

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS  
REGIONŲ PLĖTROS INSTITUTAS**

**Eglė ŠVECKIENĖ**

**TEMA**

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS VALDYMAS:  
RADVILIŠKIO RAJONO PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS  
CENTRŲ ATVEJIS**

Šiauliai, 2020

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS  
REGIONŲ PLĖTROS INSTITUTAS**

**Eglė ŠVECKIENĖ**

Viešojo valdymo studijų programos studentė

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS  
VALDYMAS: RADVILIŠKIO RAJONO PIRMINĖS SVEIKATOS  
PRIEŽIŪROS CENTRŲ ATVEJIS**

Magistro darbas

Mokslo sritis, kryptis: Socialiniai mokslai, Vadyba (S 003)

Studijų kryptis: Viešasis administravimas (L07)

**Darbo vadovė:**

**doc. dr. Diana ŠAPARNIENĖ**

Teigiu, kad baigiamasis darbas, kurį teikiu Viešojo administravimo magistro laipsniui įgyti, yra originalus autorinis darbas.

---

(Studento parašas)

Šveckienė, E. (2020). *Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymas: Radviliškio rajono pirminės sveikatos priežiūros centrų atvejis*. Viešojo valdymo magistro studijų programos baigiamasis darbas. Baigiamojo darbo vadovas Prof. dr. D. Šaparnienė. Šiaulių universitetas, Regionų plėtros institutas, 80 psl.

## SANTRAUKA

Magistro baigiamajame darbe nagrinėjamas sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymas. Šiame darbe buvo išsikeltas tikslas – ištirti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymą pirminės sveikatos priežiūros centruose, tyrimo atveju pasirenkant Radviliškio rajoną.

Siekiant įvykdyti užsibrėžtus uždavinius, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo pirminės sveikatos priežiūros centruose tyrimo atlikimui atlikta mokslinės literatūros analizė, dokumentų analizė, teisinės bazės analizė. Taip pat naudojamas pusiau struktūruoto interviu metodas, informantais pasirenkant penkių Radviliškio rajono asmens sveikatos priežiūros įstaigų (ASPI) vadovus, atsakingus už sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir jų teikimą. Darbe atskleidžiama sveikatos priežiūros paslaugos kokybės samprata, analizuojama paslaugų kokybės sąvokos ir charakteristikos, pagrindinės paslaugų kokybės sistemos, modeliai, metodai, kokybės vadybos standartai. Atliekama sveikatos priežiūros paslaugų gerinimo tendencijų apžvalga tiek pasaulyje tiek nepriklausomoje Lietuvoje. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, jos valdymas tampa vienu iš sveikatos priežiūros tobulinimo prioritetų tiek Lietuvoje, tiek užsienyje.

Būtinybė nuolat tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, prieinamumą ir į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą, akcentuojama strateginiuose sveikatos priežiūros sistemos ir visos Lietuvos ūkio tolimesnio vystymo dokumentuose – „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programoje.

Lietuvoje keičiasi sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, vis daugiau pirminės sveikatos priežiūros perima privatūs paslaugos teikėjai, ryškėja konkurencija tarp gydymo įstaigų, ypač tarp valstybinių bei privačių. Didėja informacinių technologijų įtaka sveikatos priežiūros paslaugų kokybei, įstaigos pagal savo poreikius, naudojami valstybinė e-sveikatos sistema, diegiami inovacijos, kad palaikytų aukštos kokybės paslaugas. Kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos padeda įstaigoms geriau patenkinti pacientų poreikius, taupyti išteklius, išlaikyti esamus ir pritraukti naujus pacientus, išlikti ir tobulėti kartu su augančiais pacientų poreikiais ir lūkesčiais sveikatos priežiūrai ir gyvenimo kokybei. Tyrimo metu nustatyta, kad Radviliškio rajono pirminės sveikatos priežiūros įstaigos savo paslaugų kokybės vertinimui naudoja, medicininį auditą ir ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketą.

Raktiniai žodžiai: paslaugų kokybės valdymas, pirminės sveikatos priežiūros centrai, paslaugų kokybės samprata, kokybės vadybos standartai.

Šveckienė, E. (2020). Management of the quality of health care services: the case of Radviliskis district primary health care centers. Final work of the master's degree in public administration. Head of the final work Prof. Dr. D. Šaparnienė. Šiauliai University, Regional Development Institute, page 80.

## SUMMARY

Master's thesis examines the quality management of healthcare services. The purpose of this work was to investigate the quality management of healthcare services in primary care centres, in the case of a study choosing the Radviliškis district.

In order to meet the challenges set, the analysis of the quality management of healthcare services in primary health care centres was conducted in literature, analysis of documents and analysis of the legal base. A semi-structured interview method is also used, with information from the five health care institutions (ASPI) managers in the region of Radviliskis, who are responsible for the quality and delivery of health care services. The work reveals the concept of quality of healthcare services, analysing concepts and characteristics of service quality, basic systems of service quality, models, methods, quality management standards. An overview of trends in healthcare services is being carried out both in the world and in independent Lithuania. The quality of healthcare services, its management becomes one of the priorities of improvement in health care both in Lithuania and abroad

The need to continuously improve the quality, accessibility and patient-centred health care of healthcare, is highlighted in the strategic documents of the health care system and all of the Lithuanian economy in the further development of the Lithuanian Progress strategy "Lithuania 2030", Lithuanian Health Programme 2014 – 2025.

In Lithuania, healthcare providers are changing, more and more primary care is taken over by private service providers, and competition between treatment institutions is developing, especially between public and private. The impact of information technologies on the quality of health care services, the institution's own needs, the public e-health system, and innovation to support high-quality services are growing. Quality health services help institutions to better meet patients' needs, save resources, maintain existing ones and attract new patients, survive and develop together with growing patient needs and expectations in health Maintenance and quality of life. The investigation showed that the primary health care institutions in Radviliškis region use, as a medical audit and an outpatient health care Assessment Questionnaire, for the assessment of their quality of service.

Keywords: Quality management of services, primary health care centres, concept of quality of service, quality management standards.

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 Lentelė VKV teoretikų kokybės apibrėžimai .....	14
1.2 Lentelė ISO 9001-2008 įdiegimas sveikatos priežiūros įstaigose .....	22
3.1.1 Lentelė Pareigybių sąrašas .....	49
3.1.2 Lentelė Prisirašiusių asmenų skaičius pagal amžiaus grupes .....	50
3.1.3 Lentelė Prevencinių programų vykdymas Radviliškio PSPC .....	51
3.1.4 Lentelė Pareigybių sąrašas .....	53
3.1.5 Lentelė Prevencinių programų vykdymas Baisogalos PSPC .....	54
3.1.6 Lentelė Pareigybių sąrašas .....	55
3.1.7 Lentelė Prevencinių programų vykdymas Šeduvos PSPC .....	56
3.2 Lentelė Bendrieji informantų duomenys .....	57
3.2.1 Lentelė Bendras suteikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas .....	58
3.2.2 Lentelė Suteikiamų paslaugų kokybės vertinimas ir kriterijai užtikrinantys pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymą .....	60
3.2.4 Lentelė Paslaugų kokybės valdymo modelių principų įgyvendinimas, patiriami trikdžiai .....	65
3.2.5 Lentelė Paslaugų kokybės valdymo principų įgyvendinimo tobulinimo galimybės .....	69

## PAVEIKSLĖLIŲ SĄRAŠAS

<i>1.1 pav.</i> Kokybės vadybos taikymo viešajame administravime pradžia ES šalyse.....	13
<i>1.2 pav.</i> Visuomenės sveikatos palaikymo modelis .....	17
<i>1.2.1 pav.</i> Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės palaikymo ir gerinimo modelis .....	19
<i>1.4 pav.</i> Sveikatos priežiūros sprendimų modelis .....	25
<i>1.4.1 pav.</i> Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo parametrai.....	26
<i>1.4.2 pav.</i> Pirminės sveikatos priežiūros medicinos paslaugų kokybės valdymo modelis.....	27
<i>1.5 pav.</i> Sveikatos mokymo reikšmė.....	29
<i>1.6 pav.</i> Programos strateginis tikslas, pagrindinis rodiklis, tikslai ir uždaviniai .....	35
<i>2.1 pav.</i> Tyrimo organizavimo planas .....	41
<i>3.1 pav.</i> Įstaigų, Radviliškio rajone, suteikiančių pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, schema .....	45
<i>3.2 pav.</i> Radviliškio rajono dalyvavimo nacionalinėse ankstyvosios diagnostikos programose 2017 m. rodiklių reikšmė.....	46
<i>3.1.1 pav.</i> Gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė .....	47
<i>3.1.2 pav.</i> Radviliškio rajono gyventojų ir prisirašiusių draustų asmenų prie Radviliškio rajono PSPC mažėjimo dinamika.....	51

## TRUMPINIŲ ŽODYNAS

- ASPI** – Asmens sveikatos priežiūros įstaiga  
**DOTS** – Tiesiogiai stebimas trumpo gydymo  
**ES** – Europos sąjunga  
**JTO** – Jungtinių Tautų Organizacija  
**LNSS** – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema  
**LR** – Lietuvos Respublika  
**LSP** – Lietuvos sveikatos programa  
**NDNT** – Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos  
**PAASP** – Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos  
**PSO** – Pasaulio sveikatos organizacija  
**PSP** – pirminė sveikatos priežiūra  
**PSPC** – pirminės sveikatos priežiūros centrai  
**SAM** – Sveikatos apsaugos ministerija  
**VKV** – Visuotinės kokybės vadyba

## TERMINŲ ŽODYNAS

**Sveikatos priežiūros įstaiga** - juridinis asmuo, organizacija ar jų filialas šio įstatymo, Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo ir Odontologų rūmų įstatymo nustatyta tvarka turintis teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas. (Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas)

**Pacientas** – asmuo, kuris naudojasi įstaigų teikiamomis paslaugomis, nesvarbu, ar jis sveikas, ar ligonis. (Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas)

**Ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra** – tai nespecializuotos kvalifikuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (t.y. įstaigoje, neteikiančioje stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų), pacientų namuose ir globos įstaigose.

**Gera sveikata** – žmogaus veikla nėra ribojama dėl jo sveikatos būklės arba negalios, todėl šis rodiklis taip pat vadinamas vidutine tikėtina gyvenimo be negalios trukme. (Lietuvos statistikos departamentas-2018).

**Elektroninė sveikata** (toliau – e. sveikata) – sveikatos apsaugos, medicinos informatikos ir administracinės veiklos visuma, užtikrinama diegiant informacines ir ryšių technologijas, organizacines veiklos naujoves ir naujus įgūdžius, skirta sveikatinimo (asmens, visuomenės,

farmacijos) paslaugoms tobulinti operatyviai teikiant išsamią veiklai reikalingą informaciją apie asmens sveikatą.( Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programa).

**Kokybės politika** – būtinas kokybės vadybos sistemos veiksnys, kuris turi būti suprantamas ir žinomas visiems organizacijos lygmenims. Tai aukščiausios organizacijos vadovybės oficialus raštiškas dokumentas, kuriame išreikšti pagrindiniai organizacijos kokybės tikslai (Neverauskienė, 2002; Ruževičius, 2015).

**Gyventojų sveikata** yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė (Lietuvos Respublikos seimas)

**Sveikata** – gyvojo organizmo būseną, kai jis pats ir visi jo organai pilnai atlieka savo funkcijas, nesant negalių, ligų ar organizmo funkcijų sutrikimų ( Pasaulio sveikatos organizacija).

**Sveikata** – tai fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligos ar negalios nebuvimas ( LR Sveikatos sistemos įstatymas).

**DOTS paslauga** – asmens sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamos tiesiogiai stebimo trumpo TB gydymo kurso paslauga ir parama. (LR sveikatos apsaugos ministerija).

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

**PAASP nuotolinė sveikatos priežiūros paslauga** – ryšio priemonėmis Aprašo nustatyta tvarka teikiama šeimos gydytojo arba šeimos gydytojo komandos paslauga pacientui tiesiogiai nedalyvaujant gydytojo apžiūroje. (LR sveikatos apsaugos ministerija).

**Sveikatos priežiūros paslaugos** – įstaigos ir paslaugų užsakovų susitarimu grindžiamas įstaigos veiklos rezultatas. Paslaugų užsakovais gali būti Sveikatos sistemos įstatyme nustatyti LNSS veiklos užsakovai, kiti juridiniai ir fiziniai asmenys. ( LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas).



## TURINYS

ĮVADAS .....	9
1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS VALDYMO TEORINĖS IŽVALGOS .....	13
1.1. Visuotinės kokybės vadyba paslaugų kokybės valdymo aspektu .....	13
1.2. Paslaugų kokybės valdymas sveikatos priežiūroje: samprata ir specifika .....	15
1.3. Teoriniai sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo modeliai ir metodai .....	19
1.3.1. Kokybės vadybos standartai ISO 9001:2008, 9001:2015 .....	22
1.4. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo ypatumai .....	24
1.5. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tobulinimo tendencijos pasaulyje .....	28
1.6. Lietuvos sveikatos sistemos reformos atkūrus nepriklausomybę .....	32
2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS VALDYMO PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE TYRIMO METODOLOGIJA .....	36
2.1. Tyrimo metodikos aprašymas .....	36
2.2. Tyrimo organizavimas .....	40
3. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS VALDYMO RADVILIŠKIO RAJONO PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE REZULTATAI .....	43
3.1. Pirminių sveikatos priežiūros centrų paslaugų kokybės valdymo teisinis reglamentavimas ir dokumentų analizė .....	43
3.1.1. Savivaldybės vaidmuo gerinant sveikatos paslaugų kokybę .....	47
3.1.2. Pirminės sveikatos priežiūros centrų vadovų veiklos ataskaitų analizė .....	49
3.2. Pirminės sveikatos priežiūros centrų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymas: informantų nuomonės raiška .....	57
IŠVADOS .....	72
REKOMENDACIJOS .....	73
MOKSLINĖS LITERATŪROS SARAŠAS .....	74
PRIEDAI .....	81

## IVADAS

**Temos aktualumas ir naujumas.** Visuomenės sveikata yra nacionalinis turtas. Didelę dalimi nuo žmogaus sveikatos priklauso jo siekiamų tikslų, darbo, veiklos, gyvenimo kokybė. Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliai, yra vieni blogiausių ES. Pavyzdžiui, asmenų, nurodančių, kad jų sveikata gera arba labai gera, dalis Lietuvoje yra mažiausia visoje Europos Sąjungoje tik 44 procentai, kai tuo tarpu Europos sąjungos vidurkis yra 69,2 procentai. (Eurostato duomenys 2018). Paslaugų kokybės tobulinimas yra kiekvienos valstybės sveikatos sistemos ir medicinos pagalbos uždavinys. Būtinybė nuolat gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugą, prieinamumą ir į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą, akcentuojama strateginiuose sveikatos priežiūros sistemos ir visos Lietuvos ūkio tolimesnio vystymo dokumentuose – „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programa. Pastarojo dokumento 105, 106, 108 punktai nurodo būtinumą sudaryti galimybes gauti paslaugas arčiau gyvenamosios vietos, gerinti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą, plėtoti slaugos paslaugas savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose, integruoti slaugos ir socialinės globos paslaugas pagal pacientų poreikius, gerinti sveikatos priežiūros įstaigų vadybą, atsižvelgiant į specialistų, įrangos trūkumą, kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas. Pasak Štaro ir kt. (2013) sveikatos priežiūros kokybė, valdymas ir pritaikymas tampa vienu iš svarbiausių sveikatos priežiūros prioritetų Lietuvoje ir kitose Europos bei pasaulio šalyse. Sveikatos priežiūros įstaigos teikia sveikatos priežiūros, slaugos paslaugas, užtikrina ligų prevenciją ir gyventojų sveikatos kokybę.

Nuolat besikeičianti sveikatos priežiūros sistema skatina ieškoti naujų sisteminių priemonių teikiamų paslaugų kokybei gerinti bei valdyti. Pirminių sveikatos priežiūros centrų veiklos vadybos lygis, šiuolaikiškų gydymo, slaugos ir priežiūros priemonės ir būdai, naujausias žinias ir gydymo metodus taikantys medikai, darbuotojų kvalifikacijos kėlimo sistemos veiksmingumas, medicinos darbuotojų skaidri motyvavimo sistema, taip pat turi nemažai įtakos slaugos paslaugų kokybės valdymo tobulinimui.

Sveikatos priežiūros ir socialinės rūpybos sektorius vienas didžiausių sektorių Europoje; jame dirba apie 10 proc. ES darbuotojų. 2018 m. Lietuvoje yra apie 13 680 dirbančių ASP specialistų. Lietuvos užimtumo tarnyba informuoja, kad pernai sveikatos priežiūros specialistų trūko net 34 savivaldybėse, o perteklius buvo tik penkiose. 2016 m. duomenimis 11,08% dirbančių ASP specialistų buvo 70 metų ir daugiau.

Nacionalinės regioninės politikos prioritetuose iki 2030 metų pasisakoma dėl sveikatos paslaugų kokybės tobulinimo, jų prieinamumo. Įgyvendinant sveikatos apsaugos politiką

Lietuvoje, svarbiausias prioritetas yra siekis sukurti draugišką ir į pacientą orientuotą sveikatos sistemą. Svarbu užtikrinti veiklos tobulinimą, pagarbą paciento teisėms, o taip pat paslaugų prieinamumą ir kokybę, įtraukti visuomenę į sprendimų priėmimą (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

**Tyrimo problema.** Kokybė tampa vis svarbesne mūsų gyvenimo dalimi. Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybė, prieinamumas, pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis tiek pacientų, tiek medicinos personalo aspektu yra pakankamai išnagrinėtos Lietuvos autorių. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės planavimą, kokybės sistemų valdymą, kokybės užtikrinimą, vertinimą nagrinėjo Jankauskienė (2012, 2015), Bubnienė ir Ruževičius (2010), Janušonis (2004). Paslaugų kokybės prieinamumą ir priimtinumą, kokybės gerinimą sveikatos priežiūros įstaigose plačiai pateikė Štaras, Vedlūga, Kalvelytė (2013), Kosinskienė ir Ruževičius (2011), Jogilaitė (2016), Žiliukas ir kt. (2013), tačiau nėra pakankamai išanalizuotas sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymas pirminės sveikatos priežiūros centruose. Tiek Europos sąjungos tiek Lietuvos sveikatos sistemos viena iš pagrindinių siekiamybių yra užtikrinti gyventojams geriausios kokybės asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Analizuojant mokslinę literatūrą galima rasti įvairių pateiktų pasiūlymų apie sveikatos paslaugų kokybės gerinimo, vertinimo, tobulinimo sistemas pasitelkiant vadovavimą, žmogiškuosius išteklius, informacinės valdymo sistemas, kultūra ir paskatinimus. Tačiau nėra sukurtos asmens sveikatos priežiūros centrų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimo sistemų bei kokybės vertinimo rodiklių. Lietuvoje, įgyvendinant sveikatos reformą, optimizuojant įstaigų tinklą, ypatingai svarbus išlieka ambulatorinių paslaugų efektyvumo didinimas. Didėja atstumai iki specialistų, ilgėja eilės, senėja gyventojai, gyvenimo trukmė ilgėja, tad į žmogaus sveikatą reikia žvelgti holistiškai – apimant įvairius gyvenimo aspektus. Kaip teigiama Nacionaliniame sveikatos tarybos metiniame pranešime, sveikatos priežiūros kokybei užtikrinti reikšmingas pirminis lygmuo, t. y. pirminės sveikatos priežiūros komandos bendradarbiavimas su socialiniais darbuotojais, socialinės priežiūros tarnybomis ir kitų visuomeninių sektorių atstovais.

2011 m. Lietuvos Respublikos Seimo patvirtintuose Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenyse nustatytos nuoseklios ir kryptingos sveikatos sistemos plėtros, sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, sergamumo ir mirtingumo mažinimo, sveikatos priežiūros vadybos ir finansavimo tobulinimo, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės ir saugos gerinimo kryptys, kuriomis siekiama: a) sukurti efektyvią sveikatos priežiūros organizavimo sistemą, b) ugdyti gyventojų atsakomybę už savo sveikatą, c) tobulinti sveikatos sektoriaus reglamentavimo principus ir metodus. Metmenis, atsižvelgiant į jų priėmimo lygmenį, paskirtį ir trukmę, galima laikyti sveikatos sektoriaus plėtros ilgalaikio planavimo dokumentu. Sveikatos priežiūros sistemoje itin svarbu užtikrinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybė – tai veiksmingos, prieinamos, saugios ir į pacientą orientuotos paslaugos. Sveikatos priežiūros įstaigos jau dabar dirba konkurencingoje aplinkoje. Žmonių nuomonė apie suteiktas paslaugas labai priklauso ne tik nuo pačių paslaugų kokybės ir rezultatų (atliktas tyrimas, operacija, paskirti vaistai ir kt.), bet ir nuo daugelio veiksnių, susijusių su sveikatos darbuotojų elgesiu su pacientais ir jų tarpusavio santykiais, t. y. nuo psichologinių bei organizacinių/vadybinių veiksnių. Psichologiniai veiksniai sudėtingiau kontroliuojami ir negali būti visiškai eliminuoti. Tačiau organizaciniai vadybiniai veiksniai gali būti pašalinti ar jų įtaka sumažinama taikant veiksmingas priemones. (Asmens sveikatos priežiūros paslaugų...,2017) Kaip teigiama 2018 m. Valstybinio audito ataskaitoje, Lietuvos sveikatos rodikliai palyginti su ES šalimis nėra geri: mūsų piliečiai gyvena šešeriais metais trumpiau už vidutinį statistinį europietį, mirčių, kurių galima buvo išvengti po kreipimosi į gydymo įstaigą, skaičius Lietuvoje du kartus viršija ES vidurkį. Tyrime buvo analizuotas sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymas. Sveikatos priežiūros kokybės tiesioginiai dalyviai yra ne tik gydytojai, slaugytojos, pacientai, bet ir įstaigų vadovai. Tyrime naudotas pusiau struktūruotas interviu su įstaigų vadovais sveikatos priežiūros paslaugų kokybei nagrinėti. Gauti rezultatai padės atskleisti esamą situaciją ir apibrėžti pirminių sveikatos priežiūros centrų sveikatos paslaugų kokybės valdymo tobulinimo kryptis.

**Tyrimo tikslas** – ištirti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymą Radviliškio rajono pirminės sveikatos priežiūros centruose ir tyrimo rezultatų pagrindu suformuoti paslaugų kokybės valdymo tobulinimo kryptis.

**Tyrimo objektas** – sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymas.

**Tyrimo uždaviniai:**

1. Išanalizuoti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo teorinius aspektus;
2. Išnagrinėti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo tobulinimo tendencijas pasaulyje ir nepriklausomoje Lietuvoje;
3. Išanalizuoti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų strateginius dokumentus ir teisinį reglamentavimą;
4. Išnagrinėti Radviliškio pirminės sveikatos priežiūros centrų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo aspektus;
5. Pateikti pirminės sveikatos priežiūros centrų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo tobulinimo kryptis.

**Tyrimo metodai** – Teorinėje darbo dalyje, pasitelkiant Lietuvos ir užsienio mokslininkų teorines įžvalgas, analizuota sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo samprata, modeliai. Magistro darbe analizuojami Lietuvos Respublikos teisės aktai, remiamasi periodinių mokslinių leidinių straipsniais bei kitais atliktais tyrimais šia tema.

Empirinėje darbo dalyje, siekiant įvykdyti užsibrėžtus uždavinius, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo pirminės sveikatos priežiūros centruose tyrimo atlikimui vykdyta dokumentų analizė, teisinės bazės analizė. Taip pat naudojamas pusiau struktūruotas interviu metodas, informantais pasirenkant penkių Radviliškio rajono asmens sveikatos priežiūros įstaigų (ASPI) vadovus, atsakingus už sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir jų teikimą.

**Pagrindinis ginamas teiginys.** Įdiegti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo modeliai nepakankamai užtikrina pacientų teisėto noro į saugias, savalaikes ir prieinamas, kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas.

**Teorinis ir praktinis reikšmingumas.** Teorinis reikšmingumas: Analizuojant mokslinę literatūrą atskleisti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo teoriniai aspektai, išanalizuotos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo tendencijos pasaulyje ir sveikatos sistemos reformos Lietuvoje. Išanalizavus sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymą Radviliškio rajono pirminės sveikatos priežiūros centruose, suformuotos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo tobulinimo kryptys gali būti pritaikytos gerinant sveikatos priežiūros paslaugas.

Praktinė reikšmė: atliktas Radviliškio rajono pirminių sveikatos priežiūros centrų teisinis reglamentavimas ir savivaldybės vaidmuo gerinant sveikatos paslaugų kokybę. Atlikta sveikatos priežiūros centrų veikos analizė, kuri atskleidė pagrindinius sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo principus ir probleminius aspektus. Praktinė reikšmė pažymi kokybinio tyrimo rezultatų (rekomendacijų) pritaikomumą gerinant sveikatos priežiūros paslaugas ir užtikrinant nuolatinį jų tobulinimą.

**Tyrimo rezultatų sklaida** – Magistro darbo tyrimo rezultatai bus pristatyti Radviliškio rajono ASPI vadovams. Tyrimo rezultatus bus galima pritaikyti tobulinant sveikatos paslaugų kokybės valdymą.

# 1.Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo teorinės išvalgos.

## 1.1. Visuotinės kokybės vadyba paslaugų kokybės valdymo aspektu

Kokybės vadyba yra viena iš svarbiausių XX-ame amžiuje išplėtotų idėjų. Visuotinė kokybės vadyba, kaip veiksmingas organizacijos veiklos tobulinimo mechanizmas, pirmiausiai buvo pradėta taikyti pramonėje ir tik vėliau prigijo paslaugų sektoriuje. VKV iš esmės pakeitė Japonijos kompanijų naujovių ieškojimai, suteikę pirmenybę produkto kokybei ir šiuolaikiškai vadybai, pasitelkiant JAV ir Japonijos mokslininkus. Europoje visuotinės kokybės vadybos principai buvo pradėti taikyti (žr. 1.1 paveikslą) aštuntajame praėjusio amžiaus dešimtmetyje, o Lietuvoje, įvairios iniciatyvos, skirtos skatinti kokybės vadybos taikymą viešajame sektoriuje, pradėtos taikyti tik XXI amžiuje.

Kokybės vadybos taikymo pradžia	ES šalys narės
XX a. 8-asis dešimtmetis	Danija, Prancūzija, Ispanija, Jungtinė Karalystė
XX a. 9-ojo dešimtmečio pirmoji pusė	Belgija, Kipras, Italija, Nyderlandai, Lenkija, Portugalija, Švedija
XX a. 9-ojo dešimtmečio antroji pusė	Austrija, Čekijos Respublika, Suomija, Vokietija, Graikija, Vengrija, Airija, Latvija, Malta, Slovėnija
Nuo 2000-ųjų m. ir vėliau	Bulgarija, Estija, Lietuva, Liuksemburgas, Slovakija, Rumunija

### 1.1 pav. Kokybės vadybos taikymo viešajame administravime pradžia ES šalyse

Šaltinis: Nakrošis, Černiūtė, 2010, p. 65

Pasak Puškorius ir Raipos (2002), vienos iš pirmųjų institucijų, pradėjusių taikyti visuotinės kokybės vadybos galimybes, buvo Didžiosios Britanijos Nacionalinės sveikatos žinyba, edukacinės ir valstybės valdymo tarnybos Europoje ir JAV, nes apie 1990 m. visuotinė kokybės vadyba jau buvo plačiai žinoma tarp verslo struktūrų kaip gana rezultatyvi sistema, siekiant optimizuoti organizacijų veiklą forma. Kad galėtume valdyti kokybę, pirmiausia ją turime suprasti. Vartojant bendrinę kokybės sąvoką kasdieniame gyvenime, nekyla jokių problemų. Jų kyla tuomet, kai kokybę reikia apibrėžti, norint ją įvertinti ir valdyti. Iš pirmo žvilgsnio kokybės termino reikšmė nėra daugiaprasmiška, tačiau iš tiesų savo esme kokybė yra daugiamatė ir gal net subjektyvi sąvoka (Vyšniauskienė 2014). 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 (Vanagas 2004).

Nėra vieno visuotinės kokybės vadybos apibrėžimo. Kokybišką sveikatos priežiūrą Pasaulio sveikatos organizacija apibrėžia tokiais kokybės rodikliais: rezultatyvumu, efektyvumu,

prieinamumu, teisingumu, sauga ir priimtinumumu (Vanagas ir Rudzevičienė, 2007). Visuotinės kokybės vadybą specialistai supranta kaip procesą, apimantį pasitikėjimą, atsakomybę, orientaciją į vartotojus, efektyvumą. Ne mažiau svarbūs elementai Puškoriaus ir Raipos (2002).nuomone yra kokybės vertinimo standartai ir kriterijai, kokybės tobulinimo strategiją, kokybės metodų ir technikos tobulinimas, darbuotojų įtraukimas į kokybės gerinimo paieškas ir nuolatinis jų lavinimas. Vyšniauskienė (2015) daktaro disertacijoje aprašo D. Garvino išskirtus 5 pagrindinius požiūrius į kokybę:

1. *filosofiniu požiūriu* kokybiškas produktas turi „įgimtą pranašumą“ prieš kitus produktus (vienetinis gaminys, pagamintas rankomis, yra kokybiškesnis nei masinės produkcijos gaminys);
2. *produkto kokybė* yra vieno ar kito produkto požymio kiekio skirtumai. Šiuo požiūriu nėra vienareikšmio produkto požymio ir kokybės ryšio;
3. *kokybė vartotojui* – tai vartotojo reikalavimų produktui atitikimo lygis (įvertinus jo kainą). Minėtu požiūriu produkto kokybė ypač sunkiai nustatoma dėl skirtingų vartotojų skonių, skirtingų poreikių ir galimybių;
4. *kokybė gamyboje* apibrėžiama kaip „atitiktis standartams“. Nukrypimai nuo standartų yra defektas;
5. *vertės požiūriu* produktas yra kokybiškas, jei jis atitinka kliento keliamus reikalavimus (arba standartus) ir produktas yra pagamintas minimaliomis sąnaudomis.

Visuotinės kokybės vadybos tikslas – ne tik klientų poreikių tenkinimas, bet ir harmoningas organizacijos vystymasis ir gyvavimas, užtikrinantis optimalią paslaugos kokybę. Analizuojant kokybės terminą, susiduriama su apibrėžimų gausa. Skirtingi visuotinės kokybės vadybos teoretikai pateikia skirtingas sąvokas apibūdinančias šią sampratą. Keletas žymių VKV kūrėjų kokybės apibrėžimų: (Stoškus, Dikavičius, 2003).

1 lentelė

#### VKV teoretikų kokybės apibrėžimai

Kokybės vadybos teoretikai	Kokybės apibrėžimai
W. E. Deming	Su kokybe susiję veiksmai turi būti nukreipti į vartotojų dabartinius ir ateities lūkesčius;
M. J. Juran	Kokybė – tinkamumas naudojimui ar tikslui;
P. B. Corsby	Kokybė – atitikimas poreikiams, reikalavimams;
A. Faigenbaum	Kokybė – konkretaus gaminio atitikimas projektui ar modeliui laipsnis;
Nawell & Dale	Kokybė turi būti pasiekta penkiose pagrindinėse srityse: žmonės, įrenginiai, metodai, medžiagos ir aplinka pirkėjų poreikių atitikčiai užtikrinti;
Gilmore	Kokybė yra laipsnis, kurio konkretus gaminys patenkina konkretaus vartotojo poreikius.

Šaltinis: Stoškus, Dikavičius, 2003

Pasak Dikavičiaus ir Stoškaus (2003) paslaugos kokybę sunkiausiai išmatuoti, bet lengviausiai nusakyti. Paslaugų kokybė reiškia pasitenkinimo kiekiu, kurį iš tos paslaugos gauna vartotojas, kuo vartotojas labiau patenkintas, tuo paslauga geresnė. Galima teigti, kad kokybės apibrėžtis – vartotojo pasitenkinimas.

*Apibendrinant visuotinės kokybės vadybą paslaugų kokybės valdymo aspektu galima teigti, kad kokybiška paslauga ar prekė turi būti be defektų ar nuokrypių, ir savo savybėmis atitikti kliento poreikius. Paslaugų kokybė yra daugiamatė, subjektyvi sąvoka, ji turėtų būti tobulinama periodiškai peržiūrint procesus, juos gerinant ir įtraukiant į šią veiklą suinteresuotąsias šalis.*

## **1.2. Paslaugų kokybės valdymas sveikatos priežiūroje: samprata ir specifika**

Šiandieniniame sveikatos sistemos valdyme pokyčiai yra neatsiejami nuo gero, kokybiško valdymo principų diegimo. Kaip pabrėžia D. Šaparnienė (2011), viešojo sektoriaus institucijos, norėdamos pagerinti visuomenės gyvenimo kokybę, turi keistis suvokdamos, kaip svarbu tobulinti valdymo praktiką, paremtą gero valdymo principų taikymo strategijomis.

