

VILNIAUS UNIVERSITETAS
EKONOMIKOS FAKULTETAS
VADYBOS KATEDRA

Donata PALIULYTĖ
Kokybės vadybos programa

MAGISTRO DARBAS

N. KANO PATRAUKLIOSIOS KOKYBĖS MODELIS
AMBULATORINIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ
GERINIMUI

N. KANO MODEL OF ATTRACTIVE QUALITY FOR THE
IMPROVEMENT OF AMBULATORY HEALTHCARE SERVICES

Leidžiama ginti _____
(parašas)

Katedros vedėja prof. **D. Diskienė**

Magistrantas _____
(parašas)

Darbo vadovė _____
(parašas)
Doc. dr. **R. Adomaitienė**

Darbo įteikimo data:
Registracijos Nr.

Vilnius, 2017

TURINYS

IVADAS.....	3
1.SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS VALDYMO IR GERINIMO TEORINIAI ASPEKTAI	6
1.1. Kokybės samprata ir rodikliai sveikatos priežiūroje	6
1.2. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymas ir gerinimas	9
1.3. Kokybė ambulatorinėje sveikatos priežiūroje	13
2. N. KANO PATRAUKLIOSIOS KOKYBĖS TEORIJA IR MODELIS.....	17
2.1. N. Kano patraukliosios kokybės modelio esmė ir privalumai bei trūkumai	17
2.2. Kokybės savybių gyvavimo ciklai	23
2.3. N. Kano patraukliosios kokybės modelio naudojimas	25
2.4. N. Kano patraukliosios kokybės modelio taikymas viešajame sektoriuje	30
3. AMBULATORINIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ SUVOKIAMOS KOKYBĖS TYRIMAS.....	34
3.1.Tyrimo metodologija.....	34
3.2.Tyrimo duomenų analizė.....	41
3.3. N. Kano modelio kokybės savybių kategorijų priskyrimas.....	50
3.4. Privačių ir valstybinių ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų pacientų kokybės savybių suvokimo analizė.....	54
IŠVADOS IR PASIŪLYMAI.....	62
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	65
SANTRAUKA	71
SUMMARY	73
PRIEDAI	75

IVADAS

Vartotojų pasitenkinimas, prieš tai buvęs svarbus tik privačiame sektoriuje, kintant visuomenei ir jos lūkesčiams, tampa svarbiu ir viešajame sektoriuje. Viešajam sektoriui pastaruoju metu tenka susidurti su daug iššūkių, kylančių iš naujų visuomenės poreikių ir reikalavimų. Lietuvos vyriausybė, kreipdama dėmesį į nuolat augančius vartotojų poreikius skatina sektoriaus įstaigas teikti kokybiškesnes paslaugas. Lūkesčių ir poreikių nustatymas bei jų tenkinimas garantuoja ne tik labiau paslauga patenkintus vartotojus, bet ir efektyvesnį jų teikimą (Viešųjų paslaugų vartotojų pasitenkinimo indekso apskaičiavimo metodika, 2008). Pasak A. Diržytės ir A. Patapo (2013), vartotojų pasitenkinimas paslaugomis yra vienas iš paslaugų kokybės rodiklių, ir viešojo sektoriaus organizacijoms labai svarbu žinoti vartotojų pasitenkinimo lygį, kuris gali atspindėti paslaugų kokybę, organizacijos valdymo efektyvumą, gebėjimą tenkinti konkrečius vartotojų poreikius, taip pat nuo jo gali priklausyti piliečių pasitikėjimas viešuoju sektoriumi.

Kiekvienos valstybės siekis yra rūpintis jos gyventojų sveikata, o medicininės pagalbos laidavimas ir kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimas yra jos pareiga, kuri apima ne tik sveikatos sistemos sukūrimą, bet ir jos palaikymą. Sveikata yra svarbi atskirų asmenų ir visuomenės gerovei, o sveiki gyventojai yra ir ekonomikos produktyvumo bei gerovės prielaida (Jankauskienė, 2011). Sveikatos priežiūros kokybė, jos valdymas tampa vienu iš svarbiausių sveikatos priežiūros prioritetų tiek Lietuvoje, tiek ir kitose Europos bei pasaulio šalyse (Bubnienė, Ruževičius, 2010). Sveikatos priežiūros įstaigos teikia sveikatos priežiūros paslaugas, vykdo užtikrindamos ligų prevenciją, gyventojų sveikatos kokybę, visos visuomenės gerovę (Štaras ir kt., 2013). Sveikatos priežiūrai skiriant vis didesnius materialius ir intelektualius išteklius, tuo pačiu didėja ir gyventojų poreikiai bei lūkesčiai, siejami su kokybiška medicinine priežiūra. Kokybiška sveikatos priežiūra negali būti apibrėžta vien tik galutinio rezultato kokybe. Ypač svarbi tampa kokybė pačiame paslaugos teikimo procese, kuri lyginama su paciento lūkesčiais. Pati sveikatos priežiūros paslaugų specifika ir ypatinga svarba pacientus savaime skatina reikalauti aukščiausios jų kokybės. Norint ją pasiekti yra būtina rinkti informaciją apie pacientų norus, lūkesčius ir reikalavimus (Rashid ir Jusoff, 2009).

Vienas iš metodų, padedančių įvertinti vartotojų norus ir lūkesčius – 1979 m. pristatytas N. Kano patraukliosios kokybės modelis. Šis modelis tapo populiarus ir ne kartą buvo panaudotas strateginiame mąstyme, verslo planavime ir paslaugų valdyme (Watson, 2003,

cit. pagal Löfgren ir kt., 2011). Modelis suskirsto produkto ar paslaugos savybes į kategorijas, remiantis tuo, kaip tų savybių išpildymas patenkina vartotojo lūkesčius. N. Kano buvo pirmasis, kuris pabrėžė, kad ne visų savybių išpildymas veikia galutinio vartotojo pasitenkinimą vienodai (Shahin ir kt, 2013). Taigi pagal patraukliosios kokybės modelį produkto ar paslaugos savybės kategorizavimas priklauso nuo dviejų kintamųjų – tos savybės kokybės išpildymo lygio ir vartotojo pasitenkinimo esant tam tikram savybės išpildymui. Lietuvoje šis modelis yra mažai žinomas, tačiau užsienio literatūroje jis yra dažnai taikomas tiek produktų, tiek paslaugų kūrimo ir tobulinimo. Modelio taikymo galimybės vis dažniau yra panaudojamos ne tik privačiame versle, bet ir viešojo sektoriaus organizacijose.

Mokslinė problema: N. Kano patraukliosios kokybės modelio pritaikymo Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimui stoka. Užsienio autorių tyrimuose N. Kano patraukliosios kokybės modelis ne kartą buvo pritaikytas sveikatos priežiūros paslaugų gerinimui, tuo tarpu Lietuvos mokslinėje literatūroje praktinio N. Kano modelio taikymo pavyzdžių šiame sektoriuje rasti nepavyko. Užsienio literatūroje aptiktuose tyrimuose taip pat nagrinėjama tik stacionari sveikatos priežiūra, modelis netaikomas ambulatorinėje sveikatos priežiūroje, su kuria susiduriama daug dažniau ir kuri yra pagrindinė pagalbos diagnozuojant ligas priemonė.

Darbo tikslas: nustatyti N. Kano Patraukliosios kokybės modelio taikymo galimybes ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų gerinimui.

Darbo objektas: Lietuvos ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybė.

Darbo uždaviniai:

1. Išanalizuoti sveikatos priežiūros kokybės sampratą, jos valdymo ir gerinimo teorinius aspektus.
2. Išnagrinėti N. Kano patraukliosios kokybės modelį ir jo praktinio taikymo galimybes.
3. Remiantis Kano patraukliosios kokybės modelio metodologija, įvertinti Lietuvos ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybės įtaką jų pacientų pasitenkinimui.
4. Pateikti rekomendacijas Lietuvos ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybės gerinimui.

Darbo metodai: Siekiant išanalizuoti kokybės sampratą, jos gerinimo aspektus sveikatos priežiūroje, detaliai išnagrinėti N. Kano patraukliosios kokybės modelį buvo pasitelkta mokslinės literatūros sisteminė ir palyginamoji analizė. Autorinio tyrimo metu naudotas aprašomasis kiekybinis anketinės apklausos metodas. Anketa paremta N. Kano patraukliosios kokybės modelio ir SERVQUAL kokybės modelio klausimynais. Apklausos metu gauti duomenys buvo analizuojami SPSS statistinėje programoje. Rezultatų įvertinimui naudota aprašomoji statistika.

Darbo struktūra: magistro darbą sudaro dvi dalys: mokslinės literatūros analizė ir autorinis tyrimas. Pirmoje literatūros analizės dalyje nagrinėjami teoriniai sveikatos priežiūros aspektai, jos valdymas ir tobulinimas. Antroje analizuojamas N. Kano patraukliosios kokybės modelis, aiškinamas jo taikymas, pateikiami praktiniai pavyzdžiai iš jau atliktų tyrimų. Autorinio tyrimo metu analizuojami anoniminės apklausos apie ambulatorinę sveikatos priežiūrą gauti rezultatai. Nagrinėjamos svarbiausios respondentams kokybės savybės, joms pritaikomas N. Kano patraukliosios kokybės modelis, aiškinamasi kaip skirtingai šias savybes suvokia valstybinių ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų pacientai.

Magistro darbą (be priedų) sudaro 75 puslapiai, 23 lentelės, 13 paveikslėlių, jį rašant panaudoti 57 literatūros šaltiniai.

1.SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS VALDYMO IR GERINIMO TEORINIAI ASPEKTAI

1.1. Kokybės samprata ir rodikliai sveikatos priežiūroje

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

Medicinos paslaugų kokybės gerinimas yra kiekvienos valstybės sveikatos sistemos ir medicinos pagalbos uždavinys. Pacientų nuomonė apie jų patirtį naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis tampa svarbiu sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo stebėsenos ir tobulinimo įrankiu (Jankauskienė, 2012). Svarbiausios sudedamosios dalys, nuo kurių priklauso sveikatos priežiūros įstaigos kokybiška veikla ir sėkmė – tai jos personalas ir pacientai. Tačiau, kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos turi ne tik tenkinti paciento poreikius, bet ir atitikti įvairius standartus. Todėl ilgą laiką sveikatos priežiūros paslaugų kokybė buvo sunkiai apibūdinama sąvoka. A. Donabedianas (1996) teigia, jog vertinant ir valdant sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybę, nagrinėjami trys lygiai: struktūra, procesas ir rezultatas.

Struktūra – apibūdina paslaugų prieinamumą geografiniais ir finansiniais aspektais, sveikatos priežiūros įstaigų išteklius ir jų administravimą. Vertinant struktūros aspektą atsižvelgiama į paciento sugaištą laiką registratūroje, laukiant eilėje prie gydytojo kabineto ir pan.

Procesas – tai personalo elgesys teikiant sveikatos priežiūros paslaugas ir racionalus išteklių, reikalingų joms atlikti, panaudojimas, kylančių rizikų valdymas bei pacientų informavimas. Proceso kokybę atspindi konsultacijų trukmė, paciento informavimas apie tyrimus, jų rezultatus, ligos atsiradimo priežastis ir kylančias rizikas, rekomenduojamus vaistus, jų vartojimą, šalutinį poveikį.

Rezultatas – nurodo, kaip uždaviniai buvo įvykdyti, ar paciento gydymas atitiko profesijos standartus ir paciento iškeltus lūkesčius. Rezultatas matuojamas pagal pacientui

skirtą dėmesį bei problemas, pacientų norimas papildomai aptarti su gydytoju. Rezultatyvumas atspindi gydomo paciento, visuomenės ir gydytojų lūkesčius, kurie dažnai būna gana skirtingi.

A. Kosinskienė ir J. Ruževičius (2011) išskiria šiuos veiksnius, įtakančius sveikatos priežiūros paslaugų kokybę:

- 1) Institucijos veiklos vadybos lygis
- 2) Gydomo priemonių ir būdų šiuolaikiškumas
- 3) Medikų kvalifikacijos kėlimo sistemos veiksmingumas
- 4) Profesiniai tarptautiniai mainai
- 5) Medicinos darbuotojų skaidri motyvavimo sistema

Verta pažymėti ir tai, kad kiekvienas pacientas sveikatos priežiūros kokybę gali suprasti savaip. Vieni kokybišką gydymą supranta kaip malonų gydytojų bendravimą, jų nusiskundimų išklausymą, kitiems svarbu pats gydymo procesas ir rezultatas. Todėl labai dažnai mokslinėje literatūroje išskiriami du sveikatos priežiūros kokybės aspektai:

- *Techninis aspektas* – labiausiai orientuotas į medicinos personalo kompetenciją. Ji apima darbuotojų kruopštumą, klinikinius ir operatyvinius gydytojų įgūdžius, jų darbo rezultatus. Sveikatos priežiūros įstaigose atliekamas vidinis auditas stebėti šiuos techninius aspektus. Dažnai jose vyksta gydytojų susirinkimai, kuriuose nagrinėjami sergamumo ir mirtingumo rodikliai, mokomasi iš išskirtinių ligų atvejų, taip norint pagerinti diagnozių tikslumą ateityje.
- *Tarpasmeninis aspektas* – atspindi priežiūros žmogišką pusę ir sociopsichologinius ryšius tarp pacientų ir medicinos personalo. Tai apima diagnozės ir gydymo išsamų apibūdinimą, suteiktą informaciją, mandagumą ir nuoširdumą gydymo procese. (Lim ir kiti, 1999)

Rashid ir Jusoff (2008) akcentuoja, kad techniniu aspektu negalima vertinti pacientų pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis. Nors techninė kokybės pusė pacientams yra labai svarbu, dauguma jų neturi pakankamai žinių efektyviai įvertinti diagnostinių ir terapeutinių procesų. Todėl dažniausiai suvokta kokybę sveikatos priežiūros institucijose labiausiai veikia tarpasmeniniai ir aplinkos faktoriai.

Ware ir kiti (1983, cit. pagal Lim ir kiti, 1999) išskiria tris dimensijas pagal kurias, pacientai vertina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę:

- *Patogumas ir užimtumas* – laikas praleistas laukiant pirmo vizito pas gydytoją, laukiant eilėje prie jo kabineto.
- *Prieinamumas* – kiekybinė personalo (gydytojų, slaugytojų, paramedikų) išraiška, reikiamos įrangos pakankamumas ir išpildymas.
- *Nenutrūkstamumas* – gydymo individualumas, reikiamos ir tinkamos informacijos suteikimas apie paciento būklę.

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

1 lentelė. **Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas pagal PSO** (sudaryta autorės remiantis PSO, 2006)

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

Taip pat yra labai svarbu iš kieno perspektyvos yra vertinama sveikatos priežiūros kokybė. Pasak Ž. Piligrimienės ir I. Bučiūnienės (2008) skirtingos šalys – pacientai, paslaugų tiekėjai ir įstaigų vadovai – suvokia ir apibūdina kokybę medicinoje skirtingai. Pacientai vertina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, atsižvelgdami į tai, kaip reaguojama į jų individualius poreikius. Daugumos pacientų kokybė yra apibrėžiama gydytojų pastangomis daryti viską, kad būtų pagelbėta pacientui. Skiriamas dėmesys efektyvumui, prieinamumui, tarpasmeniniams

santykiams, tęstinumui ir apčiuopiamumui. Profesionalai (gydytojai, slaugytojos ir t.t.) kokybę apibrėžia priežiūros savybėmis ir rezultatais, kas akcentuoja techninį paslaugos tobulumą ir tarpusavio sąveiką tarp gydytojo ir paciento. Sveikatos priežiūros institucijų administracija kokybę vertina atsižvelgiant į suteiktų paslaugų efektyvumą ir produktyvumą, taip susikoncentruojant ne tik į gerus sveikatos rezultatus, bet ir į optimalų finansinių ir kitų išteklių panaudojimą.

1.2. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymas ir gerinimas

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

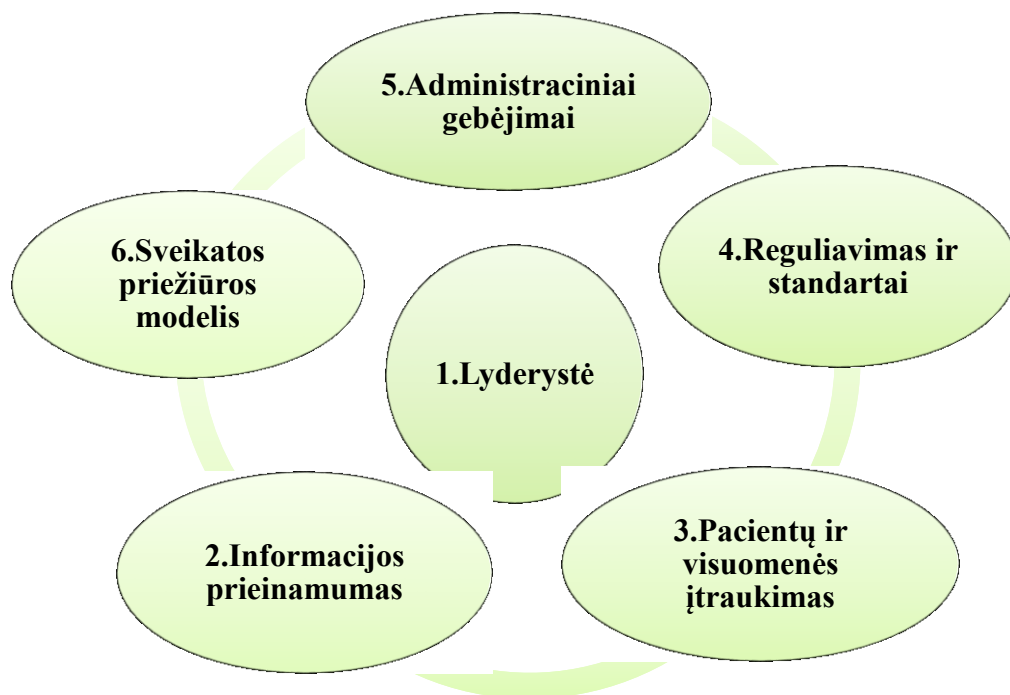
- Visuomenės reikalavimų augimas paslaugų kokybei
- Kintantys pacientų lūkesčiai
- Viešajame sektoriuje nuolat didėjantis finansinis spaudimas
- Stiprėjanti konkurencija tarp gydymo įstaigų(tiek vidaus, tiek tarptautinė)
- Teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų internacionalizacija ir globalizacija

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

- *Dėmesio sutelkimas į klientą.* Pasak autorių šis principas lengviau įgyvendinamas praktikoje jei vadovas supranta medicinos kokybėje slypintį dvilypiškumą. Pats „kokybės“ apibrėžimas yra pagrįstas ne tik klinicine kompetencija, bet ir techniniais sveikatos priežiūros aspektais. Pavyzdžiui, procedūrų atlikimas, teisinga ligos diagnozė priklauso ir nuo personalo įgūdžių bei žinių, ir nuo esamų technologijų.
- *Kokybės valdymo gerinimas.* Autoriai taip pat pabrėžia, kad nuolat vykstantis kokybės gerinimas – tai kasdieninė sveikatos apsaugos srityje dirbančių specialistų veikla, jų funkcijos bei skiriama parama vykstantiems kokybės projektams. Kokybės valdymo gerinimas neįmanomas be visų specialistų funkcijų atlikimo.

- *Komandinis darbas* Anot Jankauskienės ir Pečiūros (2007) daugelyje organizacijų žodžiai „komandinis darbas“ ir „kokybė“ yra neatsiejami vienas nuo kito ir paprastai apima daugiafunkcines projekto komandas.

Pasaulio Sveikatos Organizacija (PSO) 2006 metais išskyrė šešias tarpusavyje susijusias kokybės gerinimo kryptis, pagrįstas daugelyje pasaulio šalių taikytų kokybės metodų pavyzdžiais.



1 paveikslėlis **Sveikatos priežiūros gerinimo kryptys** (sudaryta autorės, remiantis PSO, 2006)

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2011) šių krypčių svarbą sveikatos priežiūros paslaugų gerinime aiškina taip:

- **Lyderystė** – tai vadovų parama kokybės gerinimo iniciatyvoms vykdyti visuose sveikatos priežiūros sistemos lygiuose (tiek nacionaliniu, tiek bendruomenių, tiek sveikatos priežiūros įstaigos lygiu). Iniciatyvų rezultatyvumas be aiškos paramos ir lyderystės yra neįmanomas.
- **Informacija** – antras svarbus kokybės gerinimo iniciatyvų elementas. Planuojant ir įgyvendinant intervencijas sveikatos priežiūros kokybės gerinimui, svarbų vaidmenį

atlieka informacija (įrodymai) apie konkrečių priemonių poveikį sveikatos priežiūros paslaugų kokybei. Todėl turi būti analizuojami ir konkretinami duomenys apie sveikatos priežiūros paslaugų procesų ir rezultatų pokyčius (atliekama kokybės stebėseną, auditas bei vertinimas).

- ***Pacientų ir visuomenės įtraukimas*** į sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimą ir tobulinimą yra dar vienas svarbus kokybės gerinimo elementas, kadangi būtent pacientai ir visuomenė vaidina labai reikšmingą vaidmenį sveikatos priežiūros procesuose: jie tiesiogiai arba netiesiogiai finansuoja sveikatos priežiūrą, rūpinasi savo sveikata, nori išsakyti nuomonę ir parodyti, kokia sveikatos priežiūra jiems yra priimtina, o kokia ne, tikisi būti išgirsti ir pan. Siekiant pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę svarbu rinkti informaciją apie pacientų požiūrį į pačią sveikatos priežiūrą, kuo labiau juos įtraukti į sprendimų priėmimo procesus kokybės valdyme.
- ***Reguliavimas ir standartai*** yra neatsiejamas kiekvienos srities kokybės gerinimo sistemos elementas. Daugelyje šalių, atsižvelgiant į pasiekimus medicinoje ir įvairius kitus veiksnius, nustatomi tam tikri reikalavimai sveikatos priežiūros paslaugoms, o vėliau kontroliuojama ir peržvelgiama, kaip sveikatos priežiūros institucijos laikosi šių reikalavimų. Tokia praktika taikoma ir Lietuvoje – įvairios valstybės įstaigos tikrina sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ir jos atitikimą teisės aktų reikalavimams.
- ***Administraciniai gebėjimai*** sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo srityje vaidina itin svarbų vaidmenį. Atitinkami gebėjimai ir žinios, susiję su sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimu, privalo būti užtikrinti ne tik atskirų sveikatos priežiūros įstaigų, bet ir nacionaliniu lygiu. Pastaruoju lygiu itin aktualus gebėjimas formuoti tikslingą kokybės politiką, nustatyti kokybės tikslus, vadovauti gerinimo procesui ir analizuoti pažangą. Atskirų sveikatos priežiūros įstaigų lygiu svarbūs tampa gebėjimai sukurti sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistemą (įskaitant vidaus auditą ir stebėseną) bei teikti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, užtikrinant kokybiškų paslaugų teikimui būtinus išteklius (technologinius, finansinius, žmogiškuosius ir kt.), sukuriant tokią organizacinę kultūrą, kurioje būtų vertinama kokybė.
- ***Sveikatos priežiūros modelis*** apima visas sveikatos sistemos grandis (pirminę, specializuotą, socialinę pagalbą). Integruojant sveikatos priežiūros modelį, kuris yra orientuotas į sveikatos priežiūros kokybę, svarbu užtikrinti nepertraukiamą paslaugų teikimą visoms pacientų grupėms. Toks paslaugų teikimas turi apimti tiek prevenciją,

tiek ir sveikatos priežiūrą, tam kad būtų užtikrinami pageidaujami sveikatos rezultatai. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelis turėtų būti grindžiamas gerąja praktika, analize bei įrodymais apie priemonių efektyvumą, gydymo metodikų ir diagnostikos atnaujinimu, įtraukiant suinteresuotus asmenis į sprendimų priėmimą.

