLK direktoriaus įsakymas 2007 m. sausio 17 d. Nr.1K-14

⁴⁸ LR SAM įsakymas 2005 m. gruodžio 5 d. Nr. V-943

rezultatus gavo mažesnius nei gaudavo iki tol. Didžiausią finansinį nuostolį patyrė VŠĮ Šiaulių rajono asmens sveikatos priežiūros centras, kuriam kas mėnesį gaunamų pajamų suma sumažėjo 7006,7 Lt. Antrasis pagal pajamų sumažėjimą, tuo pačiu ir savo veiklos neefektyvumą VŠĮ Kelmės pirminės sveikatos priežiūros centras - 3445,1 Lt ir trečiasis – VŠĮ Akmenės pirminės sveikatos priežiūros centras, kurio suma sudarė - 1982,78 Lt. Vertinant šias pinigines darbo rezultatų rodiklių išraiškas galima padaryti prielaidą, kokia gali būti VŠĮ Šiaulių rajono sveikatos priežiūros centro rodiklių blogėjimo priežastis. Pagrindinė jų būtų vadybinio darbo svarbos nesuvokimas ir neįvertinimas galimų pasekmių, antroji Šiaulių miesto kaip didmiesčio faktoriaus įtaka rajoniniams miesteliams. Tą patį galima būtų pasakyti ir apie VŠĮ Kelmės pirminės sveikatos priežiūros centrą ir VŠĮ Akmenės pirminės sveikatos priežiūros centrus. Vertinant įstaigas, kurios įvertinimo signalinius gerus darbo rezultatus ir to pasėkoje gavo finansinę naudą reikią pažymėti tokias įstaigas kaip VŠĮ Dainų pirminės sveikatos priežiūros centras – 8566,54 Lt gautos didesnės pajamos, VŠĮ Radviliškio pirminės sveikatos priežiūros centras – 625,46 Lt.

Privačių veikiančių sveikatos priežiūros įstaigų sektoriuje galima išskirti V. Glodenytės įmonę, kuri gerų darbo rezultatų apmokėjimo tvarkos pagalba padidino savo pajamas net 2707 Lt, antrasis II „V. Neverauskienės klinika – vaistinė“ - 1181,33 Lt, tačiau ir privataus sektoriaus atstovai UAB „Pirmoji viltis“ ir UAB „Alsavita“ sumažino savo pajamas atitinkamai po 58,85 Lt ir 78,23 Lt. Todėl galima daryti prielaidą, kad darbas šiose įstaigose nėra efektyvus ir savininkai nevisiškai supranta sveikatos vadybos reikšmę. Šias įstaigas privačių įstaigų sektoriuje išskirti įdomu todėl, kad per 2008 metus keitėsi įstaigos vadovybė ar savininkai. Šioje 2008 birželio – liepos mėnesio lentelėje bendras pajamų skirtumas dėl apmokėjimo tvarkos pasikeitimų sudaro 7230,34 Lt. Nuo bendros mokamos sumos tai sudaro 1,5 %.

Finansinių įstaigų rezultatų pokytį dėl šių apmokėjimo tvarkų pasikeitimo už trečiąjį vertinamąjį laikotarpį įstaigos surūšiuotos pagal prisirašiusius prie šių įstaigų gyventojus (t.y. įstaigų dydžiu) Pateikiamos lentelės (7, 8, 9 lentelės).

Finansinių rezultatų įvertinimas įvedus gerų daro rezultatų apmokėjimo tvarką 2009 m. sausio mėnesio (su gerais darbo rezultatais) – 2009 m. sausio mėnesio (be gerų darbo rezultatų) palyginimas:

7 lentelė Palyginamieji apmokėjimo tvarkos pokyčiai 2009 m. sausio su gerais darbo rezultatais ir be jų (kai įstaigose yra pisirašę nuo 30 000 iki 10 000 gyventojų)

Įstaiga	2009 sausis su GDR, Lt	2009 sausis (be GDR), Lt	Skirtumas, Lt	Gerai darbo rezultatai, Lt.	Skirtumas, Lt.
VŠĮ Šiaulių ASPC	639979,23	590165,08	49814,15	58971,32	-9157,17
VŠĮ Šiaulių rajono PSPC	489130,8	461770,79	27360,01	30118,58	-2758,57

VšĮ Dainų PSPC	454421,37	427392,21	27029,16	38559,14	-11530
VšĮ "Radviliškio rajono PSPC"	410493,49	386995,99	23497,5	32336,69	-8839,19
VšĮ Pakruojo rajono PSPC	392518,54	371815,22	20703,32	25155,3	-4451,98
VšĮ Joniškio PSPC	302386,21	285606,21	16780	15383,15	1396,85
VšĮ Kelmės rajono PSPC	247334,6	232869,61	14464,99	13139,17	1325,82
VšĮ Akmenės rajono PSPC	194207,91	182380,42	11827,49	10774,8	1052,69

Šaltinis: sudaryta autorės pagal TLK duomenų bazės duomenis.

Šiuo laikotarpiu didžiausią gaunamų papildomų pajamų pokytis stebimas Viešosios įstaigos Šiaulių asmens sveikatos priežiūros centras veikloje. Šio centro gauti pinigai dėl apmokėjimo skirtumų ir darbo rezultatų sudaro 9157,17 Lt., antroji vieta šiuo laikotarpiu atitektų viešajai įstaigai Radviliškio pirminės sveikatos priežiūros centrui, kuris papildomai uždirbo 8839, 19 lt ir jei vertinant įstaigą pagal tai kiek gyventojų yra prisirašę prie jos, tai šios įstaigos darbo rodiklius būtų galima laikyti netgi geresniais už Viešosios įstaigos Šiaulių asmens sveikatos priežiūros centro pasiektu rezultatu.