Štaro, Vedlūgos, ir Kalvelytės (2013) nuomone, sveikatos priežiūra yra ypatinga, su žmogaus sveikata susijusi veikla, todėl labai svarbu nuolatinę dėmesį skirti sveikatos priežiūros kokybei gerinti. „Bendrasis kokybės požiūris gali neatitikti specifinių sveikatos priežiūros paslaugų poreikių, tačiau kokybės principai ir strategijos gali būti naudojami bet kuriame lygmenyje, kuriame siekiama patenkinti žmogaus poreikius“. (Matsuda et.al 2000). Medicinos paslaugų kokybė, pagal Kosinskienę ir Ruževičių (2011), nėra abstraktus dalykas. Ji priklauso nuo labai konkrečių veiksnių – institucijos veiklos vadybos lygio, šiuolaikiškų gydymo priemonių ir būdų, naujausias savo srities žinias ir gydymo metodus taikančių medikų, darbuotojų kvalifikacijos kėlimo sistemos veiksmingumo, profesinių tarptautinių mainų, medicinos darbuotojų skaidrios motyvavimo sistemos. Pociūtės (2015) nuomone, sveikatos sistemos organizacijų paslaugos yra orientuotos į pacientą, todėl siekiama, kad tos paslaugos juos tenkintų. Sveikatos priežiūros paslaugos ypatingos tuo, jog pacientų poreikiai labai individualūs, todėl svarbu tiksliai juos vertinti, nedelsiant reaguoti bei teikti kvalifikuotas paslaugas ir nuolat tobulėti.

Žiliukas, Drungilienė ir Užkurėlytė (2013) nurodo, kad slaugos kokybės užtikrinimas priklauso ne tik nuo teisinių ar organizacinių normų, kokybės vertinimo funkcijų atlikimo, bet ir nuo pačių slaugytojų požiūrio į savo veiklą ir veiklos pažangą. Tie patys autoriai akcentuoja, kad geros patirties pritaikymas, profesinių gebėjimų tobulinimas tinkamo slaugytojų darbo organizavimas, jų mokymas, taip pat svarbūs kriterijai užtikrinantys sveikatos paslaugų kokybę. Fondahn ir Lane (2016) akcentuoja, kad sveikatos priežiūros paslaugos turi būti savalaikės ir



prieinamos, tai daro įtaką ne tik pacientų pasitenkinimui, bet ir parodo bendrą įstaigos darbo kokybę, įstaigos veikimą. Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. strategijoje įvardytas siekis gerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni, pailgėtų jų gyvenimo trukmė, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai tarp regionų. Sveikatos priežiūros kokybė, jos užtikrinimas ir nuolatinis gerinimas tampa kasdienine praktika, ypatingą dėmesį skiriant sveikatos priežiūros prieinamumui, tęstinumui, teisingumui, veiksmingumui, efektyvumui, pacientų saugai bei kitiems komponentams.

Lietuvoje vieningos asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistemos nėra. Pasak Jonaitytės (2010), nustatant sveikatos priežiūros kokybės tikslus ir uždavinius nėra nuoseklaus bendradarbiavimo ir grįžtamojo ryšio tarp paslaugų organizatorių, teikėjų ir vartotojų. Reikia paminėti, kad paslaugų gavėjai (pacientai) neįtraukiami į kokybės sistemos formavimą ir vystymą, o tai, žinoma, neigiamai atsiliepia sveikatos priežiūros kokybei. Sveikatos paslaugų kokybę pacientas supranta kaip pagydymą be klaidų ar tiesiog reikiamos informacijos suteikimą.

Štaras ir kt. (2013) išskiria tris kokybės dimensijas, į kurias svarbu atsižvelgti sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms organizacijoms, tam, kad sukurtų nuolatinės sveikatos priežiūros kokybės gerinimo sistemą:

1. Paciento suvokiama kokybė yra tai, ko pacientai tikisi iš sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų. Paciento suvokiama kokybė apima jo lūkesčius, kokių jis tikisi arba kokių paslaugų galėtų gauti. Jam svarbu ir ligos diagnozė ir saugumas teikiant paslaugas. Pacientas labiau vertina ne tai, kaip organizuojama paslauga ar koordinuojamas gydymo procesas, bet labiau akcentuoja emocinį ir psichosocialinį sveikatos priežiūros aspektus.
2. Profesionalioji kokybė – apima tai, ar sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos kvalifikuotai, ar jos atitinka pacientų teisėtas reikmes ar įstaigoje patvirtinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo standartai (procedūros). Profesionalioji kokybė vertinama audito metu lyginant esamos padėties atitikimą standartų reikalavimams.
3. Valdymo kokybė – efektyvus ir produktyvus išteklių naudojimas, laikantis sveikatos priežiūros įstaigoms vadovaujančių institucijų nurodymų ir įsakymų. Vertinamas kokybės sistemos funkcionavimas pagal įstaigoje nustatytus prioritetus, patvirtintus standartus ir vidaus darbo taisykles.

Viena iš kokybės dimensijų yra profesionalioji kokybė. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programoje (2017) iškeltas tikslas – pagerinti šalies gyventojų sveikatą, nuolat tobulinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų administravimą. Tikslui pasiekti iškelti uždaviniai:

1. siekti, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybė būtų orientuota į pacientų poreikius ir lūkesčius;

2. gerinti gyventojams teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų saugą, stebėseną, kontrolę ir vertinimą;

3. tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ASPĮ kokybės vadybą.

Tikslo ir uždavinių įgyvendinimo vertinimui pateiktas priemonių planas (7 priedas). Nurodyti atsakingi vykdytojai, kurie kasmet privalo pateikti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai informaciją apie programos priemonės įgyvendinimą per praėjusius kalendorinius metus.

A. Donabedianas (1996) pasiūlė kokybės sistemos vertinimo modelį, pagrįstą organizacine struktūra, procesais ir veiklos rezultatais.

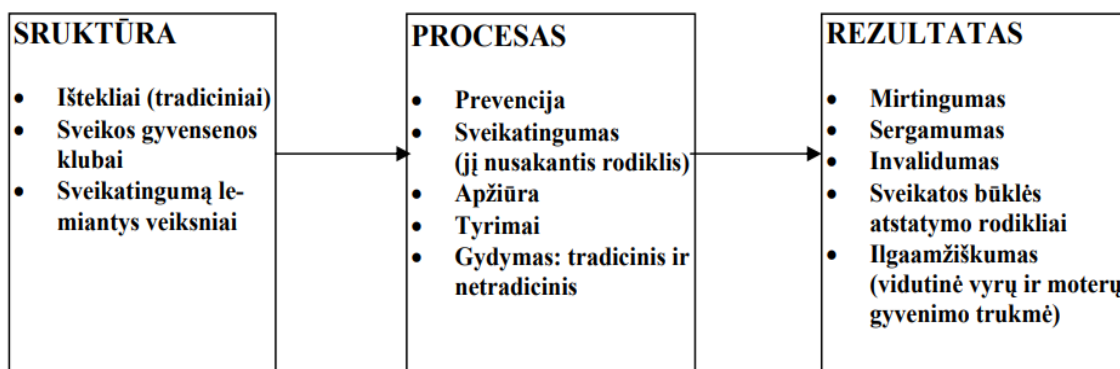
Struktūra susideda iš žmogiškųjų išteklių (personalo mokymo ir jų įgūdžių); materialinių išteklių (įrangos išteklių pakankamumo); fizinės ir organizacinės aplinkos. Kuo efektyviau išnaudojama struktūra, tuo sveikatos paslaugų kokybė aukštesnė.

Procesas pagal A. Donabedianą tai, kad pacientams reikia naudoti jiems tinkamus gydymo ir diagnostikos būdus, gydytojui dirbant su klientu – veiksmų įvairovė. Priežiūros proceso komponentai nesusiję su kokybe iki to momento, kol jų nepradedame sieti su trokštamą pasiekti rezultatu – sveikatos būkle.

Rezultatas tai paciento esamos ir būsimos sveikatos būklės pokyčiai, kurie įvyko dėl suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų.

Šio vertinimo esmė yra ta, jog sveikatos priežiūros struktūros priklausančios nuo išteklių bei politikos, komunikuoja procesus, kurie turi įtakos pacientų rezultatams.

Smilga ir Janušonienė (2005), analizuodami A. Donabediano išskirtus tris kokybės vertinimo komponentus - struktūrą, procesą, rezultatą, pasiūlė savo papildytą ir patobulintą visuomenės sveikatos palaikymo modelį.



1.2 pav. Visuomenės sveikatos palaikymo modelis

Šaltinis: Smilga, Janušonienė, 2005

**Struktūrą** sudaro tokie pagrindiniai duomenys: ištekliai (lovų, sveikatos priežiūros profesionalo skaičius, vaistai ir pan.), būtini teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, ir

sveikatingumą lemiantys veiksniai (gyvenamosios aplinkos, gyvenimo būdo, sveikatos apsaugos sistemos), glaudžiai susiję su šių išteklių kiekiu. Čia ypač svarbus gyvenimo būdas, kuriam įtakos turi sveikos gyvensenos klubai.

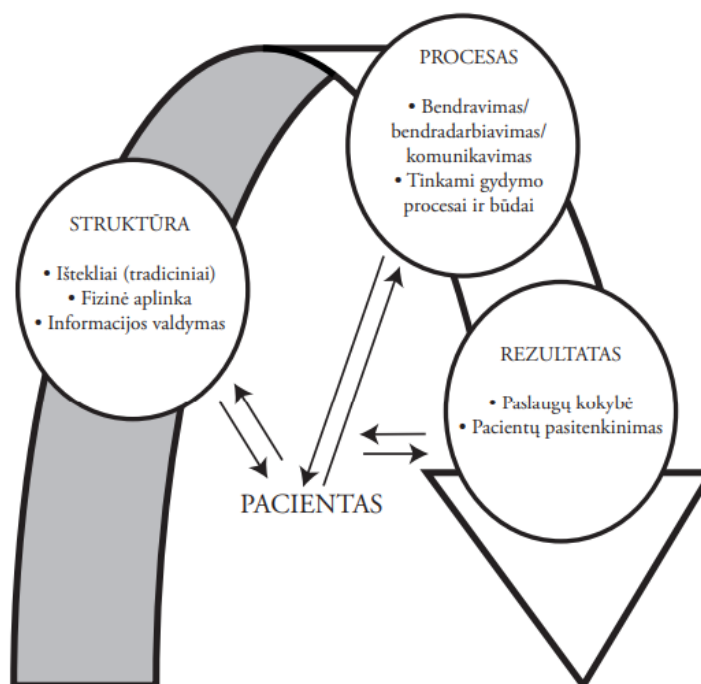
**Procesas** susijęs ne tik su procedūromis ir intervencijomis (tokiomis kaip tyrimai, gydymas), kurių tikslas – paversti struktūrinius veiksnius ir išteklius sveikatos rezultatais. Itin svarbu prevencija ir pacientų švietimas.

**Sveikatos rezultatai** rodo mirtingumo, gyvenimo trukmės, sergamumo, invalidumo ir gyvenimo kokybės rodiklius (PSO, 2000). Svarbu įvertinti gydymo proceso rezultatus, laikantis holistinių pozicijų, žvelgiant į žmogų kaip į visumą, neskaidant jo į atskirus organus ir ligas, akcentuojant ne ligų gydymą, bet sveikatos išsaugojimą, jos grąžinimą iki buvusio lygio ar bent iki įmanomo. Ir dar daugiau, suvokimas, kad sveikatos rezultatą lemia ne tik sveikatos apsauga, bet ir kitos socialinės investicijos (švietimas, socialinė apsauga, užimtumas, supanti aplinka) bei jų tarpusavio ryšiai, leidžia praplėsti rezultatų visumą ir turinį (Smilga, Janušonienė, 2005).

Fondahn ir Lane (2016) mano, kad pirminė sveikatos priežiūra jau šiandien susiduria su pacientų saugos ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybės pokyčiais, ir ateityje sulauks vis didesnio spaudimo kurti ir išlaikyti kokybiškas ir saugias sveikatos priežiūros paslaugas. Autoriai teigia, kad sveikatos priežiūros paslaugų gerinimas turėtų apimti:

- Personalo mokymą;
- Pagrindinių tobulintinų sričių nustatymą;
- Tobulinimo kliūčių nustatymą ir pašalinimą;
- Kokybės ir saugos klausimų stebėjimo sistemos sukūrimą;
- Atsakomybių ir atskaitomybių priskyrimą stebėjimui;
- Remti teisingą kultūrą ir pranešti apie klaidas;
- Pacientų įtraukimą.

Kosinskienės ir Ruževičiaus (2011) teigimu, sveikatos priežiūros kokybės sistemos pagrindiniai dalyviai yra įstaigų vadovai, gydytojai, slaugytojos, aptarnaujantis personalas, farmacijos specialistai ir pacientai. Pagrindinė šio proceso dalis - pacientas, kuris ir sujungia visas sveikatos priežiūros kokybės sistemos dalyvius. Pacientai, tiesiogiai dalyvaudami sveikatos priežiūros procese, gali nurodyti tai, kas jiems yra svarbiausia, o kas mažiau reikšminga (Donabedian, 1980).



**1.2.1 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės palaikymo ir gerinimo modelis**

Šaltinis: Kosinskienė, Ruževičius, 2011

*Analizuotose mokslinės literatūros šaltiniuose paslaugų kokybės vadybos samprata neatsiejama nuo tinkamos struktūros, koordinuotos veiklos su veikainčiais procesais, tam kad būtų pasiekti užsibrėžti tikslai. Sveikatos paslaugų kokybės sampratą formuoja tiek organizacijos teikiančios paslaugas, tiek pacientai, todėl svarbu jog jų suvokiamas požiūris į kokybę sutaptų. Nevienodi požiūriai ir skatina nuolat ieškoti bendrų sąlyčio taškų, kartu spręsti iškilusias problemas bei siekti rezultatų, tenkinančių visas suinteresuotas puses. Siekiant užtikrinti ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, svarbu sveikatos priežiūrą orientuoti į pacientą, kreipiant dėmesį jo sveikatos priežiūros poreikius ir lūkesčius. Visuotinės kokybės vadybos efektyvumas neatsiejamas nuo sėkmingo vadovavimo. Vadovavimas suprantamas kaip veiklos kryptių ir tikslų nustatymas, pasitikėjimas žmonėmis, palankios aplinkos kūrimas kokybės tikslams siekti ir strategijos turėjimas.*

### **1.3. Teoriniai sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo modeliai ir metodai**

Čiegio ir Jurevičienės (2010) nuomone šiuolaikinėmis teorijomis besiremianti sveikatos priežiūros kokybės politika, visuomenės sveikatos rizikos valdymas, visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros sistemų perorientavimas, technologijų vertinimas, statistinė procesų kontrolė yra svarbiausi sveikatos priežiūros kokybės momentai.

Valdomos sveikatos priežiūros tikslas, kaip teigia V. Janušonis (2008), yra keisti paslaugų teikėjų elgseną, atkreipiant jų dėmesį į tris pagrindines kryptis: sveikatos priežiūros vadybą, sveikatos priežiūros kokybę ir įrodymais pagrįstą sveikatos priežiūrą.

Siekiant tolesnio sveikatos priežiūros sistemos progreso, visi šios sistemos dalyviai turi dirbti efektyviai, naujoviškai, sutelkdami visą dėmesį į savo veiklos administravimo ir visų procesų kokybės valdymo lygį. „Sveikatos priežiūros institucijų veiklos kokybės valdymas iš esmės yra pokyčių valdymo procesas, susiformavęs visuotinės kokybės vadybos pagrindu“ (Kosinskienė, Ruževičius 2011).

Sveikatos priežiūros organizacijose taikomi kokybės valdymo modeliai ir metodai turi būti adaptuoti tos organizacijos veiklos pobūdžiui. Tikslas – gerinti veiklos kokybę, įtvirtinant ją darbo tvarkomis, standartais ir kitais dokumentais, pagrindžiant argumentais, kad teikiamos paslaugos visada tenkins pacientų reikalavimus, nes to garantija – sertifikuota kokybės vadybos sistema (Čiegis, Jurevičienė 2010). Kokybės valdymo metodų ir modelių įgyvendinimo grandinėje svarbų vaidmenį turi įstaigų vadovai. Aukščiausio lygio vadovai, norėdami sėkmingai vykdyti iškeltus uždavinius paslaugų kokybei gerinti, pasak P.F. Drucker (2004), turi turėti gerai subalansuotą, darnią komandą. Pagrindinis vadovo tikslas – panaudoti kiekvieno komandos nario stipriąsias savybes.

Šiai minčiai pritaria Krikščiūnienė ir Šaparnis (2008) pabrėždami, kad skaidrus ir sistemingas vadovavimas užtikrina kryptingą ir sėkmingą organizacijos veiklą. Geri rezultatai pasiekiami įgyvendinant ir prižiūrint kokybės vadybos sistemą, kurios esmė ir yra, kad būtų pastoviai gerinami įmonės veiklos rezultatai, skaitantis su visų suinteresuotų dalyvių poreikiais.

Bagdonienė ir Hopenienė (2004) teigia, kad vartotojo ir paslaugos teikėjo ryšiai, tiek ir vartotojo dalyvavimas veikia paslaugos rezultata ir kokybę. Pabrėžtina, jog kiekvieno paslaugų vartotojo poreikiai yra individualūs. Vartotojo reikšmė įpareigoja paslaugos teikėją nuodugniai išnagrinėti visus veiksnius ir priimti reikiamus sprendimus.

Siekiant efektyvaus ir veiksmingo sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo, suteikiant aukštesnio lygio paslaugas pacientams, sveikatos priežiūros įstaigose buvo pradėti diegti kokybės rodiklių vertinimo modeliai.

Bagdonienė ir Hopinienė (2004), pateikia plačiai pasaulyje nagrinėjamus ir naudojamus kokybės tyrimų modelius:

**Kokybės spragų modelis** (A. Parasuraman, V. A. Zeithaml ir L. Berry 1985). Kokybę formuoja du subjektai: vartotojas ir paslaugų teikėjas. Modelis atskleidžia, kaip įvairios spragos paslaugų teikimo procese gali paveikti vartotojo kokybės suvokimą.

**4Q kokybės modelis** (E. Gummesson 1987). Vartotojo suvokiama kokybė, veikiama vartotojų lūkesčių, patirties ir paslaugų teikėjo įvaizdžio, bei 4 pagrindiniai kokybę lemiantys šaltiniai: projektavimas, gamyba, pateikimas ir ryšiai.

**A. Mayer ir R. Mattmuller kokybės modelis** (A. Mayer ir R. Mattmuller 1987). Kokybei įtaką daro vartotojo indelis ir 4 dalinės kokybės: potenciali paslaugos teikėjo, vartotojo, proceso ir rezultato.

**Įvertinimo modelis** (B. Edvardsson ir B.O. Gustavsson 1988,1990). Šis modelis padeda nagrinėti kokybės klaidas ir iškilusias problemas. Atskleidžia sritis, veiksnius, struktūras ir procesus, kuriuos derėtų modifikuoti.

**Apibendrintas paslaugų kokybės modelis** (A. Brogowicz, I. Delene ir D. Lynth 1990). Modelio centras – techninės ir funkcinės kokybės koncepcija, papildyta kokybės spragomis, dimensijomis ir veiksniais, sąlygojančiais jos suvokimą.

**Bendrai suvoktos kokybės modelis** (Ch. Gronroos 1990). Bendroji kokybė apibūdinama dviem dimensijomis: technine (ką vartotojas gauna paslaugos metu) ir funkicine (kaip teikiama paslauga).

**W. Muller kokybės modelis** (W. Muller1993). Tai individualus vartotojo paslaugos kokybės vertinimas iki paslaugos vartojimo, ją vartojant ir po vartojimo.

**Ydingo ir pozityvaus ratų modelis** (R. Norman 1994) Nuo kliento ir paslaugos teikėjo abipusio pasitenkinimas, bei darbuotojų motyvacijos priklauso paslaugų kokybė.

Pagal A. Kosinskienę ir J. Ruževičių (2011) įdiegus kokybės vadybos modelį, organizacija valdoma kaip vientisa sistema. Kokybės vadybos sistema gali būti veiksmingas tarpinis laiptelis prieš diegiant organizacijoje visuotinės kokybės vadybą.

A. Kosinskienė ir J. Ruževičius (2011) pabrėžia, kad sveikatos priežiūros įstaigose diegiami įvairūs konceptualūs kokybės vadybos metodai, tokie kaip Bendrasis vertinimo modelis (BVM), Europos kokybės vadybos fondo (EFQM) veiklos tobulumo modelis, Šešių sigmų modelis ir kt., tačiau dažniausiai diegiamos kokybės vadybos sistemos, atitinkančios tarptautinio ISO 9001 standarto reikalavimus. Įrodyta, kad tinkamai parinkta ir įgyvendinama strategija leidžia pasiekti norimų rezultatų gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę (Janušonis, 2004).

Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymu Nr. V-338 „Dėl Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“ (Žin., 2008, Nr. 53-1992) patvirtintas minimalus asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašas. Šiame apraše nurodytos pagrindinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kryptys teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei gerinti taip pat nustatyti vidaus medicininio audito darbo principai įstaigose.

Apžvelgus mokslinėje literatūroje pateiktus kokybės valdymo modelius, metodus bei sistemas, galima teigti, kad įvairių paslaugų vertinimui ir valdymui taikomos valdymo ir vertinimo metodikos yra pritaikomos ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymui. Praktiškai visuose teoriniuose modeliuose dominuoja šie pagrindiniai etapai: standartų sukūrimas, duomenų rinkimas ir analizė, problemų identifikavimas, sprendimų priėmimo iniciavimas, sprendimų priėmimas ir įgyvendinimas.

### 1.3.1. Kokybės vadybos standartai ISO 9001:2008, 9001:2015

2015 metų gruodžio 10 dienos Lietuvos Respublikos sveikatos ministro įsakymu Nr. V-1433 „Dėl šakinės korupcijos sveikatos priežiūros sistemoje 2015-2019 metų programos patvirtinimo“ priemonių plane, aštuntame uždavinyje „Gerinti valdymo kokybę. ASPĮ sudaryti antikorpacinę aplinką“ buvo numatyta įdiegti visose sveikatos sistemos įstaigose kokybės vadybos sistemą LST EN ISO 9001:2008 (1.2 lentelė).

1.2 lentelė

#### ISO 9001-2008 įdiegimas sveikatos priežiūros įstaigose

8 UŽDAVINYS. GERINTI VALDYMO KOKYBĘ. ASPĮ SUDARYTI ANTIKORUPCINĘ APLINKĄ					
Eil. Nr.	Problema	Priemonė	Vykdytojas(-ai)	Įvykdymo terminas	Laukiamo rezultato vertinimo kriterijai
0	Ne visose sveikatos sistemos įstaigose yra įdiegta kokybės vadybos sistema pagal LST EN ISO 9001:2008 „Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai“	8.1.Sveikatos sistemoje įdiegtų kokybės vadybos sistemų analizės atlikimas	SAM Korupcijos prevencijos skyrius	2016 m. vasario 29 d.	Nustatytos sveikatos sistemos įstaigos, kuriose nėra įdiegta kokybės vadybos sistema pagal LST EN ISO 9001:2008 „Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai“
1		8.2.Kokybės vadybos sistemos pagal LST EN ISO 9001:2008 „Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai“ įdiegimas sveikatos sistemos įstaigose, kuriose ji nėra įdiegta.	Sveikatos sistemos įstaigos vadovas	Iki 2019 m. gruodžio 31 d.	Visose sveikatos sistemos įstaigose įdiegta kokybės vadybos sistema pagal LST EN ISO 9001:2008 „Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai“
2		8.3. Įdiegtos Kokybės vadybos sistemos pagal LST EN ISO 9001:2008 „Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai“ reikalavimų vykdymas	Sveikatos sistemos įstaigos vadovas	Nuolat	Atitiktis LST EN ISO 9001:2008 „Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai“ reikalavimams

Šaltinis: adaptuota pagal 2015-12-10 Lietuvos Respublikos sveikatos ministro įsakymą Nr. V-1433

2018 m. vasario 6 dienos Lietuvos Respublikos sveikatos ministro įsakymu Nr. V-139 buvo atšauktas reikalavimas įdiegti visose sveikatos sistemos įstaigose kokybės vadybos sistemą LST EN ISO 9001:2008. Priežastis šio sprendimo – nuo 2018 m. rugsėjo 15 d. kokybės standartas ISO 9001:2008 nustoja galioti. Naujo, sveikatos apsaugos ministro, nurodymo, įsakymo ar priemonių plano, kad visose sveikatos sistemos įstaigose būtų diegiamas pažangiausias (šiai dienai) kokybės standartas ISO 9001:2015 nėra. Šio kokybės standarto įdiegimas paliktas pačių sveikatos priežiūros įstaigų vadovų atsakomybėje.

ISO 9001:2015 standartas akcentuotas į sekančius kokybės vadybos principus:

1. orientacija į klientą;
2. lyderystė;
3. darbuotojų įtraukimas;
4. procesinis požiūris;
5. gerinimas;
6. įrodymais pagrįstų sprendimų priėmimas;
7. santykių valdymas.

Kokybės vadybos standartas ISO 9001:2015 tai reikalavimų rinkinys, kuriame susisteminta pažangiausių pasaulio įmonių valdymo patirtis. Įmonei įdiegus kokybės vadybos sistemą ISO 9001:2015 įvardijami šie privalumai:

1. organizacija taps vientisa sistema, kurios valdomi procesai įtakos kokybiškų paslaugų/produktų sukūrimą;
2. bus optimizuota įmonės struktūra, konkrečiai apibrėžtos pareigybės ir atsakomybės;
3. patobulinti darbo veiklos procesai ir organizavimas;
4. padidės klientų pasitenkinimo suteiktomis paslaugomis/įsigytais produktais lygis;
5. bus pašalinti besidubliuojantys procesai;
6. procesai taps tikslūs, lengvai pamatuojami ir įvertinami;
7. išvengsite klaidų;
8. sutaupysite laiko sprendžiant problemas;
9. padidės Jūsų įmonės produktyvumas;
10. sutaupysite lėšų;
11. padidės darbuotojų drausmė, pagerės bendradarbiavimas, kas padidins darbuotojų motyvaciją ir lojalumą.

ISO 9001:2015 standarto pagrindiniai pasikeitimai tai geresnis suderinamumas su kitomis kokybės vadybos sistemomis, į reikalavimus įtraukta rizikos sąvoka ir valdymas, labiau akcentuojamas procesinis valdymas. Kaip teigia Vyšniauskienė (2014), šis standartas paremtas



konceptija, kad tam tikros mažiausios kokybės vadybos sistemos charakteristikos gali būti standartizuotos ir susijusios su proceso, o ne prekės ar paslaugos kokybe. Nuo 1987 m. pirmo pasaulyje standarto išleidimo, ISO 9000 serijos standartų naudojimas kasmet vis didėja. Lietuvoje šios kokybės vadybos sistemos pradėtos diegti tik 1995 m. Aktyvesnis standartų taikymas pradėtas 2004 metais Lietuvai įstojus į Europos Sąjungą. Visuotinės kokybės vadybos sąvoka kasmet įgauna didesni susidomėjimą, pripažinimą ir šiuo metu ISO 9001 standartą yra įsidiegę daugiau nei 1800 įmonių (Standartizacijos departamentas, 2018).

*Apibendrinant svarbu pabrėžti, kad ISO 9000 serijos standartai, kaip kokybės vadybos metodas pasaulyje yra populiariausias. Įdiegtų ISO standartų skaičius kasmet vis didėja. Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose, kokybės vadybos modelio diegimas nėra numatytas jokiais teisės aktais ir sveikatos priežiūros organizacijose nėra privalomas. Tačiau organizacijos matydamos kokybės vadybos modelio privalumus ir siekdamos teikiamų paslaugų kokybės, konkurencinio pranašumo, diegiasi kokybės vadybos sistemą savanoriškai, administracijos arba steigėjų iniciatyva.*

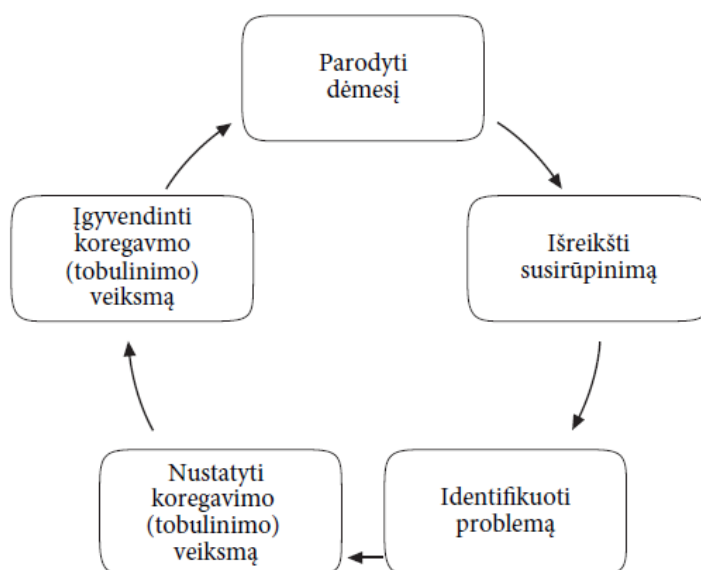
#### **1.4. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo ypatumai**

Kaip teigia Jakubynaitė ir Kaselienė (2016) sėkmingai veikianti, racionaliai naudojanti turimas lėšas bei garantuojanti gerą teikiamų paslaugų kokybę pirminė sveikatos priežiūra yra šalies sveikatos sistemos pagrindas. Pirminę sveikatos priežiūrą Raila (2009) įvardija, kaip tiltą tarp visuomenės sveikatos, asmens bei jo šeimos, kuris visuomenei suteikia galimybę ne tik gydytis, bet ir atlikti ligų prevenciją.

Pirminei ambulatorinei asmens sveikatos priežiūrai priskiriamos trijų rūšių paslaugos:

1. pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra – tai nespacializuotų kvalifikuotų sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų pagal šeimos gydytojo, bendrosios praktikos slaugytojo ar akušerio medicinos normų reikalavimus ambulatorinėje sveikatos priežiūros įstaigoje (šeimos gydytojo kabinete, poliklinikoje ar kt.), pacientų namuose ar globos įstaigose, kompleksas;
2. pirminė ambulatorinė odontologinė sveikatos priežiūra – tai nespacializuotų kvalifikuotų odontologinių sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų pagal gydytojo odontologo medicinos normos reikalavimus, kompleksas;
3. pirminė ambulatorinė psichikos sveikatos priežiūra – tai kvalifikuotų pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų kompleksas, teikiamas psichikos sveikatos centruose arba įstaigose, atitinkančiose psichikos sveikatos centrų reikalavimus.

Pagal Bubnieneį ir Ruževičių (2010) saugios ir aukštos kokybės pacientų priežiūros pagrindas – komandinis darbas, medicinos personalo vidinė komunikacija bei komunikavimas su pacientais. Paslaugų gerinimo komandą turi sudaryti vadovai, gydytojai ir slaugytojai. Komunikacijos stoka yra viena pagrindinių pacientų nepasitenkinimo priežasčių. Šiai problemai spręsti naudojamas „SBAR“ modelis, kuris leidžia pagerinti ir komunikaciją (1.4 pav.). Bendrosios praktikos slaugytojo ryšio su pacientais svarbą nurodo J. L. Fasche (2004), įvardindamas, kad užkirsti kelią ligoms ar nustatyti ankstyvas jų stadijas, gali tvirti ir nuolatiniai slaugytojų ryšiai su pacientais ar sveikais bendruomenės asmenimis. Kokybiška pacientų priežiūra negali būti suteikta be kompetentingų slaugytojų (Welsh, 2004).

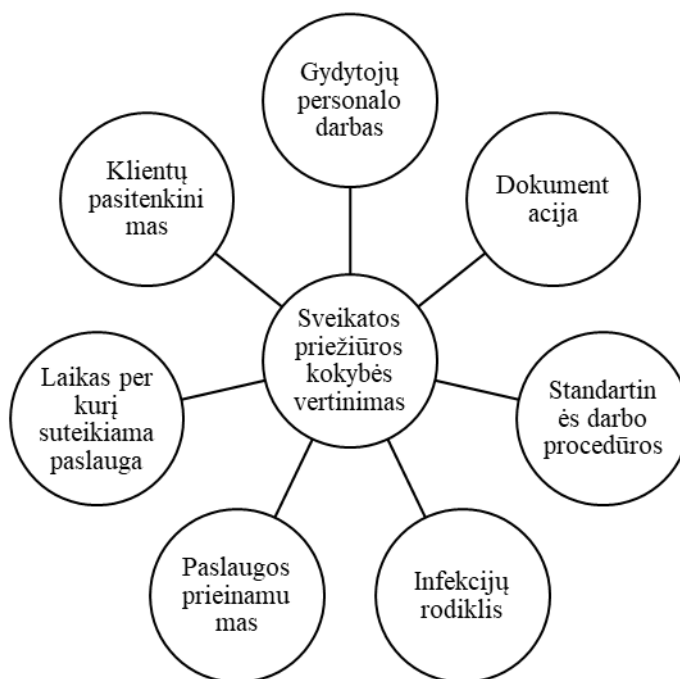


**1.4 pav. Sveikatos priežiūros sprendimų modelis**

Šaltinis: sudaryta pagal Kempf-Leonard, 2004

Šileikaitė ir Kudukytė-Gasperė (2011) teigia, kad vertinant suteiktų paslaugų kokybę išskiriamas svarbus faktorius, turintis įtakos pacientų nuomonei – sveikatos darbuotojų elgesys, t. y. ar poliklinikose su pacientais elgiamasi pagarbiai, ar atidžiai juos išklauso, ar sveikatos darbuotojai suprantamai suteikia informaciją ir t. t.