Išskiriamos trys kokybės dimensijos, į kurias būtina atsižvelgti sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms organizacijoms, norint sukurti nuolatinės sveikatos priežiūros kokybės gerinimo sistemas (Šilys, 2013, cit. pagal Štaras it kt. 2013):

- ***paciento suvokiama kokybė*** – tai pacientų lūkesčiai sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjams. Pacientams svarbiausia tiksliai nustatyta ligos diagnozė ir saugumas paslaugų teikimo metu. Jie labiau vertina ne paslaugos organizavimą ir gydymo paslaugos proceso eigos koordinavimą, o akcentuoja emocinius ir psichosocialinius aspektus sveikatos priežiūroje – personalo dėmesį ir pagarbą, konfidencialumą, privatumą, atjautą, bendravimą ir atvirumą.
- ***profesionalioji kokybė*** – apima teikiamų sveikatos priežiūros paslaugumą kvalifikuotumą, jų atitikimą pacientų teisėtoms reikmėms ir įstaigos patvirtintiems sveikatos priežiūros paslaugų standartams (procedūroms). Audito metu ši kokybė yra vertinama lyginant esamos padėties atitikimą standartuose nurodytiems reikalavimams.
- ***valdymo kokybė*** – efektyvus ir produktyvus išteklių panaudojimas, laikantis sveikatos priežiūros įstaigoms vadovaujančių institucijų nurodymų ir įsakymų. Kokybės sistemos funkcionavimas vertinamas pagal įstaigos prioritetus, nustatytus standartus, vidaus darbo taisykles.

Sveikatos priežiūros institucijų veiklos kokybės valdymas iš esmės yra pokyčių valdymo procesas, susiformavęs visuotinės kokybės vadybos pagrindu. Pradiniame bet kokios kokybės sistemos kūrimo ir diegimo etape vyrauja pokyčių ir procesų valdymas, o tolesniame kokybės gerinimo etape, veikiant kokybės sistemai, jau taikomi aukštesnio lygmens valdymo doktrinos – visuotinės kokybės vadybos principai, metodai ir priemonės (Kosinskienė ir Ruževičius, 2011). Visuotinės kokybės vadybos pagalba sveikatos priežiūros institucijos gali lengviau identifikuoti pacientų reikalavimus, išryškinti geriausios praktikos pavyzdžius, tobulinti procesus – taip teikiant tinkamas paslaugas ir mažinant medicininių klaidų skaičių. Taikant visuotinės kokybės vadybos principus gerėja paslaugų kokybė, darbuotojų moralė, didėja ir pelningumas (Mosadeghrad, 2015).

Duggirala ir kt. (2008) išskyrė šiuos visuotinės kokybės vadybos elementus, turinčius daugiausiai įtakos sveikatos priežiūros paslaugų gerinimui:

- Lyderystė ir aukščiausiosios valdžios atsidavimas
- Žmogiškųjų išteklių vadyba ligoninėse ir kitose sveikatos priežiūros įstaigose (darbuotojų atranka, mokymai, darbuotojų įtraukimas į įstaigos veiklą)
- Pagrindinės veiklos ir procesų valdymas (sveikatos priežiūros prieinamumas, priėmimo procesų ir procedūrų paprastumas, administracinės paslaugos, pacientų gydymo informacijos tvarkymas, klinikinės paslaugos, stebėseną po gydymo)
- Įranga, priemonės ir infrastruktūra
- Dėmesys į klientą
- Dėmesys į sveikatos priežiūros darbuotojus
- Sveikatos priežiūros įstaigos veiklos vertinimas (medicininis auditas)
- Informacijos laikymo ir saugojimo sistemos
- Sauga, klaidų ir rizikų mažinimas
- Paslaugų ir aptarnavimo kultūra
- Nuolatinis tobulinimas
- Lyginamoji analizė
- Bendradarbiavimas su kitomis organizacijomis
- Socialinė atsakomybė

1.3. Kokybė ambulatorinėje sveikatos priežiūroje

Ambulatorinei sveikatos priežiūrai tenka atlaikyti didžiausią pacientų srautą visoje sveikatos apsaugos sistemoje. Todėl įvairūs metodai ir būdai pagerinti ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kokybę užima itin svarbų vaidmenį gerinant pacientų nuomonę apie visą sveikatos apsaugą šalyje (Keshtkaran ir kiti, 2012).

Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos Ministerija įsakyme „Dėl stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygių ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo patvirtinimo“ autoriniame tyrime nagrinėjamas ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas išskiria į tris grupes:

- Pirminė ambulatorinė sveikatos priežiūra
- Antrinė (kvalifikuota) sveikatos priežiūra
- Tretinė (specializuota) sveikatos priežiūra

Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra – tai nespecializuota kvalifikuota asmens sveikatos priežiūra ir psichinės sveikatos priežiūra, teikiama ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, akredituotos pirminei sveikatos priežiūrai: medicinos punktai, ambulatorijos, poliklinikos, moterų konsultacijos, pirminės sveikatos priežiūros centrai (kuriuose yra terapijos ir (arba) pediatrijos, ir (arba) akušerijos – ginekologijos gydytojų apylinkės, gydytojai stomatologai), bendrosios praktikos gydytojų kabinetai. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia šie gydytojai su slaugos darbuotojais: bendrosios praktikos gydytojai, apylinkės terapeutai, apylinkės pediatrai, akušeriai – ginekologai, chirurgai; bendrosios praktikos gydytojai stomatologai (Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos Ministerijos įsakymas „Dėl stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygių ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo patvirtinimo“, 3 priedas).

Antrinė (kvalifikuota) ambulatorinės asmens sveikatos priežiūra – tai sveikatos priežiūra, kurią teikia gydytojai specialistai ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Šios paslaugos gali būti teikiamos bendrojo profilio poliklinikose ir ligoninių konsultacinėse poliklinikose. Antrinės (kvalifikuotos) asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos ligoniui apsilankius asmens sveikatos priežiūros įstaigoje ar lankant namie:

- kalbamasi su ligoniu, surenkama anamnezė
- apžiūrimas ligonis, įvertinami siuntimo duomenys, nustatoma preliminarinė diagnozė
- sudaromas tolimesnis tyrimo planas
- atliekami papildomi tyrimai
- nustatoma klinikinė diagnozė
- atliekamos gydomosios, reabilitacijos procedūros
- skiriamas ir kontroliuojamas gydymas
- sudaromas tolesnio gydymo ir stebėjimo planas
- patariama sveikatos išsaugojimo ir gerinimo klausimais

- patariama darbo ir gyvenimo klausimais
- išrašomi vaistai ir patariama (nurodoma), kaip juos vartoti
- pildomi medicininiai dokumentai
- atliekami kiti būtini veiksmai, reikalingi paciento sveikatai gerinti (Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos Ministerijos įsakymas „Dėl stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygių ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo patvirtinimo“, 4 priedas).

Tretinė (specializuota) ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra – tai paslaugos, kurias teikia gydytojai konsultantai, konsultuodami pacientus ir teikdami patarimus bei gydymo metodikas pirminio ar antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigų gydytojams. Šios paslaugos teikiamos ligoniui lankantis ambulatorinėje specializuotoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Tretinės (specializuotos) ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos yra šios:

- teikiama informacija ligų profilaktikos klausimais
- tretinės ambulatorinės atstatomosios medicinos paslaugos
- laikinojo nedarbingumo ekspertizė.

Tretinės (specializuotos) ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia konsultacinės poliklinikos, esančios prie specializuotų stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų, bei stacionaro specializuotą pagalbą teikiančių skyrių gydytojai konsultantai (Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos Ministerijos įsakymas „Dėl stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygių ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo patvirtinimo“, 5 priedas).

Fondahn ir Lane (2016) akcentuoja tai, kad kokybę ambulatorinėje sveikatos priežiūroje lemia tai, kaip dirbantis personalas sugeba suvaldyti klaidų riziką. Autoriai taip pat išskiria pagrindines klaidų galimybių grupes, kurioms išvengti turi būti taikomos aiškos ir rezultatyvios prevencinės priemonės:

- Vaistų paskyrimo klaidos
- Ligų diagnostikos klaidos
- Laboratorinių tyrimų klaidos
- Klinikinių žinių klaidos
- Komunikacijos klaidos

- Administracinės klaidos

Pasak Guinance ir Davis (2011) ambulatorinės sveikatos priežiūros saugumas ir paslaugų kokybės gerinimas turėtų apimti šias sritis:

- Personalo mokymai
- Pagrindinių sričių, kurias reikia tobulinti, išsiaiškinimas
- Kliūčių tobulinimui pašalinimas
- Veiksmingos sistemos, kurioje galima būtų sekti kokybės ir saugos problemas, sukūrimas
- Aiškių saugos ir kokybės tikslų iškėlimas, kurie būtų reguliariai peržiūrimi
- Rodiklių, kuriais būtų galima aiškiai matuoti saugumą ir kokybę, nustatymas
- Už tikslų įvykdymą atsakingų asmenų paskyrimas
- Skatinimas darbuotojus nebijoti raportuoti savo klaidų ir neatitikčių darbe
- Pastangos įtraukti pacientus.

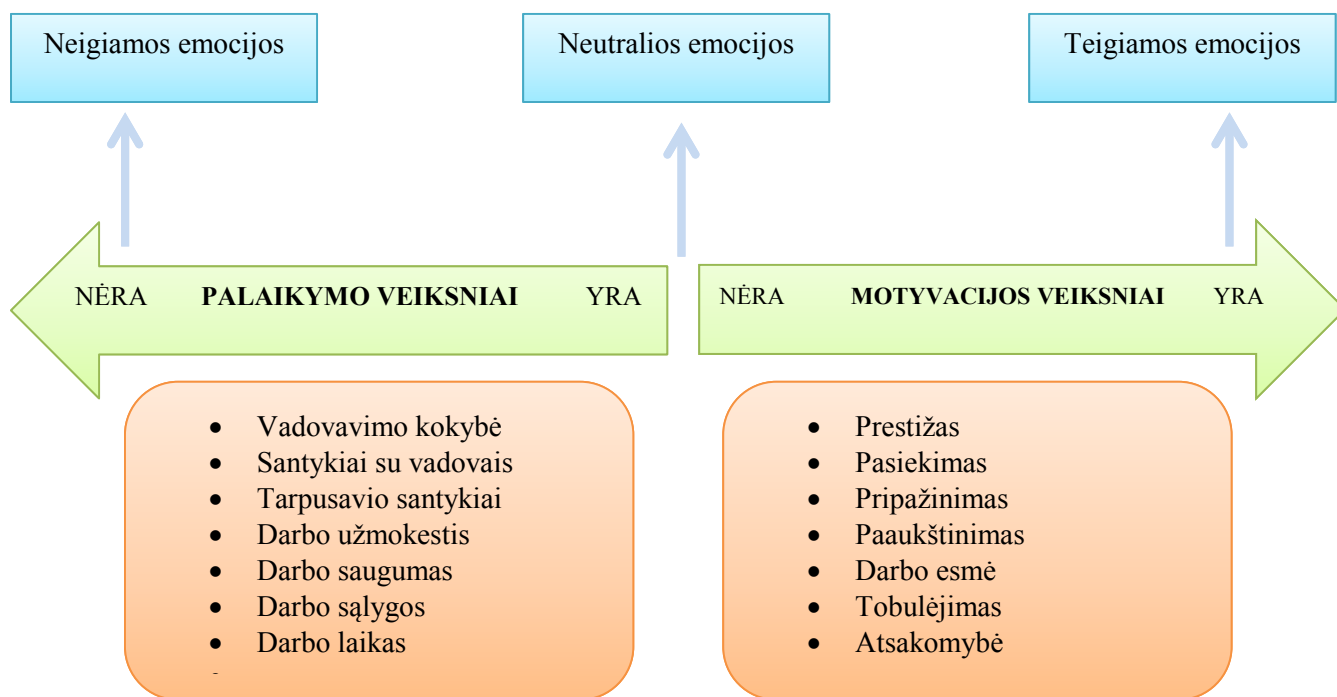
Dėl užimamo plataus paslaugų spektro galima teigti, kad ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos atlieka didžiausią ir svarbiausią vaidmenį visoje Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje. Dėl didelio pacientų kiekio ambulatorinėms sveikatos priežiūros įstaigoms tampa kaip niekada svarbu užtikrinti efektyvų ir produktyvų darbą, įvairių klaidų prevenciją, skatinti nuolatinį kokybės gerinimą.

Nors pastaruoju metu tiek ambulatorinių tiek stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų gerinimui ir tobulinimui skiriamas didelis dėmesys, tačiau vis dar iškyla klausimų, ar kokybės vadyba sveikatos apsaugos srityje yra taikoma pakankamai, ir ar ji yra veiksminga. Dažnai susikoncentruojama į pavienius gerinimo modelius ir užmirštama, kad pagrindinė grandis sveikatos priežiūroje yra pacientas, ir būtent didžiausias dėmesys turi būti skiriamas jam ir jo lūkesčių išsiaiškinimui. Norint pasiekti didelį pacientų pasitenkinimą ir tinkamai išnaudoti esamus išteklius sveikatos priežiūros apsauga turėtų pasitelkti tokius kokybės vadybos metodus, kurie padeda išsiaiškinti svarbiausias pacientams sritis ir būtent joms skirti didžiausią dėmesį.

2. N. KANO PATRAUKLIOSIOS KOKYBĖS TEORIJA IR MODELIS

2.1. N. Kano patraukliosios kokybės modelio esmė ir privalumai bei trūkumai

N. Kano patraukliosios kokybės modelio teorija buvo įkvėpta F. Herzbergo dviejų veiksnų teorijos (kitai dar vadinamos motyvacijos – higienos teorija), kuri yra plačiai žinoma personalo vadyboje. Tai buvo pirmoji teorija išreiškusi pasitenkinimo ir nepasitenkinimo sąvokas. Ji teigė, kad žmonių požiūrį į darbą lemia dviejų veiksnų grupės: nepasitenkinimo – palaikymo (higienos) ir pasitenkinimo – motyvaciniai. Palaikymo veiksniai skirti patenkinti žmogaus fizinius poreikius darbe, o motyvaciniai veiksniai sudaro sąlygas patenkinti aukštesniųjų lygių poreikius – atsakomybę, pripažinimą ir t.t. Pasak Jones ir Lloyd, (2005) teorija teigia, kad nepasitenkinimą sukeliančių veiksnų buvimas nemotyvuoja ir neskatina darbuotojų, o tik sukelia neutralius jausmus, ramybės būseną. Tuo tarpu jų nebuvimas sąlygoja blogą darbuotojų savijautą ir visišką nepasitenkinimą. Motyvacinių veiksnų nebuvimas neveikia demotyvuojančiai, o neutralizuoja darbuotojų požiūrį į darbą – nejaučiamas nei pasitenkinimas nei nepasitenkinimas. Atsiradus pasitenkinimo veiksniams darbuotojų motyvacija kyla.



2 pav. F. Herzbergo dviejų veiksnų teorija (D. Lipinskienė, 2008)

Tokį tiesioginį ryšį tarp kokybės ir pasitenkinimo galima apibūdinti tiesine funkcija arba vienmate dimensija ir ši teorija buvo vėliau pritaikyta marketinge kaip pagrindas vartotojų pasitenkinimo preke ar paslauga nustatymui. Tačiau japonų kokybės guru N. Kano 1979 metais pristatė teoriją, teigdamas, kad vartotojo pasitenkinimą galima apibūdinti ne tik tiesine funkcija, bet ir netiesine – nebūtinai kylant kažkokios savybės kokybės lygiui tolygiai ta pačia kryptimi didėja ir vartotojų pasitenkinimas (Shahin ir kt., 2013). Norint ją atskirti nuo F. Herzbergo motyvacijos – higienos teorijos, ji buvo pavadinta patraukliosios kokybės teorija.

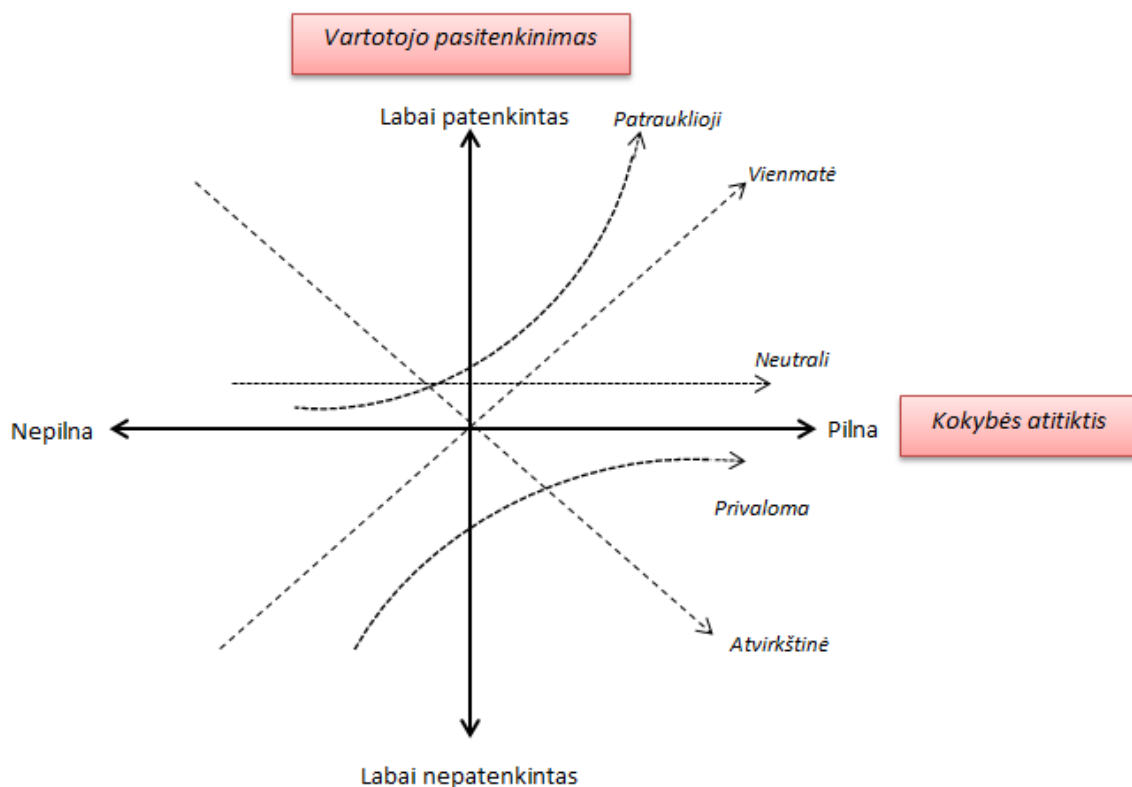
N. Kano sukurto modelio tikslas buvo įrodyti, kad ne visos produkto ar paslaugos savybės yra vienodai svarbios galutiniam vartotojui – kai kurios turi didesnę įtaką jo pasitenkinimui ir lojalumui teikiamam produktui. Kiekviena organizacija, norinti patenkinti savo vartotojų lūkesčius ir išlaikyti ilgalaikį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

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

ašis vaizduoja vartotojo pasitenkinimą ta kokybės savybe. Santykius tarp šių dviejų kintamųjų galima suskirstyti į penkias kategorijas (3 paveikslas):

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

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



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

Patraukioji kokybė – tai produkto savybės, kurių vartotojas nesitiki. Jų nebuvimas nesukelia nepasitenkinimo, tačiau jų atsiradimas maloniai nustebina vartotoją ir

sukelia jo pasitenkinimą. Tai F. Herzbergo dviejų faktorių teorijos motyvacinių veiksmų atitikties. Neretai tai būna tokios savybės, apie kurias vartotojas net nežino, tačiau jas gavęs ar patyręs būna patenkintas. Pavyzdžiui: galimybė viešbutyje pasirinkti patalynės spalvą ir medžiagą. P. Cheng Lim ir kt. (1999) pabrėžė, kad tai yra organizacijų atsakomybė išsiaiškinti šiuos vartojų „užslėptus“ poreikius ir būtent jais pasinaudoti verslo plėtroje. Tiesa, nereikia pamiršti, kad galimybė pasiūlyti vartotojui nežinomą ir malonią savybę neturėtų organizacijai labai daug kainuoti finansiškai, nes tenkinant kiekvieno vartotojo slapčiausius norus, kaštai gali nepadengti pajamų.

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

Privaloma kokybė - šios kokybės vartotojas dažnai neišreiškia, nes jis jos ir taip tikisi. Tai tokia produkto ar paslaugos savybė, kuri vartotojui yra tarsi savaime suprantamas dalykas ir jei jos nėra jaučiamas nepasitenkinimas (Lofgren ir Witell, 2007). Tuo tarpu, jei ji išpildoma jokio papildomo pasitenkinimo nebūna. Pavyzdžiui, žmogus nusprendęs apsistoti viešbutyje tikisi savo kambarį rasti lovą, užuolaidas ir vonios kambarį – jis tai mato kaip būtinybę. Tačiau jei šių dalykų nebus – jis, ko gero, pasirinks kitą viešbutį. Ši kokybė yra būtina, jei jos nėra - nebegalima konkurencija ir kitomis.