8 lentelė Palyginamieji apmokėjimo tvarkos pokyčiai 2009 sausio mėn. su gerais darbo rezultatais ir be jų (kai įstaigose yra prisirašę nuo 10 000 iki 4 000 gyventojų)

Įstaiga	2009 sausis su GDR, Lt	2009 sausis (be GDR), Lt	Skirtumas, Lt	Geri darbo rezultatai, Lt.	Skirtumas, Lt.
V.Sireikienės įmonė	85433,73	77443,74	7989,99	8648,63	-658,64
UAB "Senojo bokšto" klinika	87331,09	80751,92	6579,17	7105,72	-526,55
VšĮ Tilžės g. bendrosios praktikos gydytojo kabinetas	88291,39	81733,07	6558,32	8144,75	-1586,43
UAB "Gegužių sveikatos centras"	75278,37	69562,53	5715,84	7152,49	-1436,65
VšĮ Šeduvos PSPC	106453,39	100778,38	5675,01	5204,95	470,06
V. Glodenytės TŪB Lieporių šėimos gydytojų centras	62534,13	56924,94	5609,19	7077,84	-1468,65
VšĮ Kelmės rajono BPG centras	79105,58	73920,57	5185,01	5710,68	-525,67
VšĮ Tytuvėnų PSPC	89741,63	84995,8	4745,83	4745,11	0,72
VšĮ Baisogalos PSPC	82311,9	77991,9	4320	2730,86	1589,14
IĮ J.Jankauskienės šeimos gydytojų centras	46877,57	42644,24	4233,33	4959,5	-726,17
UAB "Saulėnė"	63985,83	59955,85	4029,98	4727,95	-697,97
UAB "Lyros šeimos centras"	53917,43	49966,58	3950,85	3932,93	17,92

A. Lizdenio IĮ Sveikatos centras	58046,57	54255,73	3790,84	3755,38	35,46
VŠĮ Ventos ambulatorija	61753,26	58449,92	3303,34	3287,88	15,46
IĮ "V.Neverauskienės klinika-vaistinė"	45156,91	41765,23	3391,68	3558,89	-167,21

Šaltinis: sudaryta autorės pagal TLK duomenų bazės duomenis.

Šiuo laikotarpiu didžiausią naudą gavo viešoji įstaiga Tilžės bendrosios praktikos kabinetas, kuris gavo 1586,43 Lt daugiau nei būtų gavęs pagal ankstesnę apmokėjimo tvarką, kai geri darbo rezultatai buvo įskaičiuoti į gaunamas pajamas už prisirašiusiuosius gyventojus (pagal nutylėjimą +10 balų).

9 lentelė Palyginamieji apmokėjimo tvarkos pokyčiai 2009 m. sausio mėn. su gerais darbo rezultatais ir be jų (kai įstaigose yra pisirašę nuo 4 000 iki 850 gyventojų)

Įstaiga	2009 sausis su GDR, Lt	2009 sausis (be GDR), Lt	Skirtumas, Lt	Geri darbo rezultatai, Lt.	Skirtumas, Lt.
S.Sitnikienės ir L.Kriščiūnienės TŪB Saulės šeimos gydytojų centras	41654,24	38646,74	3007,5	3780,98	-773,48
A. Jokšo šeimos sveikatos centras	51789,42	49063,58	2725,84	3453,98	-728,14
VŠĮ Papilės ambulatorija	49454,51	46837,86	2616,65	2861,37	-244,72
VŠĮ Šiaulių rajono Gruzdžių ambulatorija	46265,53	43788,88	2476,65	2715,69	-239,04
UAB "Alsavita"	23904,89	21544,05	2360,84	2462,46	-101,62
VŠĮ Rėkyvos ambulatorija	26785,76	24422,43	2363,33	2983,48	-620,15
VŠĮ Šaukėnų ambulatorija	44226,45	41902,29	2324,16	2112,4	211,76
VŠĮ Grinkiškio ambulatorija	35429,98	33546,65	1883,33	2257,95	-374,62
UAB "Pirmoji viltis"	15939,67	14424,67	1515	1112,07	402,93
VŠĮ Sidabravo ambulatorija	25314,98	23965,8	1349,18	1608,78	-259,6
VŠĮ Alksniupių ambulatorija	16998,22	16086,55	911,67	1157,75	-246,08
VŠĮ Kruopių ambulatorija	20234,85	19133,19	1101,66	1242,72	-141,06
VŠĮ Šaukoto ambulatorija	16450,15	15578,48	871,67	717,59	154,08
VŠĮ Šiaulėnų ambulatorija	10458,3	9751,61	706,69	537,87	168,82

Šaltinis: sudaryta autorės pagal TLK duomenų bazės duomenis.

Šios įstaigų dalies lyderis – TŪB „Saulės sveikatos šeimos gydytojų centras“, kuris gavo papildomai 773,48 Lt.

Lentelės Nr 7, 8, 9 buvo sudaryta vertinant faktinius 2009 m. sausio mėnesio rezultatus ir vertinant tariamus rezultatus, kurie būtų fiksuojami kaip įstaigų darbo rezultatai, jei negalėtų gerų darbo rezultatų apmokėjimo tvarka. Šioje lentelėje išanalizavus duomenis galima išvelgti beatsirandančias rezultatų siekimo vienos įstaigos ir visiško rezultatų nevertinimo kitose. VŠĮ Dainų pirminės sveikatos priežiūros centras savo rezultatus pagerino tiek balų sumine išraiška, tiek finansine – uždirbtų pinigų suma šiuo laikotarpiu sudarė 11529,98 Lt., šiek tiek savo rezultatus pagerino VŠĮ Radviliškio pirminės sveikatos priežiūros centras – 8839,19 Lt, VŠĮ Pakruojo pirminės sveikatos priežiūros centras savo rezultatus padidino 3 balais ir net 4451,98 Lt. VŠĮ Kelmės pirminės sveikatos priežiūros centras nevertina šių savo darbo rezultatų ir jie tolygiai prastėja – šiuos laikotarpiu sudarė 1325,82 Lt (ankstesniu monitoruojamu laikotarpiu - 3445,1 Lt).