Kaip rodo daugybė atliktų tyrimų – patenkinti klientai – svarbiausias sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklis. Gupta, Rokade (2016), išskiria parametrus, pateiktus 1.4.1 pav. naudingus vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

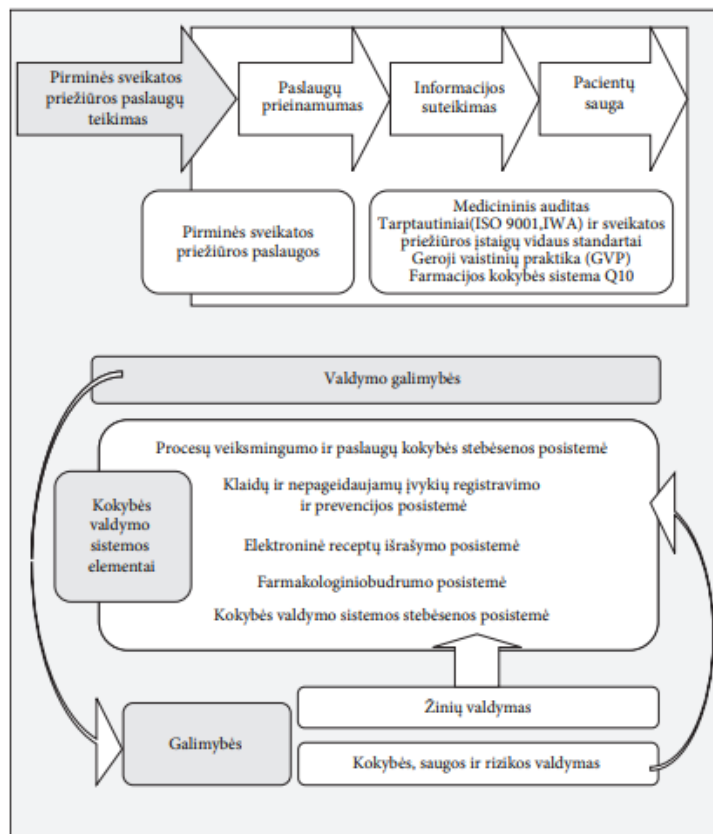


**1.4.1 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo parametrai**

Parengta darbo autorės: šaltinis, Gupta, Rokade (2016).

Pirminė sveikatos priežiūra ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimas orientuotas į pacientų poreikius. Pacientams svarbu slaugos darbuotojų prieinamumas, priėmimo laikas ir kitos paslaugos. Taigi pacientų pasirinkimui gydymo įstaigos, didžiausią įtaką turi teikiamos aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugos (Šileikaitė, Kudytė-Gasparė 2011).

Bubnienė ir Ruževičius (2010) siūlo medicinos paslaugų kokybės valdymo modelį, kuris būtų taikytinas pirminės sveikatos priežiūros įstaigose (1.4.2. pav.). Modelis apima pagrindinius sveikatos priežiūros aspektus teikiamų paslaugų prieinamumą, informacijos suteikimą ir pacientų saugą.



**1.4.2 pav. Pirminės sveikatos priežiūros medicinos paslaugų kokybės valdymo modelis**

Šaltinis: Ruževičius J., Bubnienė D. 2010

Radavičiūtė (2015), nurodo septynis pirminės sveikatos priežiūros centrų paslaugų teikimo principus:

1. pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, kokybė, veiksmingumas, priimtumas, teisumas;
2. sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumas ir saugumas;
3. pirminės sveikatos priežiūros specialistų kompetencija;
4. orientacija į žmogų;
5. orientacija ne į ligų gydymą, bet ir į sveikatos išsaugojimą ir gerinimą, ligų profilaktiką;
6. holistinis priežiūros į žmogų (fizinė, psichinė ir socialinė gerovė);
7. orientacija į asmens bei šeimos ir bendruomenės sveikatos poreikius.

Kaip traktuoja Šileikaitė ir Kudukytė-Gasperė (2011) pirminė sveikatos priežiūra turi pasirūpinti kompleksine asmenų, šeimos, bendruomenės sveikatos priežiūra. Antrinio ir tretinio lygio sveikatos tarnybos turėtų vaidinti pagalbinį vaidmenį, atlikdamos tik tas diagnostines ir terapines procedūras, kurios yra specializuotos arba labai brangios ir neprieinamos PSP grandžiai. Pirminė sveikatos priežiūra turėtų išspręsti 80 proc. sveikatos problemų.

*Apžvelgus mokslinę literatūrą, galima teigti vienas svarbiausių sveikatos priežiūros tikslų yra siekis, kad gyventojams būtų teikiamos kokybiškos, saugios ir prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, pagal sveikatos priežiūros lygį skirstomos į: pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias įstaigas ir*

*orientuotos į asmens ir bendruomenės sveikatos problemų sprendimą, teikiant sveikatos stiprinimo, ligų diagnostikos ir gydymo paslaugas. Paslaugų prieinamumas, orientacija į pacientą, paslaugų saugumas ir veiksmingumas yra svarbūs sveikatos priežiūros paslaugų kokybės aspektai.*

### **1.5 Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tobulinimo tendencijos pasaulyje**

Žmonių teisė į tinkamą sveikatos priežiūrą yra akcentuojama tarptautiniu bei nacionaliniu lygiu priimtuose dokumentuose. Pirmoji tarptautinė iniciatyva, kurios dėka pradėta telkti visų šalių įsipareigojimus ir pastangas siekiant, kad kiekviena šalis garantuotų medicinos pagalbą savo piliečiams, buvo 1978 metų Almatos deklaracija. Deklaracijoje akcentuojama, sveikatos apsauga yra kiekvieno žmogaus, nepriklausomai nuo jo rasės, religijos, politinių įsitikinimų, ekonominės ir socialinės padėties, viena iš pagrindinių teisių. Pirminė asmens priežiūra užima labai svarbų vaidmenį išsaugant ir gerinant visuomenę sveikatą. Ji laikoma svarbiausia sveikatos sistemos grandimi ir sveikatos priežiūros pamatu. Šis principas buvo visuotinai pripažintas Alma-Atos deklaracijoje.

Almatos deklaracijoje pateikiami keturi pagrindiniai pirminės sveikatos priežiūros strategijos tikslai:

1. perorientuoti sveikatos paslaugų teikimą, taip, kad PSP taptų sveikatos sistemos pagrindu, o antrinė ir tretinė sveikatos priežiūra ją papildytų;
2. gyvensenos ir aplinkos veiksnių įtakos sveikatai įvertinimas bei sektorių bendradarbiavimas turėtų tapti sveikatos politika;
3. padidinti bendruomenės ir individo atsakomybę už savo sveikatą ir sprendimus dėl sveikatos apsaugos;
4. veiksmingai naudoti išteklius ir daugiau jų skirti PSP stacionarinei grandžiai.

Tai iš esmės buvo naujas požiūris apie pirminės sveikatos priežiūros funkcijas, kurios įtraukė ne vien ligų gydymą, bet ir rūpinimąsi visuomenės sveikata, pabrėžiant medicininės, visuomenės sveikatos bei socialinės priežiūros – svarbą ir būtiną jų bendradarbiavimą.

1986 metų Otavos chartija, nežiūrint praėjusių metų, iki šiol yra pagrindinis sveikatos stiprinimo dokumentas. Chartijoje suformuluotas sveikatos stiprinimo apibrėžimas yra aktualus pasaulyje ir šiandien.

**Sveikatos stiprinimas yra procesas, suteikiantis daugiau galimybių rūpintis savo sveikata ir ją gerinti.**

Sveikatos stiprinimo veikla, pagal Otavos chartiją, reiškia:

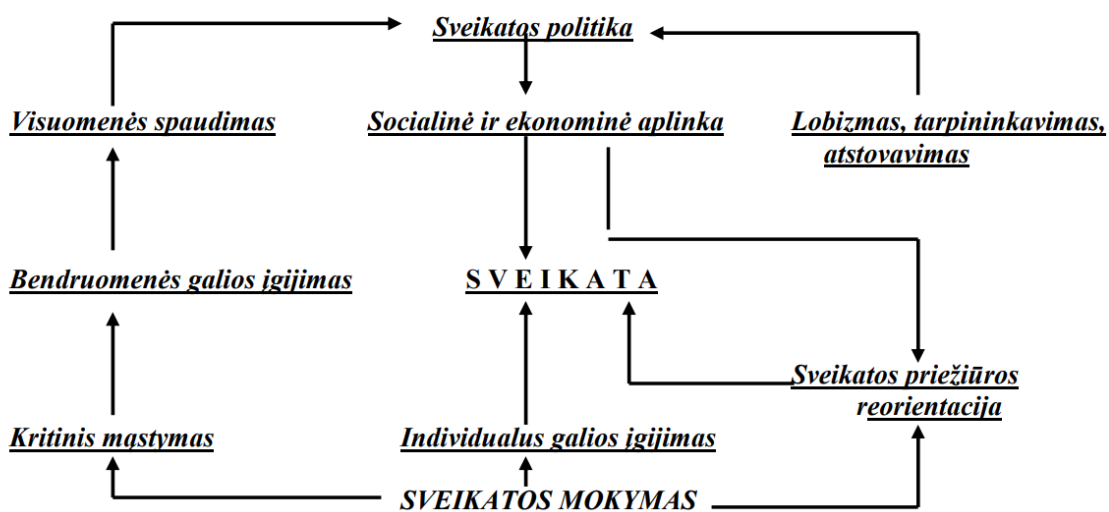
- formuoti visuomenės sveikatos politiką;
- kurti sveikatą palaikančią aplinką;
- stiprinti bendruomenės veiklą;
- ugdyti asmeninius įgūdžius;
- perorientuoti sveikatos priežiūrą.

Sveikatos stiprinimo procesas gali apimti:

- sveikos gyvensenos skatinimą;
- sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimą;
- aplinkos, kurioje sveikas pasirinkimas tampa lengviausiu pasirinkimu, kūrimą;
- mokymą, kaip saugoti ir palaikyti sveikatą.

(Javtokas, Karlienė, Kriaučiūnaitė, Andriūnaitė, Zablienė, Poliakovienė 2014).

Sveikatos mokymo reikšmė pateikta šioje scheme (pagal Tones ir Tilford, 1994):



1.5 pav. Sveikatos mokymo reikšmė

Šaltinis: Javtokas, Sveikatos stiprinimo konspektas, 2009

„Sveikatos mokymą galima apibrėžti ir kaip techninį aktyvumą – procedūrų seką nustatytiems tikslams pasiekti“ (Javtokas, 2009). Efektyvus sveikatos mokymas stiprina turimas kompetencijas, gali keisti supratimą, galvojimo būdą, daryti įtaką vertybėms ir įsitikinimams, padeda įgyti naujų įgūdžių ir gali paveikti gyvenimo būdą ir elgesį (Javtokas, 2009).

Slovėnijos Respublikoje 1996 m. birželio 16 d. buvo priimta Liublianos chartija. Ji skirta sveikatos reformoms Europoje. Chartijos būtinumą įtakojo Vidurio ir Rytų Europos šalių vyriausybių reikalavimas Pasaulio Sveikatos Organizacijai ieškoti naujų, moksliniais tyrimais pagrįstų reformų vykdymo įrodymų, pereinant į rinkos ekonomikos sąlygas. PSO mokslininkai ir specialistai suformulavo pagrindinius principus ir juos rekomendavo naudoti šalių vyriausybėms vykdant bei planuojant sveikatos reformas. Liublianos chartijoje akcentuoti svarbiausi sveikatos reformų proceso elementai:

- struktūriniai pertvarkymai, o ne paprasti evoliuciniai pokyčiai,
- nauji sveikatos politikos tikslai pertvarkant institucijas.

Chartijoje rekomenduojama remtis vyriausybės dialogu su visuomene, medicininės pagalbos teikimo sistemos valdymo ir reorganizavimo mechanizmų tobulinimo principais įgyvendinant sveikatos sistemos reformas.

Džakartos deklaracija priimta 1997 m. liepos mėnesį vykusioje ketvirtoje tarptautinėje sveikatos stiprinimo konferencijoje. Deklaracija laikoma XXI a. sveikatos stiprinimo skatinimo vizija. Džakartos deklaracija sveikatos stiprinimui XXI amžiuje nubrėžė 5 prioritetines sritis:

- visuomenės atsakomybės sveikatos srityje skatinimas;
- investicijų į sveikatos vystymąsi didinimas;
- bendradarbiavimo sveikatos stiprinimo srityje plėtimas;
- visuomenės kompetencijos didinimas ir galios suteikimas individams;
- sveikatos stiprinimo infrastruktūros užtikrinimas.

Sveikatos stiprinimui reikalingos šios kompetencijos:

- edukacinės kompetencijos – gebėjimas paveikti paciento elgesį, skatinant sveikatos stiprinimo veiklą sveiką gyvenimą.

- klinikinės kompetencijos – gebėjimas spręsti problemas visuose profilaktikos lygiuose.

- organizacinės kompetencijos – gebėjimas bendradarbiauti su kitais specialistais ir savo praktikos organizavimas, siekiant veiksmingai vykdyti ligų profilaktikos bei sveikatos stiprinimo veiklą (Janušauskas, 2014).

1998 m. 51-ojoje Pasaulio sveikatos asamblėjoje buvo priimta Pasaulinė sveikatos deklaracija – Sveikata visiems XXI amžiuje. PSO narės patvirtino savo įsipareigojimus išdėstyti Pasaulio sveikatos organizacijos konstitucijoje – siekis būti kuo geresnės sveikatos yra viena iš pagrindinių kiekvieno žmogaus teisių.

Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regiono „Sveikata visiems XXI a.“ politiką sudaro:

- pagrindinė kryptis – siekis sukurti visapusišką sveikatos potencialą;
- du pagrindiniai tikslai, padedantys gerinti sveikatą, atitinkantys pagrindinę kryptį:
- žmonių sveikatos priežiūra ir nuolatinis jos saugojimas visą gyvenimą;
- įvairių ligų, traumų atsiradimo bei sergamumo mažinimas.

trys pagrindinės moralinės vertybės:

- sveikata – žmogaus teisių pagrindas;
- sveikatai gerinti organizuojamos šalių žmonių grupių ir skirtingų lyčių teismo ir solidarumo akcijos;

- aktyvus asmenų, grupių, bendruomenių, institucijų, organizacijų ir sektorių dalyvavimas gerinant sveikatą (Jankauskienė, 2015).

Bankoko chartija apibrėžia valstybių įsipareigojimus ir veiksmus ugdyti sveikatą pasaulyje.

2005 metų Bankoko chartijoje buvo suformuluotos šios Globalinio pasaulio sveikatos stiprinimo strategijos:

Numatytos keturios sveikatos gerinimo strategijos:

- sveikatos ugdymą pripažinti sistemos tobulinimo pagrindu;
- sveikatos ugdymą pripažinti esmine visos vyriausybės atsakomybe;
- sveikatos ugdymą pripažinti esminiu visuomenės ir bendruomenės akcentu;
- sveikatos ugdymą pripažinti gera kolektyvine praktika (Misiliūnienė, 2012).

Briuselyje 2007 m. spalio mėn. Europos bendrijų komisija patvirtino naująją Europos sveikatos strategiją „Kartu sveikatos labui – strateginis požiūris Europai 2008-2013 m. “Baltoji knyga“. Šiame dokumente apibrėžiama ES sveikatos politikos strategija iki 2013 m.

Europos sveikatos keturi pagrindiniai strategijos principai:

- bendromis sveikatos vertybėmis pagrįsta strategija;
- sveikata yra didžiausias turtas;
- sveikatos aspektai visose politikos srityse;
- ES įtakos sprendžiant sveikatos problemas pasauliniu mastu stiprinimas.

Naujoji Europos sveikatos strategija išskėlė tris spręstinus uždavinius, siekiant puoselėti gerą sveikatą, apsaugoti gyventojus nuo grėsmių ir palaikyti tvarumą:

- puoselėti gerą sveikatą senėjančioje Europoje;
- apsaugoti piliečius nuo grėsmių sveikatai;
- remti dinamiškas sveikatos sistemas ir technologijas.

Nežiūrint į istorijos, vystymosi ir kultūrų skirtumus penkiasdešimt trys Europos regiono šalys 2012 m. rugsėjo mėnesį susirinko į PSO Europos regiono komiteto metinę sesiją, kad patvirtintų ir įsipareigotų įgyvendinti naują Europos sveikatos politikos strategiją – „Sveikata 2020“. Strategija paremta naujausiais tyrimais ir išsamiomis vidinėmis bei išorinėmis konsultacijomis PSO Europos regiono biure. Užsibrėžus tikslą parengti įrodymais pagrįstas politines rekomendacijas, kaip visame regione sumažinti netolygumus sveikatos srityje, ir būsimų veiksmų strategiją, buvo parengta nuodugni apžvalga apie skirtumus sveikatos srityje Europos regione ir sveikatą lemiančius socialinius veiksnius.

Sveikatos programai skirtas 449,4 mln. Eurų biudžetas, ji vykdoma 23 prioritetinėse srityse, siekiant keturių konkrečių tikslų:

1. Skatinti sveikatingumą, užkirsti kelią ligoms ir skatinti sveiką gyvenimą, laikantis sveikatos klausimų įtraukimo į visas politikos sritis principo.



2. Saugoti ES piliečius nuo didelių tarpvalstybinio masto grėsmių sveikatai.
3. Padėti kurti novatoriškas, veiksmingas ir tvarias sveikatos priežiūros sistemas.
4. Sudaryti ES piliečiams geresnes sąlygas gauti kokybiškas ir saugias sveikatos priežiūros paslaugas.

### **1.6. Lietuvos sveikatos sistemos reformos atkūrus nepriklausomybę**

Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. (Lietuvos Respublikos Konstitucija 53 straipsnis).

Lietuvos Respublikos sveikatos politikos formavimas prasidėjo atkūrus Lietuvos gydytojų sąjungą. Tai įvyko 1989 m. gegužės 18-20 dienomis Lietuvos gydytojų VI suvažiavime. Įvertinus Lietuvos sveikatos apsaugos būklę ir gyventojų sveikatos problemas, suvažiavimas įpareigojo Lietuvos gydytojus parengti naują Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją.

VII- ajame Lietuvos Gydytojų Sąjungos suvažiavime ši koncepcija buvo priimta, o 1991 metų spalio 30 dieną ją patvirtino Lietuvos Respublikos Aukščiausioji Taryba- Atkuriamasis Seimas.

Koncepcija tapo pagrindiniu dokumentu, atspindinčiu Lietuvos sveikatos sistemos ateitį, joje nubrėžiami sveikatos tausojimo, stiprinimo bei ligų profilaktikos mechanizmai, pirminės sveikatos priežiūros plėtra ir specialistų rengimo pertvarka pagal ES standartus, taip pat nurodytos sveikatos sistemos pagrindinės vystymosi kryptys ir aspektai. Remiantis šiais koncepcijos teiginiais buvo parengtos Konstitucijos pataisos, sveikatos įstatymai bei išsami Lietuvos sveikatos programa, kurioje numatomos prioritetingos sveikatos sistemos vystymosi programos, suformuluoti jų tikslai ir įgyvendinimo mechanizmai, nurodomi terminai, finansavimo šaltiniai, kaip viskas bus kontroliuojama. Sveikatos programos sukūrimas ir jos gairių patvirtinimas, Lietuvą įtraukia į Europos šalių, kurios pažangiai vysto sveikatos priežiūrą, būrį.

1995 metais Lietuvos Respublikos Seimas priima rezoliuciją „Dėl nacionalinės sveikatos politikos įgyvendinimo“. 1996 m. birželio mėn. Lietuvos sveikatos programai pritarė Sveikatos apsaugos ministerijos kolegija, o 1996 m. spalio mėnesį – Vyriausybė. 1997 m. balandžio mėn. įvykusioje II Nacionalinėje sveikatos politikos konferencijoje ši programa aptarta dalyvaujant PSO bei Europos šalių ekspertams, po to ji pateikta svarstyti Seimui.

Šiame dokumente buvo numatyti sveikatos prioritetai, siekimai, šalies politikos tikslai iki 2010 metų. 1998 m. liepos 2 d. Lietuvos Respublikos Seimas patvirtino nutarimą „Dėl Lietuvos Sveikatos programos patvirtinimo“.

Priėmus 1998 m. Lietuvos sveikatos programą nacionaliniu mastu buvo parengta ir patvirtinta 14 visuomenės sveikatos programų, kurių tikslas – užkirsti kelią įvairioms ligoms, pagerinti gyventojų gyvenimo kokybę (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Lietuvos sveikatos programoje (1998) nurodoma, kad įgyvendinant Europos sveikatos politiką “Sveikata visiems XXI amžiuje” bei Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje išdėstyta ir Sveikatos sistemos įstatyme įteisintą aktyvios sveikatos politikos strategiją, pagrindiniai Lietuvos sveikatos programos tikslai yra šie:

1. Gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas;
2. Sveikatos santykių teisumas;
3. Gyvenimo kokybės pagerinimas.

Santykių teisumas – vienas pagrindinių šios sveikatos programos tikslų. Sveikatos santykių teisumas reiškia, kad visi žmonės turi teisę siekti kuo aukštesnio sveikatos lygio, tačiau kiekvienas asmuo, siekdamas kuo aukštesnio savo sveikatos lygio, neturi nepažeisti tokių pačių kito asmens teisių arba nesiektų šios teisės kito asmens ar visuomenės sąskaita. Todėl sveikatos santykių teisumas yra susijęs su lygiomis galimybėmis siekti sveikatos ir su maksimaliu skirtumų tarp jos siekiančiųjų sumažinimu, teigiama Lietuvos sveikatos programoje (1998).

Pasaulio Sveikatos Organizacija ypač akcentuoja pozityviąją Nacionalinės sveikatos koncepcijos pusę – siekimą ugdyti sąmoningą visuomenės požiūrį į sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą, kaip pagrindinę socialiai visaverčio gyvenimo sąlygą.

Lietuvos Respublikos Visuomenės sveikatos įstatymas (2002) apibrėžia visuomenės sveikatos priežiūrą, šios priežiūros sistemos struktūrą ir valstybinį reguliavimą, nustato visuomenės sveikatos stiprinimo, ligų ir traumų profilaktikos, visuomenės sveikatos saugos ir kontrolės pagrindus, fizinių asmenų teisės verstis visuomenės sveikatos priežiūra įgijimo ir jų profesinio tobulinimo pagrindus, juridinių ir fizinių asmenų teisinius santykius visuomenės sveikatos priežiūros srityje.

Siekiant sukurti šiuolaikinę sveikatos sistemą, kuri skatintų ligų prevenciją, sveikatos paslaugų rinkos vystymąsi, sveikatos mokymą bei stiprinimą sąžiningos konkurencijos sąlygomis, Lietuvos Respublikos Seimas, 2011 m. birželio 7 d., patvirtino Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenis. Matmenyse apibrėžiama sveikatos sistemos misija, vizija, pagrindiniai principai, išdėstytos pagrindinės Lietuvos sveikatos sistemos plėtros kryptys ir numatyta jų įgyvendinimo strategija.

Sveikatos sistemos misija – motyvuoti žmones sveikai gyventi, skatinti ligų prevenciją, o jiems susirgus – suteikti kokybiškas reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, efektyviai naudojant turimus išteklius.

Sveikatos sistemos vizija – sveikesnis žmogus, laimingesnė ir darbingesnė visuomenė, stipresnė valstybė.

Lietuvos valstybės sveikatos sistemos politika formuojama ir įgyvendinama vadovaujantis šiais principais:

1. teismo – kiekvienas žmogus turi teisę siekti aukščiausio savo sveikatos lygio, tačiau to siekdamas negali riboti tokios pačios kitų žmonių teisės;

2. solidarumo – sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos jų nediferencijuojant pagal žmonių sumokėtų įmokų dydį, užtikrinant kryžminį subsidiarumą (sveikas padeda sergančiajam, turtingas – neturtingam, jaunas – senam, dirbantysis – nedirbančiajam);

3. prieinamumo – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei;

4. priimtumo – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitiktį;

5. lygybės – sveikatos priežiūra turi būti prieinama visiems gyventojams, nepriklausomai nuo amžiaus, rasės, tautybės, lyties, socialinės grupės, vadovaujantis pagrindiniu kriterijumi – pagrįstu sveikatos priežiūros paslaugų poreikiu;

6. visapusiškumo – žmogus turi turėti galimybę gauti reikiamą sveikatos ugdymo, ligų profilaktikos, diagnostikos, gydymo, medicininės reabilitacijos, slaugos ir kitą sveikatos priežiūrą;

7. laisvo pasirinkimo – žmogus turi teisę rinktis gydytoją ir sveikatos priežiūros įstaigą;

8. sąžiningos konkurencijos – sveikatos sistemoje paslaugų teikėjai steigiasi ir veikia iš dalies valstybės reguliuojamoje rinkoje, tačiau sąžiningos konkurencijos sąlygomis;

9. sveikatos politikos tęstinumo ir nuoseklumo – užtikrinant sveikatos priežiūros politikos tęstinumą, nepriklausomai nuo politinių partijų įtakos ir kaitos;

10. pagrįstumo – sprendimai sveikatos sektoriuje turi būti priimami vadovaujantis mokslo įrodymais ir gera praktika pagrįstais klinikiniais bei vadybiniais sprendimais;

11. lygiateisiškumo – visi sveikatos sistemos dalyviai – ir paslaugų gavėjai, ir jų teikėjai – yra lygiateisiai partneriai;

12. skaidrumo – visuomenės ir paciento informavimas apie Privalomojo sveikatos draudimo fondo finansuojamų sveikatos priežiūros paslaugų apimtį, papildomo sveikatos draudimo ir mokamų sveikatos priežiūros paslaugų gavimo galimybes;

13. integralumo – užtikrinti darnų visaapimančią požiūrį į individo ir visuomenės sveikatą, kaip fizinę, dvasinę ir socialinę gerovę.

Lietuvos Respublikos Seimas 2014 m. birželio 26 d. nutarimu Nr. XII-964 patvirtino Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programą – tai ilgalaikės trukmės strateginio planavimo dokumentas, nustatantis kriterijus, uždavinius ir tikslus iki 2025 metų. Programos strateginis tikslas, pagrindinis rodiklis, tikslai ir uždaviniai parodyti 1.6 paveiksle.

STRATEGINIS TIKSLAS	Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos strateginis tikslas – pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai			
	PAGRINDINIS RODIKLIS			
	Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (iki 2025 m. pasiekti, kad bendrosios vidutinės būsimo gyvenimo trukmės riba būtų 77,5 metų amžius)			
TIKSLAI	1. Sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį	2. Sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką	3. Formuoti sveiką gyvenimą ir jos kultūrą	4. Užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius
UŽDAVINIAI	1.1. Sumažinti skurdo lygį ir nedarbą	2.1. Kurti saugias darbo ir sveikas buitines sąlygas, didinti prekių ir paslaugų vartotojų saugumą	3.1. Sumažinti alkoholinių gėrimų, tabako vartojimą, neteisėtą narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimą ir prienamumą	4.1. Užtikrinti sveikatos sistemos tvarumą ir kokybę, plėtojant sveikatos technologijas, kurių efektyvumas pagrįstas mokslo įrodymais
	1.2. Sumažinti socialinę ekonominę gyventojų diferenciaciją šalies ir bendruomenių lygmeniu	2.2. Kurti palankias sąlygas saugiai leisti laisvalaikį	3.2. Skatinti sveikos mitybos įpročius	4.2. Plėtoti sveikatos infrastruktūrą ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugą, prienamumą ir į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą
		2.3. Mažinti avaringumą ir traumų kelių eismo įvykiuose skaičių	3.3. Ugdyti optimalaus fizinio aktyvumo įpročius	4.3. Gerinti motinos ir vaiko sveikatą
		2.4. Mažinti oro, vandens ir dirvožemio užterštumą, triukšmą		4.4. Stiprinti lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir kontrolę
				4.5. Plėtoti Lietuvos e. sveikatos sistemą (Lietuvos e. sveikatos sistemos infrastruktūros ir sprendimų plėtra, Lietuvos e. sveikatos sistemos integracija į ES e. sveikatos erdvę)
				4.6. Užtikrinti sveikatos priežiūrą krizių ir ekstremaliųjų situacijų atvejais

**1.6 pav. Programos strateginis tikslas, pagrindinis rodiklis, tikslai ir uždaviniai**

Šaltinis: Nutarimas dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo

*Apibendrinant galima teigti, kad atkūrus nepriklausomybę, Lietuvoje pradėjo formuotis sveikatos priežiūros sistema, orientuota ne tik į ligų gydymą, bet ir į sveikatos tausojimą. Kadangi dar nė viena valstybė nėra sukūrusi idealaus sveikatos priežiūros modelio, todėl visose šalyse, kaip ir Lietuvoje, vyko ir vyksta nuolatinė šios srities kaita. EBPO pažymi, kad Lietuvoje dar daug turi būti nuveikta gerinant gyventojų sveikatą ir mažinant sveikatos priežiūros prieinamumo ir kokybės netolygumus. Gyventojai turi gauti prieinamas kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas. Pagrindiniai subjektai, užtikrinantys sveikatos paslaugų kokybę, yra Sveikatos apsaugos*

*ministerija, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba, Valstybinė ligonių kasa ir apie 1,2 tūkst. gydymo įstaigų.*

## **2. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo pirminės sveikatos priežiūros įstaigose tyrimo metodologija**

### **2.1. Tyrimo metodikos aprašymas**

Tyrimas buvo atliekamas 2019 metais rugsėjo – gruodžio mėnesiais. Radviliškio rajone yra penki pirminės sveikatos priežiūros centrai. Radviliškio, Baisogalos, Šeduvos PSPC steigėja yra Radviliškio rajono savivaldybė, du pirminės sveikatos priežiūros centrai „MediCa klinika“ ir „Medicinos namai“ priklauso privačiam verslui.

Tyrimo metodika buvo parengta remiantis Žydžiūnaitės, Sabaliausko (2017), Bitino, Rupšienės, Žydžiūnaitės (2008), Žydžiūnaitės (2011), Luobikienės (2011), Kardelio (2002, 2007, 2016), Kallio et al., (2016), Adams (2015) kokybinių tyrimų metodologija ir Balčiūno, Juozaitienės, Rudytės, Tijūnaitienės (2014), Merriam (2002), Skalski et al.,(2017), Bruzgelevičienės ir Žadeikaitės (2007), Šaparnio ir Merkio (2000) metodinėmis rekomendacijomis.

Tyrimo metu siekiama išanalizuoti:

1. kokie paslaugų kokybės valdymo modeliai yra ar bus diegiami Radviliškio rajono pirminės sveikatos priežiūros centruose;
2. kokios paslaugų kokybės valdymo tobulinimo galimybės Radviliškio rajono PSPC.

**Tyrimo tipas ir metodai.** Darbui atlikti buvo pasirinktas kokybinis tyrimas. Anot Luobikienės (2011), kokybiniai tyrimai yra tinkami socialinių bei kultūrinių reiškinių analizei. Tyrimui pasirinktas šis metodas, nes bus siekiama aprašyti, suprasti, tyrimo reiškinį, atskleisti pojūčių, patirties, išgyvenimų ir panašias prasmes, kokybinius požymius (Žydžiūnaitė, Sabaliauskas, 2017). Kaip teigia Merriam (2002), kokybiniu tyrimu siekiama suprasti konkretaus individo požiūrį, konkrečiu laiku į tam tikrą reiškinį ar dalyką. Tokio pobūdžio tyrimuose į tiriamą reiškinį žiūrima iš subjekto pozicijų ir tyrimo metodų tikslas yra išsiaiškinti tiriamo reiškinio prasmę, tikslą ir kontekstą (Šerpytis, 2011). Kokybinis tyrimas gali padėti suprasti situacijos unikalumą, išskirtinumą. Tidikis (2003) akcentuoja šiuos kokybinio tyrimo privalumus:

1. nereikalauja didelių materialinių sąnaudų;
2. leidžia praplėsti tiriamą problemą, nagrinėti ją platesniu aspektu;
3. leidžia matyti reiškinio vystymosi dinamiką;
4. leidžia gauti įvairiapusę informaciją;
5. padeda kurti naujas hipotezes;

## 6. išaiškina unikalius faktus ir juos demonstruoja.

Kokybiniais tyrimo metodais siekiama interpretuoti tiriamąjį reiškinį tais terminais, kuriais jį suvokia žmonės. Šiam darbui atlikti buvo pasirinktas kokybinis tyrimas, interviu vyko su pirminės sveikatos priežiūros įstaigų vadovais, turinčiais didžiausią kompetenciją nagrinėjamoje srityje. Kokybinio tyrimo privalumas, šiuo atveju, kad interviu metu gaunama pakankamai tiksli ir pilna informacija apie tyrimo problemą. Kaip teigia Tidikis (2003) šis metodas naudojamas tada, kai reikia detalaus (išsamaus) dalyko vaizdo.