Neutrali kokybė – tai tokios produkto ar paslaugos savybės, kurioms vartotojas yra visiškai abejingas. Jų pasireiškimas ar nepasireiškimas vartotojui nėra svarbus – kokybės išpildymas neveikia pasitenkinimo nei teigiamai nei neigiamai (Bandyopadhyay, 2015). Šios kokybės pavyzdys galėtų būti viešbučio vestibulyje tyliai grojanti rami muzika – vartotojo ji neerzina, bet ir nekelia pasitenkinimo.

Atvirkštinė kokybė – esant šios kokybės savybėms dažnai patiriamas nepasitenkinimas, ir atvirkščiai, joms nesant – vartotojo pasitenkinimas didėja (Bandyopadhyay, 2015). Ši kokybės kategorija yra labai reta. Tokios kokybės pavyzdys, ko gero, gali būti aptinkamas technologijose – kartais per didelės funkcijų galimybės naujausiuose telefonuose ar televizoriuose gali būti klaidinančios vartotojui ir jų didelis išpildymas kartais gali lemti veikiau vartotojo nepasitenkinimą, nei pasitenkinimą.

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

- Reikalavimai produktui ar paslaugai tampa labiau suprantamais. Galima lengviau išskirti tuos kriterijus, kurie turi didžiausią įtaką vartotojo pasitenkinimui. Informacija apie tai, kokie reikalavimai yra privalomi, vienmačiai arba patrauklūs yra naudinga susitelkiant į produkto/paslaugos gerinimą. Pavyzdžiui, investicija į privalomąją kokybę, kuria ir taip klientai yra patenkinti, gali būti beprasmė. Organizacija geriau turėtų susitelkti į vienmačius ir patraukliuosius rodiklius, nes jie turi didesnę įtaką galutinio produkto kokybei ir vartotojo pasitenkinimui.
- N. Kano metodas gali būti labai naudingas pačioje produkto ar paslaugos kūrimo pradžioje. Jei organizacija nėra finansiškai ar techniškai pajėgi išpildyti dviejų kokybės reikalavimų tuo pat metu, yra pasirenkamas tas, kuris kelia didesnę vartotojo pasitenkinimą.
- Šis metodas taip pat naudojamas skirtingų vartotojų segmentų reikalavimams išsiaiškinti. Metodas leidžia susikoncentruoti į kliento poreikius orientuoto sprendimo ieškojimą aiškinantis, kas lemia optimalų pasitenkinimą skirtinguose vartotojų segmentuose.
- Išsiaiškinus ir tenkinant patraukliosios dimensijos poreikius sukuriamos galimybės produkto diferenciacijai. Juk produktas, kuris atitinka tik privalomuosius ir vienmačius reikalavimus yra nekonkurencingas ir lengvai pakeičiamas.

N. Kano patraukliosios kokybės teorijos modelis susilaukė ne tik didžiulės sėkmės ir pripažinimo, bet ir davė pagrindą tolimesniam kokybės vadybos nagrinėjimui literatūroje. To

pasėkoje nemažai tyrinėtojų vėliau šiam modeliui pažėrė ir kritikos bei pasiūlė būdų, kaip jį patobulinti:

Daug tyrėjų akcentavo tai, kad patraukliosios kokybės modelis parodo tik apytikrą ryšio tarp vartotojo pasitenkinimo ir produkto/paslaugos kokybės vaizdą. Pabrėžiama, kad naudojant šį modelį negaunama jokių aiškių kiekybinių rezultatų, tik neapibrėžta kokybinė informacija. To pasėkoje mokslinėje literatūroje buvo ne kartą bandyta patobulinti patraukliosios kokybės modelį. Matzler ir Hinterbuber (1998) pasiūlė į modelį įtraukti aiškiai apibrėžtas vertinimo skales, kuriomis būtų galima vertinti vartotojų pasitenkinimą/nepasitenkinimą. Tie patys autoriai vėliau pademonstravo kaip patraukliosios kokybės modelį sujungti su Kokybės funkcijos išskleidimo (angl. Quality Function Deployment) metodu. Tan ir Pawitra (2001) pasiūlė N. Kano modelį integruoti į SERVQUAL paslaugų kokybės modelį.

Laikui bėgant dėl kiekybinių duomenų stokos pradiname modelyje buvo pasiūlyti įvairūs kriterijai klasifikuojant vartotojų reikalavimus: empiriniai stebėjimai, moda ir vartotojų pasitenkinimo bei nepasitenkinimo koeficientai, kurie sulaukė daugiausiai dėmesio (Berger ir kt., 1993, cit. pagal Shahin ir kt., 2013). Berger ir kt. (1993) pasiūlė dvimatį N. Kano kokybės kategorijų pavaizdavimą pagal šiuos koeficientus. Jei pasitenkinimo koeficientas yra kuo arčiau +1, tuo produkto tam tikro požymio išpildymas sąlygoja vartotojo pasitenkinimą. Kuo nepasitenkinimo koeficientas arčiau -1, tuo labiau požymio neišpildymas lemia vartotojo nepasitenkinimą. Koeficientų skaičiavimas bus parodytas tolimesnėje darbo eigoje, 2.3 skyriuje.

Nors N. Kano modelyje produktų/paslaugų savybių suskirstymas kategorijomis padeda jų kūrėjams labiau suprasti vartotojų reikalavimus, tačiau konkrečių sprendimų nesiūlo. Patraukliosios kokybės modelio kategorijos atspindi skirtingus produkto kūrimo prioritetus – neišskiriami poreikiai tos pačios kategorijos ribose, todėl savybių skirstymas pagal šią klasifikaciją duoda mažai naudos priimant produkto kūrimo sprendimus.

Sireli ir kt. (2007) pabrėžė tai, kad patraukliosios kokybės modelis yra „valdomas kliento“ – orientuojamasi tik į jo problemas. Projektuojančios prekę ar paslaugą komandos anksčiau ar vėliau susiduria su finansiniais apribojimais ir ne visos, modelyje išskirtos kaip svarbiausios ir prioritetinės, savybės gali būti išpildomos.

Verta pabrėžti, kad N. Kano patraukliosios kokybės teorija taip pat teigia, kad produktų kokybės savybės yra dinamiškos – laikui bėgant jos gali pereiti iš vienos kategorijos į kitą. Nagrinėjant N. Kano modelį mokslinėje literatūroje didelis dėmesys yra skiriamas šiems kokybės savybių gyvavimo ciklams, kurie bus plačiau aptarti kitame skyriuje.

2.2. Kokybės savybių gyvavimo ciklai

Kai rinkoje atsiranda naujas produktas, jo novatoriškumas ir tam tikros savybės iš pat pradžių vartotojams būna labai malonios ir sukeliančios pasitenkinimą, bet dėl šių savybių gyvavimo ciklą kaitos požiūris į jas laikant bėgant keičiasi. Savybė, kuri iš pradžių viršijo rinkos lūkesčius, vėliau dažnai tampa privalomu atributu (Witell ir Fundin, 2005). Patraukliosios kokybės teorija išskiria tris kokybės savybių gyvavimo ciklus:

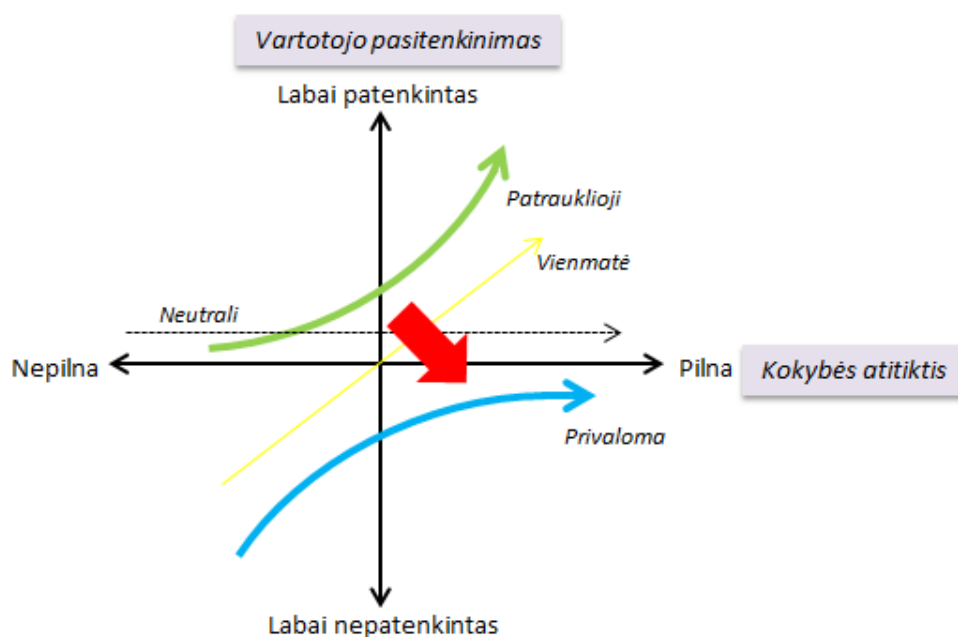
1. Sėkmingos kokybės savybės
2. Trumpo populiarumo kokybės savybės
3. Pastovios kokybės savybės

Sėkmingos kokybės savybės Pasak N. Kano (2001) sėkmingos kokybės savybė pačioje atsiradimo pradžioje būna neutrali, tada tampa patraukli, po kiek laiko pereina į vienmatę, kol galų gale tampa privaloma.



4 pav . Sėkmingos kokybės savybės gyvavimo ciklas (Lofgren ir kt., 2011)

Kartais turi praeiti šiek tiek laiko kol vartotojai pajunta savybės teikiamą naudą. Jie jaučiasi patenkinti jei ta savybė yra, tačiau jos nebuvimas nesukelia nepasitenkinimo. Vis dėlto tie, kurie šią savybę labai vertina ir dažnai naudojami, vėliau jai dingus gali būti labai nepatenkinti. Savybei populiarėjant ji po truputį tampa vienmate. Po kiek laiko ji subręsta, žmonės supranta jos vertę ir ji tampa privaloma (Löfgren ir kt., 2011).



5 pav. **Patraukliosios kokybės savybės virsmas privaloma** (šaltinis: Moorman, 2012)

Tokio gyvavimo ciklo puikų pavyzdį pateikė pats N. Kano (2001). Atlikus apklausas 1983, 1989 ir 1998 metais jis įrodė kad, 1983 metais nuotolinio valdymo pultelis televizoriui buvo patraukloji savybė, 1989 m. - vienmatė, o 1998m. – jau būtina. Šio atributo gyvavimo ciklas – net 15 metų. Tiesa, jau kiek vėliau Witell ir Fundin (2005) teigia, kad šiuolaikiniame pasaulyje, kai technikos ir informacinių technologijų vystymasis yra daug spartesnis, sėkmingos kokybės savybių gyvavimo ciklas yra daug trumpesnis. Pagal jų atliktą tyrimą, vartotojai jau po penkto nusipirkto kino teatro bilieta internetu laiko tai vienmačiu ar net būtinu atributu.

Trumpo populiarumo kokybės savybės

Kitas galimas alternatyvus produkto kokybės ciklas prasideda tuo, kad savybė trumpam tampa labai populiari, tačiau vėliau tiesiog greitai išnyksta iš rinkos. Ciklas prasideda nuo neutralios, po to seka vienmatė, o vėliau vėl neutrali kokybės savybės kategorija.



6 pav. **Trumpo populiarumo kokybės savybės gyvavimo ciklas** (Lofgren ir kt., 2011)

Pokytis iš neutralios į vienmatę vyksta labai greitai – kokybės savybė tampa pagrindiniu produkto privalumu įvedus ją į rinką. Po to ši savybė pradeda blėsti kol galiausiai vartotojams tampa neutrali. Kartais ši savybė išlieka vienmatė vieną sezoną, kartais atlieka pagrindinį vaidmenį daugiau nei kelis sezonus (Lofgren ir kt., 2011).

Pastovios kokybės savybės N. Kano išskyrė trečiąją grupę savybių, kurių vaidmuo ir svarba tenkinant vartotoją laikui bėgant nesikeičia. Šių savybių gyvavimo ciklas yra ilgesnis nei kitų savybių – jos eina sėkmingos kokybės gyvavimo ciklu, bet daug lėtesniu tempu. Šių savybių klasifikacija nesikeičia nuo pat jų pasirodymo pradžios. Tokia kokybės savybė vartotojui suvokiama kaip privaloma nuo pat įvedimo į rinką ir jos vaidmuo laikui bėgant lieka toks pat.



7 pav. **Pastovios kokybės savybės gyvavimo ciklas** (Lofgren ir kt., 2011)

Šios kokybės savybės, tikėtina, greitai nesikeičia, nes tai dažniausiai yra pagrindinės savybės, dėl kurio produktas yra perkamas. Pavyzdžiui, perkant gėrimą, vartotojas laiko privalomu dalyku tai, kad jo pakuotė būtų sandari ir gėrimas neišbėgtų – tai niekada nesikeis ir netaps neutralu vartotojui (Lofgren ir kt., 2011).

2.3. N. Kano patraukliosios kokybės modelio naudojimas

Suklasifikavus klientų poreikius į prieš tai nagrinėtas kokybės kategorijas organizacijos turėtų sutelkti dėmesį į tas produkto ar paslaugos savybes, kurios duos didžiausią efektą ilgalaikėje perspektyvoje. Pasak P. Erto ir kt. (2010) efektyvi kokybės strategija turėtų garantuoti būtinąsias kokybės išpildymą, leisti konkuruoti su rinka vienmatės kokybės rodikliais ir išsiskirti patraukliaisiais elementais.



8 pav. **Efektyvi kokybės sistema** (sudaryta autorės, remiantis P. Erto ir kt., 2011)

Taigi kyla klausimas, kaip organizacijoms išsiaiškinti kokios produkto ar paslaugos savybės yra priskiriamos kiekvienai kategorijai. Pasak Matzler ir kt. (1996) N. Kano patraukliosios kokybės modelio praktinis pritaikymas susideda iš keturių žingsnių:

1. Produkto savybių reikalavimų nustatymo
2. N. Kano klausimyno sudarymo
3. Apklausos atlikimo
4. Atsakymų vertinimo ir analizavimo

Produkto savybių reikalavimų nustatymas Pirminis N. Kano modelio naudojimo žingsnis yra įvairių tyrimų pagalba nustatyti vartotojų keliamus reikalavimus produktui. Dažniausiai užtenka apklausti 20 – 30 žmonių iš homogeniško segmento, tam kad išsiaiškinti 90 – 95 visų galimų produkto reikalavimų (Griffin ir Hauser, 1993, cit. pagal Matzler ir kt., 1996). Daugelis rinkos tyrimų institucijų tokiems tyrimams naudoja fokus grupių apklausas, darydami prielaidą, kad tokių grupių dinamiškumas suteikia galimybę atrasti kuo daugiau skirtingų reikalavimų produkto savybėms. Alternatyvus tyrimas, kuris yra ir pigesnis, gali būti tiesiog vartotojų apklausa, kurios metu galima išsiaiškinti jų reikalavimus arba problemas vartojant nagrinėjamą produktą. Tiesa, šis tyrimas labiau tinkamas išsiaiškinti su kokiomis problemomis susiduria vartotojai su jau rinkoje esančiu produktu. Kuriant naują prekę ar paslaugą ir aiškinantis potencialas kokybės savybes, kai kurie vartotojų reikalavimai bus tiesiog neišreikšti, nesitikint, kad jie gali būti išpildyti – gali būti neišsiaiškinamos kai kurios patraukliosios kokybės kategorijos savybės (Matzler ir kt. 1996).

N. Kano klausimyno sudarymas Pradinėje N. Kano patraukliosios kokybės teorijos versijoje savybių klasifikavimas yra nustatomas naudojant 5 lygių N. Kano klausimyną. Kiek vėliau buvo pristatyti ir alternatyvūs klasifikavimo būdai – 3 lygių klausimynas, klasifikacija naudojant tiesioginius klausimus ir klasifikacija pagal svarbą. Kadangi tyrimui autorė pasirinko pradinį 5 lygių klausimyną, alternatyvūs klasifikavimo būdai plačiau nebus nagrinėjami. 5 lygių klausimyne kiekvienai produkto savybei yra sukuriamos dvi klausimo formos – funkcinė ir disfunkcinė. Pirmoje, funkcinėje, dalyje respondento yra klausama, kaip jis jaučiasi jei produktas turi tam tikrą savybę. Antroje, disfunkcinėje, dalyje klausama, kaip jis jaučiasi jei produktas šios savybės neturi. Į kiekvieną iš šių klausimų galimi penki atsakymų variantai : 1)patinka; 2) taip ir turi būti; 3) nesvarbu; 4) galima su tuo susitaikyti; 5) nepatinka (Kano ir kt, 1984., cit. pagal Witell ir Löfgren, 2007). Tokio klausimo pavyzdys pateikiamas 2 lentelėje.

2 lentelė. **Galimų klausimų pavyzdžiai N. Kano penkių lygių klausimynui** (sudaryta autorės, remiantis Witell ir Löfgren, 2007)

Klausimai	Atsakymai
Funkcinė forma: Kaip jūs jaučiatės, jei kino teatro bilietus galima įsigyti internetu?	1. Man tai patinka 2. Taip ir turi būti 3. Man nesvarbu 4. Aš galiu su tuo susitaikyti 5. Man tai nepatinka
Disfunkcinė forma: Kaip jūs jaučiatės, jei kino teatro bilietų negalima įsigyti internetu?	1. Man tai patinka 2. Taip ir turi būti 3. Man nesvarbu 4. Aš galiu su tuo susitaikyti 5. Man tai nepatinka

Labai svarbu yra tinkamai suformuluoti funkcinį ir disfunkcinį klausimą, nes jei klausimai bus neteisingai suprasti galimi iškraipyti tyrimų rezultatai. Verta atkreipti dėmesį, kad dėl tokios struktūros, kai klausimas apie tą pačią savybę yra užduodamas ir funkcinė ir disfunkcinė forma, klausimynas gali tapti per daug ilgas ir sudėtingas. Todėl labai svarbus tampa pirmasis N. Kano modelio naudojimo etapas – produkto savybių reikalavimų nustatymas. Nustačius svarbiausias savybes įtakančias vartotojų pasitenkinimą – tik jos turi būti įtraukiamos į N. Kano klausimyną.

Apklauskos atlikimas Taigi išsiaiškinus, kurios savybės turi būti nagrinėjamos tyrime, respondentas į funkcinį ir disfunkcinį klausimą pasirenka vieną iš penkių atsakymo variantų. Pagal tai, kaip buvo atsakyta į abu klausimus, galimi 25 vartotojo suvokimo apie kokybės savybę variantai (Cheng Lee ir kt., 2011). Jie yra suskirstomi į 6 kategorijas anksčiau aptartas – patraukliąją, vienmatę, privalomąją, neutraliąją, atvirkštinę – ir ginčytiną (3 lentelė). Atsakymai į paskutiniąją kategoriją kartais gali patekti dėl vartotojo neteisingai suprasto klausimo (Matzler ir kt., 1996).

3 lentelė **N. Kano patraukliosios kokybės teorijos kategorijų vertinimo lentelė** (sudaryta autorės, remiantis Moorman, 2012)

	Disfunkcinis klausimas					
	Vartotojo reikalavimai	Patinka	Privaloma	Nesvarbu	Priimtina	Nepatinka
Funkcinis klausimas	Patinka	G	P	P	P	V
	Privaloma	A	N	N	N	PR
	Nesvarbu	A	N	N	N	PR
	Priimtina	A	N	N	N	PR
	Nepatinka	A	A	A	A	G
Sutrumpinimų reikšmės: P-patrauklioji, V-vienmatė, PR - privaloma, N - neutrali, A - atvirkštinė, G – ginčytina						

Pavyzdžiui, jei į funkcinį klausimą - kaip respondentas jaučiasi kai produktas turi tam tikrą savybę - jis atsakė, kad jam tai patinka, o į disfunkcinį – kaip jis jaučiasi jei produktas tos savybės neturi – atsakė, kad jam tai yra nesvarbu, žiūrime į aukščiau pateiktos lentelės funkcinio klausimo pirmos eilutės ir disfunkcinio klausimo trečio stulpelio susikirtimo tašką. Matome, kad vartotojui ši produkto savybė yra patrauklioji – jos buvimas jam patinka, tačiau nebuvimas nepasitenkinimo nesukelia.

Atsakymų vertinimas ir analizavimas Kai yra gauti visų anketų atsakymai, kiekvienam produkto reikalavimui turi būti priskirta tam tikra kokybės kategorija. Pagal tai kaip kiekvienas vartotojas priskyrė tam tikrai savybei tam tikrą kategoriją yra sudaromos atsakymų dažnumo matricos (Lee ir kt., 2011). Pavyzdžiui, pateiktoje 4 lentelėje matome, kad 17,9 % vartotojų pirmąjį produkto reikalavimą priskyrė patraukliajai kategorijai, 55,6% – vienmatei, 15,4% – privalomajai, 7,4 % – neutraliajai, 2,5 % - atvirkštinei ir 1,3 % - ginčytinai. Kadangi daugiausiai vartotojų šį reikalavimą laiko vienmačiu, šiai kategorijai ši produkto savybė ir yra priskiriama.

4 lentelė **Produkto savybių vertinimo pagal N. Kano modelį rezultatų lentelė** (sudaryta autorės, remiantis Lee ir kt., 2011; Zhu ir kt., 2010)

Produkto reikalavimas	P	V	PR	N	A	G	Iš viso	Kategorija
1	17,9	55,6	15,4	7,3	2,5	1,3	100%	Vienmatė
2								
3								
Sutrumpinimų reikšmės: P-patraukloji, V-vienmatė, PR - privaloma, N - neutrali, A - atvirkštinė, G - ginčytina								

Jeigu kelių kategorijų rodikliai tai pačiai produkto savybei yra panašūs ar vienodi gali tekti detalizuoti kai kuriuos klausimus. Tolygus procentų pasiskirstymas per kelias kategorijas paaiškinamas tuo, kad įvairūs vartotojų segmentai tam tikrą reikalavimą suvokia skirtingai ir iš produkto tikisi skirtingų savybių. Tada yra taikoma taisyklė: Privaloma > Vienmatė > Patraukloji > Neutrali. Ji nurodo tai, kad priimant sprendimą dėl produkto kūrimo pirmiausia turi būti įgyvendinti tie požymiai, kurie turi didžiausią įtaką vartotojo suvoktai produkto ar paslaugos kokybei. (Matzler ir kt., 1996). Visų pirma turi būti išpildyti tie reikalavimai, kurių nebuvimas sukelia nepasitenkinimą, o tik po to seka kategorijos, kurių išpildymas sąlygoja vartotojo pasitenkinimą. Kadangi dažnai skirtingi vartotojų segmentai gali tą pačią savybę vertinti labai skirtingai, naudinga išsiaiškinti vidutinę jos įtaką visiems vartotojams. Berger ir kt. (1993) pasiūlė du kiekybinius rodiklius, nurodančius šią įtaką kiekvienam produkto reikalavimui – pasitenkinimo ir nepasitenkinimo koeficientus.