Vertinant privataus kapitalo įstaigas UAB „Pirmoji viltis“ lieka prie įmonių, neskiriančių svarbos vadybai – jų rezultatas 402,93 Lt mažėjimas. Žinoma, ši suma nėra didelė, tačiau tai rodo įmonės poziciją, pradeda ryškėti įmonės veiklos gairės, to pasėkoje galima daryti prielaidą, kad organizuojant įmonės veiklą pirminė sveikatos priežiūra nėra įstaigos veiklos prioritetas ir galbūt kita veikla yra laikoma svarbesne. Tačiau planuojant bet kokios įstaigos veiklą reikia įvertinti visas jos veiklos sritis, medicinos atveju, tai ir kokia veikla įstaigai bus prioritetinė ir kurios vystymui bus skiriamas dėmesys. Šitoks vadovų ar savininkų požiūris gali įtakoti prisirašiusiųjų prie įstaigos gyventojų sveikatos būklę, jų sveikatos gerėjimo/blogėjimo tendencijas. Vertinant šiuos rezultatus bendrai galima teigti, kad ši apmokėjimo tvarka yra skatinanti naujas vadybos tendencijas, nes jei pirmoje lentelėje pablogėjo (sumažėjo) net 17 įstaigų finansiniai rezultatai lyginant su anksčiau galiojusia apmokėjimo tvarka, o 5 lentelėje 2009 metų rodiklių (rezultatų už 2008 m. liepos mėnesį – 2008 m. gruodžio mėnesį) finansinė šių rodiklių vertinimo išraiška sumažėjo jau tik 12 įstaigų.

3.2 Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo stebėseną ataskaitų analizė

Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo stebėseną ataskaitų analizė kaip vieno iš kokybės vertinimo rodiklių analizė. – antroji tiriamojo darbo dalis. Stebėseną ir jos monitoravimas laikomas vienu iš svarbių kokybės rodiklių, kurio pagalba galima sužinoti paslaugų prieinamumą sveikatos priežiūros įstaigose Šiaulių teritorinė ligonių kasa nuo 2007 metų įvedė naują rodiklį įstaigų veiklos stebėsenos efektyvumui didinti. Pirminės priežiūros įstaigos turėjo (ir iki šiol turi) pateikti teritorinei ligonių kasai ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo stebėsenos prieinamumo ataskaitą (Priedas Nr. 1). Ataskaitoje yra prašoma iki

kiekvieno mėnesio 10 dienos pateikti informaciją apie pacientų, laukiančių gauti jiems reikiamą paslaugą, eiles. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigos pildo suprastintą šios lentelės formą, kurioje reikia užpildyti tik laukiamų dienų skaičių „nuo iki“. Antrinio (įstaigos, teikiančios ambulatorines konsultacijas ir stacionarines paslaugas) pildo sudėtingesnę šios paslaugų stebėsenos prieinamumo ataskaitą, kurioje reikia nurodyti laukiamą dienų paslaugai gauti dienų skaičių, gydytojo – specialisto dirbtų valandų skaičių, ir nurodyti priežastis, dėl kurių įstaigų manymu yra paslaugų prieinamumo eilės paslaugoms gauti arba ne.

Darbe lyginimo būdu atlikus įstaigų pateiktų ataskaitų analizę pasirinktu analizuojamuoju laikotarpiu (už 2007 metus ir 2008 metus (Priedai Nr. 3 ir Nr. 4) galima teigti, kad šie teikiami duomenys yra netikslūs, įstaigos nesuvokia ir neįvertina teikiamų duomenų svarbos. Duomenys pateiktose lentelėse yra beveik tapatūs, kai kurių įstaigų skaičiai kartojasi ištiesus metus, todėl galima daryti prielaidą, kad jie yra neteisingi. Visa tai kyla todėl, kad įstaigos nėra nustačiusios tvarkos, kas šiuos duomenis tvarko, nesuvokia šių teikiamų duomenų svarbos, nežino kas yra atsakingas už juos. Dar viena dažna tokių duomenų teikimo netikslumo priežastis – žmogus, paskirtas teikti šiuos duomenis, neįvertina, gal net nežino, kokios pasekmės gali kilti iš to, kad pateikti duomenys bus teisingi, koks bus tolesnis panaudojimo kelias ir kokios pasekmės įstaigai gali iš to kilti.

Lentelėse pateikti ambulatorinių paslaugų prieinamumo stebėsenos duomenys leidžia daryti išvadą, kad duomenys pildomi, suprantama jų svarba tik keliose įstaigose (VŠĮ Šiaulių asmens sveikatos priežiūros centras, VŠĮ Dainų pirminės sveikatos priežiūros centras, VŠĮ Akmenės pirminės sveikatos priežiūros centras). Analizuojant šias ataskaitas akivaizdu, kad duomenys joms pildyti yra renkami tik pirminiuose sveikatos priežiūros įstaigose, ambulatorijų lygmeniu šie duomenys yra nerenkami ir nevedama jų kontrolė. Beveik 50 % šių įstaigų nurodo, kad įstaigoje eilių nėra ir nuolat ataskaitoje rašo „0“ t.y. tai reiškia, kad ligonis pagalbą įstaigoje gali gauti tą pačią dieną.. Tokia išvada leidžia patvirtinti, kad likusiuose įstaigose nėra atsakingai žiūrima į šią stebėsenos priemonę kaip vieną iš elementų, galinčių suteikti informacijos apie įstaigos darbo kokybę, galimą pacientų pasitenkinimą įstaiga ir suteikti informaciją įstaigos steigėjams apie įstaigos valdymo kokybę.

Vertinant šiuos įstaigų duomenis gauti tokie finansiniai rezultatai: bendra mokama suma be „gerų darbo rezultatų“ apmokėjimo tvarkos sudarė 4 641597,88 Lt. Įvertinus gerų darbo rezultatų finansinę išraišką (292 769,17 Lt) ir įvertinus finansavimą be papildomo apmokėjimo už gerus darbo rezultatus (4 348828,71 Lt) gaunamas bendras rezultatas, kad įstaigos dėl šios tvarkos pasikeitimo „uždirbo“ 41 417,63 Lt.

3.3. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų lyginamoji analizė - apklausa kokybės sistemos diegimo/veikimo buvimas/nebuvimas rodiklio kaip valdymo efektyvumo ir kokybės siekimo poreikio pagrindu.