Aptariant interviu galimybes, informantų buvo teirautasi, koks interviu metodas būtų tinkamiausias. Visi informantai pažymėjo, kad būtų numatyti konkretūs klausimai, o esant būtinumui gilesnei analizei – užduodami ir papildomi klausimai. Atliepiant visus pageidavimus tyrimui buvo pasirinktas pusiau struktūruotas interviu metodas.

Balčiūnas, B.Juozaitienė, Rudytė, Tījūnaitienė (2014) šį metodą vadina iš dalies struktūruotu. Bitinas ir kt. (2008) interviu skirsto į tipus, remiantis dalyvaujančių informantų skaičiumi – individualusis, diadų, grupinis. Šiuo atveju tyrimui bus naudojamas individualusis interviu metodas. Kallio et al. (2016) rekomenduoja 5 etapus, kaip sukurti pusiau struktūruotą interviu, kuris padėtų surinkti kuo daugiau ir reikalingos informacijos:

1. nustatyti būtinas pusiau struktūruoto interviu naudojimo sąlygas;
2. anksčiau gautų žinių naudojimas;
3. suformuluoti preliminarų pusiau struktūruotą interviu planą;
4. bandomojo pusiau struktūruoto interviu plano testavimas;
5. pateikti visą pusiau struktūruotą pokalbio planą.

Pasak Luobikienės (2011), interviu yra vienas svarbiausių duomenų rinkimo priemonių kokybiniuose tyrimuose. Tai būdas priartėti prie žmonių suvokimo, reikšmių, situacijų apibrėžimo ir realybės konstravimo (aiškinimo).

Atsižvelgiant į Tidikio (2003) kokybinių tyrimų išskirtus pliusus, buvo pasirinktas pusiau struktūruotas interviu, nes:

- 1) ruošiant tyrimą yra apgalvojami klausimai, kurie tyrėjui atrodo svarbūs, o interviu metu yra aišku ir žinoma, ko klausti, mažiau trukdomas laikas.
- 2) pusiau struktūruotas interviu yra lankstus, galima pateikti ir papildomus klausimus iškylančius interviu metu.
- 3) tyrimas nereikalauja didelių išlaidų.

Pusiau struktūruotas interviu vykdomas pagal planą. Planas apima konkrečius klausimus ir jų pateikimo seką, tačiau yra numatyta galimybė, kad tyrėjas proceso eigoje gali papildomai užduoti plane neįrašytų klausimų. Papildomi klausimai užduodami esant skirtingoms situacijoms:

1. kai interviu metu tyrėjas pastebi, kad numatytieji klausimai neapėria visų tyrimui svarbių temų;
2. siekiant surinkti daugiau ir išsamesnės informacijos tuomet, kai informantas nepilnai ar tik iš dalis atsako į užduodamus klausimus;
3. jeigu pastebima, kad informantui nesinori ar jautru atsakinėti į pateiktąjį klausimą – tuomet tyrėjas tą pačią informaciją gali gauti užduodamas klausimą su nauja formuluote.

Taip apklausiant informantus galima gauti daugiau informacijos negu, pavyzdžiui, vykdant anketinę apklausą. Interviu metu respondentas plačiau atsako į užduodamus klausimus, gali pasakyti tai, ko tyrėjas gal nepaklausė, interviu metu gaunami išsamūs atsakymai (Tidikis, 2003).

Pasak Adams (2015), pusiau struktūruotas interviu reikalauja daug intensyvaus darbo, pasiruošimo ir gebėjimų.

**Dokumentinis tyrimo metodas (analizė) ir duomenų šaltiniai.** Bruzgelevičienė ir Žadeikaitė (2007), išnagrinėjusios užsienio autorių dokumentinio tyrimo metodo apibrėžimus, daro išvadą, kad nepaisant skirtingo traktavimo, laikomasi bendros esminės sampratos: dokumentinis tyrimas yra socialinis edukologinis kokybinis tyrimas, kuris apėria įvairiomis formomis (vaizdu, garsu, raštu, žodžiu, virtualiai) bei technikomis (pieštuku, parkeriu, vaizdo fiksavimo, garso fiksavimo, spausdinimo mašinėle, kompiuteriu ir t.t.) socialinę tikrovę liudijančių, fiziškai įkūnytų šaltinių analizę (Bruzgelevičienė, Žadeikaitė 2007). Skalski et al. (2017) nuomone, informacijos prieinamumas ir kiekiai lemia, kad susiduriama su kitomis problemomis atliekant analizę. Tačiau dabar yra daug galimybių ieškoti, kaupti, lyginti, analizuoti ir tai praplečia tyrėjų galimybes.

Dokumentų analizė tyrėjui suteikia informacijos apie organizacijos kultūrą, dirbantį personalą, vykdomus projektus, tiriamų asmenų nuostatas ir vertybes. Bitino ir kt. (2008) nuomone dokumentai gali būti panaudoti:

1. kaip pagrindinis duomenų rinkimo metodas;
2. kaip papildomas duomenų rinkimo metodas;
3. kaip vienas iš duomenų rinkimo metodų.

Šiuo metodu tyrimo metu buvo analizuojamos Baisogalos, Radviliškio, Šeduvos PSPC vadovų veiklos ataskaitos už 2016, 2017 ir 2018 metus, Radviliškio rajono visuomenės sveikatos stebėsenos ataskaita už 2017 metus, Radviliškio rajono savivaldybės administracijos 2018 metų veiklos ataskaita. Baisogalos, Radviliškio, Šeduvos PSPC 2018 metų finansinės ataskaitos. Jeigu pirminiai sveikatos priežiūros centrai, dalinai priklausantys savivaldybei (Baisogalos, Radviliškio, Šeduvos), viešai tiekia informaciją apie korupcijos prevenciją, veiklos ataskaitas, tai to visiškai priešingybė privatūs centrai (MediCa klinika, Medicinos namai). Privačių pirminės sveikatos

priežiūros centrų viešai teikiama informacija skurdi. Dokumentų turinio analizė atlikta norint išanalizuoti paslaugų kokybės valdymo principų taikymą, įgyvendinimą Radviliškio rajono PSPC.

**Tyrimo duomenų rinkimo instrumentas.** Iš klausimų kurie kilo analizuojant teorinę dalį, strateginius dokumentus ir įstaigų veiklos ataskaitas buvo formuojamas klausimynas pusiau struktūruoto interviu metodui.

Informantams buvo pateikiami 9 klausimai suskirstyti į šias grupes:

1. grupė – bendrieji klausimai. Šios klausimų grupės pagalba atskleidžiami bendrieji duomenys apie informantus, kaip informantai vertina bendrą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę
2. grupė – pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas Radviliškio rajono PSPC. Šios klausimų grupės pagalba siekiama išsiaiškinti, kaip informantai vertina suteiktų paslaugų kokybę ir kriterijus užtikrinančius pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymą.
3. grupė – paslaugų kokybės valdymo modelių, principų įgyvendinimas, patiriami sunkumai ir problemos Radviliškio rajono PSPC. Šiuo klausimų bloku siekiama atskleisti informantų nuomonę apie veiksmingiausias paslaugų kokybės modelius, jų diegimo kliūtis ir trukdžius efektyviai įgyvendinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo principus.
4. grupė – paslaugų kokybės valdymo principų įgyvendinimo tobulinimo galimybės Radviliškio rajono PSPC. Šia klausimų grupe siekiama susisteminti ir apibendrinti paslaugų kokybės valdymo principų įgyvendinimo ir tobulinimo galimybes.

Interviu buvo įrašinėjamas į diktofoną. Vėliau įrašai buvo transkribuojami, koduojami ir analizuojami. Pateikiamose citatose tyrimo dalyvių kalba nėra taisyta. Tyrimo dalyvių praleistos mintys žymimos <...> ženkleliu. Informantų vardai nėra minimi, jie yra koduojami atitinkamais kodais – (I 1), (I 2), (I 3), (I 4), (I 5), taip išlaikant tyrimo dalyvių konfidencialumą.

**Duomenų analizės metodai.** Duomenys išanalizuoti ir susisteminti turinio content analizės metodu, kuris kaip traktuoja Balčiūnienė (2006), numato keletą žingsnių: daugkartinį teksto skaitymą, reprezentatyvių kategorijų išskyrimą, kategorijų turinio skaidymą į subkategorijas, kategorijų pagrindimą respondentų teiginiais. Pasak Šaparnio ir Merkio (2000) praktinėje turinio analizėje pirmas žingsnis į kategorijų sudarymą vyksta teorinėje plotmėje, kur formuojamos turinio analitinės hipotezės. Autoriai teigia, kad tokiu būdu sudaromos pagrindinės kategorijų sritys, kurios tolesnėje pakopoje, remiantis tekstu, yra perkeliamos į objektyvią plokštumą. Išankstiniai teoriniai apmąstymai veda į negalutines (tarpines, darbinės) kategorijas, kurios yra teksto medžiagoje tikrinamos, taisomos ir modifikuojamos tol, kol su jų pagalba tekstas suvokiamas adekvačiai (Šaparnis, Merkys 2000).

**Tyrimo imtis.** Tyrime naudojama kriterinė atranka. Kaip teigia Bitinas ir kt. (2008) kriterinė atranka yra taikoma, kai imties vienetai iš populiacijos atrenkami, laikantis tyrėjo



nustatytų kriterijų (Bitinas ir kt. 2008). Pasak autorių kriterinės atrankos būdas yra labai veiksmingas, taip surenkami kokybiški duomenys (Bitinas ir kt. 2008).

Tyrimui pasirinkta Radviliškio rajone esantys PSPC:

– Baisogalos PSPC, 2019 m. sausio 1 dienai prie pirminės sveikatos priežiūros centro prisirašiusių apdraustų privalomuoju sveikatos draudimu gyventojų skaičius buvo 4324, iš jų vaikų – 640.

– Radviliškio PSPC, 2019 m. sausio 1 dienai prie VŠĮ Radviliškio r. pirminės sveikatos priežiūros centro prisirašiusių apdraustų privalomuoju sveikatos draudimu gyventojų skaičius buvo 17703, iš jų vaikų – 3434.

– Šeduvos PSPC, 2019 m. sausio 1 dienai prie pirminės sveikatos priežiūros centro prisirašiusių apdraustų privalomuoju sveikatos draudimu gyventojų skaičius buvo 6164, iš šio skaičiaus vaikų – 1083.

– „MediCa klinika“ 2019 m. sausio 1 dienai prisirašiusių apdraustų privalomuoju sveikatos draudimu gyventojų skaičius buvo 5600, iš jų vaikų – 900.

– Klinika „Medicinos namai“, 2019 m. sausio 1 dienai prisirašiusių apdraustų privalomuoju sveikatos draudimu gyventojų skaičius buvo 1500.

Prieš atliekant tyrimą buvo išskirti tam tikri reikalavimai informantams. Informantai turi užimti vadovaujančias pareigas įstaigose. Kiti reikalavimai – lytis, amžius, išsilavinimas, nebuvo išskirti, kadangi nebuvo reikšmingi kriterijai atliekant tyrimą.

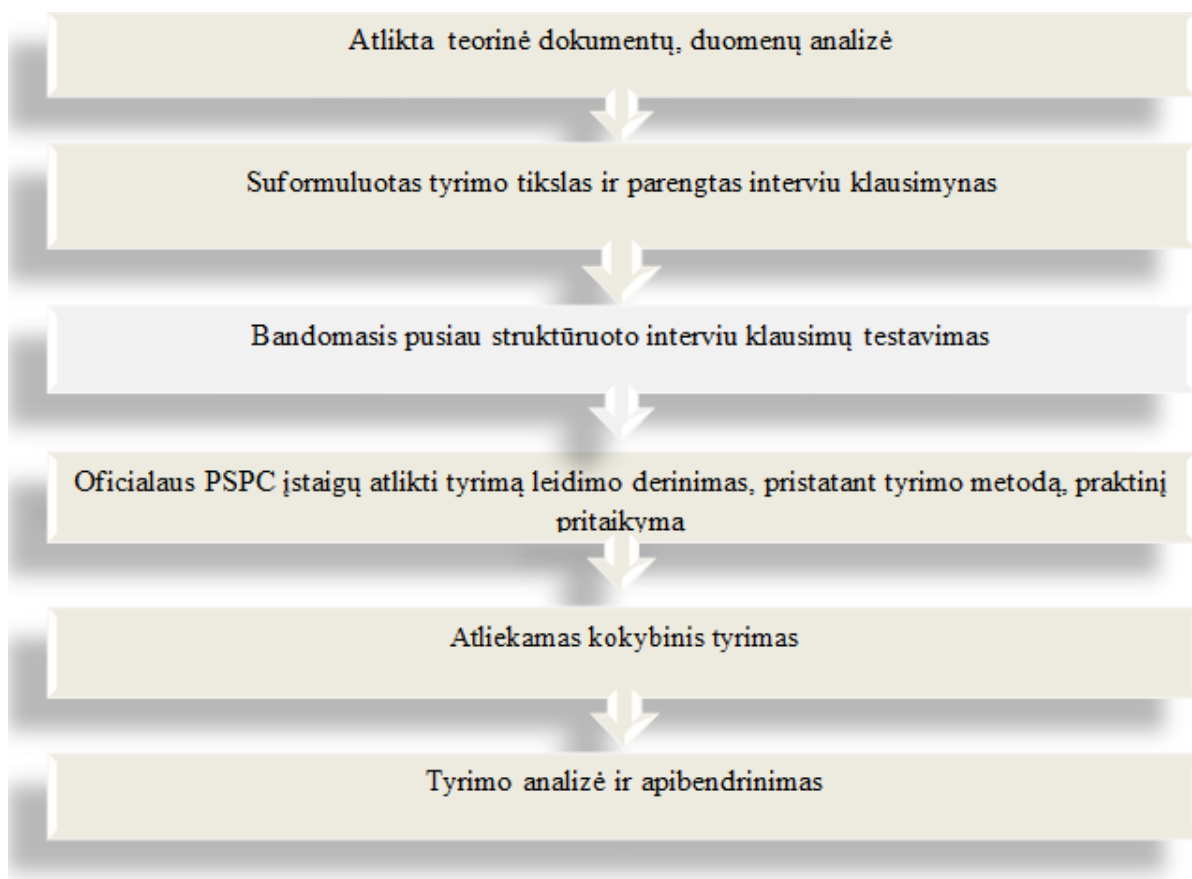
## 2.2. Tyrimo organizavimas

**1 etapas** – Radviliškio rajono visuomenės sveikatos stebėsenos ataskaitos už 2017 metus, Radviliškio rajono savivaldybės administracijos 2018 metų veiklos ataskaitos analizė. Analizuojant sveikatos stebėsenos ataskaitą bei rajono savivaldybės administracijos ataskaitą identifikuojami paslaugų kokybės principai.

**2 etapas** – Baisogalos, Radviliškio, Šeduvos PSPC vadovų veiklos ataskaitų už 2016, 2017 ir 2018 metus analizė. Analizuojama Baisogalos, Radviliškio, Šeduvos PSPC 2018 metų finansinės ataskaitos, šių PSPC 2018 metų korupcijos prevencijos planai. Privataus verslo PSPC „MediCa klinika“ ir „Medicinos namai“ analizuojama informacija, kuri patalpinta jų internetiniuose puslapiuose. Šiame etape analizuoti dokumentai ir ataskaitos, atskleistas paslaugų kokybės principų įgyvendinimas.

**3 etapas** – pusiau struktūruotas individualusis interviu. Šio interviu metu gauti duomenys analizuojami, apibendrinami, sisteminami taip nustatant paslaugų kokybės valdymo principų įgyvendinimą, su tuo susijusias problemas bei jų tobulinimo galimybes.

3 etapui įgyvendinti buvo sukurtas planas:



**2.1 pav. Tyrimo organizavimo planas.**

Sudaryta darbo autorės

Parengus interviu klausimus, 2019 lapkričio 03-05 dienomis atliktas bandomasis pusiau struktūruoto interviu klausimų testavimas su buvusia (2017) ambulatorijos vadove. Bandomasis interviu padėjo išsiaiškinti klausimyno trūkumus. Pakeistos keletą klausimų formuluotės, atsisakyta vieno klausimo bei pakoreguota klausimų chronologija. Paruošus interviu klausimyną, buvo tiesiogiai nuvyktą į Radviliškio PSPC, Šeduvos PSPC ir Baisogalos PSPC susitarti dėl oficialaus interviu atlikimo. Su „MediCA klinika“ ir klinika „Medicinos namai“ dėl interviu atlikimo buvo bendrauta telefonu. Visi tyrimo dalyviai buvo iš anksto supažindinti su šio baigiamojo magistro darbo tema, buvo pristatytas tyrimo metodas, aptariamos laiko sąnaudos ir duomenų konfidencialumas. 2019 m. lapkričio 3 d. – gruodžio 3 d. atliekamas interviu. Interviu trukmė svyravo nuo 17 iki 44 minučių. Vieno interviu vidutinė trukmė 31 minutė. Gauti rezultatai analizuoti apibendrinti ir įvertinti.

**4 etapas** - išnagrinėtos kokybės valdymo paslaugų tobulinimo galimybės. Informantų pateiktomis įžvalgomis ir vertinimais išanalizuotos paslaugų kokybės valdymo principų įgyvendinimo tobulinimo galimybės Radviliškio rajono PSP įstaigose.

**Tyrimo etika.** Atliekant kokybinį tyrimą naudojamos K. Kardelio (2002) įžvalgos, kad bendra tyrimų etikos ypatybė susijusi su įstaigų, kuriose planuojama vykdyti tyrimus, leidimo gavimu.

Pasak Žydžiūnaitės (2011) prieš interviu su kiekvienu tyrimo dalyviu reikią pasirašyti etikos įsipareigojimą neplatinti informacijos ne tyrimo tikslais, nekomentuoti interviu proceso su tyrimu nesusijusiems asmenims, nevertoti tikrųjų vardų ir neteikti kitos informacijos, leidžiančios identifikuoti tiriamuosius ir organizacijas. Tariantis dėl interviu visi jo dalyviai buvo perspėti, o interviu metu, kiekvieno tyrimo dalyvio buvo prašomas atskiras leidimas įrašyti pokalbį diktofonu, nė vienas informantas dėl šios priežasties neatsisakė dalyvauti tyrime. Interviu medžiaga buvo įrašinėjama į diktofoną, o svarbiausi akcentai buvo pasižymimi iš anksto paruoštame interviu protokole.

Tyrimo metu buvo naudojami Cohen, Manion, Morrison (2000) išskirti tyrimų, etiniai principai:

1. privatumas – kiekvienas žmogus turi teisę pats spręsti, kada ir kur, kokiomis aplinkybėmis ir kiek plačiai išsakyti savo asmenines pažiūras, nuomones, abejones ar visai nieko nesakyti;
2. anonimiškumas – šis principas teigia, kad kiekvienas tyrėjas privalo saugoti dalyvių bei tyrimo duomenų anonimiškumą;
3. konfidencialumas – reiškia, kad tyrėjas garantuoja laikyti paslapyje viską apie asmenį, kuris pateikė jam informaciją. Konfidencialumo ribos, tyrimo kontekste, aptariamose interviu pradžioje. Jeigu konfidencialumo garantija bus abejotina, informantas gali atsisakyti kalbėtis jautriomis temomis.

Tų pačių autorių nurodomi keturi būdai, kaip nepažeidžiant konfidencialumo principo, galima naudotis surinkta informacija (Cohen et. al. 2000):

1. duomenų apie informacijos pateikėjus išbraukimas;
2. nepilnos informacijos apie respondentus pateikimas (pavyzdžiui, praleidžiant gimimo metus, o paliekant datą, nenurodant specialybės, o tik bendrą profesiją ir kt.);
3. mikroagregacija (t. y. "vidutinių asmenų" duomenų konstravimas);
4. klaidų įvedimas (tyčia padarant klaidų duomenyse apie tyrimo dalyvius, kad nebūtų galima jų susekti).

Atliekant tyrimą buvo panaudoti privatumo, anonimiškumo, konfidencialumo principai.

### **3. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo Radviliškio rajono pirminės sveikatos priežiūros įstaigose rezultatai**

#### **3.1. Pirminių sveikatos priežiūros centrų paslaugų kokybės valdymo teisinis reglamentavimas ir dokumentų analizė**

2017 ir 2018 metais Radviliškio rajone buvo vykdomas pirminės sveikatos priežiūros reorganizavimas, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos koordinavimas.

Siekiant optimizuoti viešųjų įstaigų skaičių, sumažinti jų valdymo išlaidas ir sudaryti sąlygas atliekamų paslaugų kokybės gerinimui, Radviliškio rajono savivaldybės taryba priėmė sprendimus dėl pirminės sveikatos priežiūros centrų reorganizavimo.

2017 m. gruodžio 21 d. buvo priimtas sprendimas Nr. T-739 „Dėl sutikimo reorganizuoti viešąją įstaigą Grinkiškio ambulatoriją, prijungiant prie viešosios įstaigos Baisogalos pirminės sveikatos priežiūros centro“ ir 2018 m. gegužės 17 d. sprendimais Nr. T-904 „Dėl sutikimo reorganizuoti viešąją įstaigą Sidabravo ambulatoriją, prijungiant prie viešosios įstaigos Šeduvos pirminės sveikatos priežiūros centro“ ir Nr. T-905 „Dėl sutikimo reorganizuoti viešąją įstaigą Šaukoto ambulatoriją, prijungiant prie viešosios įstaigos Radviliškio rajono pirminės sveikatos priežiūros centro“.

Reorganizavimo būdas - jungimas viešųjų įstaigų:

- Grinkiškio ambulatoriją prijungiant prie viešosios įstaigos Baisogalos pirminės sveikatos priežiūros centro;
- Sidabravo ambulatoriją prijungiant prie viešosios įstaigos Šeduvos pirminės sveikatos priežiūros centro;
- Šaukoto ambulatoriją prijungiant prie viešosios įstaigos Radviliškio rajono pirminės sveikatos priežiūros centro.

Po reorganizavimo viešųjų įstaigų Baisogalos, Šeduvos, Radviliškio rajono pirminės sveikatos priežiūros centrų savininkas – Radviliškio rajono savivaldybė, savininko teises ir pareigas įgyvendinanti institucija – Radviliškio rajono savivaldybės taryba.

Nauji įstatatai, Radviliškio rajono tarybos sprendimu, buvo patvirtinti:

- VŠĮ Baisogalos PSPC 2018 m. vasario 27 d. sprendimu Nr. T-787;
- VŠĮ Radviliškios PSPC 2018 m. rugpjūčio 23 d. sprendimu Nr. T-955;
- VŠĮ Šeduvos PSPC 2018 m. rugpjūčio 23 d. sprendimu Nr. T-956.

Įstatuose numatyti pagrindiniai centrų uždaviniai – žmonių sveikatos priežiūra, būtinosios medicininės pagalbos teikimas vadovaujantis Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymu, sveikatos draudimo įstatymu, Vyriausybės nutarimais bei kitais teisės aktais.

Analizuojant, viešai prieinamus duomenis apie Radviliškio rajone veikiančias pirminės sveikatos priežiūros įstaigas, matosi akivaizdus informacijos pateikimo skirtumas tarp privačių įstaigų („MediCaklinika“, „Medicinos namai“) ir viešųjų įstaigų (Radviliškio, Baisogalos, Šeduvos PSPC). Viešosios įstaigos pateikia savo įstatus, numatomus viešųjų pirkimų planus, korupcijos prevenciją, finansines ataskaitas, asmens duomenų apsaugos reglamentą, tai privačios įstaigos apsiriboja asmens duomenų apsaugos reglamentu, privatumo politika ir dalyvavimu ES projektuose.

Siekiant gerinti Radviliškio miesto ir rajono bendruomenės sveikatinimą, Radviliškio rajono savivaldybė rengdama 2017, 2018, 2019 metų biudžetus numatė lėšas sveikatos gerinimo programų ir projektų įgyvendinimui. 2017 metais šioms programoms buvo skirta 64165 eurai, 2018 metais – 71869 eurai, 2019 metais – 89856 eurų. Kiekvienais metais savivaldybės biudžete sveikatos gerinimo projektams skiriama vis daugiau lėšų ir tai ženkliai gerina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Apžvelgiant 2018 m. Radviliškio rajono savivaldybės tarybos veiklos ataskaitą, 2017 ir 2018 metų Radviliškio rajono mero ataskaitas ir analizuojant Radviliškio rajono savivaldybės tarybos priimtus teisės aktus už 2016-2019 metus, pirminė sveikatos priežiūros paslauga teikiama penkiuose pirminės sveikatos priežiūros centruose, tai: VŠĮ „Radviliškio PSPC“, VŠĮ „Baisogalos PSPC“, VŠĮ „Šeduvos PSPC“, UAB „MediCa klinika“, UAB „Medicinos namai“.

Didžiausias, savo apimtimi ir suteikiamomis paslaugomis, šioje grupėje yra Radviliškio PSPC, kuriam priklauso Radviliškio poliklinika, psichikos sveikatos centras, Tyrulių, Šiaulėnų ir Šaukoto ambulatorijos, dešimt medicinos punktų. Po restruktūrizacijos, 1997 m. spalio 9 d., atskyrus nuo Radviliškio rajono centrinės ligoninės, buvo įkurtas VŠĮ Radviliškio rajono pirminės sveikatos priežiūros centras. Atliekant pirminės sveikatos priežiūros reorganizaciją, prie VŠĮ Radviliškio rajono pirminės sveikatos priežiūros centro, 2017 m. rugpjūčio 31 d. buvo prijungta VŠĮ Šiaulėnų ambulatorija vadovaujantis Radviliškio rajono savivaldybės tarybos 2017 m. gegužės 4 d. sprendimu Nr. T-582 „Dėl sutikimo reorganizuoti viešąją įstaigą Šiaulėnų ambulatoriją, prijungiant prie viešosios įstaigos Radviliškio rajono pirminės sveikatos priežiūros centro“. 2018 m. rugpjūčio 31 d. buvo prijungta VŠĮ Šaukoto ambulatorija vadovaujantis Radviliškio rajono savivaldybės tarybos 2018 m. gegužės 17 d. sprendimu Nr. T-905 „Dėl sutikimo reorganizuoti viešąją įstaigą Šaukoto ambulatoriją, prijungiant prie viešosios įstaigos Radviliškio rajono pirminės sveikatos priežiūros centro“. 2019 metų sausio 1 dienos duomenimis prisirašiusių apdraustų privalomuoju sveikatos draudimu, prie VŠĮ Radviliškio rajono PSPC, gyventojų skaičius buvo 17703, iš šio skaičiaus vaikų – 3434.

VŠĮ Šeduvos PSPC įkurtas 2001 m. kovo mėnesį, šiai dienai centrai priklauso Alksniupių ir Sidabravo ambulatorijos ir šeši medicinos punktai. Atliekant pirminės sveikatos priežiūros

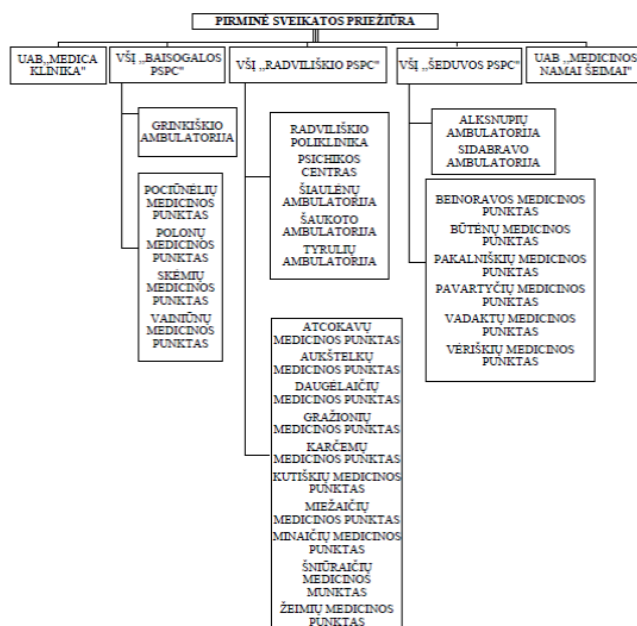
reorganizaciją, prie VšĮ Šeduvos pirminės sveikatos priežiūros centro, 2017 m. rugpjūčio 31 d. buvo prijungta VšĮ Alksniupių ambulatorija vadovaujantis Radviliškio rajono savivaldybės tarybos 2017 m. gegužės 4 d. sprendimu Nr. T-581 „Dėl sutikimo reorganizuoti viešąją įstaigą Alksniupių ambulatoriją, prijungiant ją prie viešosios įstaigos Šeduvos pirminės sveikatos priežiūros centro. 2019 metų sausio 1 dienos duomenimis prisirašiusių apdraustų privalomuoju sveikatos draudimu, prie VšĮ Šeduvos pirminės sveikatos priežiūros centro, gyventojų skaičius buvo 6164, iš šio skaičiaus vaikų – 1083.

VšĮ Baisogalos pirminės sveikatos priežiūros centras įkurtas 2001 m. kovo mėnesį, šiam centrui priklauso Ginkišio ambulatorija ir keturi medicinos punktai. 2019 metų sausio 1 dienos duomenimis prisirašiusių apdraustų privalomuoju sveikatos draudimu, prie VšĮ Baisogalos pirminės sveikatos priežiūros centro, gyventojų skaičius buvo 4324, iš šio skaičiaus vaikų – 640.

UAB „MediCa klinika“ – tai didžiausias privačių klinikų tinklas Lietuvoje, su centrine būstine Kauno mieste. Radviliškio mieste šio tinklo klinika įsikūrė 2015 metais. 2019 m. lapkričio mėnesio duomenimis, prisirašiusių apdraustų privalomuoju sveikatos draudimu, prie UAB „MediCa klinika“ buvo 5600 Radviliškio miesto ir rajono gyventojų, iš šio skaičiaus vaikų – 900.

UAB „Medicinos namai – tai privatus klinikų tinklas, turintis penkias klinikas visoje Lietuvoje, su centrine būstine Kauno mieste. Radviliškio rajone Baisogaloje šio tinklo klinika įsikūrė 2015 metais ir turi 1500 prisirašiusių asmenų apdraustų privalomuoju sveikatos draudimu. UAB „Medicinos namai“ deklaruoja, kad per visas penkias klinikas turi 5960 prisirašiusių apdraustų privalomuoju sveikatos draudimu žmonių.

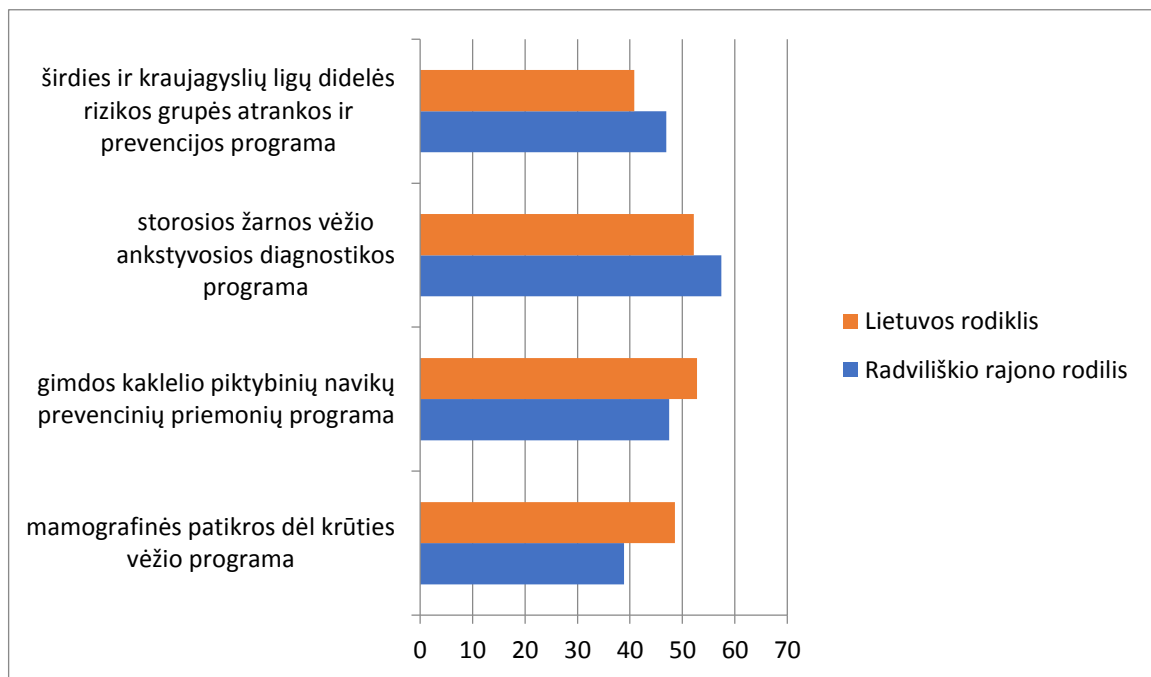
Remiantis aukščiau išvardintais dokumentais ir teisės aktais (3.1 paveikslas) sudaryta Radviliškio rajono pirminės sveikatos priežiūros įstaigų schema.