Pasitenkinimo koeficientas svyruoja nuo 0 iki +1 ir parodo, kokia yra produkto reikalavimo išpildymo įtaka vartotojo pasitenkinimui. Norint apskaičiuoti šį koeficientą naudojama formulė:

$$\text{Pasitenkinimo koeficientas} = \frac{P+V}{P+V+PR+N}$$

1 formulė. **Vartotojų pasitenkinimo koeficientas** (šaltinis: Matzler ir kt., 1996)

Iš prieš tai lentelėje pavaizduotos matricos yra sudedami kiekvieno požymio patraukliosios ir vienmatės kategorijų procentai ir padalinami iš patraukliosios, vienmatės, privalomosios ir neutraliosios kategorijų procentų sumos (Zhu ir kt. 2010). Kuo pasitenkinimo koeficientas arčiau +1, tuo šios kokybės savybės išpildymas sąlygoja didesnę vartotojų

pasitenkinimą. Jei rodiklis yra arti 0, reiškia jo išpildymas turi mažą įtaką vartotojo pasitenkinimui.

Nepasitenkinimo koeficientas svyruoja nuo –1 iki 0 ir rodo kokią įtaką produkto reikalavimo neišpildymas turi vartotojo nepasitenkinimui. Šis rodiklis apskaičiuojamas pagal formulę:

$$\text{Nepasitenkinimo koeficientas} = \frac{V + PR}{(P + V + PR + N) \times (-1)}$$

2 formulė. **Vartotojų nepasitenkinimo koeficientas** (šaltinis: Matzler ir kt., 1996)

Koeficientui apskaičiuoti kiekvieno požymio vienmatės ir privalomos kategorijų procentai yra padalinami iš patraukliosios, vienmatės, privalomosios ir neutraliosios kategorijų procentų sumos padaugintos iš -1. Kuo koeficientas arčiau -1 tuo produkto tam tikros savybės neišpildymas sąlygoja vartotojo nepasitenkinimą, jei koeficiento reikšmė artima 0 – šios savybės neišpildymas turi labai mažą įtaką vartotojo nepasitenkinimui (Matzler ir kt. 1996).

2.4. N. Kano patraukliosios kokybės modelio taikymas viešajame sektoriuje

Nuo to laiko, kai viešai buvo pristatytas N. Kano patraukliosios kokybės modelis, mokslinėje literatūroje galima aptikti daugybę straipsnių ne tik apie jo teoriją ir metodologiją, bet ir praktinių jo taikymo pavyzdžių. Nors modelis dažniau taikomas privataus sektoriaus organizacijose, kurios kokybės gerinimu siekia didesnio pelno, tačiau galima atrasti nemažai tyrimų, kuriuose patraukliosios kokybės modelis buvo taikomas ir viešajame sektoriuje.

R. Sukwadi, C.C. Yang ir F. Liu 2011 metais pritaikė N. Kano modelį aukštojo mokslo kokybės gerinimo perspektyvoms išsiaiškinti. Tyrime dalyvavo beveik 400 vieno Indonezijos universiteto bakalauro studentų iš skirtingų fakultetų ir studijų programų. Jo metu patraukliosios kokybės modelis buvo taikomas kartu SERVQUAL paslaugų kokybės modeliu – jo pagalba buvo identifikuojamos svarbiausios paslaugų savybės ir apibrėžiamas

pasitenkinimo lygis teikiama aukštojo mokslo kokybe. Vėliau N. Kano modelio pagalba svarbiausios kokybės savybės buvo suskirstytos į kokybės kategorijas. Kaip kritines ir būtinas aukštojo mokslo savybes studentai išskyrė aktualią, šiuolaikišką ir naujausią literatūrą, jos aiškumą bei dėstytojų kompetenciją. Tokias savybes, kaip kompiuterių ir interneto prieiga, stipendijų skyrimas, informacijos sklaida apie galimybę įsidarbinti ir t.t., studentai priskyrė patraukliajai kokybės dimensijai.

2012 metais patraukliosios kokybės modelis buvo panaudotas viešojo transporto paslaugų gerinimui Taivane. Tyrimas buvo atliktas apklausiant beveik 300 respondentų, pateikiant funkcinis ir disfunkcinis klausimus apie 25 greitųjų traukinių teikiamų paslaugų kokybės savybes. Po apklausos paaiškėjo, kad tokias savybes, kaip avarijų, nusikaltimų prevencija ir saugumas, sutvarkyta ir komfortabili stočių aplinka, punctualumas, ženklų ir informacijos pateikimas, bilietų įsigijimo vietų pakankamas kiekis ir t.t. klientai priskiria būtiniosios kokybės kategorijai. Vienmatei dimensijai priskirta - „ekspres“ maršrutų greitis, sėdimų ir stovimų vietų santykis, traukinių vidaus prisitaikymas prie oro temperatūros, triukšmo lygis važiuojant ir pan. Autoriai taip pat pabrėžia būtinybę atkreipti dėmesį į patraukliosios kokybės savybes ir jas tobulinti. Norint vartotoją pamaloninti ir nustebinti viešojo transporto įmonės turėtų susikonsoliduoti ties maršrutų integravimu su kitų transporto priemonių sistema, patogiomis stočių automobilių stovėjimo aikštelėmis. Taip pat, pasak tyrimo, labai svarbios ir vartotojo pasitenkinimą suteikiančios savybės yra traukinių patalpų pritaikymas neįgaliųjų poreikiams, specialūs vaiko ir motinos kambariai, personalo pagalba neščioms moterims, pagyvenusiems ir silpniems žmonėms (Lin ir kt.2012).

Viena svarbiausių viešojo sektoriaus sričių – sveikatos apsauga. Mokslinėje literatūroje aptinkamas ne vienas bandymas pritaikyti N. Kano patraukliosios kokybės modelį ligoninių veiklos kokybės gerinimui.

Gupta ir Srivastava (2011) panaudojo patraukliosios kokybės modelį kartu su kokybės funkcijos išskleidimo metodu išsiaiškinti Indijos ligoninių sveikatos priežiūros gerinimo galimybes. Visų pirma pagal N. Kano modelio metodiką buvo išsiaiškintos kokybės kategorijos, tada apskaičiuoti vartotojų pasitenkinimo ir nepasitenkinimo koeficientai, kas padeda sveikatos priežiūros įstaigų vadovybei prioretizuoti tas savybes, kurios daugiausiai prisideda prie pacientų pasitenkinimo. Tada kokybės funkcijos išskleidimo metodo etapų pagalba pacientų reikalavimai buvo panaudoti sveikatos priežiūros įstaigos veiklos planavimui:

reikalavimai paversti į technines specifikacijas ir reglamentus, panaudojant atitinkamus specialistus, šios specifikacijos virto galutinės sveikatos priežiūros paslaugų specifikacijomis, suprojektuotas pats sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procesas ir nuspėsti veiksmai, būtini užtikrinti reikiamą paslaugų kokybę. Tyrimo metu buvo išskirti ir nagrinėjami anksčiau aptarti sveikatos priežiūros kokybės lygiai: struktūra (techninė ir programinė įranga), procesas (personalo profesionalumas, patikimumas, komunikacija, bendravimas, mandagumas ir draugiškumas) ir rezultatas (slaugytojų reakcija į pacientą, slaugytojų reakcija į paciento lankytojus, dėmesio kreipimas į specialius ir personalius poreikius, informacija apie gydymą eigą ir t.t.)

D. Solisworo 2012 metais sujungė patraukliosios kokybės teoriją su SERVQUAL paslaugų kokybės modeliu ir panaudojo ją vienos Indonezijos ligoninės paslaugų kokybės gerinimui. SERVQUAL metodo rezultatai parodė, kurios ligoninės veiklos sritys atitinka pacientų reikalavimus, ir kurios dar turi būti tobulinamos. Vėliau N. Kano modelio pagalba nustatyta, kiek kiekvienos srities išpildymas įtakoja pacientų pasitenkinimą. Pagrindinių dimensijų pasiskirstymas parodytas apačioje esančioje lentelėje.

5 lentelė **Ligoninės teikiamų paslaugų kokybės savybių kategorijos** (sudaryta autorės remiantis Sulisworo, 2012)

Būtinoji kokybė	Vienmatė kokybė	Patrauklioji kokybė
1. Personalias suteikia aiškią ir tikslią informaciją 2. Gera komunikacija tarp gydytojų, personalo ir pacientų 3. Socialinės diskriminacijos nebuvimas paciento atžvilgiu 4. Personalo tvarkinga išvaizda	1. Daktarų sugebėjimas tiksliai nustatyti ligą 2. Personalo dėmesys sergančiajam ir jo šeimai 3. Geriamojo vandens prieinamumas kiekvienoje palatoje 4. Švara ir reikalinga įranga kiekvienoje palatoje 5. Vizitų pas gydytojus ir procedūrų organizavimo efektyvumas	1. Personalo mandagumas ir draugiškumas 2. Greitas ir tikslus personalo atsakymas į pacientų užklausas 3. Galimybė pacientams teikti specifinį jo mėgstamą maistą ir gėrimus

Atliktas tyrimas ir jo metodologija leido ligoninės vadovybei įvertinti pacientų elgesį ir teikiamų paslaugų kokybės lygį. Autoriai pažymi, kad galimybė projektuoti sveikatos priežiūros paslaugas atsižvelgiant į pacientų pasitenkinimo lygį yra labai naudinga priemonė tobulinant ligoninių sektorių. Informacijos globalizacijos, komunikacijos ir technologijų sparti raida ne tik padidino visuomenės standartus sveikatos priežiūros institucijoms, bet ir išryškino

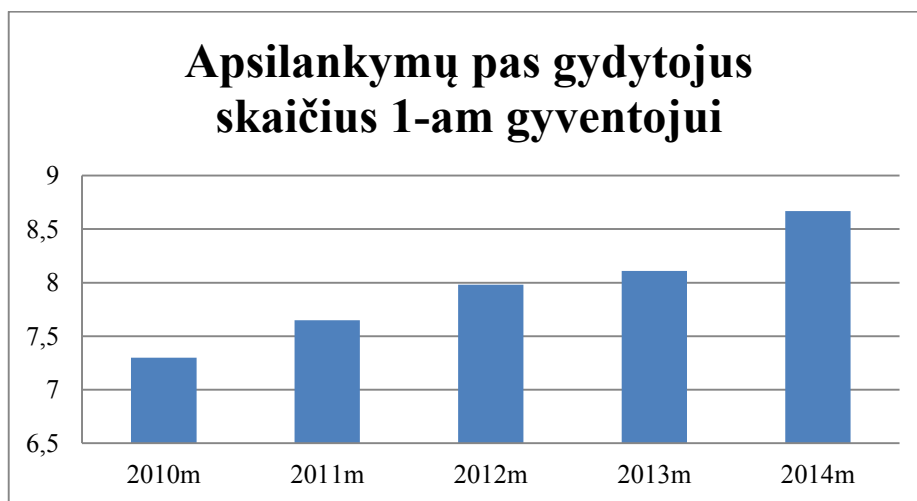
sveikatos priežiūros kokybės vadybos svarbą. Esant didelei konkurencijai būtinybė atsižvelgti į pacientų norus tapo kaip niekada svarbi.

Kaip matome, N. Kano patraukliosios kokybės modelis buvo labai naudingas nustatant vartotojų nuomonę apie kokybės savybes įvairiose viešojo sektoriaus paslaugose. Paskutiniuose dviejuose aptartuose tyrimuose nagrinėjama sveikatos priežiūra, tiesa, tirta sritis – stacionari sveikatos priežiūra. Siekiant išsiaiškinti kaip vartotojai suvokia ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas, naudinga pritaikyti N. Kano modelį ir šioje srityje. Mokslinėje literatūroje taip pat sunku surasti straipsnių, kuriuose būtų nagrinėjama kaip tam tikras paslaugas pagal N. Kano modelį skirtingai suvokia privačių ir valstybinių įstaigų klientai. Autorė nusprendė tyrimo metu nagrinėti būtent ambulatorinę sveikatos priežiūrą ir palyginti kaip skiriasi N. Kano modelio savybių priskyrimas pagal tai kokias sveikatos priežiūros įstaigas (valstybines ar privačias) renkasi respondentai.

3. AMBULATORINIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ SUVOKIAMOS KOKYBĖS TYRIMAS

3.1. Tyrimo metodologija

Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis Lietuvoje 2014 metais sveikatos priežiūros sektoriui buvo skirta 6,3 % BVP. Tais pačiais metais Lietuvoje veikė 134 valstybinės ligoninės (63 – bendrojo pobūdžio, 48 – slaugos, 19 – specializuotos, 4 – reabilitacijos) bei 408 ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos (63 – konsultacinės poliklinikos, 21 – poliklinikos (pirminis/antrinis lygis), 92 – pirminės sveikatos priežiūros centrai, 161 – ambulatorijos, 32 – bendrosios praktikos gydytojo kabinetai, 34 – specializuotos poliklinikos, 5 – odontologijos poliklinikos ir kabinetai). Kylantys reikalavimai sveikatos priežiūros kokybei ir iš to kylanti puiki erdvė konkurencijai lemia tai, kad Lietuvoje nuolat daugėja privačių sveikatos priežiūros įstaigų. 2014 metais veiklą vykdė 1893 privačios sveikatos priežiūros įstaigos. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro metinių ataskaitų ir Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos SVEIDRA duomenimis pastaraisiais metais nuolat didėjo ir apsilankymų pas gydytojus skaičius.



9 pav. Apsilankymų pas gydytojų skaičius Lietuvoje 1-am gyventojui (šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centro ataskaita, Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos SVEIDRA)

Nuolatinė valstybės ir įvairių institucijų kontrolė, auganti konkurencija sąlygoja sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo būtinybę. Šio tyrimo metu siekta išsiaiškinti šių paslaugų gerinimo galimas kryptis.

Tyrimo tikslas – nustatyti ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kategorijas pagal N. Kano modelį.

Tyrimo uždaviniai :

1. Išsiaiškinti svarbiausius respondentų prioritetus ambulatorinėje sveikatos priežiūroje.
2. Apskaičiuoti ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų pasitenkinimo ir nepasitenkinimo paslaugomis koeficientus.
3. Išnagrinėti kaip skirtingai kokybę suvokia pacientai, kurie renkasi privačias ir valstybines ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas.

Norint susiaurinti tiriamąjį objektą šiame tyrime analizuota tik ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybė. Ambulatorinės sveikatos priežiūros sritis pasirinkta todėl, kad būtent ja naudojasi daugiausiai pacientų ir su ja kiekvienas iš mūsų susiduria gan dažnai esant įvairiems negalavimams. Tuo tarpu stacionari ir reabilitacinė sveikatos priežiūra nebuvo nagrinėjama, nes šios srities paslaugomis naudojamas rečiau.

Tyrimo respondentai, kaip būsimi ar esami pacientai, atliko tiriamojo vartotojo arba kliento vaidmenį. Visų pirma, pirmojoje tyrimo dalyje buvo išsiaiškinta kurios sveikatos priežiūros paslaugų savybės yra svarbiausios respondentams. Antroji tyrimo dalis pagal N. Kano patraukliosios kokybės metodologiją svarbiausias paslaugų savybes leido suskirstyti į kokybės kategorijas. Norint įvertinti atskirų savybių svarbą buvo apskaičiuoti vartotojų pasitenkinimo ir nepasitenkinimo koeficientai. Tikslėsniam duomenų apdorojimui buvo stengiamasi išskirti ir plačiau išanalizuoti atsakymų skirtumus tarp pacientų, besilankančių valstybinėse ir privačiose gydymo įstaigose. Visa tai atlikus buvo padarytos išvados ir pateikti siūlymai sveikatos priežiūros kokybės gerinimui.

Norint susisteminti tyrimą, nustatyti kriterijai pagal kuriuos, buvo vertinama sveikatos priežiūros kokybė. Vienas dažniausių naudojamų ir patikimiausių metodų paslaugų kokybei matuoti yra SERVQUAL modelis. Pagal modelio autorius A. Parasuraman, V. Zeithaml ir L. Berry (1988) SERVQUAL skalė apima penkias paslaugų dimensijas:

1. Apčiuopiamumas – fizinės paslaugos teikimo priemonės ir įranga, personalo išvaizda.
2. Patikimumas – gebėjimas tinkamai ir kruopščiai atlikti pažadėtą paslaugą.
3. Atsakomumas – pasiruošimas padėti klientams, gebėjimas, skubiai atsakyti į jo užklausas.
4. Užtikrintumas – tai paslaugas teikiančio personalo kompetencija, jo sugebėjimas sukelti klientui pasitikėjimą.
5. Įsijautimas – personalo individualaus dėmesio sutelkimas kiekvienam klientui.

Tan ir Pawitra (2001) pasiūlė N. Kano modelį integruoti į SERVQUAL paslaugų kokybės modelį. Šiuo metodu sėkmingai savo tyrimuose tiriant paslaugų savybes pasinaudojo ne vienas autorius - R. Sukwadi, C.C. Yang ir F. Liu 2011 metais pritaikė N. Kano ir SERVQUAL modelių kombinaciją aukštojo mokslo kokybės gerinimo perspektyvoms išsiaiškinti, D. Sulisworo 2012 metais taip pat sujungė patraukliosios kokybės teoriją su SERVQUAL paslaugų kokybės modeliu ir panaudojo ją vienos Indonezijos ligoninės paslaugų kokybės gerinimui (tyrimas plačiau aptartas 2.4 skyriuje).

Autorės vykdytame tyrime buvo išskirtos tam tikros savybės iš kiekvienos dimensijos, tinkamiausiai apibūdinančios ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas.

Tyrimo 2.2. skyriuje aptarti kokybės savybių gyvavimo ciklai nenagrinėjami, nes, kaip jau minėta, Lietuvos ambulatorinėms sveikatos priežiūros paslaugoms N. Kano modelis nebuvo taikytas ir nėra jokios informacijos kaip prieš tam tikrą laiko tarpą šios srities kokybės savybes vertino Lietuvos gyventojai.

Apčiuopiamumui įvertinti buvo išskirtos šios savybės – poliklinikos geografinis artumas, švara ir higiena poliklinikos patalpose, tinkamai susitvarkęs ir apsirengęs personalas, moderniausios ir pažangiausios medicininės įrangos buvimas, erdvi ir patogios automobilių stovėjimo aikštelės, galimybė konsultacijai užsiregistruoti internetu. Atlikus skalės patikimumo testą išsiaiškinta, kad visos šios savybės yra tinkamos vertinant apčiuopiamumą – konstrukto Cronbach Alpha = 0.67 – daugiau už 0.6 (lentelė kitame puslapyje)

6 lentelė. Konstrukto „Apčiuopiamumas“ skalės patikimumo testo rezultatai
(sudaryta autorės naudojantis SPSS programa)

	Analizė vienetai
Cronbach Alpha	
,670	6

Patikimumo vertinimui buvo pasirinktos šios savybės – greitas ir tinkamas atsakymas į paciento užklausas, gydytojų ir kito personalo kompetencija bei profesionalumas, vizitų realaus laiko atitikimas pagal paskirtą laiką (talonus), laiko tarpo trukmė nuo registracijos iki realaus vizito, tinkamas apmokestinimas už paslaugas, korupcijos ir kyšininkavimo kontrolė. Konstrukto Cronbach Alpha = 0.667 (7 lentelė)

7 lentelė. Konstrukto „Patikimumas“ skalės patikimumo testo rezultatai
(sudaryta autorės naudojantis SPSS programa)

	Analizės vienetai
Cronbach Alpha	
,667	6

Atsakomumas vertintas personalo teikiamos informacijos apie gydymą aiškumu ir registratūros personalo pagalbos efektyvumu lengvai ir greitai surandant reikalingą informaciją. Cronbach Alpha truputį per mažas = 0,517 (8 lentelė), tačiau nuspręsta palikti abi savybes.

8 lentelė. Konstrukto „Atsakomumas“ skalės patikimumo testo rezultatai
(sudaryta autorės naudojantis SPSS programa)

	Analizės vienetai
Cronbach Alpha	
,517	2

Užtikrintumui analizuoti pasirinktos šios savybės – konfidencialumas tarp gydytojo ir paciento, aptarnaujančio personalo mandagumas ir draugiškumas, gydytojų sugebėjimas tiksliai diagnozuoti ligą, procedūrų atitikimas saugumo ir higienos standartams. Cronbach Alpha = 0.563 (9 lentelė) , kadangi skirtumas iki 0.6 taip pat minimalus, nuspręsta neišmesti nei vienos savybės.

9 lentelė. Konstrukto „Užtikrintumas“ skalės patikimumo testo rezultatai
(sudaryta autorės naudojantis SPSS programa)

	Analizės vienetai
Cronbach Alpha	
.563	4

Paskutinė dimensija – įsijautimas – matuota socialinės diskriminacijos prevencija, personalo išskirtiniu ir individualiu dėmesiu kiekvienam pacientui, maloniais ir šiltais santykiais tarp personalo ir pacientų. Cronbach Alpha = 0,731(10 lentelė)

10 lentelė. Konstrukto „Įsijautimas“ skalės patikimumo testo rezultatai (sudaryta autorės naudojantis SPSS programa)

	Analizės vienetai
Cronbach Alpha	
.731	3

Tyrimo metodas – autoriniam tyrimui atlikti buvo naudojamas anketinės apklausos metodas. Tai socialiniuose tyrimuose itin paplitęs tyrimo metodas. Šis metodas yra laikomas geriausiu ir patikimiausiu, kai norima išsiaiškinti klientų nuomonę apie teikiamas paslaugas ir jų kokybę. Luobikienė (2006) išskiria šiuos anketinės apklausos privalumus: 1) užtikrinamas pakankamas atrankos dydis; 2) šimtaprocentinis arba artimas jam anketų grąžinimo lygis; 3) apklausėjas turi galimybę instrukuoti respondentus, ir respondentai gali konsultuotis su apklausos organizatoriumi; 4) apklausėjas, sekdamas atsakymų į klausimus eigą, gali gauti papildomą informaciją stebėjimo būdu; 5) anketavimas trumpiau trunka ir yra pigesnis nei interviu.