Šioje tyrimo dalyje buvo atlikta santykinė įstaigų personalo sudėties analizė. Analize siekta išsiaiškinti kokią dalį dirbančiųjų įstaigose sudaro gydytojai ir slaugytojai ir kitas personalas su aukštesniu personalu (darant prielaidą, kad tai yra finansų apskaitos specialistai, ūkio dalies prižiūrėtojai, ir tiekimo skyriaus analizė). Šiuo tikslu buvo atlikta įstaigų teikiamų ataskaitų analizė už 2007, 2008 ir 2009 metus. Palyginamuoju laikotarpiu imant kiekvienų šių metų vasario mėnesį dirbančių gydytojų skaičiaus santykį su kitu personalu (atmetus medicinos slaugytojas ir aptarnaujantį personalą) 2007 metais Šiaulių apskrityje pirminės sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių gydytojų 2007 metų vasario mėnesį buvo 367, tačiau ataskaita leidžia palyginti šį rodiklį su 2006 metų vasario mėnesiu, kaip pirminės sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių gydytojų buvo 536. Toks didelis gydytojų skaičiaus sumažėjimas - net 169 žmonėmis reiškia, kad pirminę sveikatos priežiūros grandį šie specialistai perėjo dirbti į sąlyginai kitus sveikatos priežiūros lygio įstaigas. Kiti įstaigose dirbantys specialistai (be aptarnaujančio ir medicinos slaugytojų personalo sudarė 2006 metais 131, o 2007 metais jau tik 90. Įvertinus šiuos du rodiklius galima teigti, kad tik 24,6 % pirminėje grandyje dirbančio personalo sudaro finansų, personalo ir tiekimo specialistai. Lyginant 2008 metų vasario mėnesį su 2009 metų vasariu gydytojų skaičius per metus pakito nuo 524 iki 399 t.y. sumažėjo 125, arba 23 %, kito personalo žmonių skaičius pakito nuo 152 iki 113, arba 39 žmonėmis t. y 25 %. Vertinant tokius pokyčius vykstančius per kalendorinius metus galima teigti, kad gydytojai tampa vis mažiau lojalūs savo darbo vietai ar prisirišę prie darbo vietos ar aplinkos. Tai galima aiškinti ir visuotinės kokybės vadybos teorijos nebuvimu ir žmoniškųjų išteklių įvertinimo svarbos. Nors kokybės vadyboje filosofijos ir metodologijos įgyvendinimo praktikos teorijos rodo, kad būtina specialiai motyvuoti darbuotojus siekti veiklos kokybės. Šiam tikslui būtina kurti ir nuolat tobulinti darbuotojų, kurie siekia geriausios veiklos kokybės, pripažinimo pagal specialią darbų vertinimo sistemą ar būdus. Nuolatinis bet kurios įmonės, tuo labiau sveikatos priežiūros įstaigos tobulėjimas yra vientisas procesas. Gerai organizuotoje sistemoje nėra nereikšmingų dalykų. Todėl visi darbuotojai yra vienodai reikalingi, nors jų pareigos, darbo turinys skiriasi (ar tai būtų medicina ar finansinė –ūkinė veikla). Kokybės vadybos kaip sistemingos vadybos sistemos įdiegimas būtų tinkama atsvara medikų ir sveikatos įstaigų darbo kokybės rodiklis, tuo pačiu ir būtų užtikrinama kokybė šių įstaigų dirbantiesiems. Šios analizuotos ataskaitos ir rodo vadybos faktorius neegzistavimą sveikatos priežiūroje ir kokybės vadybos poreikį kaip būtino valdymo efektyvumo gerinimui rodiklio poreikį.

Antrame šios analizės poskyryje buvo atlikta įstaigų vadovų išsilavinimo analizė (atlikta pagal Sveidros duomenų bazę). Analizė parodė tai, kad tik 10 % pirminės sveikatos priežiūros įstaigų vadovų yra ne praktikuojantys gydytojai (sveikatos priežiūros specialistai), visi kiti – aktyviai dirbantys tiek įstaigos vadovo darbą, tiek vykdantys profesinę veiklą. Todėl galima patvirtinti, kad pirmojoje ir antroje tiriamosios darbo dalies metu iškeltos hipotezės yra teisingos. Atliekant valdymo kokybės analizę ir nagrinėjant gautus rezultatus galima teigti, kad pagrindinė visuotinės kokybės vadybos nebuvimo įstaigose viena iš svarbiausių priežasčių yra: vadovai, kurie būdami medicinos srities atstovais neskiria reikiamo dėmesio kokybės vadybos diegimui įstaigoje, nelaiko kokybės gerinimo proceso įstaigos veiklos kaip sudėtinio proceso dalimi, nekuria įstaigose visuotinės kokybės sistemos kūrimo svarbos ir darbuotojų suvokimo svarbos atmosferos. Pagal UAB „Sveikatos ekonomikos centras“ turimus duomenis pirminės sveikatos priežiūros srityje turinčios sertifikuotas kokybės vadybos sistemas Lietuvos mastu yra 34. Deja, nei viena šių įstaigų nėra Šiaulių Teritorinės ligonių kasos veiklos zonoje ar Šiaulių apskrityje.

Taip pat trečioje tiriamojoje darbo dalyje buvo atlikta telefoninė įstaigų apklausa siekiant išsiaiškinti, ar kas nors yra atsakingas už įstaigos turimas duomenų bazines apie gyventojus, ar šie duomenys sistemiškai yra atnaujinami, ar yra sistemos, ar dar kokios nors priemonės, kuriomis įstaiga sektų duomenų keitimąsi, atnaujinimą. Deja, tenka prisijungti prie jaunųjų gydytojų asociacijos vadovo⁴⁹ Audriaus Šimaičio, kuris teigia, kad sveikatos vadyba Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose neegzistuoja ir siūlo nedelsiant reformuoti pačią sveikatos apsaugos reformą. Sveikatos vadyba vis dar suprantama kaip, tai kas trukdo ar kenkia mediko darbui, bet ne padeda. Todėl artėjant prie darbo išvadų norisi priminti kas tai yra sveikatos vadyba ir kokia jos reikšmė. Pagal J. Petrauskienę sveikatos vadyba - tai visų išteklių, kurie gali būti naudojami žmonių sveikatai gerinti, valdymas, padedantis efektyviai spręsti visuomenės sveikatos problemas. Kalbant, vertinant ar kitaip analizuojant kokybės vadybą sveikatos priežiūroje reikia nepamiršti įvertinti žmoniškųjų išteklių faktoriaus, kuris šiame vadybos procese užima taip pat labai reikšmingą vietą. Tie ištekliai, tai Literatūroje yra skiriami šie gebėjimai, kuriuos turi žinoti ir savo veikloje vadovautis sveikatos vadybininkai. Tai yra:

- Spręsti sveikatos problemas, susijusias su socialiniais, aplinkos veiksniais.
- Įtakoti gyventojų elgsenos veiksnius.
- Valdyti sveikatos priežiūros tarnybas bei išteklius.
- Planuoti ir įgyvendinti sveikatos programas.
- Kurti ir įgyvendinti sveikatos strategiją.