3.1 pav. Įstaigų, Radviliškio rajone, suteikiančių pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, schema

Šaltinis: Sudaryta darbo autorės

Vienas iš svarbių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklių yra dalyvavimas nacionalinėse ankstyvosios diagnostikos programose. Šeimos gydytojo komanda tikrina sveikatą tikslinėms pacientų grupėms, siekiant anksti nustatyti vėžinius susirgimus ar pacientus, kuriems yra rizika susirgti išvengiamomis ligomis. 3.2 paveiksle pateikti Radviliškio rajono Visuomenės sveikatos biuro 2017 metais duomenys apie nacionalinių prevencinių sveikatos programų vykdymą Radviliškio rajono PSPC. Duomenys yra lyginami su Lietuvos vidurkiu.



**3.2 pav Radviliškio rajono dalyvavimo nacionalinėse ankstyvosios diagnostikos programose 2017 m. rodiklių reikšmė.**

Šaltinis: Sudarytas darbo autorės.

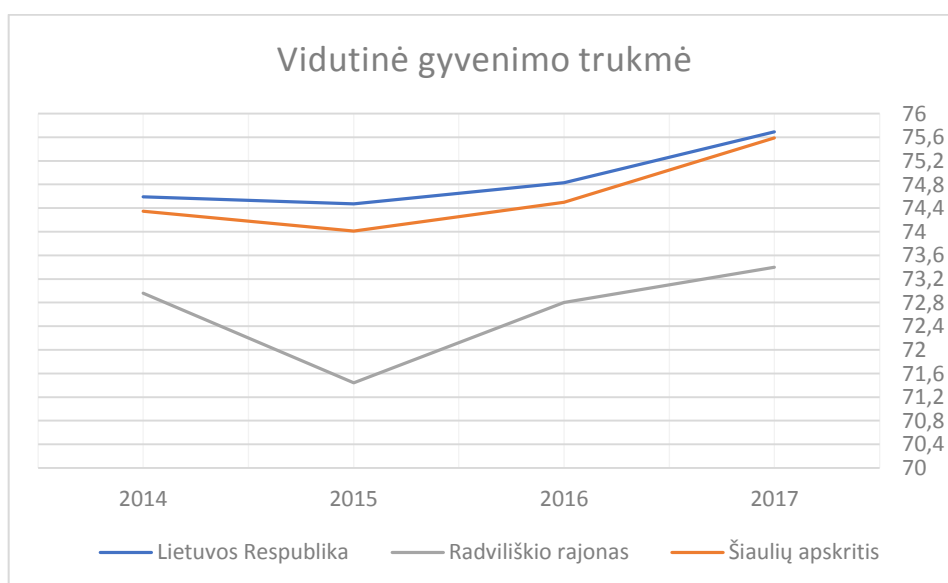
*Apibendrinant galima teigti, kad savivaldybė reorganizavus įstaigas optimizavo viešųjų įstaigų skaičių, tuo sumažindama jų valdymo išlaidas ir sudarydama sąlygas atliekamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimui. 2015 m. rajone savo veiklą pradėjo dvi privačios įstaigos. Svarbus sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklis – profilaktinių programų vykdymas 2018 m. Radviliškio rajono PSPC lyginant su 2017 metais yra ženkliai pagerėjęs. Duomenys pateikti PSPC vadovų 2018 metų veiklos ataskaitose. Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos vykdymas 2017 m. Radviliškio rajone buvo – 57,4 procentai, kai tuo tarpu Lietuvos rodiklis 52,2 procentai. Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programos vykdymas taip pat didesnis kiek daugiau nei 6 procentais, nei Lietuvos rodiklis. Tačiau gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinės programos vykdymas prastesnis nei Lietuvos rodiklis 5,3 procentinio punkto. Blogiausiai rajone 2017 m. buvo vykdoma mamografinės patikros dėl krūties vėžio programa. Radviliškio rajono rodiklis – 38,9 procentai, kai tuo tarpu Lietuvos – 48,6 procentai.*

### 3.1.1. Savivaldybės vaidmuo gerinant sveikatos paslaugų kokybę

Analizuojant, Radviliškio rajono savivaldybės strateginį plėtros planą 2012-2020 metams bei Radviliškio rajono savivaldybės 2017-2019 ir 2019-2021 metų strateginius veiklos planus, atsiskleidžia savivaldybės administracijos tendencijos pastoviai gerinti sveikatinimo paslaugų kokybę per bendruomenės sveikatinimo programas.

Vykdydama visuomenės sveikatos priežiūros funkciją, savivaldybės administracija, organizuoja bendruomenės sveikatinimo projektų ir programų vykdymą bei rėmimą. Veiklos plane numatoma remti vaikų sveikatingumą skatinančias, ligų kontrolės ir profilaktikos programas, aktyvaus gyvenimo būdo propagavimo projektus. Numatoma gerinti pirminės sveikatos priežiūros centrų materialinę-techninę bazę bei atnaujinti šių įstaigų infrastruktūrą, ko pasėkoje ženkliai pagerėtų paslaugų kokybė. Programa užtikrina tikslingą lėšų paskirstymą bei efektyvų jų panaudojimą.

Visuomenės sveikatinimo programos tikslas – įgyvendinti Radviliškio rajono 2019 – 2021 m. strateginiame veiklos plane bei Lietuvos sveikatos programoje numatytus tikslus bei uždavinius. Programos strateginis tikslas – pasiekti, kad 2025 metais rajono gyventojai gyventų sveikiau ir ilgiau, sumažėtų sveikatos netolygumai. Pagrindinis rodiklis, kurį pasiekus būtų galima tvirtinti, kad tikslas įgyvendintas, tai remiantis Lietuvos sveikatos programa, bendroji vidutinė gyvenimo trukmės riba 2025 metais turėtų siekti 77,5 metus. 3.1.1 paveiksle parodyta, kaip kinta visos Lietuvos, Šiaulių apskrities ir Radviliškio rajono gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė.



3.1.1 pav. Gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė

Šaltinis: parengta autorės, remiantis statistikos departamento ir Radviliškio sveikatos biuro duomenimis



Iš diagramos matyti, kad Radviliškio rajono gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė ženkliai atsilieka (daugiau negu du metai) nuo Šiaulių apskrities ir Lietuvos gyventojų vidutinės gyvenimo trukmės.

Kaip viena iš priežasčių, Radviliškio rajono visuomenės sveikatos biuro, pateiktoje ataskaitoje už 2018 metus (2019-04-11 posėdžio sprendimas Nr. T-1143), tikėtina yra Šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų skaičius. Radviliškio rajono savivaldybėje 10 000 gyventojų yra 3,5 gydytojų, kai Lietuvos Respublikos vidurkis 7,7 (2018 m. statistikos departamento duomenys). Radviliškio rajono savivaldybės administracija turi fondą ir jauniems gydytojams, atvykstantiems dirbti į rajoną, išmokama negražinama premija 15000 eurų, su sąlyga, kad gydytojas rajone išdirbs penkis metus. Kol kas ši priemonė tik iš dalies sprendžia problemą.

2019-2021 metams strateginiame veiklos plane numatyti uždaviniai:

1. Vykdyti kryptingą visuomenės sveikatinimo veiklą;

Šį uždavinį vykdo savivaldybės įsteigta biudžetinė įstaiga *Radviliškio rajono visuomenės sveikatos biuras*, kurios veiklos tikslas – rūpintis Radviliškio rajono savivaldybės gyventojų sveikata, vykdyti Lietuvos Respublikos įstatymais ir kitais teisės aktais reglamentuojamą savivaldybių visuomenės sveikatos priežiūrą, siekiant mažinti gyventojų sergamumą ir mirtingumą bei gerinti gyvenimo kokybę, teikiant kokybiškas visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas.

2. Didinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir gerinti kokybę.

Vykdam šį uždavinį numatoma didinti Radviliškio rajono savivaldybės asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybę: kelti gydytojų kvalifikaciją, gerinti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų materialinę-techninę bazę.

Radviliškio rajono savivaldybės administracija įgyvendina projektą „Pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimas Radviliškio rajone“, 2019 m. kovo 1 d. – 2020 m. rugpjūčio 31 d., bendra finansuojama projekto vertė – 428 431,07 Eur. Iš kurių Radviliškio savivaldybės biudžeto lėšos – 95 799,30 Eur. Projektas įgyvendinimas su penkiomis Radviliškio rajono savivaldybėje veikiančiomis pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigomis: VšĮ Radviliškio PSPC, VšĮ Šeduvos PSPC, VšĮ Baisogalos PSPC, UAB „MediCA klinika“ ir UAB "Medicinos namai“. Projekto tikslas – pagerinti Radviliškio rajono savivaldybės pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę. Projekto įgyvendinimo metu bus atliktas Radviliškio PSPC ir Šeduvos PSPC patalpų remontas, visoms įstaigoms bus nupirktas medicininės, kompiuterinės, įrangos, baldai šeimos gydytojų kabinetams atnaujinti, nauji automobiliai pacientų lankymui namuose. Siekiamą kokybiškesnių ir labiau prieinamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų, geriau vykdomų prevencinių programų, sumažėjusio mirtingumo ir geresnės gyventojų sveikatos.

Apibendrinant galima teigti, kad kiekvienais metais savivaldybės biudžete sveikatos gerinimo projektams skiriama vis daugiau lėšų tačiau Radviliškio rajono gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė 73,4 m. ženkliai atsilieka nuo Šiaulių apskrities ir Lietuvos gyventojų vidutinės gyvenimo trukmės 75,6 m. Kaip teigiama Radviliškio rajono visuomenės sveikatos biuro ataskaitose viena iš priežasčių – gydytojų skaičius. Lietuvoje 10 000 gyventojų tenka 7,5 kai tuo tarpu Radviliškio rajone – 3,5. Radviliškio rajono savivaldybės administracija turi fondą ir jauniems gydytojams, atvykstantiems dirbti į rajoną, išmokama negrąžinama premija 15000 eurų, kol kas ši priemonė tik iš dalies sprendžia problemą.

### 3.1.2. Pirminės sveikatos priežiūros centrų vadovų veiklos ataskaitų analizė

Radviliškio PSPC pagrindinis veiklos tikslas – stiprinti gyventojų sveikatą, vykdyti ligų prevenciją, siekiant sumažinti sergamumą ir mirtingumą, teikti prieinamas ir tinkamas, įstaigos licencijoje nurodytas sveikatos priežiūros paslaugas.

Radviliškio rajono PSPC teikia šias paslaugas:

- šeimos gydytojo;
- bendrosios praktikos gydytojo odontologo;
- pirminės sveikatos priežiūros;
- akušerio praktikos;
- psichikos sveikatos;
- bendrosios praktikos slaugytojo;
- vaikų slaugytojo;
- neprisirašiusiems, neapdraustiems – būtinoji pagalba, kitos paslaugos mokamos.

3.1.1 lentelė

#### Pareigybių sąrašas

Pareigybių sąrašas	Darbuotojų skaičius
Įstaigos vadovas	1
Įstaigos vadovo pavaduotojas	1
Įstaigos finansininkas	1
Slaugos administratorius	1
Gydytojai	31
Bendrosios praktikos gydytojai, psichologai, burnos higienistai, socialiniai darbuotojai	58
Kitas personalas	20
Iš viso:	113

Šaltinis: parengta darbo autorės, remiantis VŠĮ Radviliškio rajono PSPC vadovo 2018 metų ataskaita.

Duomenys apie prisirašiusius gyventojus pagal amžiaus grupes pateikiami 3.1.2 lentelėje.

## Prisirašiusių asmenų skaičius pagal amžiaus grupes

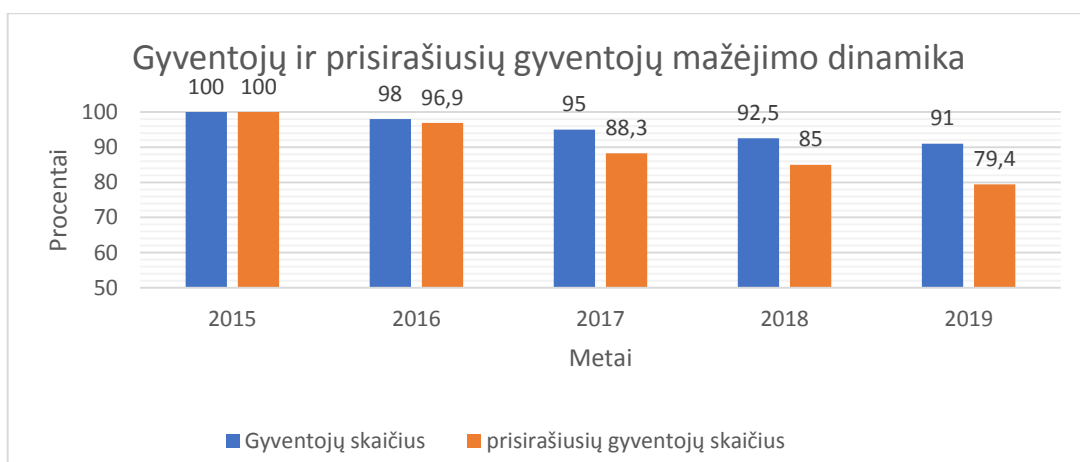
Eil. Nr	Rodiklis	2015 m.	2016 m.	2017 m.	2018 m.
	<i>Prisirašiusių gyventojų iš viso: tame sk.</i>	22293	21592	19686	18953
1.	Prisirašiusių draustų gyventojų skaičius, iš jų:	20756	20138	18502	17789
	<i>miesto gyventojai</i>	14788	14350	12671	11708
	<i>kaimo gyventojai</i>	5968	5788	5831	6081
2.	Prisirašiusių draustų gyventojų skaičius pagal amžiaus grupes:				
	vaikai iki 1 m.	200	185	169	122
	nuo 1 iki 4 m.	913	902	887	808
	nuo 5 iki 6 m.	458	461	438	400
	nuo 7 iki 17 m.	2738	2611	2574	2104
	nuo 18 iki 49 m.	7794	7350	6296	6066
	nuo 50 iki 65 m.	4571	4569	4255	4343
	virš 65 m.	4082	4060	3883	3946
3.	Prisirašiusių įstaigoje nedraustų asmenų skaičius	1537	1454	1184	1164
	<i>Prisirašiusių draustų asmenų skaičius prie Psichikos sveikatos centro</i>	36594	35744	34850	33274

Šaltinis: VŠĮ Radviliškio rajono PSPC vadovo 2018 metų ataskaita.

Prisirašiusių draustų asmenų nuo 2015 metų kasmet mažėja. Radviliškio rajono PSPC vadovo ataskaitoje, kaip šio reiškinio priežastys įvardijamos:

- gyventojų migracija;
- demografiniai veiksniai;
- socialinio draustumo statuso svyravimai.

Palyginus Radviliškio rajono PSPC vadovo ataskaitas už 2015, 2016, 2017, 2018 metus (prisirašiusių draustų asmenų duomenys) ir remiantis statistikos departamento duomenimis apie gyventojų skaičių Radviliškio rajone, imant už pagrindą 2015 metus, matyti, kad gyventojų skaičius mažėjo 9 procentais, kai per tą patį laikotarpį prisirašiusių draustų asmenų prie Radviliškio rajono PSPC sumažėjo daugiau negu 20 procentų (3.1.2 paveikslas). Galima daryti prielaidą, kad prisirašiusių draustų asmenų prie Radviliškio rajono PSPC mažėjimo dinamika, ne tik gyventojų skaičiaus mažėjimas, bet ir atsiradusi konkurencija Radviliškio mieste pirminės sveikatos priežiūros sistemoje. 2015 metais Radviliškio mieste įsikūrė UAB „MediCa klinika“, teikianti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas.



### 3.1.2 pav. Radviliškio rajono gyventojų ir prisirašusių draustų asmenų prie Radviliškio rajono PSPC mažėjimo dinamika

Šaltinis: parengta autorės, remiantis statistikos departamento ir Radviliškio rajono PSPC vadovo ataskaitos duomenimis

Radviliškio PSPC struktūrą sudaro poliklinika, Psichikos sveikatos centras, Tyrulių ambulatorija, Šiaulėnų ambulatorija (prijungta prie Įstaigos 2017 m. rugpjūčio 24 d. tarybos sprendimu Nr. T-652) ir Aukštelkų, Acokavų, Daugėlaičių, Gražionių, Karčemų, Kutiškių, Miežaičių, Mėnaičių, Šniūraičių, Žemių medicinos punktai.

Radviliškio PSPC yra asmens sveikatos įstaiga teikianti pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas, pagal įstaigos sveikatos priežiūros licenciją. Pagrindinis įstaigos veiklos tikslas – stiprinti gyventojų sveikatą, vykdyti ligų prevenciją siekiant suamžinti sergamumą ir mirtingumą, teikti prieinamas ir tinkamas įstaigos licencijoje nurodytas sveikatos priežiūros paslaugas. Įstaigos finansinis veiklos rezultatas yra teigiamas, taip pat įstaiga turi rezervą jaunų gydytojų pritraukimui dirbti PSPC. Radviliškio PSPC veiklos užduočių įvykdymas 2018 m. pateiktas 2 priede. Jaunų specialistų trūkumas yra viena iš minimų įstaigos problemų. 3.1.3 lentelėje pateikti Radviliškio PSPC prevencinių programų vykdymo duomenis.

3.1.3 lentelė

#### Prevencinių programų vykdymas Radviliškio PSPC

Prevenicinė programa	Vykdyto pradžia	Programa skirta	2017 m.	2018 m.
Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programa	2004 m. liepos mėn.	Moterims 25-59 m. (imtinai)	32,9%	40,9 %
Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa	2005 m. spalio mėn.	Moterims 50-69 m. (imtinai)	41,4%	37,6%
Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa	2009 m. liepos mėn.	Vyrams ir moterims 50-74 m. (imtinai)	61,2%	52,9%

3.1.3 lentelės tęsinys kitame puslapyje

Prevenicinė programa	Vykdyimo pradžia	Programa skirta	2017 m.	2018 m.
Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa	2006 m. sausio mėn.	Vyrams 50-69 m. (imtinai) ir vyrams nuo 45 metų, jei jų tėvai ar broliai sirgo priešinės liaukos vėžiu	47,3%	62,4%
Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa	2005 m. gruodžio mėn.	Vyrams 40-54 m. (imtinai) ir moterims 50-64 m. (imtinai)	37,5%	40,4%

Sudaryta darbo autorės. Šaltinis: Radviliškio rajono viešosios įstaigos Radviliškio pirminės sveikatos priežiūros centro vadovo ataskaitos

Finansavimas įstaigoms iš teritorinių ligonių kasų kasmet didėja, didinami paslaugų įkainiai. Nuo 2018 m. gegužės iki 14 procentų didinamas finansavimas už pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, skubią konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą bei paslaugas, teikiamas pagal prevencines programas. Palyginus Radviliškio PSPC prevencinių programų vykdymo duomenis 2018 m. su 2017 m. duomenimis galime teigti, kad kai kurių programų vykdymas 2018 m. pagerėjo: priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos 2017 m. buvo – 47,3 proc., tačiau mamografinės patikros dėl krūties vėžio ir storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programų vykdymo rezultatai suprastėjo. Likusių programų rezultatai neženkliai, bet didėjo.

*Apibendrinant galima teigti įstaiga susiduria šeimos gydytojų trūkumu, nepakankamai vykdomos prevencinės sveikatos patikrinimo programos. 2018 m. duomenimis gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių programų vykdymas – 40,9 proc., asmenų priskiriamų širdies ir kraujagyslių didelės rizikos grupei prevencinės programos vykdymas – 40,4 proc., krūties vėžio prevencinės programos vykdymas – 37,6 proc., priešinės liaukos vėžio diagnostinė programa – 62,4 proc., storosios žarnos vėžio ankstyvoji diagnostika – 52,9 proc. Įstaigoje stebimas jau kelis metus ženkliai mažėjantis prisirašiusių asmenų skaičius, tam nemažos įtakos turi ir 2015 m. savo veiklą pradėjęs privatus paslaugų teikėjas UAB „Medica klinika“, taip pat dėl gyventojų migracijos, socialinio draustumo statuso svyravimo bei demografinių veiksnių. Stebimas didėjantis suteiktų paslaugų skaičius dėl senstančios visuomenės.*

Baisogalos pirminės sveikatos priežiūros centras vadovaujasi Vidaus tvarkos taisyklėmis, galiojančiais Lietuvos Respublikos Įstatymais ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimais, Steigėjo patvirtintais įstatais bei Sveikatos apsaugos ministro įsakymais, teisės aktais, Lietuvos

standartais, medicinos bei higienos normomis. PSPC veikia pagal sutartį su Šiaulių teritorine ligonių kasa.

Baisogalos PSPC teikia šias paslaugas:

- šeimos gydytojo;
- bendrosios praktikos gydytojo odontologo;
- pirminės sveikatos priežiūros;
- akušerio praktikos;
- psichikos sveikatos;
- bendrosios praktikos slaugytojo;
- vaikų slaugytojo;
- neprisirašiusiems, neapdraustiems – būtinoji pagalba, kitos paslaugos mokamos.

Baisogalos pirminės sveikatos priežiūros centro pareigybių sąrašas nurodytas 3.1.4 lentelėje.

3.1.4 lentelė

#### Pareigybių sąrašas

Pareigybių sąrašas	Darbuotojų skaičius
Įstaigos vadovas	1
Gydytojai	8
Šeimos gydytojai	3
Odontologai	2
Slaugytojos personalas	17
Kitas personalas	25
Iš viso:	56

Sudaryta darbo autorės. Šaltinis: VŠĮ Baisogalos PSPC vadovo 2018 metų ataskaita.

Baisogalos PSPC sudaro Baisogalos ambulatorija, Grinkiškio ambulatorija, slaugos ir palaikomojo gydymo skyrius, Pociūnėlių, Palonų, Pašušvio, Skėmių, Vaitiekūnų ir Vainiūnų medicinos punktai. Įstaigos veiklos tikslas – stiprinti gyventojų sveikatą, vykdyti ligų prevenciją siekiant sumažinti sergamumą ir mirtingumą bei teikti prieinamas ir tinkamas sveikatos priežiūros paslaugas. Įstaigoje 2018 m. atnaujintas DOTS kabinetas, vyko remonto darbai poliklinikoje ir ligoninėje.

Įstaigos finansinis veiklos rezultatas yra teigiamas, įstaigoje dirbantiems gydytojams mokamas pakankamai geras atlyginimas lyginant su kitomis Radviliškio PSPC. 91 procentas pacientų, dalyvavusių pasitenkinimo įstaigos teikiamomis paslaugomis anketinėje apklausoje, paslaugas įvertino teigiamai, skundų negauta. (3 priedas). Tačiau kaip ir visoje Lietuvoje mažėja gimusiųjų skaičius, didelis nedraustų asmenų skaičius, ryškus apylinkės gyventojų senėjimas, didėja slaugos namuose paslaugų poreikis. Reikia akcentuoti, kad kompensuojamų vaistų, naudojant e. recepto paslaugą, išrašymas šioje įstaigoje yra vienas mažiausiu rajone, tačiau atitinka Lietuvos e. sveikatos 2015 – 2025 metų plėtros programos įgyvendinimo vertinimo kriterijus (6 priedas). 3.1.5 lentelėje pateikti duomenis apie prevencinių programų vykdymą 2017 – 2018 m.

skaičiai pateikti procentais nuo tų paslaugų galinčių gauti prisirašiusiu socialiai draustų asmenų skaičiaus.

3.1.5 lentelė

Preveninių programų vykdymas Baisogalos PSPC

Preveninė programa	Vykdyto pradžia	Programa skirta	2017 m.	2018 m.
Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programa	2004 m. liepos mėn.	Moterims 25-59 m. (imtinai)	48,0%	51,3 %
Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa	2005 m. spalio mėn.	Moterims 50-69 m. (imtinai)	24,5%	41,6%
Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa	2009 m. liepos mėn.	Vyrams ir moterims 50-74 m. (imtinai)	52,9%	47,0%
Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa	2006 m. sausio mėn.	Vyrams 50-69 m. (imtinai) ir vyrams nuo 45 metų, jei jų tėvai ar broliai sirgo priešinės liaukos vėžiu	46,2%	81,9%
Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa	2005 m. gruodžio mėn.	Vyrams 40-54 m. (imtinai) ir moterims 50-64 m. (imtinai)	47,5%	64,2%

Sudaryta darbo autorės. Šaltinis: Radviliškio rajono viešosios įstaigos Baisogalos pirminės sveikatos priežiūros centro vadovo ataskaitos

Preveninių programų vykdymas Baisogalos PSPC ženkliai pagerėjo. Palyginus įstaigos prevencinių programų vykdymo duomenis 2018 m. su 2017 m. duomenimis matome, kad gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinė programa 2017 m. buvo vykdoma 48 proc., 2018 m. – 51,3 proc. Mamografinės patikros dėl krūties vėžio programos vykdymas nuo 24,5 procentų 2017 m. šoktelėjo iki 41,6 procento 2018 m. Ženklus padidėjimas stebimas priešinės liaukos vėžio diagnostinės programos vykdyme nuo 46,2 procentų 2017 m. iki 81,9 procentų 2018 m. Taip pat didėjo ir širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupės, atrankos ir prevencijos priemonių programos vykdymas nuo 47,5 proc. iki 64,2 proc. Sumažėjo storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos vykdymas nuo visai neblogo rodiklio 2017 m. 52,9 proc. iki 47,0 procentų 2018 m.

*Apibendrinant galima teigti, kad įstaigoje mažėja prisirašiusių gyventojų skaičius, mažėja gimusiųjų skaičius, didelis nedraustų asmenų skaičius, ryškus apylinkės gyventojų senėjimas, didėja slaugos namuose paslaugų poreikis. Didelis krūvis šeimos gydytojui (dokumentai į NDNT, darbas su kompiuterine e. sveikata programa ir kt.), dėl to pritrūksta laiko darbui su prevencinėmis programomis, bendravimui su pacientais. Šie faktoriai lemia mažėjantį finansavimą iš PSDF.*

*Pagrindinės kliūtys, vykdant profilaktines programas, lemiančios pasitikrinusiųjų procentą: didelis gydytojų darbo krūvis ir laiko stoka. Svarbu paminėti ir tai, kad patys pacientai yra neaktyvus ir nesuinteresuoti profilaktiškai tikrintis savo sveikatą.*

Šeduvos pirminės sveikatos priežiūros centras vadovaujasi galiojančiais Lietuvos Respublikos Įstatymais ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimais, Steigėjo patvirtintais įstatais bei Sveikatos apsaugos ministro įsakymais, teisės aktais, Lietuvos standartais, medicinos bei higienos normomis.

Misija – teikti kokybiškas, pacientų poreikius atitinkančias sveikatos priežiūros paslaugas.

Vizija – būti įstaiga, kurios specialistai mokys pacientus rinktis sveiką gyvenimą bei skatins sąmoningai rūpintis savo paties ir šeimos sveikata.

VšĮ Šeduvos PSPC teikia:

- šeimos gydytojo;
- bendrosios praktikos gydytojo odontologo;
- bendrosios praktikos slaugytojo;
- akušerio;
- odontologo padėjėjo ir burnos higienisto paslaugas įstaigą pasirinkusiems asmenims.
- Nedraustiems privalomuoju sveikatos draudimu nemokamai teikta tik būtinoji pagalba, kitos paslaugos – mokamos. Įstaigos pareigybių sąrašas pateiktas 3.1.6 lentelėje

3.1.6 lentelė

#### **Pareigybių sąrašas**

<b>Pareigybių sąrašas</b>	<b>Darbuotojų skaičius</b>
Įstaigos vadovas	1
Gydytojai	4
Šeimos gydytojai	5
Odontologai	3
Slaugos personalas	23
Kitas personalas	10
Iš viso:	46

Šaltinis: VšĮ Šeduvos PSPC vadovo 2018 metų ataskaita.

VšĮ Šeduvos PSPC struktūra sudaro Šeduvos ambulatoriją, Alksniupių ir Sidabravo ambulatorijos, (Radviliškio rajono savivaldybės tarybos 2018 m. rugpjūčio 23 d. sprendimas Nr. T-956 „Dėl VšĮ Sidabravo ambulatorijos ir VšĮ Šeduvos PSPC reorganizavimo sąlygų aprašo ir įstatų tvirtinimo“). Šeduvos PSPC priklauso Būtėnų, Pakalniškių, Pavartyčių, Vėriškių, Beinoravos ir Vadaktų medicinos punktai. Šeduvos PSPC veiklos užduočių vykdymas pateiktas 4 priede.

Šeduvos PSPC yra įsikūlusį pagrindinį veiklos tikslą – gerinti miesto ir visų Lietuvos gyventojų sveikatą, mažinti jų sergamumą ir mirtingumą. Taip pat laiku, efektyviai, saugiai ir



kokybiškai teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Reikia paminėti kad įstaigoje kompensuojamų vaistų, naudojant e. recepto paslaugą išrašymas jau 2018 m. – 98 procentai, tai yra ženkliai daugiau nei numatyta Lietuvos e. sveikatos 2015 – 2025 metų plėtros programos įgyvendinimo vertinimo kriterijuose (6 priedas). Labai svarbus paslaugų kokybės rodiklis yra prisirašiusių asmenų profilaktiniai nemokami sveikatos patikrinimai, vykdamas prevencines sveikatos programas. 3.1.7 lentelėje pateikti duomenis apie prevencinių programų vykdymą 2017 – 2018 m. Skaičiai pateikti procentais nuo tą paslaugą galinčių gauti prisirašiusiu socialiai draustu asmenų skaičiaus.

3.1.7 lentelė

**Prevencinių programų vykdymas Šeduvos PSPC**

<b>Prevenicinė programa</b>	<b>Vykdymo pradžia</b>	<b>Programa skirta</b>	<b>2017 m.</b>	<b>2018 m.</b>
Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programa	2004 m. liepos mėn.	Moterims 25-59 m. (imtinai)	30,4%	60,6 %
Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa	2005 m. spalio mėn.	Moterims 50-69 m. (imtinai)	44,3%	43,1%
Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa	2009 m. liepos mėn.	Vyrams ir moterims 50-74 m. (imtinai)	56,7%	117,5%
Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa	2006 m. sausio mėn.	Vyrams 50-69 m. (imtinai) ir vyrams nuo 45 metų, jei jų tėvai ar broliai sirgo priešinės liaukos vėžiu	62,6%	83,9%
Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa	2005 m. gruodžio mėn.	Vyrams 40-54 m. (imtinai) ir moterims 50-64 m. (imtinai)	59,8%	58,7%

Sudaryta darbo autorės. Šaltinis: Radviliškio rajono viešosios įstaigos Šeduvos pirminės sveikatos priežiūros centro vadovo ataskaitos

Prevencinės programos yra skirtos nustatyto amžiaus asmenims. Apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų. 2018 m. šioms programoms Lietuvoje vykdyti buvo skirta 17 759 mlj. eurų., kai tuo tarpu 2017 m. – 15,279 mlj. eurų. Palyginus Šeduvos PSPC prevencinių programų vykdymo duomenis su 2017 m. duomenimis galima teigti, kad programų vykdymas ženkliai pagerėjo, ypač storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa, kuri 2018 m. buvo įvykdyta 117 proc., gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinės programos vykdymas pagerėjo nuo 30,4 proc. 2017 m. iki 60,6 proc. 2018 metais. Labai neženkliai, bet sumažėjo dėl krūties vėžio ir asmenų priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei patikros.

Apibendrinant galima teigti, veiklos rezultatai įstaigos yra geri, įstaigai pavyko per pastaruosius 5 metus pritraukti 3 jaunus šeimos gydytojus. Įstaigoje mokami nemaži atlyginimai medicinos personalui lyginant su kitomis rajone veikiančiomis įstaigomis, įstaigos finansinis veiklos rezultatas teigiamas, nemažai pritraukta papildomų lėšų. Įstaigoje visos darbo vietos yra kompiuterizuotos, veikia elektroninė registravimosi pas gydytojus sistema, e receptai išrašomi 98 proc. pacientų. Dėl reorganizacijos, prie įstaigos 600 padidėjo prisirašiusiųjų asmenų skaičius, dėl to ženkliai padidėjo apsilankymų įstaigoje skaičius nuo 43,336 atvejų 2017 m. iki 49,917 atvejų 2018 m. Viena iš priežasčių didėjančio apsilankymų skaičiaus taip pat yra senėjantys gyventojai.