Autorės tyrimo anketą (Priedas Nr. 1) sudarė 4 dalys:

1. Bendro pobūdžio klausimai apie sveikatos priežiūrą
2. Klausimai, vertinantys ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų savybių svarbą respondentams (klausimų vertinimui naudota Likerto skalė)
3. N. Kano klausimynas su funkciniais ir disfunkciniais klausimais, pritaikytas kiekvienai kokybės savybei pagal SERVQUAL modelį.
4. Demografiniai klausimai

Pirmoje anketos dalyje buvo užduodami klausimai, leidžiantys išsiaiškinti bendrąjį vaizdą apie sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje. Respondentų buvo klausiama ar jie dažniau renkasi valstybines ar privačias sveikatos priežiūros įstaigas, kokios jų lankymosi priežastys. Taip pat buvo bendrai vertinama ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybė, bei respondentams buvo suteikta galimybė atvirame klausime išsakyti savo pagrindinius nusiskundimus ir pateikti pasiūlymus kaip esamą situaciją pagerinti.

Antroji dalis leido respondentams įvertinti nuo 1 iki 5 balų pagal anksčiau aptartą SERVQUAL metodiką sudarytus klausimus. Vertinant apčiuopiamumo, patikimumo, atsakomumo, užtikrintumo ir įsijautimo svarbą buvo pateikti 22 klausimai.

Trečiojoje dalyje iš prieš tai buvusios antrosios dalies 22 klausimų kiekvienam sudaromi du papildomi klausimai pagal N. Kano klausimyno metodiką – klausiama kaip respondentas jaučiasi kai tam tikra sveikatos priežiūros savybė iš SERVQUAL metodikos yra, ir kaip jis jaučiasi kai jos nėra – viso 44 klausimai.

Paskutinėje anketos dalyje buvo pateikti demografiniai klausimai. Respondentai ranginių skalių pagalba buvo apklausiami apie amžių ir pajamas. Nominalių skalių pagalba buvo aiškinamasi respondentų lytis ir išsilavinimas. Taip pat atvirame klausime buvo įrašomas jų gyvenamasis miestas. Šie demografiniai klausimai yra labai svarbūs, nes remiantis jais buvo ieškomi pagrindiniai skirtumai tarp respondentų atsakymų ir sveikatos priežiūros paslaugų savybių vertinimų.

Imties skaičiavimas Tyrimui atlikti pasirinkta netikimybinė paranki imtis – į ją įtraukiami pirmi pasitaikę populiacijos elementai, kurie turėtų pakankamai reprezentatyviai parodyti visumos nuomonę. Reikalingas respondentų skaičius buvo apskaičiuotas atsižvelgiant į Lietuvos gyventojų populiaciją. Daroma prielaida, kad efektyviai ir racionaliai vertinti sveikatos priežiūros paslaugas gali tik suaugę (daugiau nei 18 metų) žmonės, kurie dažniausiai jomis naudojasi ir už jas moka.

Imties dydis buvo apskaičiuotas pagal apačioje pateiktą formulę:

$$n = \frac{z^2 \times p \times (100 - p)}{e^2}$$

3 formulė **Imties dydžio formulė** (K.Kardelis, 2002)

Čia: n – reikalingas imties dydis, z – standartinės paklaidos dydžio vienetai normaliajame pasiskirstyme (esant 95 % patikimumui, z = 1,96), e – atrankos paklaida (šio tyrimo atveju – pasirinkta 10 procentų paklaida, darant prielaidą, kad nedidelės atrinktos imties atsakymai turėtų reprezentatyviai atspindėti daugumos nuomonę), p – visumos proporcijos, kurios atitinka norimas charakteristikas (p=50).

Pagal pateiktą formulę apskaičiuotas reikiamas apklausti respondentų kiekis - 96 respondentai.

Duomenų rinkimas ir patikrinimas Tyrimui sudaryta anketinė apklausa buvo patalpinta internetiniame puslapyje www.apklausa.lt. Iš pradžių preliminarį anketa buvo išsiųsta keliems respondentams norint išsiaiškinti jų nuomonę apie anketos sudėtingumą, laukiant atsako ir pastabų. Sulaukus kelių pastebėjimų ir vėliau kiek patobulinus klausimus, anketa buvo siunčiama visiems respondentams. Anoniminė anketa buvo platinama socialiniuose tinkluose, siunčiama tiesiogiai elektroniniu paštu. Rezultatas – apklausti 99 respondentai. Peržiūrėjus ir patikrinus anketos atsakymus vieno respondento anketa buvo atmesta dėl nelogiškų atsakymų (visos N. Kano modelio paslaugos savybės buvo ginčytinos), per greito atsakymų suvedimo laiko ir, ko gero, paviršutiniško ir neatsakingo atsakinėjimo. Taigi tolimesnei analizei buvo pasirinkti likusių 98 respondentų atsakymai.

Duomenų apdorojimas Kaip jau minėta, pirmiausia patikrintas apklausos rezultatų tikrumas. Tolimesnei analizei naudota SPSS programa, kurios pagalba patikrintas SERVQUAL

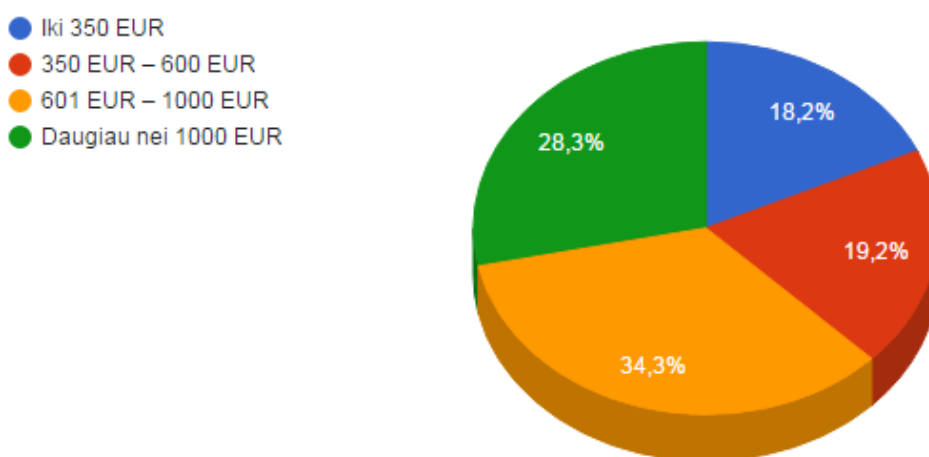
konstruktų patikimumas, Chi kvadrato, Mann Whitney ir z testų pagalba buvo ieškomi statistiškai reikšmingi skirtumai tarp respondentų atsakymų. Diagramos ir grafikai, demonstruojantys respondentų atsakymus buvo sukurti naudojantis Microsoft Excel programa. Gauti rezultatai nagrinėti pagal N. Kano patraukliosios kokybės metodiką.

3.2. Tyrimo duomenų analizė

Tarp apklaustųjų 64,6 % sudarė moterys, 35,4% - vyrai. Apklaustieji savo amžių galėjo pasirinkti tarp 5 ranginių kategorijų. Didžioji dauguma – 40,4 % respondentų yra 26-35 metų amžiaus, 22,2 % - 18–25 metų, 20,2% - 45-55 metų, 13,1 % – 36-45 metų ir tik 4,0% - 56 ir daugiau metų.

Pagal įgytą išsilavinimą respondentai pasiskirstė taip: net 72,7 % respondentų teigė turintys aukštąjį išsilavinimą, 12,1 % turi vidurinį išsilavinimą, 11,1 % - aukštesnįjį, o 4,0% - profesinį išsilavinimą. Nebaigto vidurinio išsilavinimo opcijos nepasirinko nei vienas respondentas.

Pagal gaunamas pajamas respondentų pasiskirstymas matomas žemiau pateiktame 10 paveikslėlyje.



10 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pajamas (sudaryta autorės)

Kaip matome, daugiau respondentų rinkosi aukštesnių kategorijų pajamų grupes. Tai galima paaiškinti tuo, kad net beveik trys ketvirtadaliai apklaustųjų turi aukštąjį

išsilavinimą. Norint patikrinti šią hipotezę buvo atliktas Mann-Whitney U testas. Šis testas parodė, kad yra reikšmingas skirtumas pajamų pasiskirstyme tarp turinčių aukštąjį išsilavinimą respondentų ir jo neturinčių. Reikšmingumo lygmuo $p = 0,00$ (mažiau už 0,05). Mann Whitney testo reikšmė = 183,00 (11 lentelė).

11 lentelė. Mann-Whitney U testo (išsilavinimas – pajamos) rezultatai (sudaryta autorės naudojantis SPSS programa)

	Jūsų vidutinės mėnesio pajamos (atskaičius mokesčius):
Mann-Whitney U	183,000
Wilcoxon W	534,000
Z	-6,309
p reikšmė	,000

Įvardinant gyvenamąjį miestą daugiau nei pusė respondentų (62,2 %) nurodė Vilnių. Iškelta hipotezė, kad gyvenantys sostinėje uždirba daugiau – dar kartą atliktas Mann Whitney reikšmingumo testas. Testas hipotezę patvirtino – pajamų pasiskirstyme egzistuoja reikšmingas skirtumas ($p=0,00$) tarp gyvenančių Vilniuje ir kituose Lietuvos miestuose. Mann Whitney testo reikšmė = 534,50 (12 lentelė)

12 lentelė. Mann-Whitney U testo (gyvenamasis miestas – pajamos) rezultatai (sudaryta autorės naudojantis SPSS programa)

	Jūsų vidutinės mėnesio pajamos (atskaičius mokesčius):
Mann-Whitney U	534,500
Wilcoxon W	1237,500
Z	-4,532
p reikšmė	,000

Iš prieš tai atliktų dviejų testų galima daryti prielaidą, kad didesnė dalis turinčių aukštąjį išsilavinimą gyventojų gyvena Vilniuje. Tam įsitikinti atliekamas Chi kvadrato testas. Hipotezė patvirtinta – net 95,1% gyvenančių Vilniuje turi aukštąjį išsilavinimą, kai tuo tarpu kituose Lietuvos miestuose gyvenanti respondentų dalis, turinti aukštąjį išsilavinimą yra žymiai

mažesnė – 37,8%. Tarp šių dalių yra reikšmingas skirtumas – Pearson Chi kvadrato testo reikšmė – 38,718, $p = 0,00$ (13 lentelė).

13 lentelė. Pearson Chi kvadrato testo (gyvenamasis miestas – išsilavinimas) rezultatai
(sudaryta autorės naudojantis SPSS programa)

	Reikšmė	Laisvės laipsnių skaičius	Asimptotinis Reikšmingumas (dvipusis)	p reikšmė (dvipusė)	p reikšmė (vienpusė)
Pearson Chi kvadratas	38,718 ^a	1	,000		
Tęstinumo korekcija ^b	35,837	1	,000		
Tikimybės santykis	40,388	1	,000		
Fisherio tikslumo testas				,000	,000
Linijinė asociacija	38,323	1	,000		
Analizės vienetai	98				

Be demografinių rodiklių taip pat buvo siekiama išsiaiškinti pagrindines respondentų lankymosi sveikatos priežiūros įstaigose tendencijas.

62,6% apklaustųjų teigė dažniau besirenkantys valstybines sveikatos priežiūros įstaigas, kai tuo tarpu 37,4% apklaustųjų dažniau savo sveikatą patiki privačioms gydymo įstaigoms. Toliau nagrinėtas šio klausimo atsakymų ryšis su gaunamomis pajamomis. Pritaikius z testą (14 lentelė kitame puslapyje) paaiškėjo, kad reikšmingas atsakymų skirtumas matomas tik tarp daugiausiai uždirbančių respondentų kategorijos, t.y. tų, kurie uždirba daugiau nei 1000 EUR per mėnesį, ir uždirbančių iki 600 EUR per mėnesį ($p=0,002$, Pearson Chi kvadrato reikšmė = 14,518).

14 lentelė. Z testo (gydymo įstaigos pasirinkimas – pajamos) rezultatai (sudaryta autorės naudojantis SPSS programa)

	Reikšmė	Laisvės laipsnių skaičius	p reikšmė (dvipusė)
Pearson Chi kvadratas	14,518 ^a	3	,002
Tikimybės santykis	15,771	3	,001
Linijinė asociacija	13,183	1	,000
Analizės vienetai	98		

Daugiausiai uždirbančių respondentų reikšmingai mažesnė dalis (42,9%) rinkosi valstybines sveikatos priežiūros įstaigas lyginant su uždirbančiais iki 600 EUR per mėnesį, ir atvirkščiai – reikšmingai didesnė dalis (57,1%) rinkosi privačias sveikatos priežiūros įstaigas. Atsakymų pasiskirstymas plačiau matomas 15 lentelėje.

15 lentelė. Z testo (gydymo įstaigos pasirinkimas – pajamos) detalizacija (sudaryta autorės naudojantis SPSS programa)

		Jūsų vidutinės mėnesio pajamos (atskaičius mokesčius)				Viso
		Iki 350 EUR	350 - 600 EUR	601-1000 EUR	Daugiau nei 1000 EUR	
Kokias sveikatos priežiūros įstaigas dažniau renkatės	Pasirinkusiųjų skaičius	15a	16a	18 a, b	12 b	61
	% nuo klausimo "Jūsų vidutinės mėnesio pajamos (atskaičius mokesčius)"					
	Valstybines	88,2%	84,2%	52,9%	42,9%	62,2%
	Privačias	11,8%	15,8%	47,1%	57,1%	37,8%
Viso	Pasirinkusiųjų skaičius	17	19	34	28	98
	% nuo klausimo "Jūsų vidutinės mėnesio pajamos (atskaičius mokesčius)"	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

I klausimą, kada ir kodėl respondentai lankosi sveikatos priežiūros įstaigose, atsakymai pasiskirstė štai taip : 65,7% apklaustų lankosi tik kai turi nusiskundimų, 24,2% - sveikatą stengiasi tikrintis profilaktiškai, o 10,1% - išvis nesilanko, stengiasi gydytis patys namuose (11 paveikslas).

Kada (dėl kokios priežasties) lankotės sveikatos priežiūros įstaigose?



11 pav. Respondentų lankymosi sveikatos priežiūros įstaigose priežastys (sudaryta autorės)

Nuspręsta patikrinti šio klausimo atsakymų sąsają su respondentų pasirinkimu tarp valstybinių ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų. Dar kartą pritaikius z testą (16 lentelė) paaiškėjo, kad yra reikšmingas skirtumas ($p=0,001$, Pearson Chi kvadrato testo reikšmė = 15,041)

16 lentelė. Z testo (gydymo įstaigos pasirinkimas – lankymosi priežastys) rezultatai (sudaryta autorės naudojantis SPSS programa)

	Reikšmė	Laisvės laipsnių skaičius	p reikšmė (dvipusė)
Pearson Chi kvadratas	15,041 ^a	2	,001
Tikimybės santykis	14,888	2	,001
Linijinė asociacija	12,420	1	,000
Analizės vienetai	98		

17-oje lentelėje galima matyti, kad tarp tų, kurie lankosi tik tada kai turi nusiskundimų, reikšmingai didesnė dalis lankosi valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose (75,4%) lyginant

su privačiai besigydančiais respondентаis (48,6%). Tuo tarpu tarp tų, kurie sveikatą stengiasi tikrintis profilaktiškai, statistiškai reikšmingai didesnė dalis (45,9%) lankosi privačiose sveikatos priežiūros įstaigose lyginant su valstybinėse įstaigose besigydančiais respondентаis (11,5%). Tarp tų, kurie teigė stengiantys nesilankyti sveikatos priežiūros įstaigose, nepastebėti reikšmingi skirtumai atsižvelgiant į jų gydymo įstaigų pasirinkimo preferencijas.

17 lentelė. Z testo (gydymo įstaigos pasirinkimas – lankymosi priežastys) detalizacija
(sudaryta autorės naudojantis SPSS programa)

			Kokias sveikatos priežiūros įstaigas dažniau renkatės?		Viso
			Valstybinės	Privačias	
Kada (dėl kokios priežasties) lankotės sveikatos priežiūros įstaigose	Nesilankau, stengiuosi gydytis pats (pati)	Pasirinkusiųjų skaičius	8a	2a	10
		% nuo klausimo "Kokias sveikatos priežiūros įstaigas dažniau renkatės? "	13,1%	5,4%	10,2%
	Lankausi tik kai turiu nusiskundimų	Pasirinkusiųjų skaičius	46a	18b	64
		% nuo klausimo "Kokias sveikatos priežiūros įstaigas dažniau renkatės? "	75,4%	48,6%	65,3%
	Sveikatą stengiuosi tikrinti profilaktiškai	Pasirinkusiųjų skaičius	7a	17b	24
		% nuo klausimo "Kokias sveikatos priežiūros įstaigas dažniau renkatės? "	11,5%	45,9%	24,5%
Viso		Pasirinkusiųjų skaičius	61	37	98
		% nuo klausimo "Kokias sveikatos priežiūros įstaigas dažniau renkatės? "	100,0%	100,0%	100,0%

Toliau buvo stengiamasi išsiaiškinti bendrąjį vaizdą ir respondentų nuomonę apie Lietuvos valstybines ambulatorines sveikatos priežiūros įstaigas. Respondentų atsakymų pasiskirstymas matomas kitame puslapyje pateiktame paveikslėlyje.

Kokia jūsų nuomonė apie Lietuvos valstybines ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigas(konsultacines poliklinikas)?



12 pav. Respondentų nuomonė apie Lietuvos ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigas (sudaryta autorės)

Kaip matome, net 60,6% apklaustųjų mano, kad valstybinė ambulatorinės sveikatos priežiūros sistema yra nebloga, tačiau jie mato tobulintinas sritis. 27,3% yra neigiamos nuomonės ir tik 9,1% respondentų yra teigiamos nuomonės ir jaučiasi visiškai užtikrintai ir saugiai patikėdami savo sveikatą Lietuvos medikams. 3,0% respondentų neturėjo nuomonės šiuo klausimu.

Reikšmingų skirtumų šiame klausime atsižvelgiant į tai, kurias sveikatos priežiūros įstaigas rinkosi respondentai (valstybines ar privačias) neaptikta – atlikus z testą (18 lentelė) gautas reikšmingumo lygmuo p yra didesnis nei 0,05 – 0,131, Pearson Chi kvadrato reikšmė = 5,638.

18 lentelė. Pearson Chi kvadrato testo (gydymo įstaigos pasirinkimas – nuomonė) rezultatai (sudaryta autorės naudojantis SPSS programa)

	Reikšmė	Laisvės laipsnių skaičius	p reikšmė (dvipusė)
Pearson Chi kvadratas	5,638 ^a	3	,131
Tikimybės santykis	6,084	3	,108
Linijinė asociacija	,541	1	,462
Analizės vienetai	98		

Kadangi didžioji dauguma respondentų mato tobulintinų sričių Lietuvos ambulatorinėje sveikatos priežiūroje, nemažai jų pasinaudojo galimybe atvirame klausime aprašyti savo didžiausius nusiskundimus, pateikti pasiūlymų ir idėjų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei gerinti. Pagrindinės tobulintinos sritys, kurias išskyrė respondentai – didelės eilės patenkant pas specialistus, neefektyvus priėmimo greitis esant ūmiam susirgimui, nepakankama gydytojų motyvacija, nemalonūs bendravimai su pacientais. Kai kurie apklaustieji taip pat skundėsi gydytojų požiūriu į pacientų nusiskundimus, jų kompetencijos stoka, „žiūrėjimu iš aukšto“ ir prastai išaiškinama ligos būkle. Respondentai ne tik skundėsi, bet ir teikė pasiūlymus. Apklaustieji siūlė poliklinikose mažinti biurokratiją ir neefektyvumą, didinti skirtą laiką vienam pacientui trukmę, darbo operatyvumą, gerinti informacijos teikimą (dabar reikia nuolat klausti ir prašyti pakomentuoti). Taip pat buvo išskirtas pastebėjimas, kad norint valstybinėse įstaigose patekti pas specialistus, visų pirma tenka kreiptis pas šeimos gydytoją, kas užima nemažai laiko. Tokiu atveju žmonės norėdami sutaupyti laiko renkasi privačias klinikas, kur iš karto gali patekti pas reikiamos srities specialistą.

Respondentai taip pat buvo paprašyti įvertinti ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų savybių svarbą skalėje nuo 1 (visiškai nesvarbu) iki 5 (labai svarbu). Beveik visos savybės apklaustiesiems pasirodė svarbios arba labai svarbios (13 paveikslėlis kitame puslapyje).

Kaip pačias svarbiausias respondentai išskyrė gydytojų sugebėjimą tiksliai diagnozuoti ligą (vidurkis – 4,85), gydytojų ir kito personalo kompetenciją (4,84), procedūrų atitikimą saugumo ir higienos standartams (4,68), švarą ir higieną poliklinikos patalpose (4,67). Mažiau svarbiomis savybės respondentai laiko saugumo užtikrinimą stebėjimo kameromis (vidurkis – 3,08), erdvią ir patogią automobilių stovėjimo aikštelę (3,43), galimybę užsiregistruoti internetu (3,95).