⁴⁹ Prieiga prie interneto: <http://www.jga.lt/>

Anot Kauno medicinos Universiteto profesorės J. Petrauskienės galima skirti tokias sritis, kurios svarbios rengiant sveikatos vadybininkus⁵⁰. Svarbiausios žinių ir kompetencijų ugdymo sritys, rengiant sveikatos vadybininkus:

- Pagrindinės visuomenės sveikatos mokslų žinios ir įgūdžiai (biostatistika, epidemiologija, aplinkos sveikata, sveikatos paslaugų vadyba);
 - Analitiniai gebėjimai;
 - Sveikatos politikos formavimo ir programų planavimo žinios ir įgūdžiai;
 - Informacijos valdymo žinios ir įgūdžiai;
 - Bendravimo įgūdžiai;
 - Darbo su bendruomene gebėjimai;
 - Sveikatos ekonomikos ir finansų valdymo žinios ir gebėjimai;
 - Vadovavimo ir strateginio planavimo kompetencijos.

⁵⁰ L.Starkienė, Ž.Padaiga, J.Reamy, J.Dičkutė Sveikatos priežiūros ir farmacijos žmogiškųjų išteklių planavimo patirtis Lietuvoje, 2007 p.22..

4. Rekomendacijos pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms siekiančioms kokybės vadybos, valdymo kokybės sveikatos paslaugų teikimo priežiūroje.

Sveikatos paslaugos labai glaudžiai susiję su individo gyvenimo kokybe. Pacientų pasitenkinimo paslaugomis, gyvenimo kokybės sričių tyrimai, siejami su kokybės vadyba, leidžia daryti prielaidą, kad sveikatos priežiūrai gyvenimo kokybė yra aukščiausias tikslas, kurio siekia pacientai ir turėtų siekti šias paslaugas teikiantys medikai. Todėl galima daryti prielaidą, kad tik kokybiškai valdomos sveikatos priežiūros įstaigos gali suteikti kokybiškas paslaugas kokybiškam gyvenimui. Šiam tikslui įstaigų vadovai turi įvertinti iš naujo savo vadovaujamas įstaigas, jų veiklos planus ir tikslus. Atlikus šį darbą reikia pradėti diegti kokybės vadybos sistemą, kuri savo ruožtu padės suvaldyti tiek įstaigos darbą, parodys esamas neatitiktis darbo organizavimo procese. Taip pat pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms būtų tikslinga įvertinti sveikatos vadybininko pozicijos poreikį savo organizacijoje, suprasti šio darbo svarbą, teikiamų duomenų prasmingumą.

Anot Kauno medicinos universiteto profesorės I. Jakušovaitės sveikatos priežiūros vadyba⁵¹ apima pirmiausia veiklą, susijusią su institucinėmis vertybėmis. Institucinės vertybės gali būti „tiltu“ tarp organizacijos misijos bei jos veiklos planavimo. Organizacijos misija gali būti integruota į strateginį planą, institucines vertybes naudojant kaip tikslus. Institucinės vertybės gali pasitarnauti įvertinant sveikatos priežiūros organizacijos tradicijas, gali suteikti sveikatos priežiūros organizacijai išskirtinį moralinį identitetą ir būti prielaida moraliniam pasididžiavimui ir moraliniam susitapatinimui su savo organizacija. Kitais žodžiais tariant, organizacijos veikla turi motyvuoti savo darbuotojus ir personalą moraliu pasididžiavimu savo organizacija.

Kyla klausimas, ką galima pasakyti apie tokias sveikatos priežiūros organizacijas, kurių faktinės institucinės vertybės nėra tokios, jog kas nors galėtų jomis didžiūotis. Vis dar iškyla klausimas kiek darbuotojai yra informuoti apie procesus, vykstančius organizacijoje. Akivaizdu, kad kai kuriose sveikatos priežiūros organizacijose jų kultūra suvesta į suinteresuotų grupių konkurenciją, ir daugiausia ko galima tikėtis iš organizacijos etikos, yra įstatymo raidės laikymasis kartu su kontrolės ir akreditavimo reikalavimais. Tokia situacija yra sąlygota daugelio priežasčių. Reikia pastebėti, kad sveikatos priežiūros organizacijos yra unikalios institucijos, besiskiriančios nuo kitų socialinių organizacijų, kurios teikia specifines sveikatos priežiūros paslaugas savo klientams.

Tiek diegiant kokybės vadybos sistemas, tiek kuriant organizacijos valdymo sistemą kaip verslo rūšis, sveikatos priežiūra išsiskiria tuo, kad tie, kas moka už paslaugas (ar tai būtų darbdavys, valstybinė įstaiga ar draudimo kompanija) paprastai nėra teikiamos paslaugos vartotojai. Pažymėtina, kad svarbiausius sprendimus dėl sveikatos priežiūros prieinamumo ir kainų daro tie,

⁵¹ L.Starkienė, Ž.Padaiga, J.Reamy, J.Dičkutė Sveikatos priežiūros ir farmacijos žmogiškųjų išteklių planavimo patirtis Lietuvoje, 2007, p.16.

kurie labiau suinteresuoti išlaidų taupymu, o ne intervencijų kokybe ar paslaugos tinkamumu pacientui – klientui, tuo labiau teikiamos paslaugos kokybė. Pacientas kaip vartotojas turi mažai galios paveikti sveikatos priežiūros netolygumą valstybėje. Jis negali būti tikras, kad galės gauti tam tikrą gydymą, net jei šio gydymo reikalingumas yra įrodytas. Žinoma, reikia pastebėti ir tai, kad dauguma socialines paslaugas teikiančių institucijų yra remiamos vyriausybinių ar labdarinių organizacijų ir neprivalo rūpintis rinkos bei finansiniais klausimais. Tačiau sveikatos priežiūros organizacijos, kurios nori išlikti perspektyvios ir vykdyti savo misiją šiuolaikinėje, greitai besikeičiančioje sveikatos priežiūros sistemoje, turi planuoti ir tinkamai reaguoti į rinkos jėgas, tuo pat metu išlaikydamos savo vertybių ir jų prasmės viziją.