### **3.2. Pirminės sveikatos priežiūros centrų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymas: informantų nuomonės raiška**

Tyrimu siekta nustatyti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų kokybės valdymo ypatumus, naudojamus sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo modelius Radviliškio rajono pirminės sveikatos priežiūros centruose. Atliktas pusiau struktūruotas interviu, informantams buvo priskirtas kodas atsitiktinę tvarka – (I 1), (I 2), (I 3), (I 4), (I 5), taip išlaikant informantų konfidencialumą. Lentelėse pateikiami duomenų analizės parametrai, kurie suformuoti analizuojant atsakymus į interviu klausimus, atrinkti patvirtinantys teiginiai, jie suskirstyti į kategorijas ir subkategorijas. Interviu teksto dalies esminiai aspektai: respondentų sakiniai, frazės ir žodžiai pateikti originalo kalba.

Interviu klausimai buvo suskirstyti į keturias grupes. Pirma grupė tai bendrieji klausimai. Šios klausimų grupės pagalba atskleidžiami bendrieji duomenys apie informantus (3.2 lentelė) ir kaip informantai vertina bendrą suteikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę (3.2.1 lentelė).

3.2 lentelė

#### **Bendrieji informantų duomenys**

Eil. Nr.	Įstaigos pavadinimas	Pareigos	Bendras darbo stažas	Darbo stažas užimamose pareigose
1.	VŠĮ Baisogalos PSPC	Direktorė	34 m.	6 m.
2.	VŠĮ Šeduvos PSPC	Direktorė	10 m.	7 m.
3.	UAB „MediCa klinika“	Padalinio vadovė	27 m.	8 mėn.
4.	VŠĮ Radviliškio PSPC	Direktorė	35 m.	1m.
5.	UAB „Medicinos namai“	Vadovas	-	3m.

Sudarytas darbo autorės

Informantų vertinimas apie bendrą suteikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pateiktas 3.2.1 lentelėje.

3.2.1 lentelė

### Bendras suteikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Bendra paslaugos kokybė	Jauki aplinka, informatyvūs stendai	<...>vertinu labai gerai, aplinka jauki, graži, miela akiai<...>(I1), <...>patalpos erdvios, jaukios daug kabinetų<...>(I5), <...>stendai pakankami informatyvūs<...>(I3) <...> stendai informatyvūs, sukelta visa reikalingiausia informacija, kuri aktuali einamuoju laiku, ir jie keičiami kartą į ketvirtį<...>(I2)
	Motinos ir vaiko kambarys	<...>motinos ir vaiko kambarys yra, vaikų žaidimų kambarys, vaikai rengiasi atskirai, didelis atstumas nuo kitų pacientų, kad kuo mažiau būtų kontakto su sergančiais<...>(I3) <...>motinos ir vaiko kabineto neturime, senas pastatas, nėra net vėdinimo sistemos<...>(I4). <...> motinos ir vaiko kambario nėra esame maži, bet daug kabinetų, tai tokių problemų neišskyta<...>(I5)
	Neįgaliųjų patekimas į pirminės sveikatos priežiūros centrų patalpas.	<...>nėra nei lifto, nei keltuvo, nevaikštantiems pacientams labai sudėtinga patekti pas gydytojus<...>(I4). <...> gydytojai ateina pas negalinčius užlipti į antrą aukštą pacientus, į pirmame aukšte esantį laisvą kabinetą<...>(I2)
	Ar profilaktiškai pasitikrinti ateinantys asmenys turi galimybę išvengti kontakto su sergančiais	<...>kad kuo mažiau būtų kontakto su sergančiais<...>(I3). <...>tik registratūra yra toliau nuo kabinetų, atėję registruotis žmonės išvengia kontakto su sergančiais<...>(I2) <...>kontakto su sergančiais išvengti nepavyksta įėjimas vienas, ir sunkiai išsprendžiamas<...>(I1)

Sudaryta darbo autorės

Labai gerai visi informantai įvertino informacijos pateikimą klientams (pacientams). <...>vertinu labai gerai, aplinka, jauki, graži, miela akiai<...>(I1), <...>patalpos erdvios, jaukios daug kabinetų<...>(I5), <...>stendai pakankami informatyvūs<...>(I3), <...>stendai informatyvūs, sukelta visa reikalingiausia informacija, kuri aktuali einamuoju laiku, ir jie keičiami kartą į ketvirtį<...>(I2). Pacientams, patekus į pirminės sveikatos priežiūros centro patalpas, visa reikalingiausia ir aktualiausia informacija pateikiama stenduose ir lankstinukuose, bukletuose. <...>sukelta visa reikalingiausia informacija, kuri aktuali einamuoju laiku, ir jie keičiami kartą į ketvirtį<...>(I2), Visi PSPC turi internetinius puslapius, kuriuose pateikia visas naujoves, gydytojų darbo grafikus, įvyksiančius pasikeitimus, numatomas veiklas (skiepai nuo gripo, neeiliniai sveikatos patikrinimai), taip sukuriamas ir palaikomas ryšys tarp pirminės sveikatos priežiūros centrų ir gyventojų. Privatūs pirminės sveikatos priežiūros centrai turi savo paskyras ir

facebook socialiniame tinkle, dėl lėšų trūkumo sau to leisti negali valstybės valdomi pirminės sveikatos priežiūros centrai.

„Mamos ir vaiko“ kambarys yra tik „MediCA klinika“ patalpose, <...>*motinos ir vaiko kambarys yra, vaikų žaidimų kambarys, vaikai rengiasi atskirai, didelis atstumas nuo kitų pacientų, kad kuo mažiau būtų kontakto su sergančiais<...>(I3)*. Kiti PSPC tokių patalpų neturi, <...>*motinos ir vaiko kambario nėra, esame maži, bet daug kabinetų, tai tokių problemų neiškyla<...>(I5)*. Informantų minimos priežastys, kodėl jų vadovaujami PSP centrai neteikia šios paslaugos, įvairios, <...>*motinos ir vaiko kabineto neturime, senas pastatas, nėra net vėdinimo sistemos<...>(I4)*, vyrauja atsakymai, kad seni pastatai, užimamas PSPC patalpų plotas nedidelis ir nėra vietos atskiram kambariui, planuose numatoma patalpų renovacija.

Dar vienas interviu metu aptartas klausimas – neįgaliųjų patekimas į pirminės sveikatos priežiūros centrų patalpas. Pagal informantų pateiktą informaciją, paaiškėjo, kad trijų pirminės sveikatos priežiūros centrų patalpos pirmame aukšte, o dviejų PSPC patalpos išsidėstę per du aukštus. Į visų centrų pirmuosius aukštus neįgalieji gali patekti be didesnių problemų, yra nutiesti privažiuojamieji takeliai. Šeduvos ir Radviliškio PSP centrų patalpos užima du aukštus, <...>*nėra nei lifto, nei keltuvo, nevaikštantiems pacientams labai sudėtinga patekti pas gydytojus<...>(I4)*, <...>*gydytojai ateina pas negalinčius užlipti į antrą aukštą pacientus, į pirmame aukšte esantį laisvą kabinetą<...>(I2)*. 2020 metais Radviliškio PSPC bus atliekama patalpų renovacija, kurios metu bus įrengtas liftas neįgaliųjų patekimui į antrą aukštą. Einamu metu šią problemą abiejų centrų administracija sprendžia tuo pačiu būdu – gydytojas, kurio kabinetas antrame aukšte, apžiūri neįgalųjį pacientą pirmame aukšte esančiuose kabinetuose.

Vizito pas gydytoją laukiantiems pacientams, prie kabineto sėdimų vietų yra pakankamai ir stovėti niekam nereikia. „MediCA klinika“ yra įdiegta pažangesnė sistema – pacientai laukia bendroje salėje, informacija apie atsilaisvinusį gydytoją pateikiama elektroniniame stende <...>*prie gydytojų kabinetų pacientai nesėdi specialiai, tokia pas mus sistema, tokia tvarka<...>(I3)*, sėdimų vietų skaičius, laukiamuosius, informantai įvertino gerai.

Interviu metu buvo aiškinamasi ar pavyksta centruose sukurti tokias sąlygas, kad pacientai, laukiantys vizito pas gydytoją, išvengtų kontakto su sergančiais virusinėmis infekcinėmis ligomis. <...>*kontakto su sergančiais išvengti nepavyksta įėjimas vienas, ir sunkiai išsprendžiamas<...>(I1)*. Informantai paminėjo, kad šios problemos iki galo išvengti nepavyksta, nors Radviliškio PSPC ir Šeduvos PSPC turi 2 įėjimus, <...>*tik registratūra yra toliau nuo kabinetų, atėję registruotis žmonės išvengia kontakto su sergančiais<...>(I1)*, bet gydytojų kabinetai, procedūrų kabinetas yra netoli vienas kito, laukiamieji tie patys kaip ir prie gydytojų kabinetų. Į kitus centrus įėjimas vienas, reiktų atskirų patalpų <...>*kad kuo mažiau būtų kontakto su sergančiais<...>(I3)*.

Radviliškio pirminės sveikatos priežiūros centre naudojama praktika, kai dirbantys gydytojai po dvi valandas per dieną, neturi planinių talonų. Suteikią paslaugas ir priimą tik „ekstrinius“ ligonius (aukšta temperatūra ir kt.), tokiu būdu iš dalies apsaugomi kiti pacientai nuo kontaktavimo su laukiančiais bendrose eilėse.

*Apibendrinant galima teigti, kad vis senėjantis gyventojų amžius, ir vis „jaunėjančios“ ligos, didina apsilankymų skaičių poliklinikose, todėl didėjant vartojimui svarbu gyventojams užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, saugumą, efektyvumą ir paslaugas orientuoti į gyventojų poreikius. Higienos instituto duomenimis apsilankymų šalies gydymo įstaigose skaičius 2015–2017 m. didėja vidutiniškai kas metai po 6 procentus.*

Antra grupė klausimų buvo susijusi su pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimu Radviliškio rajono PSPC. Šios klausimų grupės pagalba buvo norima išsiaiškinti, kaip informantai vertina suteikiamų paslaugų kokybę ir kriterijus užtikrinančius pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymą (žr.3.2.2 lentelę).

3.2.2 lentelė

**Suteikiamų paslaugų kokybės vertinimas ir kriterijai užtikrinantys pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymą**

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Suteikiamų sveikatos paslaugų kokybė	Registatūros darbas	<...>registatūros darbą, vertinu labai gerai, galima registruotis telefonu ar internetu, laikomės talone nurodyto laiko<...>(I5) <...>registatūros darbą vertinu puikiai, visada pacientai gauna pilną, aiškią informaciją<...>(I1). <...>registatūros darbą vertinu gerai, pateikimas pas gydytojus sureguliuotas gerai, galima užsiregistruoti du mėnesius į priekį <...>(I2)
	Gydytojų darbas	<...>gydytojų darbą vertinu gerai, gydytojai geri, aukštos kvalifikacijos. <...>(I3) <...>pateikimas pas gydytojus praktiškai tą pačią dieną, vertinu gerai<...>(I4) <...>gydytojų darbą vertinu puikiai<...>(I5)
	Slaugytojų darbas	<...>slaugytojų darbą vertinu gerai, pacientai lankomi namuose kur suteikiama pakankamai daug paslaugų<...>(I4). Slaugytojų darbą vertinu gerai daug paslaugų atliekama lankant pacientą namuose<...>(I2).
Kriterijai užtikrinantys sveikatos priežiūros paslaugų kokybę	Darbuotojų pagarba pacientui	<...>svarbiausias čia yra pacientas. Visi darbuotojai turi būti suinteresuoti, kad pacientas būtų išklaustas, teisingai suprastas ir gautų visą reikiamą informaciją. <...>(I5), <...>svarbiausias kriterijus yra darbuotojo pagarba pacientui, jo dėmesingumas, išklausymas<...>(I2),<...>svarbiausia orientacija į paciento poreikius<...>(I3)

3.2.2 lentelės tęsinys kitame puslapyje

## 3.2.2 lentelės tęsinys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
	Orientacija į paciento poreikius ir lūkesčius	<...>kad ir kokio keistumo pacientas visada yra teisus, o specialistai turi atsižvelgti į jo norus bei pageidavimus, nes tai lemia mūsų įstaigos patrauklumą<...>(I1), <...>svarbu pagarba, jo poreikiai, elgesys su pacientu<...>(I4).
	Nuolatinis veiklos gerinimas	<...>geri įstaigos darbuotojų tarpusavio santykiai, darbas komandoje<...>(I2). <...>visada sakau, kad atėjęs pacientas negali išeiti iš įstaigos negavęs paslaugos<...>(I4), <...>veiklos gerinimui labai svarbus kriterijus yra darbuotojai<...>(I5)
	Laikas, kurį sugaišta pacientas nuo užsiregistravimo iki vizito pas gydytoją	<...>gydytojas skiria vienam pacientui 15-20 minučių laiko, per savo darbo valandas priima iki 40 pacientų<...>(I1), <...>labai svarbu laikas, per kurį pacientas gauna paslaugą<...>(I2).
	Darbuotojų iniciatyva gerinant paslaugų kokybę	<...>jeigu darbuotojai išsako savo nuomonę, kaip galima pagerinti paslaugų kokybę, visada atkreipiamas dėmesys ir svarstoma ką galima padaryti tuo klausimu<...>(I1), <...>norėtusi aktyvesnio darbuotojų dalyvavimo ir iniciatyvos <...>(I5), <...>su darbuotojais aiškinamės kiekvieną atvejį, aptariam<...>(I4)

Interviu dalyvavę informantai tik gerai ir labai gerai įvertino savo vadovaujamų įstaigų registratūros, gydytojų ir slaugytojų darbą. Registracija vykdoma telefonu, internetu ir atvykus į pirminės sveikatos priežiūros centrą <...>registratūros darbą vertinu gerai, patekimas pas gydytojus sureguliuotas gerai, galima užsiregistruoti du mėnesius į priekį <...>(I2), <...>registratūros darbą vertinu puikiai, visada pacientai gauna pilną, aiškią informaciją<...>(I1). Atliekant interviu privatūs centrai internetu registraciją vykdė per sistemą „E pacientas“, viešosios įstaigos internetu registraciją vykdė per sistemą „Sergu Lt“, nuo 2019 metų gruodžio mėnesio visoms sveikatos priežiūros įstaigoms suteikta galimybė pacientų registraciją vykdyti per bendrą „e sveikata“ sistemą, kas ženkliai pagerins šios paslaugos kokybę. Registru centro sukurta naujoji išankstinė pacientų registracijos sistema pakeis portalą sergu.lt ir bus sujungta su e. sveikatos sistema.

Informantai pažymėjo, dedamos visos pastangos, kad būtų laikomasi registracijos talone nurodyto laiko, bet dažni atvejai, kai pacientai atvyksta ženkliai anksčiau talone nurodyto laiko ir taip susidaro eilė <...>ateina anksčiau nei talone nurodytas laikas ir laukia sakydami- koks skirtumas kur laukiu, čia nors pakalbina mane <...>(I1)

Gydytojų suteikiamų paslaugų kokybę informantų įvertinta gerai <...>gydytojų darbą vertinu gerai, gydytojai geri, aukštos kvalifikacijos<...>(I3), <...>patekimas pas gydytojus praktiškai tą pačią dieną, vertinu gerai<...>(I4), tačiau interviu metu buvo išsakytos mintys <...>vienas kabinetas vis vėluoja priėmimo laiku, nesistengiama, nesugebama prisitaikyti prie

*naujovių, administracijos bandymai keisti situaciją nesėkmingi<...>(I2)* apie iššūkius su kuriais susiduria vyresnio amžiaus gydytojai, žinių ir patirties turi pakankamai, o kokybiškas darbas su kompiuteriu tampa problema. *<...>Būčiau blogas vadovas jei sakyčiau kad mano darbuotojai dirba prastai<...>(I1)*, tačiau talone nurodyto laiko nesilaikymas, ilgos eilės gauti taloną vizitui pas gydytoją išsukia situaciją kai pacientai visai neatvyksta į priėmimą, arba renkasi kitas paslaugas. Eilės pas šeimos gydytojus planinei pagalbai priklauso nuo apylinkės tipo, jos dydžio, sergamumo tuo metu, šeimos gydytojo ir slaugytojos komandos darbo efektyvumo, pacientų drausmingumo bei kitų aplinkybių. Spręsdami paslaugų prieinamumo problemą 17 proc. pacientų naudojami mokamomis paslaugomis (pusė iš jų tai daro dėl didelių eilių), 19 proc. – gydosi patys. (Valstybinio audito ataskaita....2018). Slaugytojų darbas, informantų nuomone, labai reikšmingas *Slaugytojų darbą vertinu gerai daug paslaugų atliekama lankant pacientą namuose<...>(I2)*, *<...>slaugytojų darbą vertinu gerai, pacientai lankomi namuose kur suteikiama pakankamai daug paslaugų<...>(I4)*. Nuo 2019 m. liepos 12 d. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-828, „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2019 „Bendrosios praktikos slaugytojas“ patvirtinimo“, nustato bendrosios praktikos slaugytojo teises, pareigas ir kompetenciją. Medicininė norma papildyta punktais, kurie ženkliai sumažina gydytojų darbo krūvius ir palengvina gydytojų darbą. Pagal Lietuvos medicinos normą MN 28:2019 slaugytojai įgyją teisę:

- nustatyti asmens mirties faktą Lietuvos Respublikos žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatymo nustatyta tvarka;

- skirti ir išrašyti medicinos pagalbos priemones.

Kompetencijos:

- lėtinėmis ar užkrečiamosiomis ligomis sergančių pacientų sveikatos būklės stebėseną;

- palaikyti pacientų optimalią, tolygią glikemiją, pagal išankstinę gydytojo rekomendaciją koreguoti paskirtų antiglikeminių vaistinių preparatų dozę;

- siekiant optimalaus paciento arterinio kraujo spaudimo, koreguoti paskirtų antihipertezinių vaistinių preparatų dozę;

- nustatyti slaugos poreikius: rinkti duomenis, identifikuoti slaugos problemas ir formuluoti slaugos diagnozes ir daugelį kitų kompetencijų. (Lietuvos medicinos normą MN 28:2019)

Poliklinikų vadovai labai teigiamai vertina slaugytojų atliekamas paslaugas namuose, tokių paslaugų tikslas pagerinti paslaugos prieinamumą, pacientų gyvenimo kokybę, išsaugoti jų savarankiškumą gyvenamojoje aplinkoje, skatinant jų savirūpą. Bendrosios praktikos slaugytojų funkcijų praplėtimas numatytas teisės aktuose, pašalinant veiksmingam savarankiškam darbui trukdančias kliūtis, neabejotinai reikalingas siekiant geresnio prieinamumo ir geresnių rezultatų. Vis dėlto jų galimybės nepakankamai išnaudojamos dėl tradiciškai dominuojančio gydytojo vaidmens (Jurgutis, Juknevičiūtė 2012).

Pagrindinis sveikatos priežiūros paslaugų kokybę užtikrinantis kriterijus, informantų nuomone – darbuotojų pagarba pacientui <...>*svarbiausias čia pacientas. Visi darbuotojai turi būti suinteresuoti, kad pacientas būtų išklaustytas, teisingai suprastas ir gautų visą reikiamą informaciją*<...>(I5). Visi informantai pabrėžė, kad pirmiausiai – pacientas, pagarba jam, dėmesingumas, informacijos suteikimas<...>*svarbiausias kriterijus yra darbuotojo pagarba pacientui, jo dėmesingumas, išklausymas*<...>(I2), <...>*svarbiausia orientacija į paciento poreikius*<...>(I3). Būtinai kriterijus – orientacija į paciento poreikius ir lūkesčius <...>*kad ir kokio keistumo pacientas visada yra teisus, o specialistai turi atsižvelgti į jo norus bei pageidavimus, nes tai lemia mūsų įstaigos patrauklumą*<...>(I1). Lietuvos sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijoje akcentuojama – paciento ir visuomenės poreikiai, paslaugų sauga ir kokybė, sveikatos priežiūros kokybės vadybą bei infrastruktūros kūrimas yra pagrindinės kokybės gerinimo priemonės (Dėl sveikatos priežiūros kokybės...2002). Nustatant pacientų poreikius ir lūkesčius naudojamas apklausų metodas, anketos analizuojamos ir daromos išvados. Informantai paminėjo, kad labiausiai pacientai tikisi gydytojo nuoširdumo, dėmesingumo ir suprantamo paaiškinimo apie jų ligą<...>*svarbu pagarba, jo poreikiai elgesys su pacientu*<...>(I4). Nuolatiniam veiklos gerinimui, būtina sąlyga, pasak informantų, geras mikroklimatas įstaigoje <...>*geri įstaigos darbuotojų tarpusavio santykiai, darbas komandoje*<...>(I2), <...>*veiklos gerinimui labai svarbus kriterijus yra darbuotojai*<...>(I5). Prioritetas pastoviam veiklos gerinimui - laiku reaguoti į klientų poreikius, išnaudojant visas galimybes, padėti vienas kitam ir rasti profesionalius sprendimus. <...>*visada sakau, kad atėjęs pacientas negali išeiti iš įstaigos negavęs paslaugos*<...>(I4). Siekiamybė, kad laikas, per kurį pacientai turi gauti paslaugas būtų kuo optimaliausias <...>*labai svarbu laikas, per kurį pacientas gauna paslaugą*<...>(I2). Talone pas gydytoją nurodomas priėmimo laikas, kurio gydytojai turi laikytis <...>*gydytojas skiria vienam pacientui 15-20 minučių laiko, per savo darbo valandas priima iki 40 pacientų*<...>(I1). Kaip pažymi informantai, yra grupė senyvo amžiaus žmonių, kurie pas gydytoją eina kaip į darbą, paprasčiausiai nori pakalbėti apie savo problemą su gydytoju. Šiai grupei klientų galėtų padėti socialinis darbuotojas, kuris sumažintų darbo krūvį gydytojams ir tuo pačiu eiles. Deja socialinio darbuotojo etato neturi nei vienas Radviliškio rajono pirminės sveikatos priežiūros centras. Savalaikis priėmimas pas šeimos gydytojus gerina sveikatos paslaugų kokybę. Eilės pas šeimos gydytojus planinei pagalbai priklauso nuo sergamumo tuo metu, šeimos gydytojo ir slaugytojos komandos darbo efektyvumo<...>*geri įstaigos darbuotojų tarpusavio santykiai, darbas komandoje*<...>(I2), pacientų drausmingumo bei kitų aplinkybių. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu įstaigos turi užtikrinti, kad šeimos gydytojo komandos paslaugos būtų suteiktos ne vėliau kaip: per 24 valandas nuo paciento kreipimosi į įstaigą kai atvejai yra ūmūs ir per 7 kalendorines dienas nuo paciento kreipimosi į įstaigą – kai yra lėtinių



ligų paūmėjimai ir kitais atvejais. (Dėl pirminės ambulatorinės...2005). Ruževičiaus ir Bubnienės (2010) nuomone, teikiamų paslaugų prieinamumas pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose yra vienas iš pagrindinių kriterijų siekiant sveikatos paslaugų kokybės valdymo.

Interviu metu iškilus klausimui apie darbuotojų iniciatyvas, kaip pagerinti teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę <...>*norėtusi aktyvesnio darbuotojų dalyvavimo ir iniciatyvos <...>(I5) paaiškėjo, kad tai daugeliu atvejų administracijos reikalas <...>jeigu darbuotojai išsako savo nuomonę, kaip galima pagerinti paslaugų kokybę, visada atkreipiamas dėmesys ir svarstoma ką galima padaryti tuo klausimu<...>(I1), <...>su darbuotojais aiškinamės kiekvieną atvejį, aptariam<...>(I4).* Iš visų Radviliškio rajono PSP centrų tik Baisogalos PSPC yra įdiegta praktika – pirmadieniais susirinkti visiems gydytojams (5 minučių susirinkimas), aptariant savaitės darbus ir galimas problemas, numatant sprendimo variantus. Visuotiniai darbuotojų susirinkimai, kuriuose keliamos problemos ir idėjos, visuose PSPC vyksta kartą per metus.

2015 metų rugsėjo mėn. patvirtinti PAASP įstaigų nacionaliniai akreditavimo standartai, turėtų būti iššūkiu kiekvienai PAASP sveikatos priežiūros įstaigai siekiant užtikrinti nuolatinį paslaugų kokybės tobulinimą. Auditas yra pagrindinis elementas kokybės gerinimo įrankių komplekse ir veiksmingas veiklos kontrolės mechanizmas, padedantis atskleisti problemiškas veiklos sritis, įvertinti gautų rezultatų veiksmingumą, užtikrinti išteklių panaudojimo ekonomiškumą bei pateikti išvadas ir rekomendacijas. Vidaus auditas vykdomas sveikatos priežiūros įstaigoje siejamas su įstaigos kokybės politikos tikslų įgyvendinimu, yra įstaigos vidinės kontrolės forma, nustatanti sveikatos priežiūros procesų ir rezultatų atitikimą, neatitikčių priežastis, jų šalinimo būdus.

*Apibendinant galime teigti, kad visi įstaigų vadovai savo vadovaujamų įstaigų ir ten dirbančių specialistų darbu yra patenkinti ir vertiną tik gerai ir labai gerai. Plečia paslaugas namuose, kompiuterizuoja darbo vietas, skatina pacientus prisirašyti prie gydymo įstaigos. Šiuo laikotarpiu labai akcentuojamos ir svarbios yra paslaugos namuose. Už šias paslaugas, įstaigos dar gauna ir papildomą finansavimą iš teritorinių ligonių kasų. Slaugos paslaugas namuose teikiančios slaugytojos nuolat palaiko ryšį su pacientą gydančiu gydytoju ir kartu sprendžia iškilančias problemas. Šiuo metu veikiančios skirtingos pacientų registracijos sistemos neleidžia vienoje vietoje matyti visų sveikatos priežiūros įstaigų specialistų užimtumo, todėl sujungus e. sveikatą ir pacientų registravimo sistemą sergu.lt bus galima efektyviau planuoti gydytojų darbo laiką, o pacientams per patį optimaliausią laiką bus suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos.*

Trečia grupė klausimų buvo apie paslaugų kokybės valdymo modelių ir principų įgyvendinimą, patiriamus sunkumus ir problemas Radviliškio rajono PSPC. Šiuo klausimų bloku

siekta atskleisti informantų nuomonę apie veiksmingiausias paslaugų kokybės gerinimo modelius, jų diegimo kliūtis ir trikdžius (žr.3.2.4 lentelę).

3.2.4 lentelė

### Paslaugų kokybės valdymo modelių principų įgyvendinimas, patiriami trikdžiai

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Vidaus medicininis auditas	Teikiamų pasaugų atitikimas teisės aktams ir vidaus dokumentų reikalavimams	<...>darbas su kompiuterine e. sveikatos programa<...>(I1), <...>įrengtas DOTS kabinetas darbui su sergančiais tuberkulioze<...>(I2), <...>pildomos elektroninės asmens ligos istorijos<...>(I4), <...>išrašomi kompensuojamų vaistai naudojant e. recepto paslaugą<...>(I1)
	Vidaus tvarkų, aprašų įvertinimas	<...>gaunami skundai, ne visada jie būna pagrįsti, bet visus skundus tiriamo, aiškinamės<...>(I4), <...>nepateikta skundų arba pateikti skundai pripažinti nepagrįstais <...>(I1), <...>vidaus medicinos audito grupė atlieka teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų atitikimą patvirtintoms Kokybės sistemos procedūroms<...>(I4).
	Tinkamas sveikatos priežiūros paslaugų reglamentavimas	<...>yra parengti: skiepų procedūros aprašas, gydytojų konsultacinės komisijos tvarkos aprašas, medicininės mirties liudijimų išdavimo tvarka<...>(I2), <...>medicininį mirties liudijimų išdavimo tvarką, slaugos protokolų rengimo tvarką, slaugos poreikių vertinimo patvirtinimo tvarkas nusistatėme <...>(I1), <...>sukurta kokybės sistemos procedūra: suaugusiųjų ir vaikų registratūros darbo proceso valdymas<...>(I4) <...>turime įsidiegę vidaus medicininį auditą, ir viską kas yra privaloma<...>(I5)
Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketa	Vykdyti pacientų apklausas	<...>apklausa vyksta 1 kartą per metus<...>(I2), apklausos vyksta nuolat, internete yra anketa ir bet kada galima užpildyti<...>(I3)
	Suteiktų paslaugų kokybes vertinimai	<...>91 procentai apklaustųjų teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis yra patenkinti<...>(I2), <...>stengiamės teikti kokybiškas, savalaikes paslaugas, patenkinti pacientų lūkesčius suteiktomis paslaugomis.<...>(I4), <...>teigiamai įstaigą vertina 90,1 % apklaustųjų pacientų<...>(I2).
Akreditacija	Padidėjusi įstaigos reputacija	<...>planuojame akredituotis, tai būtų kažkas panašaus kaip ISO, vienu žodžiu aukštesnis lygmuo<...>(I5) <...>užtikrinamas darbuotojų profesinis tobulėjimas, kokybiškesnis sprendimų priėmimas<...>(I2).
	Dalyvavimas papildomose finansinio skatinimo programose	<...>valstybės nustatytas priedas už kiekvieną aptarnaujamą gyventoją <...>(I5).

3.2.4 lentelės tęsinys kitame puslapyje

## 3.2.4 lentelės tęsinys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
	Pirminis padidintas darbo krūvis darbuotojams ir papildomi kaštai	<...>reikalauja daug pasiruošimo laiko, papildomų žinių pagal akreditavimo standartų kriterijus <...>(I3).
Kiti tinkami kokybės modeliai	Bendrasis vertinimo modelis (BVM), Subalansuotų rodiklių metodas (BSC), Europos kokybės vadybos fondo tobulumo modelis (EFQM).	<...>gal ir tinkami, tačiau apie šių kokybės modelių įdiegimą nesvarstėme <...>(II), <...>neturiu nuomonės apie šių kokybės modelių reikalingumą<...>(I3).
	ISO 9001-2015	<...>turime mintyje ateityje įsidięgti ISO, bet tai reikalauja daug išteklių, reikalingi tam paruošti žmonė <...>(I4).
Patiriami trikdžiai	Kompiuterinio raštingumo stoka	<...>ne visada dokumentai pildomi prisilaikant SAM ministro bei TLK reikalavimų, analizuojami kokybės rodikliai<...> (I2).
	Profesinės etikos normų nesilaikymas	<...>laiko stoka, dideli krūviai, įtampa to pasekmė - pasitaikantis netinkamas bendravimas su pacientais<...> (I3).
	Nesubalansuotas darbo krūvis	<...>dideli gydytojų krūviai pildant dokumentus kurie nesusiję su medicininėms paslaugomis NDNT<...>(I2).
	Technologiniai sprendimai	<...>norėtųsi, kad būtų sparčiau vystomas informacinių technologijų diegimas, atnaujinami kompiuteriai<...>(I4), <...>e sveikatos sistema dažnai stringa, veikia ne taip greitai, trukdo gydytojams ir slaugytojams greitai ir kokybiškai suvesti duomenis ar rasti reikiamą informaciją <...>(II).

Sudaryta darbo autorės

Paslaugų kokybės modelių taikymas ES - natūralus dalykas, Lietuvoje, kokybės modeliai, intensyviau pardėti taikyti tik XXI amžiuje, sveikatos priežiūros įstaigose – pirmieji žingsniai. Informantams buvo pateiktas blokas klausimų aiškinantis, kokia situacija su kokybės modelių diegimu, vykdymu Radviliškio rajono pirminės sveikatos priežiūros centruose. Siekiant užtikrinti suteikiamų paslaugų kokybę, sveikatos priežiūros įstaigos turi vykdyti vidaus medicininį auditą, kurio metu fiksuojamos paslaugų kokybės vertinimas, gerinimo galimybės ir esamos neatitiktys.

Radviliškio rajono pirminės priežiūros centrai turi įsidięgti tik privalomus paslaugų kokybės modelius, be kurių neįmanomas sveikatos priežiūros paslaugų teikimas Lietuvos Respublikoje. 2008 m. balandžio 29 d. sveikatos apsaugos ministro įsakyme Nr. V-338 „Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašas“ nurodoma, kad įstaiga, kuri teikia sveikatos priežiūros paslaugas, vykdydama asmens priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimo veiklą, turi organizuoti vidaus medicininį auditą įstaigos veiklai ir paslaugų kokybei vertinti bei

gerinti. 2018 m. balandžio 16 d. sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-419 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos ir kokybės efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašo ir šių rodiklių duomenų suvestinių formų patvirtinimo“ įpareigojama, įstaigas, teikiančias ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas vykdyti pacientų apklausas pagal „Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketą“. Interviu metu, informantai pabrėžė <...>*turime įsidiegti vidaus medicininių auditų, ir viską kas yra privaloma*<...>(15). Savo iniciatyva, savanoriškai įsidiegti, bet kurių paslaugų kokybės modelį, informantų nuomone trukdė nepakankamas finansavimas, tam paruoštų kadro trūkumas <...>*turime mintyje ateityje įsidiegti ISO, bet tai reikalauja daug išteklių, reikalingi tam paruošti žmonės* <...>(14). ISO standartą, kaip siekiamybę, paminėjo visi informantai, ko nebūtų galima pasakyti apie kitus žinomus kokybės modelius, kaip „Bendrasis vertinimo modelis“ (BVM), „Subalansuotų rodiklių metodas“ (BSC), „Europos kokybės vadybos fondo tobulumo modelis“ (EFQM). Apie šiuos kokybės modelius informantų nuomonės išsiskyrė <...>*gal ir tinkami, tačiau apie šių kokybės modelių įdiegimą nesvarstėme*<...>(11), <...> *neturiu nuomonės apie šių kokybės modelių reikalingumą* <...>(13).