13 pav. Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų savybių svarba (sudaryta autorės)

3.3. N. Kano modelio kokybės savybių kategorijų priskyrimas

Kaip jau minėta, respondentų pagal N. Kano klausimyną buvo prašoma atsakyti, kaip jie jaučiasi kai aukščiau paminėtos sveikatos priežiūros savybės ambulatorinėse įstaigose egzistuoja, ir kaip jie jaučiasi kai šių savybių nėra. Pagal atsakymus į funkcinis ir disfunkcinius klausimus, kiekvieno respondento nuomonė apie tam tikrą savybę buvo priskirta tam tikrai kokybės savybių kategorijai. Apklaustųjų pasiskirstymas, pagal tai kaip jie suvokia tam tikrą savybę, ir dominuojančios kategorijos pateikiamos 19-oje lentelėje

19 lentelė. Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų savybių vertinimas pagal N. Kano modelio kategorijas (sudaryta autorės)

	Patraukioji	Privaloma	Vienmatė	Neutrali	Atvirkštinė	Ginčytina	Viso
Poliklinikos geografinis prieinamumas	39,80	13,27	23,47	21,43	1,02	1,02	100%
Švara ir higiena poliklinikos patalpose	6,12	56,12	32,65	4,08	0,00	1,02	100%
Tinkamai susitvarkęs personalas	11,22	40,82	20,41	26,53	0,00	1,02	100%
Moderni ir pažangi medicininė įranga	32,65	23,47	24,49	16,33	1,02	2,04	100%
Erdvi ir patogios automobilių stovėjimo aikštelės	17,35	19,39	11,22	47,96	2,04	2,04	100%
Galimybė užsiregistruoti konsultacijai internetu	25,51	10,20	24,49	38,78	0,00	1,02	100%
Saugumo užtikrinamas stebėjimo kameromis	18,37	10,20	5,10	63,27	2,04	1,02	100%
Greitas ir tinkamas atsakymas į užklausas	11,22	35,71	42,86	10,20	0,00	0,00	100%
Gydytojų ir kito personalo kompetencija	2,04	48,98	41,84	7,14	0,00	0,00	100%
Vizitų atitikimas pagal paskirtą laiką (talonus)	21,43	38,78	28,57	10,20	1,02	0,00	100%
Vizito laikas po registracijos (nedidelės eilės)	23,47	33,67	31,63	9,18	1,02	1,02	100%
Sąžiningas apmokestinimas už paslaugas	8,16	50,00	25,51	13,27	3,06	0,00	100%
Korupcijos ir kyšininkavimo kontrolė	7,14	37,76	29,59	17,35	7,14	1,02	100%
Teikiamos gydymo informacijos aiškumas	11,22	42,86	35,71	10,20	0,00	0,00	100%
Lengvas ir greitas informacijos suradimas	11,22	40,82	30,61	17,35	0,00	0,00	100%
Konfidencialumas tarp gydytojo ir paciento	7,14	50,00	26,53	16,33	0,00	0,00	100%
Personalo mandagumas ir draugiškumas	15,31	33,67	32,65	18,37	0,00	0,00	100%
Gydytojų sugebėjimas tiksliai diagnozuoti ligą	2,04	53,06	41,84	2,04	1,02	0,00	100%
Procedūrų atitikimas saugumo ir higienos standartams	3,06	58,16	31,63	7,14	0,00	0,00	100%
Socialinės diskriminacijos nebuvimas	8,16	52,04	24,49	15,31	0,00	0,00	100%
Išskirtinis dėmesys kiekvienam pacientui	27,55	25,51	26,53	19,39	1,02	0,00	100%
Malonūs ir šilti santykiai tarp personalo ir pacientų	30,61	22,45	29,59	17,35	0,00	0,00	100%

Kaip matome, daugiausiai savybių yra priskirta privalomai kokybės kategorijai. Kaip savaime suprantamas ir būtinas didžioji dalis apklaustųjų laiko šias savybes: švarą ir higieną poliklinikos patalpose (56,12%), tinkamai susitvarkiusį ir apsirengusį personalą

(40,82%), gydytojų ir kito personalo kompetenciją (48,98%), vizitų atitikimą pagal paskirtą laiką (38,78%), nedideles eiles (33,67%), sąžiningą apmokestinimą už paslaugas (50,00%), korupcijos ir kyšininkavimo kontrolę (37,76%), teikiamos gydymo informacijos aiškumą (42,86%), lengvą ir greitą informacijos suradimą (40,82%), konfidencialumą tarp gydytojo ir paciento (50,00%), personalo mandagumą ir draugiškumą (33,67%), gydytojų sugebėjimą tiksliai diagnozuoti ligą (53,06%), procedūrų atitikimą saugumo ir higienos standartams (58,16%), socialinės diskriminacijos nebuvimą (52,04%). Tokių didelį savybių kiekio priskyrimą privalomai N. Kano kategorijai galima paaiškinti tuo, kad sveikatos priežiūros paslaugos pačios savo kilme yra labai svarbios - net menkas neatitikimas gali sukelti pavojų sveikatai ir net gyvybei - todėl respondentai šioms savybėms yra labai griežti ir reiklūs.

Patraukliajai kokybės kategorijai priskirta poliklinikos geografinis artumas (39,80%), moderni ir pažangi medicininė įranga (32,65%), išskirtinis personalo dėmesys kiekvienam pacientui (27,55%) bei malonūs ir šilti santykiai tarp pacientų ir personalo (30,61%). Šios savybės didžiajai daliai respondentų pasirodė svarbios ir malonios, tačiau jų nebuvimas yra toleruotinas – nesukelia nepasitenkinimo.

Vienmatei kokybės kategorijai priskirta tik viena savybė – greitas ir tinkamas personalo atsakymas į pacientų užklausas (42,86%). Kuo greičiau ir tinkamiau personalas atsako į pacientų užklausas, tuo jų pasitenkinimas didesnis.

Erdvi ir patogios automobilių stovėjimo aikštelė (47,96%), galimybė užsiregistruoti konsultacijai internetu (38,78%), ir saugos kameros poliklinikos patalpose (63,27%) apklaustiesiems nepasirodė labai svarbu ir pateko į neutraliąją kokybės kategoriją.

Toliau, norint išsiaiškinti kiekvienos savybės vidutinę įtaką vartotojų (šiuo atveju – pacientų) pasitenkinimui, apskaičiuoti vartotojų pasitenkinimo ir nepasitenkinimo koeficientai (20 lentelė). *Pasitenkinimo koeficientas* svyruoja nuo 0 iki +1 ir parodo, kokia yra produkto reikalavimo išpildymo įtaka vartotojo pasitenkinimui. Kuo pasitenkinimo koeficientas arčiau +1, tuo šios kokybės savybės išpildymas sąlygoja didesnį vartotojų pasitenkinimą. *Nepasitenkinimo koeficientas* svyruoja nuo -1 iki 0 ir rodo kokią įtaką produkto reikalavimo neišpildymas turi vartotojo nepasitenkinimui. Kuo koeficientas arčiau -1 tuo produkto tam tikros savybės neišpildymas sąlygoja didelį vartotojo nepasitenkinimą.

20 lentelė. Respondentų suvoktų kokybės savybių pasitenkinimo ir nepasitenkinimo koeficientai (sudaryta autorės)

Kokybės savybė	Pasitenkinimo koeficientas	Nepasitenkinimo koeficientas
Poliklinikos geografinis prieinamumas	0,65	-0,38
Švara ir higiena poliklinikos patalpose	0,39	-0,90
Tinkamai susitvarkęs personalas	0,32	-0,62
Moderni ir pažangi medicininė įranga	0,59	-0,49
Erdvi ir patogios automobilių stovėjimo aikštelės	0,30	-0,32
Galimybė užsiregistruoti konsultacijai internetu	0,51	-0,35
Saugumo užtikrinamas stebėjimo kameromis	0,24	-0,16
Greitas ir tinkamas atsakymas į užklausas	0,54	-0,79
Gydytojų ir kito personalo kompetencija	0,44	-0,91
Vizitų atitikimas pagal paskirtą laiką(talonus)	0,51	-0,68
Vizito laikas po registracijos (nedidelės eilės)	0,56	-0,67
Sąžiningas apmokestinimas už paslaugas	0,35	-0,78
Korupcijos ir kyšininkavimo kontrolė	0,40	-0,73
Teikiamos gydymo informacijos aiškumas	0,47	-0,79
Lengvas ir greitas informacijos suradimas	0,42	-0,71
Konfidencialumas tarp gydytojo ir paciento	0,34	-0,77
Personalo mandagumas ir draugiškumas	0,48	-0,66
Gydytojų sugebėjimas tiksliai diagnozuoti ligą	0,44	-0,96
Procedūrų atitikimas saugumo ir higienos standartams	0,35	-0,90
Socialinės diskriminacijos nebuvimas	0,33	-0,77
Išskirtinis dėmesys kiekvienam pacientui	0,55	-0,53
Malonūs ir šilti santykiai tarp personalo ir pacientų	0,60	-0,52

Gauti rezultatai tik patvirtino teisingą kategorijų priskyrimą. Galime matyti, kad didžiausi pasitenkinimo koeficientai yra šių kokybės savybių – poliklinikos geografinis prieinamumas (0,65), moderni ir pažangi medicininė įranga (0,59), malonūs ir šilti santykiai tarp personalo ir pacientų (0,60). Šios savybės buvo priskirtos patraukliajai N. Kano kokybės kategorijai ir tokie dideli pasitenkinimo koeficientai tik patvirtina, kad jų buvimas labai didina

vartotojų pasitenkinimą. Tuo tarpu kai kurių savybių koeficientai yra gana maži – erdvi ir patogūs automobilių stovėjimo aikštelė (0,30), saugumo užtikrinimas stebėjimo kameromis (0,24) – šių savybių išpildymas nėra toks svarbus ir turi mažai įtakos didinant vartotojų pasitenkinimą. Taikant N. Kano patraukliosios kokybės modelį šios savybės ir buvo priskirtos neutraliajai kokybės kategorijai.

Tuo tarpu, kaip ir buvo galima tikėtis, mažiausius (artimus -1) nepasitenkinimo koeficientus turi tos kokybės savybės, kurios pagal N. Kano modelį buvo priskirtos privalomai kokybės kategorijai - švara ir higiena poliklinikos patalpose (-0,90), gydytojų ir kito personalo kompetencija (-0,91), gydytojų sugebėjimas tiksliai diagnozuoti ligą (-0,96), procedūrų atitikimas saugumo ir higienos standartams (-0,90). Kadangi šių savybių nepasitenkinimo koeficientas yra labai arti -1, jų nebuvimas sąlygoja didelį vartotojų nepasitenkinimą – tai, kas ir yra būdinga privalomai kokybės kategorijai. Būtent šioms savybėms ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos turėtų skirti didžiausią dėmesį ir užtikrinti jų išpildymą. Taip pat galima išskirti savybes, kurių nepasitenkinimo koeficientai yra arčiau 0 - Erdvi ir patogūs automobilių stovėjimo aikštelė (-0,32), galimybė užsiregistruoti konsultacijai internetu (-0,35), saugumo užtikrinamas stebėjimo kameromis (-0,16). Šios savybės nėra tokios svarbios ir jų neišpildymas turi mažesnę įtaką vartotojų nepasitenkinimui.

3.4. Privačių ir valstybinių ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų pacientų kokybės savybių suvokimo analizė

Tyrimo eigoje jau buvo nustatyta, kad egzistuoja reikšmingas ryšys tarp uždirbamų pajamų ir respondentų pasirinkimo tarp valstybinių ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų. Logiška, kad uždirbantys daugiau gali sau leisti rinktis privačias sveikatos priežiūros įstaigas dėl greitesnio registravimo, mažesnių eilių pas specialistus ir t.t. Tuo tarpu uždirbantys mažiau dažniausiai būna pasiryžę palaukti registruojantis pas gydytojus ir eilėse prie jų kabinetų, tačiau daugumą paslaugų gauna nemokamai arba jas dalinai kompensuoja valstybė.

Taip pat autorė tyrime nustatė, kad egzistuoja statistiškai reikšmingi skirtumai tarp atsakymų į klausimus „Kada (dėl kokios priežasties) lankotės sveikatos priežiūros įstaigose?“ ir „Kokia jūsų nuomonė apie Lietuvos valstybines ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigas (konsultacines poliklinikas)?“ atsižvelgiant į jų pasirinkimą tarp privačių ir valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų.

Taigi, savaime suprantama, kyla hipotezė, kad ir kai kurias ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų savybes pacientai, besilankantys valstybinėse ir privačiose poliklinikose, suvokia skirtingai. Tam įsitikinti buvo atskirti respondentų atsakymai pagal tai, ar jie dažniau renkasi valstybines ar privačias gydymo įstaigas, ir pagal N. Kano modelį kiekvienai grupei buvo sudaryta naujos ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų savybių vertinimo lentelė. Toliau pateikiamas sudarytų šių paslaugų savybių vertinimo lentelių palyginimas (21 ir 22 lentelės 57-58 puslapiuose).

Kaip galima matyti, kategorijų pasiskirstymas, atsižvelgiant į tai, kurias sveikatos priežiūros įstaigas renkasi respondentai, šiek tiek skiriasi.

Tiesa, kai kurias sveikatos priežiūros paslaugų savybes, visi pacientai vertina ir supranta vienodai. *Privalomai* kokybės kategorijai abi grupės vis dar priskiria šias savybes – švara ir higiena poliklinikos patalpose; tinkamai susitvarkęs ir apsirengęs personalas; gydytojų ir kito personalo kompetencija, profesionalumas; tinkamas, sąžiningas apmokestinimas už paslaugas; korupcijos ir kyšininkavimo kontrolė; personalo teikiamos informacijos apie gydymą aiškumas; konfidencialumas tarp gydytojo ir paciento; aptarnaujančio personalo mandagumas ir draugiškumas; gydytojų sugebėjimas tiksliai diagnozuoti ligą; procedūrų atitikimas saugumo ir higienos standartams; socialinės diskriminacijos nebuvimas gydymo eigoje. Galima daryti išvadą, kad šios savybės yra vienodai svarbios visiems respondentams ir jas visi pacientai laiko būtinomis, todėl visos ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos (tiek valstybinės, tiek privačios) turi būtinai jas užtikrinti.

Taip pat poliklinikos geografinį prieinamumą ir artumą abi respondentų kategorijos supranta kaip *patraukliąją* savybę – visi pacientai gali susitaikyti kai poliklinika yra toliau, tačiau jos buvimas arti ir patogumas ją pasiekiant pacientus maloniai džiugina.

Neutraliosioms kokybės savybėms visi respondentai priskyrė saugumo patalpose užtikrinimą stebėjimo kamermis ir erdvią bei patogią automobilių stovėjimo aikštelę. Tiesa, pastarosios savybės procentai neutralioje kategorijoje gana skiriasi – net 52,46% valstybinėse gydymo įstaigose besilankančių respondentų patogią automobilių stovėjimo aikštelę yra visiškai nesvarbi, kai tuo tarpu privačių gydymo įstaigų pacientų dalis neutralioje kategorijoje yra mažesnė – 40,54% ir yra netoli privalomos kategorijos. Tai galima paaiškinti tuo, kad, kaip buvo išsiaiškinta anksčiau, besilankantys privačiose gydymo įstaigose gauna didesnes pajamas ir, ko gero, gali sau dažniau leisti turėti automobilį.

Atlikus nuodugnesnę analizę taip pat galima pastebėti, kad kai kurias ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų savybes respondentai besilankantys valstybinėse ir privačiose sveikatos priežiūros įstaigose suvokia ir vertina skirtingai.

Moderniausios ir pažangiausios medicininės įrangos buvimą valstybinių įstaigų pacientai suvokia kaip patraukliąją savybę (36,07%), kai tuo tarpu privačių klinikų pacientai mato ją kaip privalomą (37,84%). Tai galima paaiškinti tuo, kad jei privačiose gydymo įstaigose besilankantys respondentai moka už suteiktas paslaugas savo lėšomis, tikisi ir geriausios jų kokybės, kurią užtikrinti padėtų moderni įranga.

Didžiausias skirtumas pastebimas galimybės užsiregistruoti internetu vertinime. Valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų pacientų vertinimas nepakito nuo anksčiau aprašyto bendro vertinimo – ir toliau ši savybė yra neutrali (50,82%). Tuo tarpu privatus gydymo įstaigas besirenkantiems respondentams ši savybė yra daug svarbesnė ir yra priskirta vienmätei kokybės kategorijai (40,54%).

Taip pat valstybinių įstaigų pacientai greitą ir tinkamą atsakymą į užklausas, vizitų realaus atitikimo laiką pagal talonus ir vizito greitą įvykimą po registracijos, personalo efektyvią pagalbą ieškant informacijos priskyrė vienmätei kategorijai, kai tuo tarpu privačiose gydymo įstaigose besilankantys respondentai šias savybes laiko privalomomis.

Taip pat privaloma savybė privačių gydymo įstaigų pacientai laiko personalo išskirtinį ir individualų dėmesį kiekvienam pacientui - logiška, kad mokantys pilną kainą už savo gydymą, reikalauja nepriekaištingo ir kruopštaus dirbančiųjų dėmesio. Tuo tarpu valstybinėse įstaigose besigydantys nėra tokie griežti ir laiko šią savybę patraukliąja.

Malonių ir šiltų santykių tarp personalo ir pacientų vertinimas taip pat skiriasi – valstybinėse įstaigose besigydantys respondentai šią savybę vertina kaip vienmatę (32,79%), o privačiose – kaip patraukliąją (32,43%).

21 lentelė. Pacientų, besirenkančių valstybines gydymo įstaigas, ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų savybių vertinimas pagal N. Kano modelio kategorijas (sudaryta autorės)

	Patraukioji	Privaloma	Vienmatė	Neutrali	Atvirkštinė	Ginčytina	Viso
Poliklinikos geografinis prieinamumas	40,98	6,56	29,51	19,67	1,64	1,64	100%
Švara ir higiena poliklinikos patalpose	9,84	50,82	34,43	3,28	0,00	1,64	100%
Tinkamai susitvarkęs personalas	14,75	31,15	22,95	29,51	0,00	1,64	100%
Moderni ir pažangi medicininės įranga	36,07	14,75	26,23	19,67	0,00	3,28	100%
Erdvi ir patogi automobilių stovėjimo aikštelė	16,39	16,39	11,48	52,46	0,00	3,28	100%
Galimybė užsiregistruoti konsultacijai internetu	24,59	8,20	14,75	50,82	0,00	1,64	100%
Saugumo užtikrinamas stebėjimo kameromis	19,67	4,92	6,56	63,93	3,28	1,64	100%
Greitas ir tinkamas atsakymas į užklausas	13,11	26,23	50,82	9,84	0,00	0,00	100%
Gydytojų ir kito personalo kompetencija	3,28	45,90	39,34	11,48	0,00	0,00	100%
Vizitų atitikimas pagal paskirtą laiką (talonus)	27,87	27,87	32,79	11,48	0,00	0,00	100%
Vizito laikas po registracijos (nedidelės eilės)	24,59	26,23	36,07	11,48	0,00	1,64	100%
Sąžiningas apmokestinimas už paslaugas	3,28	54,10	24,59	14,75	3,28	0,00	100%
Korupcijos ir kyšininkavimo kontrolė	3,28	37,70	26,23	24,59	6,56	1,64	100%
Teikiamos gydymo informacijos aiškumas	11,48	39,34	37,70	11,48	0,00	0,00	100%
Lengvas ir greitas informacijos suradimas	11,48	32,79	36,07	19,67	0,00	0,00	100%
Konfidencialumas tarp gydytojo ir paciento	11,48	47,54	27,87	13,11	0,00	0,00	100%
Personalo mandagumas ir draugiškumas	19,67	32,79	31,15	16,39	0,00	0,00	100%
Gydytojų sugebėjimas tiksliai diagnozuoti ligą	3,28	49,18	42,62	3,28	1,64	0,00	100%
Procedūrų atitikimas saugumo ir higienos standartams	4,92	54,10	29,51	11,48	0,00	0,00	100%
Socialinės diskriminacijos nebuvimas	3,28	59,02	26,23	11,48	0,00	0,00	100%
Išskirtinis dėmesys kiekvienam pacientui	29,51	22,95	27,87	18,03	1,64	0,00	100%
Malonūs ir šilti santykiai tarp personalo ir pacientų	29,51	19,67	32,79	18,03	0,00	0,00	100%

22 lentelė. Pacientų, besirenkančių privačias gydymo įstaigas, ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų savybių vertinimas pagal N. Kano modelio kategorijas (sudaryta autorės)

	Patraukioji	Privaloma	Vienmatė	Neutrali	Atvirkštinė	Ginčytina	Viso
Poliklinikos geografinis prieinamumas	37,84	24,32	13,51	24,32	0,00	0,00	100%
Švara ir higiena poliklinikos patalpose	0,00	64,86	29,73	5,41	0,00	0,00	100%
Tinkamai susitvarkęs personalas	5,41	56,76	16,22	21,62	0,00	0,00	100%
Moderni ir pažangi medicininės įranga	27,03	37,84	21,62	10,81	2,70	0,00	100%
Erdvi ir patogios automobilių stovėjimo aikštelės	18,92	24,32	10,81	40,54	5,41	0,00	100%
Galimybė užsiregistruoti konsultacijai internetu	27,03	13,51	40,54	18,92	0,00	0,00	100%
Saugumo užtikrinamas stebėjimo kameromis	16,22	18,92	2,70	62,16	0,00	0,00	100%
Greitas ir tinkamas atsakymas į užklausas	8,11	51,35	29,73	10,81	0,00	0,00	100%
Gydytojų ir kito personalo kompetencija	0,00	54,05	45,95	0,00	0,00	0,00	100%
Vizitų atitikimas pagal paskirtą laiką (talonus)	10,81	56,76	21,62	8,11	2,70	0,00	100%
Vizito laikas po registracijos (nedidelės eilės)	21,62	45,95	24,32	5,41	2,70	0,00	100%
Sąžiningas apmokestinimas už paslaugas	16,22	43,24	27,03	10,81	2,70	0,00	100%
Korupcijos ir kyšininkavimo kontrolė	13,51	37,84	35,14	5,41	8,11	0,00	100%
Teikiamos gydymo informacijos aiškumas	10,81	48,65	32,43	8,11	0,00	0,00	100%
Lengvas ir greitas informacijos suradimas	10,81	54,05	21,62	13,51	0,00	0,00	100%
Konfidencialumas tarp gydytojo ir paciento	0,00	54,05	24,32	21,62	0,00	0,00	100%
Personalo mandagumas ir draugiškumas	8,11	35,14	35,14	21,62	0,00	0,00	100%
Gydytojų sugebėjimas tiksliai diagnozuoti ligą	0,00	59,46	40,54	0,00	0,00	0,00	100%
Procedūrų atitikimas saugumo ir higienos standartams	0,00	64,86	35,14	0,00	0,00	0,00	100%
Socialinės diskriminacijos nebuvimas	16,22	40,54	21,62	21,62	0,00	0,00	100%
Išskirtinis dėmesys kiekvienam pacientui	24,32	29,73	24,32	21,62	0,00	0,00	100%
Malonūs ir šilti santykiai tarp personalo ir pacientų	32,43	27,03	24,32	16,22	0,00	0,00	100%

Norint užtikrintai pavirtinti hipotezę, kad valstybinėse ir privačiose gydymo įstaigose besilankantys respondentai suvokia ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų savybes skirtingai, buvo taip pat apskaičiuoti šių abiejų grupių pasitenkinimo ir nepasitenkinimo koeficientai. 23 lentelėje pateikta apibendrinta abiejų grupių informacija su pasitenkinimo ir nepasitenkinimo koeficientais bei jų skirtumais.