Nuolatinis tobulėjimas – tai nuolatinis įstaigos veiklos gerinimas, įvertinant grįžtamąjį ryšį. Iš pirmo žvilgsnio gali atrodyti, kad diegti įstaigoje visuotinės kokybės koncepciją yra labai brangu. Tačiau visos išlaidos, patirtos sveikatos priežiūros įstaigos darbo kokybei gerinti yra priskiriamos vadinamiesiems „Sėkmės kaštams” – išlaidoms, dėl kurių išvengiama nuostolių dabar ir ateityje. O tinkamai juos įvertinus visuotinės kokybės vadybos nauda gali duoti labai gerus rezultatus. O nuostoliai dėl blogos kokybės gali būti nepalyginamai didesni – įstaiga gali prarasti savo pacientus, nes prisivilioti klientą - pacientą yra penkis kartus brangiau negu išlaikyti jau esamą.

Vertinant kokybės vadybos ar valdymo sistemas reikia niekada nepamiršti darbuotojų visuotinio dalyvavimo reikšmės šiame procese. Visuotinis darbuotojų dalyvavimas – tai visų įstaigos darbuotojų įtraukimas į kokybės gerinimo procesą. Ši iniciatyva tenka įstaigos vadovybei. Ji turi užtikrinti tai, kad darbuotojai nebijotų ne tik kalbėti apie savo veiklos trūkumus, bet ir patys siūlytų kaip juos pašalinti, kadangi dabar Lietuvoje būdinga darbuotojų baimė prarasti darbą dėl smulkiausių klaidų ar prasižengimų.

Vertinant pirminės sveikatos priežiūros įstaigas, jų darbo, valdymo kokybę manyčiau esant tikslinga steigti kvalifikuoto sveikatos vadybininko specialybę mokymo įstaigose, ir svarbiausia šios srities specialistų etatus darbo vietose. Svarbu suvokti, kad tai darbo vieta, kuri padeda sukurti didesnes įstaigos pajamas, didesnę įstaigos darbuotojų pasitenkinimą darbovieta, ir, žinoma, svarbiausia, tai klientų poreikio ir satisfakcijos jausmas. Norisi įvardyti ir pabrėžti svarbiausius sveikatos vadybininko vaidmens aspektus⁵², kurie yra svarbūs nuolat kintančioje sveikatos sistemoje:

- Numatyti ir formuoti strateginius organizacijų tikslus.
- Vertinti sveikatos sistemos pokyčius ir atitinkamai adaptuoti organizacijų veiklą.
- Planuoti žmoniškuosius išteklius bei skatinti ir aktyvinti sveikatos profesionalų veiklą.
- Skatinti sveikatos priežiūros kokybės gerinimo procesą.

⁵² L.Starkienė, Ž.Padaiga, J.Reamy, J.Dičkutė Sveikatos priežiūros ir farmacijos žmogiškųjų išteklių planavimo patirtis Lietuvoje, 2007, p.74

Visoms medicinos įstaigoms (ypač pirminėje sveikatos priežiūros srityje) yra būtina ir neišvengiama nuolat mokytis ir tobulinti savo žinias ir ne tik medicinos srityje.⁵³ Tokios organizacijos turi skatinti asmeninį darbuotojų kvalifikacijos augimą, bendra visų darbuotojų visuotinai žinoma ir „gyva“ organizacijos misija, ir tolesnis mokymasis. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigos turi nuolat siekti, suvokti ir įvertinti informacijos ne tik medicinos reikalavimus ar naujoves svarbą, bet ir tokias sferas kaip sveikatos vadyba, jos reikšmę įstaigos darbui, sveikatos įstaigos veiklos kokybei, pacientų pasitenkinimui įstaiga ir įtaką įstaigos finansinių rodiklių rezultatams.

⁵³ Lietuvos sveikata, 2009 vasario 12-18d. Nr. 6(794) Savivaldybių gydytojams „mirties nuosprendis“ p. 4-5

IŠVADOS

1. Kokybės vadyba pirminės sveikatos priežiūros srityje neegzistuoja. Darbas pirminės priežiūros srityje organizuojamas nesistemiškai, dažnai kokybė ir kokybės vadyba yra laikomos sąvokomis, nepriklausančiomis medicinos paslaugų sferai.

2. Siūlau steigti Šiaulių universitete sveikatos įstaigų vadybos specializuotą studijų programą, kuri padėtų didinti kvalifikuotų ir suprantančių kokybės vadybos įstaigos valdymui reikšmę medicinoje darbuotojų skaičių. Iki šiol šis poreikis yra neįvertintas ir netenkinamas Proceso eigoje svarbu pradėti diegti sveikatos vadybininko poziciją ir jos vaidmenį sveikatos priežiūros procese pradedant nuo pirminės sveikatos priežiūros grandies ir galimai toliau nustatant jų vaidmenį sveikatos apsaugos sistemoje galbūt net valstybės mastu.

3. Įvertinus tai, kad miestų ar miestelių savivaldybės yra pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų steigėjos efektyvinant sveikatos priežiūros kokybę, ją suvokiant bendrąja prasme būtų tikslinga sveikatos skyriuje įkurti sveikatos vadybininko pareigybę, kuris kuruotų mažesniąsias medicinos įstaigas, tiektų visą kokybei valdyti reikalingą informaciją. Tačiau siekiant gauti maksimaliai įmanomą rezultatą būtų tikslinga šios pareigybės pagrindine funkcija sieti ne su kontrole, o su bendru darbu su įstaigomis ir jų pasiektu rezultatu. Tuo pačiu būtų mažinama socialinė įstaigų diferenciacija, kuri gali iškilti dėl įstaigų kvalifikuoto personalo nebuvimo, ar ribotų finansinių išteklių ar net šio kokybės vadybos suvokimo svarbos nebuvimo.

4. Gerų darbo rezultatų kaip lyginimo priemonės tolesnė ir nuolatinė analizė yra neišvengiama būtinybė, tačiau reikia siekti ne dirbtinio šių rezultatų pasiekimo efektyvumo dirbant vien tam, kad užtikrinti surenkamų balų skaičių, bet ir pasiekiant kuo įmanomą didesnę žmonių informuotumą ir sveikatos būklės šalyje ir Šiaulių apskrityje stabilų augimą.