Kaip tarpinis variantas tarp privalomų „Vidaus medicininio audito“, „Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketos“ ir ISO standarto, interviu metu buvo nurodytas pirminės sveikatos priežiūros centro akreditavimas <...>*planuojame akredituotis, tai būtų kažkas panašaus kaip ISO, vienu žodžiu aukštesnis lygmuo*<...>(15). Valstybinė Akreditavimo tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos nuo 2016 metų vykdo savanorišką asmens sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimą pagal Nacionalinius akreditavimo standartus. Viena iš naudų įstaigai, kuri yra akredituota, kad nuo 2019 m. sausio mėnesio yra įvestas finansinis priedas už kiekvieną aptarnautą gyventoją. Finansinį priedą, kaip svarbų motyvą ar paskatą būti akredituotiems, mini ir informantai <...>*valstybės nustatytas priedas už kiekvieną aptarnaujamą gyventoją*<...>(15), atsižvelgiant ir į laukiamus sunkumus bei iššūkius <...>*reikalauja daug pasiruošimo laiko, papildomų žinių pagal akreditavimo standartų kriterijus* <...>(13). Remiantis įstaigų, jau praėjusių akreditavimą, patirtimi pats sunkiausias yra pasiruošimo etapas, kai sveikatos priežiūros įstaigai reikia įsivertinti ar atitinka kiekvieną standartų kriterijų <...>*dokumentai pildomi prisilaikant SAM ministro bei TLK reikalavimų, analizuojami kokybės rodikliai*<...> (12). Dar viena nauda, neskaitant finansinės, padidėtų įstaigos reputacija, kadangi būtų <...>*užtikrinamas darbuotojų profesinis tobulėjimas, kokybiškesnis sprendimų priėmimas*<...>(12).

Siekiant užtikrinti suteikiamų paslaugų kokybę, sveikatos priežiūros įstaigos turi vykdyti vidaus medicininių auditų, kurio metu fiksuojamos paslaugų kokybės vertinimas, gerinimo galimybės ir esamos neatitiktys. Audito metu tikrinamos vidaus tvarkos, aprašai <...>*vidaus*

*medicinos audito grupė atlieka teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų atitikimą patvirtintoms Kokybės sistemos procedūroms<...>(I4), tiriama, kaip reaguojama į pacientų skundus <...>gaunami skundai, ne visada jie būna pagrįsti, bet visus skundus tiriamė, aiškinamės<...>(I4), <...>nepateikta skundų arba pateikti skundai pripažinti nepagrįstais <...>(II).*

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos nuo 2015 m. lapkričio 2 d. (Įsakymas dėl Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo 2015 m. gegužės 26 d. Nr. V-657 ) duomenis, susijusius su pacientų sveikata ir jos priežiūra, privalo tvarkyti elektroniniu būdu. Tuo pagrindu buvo kompiuterizuojamos darbo vietos, diegiamos naujos programos <...>*darbas su kompiuterine e. sveikatos programa<...>(II), <...>pildomos elektroninės asmens ligos istorijos<...>(I4), <...>išrašomi kompensuojamų vaistai naudojant e. recepto paslaugą<...>(II).* Įstaigų vadovai akcentuoja ir naujovių keliamas problemas, kaip naujų sistemų netobulą veikimą <...> *e sveikatos sistema dažnai stringa, veikia ne taip greitai, trukdo gydytojams ir slaugytojams greitai ir kokybiškai suvesti duomenis ar rasti reikiamą informaciją <...>(II), darbuotojų kompiuterinio raštingumo stoką <...>ne visada dokumentai pildomi prisilaikant SAM ministro bei TLK reikalavimų, analizuojami kokybės rodikliai<...> (I2).* Visi, be išimties, informantai pageidautų spartesnio kompiuterinės technikos atnaujinimo <...>*norėtųsi, kad būtų sparčiau vystomas informacinių technologijų diegimas, atnaujinami kompiuteriai<...>(I4).*

Nuo 2016 m. birželio 1 d. įsigaliojo sveikatos ministro įsakymas(2016 m. vasario 12 d. Nr. V-237) dėl tiesiogiai stebimo trumpo gydymo kurso paslaugų teikimo tvarkos, kuris reglamentuoja tuberkulioze sergančių pacientų ambulatorinio gydymo, tiesiogiai stebint asmens sveikatos priežiūros specialistui, tvarką. Šiam tikslui, visuose PSPC, įrengti specialūs kabinetai<...> *įrengtas DOTS kabinetas darbui su sergančiais tuberkulioze<...>(I2).*

Informantai paminėjo, kad pradėjus veikti e sveikatos sistemai, reikėjo tinkamai atnaujinti sveikatos priežiūros paslaugų reglamentavimą<...>*yra parengtas skiepy procedūros aprašas, gydytojų konsultacinės komisijos tvarkos aprašas, medicininės mirties liudijimų išdavimo tvarka<...>(I2) <...>medicininių mirties liudijimų išdavimo tvarka, slaugos protokolų rengimo tvarka, slaugos poreikių vertinimo patvirtinimo tvarkas nusistatėme<...>(II), <...>sukurta kokybės sistemos procedūra: suaugusiųjų ir vaikų registratūros darbo proceso valdymas<...>(I4).* Kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos priklauso nuo gerai parengtų bei tinkamai įgyvendinamų vidaus tvarkų, procedūrų bei nuo to kaip jomis naudojasi sveikatos priežiūros personalas. Kaip trukdis, vykdyti kokybiškas paslaugas, buvo paminėtas nesubalansuotas darbo krūvis <...>*dideli gydytojų krūviai pildant dokumentus kurie nesusiję su medicininėmis paslaugomis NDNT<...>(I2)* ir iš to išskirtiniais atvejais pasitaikantys profesinės etikos pažeidimai

<...>laiko stoka, dideli krūviai, įtampa to pasekmė - pasitaikantis netinkamas bendravimas su pacientais<...>(I3).

Apibendrinant kokybės valdymo modelių įgyvendinimą ir patiriamus trikdžius, galima konstatuoti, kad Radviliškio rajono pirminės sveikatos priežiūros įstaigose yra įdiegtas vidaus medicininis auditas, kurio pagalba vykdomas nuolatinis savęs įvertinimas, siekiant užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę. Auditas fiksuoja neatitikimus bei nepageidaujamus įvykius, stengiantis pašalinti priežastis jų pasikartojimui. Taip pat naudojama ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketa, kurios dėka palaikomas grįžtamasis ryšys su pacientu, sužinant jo patirtis naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis. Apklausei naudojama sveikatos apsaugos ministerijos sukurta anketa, apklausa vyksta kartą per metus. Informantų nuomone, tai svarbus sveikatos priežiūros paslaugų kokybės stebėsenos ir tobulinimo įrankis.

Interviu metu, kaip siekiamybę, informantai paminėjo ISO standarto diegimą, o netolimuose planuose – akreditacija. Įvardinti trukdžiai šiems tikslams - finansinės galimybės, įstaigos vidinės motyvacijos ir žmogiškųjų kompetencijų stoka. Vertinant jau įdiegtus paslaugų gerinimo sprendimus svarbus vaidmuo tenka e. sveikatos sistemos tobulinimui, kuri prisidėjo prie įstaigų veiklos procesų gerinimo, palengvino statistinių duomenų apdorojimą, pildomos elektroninės asmens ligos istorijos, išrašomi e receptai, užsakomi tyrimai ir visą eilę kitų sveikatos priežiūros paslaugų gerinimo elementų.

### 3.3. Pirminės sveikatos priežiūros centrų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo tobulinimo kryptys

Ketvirta grupė klausimų apie paslaugų kokybės valdymo principų įgyvendinimo tobulinimo galimybes Radviliškio rajono PSPC (žr.3.2.5 lentelę). Šia klausimų grupe siekiama susisteminti ir apibendrinti paslaugų kokybės valdymo principų įgyvendinimo ir tobulinimo galimybes.

3.2.5 lentelė

#### Paslaugų kokybės valdymo principų įgyvendinimo tobulinimo galimybės

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Vidaus medicininis auditas	Personalo mokymų reikalingumas	<...>kokybiškam auditui atlikti reikalingas didelis žinių bagažas<...>(I1), <...>auditoriaus tobulėjimui nuolatos reikalingi kursai, seminarai<...>(I2)
Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketa	Klausimynų išplėtimo poreikis	<...>anketose nurodyti kas ar kuris skyrius konkrečiai yra atsakingi už „gerus“ ar „blogus“ vertinimus<...>(I5)
Poreikiai paslaugų kokybei gerinti	Elektroninių paslaugų spartesnis diegimas	<...>ne visos ar per mažu procentu elektroninės paslaugos yra tiekiamos<...>(I3)

		<i>&lt;...&gt;reikalinga visas gydymo įstaigas jungianti sistema, tai leistų išvengti informacijos dubliavimo &lt;...&gt;(I3)</i>
	Kokybiškos informacijos perdavimo būtinumas	<i>&lt;...&gt;norėtusi šiuolaikiškos, funkcionalios ir lengvai suprantamos internetinės svetainės&lt;...&gt;(I4), &lt;...&gt;intensyvesnis bendravimas su pacientais socialiniuose tinkluose &lt;...&gt;(I3).</i>
	Nesubalansuotas darbo krūvis	<i>&lt;...&gt;dideli gydytojų darbo krūviai&lt;...&gt;(I1) &lt;...&gt;dideli gydytojų krūviai pildant dokumentus kurie nėra susiję su medicininėms paslaugomis NDNT&lt;...&gt;(I2) &lt;...&gt;didelis pacientų skaičius tenkantis vienam gydytojui&lt;...&gt;(I3).</i>
	Materialinės bazės gerinimas	<i>&lt;...&gt;tarnybiniai automobiliai slaugytojams išplėstų paslaugų prieinamumą namuose&lt;...&gt;(I4)</i>
	Darbuotojų kompetencijų ugdymas	<i>&lt;...&gt;daugiausiai reikia dirbti su darbuotojais, nes jie sunkiai prisitaiko prie pokyčių, kartais trūksta kompetencijos&lt;...&gt;(I5).</i>

Sudaryta darbo autorės

Pasak Marčinsko ir Stukienės (2010), vidaus auditas – tai tarptautinis kokybės simbolis, kuris užtikrina organizacijos veiklos efektyvumą bei darbo kokybę. Audito procesas reikalauja ne vien tik analitinių įgūdžių, kompetencijos bei lankstumo, bet ir situacijų vertinimo gebėjimų. Numatant paslaugų kokybės valdymo principų tobulinimo galimybes informantai paminėjo personalo mokymų būtinumą *<...>kokybiškam auditui atlikti būtinas didelis žinių bagažas <...>(I1)* ir reikalingumą *<...>auditoriaus tobulėjimui nuolatos reikalingi kursai, seminarai <...>(I2)* ) todėl svarbu į audito grupes parinkti kvalifikuotus ir apmokytus darbuotojus, kurie būtų motyvuoti kelti kvalifikaciją, tobulėti, mokytis, komunikuoti ir dalintis patirtimi.

Paslaugų kokybės užtikrinimas neįvyks be darbuotojų kvalifikacijos kėlimo ir kompetencijų ugdymo, nors kartais tai yra nemažas iššūkis *<...>daugiausiai reikia dirbti su darbuotojais, nes jie sunkiai prisitaiko prie pokyčių, kartais trūksta kompetencijos <...>(I4)*. Apie tai, kad darbuotojai sunkiai prisitaiko prie pokyčių rašė ir Dikavičius su Stoškumi (2003) „,Daugelis organizacijų susiduria su specifiniais pavyzdžiais, koku būdu jie reaguoja iššūkio akivaizdoje eidami per reikalingiausių pakeitimų neigimo, pykčio, derybų, depresijos ir galų gale priėmimo etapus“ ir tai tik patvirtina koks yra svarbus ir reikalingas įstaigos vadovų darbas su darbuotojais.

Interviu metu aiškinantis, kaip būtų galima dar patobulinti ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketą, informantų buvo pateiktas pavyzdys - įstaigos gydytojų darbas vertinamas „blogai“ arba „labai blogai“, iškyla klausimas ar visi gydytojai dirba blogai, ar vienas gydytojas, kurio pacientas pildė anketą. Aktualu būtų anketose nurodyti kas ar kuris skyrius konkrečiai yra atsakingi už „gerus“ ar „blogus“ vertinimus, konkretumas ir po to sekančios išvados pakeltų kokybės paslaugų kartelę.

Dar vienas svarbus aspektas, be kurio neįsivaizduojamas šiuolaikinis pasaulis, paslaugų kokybei gerinti - greitas, lengvas ir suprantamas informacijos pateikimas. Informantai vienu balsu tvirtino *<...>norėtusi šiuolaikiškos, funkcionalios ir lengvai suprantamos internetinės*

*svetainės<...>(I4) arba <...>intensyvesnis bendravimas su pacientais socialiniuose tinkluose <...>(I3).* Šioje situacijoje reikalingi papildomi resursai ir kompetencijos.

Artinant prie žmonių pirminės sveikatos priežiūros paslaugas ir jų prieinamumą, didelį proveržį paslaugų kokybėje, suteiktų mobiliosios brigados<...>*automobiliai slaugytojams, su pagrindiniams tyrimams reikalinga įranga, išplėstų paslaugų prieinamumą namuose<...>(I5)* taip mano daugelis informantų.

Gydytojų darbo krūvio suregulavimas<...>*didelis pacientų skaičius tenkantis vienam gydytojui<...>(I3)* – tai viena iš pagrindinių priemonių užtikrinančių kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, sumažinančių medicininių klaidų riziką, informantų nuomone šią problemą išspręstų papildomi gydytojų etatai <...>*būtinai papildomi gydytojų etatai<...>(I1)*. Priklausomai (nuo sergamumo tuo metu) gydytojai kartais per dieną priima iki 40 pacientų<...>*didelis pacientų skaičius tenkantis vienam gydytojui<...>(I3)*.

Šeimos gydytojai atlieka papildomus darbus, kuriuos galėtų padaryti slaugos administratorius ar slaugytojas, kaip pavyzdys rengia pažymas Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybai<...> *dideli gydytojų krūviai pildant dokumentus kurie nėra susiję su medicininėms paslaugomis, NDNT<...>(I2)*. Atlikdami nemažai besidubliuojančių darbų gydytojai eikvoja laiką kurį turėtų skirti pacientui, jo sveikatos gerinimui, ligų prevencijai<...> *reikalinga visas gydymo įstaigas jungianti sistema, tai leistų išvengti informacijos dubliavimo<...>(I3)*.

Vis daugiau paslaugų bus galima teikti nuotoliniu būdu, pavyzdžiui, recepto kai kurioms medicinos pagalbos priemonėms galiojimo pratęsimas telefonu. Plečiamos mobiliosios paslaugos <...>*tarnybiniai automobiliai slaugytojams išplėstų paslaugų prieinamumą namuose<...>(I4)*, tai mažintų eiles pas šeimos gydytojus, o ir patiems gydytojams gerėtų darbo sąlygos. Dalį šeimos gydytojų darbo krūvio perduoti slaugytojams išplečiant jų funkcijas ir atsakomybes bei suteikiant jiems daugiau savarankiškumo.

*Apibendrinant paslaugų kokybės tobulinimo galimybes galima teigti, kad viena svarbiausių kokybės gerinimo krypčių – darbuotojų kompetencijų ugdymas. Informacijos srautams persikeliant iš popierinių variantų į elektroninę erdvę (e sveikata, e receptas) personalas susiduria su nemenkais iššūkiais. Informantai kalba apie iškylančius sunkumus bei problemas darbuotojams prisitaikant prie pokyčių, atsižvelgiant į tai mokymų – kursų, seminarų būtinumą. Gydytojai priima iki 40 pacientų per dieną. Sumažinus darbo krūvį – pagerėtų ir paslaugų kokybės lygis. Dalį šeimos gydytojų darbo krūvio perduoti slaugytojams išplečiant jų funkcijas ir atsakomybes bei suteikiant jiems daugiau savarankiškumo, kaip pavyzdys pažymų rengimas Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybai.*



## IŠVADOS

1. Išanalizavus paslaugų kokybės valdymo teorinės įžvalgas galima teikti, kad vieno ir efektyvaus apibrėžimo nusakyti paslaugų kokybei nėra. Kokybišką sveikatos priežiūrą Pasaulio sveikatos organizacija apibrėžia remdamasi tokiais kokybės rodikliais kaip rezultatyvumas, efektyvumas, prieinamumas, teisingumas, priimtinum ir sauga. Šiandien, sparčiai tobulėjant technologijoms, inovacijoms, sveikatos sistemos pokyčiai taip pat turi būti ženklūs ir neatsilikti nuo tendencijų. Apibendrinant galima teigti, kad kokybės valdymas daugeliu atveju turi būti nukreiptas į procesus, siekiant padidinti organizacijos gebėjimą tobulinti savo veiklą.

2. Mokslinės literatūros analizė atskleidė, kad sveikatos priežiūros įstaigose pasirenkamos kokybės valdymo sistemos turi būti adaptuotos tos organizacijos veiklos pobūdžiui. Tikslas – gerinti veiklos kokybę, tai reglamentuojant standartais, instrukcijomis ir kitais dokumentais. Šiuolaikinėmis teorijomis ir įrodymais besiremianti sveikatos priežiūros kokybės politika, visuomenės sveikatos rizikos valdymas, visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros sistemų perorientavimas - svarbiausi sveikatos priežiūros kokybės momentai.

3. Tyrimo metu analizuota Radviliškio rajono savivaldybės veikla gerinant sveikatos paslaugų kokybę. Atlikta Radviliškio rajono pirminių sveikatos priežiūros centrų dokumentų ir teisinės bazės apžvalga, PSPC vadovų metinės ataskaitos. Siekiant optimizuoti viešųjų įstaigų skaičių, sumažinti jų valdymo išlaidas ir sudaryti sąlygas atliekamų paslaugų kokybės gerinimui 2017 ir 2018 metais Radviliškio rajone buvo vykdomas pirminės sveikatos priežiūros centrų reorganizavimas. Šiuo metu Radviliškio rajone pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikia penki centrai - Radviliškio PSPC aptarnauja 17703 prisirašiusius gyventojus, Šeduvos PSPC – 6164, Baisogalos PSPC – 4324, UAB „MediCa klinika“ – 5960, UAB „Medicinos namai“ 1500.

Radviliškio rajono savivaldybė kiekvienais metais biudžete sveikatos gerinimo projektams skiria vis daugiau lėšų. 2019 metais pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimui Radviliškio rajone iš savivaldybės biudžeto visiems centrams skirta 95 799,30 eurų, bendra projekto vertė (su Lietuvos Respublikos valstybės ir ES parama) siekia 428 431,07 eurus.

4. Empirinio tyrimo metu įvardinta, kad Radviliškio rajono pirminės priežiūros centrai turi įsidiegti tik privalomus paslaugų kokybės modelius (vidaus medicininis auditas ir ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketa), be kurių neįmanomas sveikatos priežiūros paslaugų teikimas Lietuvos Respublikoje. ISO standarto diegimą labiausiai riboja – finansinių išteklių ir tam paruoštų darbuotojų trūkumas.

5. Numatytos galimos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės, pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, tobulinimo kryptys.

## REKOMENDACIJOS

Rekomendacijos Radviliškio rajono savivaldybei:

1. Sukurti personalo kompetencijų ugdymo bei kvalifikacijos kėlimo sistemas.
2. Siekti didinti finansavimą pirminės sveikatos priežiūros įstaigų vykdomoms programoms ir projektams.
3. Aprūpinti bendruomenės slaugytojus transportu teikiant slaugos paslaugas namuose.
4. Numatyti akredituotų pirminių sveikatos priežiūros įstaigų skatinimą.

Rekomendacijos PSPC įstaigoms:

1. Inicijuoti savanorišką asmens sveikatos priežiūros įstaigos akreditavimo šeimos medicinos paslaugai procedūrą.
2. Pacientų informuotumui didinti apie teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas naudoti socialinius tinklus, SMS žinutes.
3. Didinti darbuotojų įtraukimą į paslaugų kokybės valdymo procesus.
4. Užtikrinti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas efektyvinant komandinį darbą.
5. Kurti mobilias grupes, kurios teiktų slaugos paslaugas ligonio namuose.

## MOKSLINĖS LITERATŪROS SARAŠAS

1. Adams, W., (2015) *Conducting Semi-Structured Interviews*. Handbook of Practical Program Evaluation, Edition: 4, Chapter: Conducting Semi-Structured Interviews, George Washington University.
2. Bagdonienė, L., & Hopenienė, R. (2004). Paslaugų marketingas ir vadyba. *Kaunas: Technologija*, 29-163.
3. Balčiūnas, S., Juozaitienė, L., Rudytė, D., & Tijūnaitienė, R. (2014). *Bakalauro studijų darbų rengimo metodinės rekomendacijos*. Skirtos Socialinių mokslų fakulteto studentams. Vilnius: BMK leidykla.
4. Balčiūnienė, I. (2006). *Refleksyvių metodų analizė ir įvertinimas dirbant pagal kooperuotų studijų programą*. Jaunujų mokslininkų darbai, (4), 44-53.
5. Bitinas, B., Rupšienė, L., Žydzūnaitė, V. (2008). *Kokybinių tyrimų metodologija. II dalis*. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė.
6. Bruzgelevičienė, R., & Žadeikaitė, L. (2007). *Dokumentinis tyrimas kaip socialinio kokybinio tyrimo metodas*. *Pedagogika*, 82-89.
7. Bubnienė, D., & Ruževičius, J. (2010). Kokybės valdymo. *Verslo ir teisės aktualijos*, 22.
8. Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2000). *Research Methods in Education [5 th edn]* London: Routledge Falmer. Teaching in Higher Education, 41, 21.
9. Copley, A., (2002). *Qualitative Research Methods*. University of Latvia: Zinātne.
10. Čiegis, R., & Jurevičienė, R. (2010). Vadovo vaidmuo valdant kokybę medicinos organizacijoje (medicinos laboratorijoje). *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, 53.
11. Dikavičius, V., Stoškus, S. (2003). Visuotinė kokybės vadyba. *Kaunas: technologija*.
12. Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its measurement. *Ann Arbot*.
13. Drucker, P. F. (2004). *Valdymo iššūkiai XXI amžiuje*. D. Radkevicius PI.
14. Fasche J. L. (2004) Employers and the nursing workforce: seeking local solutions to a national problem. *NC Med J*, 65(2): 1–2.
15. Fondahn, E., Lane, M. (2016). Patient Safety and Quality in Ambulatory Care. The Washington Manual Of Patient Safety. p, 299-310.
16. Gupta, K. S., & Rokade, V. (2016). Importance of quality in health care sector: A review. *Journal of Health Management*, 18(1), 84-94
17. Jakubynaitė J. Kaselienė S. Ambulatorines paslaugas teikiančių gydytojų specialistų požiūris į pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros grandžių bendradarbiavimą. *Visuomenės sveikata* 2016 1(72) p.29

18. Jankauskienė, D. (2014). Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse.
19. Jankauskienė, D. (2015). Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje.
20. Jankauskienė, D. (2017). Ligonių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis.
21. Jankauskienė, D., & Pečiūra, R. (2007). Sveikatos politika ir valdymas. *Vilnius: Mykolo Romerio universitetas*, 154.
22. Janušauskas, A. (2017). Sveikatą stiprinančios aplinkos kūrimas.
23. Janušonis, V. (2004). Sveikatos priežiūros organizacijų kokybės sistemų valdymas. *Sveikatos mokslai, 1*, 69-73.
24. Janušonis, V. (2008). Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra: sampratos, sąsajos, kryptys, vadybiniai aspektai. *Monografija. Klaipėda, S. Jokužio leidykla-spaustuvė*.
25. Javtokas, Z. (2009) Sveikatos stiprinimo konspektas [interaktyvus]. [žiūrėta 2019-11-11] Prieiga per internetą :[http://smlpc.lt/media/file/Skyriu\\_info/Kvalifikacijos\\_tobulinimas/Lektura/Z.Javtokas.%20Sveikatos%20stiprinimo%20konspektas.pdf](http://smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Kvalifikacijos_tobulinimas/Lektura/Z.Javtokas.%20Sveikatos%20stiprinimo%20konspektas.pdf)
26. Jogaitė, B. (2016). Trečiojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapo vertinimas. *Viešoji politika ir administravimas, 15(1)*, 85-97.
27. Jurgutis, A., & Juknevičiūtė, V. (2012). Besikeičiantis sveikatos priežiūros vaidmuo valdant lėtines neinfekcines ligas. *Visuomenės sveikata, priedas, 1*, 5-13.
28. Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). *Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide*. *Journal of advanced nursing, 72(12)*, 2954-2965.
29. Kardelis, K. (2002). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. 2-asis papildytas ir pakeistas leidinys. Kaunas.
30. Kardelis, K. (2007). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai: edukologija ir kiti socialiniai mokslai*. Šiauliai: Lucilijus.
31. Kempf-Leonard, K. (2004). *Encyclopedia of social measurement*.
32. Kosinskienė, A., & Ruževičius, J. (2011). Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui. *Visuomenės sveikata, 1(52)*, 13-29.
33. Kosinskienė, A., & Ruževičius, J. (2011). Sveikatos priežiūros kokybės valdymas ligoninėje. *Medicinos teorija ir praktika, 17(1)*, 23-36.
34. Krikščiūnienė, E., & Šaparnis, G. (2008). Vadybos kokybės standarto diegimo aspektai nevyriausybinių organizacijų veikloje. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos, (3)*, 159-171.

35. Luobikienė I.,(2011) Sociologinių tyrimų metodika, *Kaunas: KTU leidykla Technologija*.
36. Marčinskas, A., Stukienė, B. (2010). Personalo valdymo pirminis auditas: esmė ir vykdymas. *Current Issues of Business & Law*,5(1).
37. Masiliūnienė, G. (2012). *Slaugytojų požiūrių į tarptautinių sveikatos stiprinimo standartų diegimą ligoninėje įvertinimas* (Doctoral dissertation, Lithuanian University of Health Sciences).
38. Matsuda, L. M., Evora, Y. D., & Boan, F. S. (2000). The method of quality function deployment-QFD-in nursing services planning. *Revista latino-americana de enfermagem*,8(5), 97-105.
39. Merriam, S. B. (2002). *Introduction to qualitative research. Qualitative research in practice: Examples for discussion and analysis*. 1(1), 1-17
40. Nakrošis, V., & Černiūtė, R. (2014). Kokybės vadyba Lietuvos viešajame administravime: svarbiausios iniciatyvos ir jų taikymas.
41. Neverauskienė, A. (2002). Kokybės vadybos mokymo priemonė. *Vilniaus kooperacijos kolegija, Kauno skyrius*.
42. Paukštys, J. S. (2004). Šileikienė L. Sveikatos priežiūros kokybė. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 8(6), 9-12
43. Pociūtė, D. (2015). Kokybės valdymo ypatumai viešajame sektoriuje.
44. Radavičiūtė, E.(2015) *Gero valdymo principų įgyvendinimas pirminės sveikatos priežiūros įstaigose: Šiaulių miesto atvejis* (Doctoral dissertation, Siauliai University).
45. Raila, G. (2009) Pirminės sveikatos priežiūros grandyje dirbančių specialistų veikla širdies ir kraujagyslių sistemos ligų prevencijoje. Europos patirtis. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2009; 10: 600-606.
46. Rupšienė, L. (2007). *Kokybinių tyrimų duomenų rinkimo metodologija*. Klaipėda: Klaipėdos universitetas.
47. Ruževičius, J. (2010). Kokybės vadybos aprėpties plėtra. *Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla*.
48. Ruževičius, J., & Bubnienė, D. (2010). Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai. *Verslo ir teisės aktualijos*, 5, 22-40.
49. Skalski, P. D., Neuendorf, K. A., Cajigas, J. A. (2017). *Content analysis in the interactive media age. The content analysis guidebook*. Cleveland State University, USA.
50. Skardžiūtė, S. (2011). Sveikatos sistemos reforma ir jos įgyvendinimas: Šiaulių rajono atvejis. *Ekonomikos ir vadybos aktualijos*, 778-787.
51. Smilga, E., & Janušonienė, K. (2005). Sveikatingumo koncepcija ir jos taikymas strategiškai valdomoje sveikatos apsaugos sistemoje. *Tiltai*, (1), 45-52.

52. Šaparnienė, D. (2011). Organizacijų valdymas besikeičiančioje visuomenėje. *Mokslo darbų apžvalga. Šiauliai: VšĮ Šiaulių universiteto leidykla.*
53. Šileikaitė, S. (2011). Kudukytė-Gasperė R. Slaugos paslaugų teikimo modernizavimo problemos–Vilniaus miesto Centro poliklinikos patirtis. *Sveikatos mokslai, 21(6), 131-41.*
54. Šaparnis, G., & Merkys, G. (2000). *Kokybinių ir kiekybinių metodų derinimas mokyklinės vadybos diagnostikoje: hipotezė ir pirmieji rezultatai.* Socialiniai mokslai, (2), 43-55.
55. Šerpytis K.,(2011). *Viešųjų pirkimų centralizavimo finansinės naudos valstybei vertinimas (Lietuvos atvejo tyrimas),* Daktaro disertacija, Socialiniai mokslai, Ekonomika ( 04 S),VU
56. Šileikaitė, S. (2011). Kudukytė-Gasperė R. Slaugos paslaugų pacientų namuose kokybės įvertinimas ir pacientų lūkesčiai. Vilniaus miesto Centro poliklinikos asmens sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų nuomonės įvertinimas. *Sveikatos mokslai, 6, 25-35.*
57. Štaras, K., Vedlūga, T., & Kalvelytė, N. (2013). Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtimumo vertinimas ir analizė. *Sveikatos mokslai, 23(4), 27-33.*
58. Tidikis, R. (2003). *Socialinių mokslų tyrimų metodologija.* Vilnius: Lietuvos teisės universitetas. Leidybos centras.
59. Vyšniauskienė, L. (2019). *Kokybės vadybos sistemų poveikis organizacijų gaunamai naudai ir kokybės kultūrai* (Doctoral dissertation, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2014).
60. Welsh, J. J. (2004). Employers and the nursing workforce: seeking local solutions to a national problem. *North Carolina medical journal, 65(2), 80-81.*
61. Žydžiūnaitė, V. (2011). Baigiamojo darbo rengimo metodologija. *Mokomoji knyga. Klaipėda: Klaipėdos valstybinė kolegija.*
62. Žydžiūnaitė, V., Sabaliauskas, S. (2017). *Kokybiniai tyrimai: principai ir metodai: vadovėlis socialinių mokslų studijų programų studentams.*
63. Žiliukas, G., Drungilienė, D., Užkurėlytė, R., & Švedienė, L. (2013). Slaugos kokybės gerinimo galimybės miesto ligoninėje. *Sveikatos mokslai, 23(1), 149-154.*

#### **Dokumentai ir kiti šaltiniai:**

1. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/113302/E55363.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/113302/E55363.pdf)
2. <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9001:ed-5:v1:en2225><https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.167900>
3. Įsakymas Dėl Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo 2007 m. gruodžio 14 d. Nr. V-1026 *Suvestinė redakcija nuo 2018-05-01.* [žiūrėta 2019-10-29]. Prieiga per internetą:<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.311861/ZEkjLWcogl>
4. Įsakymas Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programos patvirtinimo. 2017 m. lapkričio 15 d. Nr. V-1292 *Suvestinė redakcija nuo 2019-06-06* [žiūrėta 2019-12-18]

- Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/3ca52110caac11e782d4fd2c44cc67af/CcdbSnkOMc>
5. Įsakymas Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo. 2008 m. balandžio 29 d. Nr. V-338. *Suvestinė redakcija nuo 2017-05-01* [žiūrėta 2019-12-16]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.319609/asr>
  6. Įsakymas Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo 2005 m. gruodžio 5 d. Nr. V-943. *Suvestinė redakcija nuo 2020-01-01* [žiūrėta 2020-01-02]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267313/BlrLZSYzIG>
  7. Įsakymas Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos patvirtinimo 2002 m. spalio 10 d. Nr. 495. *Suvestinė redakcija nuo 2010-07-18* [žiūrėta 2019-12-16]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.189048/asr>
  8. Įsakymas Dėl šakinės korupcijos sveikatos priežiūros sistemoje 2015-2019 metų programos patvirtinimo 2015 m. gruodžio 10 d. Nr. V-1433 *Suvestinė redakcija nuo 2018-02-27* [žiūrėta 2019-12-21] prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/cead6bb0a36e11e59010bea026bdb259/asr>
  9. Įsakymas Dėl Tiesiogiai stebimo trumpo gydymo kurso paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo. 2016 m. vasario 12 d. Nr. V-237 *Suvestinė redakcija nuo 2019-05-01* [žiūrėta 2019-01-02]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/3b510540d74c11e59019a599c5cbd673/asr>
  10. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century (1997). Prieiga per internetą: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index1.html> [žiūrėta 2019-11-18]
  11. Lietuvos Respublikos Konstitucija 53 straipsnis
  12. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562 *Suvestinė redakcija nuo 2020-01-01* [žiūrėta 2020-01-03] prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.31932/asr>
  13. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367 *Suvestinė redakcija nuo 2020-01-01 iki 2020-04-30* [žiūrėta 2020-01-01]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.29546/asr>
  14. Lietuvos Respublikos vidaus kontrolės ir vidaus audito įstatymas. 2002 m. gruodžio 10 d. Nr. IX-1253 *Suvestinė redakcija nuo 2020-01-01* [žiūrėta 2020-01-03] prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.197703/asr>

15. Lietuvos Respublikos Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas. 2002 m. gegužės 16 d. Nr. IX-886 *Suvestinė redakcija nuo 2020-01-01*[žiūrėta 2020-01-02] prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.167900/TkFGyyjCqv>:
16. Lietuvos sveikatos programa 1998. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalActPrint/lt?jfwid=je7i1szj2&documentId=TAIS.59004&category=TAP>
17. Nutarimas Dėl Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo 2011 m. rugsėjo 7 d. Nr. 1057 *Suvestinė redakcija nuo 2020-01-01*[žiūrėta 2020-01-02].prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/49e35880064e11e5b0d3e1beb7dd5516/asr>
18. Nutarimas Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2019 „Bendrosios praktikos slaugytojas“ patvirtinimo. 2011 m. rugsėjo 7 d. Nr. 1057. *Galiojanti suvestinė redakcija nuo 2019-07-16* [žiūrėta 2019-12-06]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.401304?jfwid=-bgd9arf9w>
19. Nutarimas dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo 1991 m. spalio 30 d. Nr. I-1939 Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.3044?jfwid=-15uh8wytd>
20. Nutarimas dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo 2014 m. birželio 26 d. Nr. XII-964. *Suvestinė redakcija nuo 2016-12-13*. [Žiūrėta 2019-10-04] prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/85dc93d000df11e4bfca9cc6968de163/EqCSvuXXpG>
21. Nutarimas dėl Lietuvos Sveikatos sistemos 2011-2020 metų plėtros metmenų parvirtinimo. 2011m. birželio 7 d. Nr.XI-1430. Valstybės žinios 2011-06-16; Nr.73-3498. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.0E672DF64E70>
22. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World (11 August 2005)
23. Valstybės žinios, 1994-08-17, Nr. 63-1231.Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905?jfwid=q8i88mcob>
24. Valstybinio audito ataskaita: Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas 2018 m. rugsėjo 28 d. Nr. VA-2018-P-9-3-9
25. Visuomenės sveikata 2011/2(53). Baltoji knyga, 2007. Prieiga per internetą: <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/0be577c8-fde9-441a-ae06-fb76f40b1a2a/language-lt>
26. Visuomenės sveikata. Pagrindinės Lietuvos sveikatos 2014-2025 programos įgyvendinimo sėkmės prielaidos. Redakcijos skiltis. 2014.3(66) Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08?jfwid=-fxdp770g>
27. WHO Regional Office for Europe. 1986. Prieiga per internetą: [https://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](https://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)



28. World Health Organization. (1978). Declaration of Alma-Ata. In *International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978*. Prieiga per internetą: [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
29. World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*, Copenhagen:

## PRIEDAI

1 priedas

### PUSIAU STRUKTŪRIZUOTO INTERVIU KLAUSIMYNAS INFORMANTAMS

Gerb. informante,

Tyrimo tikslas – nustatyti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo ypatumus, naudojamus kokybės valdymo modelius Radviliškio rajono pirminės sveikatos priežiūros centruose. Man ypač svarbi Jūsų nuomonė, nes tik taip galėsiu tinkamai ir visapusiškai įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymą PSPC.