23 lentelė. Apibendrinta valstybinių ir privačių gydymo įstaigų pacientų pasitenkinimo ir nepasitenkinimo koeficientų lentelė (sudaryta autorės)

Kokybės savybė	Valstybinės gydymo įstaigos		Privačios gydymo įstaigos			
	Pasitenkinimo koef.	Nepasitenkinimo koef.	Pasitenkinimo koef.	Nepasitenkinimo koef.	Skirtumas Pasitenk. Koef.	Skirtumas Nepasitenk. Koef.
Poliklinikos geografinis prieinamumas	0,73	-0,37	0,51	-0,38	0,22	0,01
Švara ir higiena poliklinikos patalpose	0,45	-0,87	0,30	-0,95	0,15	0,08
Tinkamai susitvarkęs personalas	0,38	-0,55	0,22	-0,73	0,17	0,18
Moderni ir pažangi medicininė įranga	0,64	-0,42	0,50	-0,61	0,14	0,19
Erdvi ir patogios automobilių stovėjimo aikštelės	0,29	-0,29	0,31	-0,37	-0,03	0,08
Galimybė užsiregistruoti konsultacijai internetu	0,40	-0,23	0,68	-0,54	-0,28	0,31
Saugumo užtikrinamas stebėjimo kameromis	0,28	-0,12	0,19	-0,22	0,09	0,10
Greitas ir tinkamas atsakymas į užklausas	0,64	-0,77	0,38	-0,81	0,26	0,04
Gydytojų ir kito personalo kompetencija	0,43	-0,85	0,46	-1,00	-0,03	0,15
Vizitų atitikimas pagal paskirtą laiką (talonus)	0,61	-0,61	0,33	-0,81	0,27	0,20
Vizito laikas po registracijos (nedidelės eilės)	0,62	-0,63	0,47	-0,72	0,14	0,09
Sąžiningas apmokestinimas už paslaugas	0,29	-0,81	0,44	-0,72	-0,16	-0,09
Korupcijos ir kyšininkavimo kontrolė	0,32	-0,70	0,53	-0,79	-0,21	0,09
Teikiamos gydymo informacijos aiškumas	0,49	-0,77	0,43	-0,81	0,06	0,04
Lengvas ir greitas informacijos suradimas	0,48	-0,69	0,32	-0,76	0,15	0,07
Konfidencialumas tarp gydytojo ir paciento	0,39	-0,75	0,24	-0,78	0,15	0,03
Personalo mandagumas ir draugiškumas	0,51	-0,64	0,43	-0,70	0,08	0,06
Gydytojų sugebėjimas tiksliai diagnozuoti ligą	0,47	-0,93	0,41	-1,00	0,06	0,07
Procedūrų atitikimas saugumo ir higienos standartams	0,34	-0,84	0,35	-1,00	-0,01	0,16
Socialinės diskriminacijos nebuvimas	0,30	-0,85	0,38	-0,62	-0,08	-0,23
Išskirtinis dėmesys kiekvienam pacientui	0,58	-0,52	0,49	-0,54	0,10	0,02
Malonūs ir šilti santykiai tarp personalo ir pacientų	0,62	-0,52	0,57	-0,51	0,06	-0,01

Ryškesnius koeficientų skirtumus, pavaizduotus 23-ioje lentelėje, verta aptarti plačiau. Matome, kad valstybinėse gydymo įstaigose besilankančių respondentų poliklinikos geografinio prieinamumo pasitenkinimo koeficientas yra net 0,22 didesnis nei tų, kurie lankosi privačiose gydymo įstaigose. Tai lėmė tai, kad didesnė dalis valstybinių įstaigų pacientų šią savybę labiau suvokia kaip patrauklią, kai tuo tarpu palyginti nemaža dalis privačių įstaigų pacientų ją suvokia jau kaip privalomą.

Kaip jau ir pastebėta lyginant abiejų grupių kokybės kategorijas, didžiausias skirtumas matomas vertinant galimybę užsiregistruoti konsultacijai internetu. Pasitenkinimo ir nepasitenkinimo koeficientų skirtumus taip pat galima paaiškinti tuo, kad labai didelė valstybinių gydymo įstaigų pacientų dalis (50,82%) šią savybę suvokė kaip visiškai neutralią, o neutralios kategorijos dalis į koeficientų skaičiavimo formulę skaitiklius neįtraukta. Tuo tarpu privačių gydymo įstaigų pacientai tolygiau pasiskirstė tarp patrauklios, vienmatės ir privalomos kategorijų, o neutralia šią savybę laiko vos 18,92% šios grupės respondentų.

Taip pat galima matyti, kad greito ir tinkamo atsakymo į užklausas pasitenkinimo koeficientas yra gana žymiai didesnis tarp valstybinės gydymo įstaigas besirenkančių respondentų (0,64 prieš 0,38). Tokį skirtumą lemia tai, kad net daugiau nei pusė (50,82%) valstybinių įstaigų pacientų tai laiko vienmate savybe, o tokių respondentų tarp privačias gydymo įstaigas besirenkančių pacientų yra tik 29,73% - ši savybė jiems yra privaloma (51,35%).

Vizitų atitikimo pagal paskirtą laiką (talonus), kaip ir buvo galima tikėtis, koeficientai taip pat skiriasi gana žymiai. Pasitenkinimo koeficientas yra didesnis tarp valstybinės gydymo įstaigas besirenkančių respondentų, nes jų pasiskirstymas tarp patraukliosios, privalomos ir vienmatės kategorijų buvo apylygis, kai tuo tarpu dauguma privačias gydymo įstaigas besirenkančių respondentų (56,76%) šią savybę suprato kaip privalomą – tuo pačiu paaiškinamas ir mažesnis šios grupės nepasitenkinimo koeficientas – net -0,81 (valstybinėse įstaigose besilankančių respondentų šis rodiklis yra -0,61). Šių dviejų rodiklių skirtumai logiškai lengvai paaiškinami tuo, kad privačiose klinikose besigydantys ir už paslaugas savo lėšomis mokantys pacientai yra sunkiau “nudžiuginami” greitu patekimu pas gydytojus – jie to ir taip tikisi – arčiau -1 esantis nepasitenkinimo koeficientas rodo, kad šios savybės neišpildymas labai prisidėtų prie jų nepasitenkinimo. Tuo tarpu valstybinėse įstaigose besigydantys ir už tai nemokantys arba mokantys dalinai yra daug lengviau nustebinami greitu

patekimu pas gydytojus, o vizitų neatitikimams pagal paskirtą laiką šie respondentai yra atlaidesni – nepasitenkinimo koeficientas arčiau 0.

Korupcijos ir kyšininkavimo kontrolės pasitenkinimo koeficientas gan žymiai didesnis tarp privačiose gydymo įstaigose besigydančių pacientų. Tai lėmė tai, kad jų didesnė dalis nei valstybinėse įstaigose besilankančių respondentų priskyrė šią savybę patraukliajai ir vienmatei kategorijoms. Tuo tarpu palyginti visai nemaža valstybinių įstaigų pacientų dalis priskyrė šią savybę neutraliajai kategorijai – net 24,59%.

IŠVADOS IR PASIŪLYMAI

1. Išnagrinėjus sveikatos priežiūros paslaugų aspektus pastebėta, kad dažniausiai vertinant kokybę sveikatos priežiūros įstaigose nagrinėjami trys jos lygiai: struktūra, procesas, rezultatas. Mokslinėje literatūroje išskiriami du skirtingi sveikatos priežiūros aspektai – techninis (personalo kompetencija) ir tarpasmeninis (ryšys tarp paciento ir medicinos personalo). Tiesa, pacientai dėl nepakankamų žinių dažniausiai objektyviai vertinti gali tik tarpasmeninį aspektą.
2. Išanalizavus kokybės rodiklius sveikatos priežiūroje galima išskirti svarbiausias dimensijas, matuojančias ir vertinančias sveikatos priežiūros kokybę: patogumas, užimtumas, prieinamumas, nenutrūkstamumas, rezultatyvumas, efektyvumas, priimtinumas, teisingumas ir saugumas.
3. Darbe išnagrinėtas N. Kano patraukliosios kokybės modelis demonstruoja, kad ne visos produkto ar paslaugos savybės lygiaverčiai svarbios vartotojui – kai kurios turi didesnę įtaką jo pasitenkinimui nei kitos. Pagal ryšį tarp savybės fizinio išpildymo ir vartotojo pasitenkinimo lygio patraukliosios kokybės teorija išskiria 5 kokybės kategorijas – patraukliąją, vienmatę, privalomą, neutralią ir atvirkštinę.
4. Svarbiausi išskirti N. Kano patraukliosios kokybės modelio privalumai – reikalavimų produktui ar paslaugai, skirtingų segmentų lūkesčių išsiaiškinimas, sukuriama galimybė produkto diferenciacijai. Taip pat produkto kūrimo pradžioje naudinga išsiaiškinti, kurios savybės yra prioritetinės, o kurių galima atsisakyti. Vis dėlto, modelis nemažai buvo kritikuojamas dėl abstraktumo ir aiškios kiekybinės informacijos stokos. To pasekoje, mokslinėje literatūroje modelis ne kartą buvo patobulintas taikant jį su SERVQUAL ir kokybės funkcijos išskleidimo modeliu, pradėti skaičiuoti vartotojų pasitenkinimo ir nepasitenkinimo koeficientai.
5. Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų suvokiamos kokybės tyrimo metu SPSS programoje pritaikius z testą paaiškėjo, kad pajamų dydis turi įtaką renkantis tarp valstybinių ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų Lietuvoje. Uždirbantys daugiau dažniau renkasi privačias gydymo įstaigas, kai tuo tarpu mažesnius atlyginimus gaunantys renkasi valstybines sveikatos priežiūros paslaugas. To pačio testo pagalba taip pat nustatyta, kad tie, kurie lankosi privačiose sveikatos priežiūros įstaigose, dažniau tikrinasi profilaktiškai, kai tuo tarpu statistiškai reikšmingai didesnė dalis valstybinėse įstaigose besilankančių pacientų kreipiasi gydytojų pagalbos tik tada kai turi nusiskundimų.

6. Vertinant sveikatos priežiūros paslaugos savybių svarbą respondentams svarbiausios pasirodė šios savybės - gydytojų sugebėjimas tiksliai diagnozuoti, gydytojų ir kito personalo kompetencija, procedūrų atitikimas saugumo ir higienos standartams, švara ir higiena poliklinikos patalpose.
7. Pritaikius N. Kano patraukliosios kokybės modelį išsiaiškinta, kad daugiausiai sveikatos priežiūros paslaugų savybių respondentai priskiria privalomajai kokybės kategorijai. Tai tos pačios savybės, kurios pagal vertinimą pasirodė pačios svarbiausios. Visos jos susijusios su personalo kompetencija ir švara bei higiena. Būtent šioms sritims tiek valstybinės, tiek privačios gydymo įstaigos turėtų skirti daugiausiai dėmesio ir jas užtikrinti.
8. Poliklinikos geografinis artumas, moderni ir pažangi medicininė įranga, išskirtinis personalo dėmesys kiekvienam pacientui, ir malonūs ir šilti santykiai tarp pacientų ir personalo respondentų buvo priskirti patraukliajai kokybės kategorijai – jos respondentams nėra būtinos, tačiau jų atsiradimas maloniai nustebina ir gali palenkti pacientus savo pusėn – todėl būtent šiomis savybėmis ir turi konkuruoti Lietuvos ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos. Tuo tarpu erdvi ir patogios automobilių stovėjimo aikštelės, galimybė užsiregistruoti konsultacijai internetu, ir saugos kameros poliklinikos patalpose apklaustiesiems pasirodė neutralios ir šioms savybėms gali būti skirta mažiau dėmesio, labiau koncentruojantis į tas, kurios yra būtinos ar konkurencingos.
9. Apskaičiuoti ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės savybių pasitenkinimo ir nepasitenkinimo koeficientai tik patvirtino teisingą kategorijų pasiskirstymą. Didžiausi pasitenkinimo koeficientai (arčiausiai +1) apskaičiuoti patraukliosios kokybės kategorijos savybėms. Tuo tarpu neutraliosios kategorijos savybių pasitenkinimo koeficientai buvo arčiau 0 – jų buvimas turi mažą įtaką vartotojų pasitenkinimui. Šių savybių nepasitenkinimo koeficientai taip pat arti 0 – jų nebuvimas turi mažą įtaką ir vartotojų nepasitenkinimui. O mažiausios reikšmės nepasitenkinimo koeficientai (arčiausiai -1) apskaičiuoti tomis savybėms, kurios pacientams yra labai svarbios ir jų nebuvimas įtakotų didelį nepasitenkinimą – tai privalomos kokybės kategorijų savybės.
10. Atskyrus valstybinių ir privačių gydymo įstaigų pacientų atsakymus ir juos vėl suskirsčius į N. Kano patraukliosios kokybės kategorijas rasti skirtumai, kurie leidžia teigti, kad kai kurias sveikatos priežiūros paslaugų savybes jie suvokia skirtingai. Moderni ir pažangi medicininė įranga valstybinių gydymo įstaigų pacientų suvokiama kaip patrauklioji savybė, o privačiai besigydantys respondentai šiai savybei yra daug reiklesni ir laiko ją būtina. Galimybės užsiregistruoti konsultacijai internetu valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų pacientų vertinimas nesiskiria nuo bendrojo vertinimo – laiko šią savybę neutralia. Tuo tarpu privačiose

gydymo įstaigose besilankantys respondentai priskyrė šią savybę vienmätei kategorijai. Skyrėsi ir kitų savybių vertinimai: greitas ir tinkamas atsakymas į užklausas, vizitų realaus atitikimo laikas pagal talonus, jo greitas įvykimas po registracijos, personalo efektyvi pagalba ieškant informacijos (valstybinių įstaigų pacientai – vienmatė, privačių įstaigų pacientai – privaloma), personalo išskirtinis ir individualus dėmesys kiekvienam pacientui (valstybinių įstaigų pacientai – patrauklioji, privačių įstaigų pacientai – privaloma). Taigi galima daryti išvadą, kad už sveikatos priežiūros paslaugas mokantys pacientai daugumai savybių yra griežtesni ir už savo sumokėtus pinigus nori gauti nepriekaištingą priežiūrą.

11. Autorės rekomendacija visų Lietuvos ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų vadovybei didžiausią dėmesį skirti toms kokybės savybėms, kurias respondentai priskyrė privalomai kategorijai ir jų nepasitenkinimo koeficientai buvo arčiausiai -1: švara ir higiena poliklinikos patalpose, tinkamai susitvarkęs personalas, gydytojų ir kito personalo kompetencija, sąžiningas apmokestinimas už paslaugas, korupcijos ir kyšininkavimo kontrolė, teikiamos gydymo informacijos aiškumas, konfidencialumas tarp gydytojo ir paciento, personalo mandagumas ir draugiškumas, gydytojų sugebėjimas tiksliai diagnozuoti ligą, procedūrų atitikimas saugumo ir higienos standartams, socialinės diskriminacijos nebuvimas. Privačioms gydymo įstaigoms papildomai reiktų ypatingą dėmesį skirti moderniai bei pažangiai medicininei įrangai, greitam ir tinkamam atsakymui į užklausas, vizitų atitikimui pagal paskirtą laiką (talonus), vizitų laikui po registracijos (nedidelėms eilėms), lengvam bei greitam informacijos suradimui, nes šių įstaigų pacientai yra reiklesni ir šias kokybės savybes taip pat priskyrė privalomai kokybės kategorijai.
12. Pritaikius N. Kano patraukliosios kokybės modelį sveikatos priežiūros paslaugoms ir lyginant tyrimo rezultatus su kitose srityse pritaikyto N. Kano modelio rezultatais pastebimas išskirtinumas, kad sveikatos priežiūros paslaugų savybių pasiskirstyme kategorijomis matoma labai maža diferenciacija – daugumą savybių respondentai priskiria privalomai kokybės savybių kategorijai. Tai lemia pati sveikatos priežiūros paslaugų specifiška – tokioje žmonėms svarbioje veikloje norima aukščiausios paslaugų kokybės. Autorės nuomone, naudinga būtų tolimesniame modelio plėtojime N. Kano modelį pritaikyti su kitais kokybės vadybos metodais ir tokiu būdu gauti detalesnę ir platesnę informaciją apie paslaugų gerinimą šiame sektoriuje.
13. Tolimesnė analizės kryptis taip pat galėtų būti analogiško tyrimo pakartojimas po 5 ar 10 metų ir išsiaiškinti kaip kinta sveikatos priežiūros paslaugos kokybės savybių pasiskirstymas Lietuvoje bėgant laikui. Toks tyrimas leistų šiame tyrime išskirtas savybes suskirstyti į kokybės savybių gyvavimo ciklus, kurie buvo aptarti 2.2 skyriuje.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Anderson E. W, Mittal V., (2000). Strengthening the satisfaction-profit chain. Journal of Service Research, Vol. 3, No. 2, p. 107-120.
2. Bandyopadhyay N., (2015). Classification of service quality attributes using Kano's model, International Journal of Bank Marketing, Vol. 33, Iss 4, p. 457-470.
3. Birmontas V. (2013). Teisė į sveikatos priežiūros paslaugas kaip konstitucinė teisė. Sveikatos politika ir valdymas. Mykolo Romerio universiteto Teisės fakulteto Konstitucinės ir administracinės teisės institutas. doi:10.13165/SPV-13-1-5-03
4. Bubnienė D., Ruževičius J.(2010). Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai. Verslo ir teisės aktualijos, 2010, t.5.
5. Cheng Lim P., Tang Nelson K.H., Jackson P. M., (1999), An innovative framework for health care performance measurement, Managing Service Quality: An International Journal, Vol. 9, Iss 6, p. 423 – 433
6. Diržytė A., Patapas A. (2013). Vartotojų pasitenkinimo viešojo sektoriaus paslaugomis ypatumai. Viešojo politika ir administravimas, Vol. 12, No 4, p.557-566
7. Donabedian A., (1992) Quality Assurance in Health Care: Consumer's Role. Quality in Health Care Prieiga per internetą - <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1055035/?page=1> (žiūrėta 2015 gruodžio 13)
8. Donabedian, A. (1996).The effectiveness of quality assurance.International Journal for Quality in Health Care,8(4),401-407
9. Donebedian A., (2005). Evaluating quality of medical care. The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 4, 691-729. Prieiga per internetą - <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x/epdf> (žiūrėta 2015 gruodžio 13)
10. Duggirala M., Rajendran C., Anantharaman R.N., (2008), Provider-perceived dimensions of total quality management in healthcare, Benchmarking: An International Journal, Vol. 15 Iss 6 pp. 693 - 722

11. Erto P., Vanacore A, Staiano M., (2011). A service quality map based on Kano's theory of attractive quality. The TQM Journal, Vol. 23, Iss 2, p. 196 – 215. DOI:10.1108/17542731111110249
12. Fondahn E., Lane M., (2016), Patient Safety and Quality in Ambulatory Care. The Washington Manual Of Patient Safety.p 299-310
13. Guinane C., Davis N.,(2011). Improving Quality in Outpatient Services. Boca Raton, FL: CRC Press
14. Gupta P., Srivastava R. K. (2011). Customer satisfaction for designing attractive qualities of healthcare service in India using Kano model and quality function deployment.MIT Internation Journal of Mechanical Engineering, Vol. 1 No 2, p. 101-107
15. Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos ministerija. Higienos insitutas. Sveikatos statistika. Lietuvos sveikatos statistika. Priega per internetą: http://sic.hi.lt/html/sv_statistika.htm (žiūrėta 2015 m. gruodžio 26d.)
16. Jankauskienė D.(2012). Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriuose Europos šalyse. Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Politikos mokslų katedra. Mokslo darbai
17. Jankauskienė D.(2011). Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje. Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Politikos mokslų katedra. Mokslo darbai
18. Jankauskienė D. , Pečiūra R., (2007). Sveikatos politika ir valdymas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas
19. Johnston R., (1995),The determinants of service quality: satisfiers and dissatisfiers , International Journal of Service Industry Management, Vol. 6, Iss 5 ,p. 53 – 71. DOI:10.1108/09564239510101536
20. Jones N. B., Lloyd G.C., (2005). Does Herzberg's motivation theory have staying power?, Journal of Management Development, Vol. 24, Iss 10, p. 929 – 943. DOI: 10.1108/02621710510627064.
21. Kalantienė A.(2006). Kokybės vadybos sistemos diegimas privačios sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojų požiūriu. Magistro baigiamasis darbas. Mykolo Romerio Universitetas. Strateginio valdymo ir politikos fakultetas. Valdymo teorijos katedra.
22. Kardelis K.(2002). Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas: Judex.

23. Keshtkaran, A., Heidari, A., Keshtkaran, V., Taft, V. and Almasi, A. (2012), "Satisfaction of outpatients referring to teaching hospitals clinics in Shiraz, 2009", Payesh, Vol. 11 No. 4, pp. 459-465.
24. Kosinskienė A., Ruževičius J., (2010). Sveikatos priežiūros kokybės valdymas ligoninėje. Moksliniai tyrimai. Prieiga per internetą: http://www.mtp.lt/files/MEDICINA_TP-2010-Nr.023-03612.pdf (žiūrėta 2015 m. gruodžio 21 d.)
25. Kosinskienė A., Ruževičius J., (2011). Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui. Visuomenės sveikata 1(52), p. 13-29.
26. Lee Y.C., Lin S.B., Wang Y.L., (2011). A new Kano's evaluation sheet. The TQM Journal, Vol 23, Iss 2, p. 179-195.
27. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas "Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 – 2010 m. programos patvirtinimo". Valstybės žinios, 2004, Nr. 144-5268, p. 14-20.
28. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas „Dėl stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygių ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo patvirtinimo“ 1997 m. birželio 30 d. Nr. 359. Vilnius
29. Lipinskienė, D. (2008) Motyvuojanti atlygio sistema: Vadovėlis. Kaunas: Technologija.
30. Löfgren M., Witell L., (2007). Classification of quality attributes, Managing Service Quality, Vol. 17, Iss 1, p. 54 - 73.
31. Löfgren M., Witell L., Gustafsson A., (2011). Theory of attractive quality and life cycles of quality attributes", The TQM Journal, Vol. 23, Iss 2, p. 235 – 246. DOI: 10.1108/17542731111110267
32. Luobikienė, I. (2006). Sociologinių tyrimų metodika. Kauno technologijos universitetas. Kaunas: Technologija
33. Matzler K., Hinterhuber H.H., (1998). How to Make Product Development Projects more Successful by Integrating Kano's Model of Customer Satisfaction into Quality Function Deployment. Technovation. p 25-38
34. Matzler K., Hinterhuber H. H., Bailom F., Sauerwein E., (1996), How to delight your customers, Journal of Product & Brand Management, Vol. 5, Iss 2 p. 6 – 18. DOI: 10.1108/10610429610119469
35. Moorman J., (2012). Leveraging the Kano Model for Optimal Results. UX Magazine. Prieiga per internetą : <https://uxmag.com/articles/leveraging-the-kano-model-for-optimal-results> (žiūrėta 2015 spalio 24 d.).

36. Mosadeghrad A. M. , (2015),Developing and validating a total quality management model for healthcare organisations, The TQM Journal, Vol. 27 Iss 5 pp. 544 - 564
37. Lin H.S., Hsieh L.Y., Huang C.C.,(2012).Applying Kano's Model to Analyze the Tourism Region of the Public Transportation Service Quality—Liujia Railway Station to Neiwan Scenic Area Case Study. Prieiga per internetą: <http://www.aicit.org/AISS/ppl/AISS1736PPL.pdf> (žiūrėta 2015 lapkričio 15d.)
38. Parasuraman.A., Zeithaml V. A., Berry L.L., (1988), SERVQUAL: A multiple item scale for measuring consumer perception of service quality. Prieiga per internetą : <http://areas.kenan-flagler.unc.edu/Marketing/FacultyStaff/zeithaml/Selected%20Publications/SERVQUAL-%20A%20Multiple-Item%20Scale%20for%20Measuring%20Consumer%20Perceptions%20of%20Service%20Quality.pdf> (žiūrėta 2015 gruodžio 26d.)
39. Piligrimienė Ž., Bučiūnienė I. (2008).Different perspectives on health care quality: is the consensus possible? Engineering Economics.Prieiga per internetą: <http://www.inzeko.ktu.lt/index.php/EE/article/view/11666/6346> (žiūrėta 2015 lapkričio 20 d.)
40. Pukėnas, K. (2009) Kokybinių duomenų analizė SPSS programa. Mokomoji knyga. Kaunas: Lietuvos kūno kultūros akademija.
41. Rashid W.E.W., Jusoff H.K., (2008). Service quality in healthcare setting.International Journal of Health care quality assurance, Vol. 22.Iss 5 pp.471-182
42. Ruževičius J., Ruževičiūtė R., (2010). Vartotojiškos prekės ženklo vertės nustatymo modelis ir jo tobulinimas. Verslo ir teisės aktualijos, 2010, 5(2). doi:10.5200/1822-9530.2010.18
43. Sireli Y., Kauffmann P., Ozan E.(2007). Integration of Kano's model into QFD for multiple product design. IEEE Transactions on Engineering Management, Vol. 54. No. 2, p 380-390.
44. Shahin A., Pourhamidi M., Antony J., Park S. H. (2013). Typology of Kano models: a critical review of literature and proposition of a revised model, International Journal of Quality and Reliability Management, Vol. 30, Iss 3, p. 341 – 358. DOI: 10.1108/02656711311299863.
45. Shen X.X., Tan. K. C., Xie M. (2000). An integrated approach to innovative product development using Kano's model and QFD, European Journal of Innovation Management, Vol.3, Iss 2, p. 91-99. DOI: 10.1108/14601060010298435.

46. Sukwadi R., Yang C.C., Liu F.(2011). Towards an identification classification of service quality attributes in higher education. International Journal of e-education, e-business, e-management and e-learning, Vol. 1, No 2, p. 163-168.
47. Sulisworo D. Integrating Kano's Model and SERVQUAL to Improve Healthcare Service Quality. Global Public Health. Prieiga per internetą: http://www.researchgate.net/publication/277759782_Integrating_Kanos_Model_and_SERVQUAL_to_Improve_Healthcare_Service_Quality (žiūrėta 2015 lapkričio 16d.).
48. Štaras K., Vedlūga T., Kalvelytė N. (2013) Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prienamumo ir priimtino vertinimas ir analizė. Sveikatos mokslai. ISSN 2335-867X, 23 tomas, Nr. 4, p. 27-33 doi:10.5200/sm-hs.2013.088
49. Tan K.C., Pawitra T. A. (2001). Integrating SERVQUAL and Kano's model into QFD for service excellence development. Managing Service Quality, Vol. 11, No 6. p.418-430.
50. Tan K. C. , Shen X.X.(2000). Integrating Kano's model in the planning matrix of quality function deployment. Total Quality Management, Vol 11, No 8, p.1141-1151.
51. Wang T., Ji. P.(2010). Understanding customer needs through quantitative analysis of Kano's model, International Journal of Quality and Reliability Management, Vol 27, Iss 2, p. 173 – 184. DOI:10.1108/02656711011014294.
52. Witell L. N., Fundin A., (2005). Dynamics of service attributes: a test of Kano's theory of attractive quality. International Journal of Service Industry Management, Vol. 16, Iss 2, p. 152-168.
53. Woodley E.G, (2009). The Kano Model: Critical to Quality Characteristics and VOC. Prieiga per internetą: <http://www.processexcellencenetwork.com/lean-six-sigma-business-transformation/articles/the-kano-model-critical-to-quality-characteristics/> (žiūrėta 2015m. spalio 19d.).
54. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, (2011). VŠĮ „Europos socialiniai, teisiniai ir ekonominiai projektai“, Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų Sanglaudos skatinimo veiksmų programos priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimas. Galutinė ataskaita.
55. PSO, (2006). Quality of care. A process for making strategic choices in health systems. Prieiga per internetą: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf (žiūrėta 2015 m. gruodžio 13 d.).

56. Viešųjų paslaugų vartotojų pasitenkinimo indekso apskaičiavimo metodika. UAB “Ekonominės konsultacijos ir tyrimai”, 2008. <http://vakokybe.vrm.lt/get.php?f.841> (žiūrėta 2015 m. gruodžio 16d.)
57. Zhu D.S., Lin C.T., Tsai C. H., Wu J.F.,(2010). A study on evaluation of customer's satisfaction – the perspective of quality. International Journal for Quality research. Vol. 4, No.2, p. 105-116.

N. KANO PATRAUKLIOSIOS KOKYBĖS MODELIS AMBULATORINIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ GERINIMUI

Donata PALIULYTĖ

Magistro darbas

Kokybės vadybos programa

Vilniaus Universiteto Ekonomikos fakulteto Vadybos katedra

Darbo vadovė – Doc. Dr. R. Adomaitienė

Vilnius, 2017

SANTRAUKA

74 puslapiai, 23 lentelės, 13 paveikslų, 53 literatūros šaltiniai

Pagrindinis darbo tikslas – išsiaiškinti N. Kano patraukliosios kokybės modelio taikymo galimybes ambulatorinėje sveikatos priežiūroje. N. Kano patraukliosios kokybės teorija taikoma kartu su SERVQUAL kokybės metodu.

Darbą sudaro trys dalys : literatūros, susijusios su sveikatos priežiūra ir N. Kano modeliu, analizė, suvokiamos ambulatorinės sveikatos priežiūros kokybės tyrimas ir išvados bei pasiūlymai, gauti išnagrinėjus tyrimo rezultatus.

Pirmoji literatūros analizės dalis nagrinėja kokybės sampratą sveikatos priežiūroje, ją įtakančius veiksnius, rodiklius bei aspektus, pagal ką ši kokybė gali būti nagrinėjama. Taip pat išanalizuota literatūra, kuri pateikia būdus, principus, gerinimo kryptis sveikatos priežiūros valdymui ir tobulinimui, aptarti visuotinės kokybės vadybos elementai svarbiausi sveikatos priežiūros įstaigoms. Antroji literatūros analizės dalis nagrinėja N. Kano patraukliosios kokybės modelį: jo priešistorę, teoriją, privalumus ir trūkumus. Išnagrinėjus jau atliktus tyrimus su šiuo modeliu, autorė analizuoja jo taikymo stadijas, pateikia jungimo su Kokybės Funkcijos Išskleidimo ir SERVQUAL kokybės metodo pavyzdžius viešajame sektoriuje.

Po literatūros analizės pateikiamas autorinis tyrimas, kurio pagrindinis tikslas – pacientų keliamų reikalavimų ambulatorinei sveikatos priežiūrai identifikavimas. Pagrindinis šio tyrimo metodas – kiekybinė apklausa, pritaikyta pagal N. Kano modelio klausimyną. Duomenys buvo apdoroti naudojantis N. Kano patraukliosios kokybės metodologija, jų patikimumas ir atsakymų skirtumų statistinis reikšmingumas analizuoti SPSS programos pagalba. Gautų rezultatų reprezentavimas pateiktas aprašomosios statistikos būdu. N. Kano patraukliosios kokybės metodologija parodė, kad didžiąją dalį ambulatorinių sveikatos priežiūros kokybės savybių respondentai priskiria privalomai kokybės kategorijai. Visos šios kokybės savybės yra susijusios su personalo kompetencija, švara ir higiena sveikatos priežiūros institucijose ir turi būti prioritetinėmis sritimis šių institucijų vadovybei. Tolimesnėje

tyrimo eigoje buvo aiškinamasi kaip skirtingai sveikatos priežiūros kokybės savybės suvokia valstybinių ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų pacientai – N. Kano metodologija buvo pritaikyta dar du kartus atskyrus šių grupių atsakymus. Rezultatai parodė, kad tie respondentai, kurie renkasi privačias sveikatos priežiūros įstaigas yra reiklesni ir nori gauti nepriekaištingą priežiūrą. Valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų pacientai nėra tokie griežti ir daugiau kokybės savybių priskyrė patraukliajai kokybės kategorijai, kai tuo tarpu privačiai besigydantys respondentai daugumą jų priskyrė privalomai kokybės kategorijai.

Darbo išvados ir pasiūlymai apibendrina literatūros analizę ir atlikto tyrimo rezultatus. Autorė nurodo sritis, ties kuriomis reikia daugiausiai dirbti ir susikonsultuoti sveikatos priežiūros įstaigos vadovybei ir visam personalui, norint patenkinti pacientų poreikius.

Reikšminiai žodžiai: Kokybė, N. Kano modelis, Patrauklioji kokybė, ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos, sveikatos priežiūros paslaugų gerinimas

N. KANO MODEL OF ATTRACTIVE QUALITY FOR THE IMPROVEMENT OF AMBULATORY HEALTHCARE SERVICES

Donata PALIULYTĖ

Paper for the Master's degree

Quality Management Master's Program

Vilnius University, Faculty of Economics, Management
Department

Supervisor – Assoc. Prof. Dr. R. Adomaitienė

Vilnius, 2017

SUMMARY

74 pages, 23 charts, 13 pictures, 57 references

The main purpose of this master thesis is to identify the opportunities of adapting N. Kano attractive quality model in ambulatory healthcare services. The model in this master thesis is used together with SERVQUAL model approach.

There are three main parts in this work: the analysis of literature related to healthcare quality and N. Kano model; the research of perceived quality in healthcare services; conclusions and recommendations obtained from the research.

The first section of literature analysis approaches the concept of healthcare quality, factors that have influence on it, indicators and aspects, which are important while evaluating how well healthcare institutions are complying with standards, arising from the needs of patients. Master thesis also covers the ways and principles for healthcare management and improvement, total quality management elements that are essential for healthcare environment. The second part of literature analysis researches the concepts of N. Kano attractive quality model: its prehistory, theoretic substance, advantages and disadvantages. With the reference to previous researches of the model author represents its stages of application, combination with SERVQUAL and Quality Function Deployment methods, gives examples and brief overview of researches in public sector using N. Kano attractive quality theory.

After analyzing literature author carried out the research, who focuses on identification of patients's expectations in ambulatory care. The main tool of the research was quantitative survey method adjusted to N. Kano questionnaire. The data was processed with N. Kano model methodology; reliability and statistically significant differences were tested with SPSS programme. Descriptive statistic was used for representation of obtained results. After application of N. Kano methodology results showed that the majority of healthcare quality attributes fall into must-be category. All those attributes are related to staff competency, neatness and hygiene in healthcare institutions and must be assured by management of healthcare institutions. A further research was carried out in order to find out how differently patients of public and private healthcare sector perceive the attributes of healthcare quality. Depending on which sector respondents choose more often the survey answers were segregated

and N. Kano methodology was applied two more times. The results showed that patients who choose private healthcare institutions tend to be more demanding for flawless care. Patients of public sector are not so strict and have categorized more healthcare quality attributes as „attractive“ while according to answers of patients in private sector majority of quality attributes are in „must be“ category.

The conclusions and recommendations summarize literature analyzis and results of carried out research. The author gives fundamental guidelines on how to improve quality in both public and private ambulatory care, marks out the areas where management of healthcare institutions should focus and give special attention.

Key words: Quality, N. Kano model, attractive quality, ambulatory healthcare services, improvement of healthcare services.

PRIEDAI

Priedas Nr. 1 Anketinė apklausa

Esu Vilniaus Universiteto ekonomikos fakulteto Kokybės vadybos magistro programos studentė. Atlieku tyrimą, kurio pagrindinis tikslas yra įvertinti Lietuvos konsultacinių poliklinikų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, nustatyti svarbiausius pacientų kriterijus renkantis gydymo įstaigą, išskirti teikiamų paslaugų kokybės gerinimo galimybes.

Anketa yra visiškai anoniminė ir jūsų atsakymai bus panaudoti tik atliekamam tyrimui. Klausimynui užpildyti turėtų pakakti 5-10 min. Iš anksto dėkui už nuoširdžius atsakymus ir jūsų sugaištą laiką.

- 1) Kokias sveikatos priežiūros įstaigas dažniau renkatės?
 - Valstybines
 - Privačias

- 2) Kada (dėl kokios priežasties) lankotės sveikatos priežiūros įstaigose?
 - Nesilankau, stengiuosi gydytis pats(pati)
 - Lankausi tik kai turiu nusiskundimų
 - Sveikatą stengiuosi tikrinti profilaktiškai

- 3) Kokia jūsų nuomonė apie Lietuvos valstybines ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigas(konsultacines poliklinikas)?
 - Teigiamą(dirba aukštos kvalifikacijos specialistai, jaučiuosi saugiai ir užtikrintai patikėdama(s) jiems savo sveikatą)
 - Neigiamą(trūksta aukštos kvalifikacijos specialistų, nesijaučiu visiškai saugiai ir užtikrintai patikėdama(s) jiems savo sveikatą)
 - Iš esmės sveikatos priežiūros sistema mūsų šalyje yra neblogo, tačiau yra kur tobulėti
 - Neturiu nuomonės

4. Įvertinkite, šių savybių svarbą teikiant ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas:

Nr.	Savybė	Labai svarbu	Svarbu	Nei svarbu, nei nesvarbu	Nesvarbu	Visiškai nesvarbu
1	Poliklinikos geografinis prieinamumas, artumas	5	4	3	2	1
2	Švara ir higiena poliklinikos patalpose	5	4	3	2	1
3	Tinkamai susitvarkęs ir apsirengęs personalas	5	4	3	2	1
4	Moderniausios ir pažangiausios medicininės įrangos buvimas	5	4	3	2	1
5	Erdvi ir patogios automobilių stovėjimo aikštelės	5	4	3	2	1
6	Galimybė užsiregistruoti konsultacijai internetu	5	4	3	2	1
7	Saugumas patalpose užtikrinamas stebėjimo kameromis	5	4	3	2	1
8	Greitas ir tinkamas atsakymas į paciento užklausas	5	4	3	2	1
9	Gydytojų ir kito personalo kompetencija, profesionalumas	5	4	3	2	1
10	Vizitų realaus laiko atitikimas pagal paskirtą laiką (talonus)	5	4	3	2	1
11	Vizitas įvyksta greitai po registracijos (nedidelės eilės)	5	4	3	2	1
12	Tinkamas, sąžiningas apmokestinimas už paslaugas	5	4	3	2	1
13	Korupcijos ir kyšininkavimo kontrolė (nėra kyšių)	5	4	3	2	1
14	Personalo teikiamos informacijos apie gydymą aiškumas	5	4	3	2	1
15	Poliklinikoje padedant registratūros personalui visada lengvai ir greitai surasti reikalingą informaciją	5	4	3	2	1
16	Konfidencialumas tarp gydytojo ir paciento	5	4	3	2	1
17	Aptarnaujančio personalo mandagumas ir draugiškumas	5	4	3	2	1
18	Gydytojų sugebėjimas tiksliai diagnozuoti ligą	5	4	3	2	1
19	Procedūrų atitikimas saugumo ir higienos standartams	5	4	3	2	1
20	Socialinės diskriminacijos nebuvimas gydymo eigoje	5	4	3	2	1
21	Personalo išskirtinis ir individualus dėmesys kiekvienam pacientui	5	4	3	2	1
22	Malonūs ir šilti santykiai tarp personalo ir pacientų	5	4	3	2	1

5. Įvertinkite savo reakciją, kai:

Nr.		Man tai patinka	Taip ir turėtų būti	Man tai nesvarbu	Galiu su tuo susitaikyti	Man tai nepatinka
1	Poliklinika yra geografiškai arti ir lengvai prieinama	5	4	3	2	1
	Poliklinika yra geografiškai toliau ir sunkiai prieinama	5	4	3	2	1
2	Poliklinikos patalpos yra švarios ir higieniškos	5	4	3	2	1
	Poliklinikos patalpos yra nešvarios ir nehygieniškos	5	4	3	2	1
3	Personalas tinkamai susitvarkęs ir apsirengęs	5	4	3	2	1
	Personalas nėra tinkamai susitvarkęs ir apsirengęs	5	4	3	2	1
4	Poliklinikoje yra pati moderniausia ir pažangiausia medicininė įranga	5	4	3	2	1
	Poliklinikoje medicininė įranga nėra pati moderniausia ir pažangiausia	5	4	3	2	1
5	Poliklinikoje yra patogiai ir talpi automobilių stovėjimo aikštelė	5	4	3	2	1
	Poliklinikos automobilių stovėjimo aikštelė nėra patogiai ir talpi	5	4	3	2	1
6	Galima konsultacijai užsiregistruoti internetu	5	4	3	2	1
	Nėra galimybės konsultacijai užsiregistruoti internetu	5	4	3	2	1
7	Saugumą poliklinikos pastate užtikrina saugos stebėjimo kameros	5	4	3	2	1
	Poliklinikos pastate nėra saugos stebėjimo kamerų	5	4	3	2	1
8	Į paciento užklausas atsakoma greitai ir tinkamai	5	4	3	2	1
	Į paciento užklausas atsakoma lėtai ir netinkamai	5	4	3	2	1
9	Gydytojai ir kitas personalas yra kompetetingi ir profesionalūs	5	4	3	2	1
	Gydytojai ir kitas personalas yra nekompetetingi ir neprofesionalūs	5	4	3	2	1
10	Realus vizitas pas gydytoją įvyksta tuo pačiu laiku, kada ir buvo paskirtas (pagal taloną)	5	4	3	2	1
	Realus vizitas pas gydytoją vėluoja, neįvyksta tuo pačiu laiku kada buvo paskirtas (pagal taloną)	5	4	3	2	1
11	Vizitas įvyksta greitai metu po registracijos(nėra didelių eilių)	5	4	3	2	1
	Vizitas įvyksta negreitai po registracijos(yra didelės eilės)	5	4	3	2	1

Nr.		Man tai , nepatinka	Galiu su tuo susitaikyti	Man tai nesvarbu	Taip ir turėtų būti	Man tai patinka
12	Paslaugos yra apmokestinamos tinkamai ir sąžiningai	5	4	3	2	1
	Paslaugos nėra apmokestinamos tinkamai ir sąžiningai	5	4	3	2	1
13	Vykdoma korupcijos ir kyšininkavimo kontrolė (nėra kyšių)	5	4	3	2	1
	Nėra korupcijos ir kyšininkavimo kontrolės(yra kyšiai)	5	4	3	2	1
14	Personalo teikiama informacija apie gydymą yra aiški	5	4	3	2	1
	Personalo teikiamai informacijai apie gydymą trūksta aiškumo	5	4	3	2	1
15	Reikalinga informacija padedant registratūros personalui yra surandama greitai ir nesunkiai	5	4	3	2	1
	Reikalingos informacijos nepadedant registratūros personalui tenka ieškoti ilgai ir sunkiai	5	4	3	2	1
16	Informacija apie ligą tarp gydytojo ir paciento yra konfidenciali	5	4	3	2	1
	Informacija apie ligą tarp gydytojo ir paciento nėra konfidenciali	5	4	3	2	1
17	Aptarnaujantis personalas yra mandagus ir draugiškas	5	4	3	2	1
	Aptarnaujantis personalas yra nemandagus ir nedraugiškas	5	4	3	2	1
18	Gydytojai sugeba tiksliai diagnozuoti ligą	5	4	3	2	1
	Gydytojai nesugeba tiksliai diagnozuoti ligos	5	4	3	2	1
19	Procedūros atliekamos pagal atitinkamus saugumo ir higienos standartus	5	4	3	2	1
	Atliekamos procedūros neatitinka saugumo ir higienos standartų	5	4	3	2	1
20	Visi pacientai yra lygūs, nejaučiama socialinė diskriminacija	5	4	3	2	1
	Ne visi pacientai yra lygūs, jaučiama socialinė diskriminacija	5	4	3	2	1
21	Personalas teikia išskirtinį ir individualų dėmesį kiekvienam pacientui	5	4	3	2	1
	Nejaučiamas personalo išskirtinis ir individualus dėmesys kiekvienam pacientui	5	4	3	2	1
22	Personalas palaiko malonius ir šiltus santykius su pacientais	5	4	3	2	1
	Santykiai tarp personalo ir pacientų nėra šilti ir malonūs	5	4	3	2	1

6. Jūsų lytis:

- ☐ Vyras
- ☐ Moteris

7. Jūsų amžius:

- ☐ 18-25 m.
- ☐ 26-35 m.
- ☐ 36-45 m.
- ☐ 46-55 m.
- ☐ 56 m. ir daugiau metų

8. Jūsų gyvenamasis miestas:

9. Jūsų išsilavinimas:

- ☐ Nebaigtas vidurinis
- ☐ Vidurinis
- ☐ Profesinis
- ☐ Aukštesnysis
- ☐ Aukštasis

10. Jūsų vidutinės mėnesio pajamos(atskaičius mokesčius):

- ☐ Iki 350 EUR
- ☐ 350 EUR – 600 EUR
- ☐ 601 EUR – 1000 EUR
- ☐ Daugiau nei 1000 EUR