5. Gerinant ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą stebėseną pas pirminės sveikatos priežiūros gydytojus siekti, kad registracija pas gydytoją vyktų tik informacinių sistemų pagalba, tuo išvengiant dirbtinių eilių pas gydytoją buvimo ar nebuvimo. Kaip ir parodė darbo praktinė dalis – šie duomenys apie eiles pas gydytojus yra vedami iš jų negaunant realios naudos nei pacientui nei pirminės sveikatos priežiūros įstaigai. Ir taip būtų išvengta dokumentų klastojimo, kai duomenys apie eiles įstaigoje yra pateikiami melagingi.

6. Didinti teritorinės ligonių kasos vaidmenį pirminės priežiūros įstaigose ne kaip kontroliuojančios institucijos, bet institucijos atliekančios patarėjo – pagalbinko kuriant visuotinės sveikatos kokybės priežiūros sistemų organizatoriaus – patarėjo funkciją, šitaip pagreitinant kokybės augimo procesą pirminės sveikatos priežiūros grandyje.

LITERATŪRA

1. Balčiauskaitė, D.; Iždonienė, J.; Baubinas, H. (2003). *Pirminės ambulatorinės asmens Sveikatos priežiūros paslaugos ir jų apmokėjimas Lietuvoje 1998–2002 metais*. Sveikatos drauda, Nr. 1.
2. Barczyk Casimir C. (1999). *Visuotinės kokybės vadyba: (teorinis požiūris): monografija pagal vadybos programų kursą*, Vilnius, Eugrimas, Patais. leid.
3. Dikavičius, V.; Stoškus, S. (2003). *Visuotinė kokybės vadyba: mokomoji knyga*, Kaunas, Kauno technologijos universitetas, Vadybos mokslų katedra. – Technologija.
4. Černiauskas, G.; Dobravolskas, A.; Murauskienė, L. (2000). *Pirmasis reformų dešimtmetis: Sveikatos priežiūros sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste*. Vilnius, Sveikatos ekonomikos centras.
5. James M. Kouzes; Barry Z. Posner (2003). „*Iššūkis vadybai*“, Kaunas, Smaltija.
6. Jankauskienė, D. (2000). „*Sveikatos sistemos reformos Lietuvoje 1990 - 1998 m. įvertinimas*“, daktaro disertacija, Vilnius.
7. Jankauskienė, D. (2002). *Pirminės Sveikatos priežiūros raidos vertinimas Lietuvoje*. Žurnalas „Visuomenės sveikata“ Nr. 1.
8. Jankauskienė, D., Pečiūra, R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas*, Vilnius
9. Janušonis, V. (2000). *Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas: XXI amžių pasitinkant*. Klaipėda
10. Janušonis, V. (2004). *Kokybės sistemos: kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijose.*, Klaipėda
11. Jucevičius, R. (1998). *Strateginis organizacijų vystymas: monografija*, Kaunas
12. Kaziliūnas A. (2007). *Kokybės vadyba: vadovėlis*; Vilnius, Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras.
13. Mokymo metodika (2008). „2004 - 2006 m. Bendrojo programavimo dokumento II prioriteto „Žmogiškųjų išteklių plėtra“ 2.2. priemonė „Darbo jėgos kompetencijos ir gebėjimo pirsitaikyti prie pokyčių ugdymas“, Vilnius, UAB „Efrata“.
14. Ruževičius, J. (2006). *Kokybės vadybos metodai ir modeliai: vadovėlis*.
15. Starkienė, L.; Padaiga, Ž.; Reamy, J.; Dičkutė, J. (2007). *Sveikatos priežiūros ir farmacijos žmogiškųjų išteklių planavimo patirtis Lietuvoje*.
16. Vanagas, P. (2004). *Visuotinės kokybės vadyba: vadovėlis*, Kaunas
17. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (1994). Valstybės žinios, Nr. 63-1231.

18. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2005 m. gruodžio 5 d. Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo ir pirminės ambulatorinės asmens Sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“.
19. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2008 m. sausio 17 d. Nr. V-48 „Dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymo 2005 m. gruodžio 5 d. Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens Sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“.
20. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2008 m. balandžio 29 d. Nr. V-343 „Dėl LR Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens Sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“.
21. Valstybinės ligonių kasos direktoriaus prie Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas 2007 m. sausio 16 d. Nr. 1K-14 „Dėl 2008 metų privalomojo Sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų asmens Sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms“.
22. Valstybinės ligonių kasos direktoriaus prie Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas 2007 m. gegužės 29 d. 1K-81 „Dėl 2008 metų privalomojo Sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų asmens Sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms“.
23. Valstybinės ligonių kasos direktoriaus prie Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas 2008 m. sausio 11 d. 1K-4 „Dėl 2008 metų privalomojo Sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų asmens Sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms“.
24. Valstybinės ligonių kasos direktoriaus prie Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas 2008 m. gegužės 23 d. 1K-77 „Dėl 2008 metų privalomojo Sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų asmens Sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms“.
25. Valstybinės ligonių kasos direktoriaus prie Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas 2008 m. birželio 4 d. 1K-85 „Dėl 2008 metų privalomojo Sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų asmens Sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms“.

26. Valstybinės ligonių kasos direktoriaus prie Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas 2008 m. rugsėjo 9 d. Nr. 1K-133 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens Sveikatos priežiūros paslaugų bazinio mokėjimo ataskaitos formos tvirtinimo“ pakeitimo“.
27. Valstybinės ligonių kasos direktoriaus prie Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas 2009 m. vasario 18d. 1K-21 „Dėl 2008 metų privalomojo Sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų asmens Sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms“.
28. Valstybinės ligonių kasos direktoriaus prie Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas 2009 m. kovo 31 d. 1K-37 „Dėl 2008 metų privalomojo Sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų asmens Sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms.“ pakeitimas“.
29. Sveikatos apsaugos ministerijos 2008 metu sutrumpintas priemoniu planas, 2008 sausio 23 d. Nr. 114.
30. PSO Europos regiono biuro dokumentas „Sveikata-21“, (1998).
31. Privalomojo Sveikatos draudimo fondo tarybos nutarimas (2007). „Dėl pirminės ambulatorinės asmens Sveikatos priežiūros gerų darbo rezultatų rodiklių“, 2007 m. lapkričio 29 Nr.7/10.
32. LR valstybės kontrolės valstybinio audito ataskaita (2007). Nr. VA-P-10-4-9 (2007 m. birželio 26 d.) Vilnius.
33. LR valstybės kontrolės valstybinio audito ataskaita (2008). Nr. VA-P-10-20-2-8 (2008 m. gegužės 10 d.) Vilnius.
34. Lietuvos sveikatos apsaugos vadybos draugijos konferencijos pranešimas (2008). „Lietuvos sveikatos politikos ir valdymo iššūkiai“ 2008 m. rugsėjo 12 d., Palanga.
35. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos leidinys (2007). „Sveikatos drauda“: Kad pacientai pas gydytoją patektų greičiau“, Nr. 2(81).
36. Lietuvos sveikata (2009). *Savivaldybių gydytojams „mirties nuosprendis*, 2009 vasario 12-18 d. Nr. 6(794).
37. Žurnalas „Veidas“ (2008). „Kokybės vadybos sistema vaistinėse: už ir prieš“, 2008 m. gruodžio 22 d. Nr. 51.
38. Žurnalas „Veidas“ (2009). „Kokybės vadybos sistema vaistinėse: už ir prieš“ 2009 m. vasario 2 d. Nr. 5.
39. Euro health consumer index (2007). (EHCI 2007 report).
40. D. Keith Denton „Quality service“ (1989). Houston, London, Paris, Zurich, Tokyo.
41. Charles O. Rossotti. (2005). *Many Unhappy Returns: One Man's Quest to Turn Around the Most Unpopular Organization in America.*

42. Sorensen R.J.; Grytten J. (1999). *Competition and supplier-induced demand in a health care system with fixed fees*. Health Econ; 8: 497-508.
43. Ovretveit J. (1990). *What is quality in health services?* Health Service Management.
44. *Health for all in the 21st century* (1998). Geneva, World Health Organization, (document WHA 51/5).
45. Donabedian A. (1993). *Quality in health care: whose responsibility is it?* Am J Med Qual, 8:32-6.
46. Prieiga per internetą: www.vrm.lt/fileadmin/Padaliniu_failai/Viesojo_administravimo_dep (žiūrėta 2008 m. gruodžio 12 d.).
47. Prieiga per internetą: <http://www.lsic.lt>.
48. Prieiga per internetą: <http://www.jga.lt/> (žiūrėta 2008 m. gruodžio 20d.).
49. Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/vlk/pag/files/sd05_1_japp.doc (žiūrėta 2008 m. vasario 12 d.).

PAGRINDINIŲ SĄVOKŲ ANALIZĖ

A

ASPI – asmens Sveikatos priežiūros įstaiga.

B

BPG – bendrosios praktikos gydytojas.

BPS – bendrosios praktikos slaugytojas.

G

GDR – Įstaigų gaunamos lėšos už gerus veiklos rezultatus (santykinai pagal surinktą balų skaičių už įvykdytus reikalavimus numatytus LR SAM 2005m. gruodžio mėn įsakyme Nr.V-943)

GMP – greitoji medicinos pagalba.

P

Pacientas – asmuo, besinaudojantis įstaigų teikiamomis paslaugomis, neskaitant jis sveikas ar ligonis.

PASP – Pirminė ambulatorinė Sveikatos priežiūros priežiūra.

Pirminės ambulatorinės asmens Sveikatos priežiūros paslaugos (PSP) - tai nespecializuota kvalifikuota asmens Sveikatos priežiūra ir psichinės Sveikatos priežiūra, teikiama ambulatorinėje asmens Sveikatos priežiūros įstaigoje (ASPI).

PSDF – Privalomojo Sveikatos draudimo fondas.

PSO – Pasaulinė Sveikatos organizacija Pasaulio Sveikatos organizacijai (PSO) šiuo metu priklauso 193 valstybės, tarp jų visos 186 Jungtinių Tautų (JT) narės. Lietuva tikroji šios organizacijos narė yra nuo 1991 m. lapkričio 25 d. ir kartu su 52 valstybėmis (iš viso 53 šalys), JT nare, priklauso Europos regioniniam biurui.

PSP – pirminė Sveikatos priežiūra.

PSPC -viešoji Sveikatos priežiūros įstaiga, teikianti PSP paslaugas: ambulatorijos, medicinos punktai, slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės, greitosios medicinos pagalbos tarnybos, psichikos Sveikatos priežiūros, bendrosios praktikos gydytojų kabinetai.

S

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija.

Slauga - tai asmens Sveikatos priežiūros dalis, apimanti ligų profilaktiką, įvairaus amžiaus sveikų, nepajėgių, fiziškai ar protiškai sergančių žmonių fizinę, psichinę ir socialinę priežiūrą visose asmens Sveikatos ir socialinės globos įstaigose bei bendruomenėje, namuose ar kitose įstaigose.

Stacionarinis gydymas - ligoninėje gulintio paciento gydymas.

Sveikatos politika – tai Sveikatos ir jos reikalų valstybinio tvarkymo teorija ir praktika, įteisinama kaip valdymo funkcija pripažįstant sveikatą socialine – ekonomine vertybe.

Sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumas – aukščiausios kokybės Sveikatos priežiūros bei Sveikatos priežiūros paslaugų derinys užtikrinant geriausius Sveikatos rezultatus mažiausiomis sąnaudomis.

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė - Sveikatos priežiūros įstaigų teikimas laikantis nustatytų Sveikatos priežiūros normų ir kitų teisės aktų, vykdomas asmenų, turinčių atitinkamas licenzijas teikti Sveikatos priežiūros paslaugas, licencijuotose atitinkamas paslaugas teikti ir apsidraudusiose savo civilinę atsakomybę už žalą pacientams įstaigose.

V

Viešoji Sveikatos priežiūros įstaiga (VŠĮ) iš valstybės ar savivaldybės turto ir lėšų įsteigta viešoji įstaiga teikianti jos įstatuose nustatytas paslaugas pagal sutartis su užsakovas t.y. ne pelno įstaiga bei teisės aktų nustatyta tvarka turinti teisę teikti Sveikatos priežiūros paslaugas ir patarnavimus.

VLK – Valstybinė ligonių kasa.