Bendri duomenys apie ekspertą:

Lytis	
Pareigos	
Išsilavinimas	
Darbo patirtis metais užimamose pareigose	
Darbo patirtis metais viešajame sektoriuje	

#### Interviu protokolas

1. Kaip vertinate bendrą Jūsų įstaigoje suteikiamų paslaugų kokybę, kodėl?
2. Kaip vertinate suteikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę Jūsų įstaigoje, kodėl?
3. Jūsų nuomone, kokie svarbiausi kriterijai užtikrinantys pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę?
4. Kokius kokybės vadybos metodus Jūs taikote (esate įsidieę, šiuo metu diegiate) ketinate diegti (vykdyti) 2019-2020 m.
5. Jūsų nuomone, kokius privalumus Radviliškio pirminės sveikatos priežiūros centrams suteikia sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo principų įdiegimas.
6. Jūsų nuomone, kokiems sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo gerinimo principams, Jūsų įstaigoje, skiriama didesnė svarba, kodėl?
7. Kaip manote, kokie veiksniai turi įtakos kokybės modelių ir priemonių (ne) įdiegimui Jūsų įstaigoje.
8. Jūsų nuomone ar Radviliškio pirminės sveikatos priežiūros įstaigose yra įdiegti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymo modeliai ar priemonės? Jei taip, kokie? Jei ne tuomet, kokie veiksniai arba kokie trukdžiai lemia kokybės modelių ir priemonių neįdiegimą?
9. Įvardinkite su kokiomis problemomis, trukdžiais gali būti susiduriama diegiant gero valdymo principus Šiaulių miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigose?

Dėkoju už Jūsų atsakymus.

## Radviliškio PSPC įstaigos veiklos užduočių įvykdymas 2018 m.

Eil. Nr.		Įstaigos rezultatas
<b>Kiekybiniai veiklos vertinimo rodikliai</b>		
1.	Finansinis įstaigos veiklos rezultatas	13 9367 Eur.
2.	Įstaigos sąnaudų darbo užmokesčiui dalis (%)	Vidutinis mėnesinis gydytojo DU 1462,03 eur., vidutinis bendrosios praktikos slaugytojos DU – 580,62 eur.
3.	Įstaigos sąnaudų valdymo išlaidoms dalis (%)	1,98%
4.	Papildomų finansavimo šaltinių pritraukimas	17480
	Suteiktos mokamos paslaugos	-
	Pateiktos paraiškos ar vykdomi investicijų projektai ir programos	-
	Pritraukti kiti finansavimo šaltiniai (parama, labdara, tikslinės lėšos ir kt.)	-
<b>Kokybiniai veiklos vertinimo rodikliai</b>		
5.	Pacientų pasitenkinimo įstaigos teikiamomis paslaugomis lygis bei pacientų skundų tendencijos	-
	Anketinių apklausų vykdymas (ne mažiau 10 % apklaustų pacientų 1 kartą per metus)	Nebuvo atlikta pacientų sveikatos priežiūros paslaugų pasitenkinimo anketa
	Nepateikta skundų arba pateikti skundai pripažinti nepagrįstais	1
6.	Kokybės vadybos sistemos įdiegimo ir vystymo laipsnis	Paruošta tiesiogiai stebimo trumpo gydymo kurso sergančių TBC kabineto darbo tvarka. Koreguota suaugusių ir vaikų registratūros darbo proceso valdymo tvarka.
	<b>6.1. Pacientų duomenų teikimo į ESPBI IS lygis pagal Programą</b>	
	6.1.1. Duomenų teikimas į ESPBI IS	
	6.1.2. Pacientų atvykimo (Encounter) į įstaigą registracijos duomenų teikimas į ESPBI IS	Veikia
	6.1.3. Kompensuojamų vaistų, naudojant e. recepto paslaugą, išrašymas	95 %
	6.1.4. Per ESPBI IS keitimasis duomenimis statistinių ir klinikinių duomenų rinkinių apraše nustatyta apimtimi	Keičiamasi
	6.1.5. Yra galimybė paslaugoms gauti įstaigoje registruotis per Išankstinės pacientų registracijos sistemą arba naudojamosi telemedicinos (telekardiologijos ar teleradiologijos) sprendimais	Yra per sergu.lt
	<b>6.2. IT panaudojimas valdant įstaigą</b>	
	6.2.1. Reguliariai atnaujinta įstaigos interneto svetainė	Atnaujinama
	6.2.2. Per praėjusius metus įdiegta suplanuota nauja ar modernizuota esama sistema	Neįdiegta
	<b>6.3. Papildomi rodikliai</b>	
6.3.1. Įstaigoje kompiuterizuotos visos darbo vietos	Visos darbo vietos kompiuterizuotos	
7.	Įstaigoje taikomų kovos su korupcija priemonių vykdymas	Nesuteiktas skaidrios asmens sveikatos priežiūros įstaigos vardas.
8.	Vidutinis laikas nuo paciento kreipimosi į įstaigą dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugos suteikimo iki paskirto paslaugos gavimo laiko pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas sveikatos grupes	pas šeimos gydytoją iki 7 k.d. pas odontologą iki 7 k.d. pas vaikų gydytoją iki 7 k.d. pas chirurgą- iki 7 k.d.

		pas suaugusiųjų psichiatrą- iki 7 k.d. pas vidaus ligų gyd. iki 7 k.d.
9.	Įstaigoje suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius per ketvirtį ir per metus pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes.	Šeimos gydytojų-35440/141761
10.	Dalyvavimo įgyvendinant Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis finansuojamas atitinkamų ligų prevencijos priemonių, atrankinės patikros, ankstyvosios diagnostikos programas mastas.	Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinė programa -40,9 %, Mamografinės patikros dėl krūties vėžio programos vykdymas-37,6% Priešinės liaukos vėžio diagnostinės programos vykdymas – 81,9 % Asmenų priskiriamų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei prevencijos programos vykdymas – 40,4% Storosios žarnos vėžio ankstyvosios prevencijos diagnostikos programos vykdymas – 52,9 %

Sudaryta darbo autorės. Šaltinis: Radviliškio rajono viešosios įstaigos Radviliškio pirminės sveikatos priežiūros centro vadovo 2018 metų ataskaita

3 priedas

### Baisogalos PSPC įstaigos veiklos užduočių įvykdymas 2018 m.

Eil. Nr.	Veiklos finansinių rezultatų vertinimo rodikliai	Įstaigos rezultatas 2018 m.
<b>Kiekybiniai veiklos vertinimo rodikliai</b>		
1.	Finansinis įstaigos veiklos rezultatas	Teigiamas +9 066,72
2.	Įstaigos sąnaudų darbo užmokesčiui dalis (%)	Vidutinis mėnesinis gydytojo DU 2026 eur. Vidutinis bendrosios praktikos slaugytojos DU – 729 eur.
3.	Įstaigos sąnaudų valdymo išlaidoms dalis (%)	5,2%
4.	Papildomų finansavimo šaltinių pritraukimas	5 %
	Suteiktos mokamos paslaugos	31,642 eur.
	Pateiktos paraiškos ar vykdomi investicijų projektai ir programos	-
	Pritraukti kiti finansavimo šaltiniai (parama, labdara, tikslinės lėšos ir kt.)	Tikslinės lėšos-500eur. 2 % - 418eur. Parama, labdara-150 eur
<b>Kokybiniai veiklos vertinimo rodikliai</b>		
5.	Pacientų pasitenkinimo įstaigos teikiamomis paslaugomis lygis bei pacientų skundų tendencijos	91 % Įvertino teigiamai
	Nepateikta skundų arba pateikti skundai pripažinti nepagrįstais	Skundų negauta
6.	Kokybės vadybos sistemos įdiegimo ir vystymo laipsnis	
	<b>6.1. Pacientų duomenų teikimo į ESPBI IS lygis pagal Programą</b>	
	6.1.1. Duomenų teikimas į ESPBI IS	duomenys teikiami
	6.1.2. Pacientų atvykimo (Encounter) į įstaigą registracijos duomenų teikimas į ESPBI IS	teikiami
	6.1.3. Kompensuojamų vaistų, naudojant e. recepto paslaugą, išrašymas	90 proc.
	6.1.4. Per ESPBI IS keitimasis duomenimis statistinių ir klinikinių duomenų rinkinių apraše nustatyta apimtimi	taip
	6.1.5. Yra galimybė paslaugoms gauti įstaigoje registruotis per Išankstinės	ne

	pacientų registracijos sistemą arba naudojamasi telemedicinos (telekardiologijos ar teleradiologijos) sprendimais	
	<b>6.2. IT panaudojimas valdant įstaigą</b>	
	6.2.1. Reguliariai atnaujinta įstaigos interneto svetainė	taip
	6.2.2. Per praėjusius metus įdiegta suplanuota nauja ar modernizuota esama sistema	ne
	<b>6.3.Papildomi rodikliai</b>	
	6.3.1.Įstaigoje kompiuterizuotos visos darbo vietos	Įstaigoje kompiuterizuotos visos darbo vietos
7.	Įstaigoje taikomų kovos su korupcija priemonių vykdymas	Įstaigai nebuvo suteiktas skaidrios asmens sveikatos priežiūros įstaigos vardas.
8.	Vidutinis laikas nuo paciento kreipimosi į įstaigą dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugos suteikimo iki paskirto paslaugos gavimo laiko pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas sveikatos grupes	0-7 d. pas šeimos gydytoją 0-7 d. pas odontologą
9.	Įstaigoje suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius per ketvirtį ir per metus pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes.	Šeimos gydytojų-6290/25159
10.	Dalyvavimo įgyvendinant Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis finansuojamas atitinkamų ligų prevencijos priemonių, atrankinės patikros, ankstyvosios diagnostikos programas mastas.	Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinė programa - 51,3 % Mamografinės patikros dėl krūties vėžio programos vykdymas-46,1% Priešinės liaukos vėžio diagnostinės programos vykdymas – 81,9 % Asmenų priskiriamų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei prevencijos programos vykdymas – 64,2% Storosios žarnos vėžio ankstyvosios prevencijos diagnostikos programos vykdymas – 47 %

Sudaryta darbo autorės. Šaltinis: Radviliškio rajono viešosios įstaigos Baisogalos pirminės sveikatos priežiūros centro vadovo 2018 metų ataskaita

4 priedas

### Šeduvos PSPC įstaigos veiklos užduočių įvykdymas 2018 m.

Eil. Nr.		Įstaigos rezultatas
<b>Kiekybiniai veiklos vertinimo rodikliai</b>		
1.	Finansinis įstaigos veiklos rezultatas	Teigiamas + 5 567,00 Eur.
2.	Įstaigos sąnaudų darbo užmokesčiui dalis (%)	Vidutinis mėnesinis gydytojo DU 1921,90 eur.  Vidutinis bendrosios praktikos slaugytojos DU – 782,7 eur.

3.	Įstaigos sąnaudų valdymo išlaidoms dalis (%)	7,7%
4.	Papildomų finansavimo šaltinių pritraukimas	Savivaldybės biudžeto lėšos - 14797eur.
	Suteiktos mokamos paslaugos	
	Pateiktos paraiškos ar vykdomi investicijų projektai ir programos	-
	Pritraukti kiti finansavimo šaltiniai (parama, labdara, tikslinės lėšos ir kt.)	2 % - 898 eur. Parama -14441 eur
<b>Kokybiniai veiklos vertinimo rodikliai</b>		
5.	Pacientų pasitenkinimo įstaigos teikiamomis paslaugomis lygis bei pacientų skundų tendencijos	91 proc. apklaustųjų sveikatos priežiūros paslaugomis yra patenkinti
	Anketinių apklausų vykdymas (ne mažiau 10 % apklaustų pacientų 1 kartą per metus)	-
	Nepateikta skundų arba pateikti skundai pripažinti nepagrįstais	Skundų negauta
6.	Kokybės vadybos sistemos įdiegimo ir vystymo laipsnis	-
<b>6.1. Pacientų duomenų teikimo į ESPBI IS lygis pagal Programą</b>		
	6.1.1. Duomenų teikimas į ESPBI IS	-
	6.1.2. Pacientų atvykimo (Encounter) į įstaigą registracijos duomenų teikimas į ESPBI IS	Veikia
	6.1.3. Kompensuojamų vaistų, naudojant e. recepto paslaugą, išrašymas	98 %
	6.1.4. Per ESPBI IS keitimasis duomenimis statistinių ir klinikinių duomenų rinkinių apraše nustatyta apimtimi	Keičiamasi
	6.1.5. Yra galimybė paslaugoms gauti įstaigoje registruotis per Išankstinės pacientų registracijos sistemą arba naudojamosi telemedicinos (telekardiologijos ar teleradiologijos) sprendimais	Yra per sergu.lt
<b>6.2. IT panaudojimas valdant įstaigą</b>		
	6.2.1. Reguliariai atnaujinta įstaigos interneto svetainė	Atnaujinama
	6.2.2. Per praėjusius metus įdiegta suplanuota nauja ar modernizuota esama sistema	Neįdiegta
<b>6.3.4 Papildomi rodikliai</b>		
	6.3. Įstaigoje kompiuterizuotos visos darbo vietos	Visos darbo vietos kompiuterizuotos
7.	Įstaigoje taikomų kovos su korupcija priemonių vykdymas	Nesuteiktas skaidrios asmens sveikatos priežiūros įstaigos vardas.
8.	Vidutinis laikas nuo paciento kreipimosi į įstaigą dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugos suteikimo iki paskirto paslaugos gavimo laiko pagal	pas šeimos gydytoją 0-7 d. pas odontologą 0- 7 d.

	sveikatos apsaugos ministro nustatytas sveikatos grupes	komanda 0-7 d.
9.	Įstaigoje suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius per ketvirtį ir per metus pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes.	Šeimos gydytojų-12479/49917
10.	Dalyvavimo įgyvendinant Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis finansuojamas atitinkamų ligų prevencijos priemonių, atrankinės patikros, ankstyvosios diagnostikos programas mastas.	<p>Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinė programa - 60,6 %</p> <p>Mamografinės patikros dėl krūties vėžio programos vykdymas – 43,1%</p> <p>Priešinės liaukos vėžio diagnostinės programos vykdymas – 83,9 %</p> <p>Asmenų priskiriamų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei prevencijos programos vykdymas – 58,7%</p> <p>Storosios žarnos vėžio ankstyvosios prevencijos diagnostikos programos vykdymas – 117,5 %</p>

Sudaryta darbo autorės. Šaltinis: Radviliškio rajono viešosios įstaigos Šeduvos pirminės sveikatos priežiūros centro vadovo 2018 metų ataskaita

5 priedas

### Visos Lietuvoje vykdomos prevencinės programos

Prevenicinė programa	Vykdyto pradžia	Programa skirta	Programos priemonės
Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programa	2004 m. liepos mėn.	Moterims 25-59 m. (imtinai)	<b>Kartą per 3 metus</b> atliekamas citologinio tepinėlio tyrimas. Gavus jo rezultatus gali būti atliekama biopsija, leidžianti objektyviai patvirtinti arba paneigti ligos diagnozę.
Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa	2005 m. spalio mėn.	Moterims 50-69 m. (imtinai)	<b>Kartą per 2 metus</b> atliekamas mamografinis tyrimas. Gavus šeimos gydytojo siuntimą atlikti mamografinį tyrimą, galima iš anksto užsiregistruoti (atvykus arba telefonu) mamografijos įrenginį turinčioje sveikatos priežiūros įstaigoje. Tyrimo rezultatus praneša šeimos gydytojas, gavęs juos iš mamogramas vertinančios įstaigos.
Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa	2006 m. sausio mėn.	Vyrams 50-69 m. (imtinai) ir vyrams nuo 45 metų, jei jų tėvai ar broliai sirgo priešinės	<b>Periodiškai</b> atliekamas kraujo tyrimas, parodantis prostatos specifinio antigeno (PSA) koncentraciją kraujyje. Jei PSA kiekis viršija normą, šeimos gydytojas išduoda siuntimą konsultuotis pas urologą, o šis

		liaukos vėžiu	prireikus atlieka priešinės liaukos biopsiją.
Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa	2009 m. liepos mėn.	Vyrams ir moterims 50-74 m.(imtinai)	<b>Kartą per 2 metus</b> atliekamas slaptos kraujavimo testas. Jei testo atsakymas neigiamas – pacientas sveikas, jei atsakymas teigiamas – šeimos gydytojas išduos siuntimą pas gydytoją specialistą. Kolonoskopija ir, prireikus, biopsija leidžia objektyviai patvirtinti arba paneigti storosios žarnos vėžio diagnozę.
Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa	2005 m. gruodžio mėn.	Vyrams 40-54 m. (imtinai) ir moterims 50-64 m. (imtinai)	<b>Kartą per 1 metus</b> šeimos gydytojas nustato rizikos veiksnius ir, jei reikia, sudaro individualų širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos planą. Jei gydytojas nustato, kad širdies ir kraujagyslių ligų tikimybė yra didelė, siunčia pacientą į specializuotus centrus išsamiau ištirti, prireikus – skiria gydymą. Svarbu žinoti, kad kartą per metus nemokamai gali būti nustatoma gliukozės, cholesterolio, trigliceridų koncentracija kraujyje, atliekama elektrokardiograma ir kiti tyrimai, parodantys, ar pacientą galima priskirti didelės rizikos grupei.



## Lietuvos e. sveikatos 2015 – 2025 metų plėtros programos įgyvendinimo vertinimo kriterijai

Programos įgyvendinimo vertinimo kriterijai	Programos įgyvendinimo vertinimo kriterijų reikšmės iki 2022 m.: skverbtis procentais (%) kasmet, skaičiuojant nuo 2018 m. sausio 1 d.			
	+1 m.	+2 m.	+3 m.	+4 m.
Paskirtas (-i) e. sveikatos kompetencijos centras (-ai)	100 %			
Patvirtintas tvarus e. sveikatos sistemos finansavimo modelis	100 %			
Patvirtintas e. sveikatos sistemai svarbiausių statistinių ir klinikinių duomenų rinkinių aprašas	100 %			
Kompensuojamųjų vaistų, išrašytų naudojant e. recepto paslaugą, dalis	90 %	95 %	95 %	95 %
Stacionarinės ASPĮ, kuriose įdiegtos HIS ir kurios per ESPBI IS / EMI keičiasi duomenimis statistinių ir klinikinių duomenų rinkinių apraše nustatyta apimtimi, dalis		20 %	70 %	100 %
Ambulatorinės ASPĮ, kurios per ESPBI IS / EMI keičiasi duomenimis statistinių ir klinikinių duomenų rinkinių apraše nustatyta apimtimi, dalis		20 %	50 %	80 %
Pacientų, kuriems asmens sveikatos priežiūros paslaugos suteiktos laiku*, dalis (*- per Sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme numatytus terminus, arba, pacientams sutikus, kitu jiems tinkamu laiku)	50 %	70 %	75 %	80 %
Sukurta ASPĮ tinklo pagrindinių veiklos rodiklių analitikos ir vertinimo sistema (nekuriant papildomų statistinių formų)			100 %	

**ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS GERINIMO PROGRAMOS 2018–2020 M. ĮGYVENDINIMO PRIEMONIŲ PLANAS**

Eil. Nr.	Priemonės pavadinimas	Vykdytojai	Įvykdymo terminas	Preliminarus lėšų poreikis, tūkst. Eur	Galimi finansavimo šaltiniai	Už vertinimo kriterijų atsakinga institucija	Vertinimo kriterijus, matavimo vienetas	Laukiami rezultatai		
								2018	2019	2020
1.	<b>Programos tikslas</b> – pagerinti šalies gyventojų sveikatą, nuolat tobulinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų administravimą.									
2.	Atlikti Lietuvos gyventojų nuomonės tyrimą dėl pasitikėjimo šalies sveikatos apsauga	SAM	kasmet	-	Valstybės biudžeto asignavimai	SAM	Lietuvos gyventojų pasitikėjimo šalies sveikatos apsaugos sistema didėjimas, balais (5 balų skalėje)	3,6	3,7	3,8
3.	<b>Pirmas uždavinys</b> – siekti, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybė būtų orientuota į pacientų poreikius ir lūkesčius.									
4.	Organizuoti renginius (konferencijas, seminarus, apskritojo stalo diskusijas ir kt.), siekiant pagerinti sveikatos priežiūros specialistų draugijų bei pacientų organizacijų bendradarbiavimą ir informacijos apie sveikatos priežiūros specialistų profesinę etiką ir pacientų teises sklaidą	SAM LBEK	kasmet	-	Valstybės biudžeto asignavimai	SAM	Suorganizuotų renginių skaičius, vnt.	Ne mažiau kaip 1	Ne mažiau kaip 1	Ne mažiau kaip 1
5.	Rašytinės informacijos, skirtos pacientams apie pasirošimą įvairioms procedūroms, laboratoriniams tyrimams, vaistų vartojimą, profilaktiką, sergant tam tikromis ligomis, parengimas (pagal įstaigos veiklos specifiką), taip pat informacijos apie pacientų pareigas, teises bei medikų profesinės etikos reikalavimus parengimas ir užtikrinimas, kad ši informacija pacientus pasiektų laiku.	ASPI LBEK VASPVT	kasmet	-	ASPI lėšos, Valstybės biudžeto asignavimai	SAM	Parengtų ir paskelbtų ataskaitų skaičius, vnt.	1	1	1

6.	Užtikrinti sveikatos priežiūros specialistų, keliančių kvalifikaciją, skaičiaus didėjimą, ugdyti bendravimo įgūdžius, organizuojant nuolatinius bendravimo įgūdžių mokymus bei tobulinti konfliktų valdymo procedūras sveikatos priežiūros specialistams ir administracijos darbuotojams	ASPI SAM	kasmet	-	ASPI lėšos, Valstybės biudžeto asignavimai	SAM	Kvalifikacijos tobulinimo renginių, orientuotų į specialistų bendravimo įgūdžių bei konfliktų valdymo procedūrų tobulinimą, skaičius, vnt.	30	35	40
							Asmenų, dalyvavusių sveikatos priežiūros specialistų (pagal profesines kvalifikacijas) kvalifikacijos kėlimo renginiuose, ypatingą dėmesį skiriant mokymų, susijusių su profesinės ir dalykinės etikos įgūdžių stiprinimu, skaičius, vnt., iš jų:	850	1000	1150
							-gydytojų	250	300	350
							- slaugytojų	350	400	450
							- kitų sveikatos priežiūros specialistų	250	300	350
7.	Sukurti standartizuotų pacientų apklausų metodikas ir klausimynus apklausoms nacionaliniu mastu vykdyti	SAM	2018	120	Europos Sąjungos (toliau – ES) paramos lėšos*	SAM	Sukurtas standartizuotų pacientų apklausų klausimynas apklausoms vykdyti nacionaliniu mastu	1	-	-
8.	<b>Antras uždavinys</b> – gerinti gyventojams teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų saugą, stebėseną, kontrolę ir vertinimą;									
9.	Plėtoti ir automatizuoti antimikrobinių vaistinių preparatų stebėsenos sistemą (įgyvendinant Antimikrobinių vaistinių preparatų vartojimo stebėsenos tvarkos aprašą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. vasario 19 d. įsakymu Nr. V-228 „Dėl Antimikrobinių vaistinių preparatų vartojimo stebėsenos tvarkos aprašo	HI	2020	150	ES paramos lėšos*	HI	Sukurtas ir įdiegtas Visuomenės sveikatos stebėsenos informacinės sistemos Antimikrobinių vaistinių preparatų	-	-	1

	patvirtinimo“)						suvartojimo stebėsenos modulis, vnt.			
10.	Peržiūrėti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymą Nr. V-401 „Dėl Privalomų registruoti nepageidajamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, siekiant diegti ES paramos projekto „Visuomenės sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, diegiant visuomenės sveikatos technologijų vertinimo sistemą ir nepageidajamų įvykių registravimo sistemą“ metu sukurtą ir išbandytą nepageidajamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos modelį	HI	2018	-	Valstybės biudžeto asignavimai	HI	Parengtas įsakymo pakeitimo projektas (vnt.)	1	-	-
11.	Įdiegti Nacionalinę elektroninę nepageidajamų įvykių ASPĮ registravimo sistemą	HI	2020	300	ES paramos lėšos*	HI	Sukurta ir įdiegtas Visuomenės sveikatos stebėsenos informacinės sistemos Nepageidajamų įvykių registravimo modulis ASPĮ, vnt.	-	-	1
12.	Plėtoti ir automatizuoti hospitalinių infekcijų epidemiologinės priežiūros sistemą (įgyvendinant Hospitalinių infekcijų epidemiologinės priežiūros tvarkos aprašą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 14 d. įsakymu Nr. V-1110 „Dėl hospitalinių infekcijų epidemiologinės priežiūros ir valdymo“)	HI	2020	200	ES paramos lėšos*	HI	Sukurta ir įdiegtas Visuomenės sveikatos stebėsenos informacinės sistemos Hospitalinių infekcijų epidemiologinės priežiūros modulis, vnt.	-	-	1
13.	Peržiūrėti ir prirėikus pakeisti Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymu Nr. V-338 „Dėl Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“, reglamentuojant naujas asmens sveikatos priežiūros paslaugų saugos priemones	SAM, VASPVT	2019	-	Valstybės biudžeto asignavimai	SAM	Esant reikalui, parengtas teisės akto pakeitimo projektas, vnt.	-	1	-

14.	Vykdyti informacijos apie ASPĮ akreditavimą sklaidą, sudarant galimybę įstaigoms išsamiau sužinoti apie akreditavimo sąlygas ir paskatinant jas akredituotis	VASPVT	kasmet	-	Valstybės biudžeto asignavimai	VASP VT	Pranešimų apie ASPĮ akreditavimą skaičius, vnt.	1	1	1
15.	Didinti sveikatos priežiūros įstaigų, kuriose VASPVT vykdyt konsoliduotus planinius asmens sveikatos priežiūros paslaugų patikrinimus, skaičių	VASPVT	kasmet	-	Valstybės biudžeto asignavimai	VASP VT	Sveikatos priežiūros įstaigų, kuriose VASPVT vykdyt konsoliduotus planinius asmens sveikatos priežiūros paslaugų patikrinimus, skaičius, vnt.	32	34	36
16.	Publikuoti informaciją su komentarais apie dažniausiai tikrinamose įstaigose pasitaikančius teisės aktų pažeidimus bei informaciją apie ASPĮ aktualių teisės aktų pakeitimus	VASPVT	kasmet	-	Valstybės biudžeto asignavimai	VASP VT	Parengtos informacijos su komentarais apie dažniausiai tikrinamose įstaigose pasitaikančius teisės aktų pažeidimus bei informacijos apie ASPĮ aktualių teisės aktų pakeitimus skaičius, vnt.	4	4	4
17.	Atlikti tikrinimus medicinos priemonių (priedais) naudojimo, gaminimo, platinimo vietose ir muitinės postuose	VASPVT	kasmet	-	Valstybės biudžeto asignavimai	VASP VT	Atliktų tikrinimų medicinos priemonių (priedais) naudojimo, gaminimo, platinimo vietose ir muitinės postuose skaičius, vnt.	80	80	80
18.	Sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtinti ASPĮ, teikiančių ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašus	SAM VASPVT VLK ASPĮ	2018	-	Valstybės biudžeto asignavimai	SAM VASP VT VLK ASPĮ	Parengtas teisės aktas, kuriuo patvirtinti ASPĮ, teikiančių ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašai, vnt.	1	-	-

19.	Pasirengti asmens sveikatos priežiūros įstaigų kokybės rodiklių stebėsenai	SAM	2019	-	Valstybės biudžeto asignavimai	SAM	Parengta paraiška Europos Komisijai ekspertinei pagalbai dėl pasirengimo asmens sveikatos priežiūros įstaigų kokybės rodiklių stebėsenai gauti, vnt.	-	1	-
20.	Įgyvendinti projektą „Paslaugų kokybės gerinimas, parengiant pagrindines mirties priežastis lemiančių ligų, sveikatos sutrikimų integruotos sveikatos priežiūros standartus“	SAM	2020**	1500	ES paramos lėšos*	SAM	Sukurti pavyzdiniai metodinių dokumentų rengimo, taikymo ir atnaujinimo standartai, metodika ir metodinių dokumentų paketai, vnt.	-	-	4***
21.	<b>Trečias uždavinys</b> – tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ASPĮ kokybės vadybą									
22.	Užtikrinti, kad sveikatos priežiūros administratoriai, medicinos auditoriai dalyvautų mokymuose sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, administravimo, koordinavimo klausimais	ASPĮ	kasmet		ASPĮ lėšos	SAM	Naujai parengtų ar atnaujintų kvalifikacijos kėlimo programų sveikatos teisės, sveikatos priežiūros įstaigų visuotinės kokybės vadybos sistemos, žmogiškųjų išteklių valdymo ir kt. klausimais, skaičius, vnt.	1	1	1

\* Priemonę planuojama įgyvendinti ES paramos lėšomis, jei tokios bus skirtos.

Sutrumpinimai:

ASPĮ – Asmens sveikatos priežiūros įstaiga.

HI – Higienos institutas.

LBEK – Lietuvos bioetikos komitetas.

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija.

VASPVT – Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

VLK – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos.