

VILNIAUS UNIVERSITETAS
EKONOMIKOS IR VERSLO ADMINISTRAVIMO FAKULTETAS
VADYBOS KATEDRA

KOKYBĖS VADYBA

Julijos Vitko

MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

TECHNINĖS IR FUNKCINĖS KOKYBĖS ĮTAKA IŠORINIAM PASLAUGŲ EFEKTYVUMUI PRIVAČIOSE SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE	THE INFLUENCE OF TECHNICAL AND FUNCTIONAL QUALITY ON THE EXTERNAL EFFECTIVENESS OF SERVICES IN PRIVATE HEALTH CARE INSTITUTIONS
--	--

Darbo vadovas: dr. Darius Ruželė

Vilnius, 2023

„External effectiveness is a measure of business performance reflecting the client’s judgement of satisfaction, service quality, future purchase intentions and willingness to recommend the service firm to others.“

[Paulin, M.](#), [Ferguson, R.J.](#) and [Alvarez Salazar, A.M.](#) (1999), "External effectiveness of service management A study of business-to-business relationships in Mexico, Canada and the USA", *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 10 No. 5, pp. 409-429. <https://doi.org/10.1108/09564239910288950>

TURINYS

ĮVADAS	6
1. LITERATŪROS APŽVALGA	11
1.1 LITERATŪROS PAIEŠKOS PRINCIPAI	11
1.2. PASLAUGŲ KOKYBĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOJE SAMPRATA IR TEORINIS PAGRINDIMAS.....	11
1.3. PACIENTŲ NUOMONĖS SVARBA VERTINANT MEDICINOS PASLAUGŲ KOKYBĘ	19
1.4. PACIENTŲ APKLAUSOS, ATLIKTOS LIETUVOJE IR UŽSIENYJE	21
2. PASLAUGŲ TEIKIMO KOKYBĖS REGULIAVIMĄ IR PACIENTO TEISES APTARIANTYS ĮSTATYMAI.....	24
2.1. PASLAUGŲ TEIKIMO KOKYBĘ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE REGLAMENTUOJANTYS LIETUVOS RESPUBLIKOS ĮSTATYMAI.....	24
2.2. PACIENTO TEISIŲ UŽTIKRINIMO ĮSTATYMININĖS NUOSTATOS	29
3. TECHNINĖS IR FUNKCINĖS KOKYBĖS ĮTAKOS IŠORINIAM PASLAUGŲ EFEKTYVUMUI VERTINIMO TYRIMO METODOLOGIJA	32
3.1 TYRIMO METODOLOGIJOS PAGRINDIMAS	32
3.2.TYRIMO PLANAVIMAS	38
3.3. TIRIAMOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOS VEIKLOS APŽVALGA	39
3.4. TYRIMO IMTIES SUDARYMAS.....	41
3.5. TYRIMO INSTRUMENTARIJUS	43
3.6. EMPIRINIO TYRIMO REZULTATŲ ANALIZĖ.....	45
3.6.1. APRAŠOMOJI IMTIES STATISTIKA.....	45
3.6.2. APRAŠOMOJI DUOMENŲ STATISTIKA	48
3.6.3. REGRESINĖ ANALIZĖ	53
3.6.4. KOKYBINIO TYRIMO ANALIZĖ	57
4. REZULTATŲ INTERPRETAVIMAS	60
IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS	65
LITERATŪROS SĄRAŠAS	67
ĮSTATYMŲ IR KITŲ TEISINIŲ DOKUMENTŲ SĄRAŠAS.....	78
SANTRAUKA.....	80
SUMMARY	81
PRIEDAI.....	82
1. PRIEDAS. TYRIMO ANKETA	82

Lentelių sąrašas

1 lentelė. *Moterų ir vyrų dalyvavusių apklausoje pasiskirstymas*

2 lentelė. *Respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes bei darbo stažas sveikatos priežiūros įstaigoje ir šioje įstaigoje*

3 lentelė. *Respondentų klausimyno konstrukty patikimumo vertinimo rodikliai*

4 lentelė. *Respondentų techninės paslaugų kokybės vertinimo*

5 lentelė. *Respondentų funkcinės kokybės vertinimo vidurkiai*

6 lentelė. *Respondentų išorinio efektyvumo vertinimo vidurkiai*

7 lentelė. *Ir techninės ir funkcinės kokybės įtakos teigiamam apklaustųjų išoriniam efektyvumui, koeficientų reikšmės*

8 lentelė. *Ir techninės, ir funkcinės paslaugų kokybės teigiamos įtakos, kad respondentai rekomenduotų medicinos įstaigą savo draugams/ artimiesiems, koeficientų reikšmės*

9 lentelė. *Ir techninės, ir funkcinės paslaugų kokybės teigiamos įtakos, tam, kad respondentai rinktųsi šią medicinos įstaigą koeficientų reikšmės*

11 lentelė. *Ir techninės, ir funkcinės paslaugų kokybės teigiamos įtakos, kad medicinos įstaigoje bendra gydymo ir paslaugų kokybė yra aukšta, koeficientų reikšmės*

12 lentelė. *Hipotezių apibendrinimas*

Paveikslų sąrašas

1 paveikslas. *Ferguson sveikatos priežiūros kokybės vertinimas*

2 paveikslas. *Empirinio tyrimo eiga*

3 paveikslas. *Autorinio tyrimo konceptualus modelis*

4 paveikslas. *Apklaustos dalyvių pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą, procentais*

5 paveikslas. *Respondentų pasiskirstymas pagal darbo patirtį viešoje ir privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje, procentais*

IVADAS

Sveikatos priežiūra Lietuvoje – vienas iš opiausių, nuolat diskutuojamų bei analizuojamų klausimų visuomenėje, politikų bei mokslininkų terpėje, tad laiko perspektyvoje kokybės klausimui skiriamas vis didesnis dėmesys. Pacientai, besidomintys sveikatos ir jos priežiūros klausimais, turi pagrįstų kokybiškos ir efektyvios sveikatos priežiūros sistemos veikimo lūkesčių, atitinkamai jie tikisi aukštesnės kokybės ir tarptautinius standartus atitinkančios sveikatos priežiūros ir jos prieinamumo savo šalyje.

Medicinos paslaugų kokybės poreikį įtakoja ir kiti šiuolaikinėms visuomenėms aktualūs jų raidos veiksniai – tobulėjančios medicininės technologijos, senėjančioje visuomenėje dažnėjantys lėtiniai susirgimai ir augantis finansinių išteklių poreikis užtikrinti sistemos veikimą. Greta visuomenės sveikatos užtikrinimo ir šios srities paslaugų teikimo ne mažiau svarbus yra poreikis kiek galima optimaliau ir efektyviau panaudoti ribotas valstybės lėšas sveikatos sektoriui finansuoti, siekiant maksimaliai užtikrinti naujausiais mokslo pasiekimais pagrįstų sveikatos paslaugų savalaikio teikimo. Abejones, o kai kada nepasitikėjimą ir žinojimą apie ribotą paslaugų prieinamumą viešajame sveikatos sektoriuje sąlygojo tai, kad nemaža dalis pacientų yra linkę kreiptis į privačias sveikatos priežiūros įstaigas. Jų skaičius per pastaruosius tris dešimtmečius sparčiai augo, susikūrė verslo principais veikiančios privataus sektoriaus įstaigos, teikiančios medicininių paslaugų visumą ar siaurai specializuotas paslaugas. Privatusis sektorius greičiau nei viešasis įsidiegė aukščiausius paslaugų kokybės standartus ir juos taiko kasdieniame savo darbe. Todėl ir viešasis sektorius turėtų vyti vis augančius standartus, prisitaikydamas prie besikeičiančios aplinkos.

Problema ir jos aktualumas

Sveikatos priežiūros kokybė, jos valdymas tampa vienu iš svarbiausių sveikatos priežiūros prioritetų Lietuvoje ir kitose Europos bei pasaulio šalyse (Bubnienė D., Ruževičius J., 2010). Kai sveikatos priežiūros įstaigų veikimas yra daugiaplanis, jos teikia sveikatos priežiūros paslaugas, užtikrindamos ligų prevenciją, gyventojų sveikatos kokybę, visos visuomenės gerovę (Štaras K. ir kt., 2013).

Nors pacientams yra užtikrinama teisė į saugias medicinos paslaugas (kai saugumas yra paslaugų kokybės pagrindas) (Kasinskienė A., Ruževičius J., 2011) vis tik vienareikšmiškai apibrėžti, kas yra kokybiška sveikatos priežiūros paslauga, nėra paprasta, o ir pati kokybės samprata yra labai plati. Bendrinuose apibrėžimuose, kuriuose dažniausia yra pabrėžiama vartotojų poreikių

tenkinimas bei atitikimas reikalavimams, labiausiai atspindi kokybiškos paslaugos sampratą, kuri gali būti taikoma sveikatos paslaugų sektoriui vertinti. Mokslininkai sutinka, kad kokybiška sveikatos priežiūra neturėtų būti apibrėžiama tik pagal galutinio rezultato kokybę. Svarbi tampa ir kokybė paslaugos teikimo metu – gydymo eigoje, kuri lyginama su paciento lūkesčiais, o sveikatos priežiūros paslaugų savitumas ir asmeninis aktualumas įgalina tikėtis aukščiausios galimos jos kokybės visuose sveikatos paslaugų teikimo lygmenyse (Kasinskienė A., Ruževičius J., 2011). Siekiant kokybės sveikatos paslaugų sektoriuje, viena vertus yra būtina rinkti informaciją apie pacientų norus, lūkesčius ir reikalavimus (Rashid W. E. W., Jusoff H. K., 2008), o kita vertus, kreipti dėmesį į paslaugas teikiančio personalo nuomonę (Bučiūnienė I. ir kt., 2004). Kiek pacientas bus patenkintas gautomis paslaugomis, labai priklauso nuo personalo, t. y. vartotojui (pacientui) teikiamų paslaugų kokybė labai priklauso nuo to, kaip personalas atlieka savo funkcijas. Todėl yra svarbi kokybiška personalo vadyba, apimanti motyvaciją, informacijos valdymą, personalo mokymus, jų karjeros planavimą, žmogiškųjų išteklių pritraukimą ir kokybiškam paslaugų teikimui reikalingų žmonių komandos subūrimą (Zeithaml V. A., Bitner M. J. (1996). Taip pat yra pastebėta tendencija, kad pacientai vertina gautas medicinos paslaugas geriau nei tos pačios įstaigos medicininis personalas, kuris kritiškiau žvelgia į savo darbo aplinką, infrastruktūrą ir teikiamas paslaugas (Kasinskienė A., Ruževičius J., 2011). Paslaugų vertinimas, kuris tiesiogiai siejamas su paslaugų valdymu, yra būtinas siekiant jų tobulinimo ir tuo pačiu pacientų pritraukimo, o tai savo ruožtu įstaigai suteikia konkurencinio pranašumo. Paslaugų kokybė yra pripažįstama efektyvia, kai klientai (pacientai) vertina bendrąją paslaugų kokybę mažiausiai kaip „gerai“, paslaugų gavėjai turi būti patenkinti gautomis paslaugomis ir yra linkę rekomenduoti įstaigą kitiems (savo pažįstamų ratui), taip pat yra linkę įsigyti papildomas paslaugas iš pačios įstaigos -taip R. J. Ferguson (1999) apibrėžė išorinį efektyvumą - *External effectiveness*. Konkurencinis pranašumas šioje paslaugų (verslo) sferoje gali būti įgyjamas tobulinant funkcinis ir techninius kokybės aspektus, efektyviau atliekant papildomas paslaugas ir mažinant atotrūkį tarp pacientų (klientų) ir medicinos personalo turimos nuomonės apie paslaugų funkcinę ir techninę kokybę ir jų įtaką išoriniam efektyvumui.

Šio darbo naujumą sudaro keli segmentai:

1. Pasirinkta specifinė informantų grupė - tai profesionaliai medicinos paslaugų kokybės sąvoką suprantantys medicinos įstaigos darbuotojai, kurie tuo pačiu yra ir analizuojamos medicinos įstaigos pacientai. Dažniausiai panašaus pobūdžio tyrimuose yra analizuojamos ir lygiamos dvi grupės – personalas ir pacientai arba tiriama kiekvienos iš grupių nuomonė. Kas yra svarbu tyrimui, kad dauguma tiriamo medicinos personalo ir įstaigos darbuotojų (ir kaip įstaigos pacientai) turi

patirties dirbant skirtingose viešojo ir privataus sektoriaus medicinos įstaigose, kas leidžia plačiau matyti medicinos paslaugų teikimo lauką ir vertinti jį iš skirtingų patirčių.

2. Lietuvoje tyrėjai yra ne kartą taikę R. J. Ferguson ir jo bendraautorių modelį medicinos paslaugų kokybei vertinti, tačiau nebuvo keliami klausimai dėl šio modelio tinkamumo ir klausimų/atsakymo koreliacijos šio modelio dalyse, skirtose funkcinėi ir techninei medicinos kokybei bei jų įtakos išoriniam efektyvumui tirti. Analizuojama ar plačiai naudojamas *Ferguson* paslaugų kokybės ir vertinimo modelio klausimynas tebėra aktualus ir pagrįstai gali būti taikomas medicinos paslaugų kokybei analizuoti aukštus paslaugų kokybės standartus įsidiegusioje medicinos įstaigoje. Medicinos paslaugų kokybės tyrimo instrumentų patikimumo įvertinimas yra itin svarbus, nes medicinos paslaugų kokybė yra susijusi su pacientų teisėmis į saugias medicinos paslaugas, o kokybės gerinimo procesas nėra baigtinis. Tuo pagrįstas ir įstaigos tyrimui pasirinkimas – tai privati medicinos įstaiga įsidiegusi aukščiausius kokybės standartus.

Darbo tyrimo objektas - techninės ir funkcinės kokybės įtakos išoriniam paslaugų efektyvumui privačiose sveikatos priežiūros įstaigose vertinimas, taikant R.J.Ferguson medicinos paslaugų kokybės vertinimo modelį ir jo tinkamumo, tokiam vertinimui atlikti, analizė.

Magistrinio darbo tikslas – atlikus mokslinės literatūros analizę paslaugų kokybės sveikatos priežiūros įstaigose tematika, įvertinti techninės ir funkcinės kokybės įtaką išoriniam paslaugų efektyvumui privačiose sveikatos priežiūros įstaigose bei patikrinti gana plačiai taikomo Ferguson modelio tinkamumą, vertinant medicinos paslaugų kokybę.

Minėtam tikslui pasiekti numatomi šie **uždaviniai**:

1. Atlikti mokslinės literatūros paslaugų kokybės sveikatos priežiūros įstaigose tematika analizę ir apibendrinti funkcinės ir techninės medicinos paslaugų kokybės ir išorinio efektyvumo sampratą;
2. Remiantis išanalizuota moksline literatūra nustatyti sąsajas tarp funkcinės ir techninės medicinos paslaugų kokybės bei išorinio efektyvumo;
3. Atlikti Lietuvos Respublikos ir aktualių tarptautinių teisės aktų, reglamentuojančių paslaugų kokybę medicinos įstaigoje analizę.
4. Parengti tyrimo koncepcinį modelį (pagal R. J. Ferguson klausimyną), leidžiantį analizuoti funkcinės ir techninės medicinos paslaugų kokybės įtaką išoriniam paslaugų efektyvumui pasirinktoje privačioje medicinos įstaigoje.
5. Išanalizuoti pasirinktos privačios medicinos paslaugų įstaigos veiklą ir teikiamų paslaugų spektrą.

6. Įvertinti R.J. Ferguson ir bendraautorių sukurto modelio tinkamumą, medicinos paslaugų kokybei vertinti.

Magistro darbe naudojami metodai

- 1) *Mokslinės literatūros analizė* -skirta išanalizuoti ir aibrėžti medicinos paslaugų techninės ir funkcinės kokybės įtaką išoriniam paslaugų efektyvumui, įvertinti pacientų (kurie tuo pačiu metu yra ir įstaigos darbuotojai) nuomonės svarbą medicinos paslaugų kokybės vertinimui, parengti koncepcinį tyrimo modelį.
- 2) *Anketinė apklausa* buvo skirta surinkti tyrimui reikalingus kiekybinius duomenis. Anketinė apklausa sudaryta remiantis R.J. Ferguson klausimynu - modeliu. Empirinio tyrimo atlikimui pasirinktas kiekybinis momentinis tyrimas, jis pasirinktas dėl jo nedidelės trukmės ir ekonomiškumo, bet ir didelės imties. Tyrimui atlikti buvo iš anglų kalbos išverstas klausimynas. Buvo vykdoma tikslinė anketuojamų asmenų atranka. Apklausa buvo vykdoma virtualiai, interneto svetainėje www.manoapklausa.lt. Kadangi autorė dirba pasirinktoje tirti sveikatos priežiūros įstaigoje, anketa buvo dalinama tarp kolegų. Svarbu pabrėžti, kad tiriamą grupę yra savita – tai įmonės darbuotojai, kurie dėl palankios skatinamosios privačios medicinos įstaigos politikos visi yra ir įstaigos, kurioje dirba pacientai (t.y. naudojami joje teikiamomis medicinos paslaugomis). Šis pasirinkimas išskirtinis, nes dažniausiai yra tiriamas atskirai medicinos personalo ir atskirai pacientų grupė (pvz. I. Bučiūnienė ir kt., 2004), o gauti rezultatai lyginami. I. Bučiūnienė ir kt. (2004) atkreipė dėmesį, kad pacientai dėl nepakankamų žinių negali objektyviai įvertinti gydymo bei medicinos įrangos efektyvumo. Pasirinktu tyrimui atveju, pacientai tuo pačiu yra savo sryties profesionalai, turintys reikiamų kompetencijų gilesniam paslaugų kokybės vertinimui. Nustačius, kad Fergusono klausimynas— modelis yra validus, tiriant techninės ir funkcinės paslaugų kokybės įtaką išoriniam efektyvumui, tačiau atliekant regresinę analizę buvo atmesta viena iš tyrimo subhipotezių (H2), dėl to kilo mintis giliau paanalizuoti tiriamos įstaigos vadovų požiūrį į Ferguson modelio- klasimyno struktūrą. Buvo atlikta tiriamos įstaigos vadovų nuomonės kiekybinis tyrimas, pateikiant jiems atvirus klausimus.
- 3) *Statistiniai kiekybinių duomenų apdorojimo metodai*: aprašomoji statistika, regresinė analizė, Cronbach's Alpha konstrukto tinkamumo įvertinimui, tyrimo metu surinktų duomenų interpretavimui ir išsikeltų hipotezių tikrinimui.

Magistro darbo struktūra. Darbą sudaro keturi skyriai, įvadas ir išvados, santraukos lietuvių ir anglų kalbomis, taip pat pateikiami lentelių, paveikslų bei literatūros sąrašai. Darbo priede yra pateikiamas tyrime taikytas R.J Ferguson modelis, jo vertimas į lietuvių kalbą. Pirmajame skyriuje yra aptariama techninės ir funkcinės paslaugų kokybės samprata bei išorinio paslaugų efektyvumo apibūdinimas, paslaugų kokybės specifiškumas, teikiant medicinos paslaugas. Šiame skyriuje trumpai pristatyti mokslininkų taikomi medicinos paslaugų vertinimo modeliai. Antrajame skyriuje aptariami Lietuvos Respublikos (integruojantys Europos Sąjungos) įstatymai, reglamentuojantys medicinos paslaugų kokybės diegimą šalyje, paslaugų efektyvumo rodiklius ir jų nustatymą. Trečiajame skyriuje aprašomas tyrimo modelis ir argumentuojamas jo pasirinkimas, pateikiama tyrimo metodologija. Ketvirtas skyrius skirtas atlikto empirinio tyrimo duomenų analizei ir apibendrinimams, vedantiems prie magistro darbo išvadų .

Raktažodžiai: medicinos paslaugų kokybė, funkcinė kokybė, techninė kokybė, išorinis efektyvumas (angl. *External effectiveness*), R.J. Ferguson ir kt. modelis, medicinos paslaugų kokybė privačioje medicinos įstaigoje.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1 Literatūros paieškos principai

Mokslinė literatūra analizuojama pagrindine (darbo objekto) ir gretutinėmis ar susijusiomis temomis. Literatūros buvo ieškoma mokslinėse duomenų bazėse (pvz. JSTOR, academia.edu, Lituanistica, VU bibliotekos VU darbuotojų publiakcijų bazėje), taip pat atviros prieigos leidiniuose bei elektroninėse leidinių talpyklose (GOOGLE Sholar ir GOOGLE Books). Buvo ieškoma straipsnių ir kito pobūdžio publikacijų susijusių su medicinos paslaugų kokybe – funkcinė ir techninė, jos įtaka išoriniam paslaugų efektyvumui, pacientų nuomonę apie suteiktas medicinos paslaugas ir jos skirtumus nuo medicinos personalo vertinimų, R.J. Ferguson modelį ir kitas apklausų formas bei jų rezultatus, tyrimų aptariančių teisinę bazę aktualią analizuojamai temai.

Atskirai buvo renkami su medicinos paslaugų teikimo ir vertinimo kokybe susiję tarptautiniai ir Lietuvos respublikos teisės aktai. Tarptutiniu mastu galiojantys teisės aktai rasti Europos komisijos, Pasaulio sveikatos organizacijos oficialiose internetinėse svetainėse. Lietuvoje galiojantys teisės aktai rasti: Sveikatos apsaugos ministerijos, Aplinkos ministerijos, Lietuvos Respublikos Seimo oficialiose internetinėse svetainėse. Anksčiausi teisės aktai buvo publikuoti „Valstybės žiniuose“.

Informacija apie analizuojamą privačią medicinos įstaigą imta iš Įstaigos interneto svetainės, bei Įstaigos administracijos pateiktų metinių ataskaitų.

1.2. Paslaugų kokybės sveikatos priežiūros sistemoje samprata ir teorinis pagrindimas

„Sveikatos priežiūros kokybė – tai laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę asmenims ir visuomenei“ (Crossing the Quality ...). Tai vienas iš daugelio galimų sveikatos paslaugų kokybės vertinimo plačiame poveikio visuomenei kontekste, kurį siūlo taikyti JAV Medicinos institutas. Nėra unifikuoto ir visuotinai taikomo bendrojo sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimo ar vienodų visuotinai taikomų jos vertinimo modelių. Skirtingi mokslininkai pabrėžia gana skirtingus aspektus ar pagrindinius kokybę apibūdinančius požymius ir jų vertes, tačiau pagrindiniai ir svarbiausi principai yra bendri kone visose kokybės teorijose.

D. Berwick (1996) nuomone, sveikatos priežiūros kokybę bendrai nusako keli aktualūs principai: 1. Nėra nesvarbių sveikatos priežiūros sistemos dalių, kurių kokybė galėtų būti neaktuali, kas reikštų, jog kokybė yra būtina ir stebėtina kiekviename iš sveikatos priežiūros paslaugų teikimo etape. 2. Žema kokybė visada yra brangi. 3. Paciento poreikiai nuolat kinta ir kiekvienam iš šių poreikių būtinas dėmesys. 4. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės procese dalyvauja visi darbuotojai, visas įstaigos personalas. 5. Įstaigos privalo susitelkti ties nuolatinių sveikatos paslaugų kokybės gerinimu ir šis procesas turi būti įstaigos veikimo rutina (D. Berwick, 1996). J. Thompson (2008) kokybę medicinoje bando apibrėžti per tiesioginių gydymo ir sveikatos priežiūros paslaugų prizmę. Jis teigia, kad kokybė yra optimaliai pasiektas kiekvieno paciento rezultatas, gydytojo sukeltų komplikacijų nebuvimas, taip pat ir dėmesys pacientui bei jo šeimai. Sveikatos paslaugų teikimas turi būti dokumentuotas ir atliktas taip, kad būtų pasiektas didžiausias efektyvumas mažiausiomis sąnaudomis.

J. Juran (1995) bendrąja prasme kokybę apibrėžė kaip produkto ar paslaugos „tinkamumą vartoti“ – kai produktas ar paslauga geba patenkinti tikruosius vartotojo poreikius, atitinka jų lūkesčius. Tokiu atveju vienu svarbesnių kokybės vertinimo dėmenų tampa vartotojų nuomonė ir aiškus suvokimas, kurį privalo turėti paslaugos teikėjas – kas yra jo paslaugos vartotojas ir ko jis iš tiesų nori/tikisi iš teikiamų/įsigyjamų paslaugų. Šį požiūrį į kokybės sampratą, puikiai tinkančią vertinant paslaugų kokybės verifikavimą medicinoje, J. Juran (1995) pagrindė trimis svarbiais tarpusavyje susijusiais vadybiniais žingsniais: kokybės kontrolę, kokybės gerinimą ir kokybės planavimą.

Daugelio tyrinėtojų (M. Ente ir S. Ukpe, 2022) pastebimas poreikis gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir slaugos kokybę yra nulemtas technologinio augimo, esančių politinių, kultūrinių, socialinių ir institucinių veiksnių¹ (Jamison ir kt., 2006). Kalbant apie medicinos paslaugų kokybę vis tik sulygstama, kad ne tik Lietuvos, bet ir užsienio neturi vieno paslaugų kokybės medicinoje apibrėžimo. Tačiau visose apibrėžtyse akcentuojami pokyčiai, kuriuos sukelia tobulinimas, suprantant, kad visi patobulinimai reikalauja pokyčių, bet ne visi pokyčiai vienareikšmiškai veda į tobulėjimą. Tam reikia naudoti tinkamus metodus, priemones ir veiksnius, kurie efektyviausia atveda prie tobulėjimo, pagrįsto patikimomis mokslo žiniomis ir geriausiais klinikiniais įgūdžiais (T. Speroffir ir kt. 2004). Pasak Medicinos instituto (1990),

kokybė apibrėžiama kaip „laipsnis, kuriam esant sveikatos paslaugos teikiamos asmenims padidina tikimybę gauti norimus sveikatos rezultatus ir atitinka esančias profesines medicinos žinias“. Aukštos kokybės sveikatos paslaugos reiškia žalos mažinimą ir išteklių naudojimą, būtinai suteikiant tinkamą priežiūrą tinkamu laiku, tenkinant paslaugų vartotojų poreikius. Siekiant užtikrinti sveikatos paslaugų kokybę ir tai, kad pacientams teikiama priežiūra ir paslaugos atitinka septynis pagrindinius kokybės kriterijus, tikimasi, kad sveikatos priežiūros darbuotojai, ypač gydytojai, aiškiai supras galiojančią praktiką, ir galės įvertinti tai, ar yra geresnių priežiūros teikimo būdų ir paslaugų (E. Manias, 2011).

Remiantis Ch. Ente ir M. Ukpe (2022) išskiriami septyni pagrindiniai kokybės kriterijai, kuriuos iškelia tarptautinės sveikatos apsaugos srityje dirbančios organizacijos (PSO, Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija, Pasaulio bankas) yra:

1. Paslaugų saugumas.
2. Paslaugų veiksmingumas.
3. Paslaugų orientavimas į pacientą.
4. Paslaugų efektyvumas.
5. Paslaugų savalaikiškumas.
6. Paslaugų teisingumas.
7. Priežiūros paslaugų integravimas.

Ch. Ente ir M. Ukpe (2022) analizuodami sveikatos paslaugų kokybę išskyrė šiuos esminius jos komponentus:

- I. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sistema sukurta, siekiant pagerinti priežiūrą ir paslaugas sveikatos paslaugų srityje ir įprastai apima: 1. kokybės planavimą, 2. kokybės kontrolę, 3. kokybės užtikrinimą, 4. kokybės gerinimą. Veiksminga medicinos paslaugų kokybės valdymo sistema yra ta, kuri sukurta remiantis pažangiomis žiniomis ir supratimu, kada ir kaip naudoti kiekvieną iš keturių komponentų, išlaikant jų pusiausvyrą. Be pagrindinių planavimo, kontrolės, užtikrinimo ir tobulinimo elementų, paslaugų kokybės sistema reikalauja visos mokymosi sistemos. Paslaugų kokybės sistemos sėkmė taip pat priklauso nuo vadovavimo (administracinio palaikymo), mokymosi kultūros, personalo turimų įgūdžių ir kitų veiksnių, leidžiančių tobulėti (Jones et al. 2021). Kai:

Kokybės planavimas apima pacientų, paslaugų vartotojų ir pacientų poreikių supratimą, gyventojų skaičių ir intervencijų, struktūrų ir procesų kūrimą, remiantis įrodymais ir siekiant patenkinti esančius poreikius.

Kokybės kontrolė reikalauja sukurti gerą sistemą, kuri leistų nuolat vertinti ir valdyti priežiūros ir paslaugų kokybę ir stebėti paslaugų teikimo efektyvumą realiuoju laiku, lyginant rezultatus pagal sutartus standartus.

Kokybės užtikrinimas apima priežiūros ir paslaugų auditą, siekiant patikrinti, ar suderinti standartai arba laikomasi reikalavimų, įskaitant pakartotinį auditą, jei būtina, siekiant patvirtinti atitiktį. Tai taip pat apima apklausas, standartų patikrinimus ir klinikinių incidentų ataskaitų analizę.

Kokybės gerinimas apima sisteminių ir taikomąjį požiūrį, kuris sieja konkrečius metodus ir priemones, jų naudojimą, siekiant nuolat gerinti priežiūros, paslaugų ir jų rezultatų kokybę bei efektyvumą.

Gerai žinoma, kad sveikatos priežiūra yra vienas iš pagrindinių sektorių, būtinų užtikrinant socialinę ir ekonominę šalies raidą. Šalis negali veiksmingai spręsti plataus masto socialinių ir ekonominių problemų, nesuteikdama savo piliečiams kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų. Be to, sveikatos priežiūros sistema pati savaime negali tapti veiksmingesnė, nepatobulinus jos struktūros ir organizacijos. Dėl to užsienio tyrėjai naujausiuose tyrimuose siekiant medicinos paslaugų kokybės imasi analizuoti sveikatos paslaugų strateginę vadybą ir sveikatos ekonomikos veikimą. M. Chletsos ir A. Saiti (2019) tokį tyrimą atlikę remdamiesi ligonine kaip pagrindiniu ir svarbiausiu sveikatos priežiūros padaliniu sveikatos priežiūros sistemoje. Vadinas, vadybos ir ekonominės analizės taikymas leistų sklandžiau ir efektyviau funkcionuoti paslaugų teikimui ligoninėje. Jų teigimu, nemažas iššūkis yra ligoninėse turėti organizacinius ir funkcinus padalinius, kurie diegia išorinės aplinkos standartus ir naujoves. Greiti pasaulinės socialinės ir ekonominės aplinkos pokyčiai kartu su persigrupavimu sveikatos priežiūros padalinių vidinėje aplinkoje (pvz., informacinių technologijų raida, nauji darbo metodai) reikalauja labiau strateginio požiūrio. Strateginis valdymas taip pat ir medicinos paslaugų teikimo sferoje sprendžia iššūkius, kaip viešojo ar privataus sektoriaus įstaiga gali veikti konkurencingoje rinkoje bei sukurti pagrindą sėkmingai veiklai.

Lietuvos tyrėjai neretai atkreipia dėmesį į mažiau Vakarų tyrimuose pabrėžiamą pakankamo viešojo sektoriaus sveikatos priežiūros sistemos finansavimo aspektą, kaip svarbų

dėmenį paslaugų kokybės ir ją užtikrinti. Fiksuojamas tiesioginis ryšys tarp sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir sveikatos priežiūros finansavimo – nepakankamas sveikatos priežiūros sistemos finansavimas sąlygoja nekokybišką sveikatos priežiūrą ir šios srities paslaugas, o nekokybiška sveikatos priežiūra organizacijoje – blogą jos finansavimą (Janušonis V. 2004). Sveikatos priežiūros kokybė – tai tinkamų žmonių (profesionalų) tinkamu laiku teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos ir tai daroma teisingai, gerinant sveikatos būklę ir gyvenimo kokybę ir ilginant gyvenimo trukmę. A. Kosinskienė ir J. Ruževičius (2011) išskiria šiuos pagrindinius veiksnius, kurie turi įtakos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei: 1) Institucijos veiklos vadybos lygis; 2) Gydomo priemonių ir būdų šiuolaikiškumas; 3) Medikų kvalifikacijos kėlimo sistemos veiksmingumas; 4) Profesiniai tarptautiniai mainai 5) Skaidri sveikatos priežiūros darbuotojų motyvavimo sistema. Šiuose teiginiuose kiek kitaip nei užsienio tyrėjų yra pabrėžiamas ir pačios sveikatos sistemos veikimo tarptautiškumas, prisidedantis prie paslaugų kokybės, ir jos siekimui svarbių dėmenų apskaitos informacija, kvalifikacijos keitimo ir naujausių mokslo pasiekimų taikymo.

Pasak A. Šimkaus ir L. Pilelienės (2010), nagrinėjusių sporto paslaugų kokybės vertinimo teorinius aspektus, paslaugų kokybę sunku apibrėžti, nes ji gali būti ir objektyvi, ir subjektyvi. Šis pastebėjimas itin gerai tinka vertinant ir sveikatos paslaugų kokybę ir jų efektyvumą. Šie autoriai objektyvią kokybę sieja su išoriniais apčiuopiamais dalykais, kuriuos galima išmatuoti, o objektyvumą sustiprina duomenys, klaidos ir trūkumai ar sugaištas laikas, sąnaudos ir kiti veiksniai. Tuo tarpu, kai kokybė vertinama subjektyviai, ji yra veikiamą vartotojo vaizduotės, asmeninių išgyvenimų ir ankstesnių patirčių, emocijų, lūkesčių ir panašiai. Autoriai teigia, kad kokybės sampratos grandinei svarbūs trys jos aspektai:

1. Kokybė parodo, kokių lygiu įstaigos paslaugos atitinka vidines technines sąlygas.
2. Leidžia įvertinti paslaugos kūrimo kokybę.
3. Kokybė rodo, kiek teikiamos paslaugos atitinka vartotojo poreikius.

D. Jankauskienės ir R. Rastausko (2008) teigimu, kokybė pasiekiamą remiantis tyrimais. Sveikatos priežiūroje atliekamos intervencijos turi būti grindžiamos moksliskai. Mokslininkų teigimu labai svarbu nenustoti tikrinti, ar teikiamos rekomendacijos yra tinkamos sveikatos priežiūrai apskritai.

Pasak K. Kundelienės (2006), gera ar puiki teikiamos paslaugos kokybė bus tada, kai ji atitiks vartotojo reikalavimus, kitaip sakant patenkins vartotojo lūkesčius. V. Jurkuvėnas (2011) atkreipia dėmesį į tai, kad sveikatos priežiūra yra ypatinga ir išskirtinė sritis, todėl šioje srityje yra suprantamas visų be išimties noras gauti aukštos ar net maksimaliai galimos kokybės paslaugas. V. Janušonis ir J. Popovienė (2004) pateikia šiuos kokybės apibrėžimus: „kokybė – tai produkto ar paslaugos ypatumų ir charakteristikų visuma, suteikianti galimybę patenkinti išreikštus arba menamus poreikius“. Kokybė yra matoma kaip objektyvus daikto ar reiškinių apibūdinimas tam tikrai rūšiai būdingais esminiais požymiais, kai galima tikrovės rūšinė įvairovė. Tai pagal pagrindinę paskirtį naudojamos produkcijos ypatybių/charakteristikų, leidžiančių patenkinti tam tikrus poreikius, visuma. Pasak minėtų autorių sveikatos priežiūros kokybė priklauso nuo sveikatos priežiūros finansavimo, autoriai pabrėžia tiesioginį ryšį tarp paslaugų finansavimo ir jų kokybės, taip pat ir atgalinį ryšį, kai mažesnis nepakankamas finansavimas tiesiogiai atliepia teikiamų paslaugų kokybę ir spektrą. Būtent sveikatos paslaugų sektoriuje tinkamo finansavimo aspektas yra itin svarbus.

Gana ilgą laiką suvokimas apie paslaugų kokybę sveikatos sektoriuje buvo vertinamas pagal pacientų vertinimus ir jų nuomonę apie gautas paslaugas, paliekant nuošalėje paslaugas teikiančią ir įstaigos darbą organizuojančią personalą. Taip pat esame aptarę, kad šiame tyrime motyvuotai renkamės sveikatos paslaugų kokybę vertinti per mažiau tirtą sveikatos paslaugų aktyvių teikėjų – medicinos personalo (įtraukiant ir įstaigos administraciją požiūrį), taip tikintis turėti visuminį sveikatos paslaugų kokybės vaizdą, į ką jau yra atkreipę dėmesį ir lietuvių tyrėjai. Tačiau, tiriamo medicinos paslaugų centro atveju dėl palankios darbuotojų skatinimo politikos, absoliuti dauguma įstaigos darbuotojų yra ir šios medicinos įstaigos klientai/ pacientai. Tad jų apklausa iš esmės rodo abiejų sąveikaujančių pusių nuomonę. Būtent medicinos personalo požiūrio į kokybišką medicinos paslaugą kontekste yra aktualūs Cheng Lim P. ir kt. (1999) išskirti kokybiškos paslaugos vertinimo medicinos įstaigose aspektai: techninis aspektas ir tarpasmeninis aspektas. Techninis aspektas – daugiausia apima medicinos personalo kompetenciją (darbuotojų kruopštumą, klinikinius ir operatyvinius gydytojų įgūdžius, jų darbo rezultatus). Šiam aspektui prižiūrėti ir vertinti sveikatos priežiūros įstaigose turėtų būti atliekamas vidinis auditas, taip pat galima savirefleksijos forma – gydytojų susirinkimai, kuriuose nagrinėjamas sergamumas, mirtingumas, analizuojami išskirtinių ligų atvejai, taip norint pagerinti diagnostikos tikslumą. Tarpasmeninis aspektas – apima paslaugų žmogiškąją pusę ir tarpusavio ryšius tarp pacientų ir

medicinos personalo, pavyzdžiui, diagnozės ir gydymo išsamus apibūdinimas, informacijos suteikimas, pagarba, mandagumas ir nuoširdumas gydymo metu (Cheng Lim P. ir kt., 1999).

Iš literatūros analizės matyti, kad svarbiausios veikiančios grupės, nuo kurių priklauso sveikatos įstaigos veiklos sėkmingumas ir medicinos paslaugų kokybė, yra jos personalas ir pacientai, kai būtina sąlyga, jog kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos ne tik tenkina paciento poreikius, bet ir atitinka tam tikrus sutartus standartus. Tai dar viena iš aplinkybių, dėl kurių sveikatos priežiūros paslaugų kokybė gana ilgai buvo sunkiai apibūdinama sąvoka. A. Donabedianas (1996) teigia, jog vertinant ir valdant sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybę, nagrinėjami trys segmentai:

1. *Struktūra* – apibūdina paslaugų prieinamumą pagal geografinę lokaciją ir finansavimą, sveikatos priežiūros įstaigų išteklius ir jų administravimą. Vertinant struktūros aspektą taip pat atsižvelgiama į paciento sugaištą laiką registratūroje, laukiant eilėje prie gydytojo kabineto ir kitus struktūrinius rodmenis.
2. *Procesas* – tai personalo elgesys teikiant sveikatos priežiūros paslaugas ir racionalus joms atlikti išteklių naudojimas, galimų rizikų valdymas bei pacientų informavimas. Proceso kokybę atspindi konsultacijų trukmė, paciento informavimas apie tyrimus ir jų rezultatus, ligos atsiradimo priežastis ir galimas rizikas, rekomenduojamus vaistus, jų vartojimą, šalutinį poveikį.
3. *Rezultatas* – nurodo, kaip uždaviniai – sveikatos paslaugų teikimas – buvo įvykdyti, ar paciento gydymas atitiko profesinius standartus ir paciento išskeltus lūkesčius. Rezultatas matuojamas pagal pacientui skirtą dėmesį bei problemas, pacientų pageidaujamas papildomai aptarti su gydytoju. Būtent rezultatyvumo aspektas atspindi gydomo paciento, visuomenės ir gydytojų lūkesčius, kurie dažnai būna gana skirtingi.

Pasaulio Sveikatos Organizacija (PSO) 2006 m. pateikė 6-is sveikatos priežiūros kokybės vertinimo kriterijus (PSO, 2006):

1. *Rezultatyvumą*, kai sveikatos priežiūros paslaugos turi būti grindžiamos įrodymais, o jų rezultatas turi būti geresnė individų ir visuomenės sveikata, įvertinant kiekvieno individualius poreikius.

2. *Efektyvumą, kai* ištekliai skiriami sveikatos priežiūrai privalo būti naudojami racionaliai, maksimaliai panaudojant ir vengiant eikvojimo.
3. *Prieinamumas* – sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas laiku, jos yra geografiškai patogios, teikiamos naudojant išteklius, kurie užtikrina medicininius poreikius.
4. *Priimtinumas*, kai sveikatos priežiūra pritaikoma pagal individualius pacientų ar/ir bendruomenių poreikius bei lūkesčius (esminė orientacinė kryptis – pacientas).
5. *Teisingumas*, apima sveikatos priežiūros paslaugų vienodą teikimą kiekvienam pacientui, nepaisant lyties, rasės, etninės kilmės, socialinės padėties ar geografinės vietovės.
6. *Saugumas*, kai sveikatos priežiūros paslaugos privalo būti teikiamos minimalizavus galimas rizikas ir galimas žalas pacientui.

Vertinant ir suvokiant sveikatos priežiūros paslaugų teikimą yra svarbi ir teisinė pusė. M. Sriubas (2013) pabrėžia labai panašius medicinos paslaugų kokybės kriterijus kaip tai daro PSO:

1. Prieinamumo ir savalaikiškumo (paslaugos suteikimo/gavimo reikiamu laiku) sąlygos: prieinamumas suprantamas kaip kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos teikimo sąlyga, vadyboje gali būti analizuojamas per struktūrą, procesą ar rezultatą.
2. Saugumo kriterijus: pagal apibrėžtį sveikatos priežiūros saugumas yra toks priežiūros paslaugų procesas, kuris leidžia apsisaugoti ar sušvelninti neigiamas galimas pasekmes sveikatai sveikatos priežiūros paslaugų teikimo metu. Saugumas susijęs su rezultatyvumu, tačiau šiuo atveju akcentuojamas ne rezultatų pasiekimas, o neigiamų rezultatų prevencija ir išvengimas.
3. Veiksmingumo kriterijus: šis kriterijus nusakomas kaip sveikatos priežiūros reikiamų intervencijų galimybė pasiekti užsibrėžtus sveikatinimo tikslus.
4. Medicinos ir slaugos mokslo lygio ir gerosios patirties kriterijus: kaip numatyta „Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme“ sveikatos priežiūros paslauga atitinka sveikatos priežiūros kokybės reikalavimus, jeigu ji teikiama remiantis medicinos ir slaugos mokslu ir jo patirtimi.

5. Paslaugos teikėjo galimybių kriterijus: įstaigos teikiamų medicinos paslaugų teikimą pirmiausia nustato įstaigos asmens sveikatos priežiūros licencija. Joje nurodoma, kokias paslaugas įstaiga turi teisę teikti ir kokius teisės aktus atitikti.
6. Tinkamos vietos sąlyga: įstaigos licencijoje nurodoma koku konkrečiu adresu gali būti teikiamos paslaugos.
7. Tinkamų sveikatos priežiūros specialistų kriterijus: vertinamas asmens tinkamumas teikti sveikatos priežiūros paslaugas, t.y. paslaugos teikimo metu turi turėti galiojančią paslaugų teikimo licenciją.
8. Sveikatos priežiūros specialistų komandos kriterijus: tai nustatantis teisės aktas, kad konkrečią sveikatos priežiūros paslaugą gali teikti konkreti sveikatos priežiūros specialistų komanda.
9. Tinkamo paciento kriterijus: suvokiamas tiesiogiai – konkrečiam pacientui turi būti atliekama ta operacija, kurios būtent jam reikia.

Apibendrinant galima teigti, kad paslaugų kokybė medicinos sektoriuje, t.y. sveikatos priežiūros srityje, neturi vienos tikslios sąvokos, įsitvirtinusio ir visų vienodai taikomo apibūdinimo. Tačiau galima išskirti šiuos bruožus: prieinamumas, tinkamumas, efektyvumas, pagrįstumas bei visų jų junginys. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sistema pagrįsta paslaugų teikimo standartais, rizikos ir nepageidautinų įvykių valdymo, paslaugų kokybės ir sveikatos priežiūros rezultatų vertinimo sistema.

1.3. Pacientų nuomonės svarba vertinant medicinos paslaugų kokybę

Kokybės definicija priklauso nuo to, kas matuoja kokybę ir koks jos matavimo tikslas (Donabedian A., 1988), iš to seka, kad kokybės apibrėžimą nustato tas sveikatinimo dalyvis, kurio požiūriu ji bus vertinama - paciento ar mediko profesionalo, gydymo įstaigos ir pan. Sveikatos priežiūros kokybė - laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę – taip, remiantis tarptautiniais standartais sveikatos paslaugų kokybė yra apibrėžta Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programoje. Tačiau pacientų poreikiai ir lūkesčiai sveikatos priežiūros paslaugų kokybei dažniausiai yra didesni nei gydymo įstaigos galimybės juos tenkinti. Pacientų lūkesčiai negali tiksliai apibrėžti paslaugos kokybės. Jie svarbūs, tačiau nepakankami resursai kamuojantys

daugelio šalių sveikatos sektorius dažnai būna kliūtimi atliepti pacientų išreikštus poreikius. Ši aplinkybė kiek tikslina sveikatos priežiūros kokybės sampratą, kai sveikatos priežiūros kokybė nusakoma kaip pilnas sveikatos priežiūros poreikių patenkinimas tiems pacientams, kuriems labiausiai to reikia, patiriant mažiausius kaštus organizacijoje, remiantis aukštesniais instituciniais apribojimais ir direktyvomis (Overtveit J., 2000, Pross Ch., 2017).

Sveikatos priežiūros kokybės vertinimo tyrimai atlikti Lietuvoje taip pat naudoja paslaugų kokybės apibrėžimus, apimančius pacientų patirtis ir vertinimą (Janušonis V, 2004). Pavyzdžiui, V. Janušonis apibrėžia kokybę, kaip produkto ar paslaugos ypatumų ir charakteristikų visumą, kuri suteikia galimybę tenkinti išreikštus arba menamus pacientų poreikius. Pastaruoju metu pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę tampa vis svarbesniu veiksniumi vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, pacientams yra sudaromos galimybės ir sąlygos išreikšti savo nuomonę, vertinant sveikatos priežiūros kokybę (Nathorst-Boos J. ir kt., 2001, Shellie D. ir kt., 2018).

G. Elwyn (2007) ir jo tyrimų bendraautorai atspindi šiuolaikinį mokslininkų požiūrį į pacientų nuomonės svarbą, vertinant paslaugų kokybę. Pacientų patirtis šie mokslininkai išskiria kaip sveikatos priežiūros kokybės gerinimo priemonę: nors paciento nuomonė yra subjektyvi, tobulinant sveikatos priežiūros kokybę, teikia didelę vertę. Skiriama, kad pacientų požiūris ir patirtis į gautų paslaugų kokybę, jo lūkesčiai ir pasitenkinimas priklauso nuo daugelio veiksnių, tokių kaip sveikatos būklė ir amžius, išsilavinimas, gaunamos pajamos, gyvenamosios vietos tipo ar net tautybės (Brook RH, 2000, Marjoua Y, 2012). Paciento pasitenkinime nemaža dalis tenka dažnai asmeniniams aspektams – emocijoms ir jausmams. Dėl grupės veiksnių, kurie gali turėti įtakos paciento požiūriui į gautas medicinos paslaugas ir jų kokybę, mokslininkai pacientų nuomonę taip pat vertina ir interpretuoja gana skirtingai, tačiau sutartinai pacientų nuomonė suprantama kaip vienintelis būdas suprasti pacientų poreikius ir lūkesčius (Westaway MS, 2003). Yra išskirti svarbiausi kriterijai kaip vertinti į pacientą orientuotą sveikatos paslaugų kokybę (Veillard J. ir kt., 2005) remiantis tuo, ką dažniausiai linke vertinti pacientai:

- 1) gydytojo ir paciento bendravimas;
- 2) informacijos gavimas (pateikimas);
- 3) pacientų įjungimas į sprendimų priėmimą;
- 4) sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumas.

Europos Picker Institutas po ilgalaikių tyrimų skiria daugiau ir įvairesnių kriterijų - tai pacientų nuomonės apie sveikatos priežiūros kokybę vertinimas, paslaugų prieinamumas, emocinė parama, informacija, priežiūros koordinavimas, fizinis komfortas, šeimos narių ir artimųjų įtraukimas į gydymo procesą, priežiūros tęstinumas, taip pat kiekvieno iš šių kriterijų turinys yra išsamiai aptartas:

<https://www.oneviewhealthcare-com.translate.google/blog/the-eight-principles-of-patient-centered-care/? x tr sl=en& x tr tl=lt& x tr hl=lt& x tr pto=sc>.

Vertinant pacientų nuomonę apie suteiktas jiems paslaugas, pacientai itin daug dėmesio skiria paslaugos teikėjo (gydytojo, personalo, administracijos) savybėms: personalo draugiškumui, mokėjimui motyvuoti ir padrašinti, pagarbiam santykiui, emociniam palaikymui, dėmesio rodymui, išklausymui, gydytojo kompetencijai, jo teikiamos informacijos išsamumui, bendravimo formoms, emocinio komforto atmosfera ir pan. (Hendriks AAJ ir kt., 2002, Westaway MS ir kt., 2003, Pettersen KI ir kt., 2004, Williams AM ir kt., 2004, Wagner C. ir kt., 2014). Tikėtina, kad esant konkurencijai sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje, ypač privačiame sektoriuje, pacientų nuomonė apie paslaugų kokybę taps dar reikšmingesnė.

1.4. Pacientų apklausa, atlikta Lietuvoje ir užsienyje

Pacientų apklausa, skirta įvertinti paslaugų kokybei yra laikoma tinkamu kokybės vertinimo būdu (Weingart SN ir kt., 2006, Labarere J ir kt., 2001), atitinkamai pacientų požiūriu į jiems teikiamų medicinos paslaugų kokybės tyrimai yra aktualūs medicinos klinikinėje praktikoje (Green J ir kt., 1998, Barbara M Holzer ir kt., 2011). Pacientų lūkesčiai yra kintantys, dėl to apklausų rezultatai yra lyginami, kas leidžia matyti lūkesčių pokyčius ir tinkamai reaguoti. Dėl apklausų aktualumo, siekiant medicinos paslaugų kokybės vertinimo, literatūroje yra nemažai aptariama tai, kokia metodologija būtų tinkamiausia, kiek gali būti patikimos tokios apklausa ir kokius klausimus reikėtų įtraukti į atliekamų apklausų klausimynus. Šį klausimą kelia ir Lietuvos ir užsienio mokslininkai (Dikčius V. 2011, Gonzalez N, 2005) dauguma jų mano, kad šiandien kiekybiniai tyrimai vertinant pacientų nuomonę apie suteiktas medicinos paslaugas yra pakankamai patikimas būdas surinkti pacientų nuomonę, ją apibendrinti ir interpretuoti, taip pat - kas svarbiausia šiuos duomenis naudoti tobulinant medicinos paslaugų teikimo kokybę (Sweeney J ir kt., 2003).

Pirmieji nacionalinį standartizuotą stacionariųjų pacientų nuomonės apie teikiamų paslaugų kokybę vertinimo klausimyną sudarė Harvardo Medicinos Kolegijos mokslininkai (Jenkinson C ir kt., 2002). Šis klausimynas pavadintas Picker klausimynu (Anglų kalba- Picker Questionnaire), jis gana plačiai naudojamas skirtingose šalyse (Coulter A ir kt., 2001). Šis klausimynas yra plačiai naudojamas, nes jis apima visas pagrindines paslaugų kokybės matavimo kategorijas (resursai, procesas, rezultatai), o atsakymai leidžia įvertinti problemiškas paslaugų kokybės sritis (Reeves R ir kt., 2002). 55 klausimai, sudarantys klausimyną, turi aukštą išorinio pagrįstumo laipsnį (angliškai – *face validity*), klausimyno sudarymo pagrįstumą (angliškai - *construct validity*), taip pat aukštai išreikštą vidinį patikimumą (angliškai - *internal reliability consistency*). S. Noest su bendraautoriais (Noest S, 2014) naudodamas kelių metodų derinį (angliškai *Mixed-methods*) ir pasitelkus fokus grupes, siekė sudaryti generinį klausimyną, kuris būtų skirtas įvertinti pacientų patirtis ir jų pateiktus suteiktų sveikatos paslaugų vertinimus. Klausimynas pavadintas *Patients' Experiences Across Health Care Sectors (PEACS)* - Pacientų patirtys skirtinguose sveikatos priežiūros lygmenyse. Klausimyno sudarymas paremtas Vokietijos atveju, ieškant medicinos paslaugų kokybės vertinimo ir jos gerinimo instrumentų. Iššūkiu sudarant klausimyną buvo identifikuoti kokybės vertinimo spragas (pilkasias zonas), jos buvo identifikuotos per pacientų atsakymus skirtus vertinti medicinos sistemos trūkumus. Šio klausimyno išskirtinumas, yra tame, kad sudaro prielaidas vertinti to paties paciento požiūrį į jo gaunamų paslaugų kokybę, kai jam sveikatos paslaugos yra suteikiamos skirtingo lygmens medicinos sektoriaus įstaigose, skirtingose jo sveikimo stadijose. Atlikta analizė parodė, kad vertinat paslaugų suteikimo kokybę ypač svarbiu yra sklandus pacientų perėjimas iš vienos pakopos įstaigos į kitos, šie aspektai ypač aktualūs kai daugėja pacientų turinčių sudėtingų sveikatos priežiūros poreikių. Nyderlanduose buvo sukurtas vartotojų kokybės (CQ) indeksas (Evi B Coster, 2014), skirtas standartizuotai įvertinti medicinos paslaugų kokybę iš pacientų perspektyvos įvairiuose sveikatos priežiūros sektoriuose. Sudarytą klausimyną mokslininkai testavo antroposofinės (alternatyviosios) sveikatos priežiūros atvejui, nes kaip integruotos medicinos formos, antroposofinės medicinos mokslinė atskaitomybė auga, tačiau pacientų patirtis antroposofinės sveikatos priežiūros srityje nebuvo sistemingai vertinama. Tyrimo metu pastebėta, Antroposofinės medicinos CQ indeksas leidžia pagrįstai ir patikimai įvertinti pacientų patirtį dirbant su alternatyvios medicinos metodus taikančiais šeimos gydytojais. Alternatyvios

medicinos pasaugų kokybės aspektai pacientų požiūriu dažniausiai siejami su individualiai pritaikyta priežiūra ir orientacija į pacientą.

Tyrimų leidžiančių vertinti pacientų nuomones ir rodančių jų svarbą visai medicinos paslaugų sektoriui yra atlikta ir Lietuvoje. Jurbarko ligoninėje yra atlikti tyrimai naudojant R.J. Ferguson su bendraautoriais parengtą klausimyną (šio klausimynu naudojama ir magistriniame darbe atliekamame tyrime). Jurbarko ligoninėje atliekant tyrimą buvo lyginami pacientų ir ligoninės personalo vertinimai apie šioje ligoninėje teikiamų paslaugų kokybę (Bučiūnienė I. ir kt., 2004). Pacientai Jurbarko ligoninės atveju čia teikiamas sveikatos paslaugas vertino teigiamai, palankiau vertino funkcinę negu techninę ligoninėje teikiamų paslaugų kokybę. Ž. Milašauskienė su bendraautoriais, analizavo situaciją Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose (Milašauskienė Ž. ir kt., 2006). Jų pacientų palankiai vertino pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą, tačiau, teigė, paslaugų prieinamumas privačiuose centruose yra geresnis nei valstybinėse gydymo įstaigose. Valstybės mastu atliktame gyventojų nuomonės apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę tyrime dauguma atsakiusiųjų (apie 59,5 proc.) teigė, jog pirminės sveikatos priežiūros medicinos personalas yra pagarbus, išsamiai pateikiantis informaciją. (Misevičienė I. ir kt., 2003). Nors pacientai gauna pakankamai informacijos apie savo ligas, jie nėra stipriai įsitraukę į sprendimų dėl savo sveikatos priėmimą (Jankauskienė D. ir kt., 2008, Štaras K. ir kt., 2013).

Iš aptartų klausimynų tyrimo atlikimui yra pasirinktas R.J. Ferguson su bendraautoriais parengtas klausimynas Lietuvoje jau taikytas Jurbarko ligoninės teikiamoms medicinos paslaugoms įvertinti (Bučiūnienė I. ir kt., 2004). Šiuo atveju yra svarbu, kad buvo vertinama bei gretinama ir pacientų, ir medicinos personalo nuomonė apie teikiamas medicinos pasaugas vienoje konkrečioje medicinos įstaigoje.

2. PASLAUGŲ TEIKIMO KOKYBĖS REGULIAVIMĄ IR PACIENTO TEISES APTARIANTYS ĮSTATYMAI

2.1. Paslaugų teikimo kokybę sveikatos priežiūros įstaigose reglamentuojantys Lietuvos Respublikos įstatymai

Remiantis 2015 m. visuomenės senėjimo ataskaita, tikėtina, kad nuo šiandienos iki 2060 m. viešųjų sveikatos priežiūros išlaidų dalis valstybių Bendrajame vidaus produkte (BVP) toliau nuosekliai didės. Numatyti yra ir pagrindiniai sveikatos paslaugų išlaidų augimą lemiantys pagrindiniai veiksniai:

1. Didėjančios pajamos ir didėjantys lūkesčiai, susiję su aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugomis.
2. Visuomenės senėjimas.
3. Technologinė pažanga.

Didėjančios išlaidos ir besikeičiančios vertybės, skatinančios sveiką aktyvų visavertį gyvenimą, keičia ir pačių žmonių įpročius ir lūkesčius, šios vertybės ima atsispindėti politinėse programose. Šiuo metu veikiančios aštuonioliktosios Lietuvos Respublikos vyriausybės programinėse nuostatose vienas iš jų įgyvendinimo plano prioritetų yra išskiriamas – ilgas ir visavertis sveiko žmogaus gyvenimas. Vienas iš šio prioriteto įgyvendinimo principų yra asmens sveikatos priežiūros kokybės gerinimas.

Medicinos paslaugų, kaip vienu svarbiausių ir tiesiogiai įtakančių žmonių (visuomenės) sveikatą, gerbūvį ir darbingumą, teikimą reglamentuoja Europos Sąjungos teisė, kurios nuostatos, tarp jų ir medicinos paslaugų kokybės sferoje, yra adaptuojamos ir taikomos Lietuvos Respublikoje, todėl toliau atliekant tyrimą ir vertinant jo duomenis buvo orientuojamasi į Lietuvoje galiojančius teisės aktus. Pamatinis dokumentas, numatantis valstybės pareigą rūpintis savo žmonių sveikata ir medicinos pagalbos bei paslaugų užtikrinimą žmogui susirgus, yra Lietuvos Respublikos Konstitucija, 53-ias jos straipsnis.

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo (1996 m.) 10-o straipsnio 6-ame punkte numatoma prievolė Sveikatos apsaugos ministerijai nustatyti sveikatos priežiūros tinkamumo ir priimtumo reikalavimus valstybėje. Įstatymu buvo apibrėžta **Sveikatos priežiūros įstaigos apibrėžtis** – tai „*juridinis asmuo, organizacija ar jų filialas, šio įstatymo, Lietuvos Respublikos papildomosios ir alternatyviosios sveikatos priežiūros įstatymo ir*

Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo nustatyta tvarka turintis teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas“. Sveikatos priežiūros įstatyme numatytos kelios kokybės kontrolės priežiūros ir įgyvendinimo kryptys: asmenys ir pareigūnai galintys atlikti medicinos srities įstaigų neatsižvelgiant į jų nuosavybę valstybinę kontrolę, numato asmens sveikatos priežiūros įstaigų vidaus taisykles bei antrajame skyriuje aptaria asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymą ir gerinimą bei paciento teisių užtikrinimą.

Lietuvoje medicinos paslaugų kokybę, vertinant paslaugų prieinamumą, paslaugų kokybę ir kiekį, efektyvumą ar atitikimą bioetikos reikalavimams ir pagal kitus įstaigų kuruojamų sferų keliamus reikalavimus vertinti yra įpareigos kelios valstybės kontrolės funkcijas atlikti galinčios institucijos (Valstybinė ir teritorinė ligonių kasos, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba, Lietuvos bioetikos komitetas, Nacionalinis visuomenės sveikatos centras) bei tikslingai sveikatos ministro paskirti pareigūnai (LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas). Pabrėžtina, kad valstybės kontrolės vertinimo kompetencijos apima ir privačias ir viešojo sektoriaus medicinos įstaigas. 1996 m. priimto įstatymo 46 straipsnis aptaria su kokybės paslaugų teikimu medicinos įstaigoje susijusias sveikatos priežiūros įstaigų vidaus tvarkos taisykles ir jas standartizuoja – padaro privalomomis visoms medicinos įstaigoms. Įstatyme jau numatytos ir potencialus paciento galimybės susipažinti su medicinos įstaigoje galiojančiomis vidaus tvarkos taisyklėmis. Jau šiuo įstatymu aptariant medicinos įstaigų vidaus taisykles formuojami įstaigos ir pacientų santykiai, nuo kreipimosi į įstaigą iki galimų tarpusavio konfliktų sprendimo (pacientų kreipimosi į įstaigą tvarka, nemokamų paslaugų nomenklatūra ir asortimentas, jų teikimo tvarka, pacientų lankymo, išrašymo ir perkėlimo į kitas asmens sveikatos priežiūros įstaigas tvarka, ginčų ir konfliktų tarp įstaigos ir pacientų sprendimo tvarka, informacijos pacientui ir jo artimiesiems apie jo sveikatos būklę teikimo tvarka, ligos istorijų, ambulatorinių kortelių, kitų dokumentų nuorašų darymo, išdavimo pacientui ar kitiems fiziniams ir juridiniams asmenims tvarka, įstaigos darbo laikas, darbų saugą reglamentuojančių įstatymų, kitų teisės aktų ir norminių dokumentų nuostatos, paciento turimų dirbinių iš brangiųjų metalų, brangių protezų ir pinigų registravimo bei saugojimo tvarka). Taip pat tas pats straipsnis per šią prizmę nusako pacientų teises ir pareigos įstaigoje. Apibrėžiant medicinos įstaigų skirtingų lygmenų darbuotojų atsakomybes ir darbinės funkcijas, įstaigos buvo įpareigos parengti visų darbuotojų pareigines instrukcijas (Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas). Unifikuotos tvarkos įdiegimas ir jos praktinis realizavimas sudarė prielaidas medicinos paslaugų

kokybės teikimo užtikrinimui, paslaugų gerinimui ir jų kokybės stebėjimui bei vertinimui. Kuriama sistema ir toliau buvo tobulinama, leidžiant naujus poįstatyminius aktus bei įstatymus.

2008 m. Siekiant užtikrinti pacientų teises, asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymą ir kokybės gerinimą sveikatos apsaugos ministras patvirtino Įsakymą „*Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo patvirtinimo*“. Įsakymas vėliau pildytas daugiausia integruojant naujus Europos Sąjungos dokumentus ir sudaro teisinį pagrindą medicinos paslaugų kokybės diegimui ir vertinimui.

Antrasis šio įstatymo skyrius „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymas ir gerinimas bei paciento teisių užtikrinimas“ yra tikslinamos ar pildomos anksčiau veikusios šios krypties reguliacijos, daug dėmesio skiriant informacijos pacientams teikimo formoms, bei sveikatos būklės konfidencialumui užtikrinti. Remiantis šiuo įstatymu įstaigos vidaus dokumentuose turi būti apibrėžta: paciento (jo atstovo) teisių ir pareigų įgyvendinimo tvarka, informacijos pacientui teikimo ir informacijos apie pacientą teikimo kitiems asmenims ir institucijoms tvarkos, pacientų skundų nagrinėjimo tvarka, būtinosios medicinos pagalbos teikimo tvarka, asmens duomenų tvarkymo tvarka, užtikrinanti pacientų asmens duomenų konfidencialumą ir asmens duomenų tvarkymo atitiktį. Medicinos Įstaiga įstatymu yra įpareigojama savo patalpose pacientams prieinamose vietose ir viešoje erdvėje skelbti informaciją apie pacientų teises, pareigas, priimtų įstaigos sprendimų pacientų atžvilgiu apskundimo tvarkos aktualią redakciją. Taip pat vykdant Europos Sąjungos direktyvas ir keičiantis asmens duomenų apsaugos formoms, medicinos paslaugų kokybės diegimo procese vis daugiau dėmesio skiriama dviem tiesiogiai su paslaugų teikimu susijusioms jautrioms sritims – asmens duomenų apsaugai ir informacijos apie paciento sveikatos būklę apsaugai ir jos teikimui paciento numatytam ir įvardintam žmonių sratui. Konfidencialumas ir jo užtikrinimas tampa viena iš medicinos paslaugų teikimo praktinių aktualijų.

Aptariamame įstatyme yra atskirai nustatytos vadovo atsakomybės, įgyvendinant medicinos paslaugų kokybės reikalavimus ir sąlygas. Medicinos įstaigos vadovui priskirta nustatyti įstaigos asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės politiką bei jos įgyvendinimo priemones; atsižvelgdamas į „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės politiką bei jos įgyvendinimo priemones, su jomis supažindina darbuotojus“, taip pat „formuoja pacientų ir darbuotojų saugos kultūrą įstaigoje, t. y.

individualių ir grupinių vertybių, požiūrių, suvokimo, gebėjimų ir elgesio modelių visumą“. Vadovui palikta galimybė esant poreikiui ir atsižvelgiant į įstaigos teikimų paslaugų specifiškumą nustatyti papildomus nei yra įtvirtinti Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymu bei sveikatos apsaugos ministro įsakymais „įstaigos organizacinius ir klinikinius, įskaitant slaugos, kokybės rodiklius pagal įstaigos prioritetus, teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtį ir rūšis, veiklas, reikalingas sveikatos priežiūros paslaugų ir su jomis susijusių procesų rezultatams vertinti, gerinti, rizikoms valdyti“. Turėdamas šias galimybes įstaigos vadovas taip pat užtikrina paslaugų kokybės stebėseną („užtikrina asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklių stebėseną, analizę, vertinimą“). Didelę ir išsamią vadovo veiklą ir atsakomybių sritį sudaro medicinos įstaigų aprūpinamas būtina gydymo ir kita pacientų aptarnavimo infrastruktūra, šioms atsakomybėms yra skirti keli antrojo įstatymo skyriaus skirsniai:

- *„7.5. nustato darbo vietų aprūpinimo informacinių technologijų (toliau – IT) priemonėmis poreikį, užtikrina jų tinkamą aprūpinimą IT priemonėmis ir organizuoja darbo vietų aprūpinimo IT priemonėmis bei jų funkcionavimo kontrolę;*
- *7.6. pasirašo sutartį su Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos (toliau – ESPBI IS) pagrindiniu tvarkytoju dėl duomenų teikimo į ESPBI IS ir užtikrina privalomų duomenų teikimą į ESPBI IS;*
- *7.7. užtikrina, kad įstaigoje, atsižvelgiant į įstaigoje teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų rūšis, nesant šalies mastu parengtų ir patvirtintų atitinkamos srities diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašų ar parengtų diagnostikos ir gydymo metodikų, būtų parengti, patvirtinti ir taikomi rizikingiausių pacientų saugai atliekamų tyrimų, taikomų diagnostikos ir gydymo bei slaugos metodų protokolai“.*

Vadovo atsakomybei priskirtas ir kai kurių su medicinos paslaugų kokybės teikimu susijusių įstaigos vidinių dokumentų tvirtinimas (kas apima ir priežiūrą). Vadovas tvirtina šiuos dokumentus: struktūrinių padalinių darbo organizavimo, medicininės dokumentų pildymo, mirčių atvejų nagrinėjimo ir mokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkas (LR sveikatos apsaugos ministerijos asmens sveikatos).

Esminis klausimas, kaip identifikuoti kokybiškai ar nekokybiškai suteiktas medicinos paslaugas, buvo keliamas ir aptariamas „Lietuvos Respublikos pacientų teisės ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme“. Jame apibrėžtos medicinos paslaugos, kuri galėtų būti laikoma kokybiška, savybės. Įstatyme apibrėžta, kad „kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos – prieinamos,

saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami“ (Lietuvos Respublikos pacientų teisės ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas).

Trečiajame šio įstatymo straipsnyje fiksuota paciento teisė į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, taip pat numatyta, kad kokybiškų medicinos paslaugų rodiklius ir jų turinio reikalavimus nustato sveikatos apsaugos ministras (Lietuvos Respublikos pacientų teisės ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas). Iš to sektų Vyriausybės ir valstybės įsijungimas ne tik į medicinos paslaugų užtikrinimą gyventojams, bet ir tų paslaugų kokybės rodiklių nustatymą, jų praktinį įgyvendinimą ir kontrolę.

Tuomečio Sveikatos apsaugos ministro Aurelijaus Verygos patvirtintas „Įsakymas dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašo ir šių rodiklių duomenų suvestinių formų“ (2018 m. balandžio 16 d.) fiksavo „Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašą“ (Įsakymas dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų) bei jų apskaičiavimui taikomą metodiką, kai rodiklis yra skaičiuojamas, vadovaujantis Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklio „Pacientų pasitenkinimo ASPĮ teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis lygis“, skaičiavimo metodika (11). Patvirtinti 13 rodiklių, pateikiant kiekvieno jų skaičiavimo (vertinimo) aprašymą, teisės aktus, kuriuose nustatyti rodiklių vertinamos veiklos reikalavimai ir/ar jų duomenų šaltiniai. Išskirti šie medicinos paslaugų kokybės vertinimo rodikliai (Įsakymas dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų):

1. Vaikų sveikatos priežiūros intensyvumas.
2. Suaugusiųjų sveikatos priežiūros intensyvumas.
3. Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių programos vykdymo intensyvumas.
4. Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos vykdymo intensyvumas.
5. Asmenų, sergančių arterine hipertenzija, hospitalizacijos dažnis.

6. Asmenų, sergančių cukriniu diabetu, hospitalizacijos dažnis.
7. Asmenų, sergančių bronchine astma, hospitalizacijos dažnis.
8. Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos vykdymo intensyvumas.
9. Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio programos vykdymo intensyvumas.
10. Asmenų, sergančių šizofrenija, hospitalizacijos dažnis.
11. Vaikų dantų profilaktinių tikrinimų intensyvumas.
12. Vaikų profilaktinių tikrinimų intensyvumas.
13. Pacientų pasitenkinimo ASPĮ teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis lygis.

Atkreiptinas dėmesys, kad rodikliuose šalia bendrosios asmenų, sergančių vienomis ar kitomis ligomis, grupės yra skiriami specialūs vaikams skirtų medicinos paslaugų vertinimo rodikliai, o pagrindiniai vertinimo rodikliai orientuoti į paslaugų teikimo intensyvumą ir hospitalizacijos dažnį.

Aptarti Lietuvos Respublikos įstatymai darbe buvo svarbūs interpretuojant anketuojamos apklausos metu surinktus duomenis, vertinant medicinos paslaugų kokybės situaciją analizuojamoje medicinos įstaigoje.

2.2. Paciento teisių užtikrinimo įstatymininės nuostatos²

Medicinos paslaugų kokybės vertinime yra aktualūs ne tik paslaugų sveikatos priežiūros sistemoje teikimą reglamentuojantys įstatymai, bet ir pacientų teisės bei jų apsauga, nacionaliniu ir tarptautinių lygmeniu, nes daugumos Lietuvoje galiojančių šio pobūdžio įstatymų ir reguliacijų yra susiję su tarptautiniais analogiškais sprendimais. Paciento teisių ginimas turi plačią tarptautinę praktiką (16), Lietuvos teisės sistema nėra išimtis.

Nors pacientų teises aptariantis įstatymas Lietuvoje priimtas 1997 metais, pacientų teisių apsauga Lietuvoje prasidėjo anksčiau, po to kai 1991 m. spalio 31d., Atkuriamasis Seimas patvirtino Nacionalinę sveikatos koncepciją (5). Teisė reiškia teisingumo sampratą nustatoma laisvę (60) teisėje taip apibrėžiama įstatymu kuriama ir pripažįstama teisė (Garner BA, 1999).

² Poskiryje 2.2. nuorodos į įstatymus ir kitus dokumentus yra pateikiamos, nurodant magistro darbo pabaigoje esančiame Įstatymų sąrašė minimų dokumentų eilės numerį.

Kokybė gali būti nusakoma kaip ypatybė ir vertė, tikimo laipsnis (60) - tai asmens, daikto ar teikiamos paslaugos pranašumas lyginant su kitais esančiais rinkoje. Paciento teisė į kokybišką medicinos paslaugą reiškia paciento galimybę gauti tinkamą, jo individualius poreikius atitinkančią asmens sveikatos priežiūros paslaugą, garantuojamą įstatymo. Lietuvos Respublikos Civiliniame kodekse apibrėžta asmens sveikatos priežiūros paslaugos definiciją, ji apibrėžiama kaip veikla, įskaitant tyrimus ir su asmeniu tiesiogiai susijusius patarimus, kuriais stengiamasi asmenį išgydyti, apsaugoti nuo susirgimo ar įvertinti jo sveikatos būklę (6).

Svarstant apie kokybės sampratą iš kokybės vadybos pozicijų, kokybė būtų nusakoma kaip objektyvus daikto ar reiškinio apibūdinimas tam tikrai rūšiai būdingais esminiais požymiais, kai galima tikrovės rūšinė įvairovė (12). Kokybė - objekto savybių visuma, įgalinanti tenkinti vartotojų išsakytus ir numatomus poreikius, lūkesčius. Teisės į kokybišką paslaugą samprata aptariama daugelių aspektų, tarp jų ir etikos. Kokybiška sveikatos priežiūra suprantama kaip veikla, „apimanti viską, ką mes darome, kad išlaikytume, tęstume ir atkurtume savo „pasaulį“ tokį, kad mums jame būtų kuo geriau gyventi“ (Ten Have HAMJ ir kt.,2004). Yra išryškunami ir detalizuojami moraliniai kokybiškos paslaugos požymiai: tai gydytojo(s) rūpinimasis pacientu, jo(jos) dėmesingumas, atsakomybė už pacientą, laikymasis Hipokrato priesaikos ir kiti. Kokybės vertinimas yra dvipusis, vertinamas ir paciento elgesys, jo(s) rodoma pagarba gydytojui(ai), pasitikėjimas, įsijungimas į sprendimų priėmimą dėl sveikatos.

Lietuva, kuri yra ratifikavusi Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvenciją, laikosi visuotinių žmoniškųjų vertybių saugojimo sampratos (2) - tai teisė į kokybišką paslaugą, ją kuria veiksnių derinys: aukšti technologiniai standartai, žmogiški santykiai tarp paciento ir medicinos personalo. Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (priimta 1997, Lietuvoje ratifikuota 2002) numato priemones, būtinas žmogaus orumo ir pagrindinių jo teisių ir laisvių apsaugai, biologijos ir medicinos mokyklose (2). Konvencija numato:

- a) intervencijos į sveikatos sritį turi būti vykdomos laikantis atitinkamų profesinių išipareigojimų bei standartų;
- b) profesionalų darbas turi būti atidus, rūpestingas, atsižvelgiant į kiekvieno paciento poreikius;
- c) medikai savo kompetenciją grįsdami mokslo žiniomis ir gerąja medicinos praktika vienodai visiems užtikrintų kokybišką, prieinamą sveikatos priežiūrą;

d) gydytojai įpareigojami gerbti pacientų teises, o pacientai skatinami pasitikėti gydančiais gydytojais.

Igyvendinus Pasaulio sveikatos organizacijos Liublianos chartijos principus (13) kurie teigia, kad sveikatos reformų tikslas yra nuolat gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, o sveikatos priežiūra turi tapti visiems vienodai prieinama, saugi, veiksminga ir ekonomiškai efektyvi. Chartijoje dėmesys skiriamas ir pacientų poreikiams, į kuriuos turi būti atsižvelgiama, kaip ir į pacientų nuomonę, kai yra planuojama sveikatos priežiūra ir pasirenkami sveikatos priežiūros teikimo būdai.

Pacientų teisės Lietuvoje ginamos specialiu Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo (8). Šio įstatymo 3 straipsnis įtvirtina visų paciento teisę į kokybišką sveikatos priežiūrą ir numato, kokie gali būti kokybiškos paslaugos kriterijai:

- a) pacientų teisės nevaržomos jokių aplinkybių;
- b) užtikrintos paciento garbės ir orumo nežeminančios sąlygos;
- c) pagarbus personalo elgesys;
- d) profesinių standartų laikymasis;
- e) mokliškai pagrįstų nuskausminamųjų priemonių taikymas.

Nepriklausomai nuo valstybės pasirinkto teisinio reguliavimo modelio, visose valstybėse yra saugomi tokie gėriai kaip asmens sveikata, gyvybė, kūno neliečiamumas, laisvė, kurie gali būti pažeidžiami gydytojų veiksmais ir kuriems gali būti padaroma žala.

3. TECHNINĖS IR FUNKCINĖS KOKYBĖS ĮTAKOS IŠORINIAM PASLAUGŲ EFEKTYVUMUI VERTINIMO TYRIMO METODOLOGIJA

3.1 Tyrimo metodologijos pagrindimas

Keturi mokslininkai po du iš Monrealio universiteto Kanadoje ir Montpellier universiteto Prancūzijoje sukūrė medicinos paslaugų kokybės ir vertinimo modelį, kuris nuo plačiai žinomo straipsnio pasirodymo 1999 metais yra plačiai taikomas ir tapęs praktinio medicinos paslaugų kokybės diegimo ir vertinimo atspirtimi. R.J. Ferguson pasiūlytas paslaugų kokybės medicinos įstaigose vertinimo ir analizės modelis ne kartą jau buvo cituotas ar naudotas ir tyrėjų, bandžusių remiantis Lietuvos medicinos įstaigų pavyzdžiais vertinti jose veikiančią medicinos paslaugų teikimo kokybę, jos modelius ir schemas. Tai viena iš priežasčių, kodėl tyrimui atlikti yra pasirinktas būtent minėtų Kanados ir Prancūzijos mokslininkų sukurtas modelis, jų siūlomas medicinos paslaugų kokybės vertinimo modelis, kuriame taikoma sąsaja tarp funkcinės ir techninės paslaugų kokybės ir išorinio efektyvumo. Tyrime naudojamas ne modelio (klausimyno) originalas, bet jo vertimas į lietuvių kalbą, atliktas šio darbo autorės. Ferguson modelis yra platesnis nei numato Lietuvos Respublikos įstatymai, jis apima ne tik sveikatinimo paslaugas ir jų kokybės vertinimą, bet ir kitus infrastruktūrinius momentus aktualius medicinos paslaugų tiekimui, paciento – paslaugų gavėjo – pasitenkinimui ir, kas yra svarbu, sveikimo procesui. Dėl minėtų priežasčių Ferguson, pasiūlytas modelis yra aptariamasis atskirai nuo kitos temos literatūros, taip pat, kaip minėta, jis sudaro atlikto tyrimo metodologinį pagrindą.

R. J. Ferguson ir kt. (1999) pasiūlė sveikatos priežiūros įstaigų kokybę vertinti trimis lygmenimis:

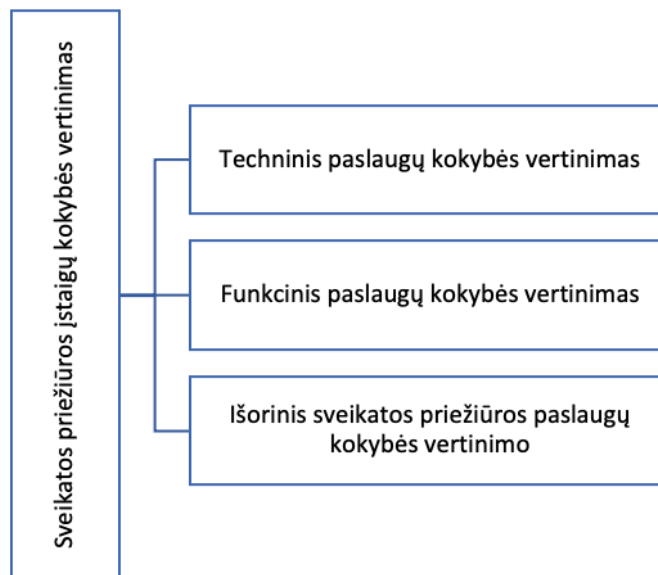
- 1) Pagal techninį paslaugų kokybės vertinimą, kai techninei sveikatos įstaigos kokybei priklauso apčiuopiamos joje teikiamos paslaugos. Techninį paslaugų kokybės lygmenį apima pacientų ir medikų vertinimai apie nuorodas ir stendus, kurie padeda pacientams geriau orientuotis medicinos įstaigos erdvėje, įrangos ir patalpų švarą ir būklę, gydytojų ir slaugytojų aprangą bei išvaizdą, pacientams teikiamų rekomendacijų aiškumą ir išsamumą, gydymo tvarkaraščio patogumą, taip pat medikų kompetenciją.
- 2) Pagal funkcinį paslaugų kokybės vertinimą, kuris paima paciento santykį (bendravimą) su paslaugos teikėju gydymo metu (pavyzdžiui, paciento informavimas

apie gydymo tikslumą, pagarbus požiūris į pacientą, gydymo eigos stebėseną ir savalaikis informavimas apie gydymo pokyčius ir šių sprendimų pagrindimas, medicinos personalo empatija ir atsižvelgimas į paciento interesus, procedūrų kokybę, kylančių problemų sprendimo efektyvumas ir būdai.

- 3) Pagal išorinį sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą. Jis apima pacientų ketinimus rekomenduoti konkrečią sveikatos priežiūros įstaigą kitiems, taip pat jų pačių pakartotino pasinaudojimo paslaugomis tikimybes, kilusį pasitenkinimą paslaugų kokybe.

1 paveikslas

Ferguson sveikatos priežiūros kokybės vertinimas



Šaltinis: parengta autorės.

Tai trys pagrindiniai lygmenys ir jų sudedamosios dalys, į kurias planuojama ir orientuojamasi magistro darbe, jo metu atlikto tyrimo pagrindą sudarė Ferguson ir kt. (1999) pateiktas išsamus modelis- klausimynas, atspindintis visų trijų lygmenų tyrimą, vertinant funkcinės ir techninės paslaugų kokybės įtaką išoriniam efektyvumui aukštus tarptautinius kokybės standartus įsidiegusioje privačioje medicinos įstaigoje.

Tyrimui atlikti pasirinkta išskirtinė informantų grupė - tai profesionaliai medicinos paslaugų kokybės sąvoką ir esmę suprantantys medicinos įstaigos darbuotojai, kurie tuo pačiu dėl įtaigos taikomos skatinimo politikos yra ir analizuojamos medicinos įstaigos pacientai. Tad įstaigos personalas vienu metu yra dvejose rolėse - ir paslaugos teikėjo ir jos gavėjo, ši situacija yra gana unikali kitų autorių atliktų tyrimų kontekste. Dažniausiai panašaus pobūdžio kituose tyrimuose yra analizuojamos ir lygiamos dvi grupės – personalas ir pacientai arba tiriama kiekvienos iš grupių nuomonė atskirai. Kas yra svarbu tyrimui, kad dauguma tiriamo medicinos personalo ir įstaigos darbuotojų (ir kaip įstaigos pacientai) turi patirties dirbant skirtingose viešojo ir privataus sektoriaus medicinos įstaigose, kas leidžia plačiau matyti medicinos paslaugų teikimo lauką ir vertinti jį iš skirtingų patirčių.

Empirinio tyrimo uždaviniai:

1. Taikant R.J. Ferguson modelį (klausimyną), apklausos pagalba įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų techninę bei funkcinę kokybę asmens sveikatos priežiūros įstaigoje darbuotojų (gydytojų, slaugytojų, administracijos darbuotojų, kokybės vadybininkų bei nemedicininio personalo) – pacientų, kai jie yra ir darbuotojai, požiūriu.
2. Remiantis Ferguson modeliu – klausimynu, įvertinti privačios sveikatos priežiūros įstaigos techninės ir funkcinės paslaugų kokybės įtaką išoriniam efektyvumui įstaigos darbuotojų (kai jie yra ir įstaigos medicinos paslaugų gavėjai) požiūriu.
3. Įvertinti Ferguson klausimyno tinkumą tirti privačių medicinos įstaigų vertinant medicinos paslaugų kokybę bei techninės ir funkcinės paslaugų kokybės įtaką išoriniam efektyvumui.
4. Atlikus sisteminę literatūros analizę apie techninės ir funkcinės medicinos paslaugų kokybės įtaką išoriniam efektyvumui, keliama hipotezė ir sub-hipotezės:

H: *Ir techninė, ir funkcinė paslaugų kokybė daro teigiamą įtaką išoriniam efektyvumui..*

H1: *Ir techninė, ir funkcinė paslaugų kokybė daro teigiamą įtaką, kad pacientai rekomenduotų medicinos įstaigą savo draugams/ artimiesiems.*

H2: *Ir techninė, ir funkcinė paslaugų kokybė daro teigiamą įtaką tam, kad pacientai rinktųsi šią medicinos įstaigą.*

H3: *Ir techninė, ir funkcinė kokybė daro teigiamą įtaką, kad pacientai yra pateninti įstaigoje teikimomis paslaugomis.*

H4: *Ir techninė, ir funkcinė kokybė daro teigiamą įtaką, kad medicinos įstaigoje bendra gydymo ir paslaugų kokybė yra aukšta.*

Tradiciškai sveikatos paslaugos kokybės rezultatai išreiškiami visų pirma mokslo ir profesionalų vertinimu, taip pat ir vadybos bei finansų lūkesčiais, tačiau ne mažiau svarbūs ir pacientų vertinimai. Suteiktų paslaugų rezultatas atspindi pacientui suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų poveikį, ir svarbiausia - paciento pasitenkinimo laipsnį. Pacientui rezultatas yra pats svarbiausias kokybės vertinimo rodiklis. Gydymo rezultatus pacientai vertina tiesiogiai, keldami klausimą ar gydytojų pastangos padėjo išspręsti sveikatos problemą/ problemas, ar pacientas patenkintas suteiktomis paslaugomis. Tačiau privalu atsižvelgti į tai, kad netgi gera įstaigos struktūra ir kokybiškas paslaugų teikimo (gydymo) procesas gali ir neužtikrinti siekiamo rezultato. Galima ir priešinga situacija, kai paciento pasitenkinimas gautomis medicinos paslaugomis nebūtinai rodo gerą įstaigos struktūrą ir tinkamą paslaugos teikimo procesą (Rubin HR ir kt., 2001). Tai reiškia, kad tai, ką galiausiai vertina pacientai ne visuomet yra kokybiška paslauga. Paciento pasitenkinimą lemia daug papildomų socialinių ir ekonominių aplinkybių, asmeniniai ir situaciniai veiksniai bei ankstesnės patirtys (Brook RH, 2000, Philip J. ir kt., 2014). Nepaisant šios prieštaros ir suteiktos paslaugos kokybės vertinimo dviprasmiškumo Robert H. Brook ir jo tyrimų bendraautorių teigimu, kokybės rezultatai pacientų požiūriu lieka ypatingai svarbūs vertinant medicinos paslaugų teikimo kokybę. Būtent pacientų pozicija suteikia galimybę pamatyti esmines problemas sveikatos priežiūroje ir atskirose jos srityse, jas sprendžiant priimti strateginius politinius sprendimus sveikatos priežiūros sistemoje.

Nėra abejonių, kad pacientų nuomonė ir pasitenkinimas gautomis paslaugomis yra vienas svarbiausių rodiklių, pacientai žino ir supranta ryšį tarp kokybės vertinimo proceso ir gydymo

rezultatų. Paslaugos teikimo procesas yra dinamiškas, o jį sudaro daugelis komponentų, kuriuose ne mažiau nei gydytojo yra svarbus ir paciento vaidmuo. Dėl šio sąryšio kyla pagrindinis proceso kokybės vertinimo kriterijus – gydytojo ir paciento tarpusavio sąveika. Pacientas yra medicinos paslaugų kokybės vertinimo ašis, tad daugeliu atveju yra orientuojamasi į pacientą ir jo nuomonę. J. Mainz (2003) pastebėjimu, teikiamų medicinos paslaugų vertinimo rezultatus įtakoja ir žmogiškieji resursai, komfortas ir fizinė aplinka, paslaugos suteikimo savalaikiškumas. H.R. Rubin ir jo bendraautorių (2001) vertinimu, būtent pacientai geriau (labiau teigiamai) nei medicinos personalas vertina proceso kokybės matavimą. J. Mant (2001) išvadose teigiama, kad pacientas yra pajėgus suprasti ir interpretuoti proceso kokybės matavimą. Tad svarbiu veiksniu yra ne tik patys paslaugos – gydymo - rezultatai, bet ir paslaugos teikimo sąlygos. I. Bučiūnienė ir kt. (2004), remiantis Jurbarko ligoninėje personalo ir pacientų atlikto tyrimo rezultatais, teigia, kad norint turėti kuo išsamesnę informaciją reikalingi tyrimai, kurie neapsiribotų vien pacientų nuomone jiems rūpimais klausimais. Sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojų apklausa yra itin svarbi dedamoji suprantant ir vertinant sveikatos priežiūros įstaigose teikiamų paslaugų kokybę. Kaip pastebėjo R. J. Ferguson ir kt. (1999) vertinant paslaugų kokybę sveikatos sektoriuje esminis skirtumas yra tarp personalo ir pacientų nuomonių. Tyrėjų nuomone medicinos personalas yra kritiškesnis ir savo įstaigoje teikiamų paslaugų kokybę vertina prasčiau, nei pačias paslaugas gaunantys pacientai. Daugeliu atveju autoriai pateikę šias išvadas apie medicinos paslaugų kokybės svarbą pacientams tyrė pacientų, kurie dažniausiai neturi medicininio išsilavinimo ar nėra susiję su medicinos paslaugų sfera, nuomonę. Magistro darbe atlikto tyrimo respondentams tik iš dalies tinka minėtos kitų autorių pasiektos tyrimų išvados.

Dėl aptartų literatūroje įvardintų priežasčių tyrimui yra pasirinkta specifinė – du kriterijus atitinkanti grupė – tai medicinos personalas, kuris ne tik teikia medicinos paslaugas įstaigoje, kurioje dirba, bet (dėl jau minėtos darbuotojų skatinimo politikos įmonėje) yra ir šios įstaigos pacientai. Šis derinys leidžia vertinti teikiamų medicinos paslaugų kokybę iš abiejų pusių, turint itin kvalifikuotus ir medicinos paslaugų kokybę giluminiškai įvertinti galinčius pacientus. A.Kosinskienė ir J. Ruževičius (2011) atkreipė dėmesį į tai, kad medicinos darbuotojai į ISO ir kitus kokybės gerinimo modelius žiūri kaip į priemonę padėti spręsti jų pačių darbo kokybės problemas ir pagerinti savo darbą. Šių mokslininkų teigimu ši aplinkybė yra pagrindinė garantija, kad kokybės sistema bus tinkamai sukurta, įdiegta ir veisinga. Dėl to pasirinkta respondentų grupė medicinos personalas ir pacientai kartu sukuria ypatingą sinergiją bei galimybę vertinti

savo kolegų darbą paciento požiūriu, kai medicinos paslaugas gaunantis pacientas yra aukštos kompetencijos medicinos personalas susipažinęs su įstaigoje įdiegtais kokybės standartais.

Empirinio tyrimo atlikimui pasirinkti kiekybinis momentinis tyrimas, vertinant sveikatos priežiūros įstaigose teikiamų paslaugų kokybę:

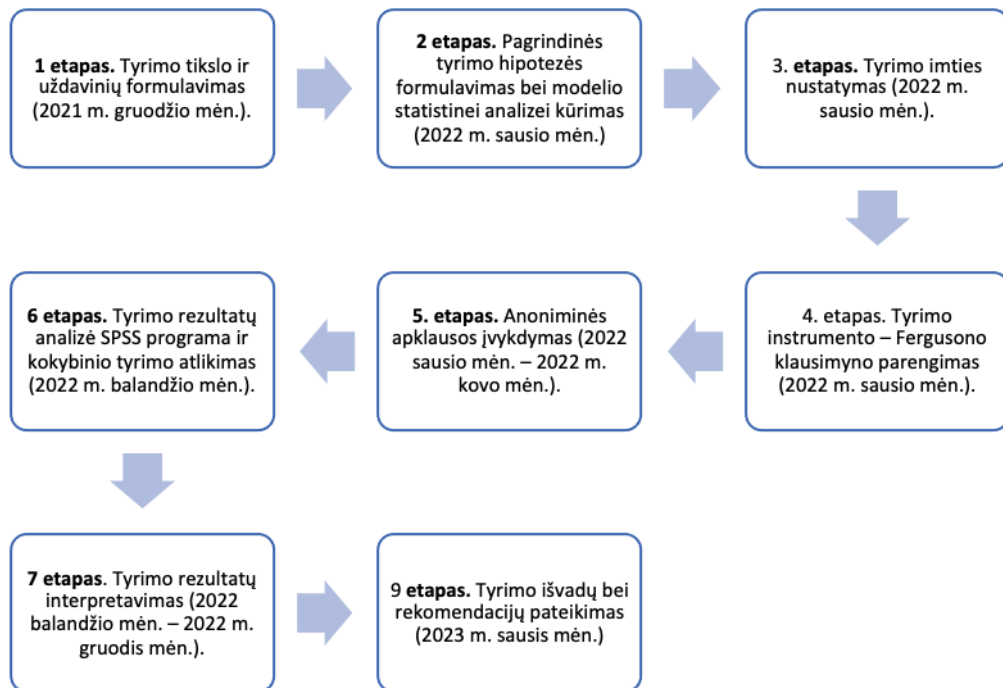
- *Kiekybinis tyrimas* dažnai taikomas dėl jo nedidelės trukmės ir ekonomiškumo. Šio tyrimo rėmuose buvo vykdoma tikslinė atranka. Tyrimui atlikti buvo naudojamas į lietuvių kalbą išverstas Ferguson modelis – klausimynas, o apklausa buvo vykdoma virtualiai interneto svetainėje www.manoapklausa.lt. Parengtas prašymas užpildyti klausimyną buvo siunčiamas asmeniškai įstaigų darbuotojams, naudojant vidinius įstaigų elektroninius adresus, kas leido klausimyną pateikti vienu metu bei nustatyti jų gražinimo (siuntimo) tyrimo atlikėjui datą.
- *Kokybinis tyrimas* atliktas kaip papildomas, atsižvelgiant į kiekybinio tyrimo rezultatus. Nustačius, kad Ferguson modelis yra validus, tiriant techninės ir funkcinės paslaugų kokybės įtaką išoriniam efektyvumui, tačiau atliekant regresinę analizę buvo atmesta viena iš tyrimo sub-hipotezių (H2), dėl to buvo siekiama giliau paanalizuoti tiriamos įstaigos vadovų požiūrį į Ferguson modelio- klasimyno struktūrą. Buvo atlikta tiriamos įstaigos vadovų (4 asmenų) numonės kokybinis tyrimas, pateikiant jiems atvirus iš anksto suformuluotus klausimus (stuktūrizuotas interviu). Vidutinė interviu trukmė – 15 min. Visi kokybinio tyrimo dalyviai dalyvavo ir kiekybiniame tyrime, tad buvo gerai susipažinę su Ferguson modeliu- klausimynų. Prieš kiekvieną interviu respondentai – vadovai buvo supažindinti su tyrimo tikslu ir klausimais. Jų dalyvavimas tyrime anoniminis. Struktūrizuotą interviu sudarė 3 atviri klausimai:
 1. Prašome pateikti nuomonę, kurie klausimyno klausimai labiausiai atspindi įstaigos teikiamų paslaugų kokybę? Ar jie yra naudingi paslaugų kokybės vertinimui?
 2. Jūsų manymu, kokie klausimai yra pertekliniai ir nesuteikia informacijos apiesveikatos įstaigoje teikiamų paslaugų kokybė.
 3. Jūsų manymu, kokie įklausimyną neįtraukti aspektai galėtų padėti vertinti sveikatos įstaigos teikiamų paslaugų kokybę?

3.2. Tyrimo planavimas

Vertinant privačioje sveikatos priežiūros įstaigos paslaugų techninę ir funkcinę kokybę ir jos įtaką išoriniam efektyvumui, empirinio tyrimo įgyvendinimas buvo vykdomas atsižvelgiant į žemiau pavaizduotą iš anksto paruoštą veiksmų atlikimo planą bei terminus. Taigi, tyrimo vykdymas vyko etapais (2 pav.):

2 paveikslas

Empirinio tyrimo eiga



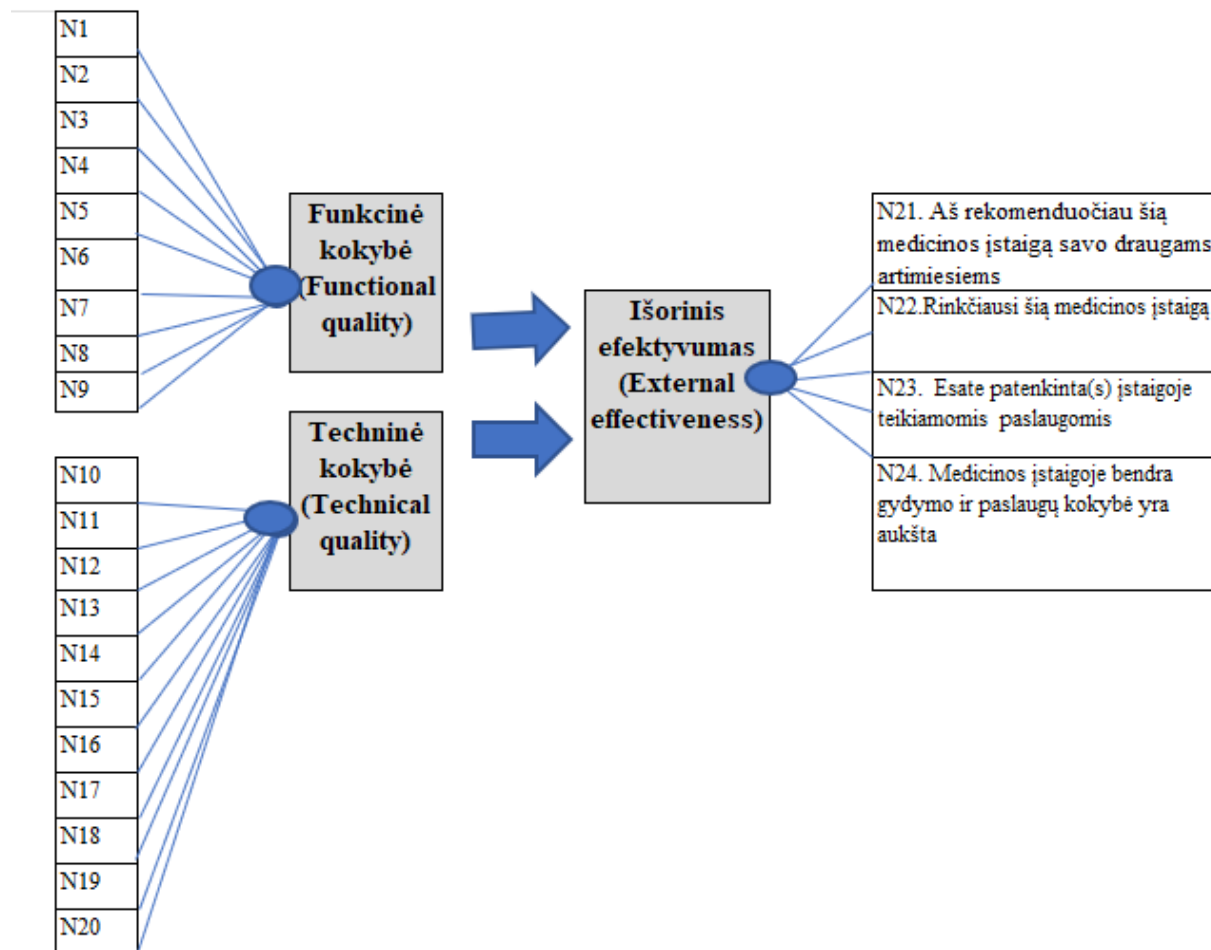
Šaltinis: parengta autorės.

Remiantis naudojamu Ferguson modeliu - klausimynu sukonstruojamas tyrimo modelis, kuoriuo metu vertinama funkcinė bei techninė teikiamų paslaugų kokybės įtaka išoriniam efektyvumui.

Remiantis atlikta mokslinė analize paslaugų kokybės vertinimo tematika bei naudotu klausimynu pagal Ferguson ir kt. (1999), siekta nustatyti kokią įtaką techninės bei funkcinės medicinos paslaugų kokybė turi išoriniam efektyvumui. Žemiau pateikiamas tyrimo modelis (3 pav.).

3 paveikslas

Autorinio tyrimo konceptualus modelis



Šaltinis: parengta autorės.

3.3. Tiriamos sveikatos priežiūros įstaigos veiklos apžvalga

Siekiant užtikrinti konfidencialumą šiame poskyryje nėra įvardijama tiriamą Įstaigą (toliau - medicinos įstaiga, arba įstaiga), taip pat dėl *tos pačios priežasties nepateikiamos nuorodos į informacijos šaltinius*, daugiausiai – tai oficialioji medicinos įstaigos interneto svetainė. Taip pat apibūdinant įstaigą remiamasi naujausiomis ir aktualiomis įstaigos veiklos ataskaitomis t. y. naudojamos paskutiniųjų pilnų kalendorinių 2021 m. metų ataskaitos.

Tyrimo analizuojama privati sveikatos priežiūros įstaiga, įsteigta 1995 m., yra viena iš privačios medicinos pradininkių Lietuvoje. Ji buvo steigama sekant tuo metu moderniausiais

Vakarų privačių klinikų pavyzdžiais. Įstaiga savo veikloje kelia tikslą – „Diagnozuoti ligą ir paskirti gydymą per 1-ą dieną“.

Šiuo metu ji yra viena didžiausių privačių medicinos įstaigų Lietuvoje. Įstaiga pirmoji Lietuvoje įsigijo (1995 m.) kompiuterinį tomografa, kuris buvo naudojamas visos Lietuvos gyventojams tirti. 2005 m. Įstaigos pacientams buvo atvertas naujas, 3000 kv. m korpusas su moderniomis operacinėmis, ligonių palatomis bei specialistų kabinetais.

Viena pirmųjų ši Įstaiga įdiegė integruotą paslaugų kokybės sistemą, sertifikuotą tarptautinės organizacijos „Bureau Veritas Certification“ ISO sertifikatu ISO 9001:2008, taip pat viena pirmųjų pradėjo taikyti E-sveikatos istorijos programą Lietuvoje. Tapo viena pirmųjų Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų. 2012 m. akredituota pagal standartą „Treatment Abroad, Code of practice“. Sveikatos priežiūros įstaigos, kurios savanoriškai įdiegė šį standartą, vertinamos kaip teikiančios aukštos kokybės paslaugas, skatinančios geriausios praktikos medicinos turizmo plėtrą. Šiuo metu įstaiga yra kol kas vienintelė medicinos įstaiga Baltijos šalyse, turinti šį sertifikatą.

2011 m. Įstaigos laboratorinės diagnostikos centras pirmasis Lietuvoje akredituotas pagal tarptautinį specialiai medicinos laboratorijoms skirtą ISO 15189 standartą – tai aukščiausias tarptautinis Įstaigos laboratorijos atliekamų tyrimų tikslumo ir patikimumo garantijos pripažinimas. Įstaigoje vertinamas profesionalumas, mokslo įrodymais, naujausiais medicinos pasaulio atradimais pagrįsta praktika ir paslaugų teikimo kokybė, šias savybes Įstaiga deklaruoja kaip savo išskirtinumą bendroje medicinos paslaugų rinkoje. Įstaiga orientuojasi ne į privalomąjį, bet į aukščiausių paslaugų kokybės, saugos ir aptarnavimo standartus.

Aukščiausi kokybės ir saugos standartai taikomi renkantis darbuotojus, įsigyjant medicinos įrangą, priimant paslaugų kokybės sprendimus.

Įstaiga deklaruoja šias pagrindines vertybes, jos yra tiesiogiai sietinos su paslaugų kokybe ir jos siekiniais:

- *Atidumas. Atidus, pagarbus ir profesionalus žvilgsnis į kiekvieną žmogų – pacientą, partnerį, bendradarbį.*
- *Išklausyti, įsiklausyti, paguosti, nuraminti, neskubant ir suprantamai pasakyti tiesą, paaiškinti, kas bus daroma, kad sveikata būtų sugrąžinta ir stiprinama – visa tai lemia sėkmingą Įstaigos medikų ir pacientų bendradarbiavimą.*

- *Laiku nustatyta, sustabdyta ir išgydyta liga, pasisekusi operacija, išmintingai parengtas ir įgyvendintas sveikatinimo planas pacientui suteikia sveikatos ar palengvėjimo, o medikui – didžiausios prasmės bei pasitenkinimo savo darbu.*
- *Partnerystė prasidėjusi nuo pirmojo kontakto, paciento, gydytojų, slaugytojų ir administracijos darbuotojų bendrystė bei partnerystė tęsiasi ilgus metus.*
- *Puoselėdami vertę kuriančią partnerystę, formuojame ilgalaikius tvarius, pasitikėjimu ir etika paremtus santykius su verslo, valstybės ir nevyriausybinėmis organizacijomis.*

Kiekvienais metais Įstaigoje gydomi ar sveikatą stiprina per 60 000 pacientų. Kas antras iš jų tampa nuolatinis pacientas, kas dešimtas pacientas atvyksta iš užsienio (dažniausiai iš Jungtinės Karalystės, Latvijos, Airijos, Norvegijos, Švedijos ir kitų Vakarų Europos šalių, Rusijos, Baltarusijos, Ukrainos, kitų NVS šalių). Įstaigoje pacientus tiria, konsultuoja ir gydo per 230 kvalifikuotų gydytojų specialistų, praktikuojančių 53-ose medicinos srityse; pacientams siūloma per 1500 įvairiausių sveikatos paslaugų, kai kurios iš jų Lietuvoje yra teikiamos tik šioje Įstaigoje.

Įstaigoje yra aiškus sprendimų priėmimo procesas: patvirtinta organizacinė struktūra, patvirtinta darbuotojų atrankos ir pirkimų tvarka, pasirašomi darbuotojų įgaliojimų delegavimo dokumentai. Vadovai praktikuoja ir skatina etišką elgesį, atskaitomybę ir skaidrumą. Yra paskirtas atsakingas už socialinę atsakomybę darbuotojas. Organizacija valdoma ir yra įdiegusi: paslaugų kokybės standartą ISO 9001, aplinkos apsaugos standartą ISO14001, JCI, TEMOS, GCR, TAA, Diplomatic Council.

3.4. Tyrimo imties sudarymas

Tyrimo populiacija. Tyrimo tikslinė populiacija yra analizuojamos medicinos įstaigos darbuotojai (gydytojai, slaugytojai, kokybės vadybininkai, administracijos darbuotojai). Svarbu ir tai, kad dėl personalo skatinimo politikos ir suteiktų palankių paslaugų įsigyjimo sąlygų didžioji daugumą įstaigos darbuotojų yra ir šios įstaigos medicinos paslaugų gavėjai – pacientai. Atrankos įtraukimo kriterijai: minėtoje įstaigoje dirbantis personalas, kuris naudojasi ir medicinos įstaigos teikiamomis paslaugomis t.y. medicinos įstaigos pacientai.

Virš 90 proc. respondentų dirbančiu ir besinaudojančiu privačios medicinos įstaigos paslaugomis turėjo darbo ir paslaugų gavimo patirties viešajame sektoriuje. Privačioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje buvo gautas žodinis vadovo leidimas atlikti apklausą.

Tyrimui naudojamos asmens sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojų grupė yra mišri, joje yra skirtingas patirtis ir atsakomybes turinčių medicinos įstaigos darbuotojų. Tyrime ji analizuojama kompleksiskai, ją sudaro:

- *Administracijos darbuotojai* – įtraukiant įstaigos administraciją, tai pat prie šios grupės yra priskiriami ir skyrių ar centrų vedėjai, greta kitų funkcijų vadovaujantys ir kokybės užtikrinimo procesui konkrečiuose pacientus aptarnaujančiuose pacientus. Šiai grupei priskiriame ir vyresnius slaugytojus – slaugos administratorius, kaip atsakingus už tiesiogines pacientų slaugos paslaugas ir jų kokybišką savalaikį suteikimą.
- *Kokybės vadybininkai* – tiesiogiai dirbantys tyrimui aktualioje srityje ir atsakingi už šios krypties strategijos formavimą, jos realizavimą ir vertinimą.
- *Gydytojai* – kaip betarpiškai bendraujantys su pacientais, teikiantys paslaugas ir formuojantys įstaigos įvaizdį.
- *Slaugytojai* – kaip betarpiškai bendraujantys su pacientais, teikiantys paslaugas ir formuojantys įstaigos įvaizdį.

Tyrimo imčiai pasirinkta netikimybinė imties sudarymo strategija, dėl šios priežasties gautos tyrimo išvados negali būti taikomos visai populiacijai, tačiau tinkamos tyrimo objektui atskleisti. Netikimybinėse imtyse nėra privalomo imties dydžio, jis priklauso nuo duomenų analizei pasirinktų taikyti statistinių metodų. Regresinei analizei rekomenduojama turėti mažiausiai 50 respondentų (George D., Mallery P., 2019), atliekant magistro darbo tyrimą gauti 116 respondentų atsakymai. Respondentai tyrime dalyvavo savanoriškai, prie klausimyno buvo pateiktas temą ir tyrimo tikslą aiškinantis laiškas. Tyrimas atliktas anonimiškai. Gautas žodinis įstaigos vadovo leidimas atlikti apklausą.

Imties dydis yra svarbus statistinį tikslumą lemiantis faktorius, pagal kurį vertinami populiacijos požymiai. Imties dydiui įtakos turi populiacijos dydis ir galima imties paklaida. Imties dydis labai priklauso nuo požymių, kuriems ji sudaroma, skaičiaus. Jeigu imties objektus reikia klasifikuoti detalai, imties dydis turi būti pakankamas, kad į kiekvieną grupę

pakliūtų reikiamas elementų kiekis (Marčinskas, 2012). Norint užtikrinti atliekamo tyrimo patikimumą, būtina nustatyti reikalingą minimalų tiriamųjų skaičių, siekiant statistiškai reikšmingų išvadų (pavyzdžiui, <http://www.apklausa.lt/imtys-dydis>). Remiantis Supaprastinto išlaidų apmokėjimo gairėmis ir esama mokslinė literatūra (Kardelis K., 2016), rekomenduojamas pasiklovimo lygmuo yra 95 proc., o statistinė paklaida – 5 proc. Didesnė tyrimo imties paklaida (atitinkamai ir mažesnis respondentų skaičius) yra galima atsižvelgiant į tyrimo tikslus, apklausos kaštus ir kitas svarias priežastis. Rekomenduojama, kad paklaida neviršytų 10 procentų (Kardelis K., 2016). Atlikto magistro tyrimo imties paklaida yra 8 proc., o imties patikimumas $p = 0,95$.

Kokybinis tyrimas atliktas pateikiant stuktūrizuotus intervių klausimus tiriamos įmonės vadovams, kurie dirbo įdiegiant aukščiausius kokybės standartus šioje medicinos paslaugų įmonėje. Jie tyrimui pasirinkti pagal užimamas administracines pareigas, tad jų skaičius yra limituotas ir apspręstas objektyvių aplinkybių, tad imties nusatymo reikalavimai šiuo atveju netaikyti, respondentai pasitelkti ekspertų statusu.

Galimos atrankos klaidos:

Matavimo klaida – dėl nesąžiningo atsakinėjimo į anketoje pateiktus klausimus.

Galimų atsakymų formulavimo klaida- dėl respondentams teikiamo atsakymo netikslumo, vietoje „Nesu tikras“ turėjo būti „nei sutinku, nei nesutinku“. Tai vertinama kaip tyrimo trūkumas.

3.5. Tyrimo instrumentarijus

Tyrimo instrumentas yra R.J. Ferguson ir jo bendraautorių pasiūlytas modelis - klausimynas (R.J. Ferguson ir kt., 1999), skirtas tiek pacientų, tiek medicinos personalo nuomonei apie sveikatos priežiūros įstaigose teikiamų paslaugų kokybę, leidžiantis įvertinti funkcinės ir techninės paslaugų kokybės įtaką išoriniam efektyvumui. Modelio - klausimyno konstruktai:

- *Techninės kokybės vertinimui* priklauso apčiuopiamos paslaugos, kai techninį paslaugų kokybės aspektą apibūdina medicinos personalo/ pacientų vertinimai apie nuorodas ir stendus, kurie padeda pacientams geriau orientuotis medicinos įstaigos erdvėje, įrangos ir patalpų švarą ir būklę, gydytojų ir slaugytojų aprangą bei išvaizdą,

pacientams teikiamų rekomendacijų aiškumą ir išsamumą, gydymo tvarkaraščio patogumą bei medikų kompetenciją (9 klausimai).

- *Funkcinės kokybės vertinimas* – tai medicinos personalo/ paciento bendravimas su paslaugos teikėjais paslaugos teikimo ir jų vartojimo metu (pvz. paciento informavimas apie gydymo reikalingumą bei tikslus, pagarba pacientui, gydymo eigos stebėseną, informavimas apie atsiradusius pasikeitimus, gydytojų ir slaugytojų rūpinimasis paciento interesais, medikų jautrumas, dėmesingumas, nuoširdumas, procedūrų atlikimo kokybė, iškilusių problemų sprendimo operatyvumas) (11 klausimų).
- *Išorinis paslaugų efektyvumas vertinamas* pagal medicinos personalo/ paciento (paslaugos gavėjo) ketinimus rekomenduoti konkrečią sveikatos priežiūros įstaigą kitiems, taip pat pakartotino pasinaudojimo paslaugomis tikimybę, pasitenkinimą ir bendrą pozityvų kokybės įvertinimą. Apklausiami respondentai yra ir vidiniai (kaip medicinos personalas), ir išoriniai (kaip paiešoti) paslaugų sistemos dalyviai ir kokybės vertintojai (4 klausimai).

Tyrimo instrumente respondentai galėjo pasirinkti 5-is atsakymo variantus. Jie buvo vertinami taip:

- Visiškai sutinku – 5 balai;
- Sutinku – 4 balai;
- Nesu tikras/a – 3 balai;
- Nesutinku – 2 balai;
- Visiškai nesutinku – balas.

Kiekvienam klausimui buvo skaičiuotas balų vidurkis ir standartinis nuokrypis. Atliktas klausimyno patikimumo vertinimas - Cronbach's Alpha analizė.

Kokybinio tyrimo respondentams – ekspertams buvo pateikti trys atviri klausimai:

1. Prašome pateikti nuomonę, kurie klausimyno klausimai labiausiai atspindi įstaigos teikiamų paslaugų kokybę? Ar jie yra naudingi paslaugų kokybės vertinimui?
2. Jūsų manymu, kokie klausimai yra pertekliniai ir nesuteikia informacijos apie sveikatos įstaigoje teikiamų paslaugų kokybę?

3. Jūsų manymu, kokie į klausimyną neįtraukti aspektai galėtų padėti vertinti sveikatos įstaigos teikiamų paslaugų kokybę?

Jų atsakymų ilgis į kiekvieną iš klausimų nebuvo ribojamas, tačiau vidutiniškai interviu truko po 15 min. Surinkta medžiaga apibendrinta ją analizuojat ir lyginant vadovų atsakymus tarpusavyje, siekiant išryškinti pagrindinius akcentus, išsakytos nuomonės panašumus ir skirtumus.

3.6. Empirinio tyrimo rezultatų analizė.

3.6.1. Aprašomoji imties statistika

Tyrimo dalyvavo 116 asmens sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojai (administracijos darbuotojai, kokybės vadybininkai, gydytojai, slaugytojai, kitas nemedicininis personalas). 1 lentelėje pateiktas dalyvavusių moterų ir vyrų pasiskirstymas.

1 lentelė

Moterų ir vyrų dalyvavusių apklausoje pasiskirstymas (N=116).

Lytis	Respondentų skaičius	
	N	proc.
Moteris	90	23
Vyrai	26	77
Iš viso	116	100

Šaltinis: parengta autorės.

90 procentų visų apklaustųjų gyveno Vilniuje, tik 10 proc. gyveno kitur (Vilniaus, Klaipėdos rajonuose).

4 paveikslas

Apklausoos dalyvių pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą, procentais (N=116).



Nustatyta, kad daugiausiai tiriamųjų buvo 50-59 m. amžiaus grupėje – 31,6 proc. (N=36). Kitose amžiaus grupėse respondentų pasiskirstymas buvo toks: 20-29 m. amžiaus grupėje – 12,8 proc. (N=15), 30-39 m. amžiaus grupėje – 24,8 proc. (N=29), 40-49 m. amžiaus grupėje – 16,2 proc. (N=19), 60+ m. amžiaus grupėje – 14,5 proc. (N=17).

Gauti duomenis, kad daugiausiai apklaustųjų sveikatos priežiūros sistemoje dirba 30 ir daugiau metų – 31,9 proc. (N=37), 28,4 proc. (N=33) apklaustieji turi 1-9 metus darbo stažo sveikatos priežiūros sistemoje, 20-29 m. darbo stažo turi 23,3 proc. (N=27), o mažiausiai apklausoos dalyvių 16,4 proc. (N=19) dirba 10-19 m. sveikatos priežiūros įstaigoje.

Dauguma respondentų įmonėje dirba nuo 1 iki 9 metų – 52,6 proc. (N=61). 19,8 proc. dalyvių dirba nuo 10 iki 19 metų (N=23), o 20-29 m. darbo stažo turi 19,34 proc. tyrimo dalyvių (N=59). Mažiausiai buvo respondentų dirbančių 30 ir daugiau metų – 9,51 proc. (N=29).

2 lentelė

Respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes bei darbo stažas sveikatos priežiūros įstaigoje ir šioje įstaigoje (N=116).

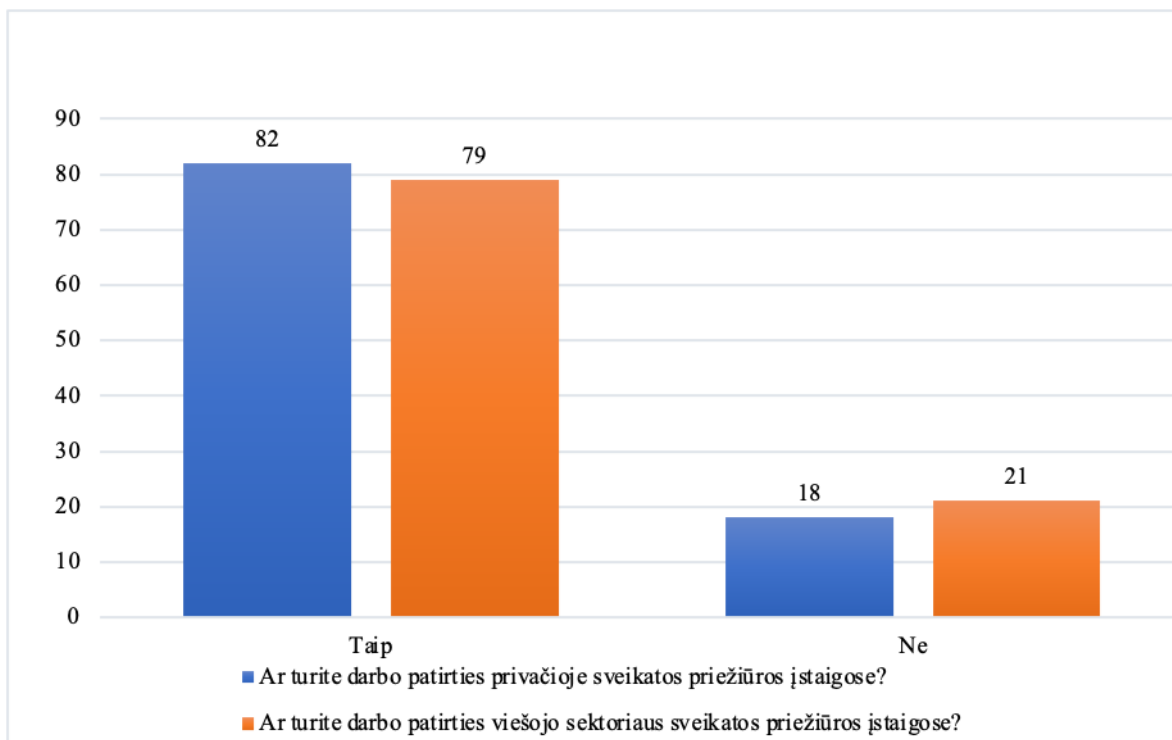
Kriterijus		Respondentų skaičius	
		N	Proc.
Amžiaus grupės, metais	20-29	15	12,8
	30-39	29	24,8
	40-49	19	16,3
	50-59	36	31,6
	60+	17	14,5
Darbo stažas sveikatos priežiūros sistemoje, metais	1-9	33	28,4
	10-19	19	16,4
	20-29	27	23,3
	30+	37	31,9
Darbo stažas šioje įstaigoje, metais	1-9	61	52,6
	10-19	23	19,8
	20-29	22	19
	30+	10	8,6

Šaltinis: parengta autorės.

Apklausos dalyvių buvo klausta, ar jie turi darbo patirties privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje ir viešojo sektoriaus sveikatos priežiūros įstaigoje. Didžioje dalis apklaustųjų turėjo patirties tiek viešojoje sveikatos priežiūros įstaigoje (82 proc.), tiek privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje (79 proc.)

5 paveikslas

Respondentų pasiskirstymas pagal darbo patirtį viešoje ir privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje, procentais (N=116).



Šaltinis: parengta autorės.

3.6.2. Aprašomoji duomenų statistika

Duomenys buvo tvarkomi naudojant IBM SPSS Statistics bei vizualizacijai buvo naudojamas Microsoft Excel 365. Hipotezėms tikrinti buvo skaičiuota regresinė analizė. Atlikus regresinę analizę buvo vertinta ar yra tenkinamos regresijos modelio sąlygos - ANOVA reikšmingumo Sig. reikšmė (turėtų būti $p < 0,05$), tuomet modelis paaiškina didelę variacijos dalį, Durbinio – Watsono reikšmė rodo, kad nėra autokoreliacijos tarp skirtingų stebinių liekamosios paklaidos R square (turi būti $p > 0,2$), rodo kad modelis gerai paaiškina kintamuosius.

Norint atlikti naudojamo klausimyno patikimumo vertinimą, statistine programa SPSS buvo atlikta Cronbach's Alpha analizė. Visų konstruktyvų vidinio suderinamumo matų reikšmės

varijavo nuo 0,717 iki 0,760. Tai reiškia, kad konstruktai atitinka gero patikimumo sąlygas, nes Cronbach's Alpha yra daugiau nei 0,7.

3 lentelė

Respondentų klausimyno konstrukty patikimumo vertinimo rodikliai

Konstruktas	Teiginių skaičius	Cronbach's Alpha	Respondentų skaičius
Techninės kokybės vertinimas	9	0,753	116
Funkcinės kokybės vertinimas	11	0,902	116
Išorinio efektyvumo vertinimas	4	0,892	116

Šaltinis: parengta autorės.

Skaičiuojant techninės paslaugų kokybės vertinimą balais buvo paskaičiuoti vidurkiai kiekvienu aspektu (4 lentelė).

4.lentelė

Respondentų techninės paslaugų kokybės vertinimo vidurkiai (N=116)

Techninės paslaugų kokybės vertinimas	Vidurkis ± standartinis nuokrypis
1. Medicinos įstaigoje yra aiškūs ženklai, iškabos, schemas, kurios supaprastina pacientų orientavimąsi aplinkoje	4,09 ± 0,880
2. Medicinos įstaiga yra tinkamai ir pilnai aprūpinta gydymo, slaugos priemonėmis	4,36 ± 0,610
3. Personalo apranga ir išvaizda yra tvarkinga ir tinkama	4,22 ± 0,657
4. Personalas pacientams pateikia aiškias ir suprantamas instrukcijas	4,22±0,824
5. Medicinos įstaigoje yra pakankamos galimybės judėti pagal paciento būklę (liftu, vežimėliu, laiptais)	3,81±0,913
6. Medicinos įstaigoje yra pakankamai specialistų	4,24 ± 0,83
7. Slaugai, gydymui, apžiūrai reikalinga įranga ir patalpos yra švarios ir sterilios	4,24 ± 0,830
8. Personalas procedūras atlieka kokybiškai	4,06 ± 0,701
9. Personalo bendravimo su pacientais įgūdžiai yra tinkami jų užimamoms pareigoms	4,09±0,813

Šaltinis: parengta autorės.

Geriausiai buvo įvertinta medicinos įstaigos pilnas apsirūpinimas gydymo ir slaugos priemonėmis (vidurkis – $4,36 \pm 0,610$). Žemiausiai buvo įvertintas pakankamos galimybės judėti pagal paciento būklę (liftu, vežimėliu, laiptais) ($3,81 \pm 0,913$).

Funkcinės paslaugų kokybės vertinimui kiekvienam klausimui taip pat paskaičiuotas atsakymų vidurkis balais (5 lentelė).

5 lentelė

Respondentų funkcinės kokybės vertinimo vidurkiai (N=116)

Funkcinės paslaugų kokybės vertinimas	Vidurkis \pm standartinis nuokrypis
1. Pacientai aiškiai informuojami apie reikalingų tyrimų ir gydymo/ slaugos reikalingumą ir tikslus	$4,09 \pm 0,741$
2. Personalas stengiasi, kad pacientas jaustųsi gerbiamas ir orus.	$4,23 \pm 0,702$
3. Pacientai gali tikėtis, kad įstaigos personalas rūpinsis jų interesais.	$4,09 \pm 0,769$
4. Medicinos įstaigoje stengiamasi užtikrinti kuo kokybiškesnę pacientų priežiūrą	$4,32 \pm 0,537$
5. Atsiradus pasikeitimams, pacientai apie tai yra nedelsiant informuojami.	$4,03 \pm 0,828$
6. Aptarnavimas visa parą (dienos ir nakties metu) yra vienodas	$3,46 \pm 0,945$
7. Pacientas gali pasitikėti gydančiu ir aptarnaujančiu personalu	$4,22 \pm 0,634$
8. Personalas geba nuraminti, paguosti,	$4,09 \pm 0,710$

palaikyti	
9. Personalas įvertina ir reaguoja į išsakytas pastabas	4,03 ± 0,611
10. Pacientams yra suprantamai paaiškinama apie jiems skirtą gydymą, slaugos procedūras, pašalinį poveikį ir galimą žalą.	3,96 ± 0,739
11. Kilus sunkumams problemos sprendžiamos per kuo trumpesnę laiką	4,07 ± 0,766

Šaltinis: parengta autorės.

Geriausiai respondentai pagal vidurkį įvertinimo stengimasi užtikrinti kokybišką pacientų priežiūrą (4,32 ± 0,537). Mažiausių balų sulaukęs klausimas “Aptarnavimas visa parą (dienos ir nakties metu) yra vienodas - 3,46 ± 0,945.

6 lentelėje pateikiami išorinio efektyvumo vertinimų vidurkiai pagal balus.

6 lentelė

Respondentų išorinio efektyvumo vertinimo vidurkiai (N=116)

Išorinio efektyvumo įvertinimas	Vidukis ± standartinis nuokrypis
1. Aš rekomenduočiau šią medicinos įstaigą savo draugams/ artimiesiems	4,22±0,67
2. Rinkčiausi šią medicinos įstaigą	4,31±0,715
3. Esate patenkinta(s) įstaigoje teikiamomis paslaugomis	4,17±0,65
4. Medicinos įstaigoje bendra gydymo ir paslaugų kokybė yra aukšta	4,27±0,69

Šaltinis: parengta autorės.

Mažiausiai pasitenkinimo surinko teiginys „Esate patenkinta(s) įstaigoje teikiamomis paslaugomis - $4,17 \pm 0,65$. Didžiausias vidurkis buvo teiginio „Aš rinkčiausi šią medicinos įstaigą“ - $4,31 \pm 0,715$.

3.6.3. Regresinė analizė

Norint įvertinti sąsajas tarp techninės paslaugų kokybės, funkcinės paslaugų kokybės ir išoriniu efektyvumo statistinės analizės programos pagalba buvo patikrinta iškelta hipotezė.

H: *Ir techninė, ir funkcinė paslaugų kokybė daro teigiamą įtaką išoriniam efektyvumui.*

Atlikus regresinę analizę nustatyta, kad yra tenkinamos regresijos modelio sąlygos - ANOVA reikšmingumo Sig. reikšmė $p < 0,001$, (turėtų būti $p < 0,05$), todėl modelis paaiškina didelę variacijos dalį, Durbino – Watsono reikšmė – 1,857 rodo, kad nėra autokoreliacijos tarp skirtingų stebinių liekamosios paklaidos R square 0,686 (turi būti $p > 0,2$), rodo kad modelis gerai paaiškina kintamuosius. Hipotezė patvirtinta.

7 lentelė

Ir techninės ir funkcinės kokybės įtakos teigiamam apklaustųjų išoriniam efektyvumui, koeficientų reikšmės (N=116)

Modelis	Nestandardizuoti koeficientai		Standartizuoti koeficientai	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Konstanta)	-0,124	0,301		-0,411	0,682
Techninė paslaugų kokybė	0,330	0,101	0,243	3,272	0,001
Funkcinė paslaugų kokybė	0,738	0,086	0,638	8,576	0,000

a. Priklausomas kintamasis: išorinis efektyvumas

Šaltinis: parengta autorės pagal tyrimo rezultatus

Pagal gautas koeficientų reikšmes buvo sudaryta regresijos lygtis.

Regresijos lygtis: išorinis efektyvumas = $- 0,124 + 0,330 \times$ techninė paslaugų kokybė + $0,738 \times$ funkcinė paslaugų kokybė.

Suformuotos keturios papildomos hipotezės, kurioms įvertinti atliktos atskiros regresinės analizės, siekiant nustatyti ar techninis ir funkcinis paslaugų kokybės vertinimas daro įtaką atskirai kiekvienam išorinio efektyvumo klausimui. Priežastiniai kintamieji: Aš rekomenduočiau šią medicinos įstaigą savo draugams/ artimiesiems, rinkčiausi šią medicinos įstaigą, esate patenkinta(s) įstaigoje teikiamomis paslaugomis, medicinos įstaigoje bendra gydymo ir paslaugų kokybė yra aukšta, priklausomas kintamasis techninė ir funkcinė paslaugų kokybė.

Norinti patvirtinti ar paneigti iškelta hipotezę

H1: *Ir techninė, ir funkcinė paslaugų kokybė daro teigiamą įtaką, kad pacientai rekomenduotų medicinos įstaigą savo draugams/ artimiesiems.*

Atlikus regresinę analizę nustatyta, kad yra tenkinamos regresijos modelio sąlygos - ANOVA reikšmingumo Sig.. reikšmė $p < 0,001$, (turėtų būti $p < 0,05$), todėl modelis paaiškina didelę variacijos dalį, Durbino – Vatsono reikšmė – 1,921 rodo, kad nėra autokoreliacijos tarp skirtingų stebinių liekamosios paklaidos R square 0,515 (turi būti $p > 0,2$), rodo kad modelis gerai paaiškina kintamuosius.

8 lentelė

Ir techninės, ir funkcinės paslaugų kokybės teigiamos įtakos, kad respondantai rekomenduotų medicinos įstaigą savo draugams/ artimiesiems, koeficientų reikšmės (N=116)

Modelis	Nestandardizuoti koeficientai		Standartizuoti koeficientai	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Konstanta)	-0,010	0,420		-0,023	0,982
Techninė paslaugų kokybė	0,309	0,141	0,203	2,200	0,030
Funkcinė paslaugų kokybė	0,725	0,120	0,559	6,042	0,000

a. Priklausomas kintamasis: Aš rekomenduočiau šią medicinos įstaigą savo draugams/ artimiesiems

Šaltinis: parengta autorės pagal tyrimo rezultatus

Iš gautų duomenų priimt iškelta hipotezė. Pagal gautas koeficientų reikšmes buvo sudaryta regresijos lygtis.

Regresijos lygtis: Aš rekomenduočiau šią medicinos įstaigą savo draugams/ artimiesiems = - 0,010 + 0,309 x techninė paslaugų kokybė + 0,725 x funkcinė paslaugų kokybė.

H2: *Ir techninė, ir funkcinė paslaugų kokybė daro teigiamą įtaką, tam, kad pacientai rinktųsi šią medicinos įstaigą.*

Atlikus regresinę analizę nustatyta, kad iš modelio turi būti pašalinti regresoriai, kurie nedaro įtakos, kad respondentai rinktųsi šią medicinos įstaigą. Pašalinus buvo pakartota regresija ir tuo pačiu buvo tenkinamos regresijos modelio sąlygos: ANOVA reikšmingumo Sig. reikšmė $p < 0,001$, (turėtų būti $p < 0,05$), todėl modelis paaiškina didelę variacijos dalį, Durbino – Vatsono reikšmė – 1,92 rodo, kad nėra autokoreliacijos tarp skirtingų stebinių liekamosios paklaidos R square 0,522 (turi būti $p > 0,2$), rodo kad modelis gerai paaiškina kintamuosius. Kompleksinė hipotezė atmesta.

9 lentelė

Ir techninės, ir funkcinės paslaugų kokybės teigiamos įtakos, tam, kad respondentai rinktųsi šią medicinos įstaigą koeficientų reikšmės (N=116)

Koeficientai

Modelis	Nestandardizuoti koeficientai		Standartizuoti koeficientai	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Konstanta)	-0,016	0,445		-0,036	0,971
Techninė paslaugų kokybė	0,168	0,149	0,103	1,125	0,263
Funkcinė paslaugų kokybė	0,895	0,127	0,646	7,041	0,000
2 (Konstanta)	0,269	0,366		0,734	0,465
Funkcinė paslaugų kokybė	0,996	0,090	0,719	11,097	0,000

a. Priklausomas: Rinkčiausi šią medicinos įstaigą

Šaltinis: parengta autorės pagal tyrimo rezultatus

H3: *Ir techninė, ir funkcinė kokybė daro teigiamą įtaką, kad pacientai yra patenkinti įstaigoje teikiamomis paslaugomis.*

Atlikus regresinę analizę nustatyta, kad yra tenkinamos regresijos modelio sąlygos - ANOVA reikšmingumo Sig.. reikšmė $p < 0,001$, (turėtų būti $p < 0,05$), todėl modelis paaiškina didelę variacijos dalį, Durbino – Vatsono reikšmė – 2,054 rodo, kad nėra autokoreliacijos tarp skirtingų stebinių liekamosios paklaidos R^2 0,504 (turi būti $p > 0,2$), rodo kad modelis gerai paaiškina kintamuosius. Hipotezė patvirtinta.

10 lentelė

Ir techninės, ir funkcinės paslaugų kokybės teigiamos įtakos, kad respondentai yra patenkinti įstaigoje teikiamomis paslaugomis, koeficientų reikšmės (N=116).

Koeficientai

Modelis	Nestandardizuoti koeficientai		Standartizuoti koeficientai	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Konstanta)	-0,090	0,411		-0,218	0,828
Techninė paslaugų kokybė	0,499	0,138	0,338	3,619	0,000
Funkcinė paslaugų kokybė	0,540	0,118	0,429	4,594	0,000

a. Priklausomas kintamasis: Esate patenkinta(s) įstaigoje teikiamomis paslaugomis

Šaltinis: parengta autorės pagal tyrimo rezultatus

Iš gautų duomenų patvirtiname iškeltą hipotezę. Pagal gautas koeficientų reikšmes buvo sudaryta regresijos lygtis.

Regresijos lygtis: Esate patenkinta(s) įstaigoje teikiamomis paslaugomis = - 0,090 + 0,499 x techninė paslaugų kokybė + 0,540 x funkcinė paslaugų kokybė.

H4: *Ir techninė, ir funkcinė paslaugų kokybė daro teigiamą įtaką, kad medicinos įstaigoje bendra gydymo ir paslaugų kokybė yra aukšta.*

Atlikus regresinę analizę nustatyta, kad yra tenkinamos regresijos modelio sąlygos - ANOVA reikšmingumo Sig. reikšmė $p < 0,001$, (turėtų būti $p < 0,05$), todėl modelis paaiškina didelę variacijos dalį, Durbino – Vatsono reikšmė – 1,910 rodo, kad nėra autokoreliacijos tarp skirtingų stebinių liekamosios paklaidos R^2 0,549 (turi būti $p > 0,2$), rodo kad modelis gerai paaiškina kintamuosius. Hipotezė patvirtinta.

11 lentelė

Ir techninės, ir funkcinės paslaugų kokybės teigiamos įtakos, kad medicinos įstaigoje bendra gydymo ir paslaugų kokybė yra aukšta, koeficientų reikšmės (N=116)

Koeficientai

Modelis	Nestandardizuoti koeficientai		Standartizuoti koeficientai	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Konstanta)	-0,380	0,429		-0,885	0,378
Techninė paslaugų kokybė	0,344	0,144	0,213	2,392	0,018
Funkcinė paslaugų kokybė	0,791	0,123	0,575	6,449	0,000

a. Priklausomas kintamasis: Medicinos įstaigoje bendra gydymo ir paslaugų kokybė yra aukšta

Šaltinis: parengta autorės pagal tyrimo rezultatus

Iš gautų duomenų patvirtiname iškeltą hipotezę. Pagal gautas koeficientų reikšmes buvo sudaryta regresijos lygtis.

Regresijos lygtis: Medicinos įstaigoje bendra gydymo ir paslaugų kokybė yra aukšta = - 0,380 + 0,344 x techninė paslaugų kokybė + 0,791 x funkcinė paslaugų kokybė.

3.6.4. Kokybinio tyrimo analizė

Nors ir nedidelės apimties kokybinis konkrečios privačios medicinos įstaigos vadovų (tyrime išreiškiant savo nuomonę dalyvavo 4 tiriamos įstaigos vadovai) nuomonės tyrimas,

atskleidė daugiau aspektų dėl kurių Ferguson klausimynas nėra pakankamai išsamus. Įstaigos vadovams (jie atitinka eksperto kriterijus – turi aukštąjį išsilavinimą, didesnę nei 3 metų patirtį savo veikos srityje,) buvo pateikti 3 atviri klausimai:

1. Prašome pateikti nuomonę, kurie klausimyno klausimai labiausiai atspindi įstaigos teikiamų paslaugų kokybę? Ar jie yra naudingi paslaugų kokybės vertinimui?
2. Jūsų manymu, kokie klausimai yra pertekliniai ir nesuteikia informacijos apie sveikatos įstaigoje teikiamų paslaugų kokybę?
3. Jūsų manymu, kokie į klausimyną neįtraukti aspektai galėtų padėti vertinti sveikatos įstaigos teikiamų paslaugų kokybę?

3 iš 4 vadovų kaip aktualiausias, tačiau į Ferguson klausimyną neįtraukas temas – klausimus, svarbius funkcinėi ir techninei medicinos paslaugų kokybei – tai būtinybė personalui nuolat tobulintis. 2 vadovai iš 4 manė, kad perteklinis yra funkcinės kokybės vertinimui skirtas 17 klausimas - „Personalas geba nuraminti, paguosti, palaikyti“, kuris tiesiogiai susijęs su empatijos demonstravimu, bet taip pat gali būti susijęs su atitraukimu nuo tiesioginių paslaugų teikimo, o gilesnis psichologinių žinių ir paslaugų teikimas dažnai peržengia gydytojų specialistų kompetencijos ribas. Prie perteklinių yra priskirti ir kiti su medikų poveikiu pacientų jausmams ar savigarbai skirti vertinimo klausimai, pvz. 11 „Personalas stengiasi, kad pacientas jaustųsi gerbiamas ir orus“ ar 8 „Personalas procedūras atlieka kokybiškai“. Vadovo numone, šis klausimas yra perteklinis, nes sveikatos priežiūros veikimo ir reglamentavimo sistema yra kryptingai orientuota į kokybišką paslaugų atlikimą, nes kalbama apie vieną svarbiausių šiuolaikinės visuomenės vertybių – asmens sveikatą, tad dalinai kokybiškų gydymo paslaugų teikimas nėra galimas, tai aptaria pacientų teises ginantys įstatymai.

Daugiausia minčių dėl Ferguson klausimyno nepakankamumo šiuolaikinės medicinos įstaigoje (įsidiegusios aukščiausius kokybės standartus) teikiamų paslaugų funkcinėi ir techninei kokybei vertinti rodo vadovų atsakymai į paskutinį kokybinio tyrimo klausimą. Vienas iš vadovų labai tiksliai atkreipė dėmesį į tai, kad Ferguson klausimyne „Labai daug klausimų yra apie darbuotojų empatiją ligonio atžvilgiu“, tuo tarpu, kaip nurodo vadovas, „svarbiausias tikslas, siekiant kokybiškų paslaugų yra pacientų sauga ir rizikos valdymas. Šio vadovo siūlymų aktualus įtrauktinas klausimas – „ką darbuotojai daro pastebėję tam tikrus rizikos veiksnius“. Darbuotojų elgesys ir reakcija į neįprastas su darbu ir teikiamomis paslaugomis susijusias

situacijas (rizikas) yra dažnas sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose, taip pat tai turi didelę įtaką teikiamos paslaugos kokybei ir yra neatsiejama nuo galutinio siekiamo rezultato – paciento sveikimo proceso. Kitas vadovas nurodė daugiau specifinių Fergusonso modelio - klausimyno trūkumų, į kuriuos siūlytų atsižvelgti – tai klausimai apie įstaigos personalo domėjimąsi naujausiomis sveikatos priežiūros technologijomis, apie nuolatinį medicinos technikos atnaujinimą, taip pat klausimai apie įstaigoje įdiegtus atitinkamus kokybės standartus. Šis vadovas siūlė tobulinti klausimyną, įvedant vieną apibendrinantį klausimą, leidžiantį įvertinti bendrąją įstaigoje teikiamų paslaugų kokybę (balų skalė nuo 1 iki 10). 2 vadovai iš 4 išskyrė kaip Fergusonso klausimyno trūkumą – nepalietą skundų nagrinėjimo temą, kuri iš esmės turėtų būti laikoma vienu iš galimų būdų paslaugų kokybei gerinti. Tas pats pasakytina apie vieno iš vadovų nurodytą spragą – nepageidaujamų įvykių analizę, kai neįprastų situacijų ar rizikų sprendimas sudaro prielaidas funkcinėi ir techninei paslaugų kokybei gerinti. Skundų ir neįprastų (krizinių, rizikos) situacijų sprendimo neįvertinimas medicinos paslaugų kokybės vertinimo šiuolaikiniame kontekste yra gana svarbus Fergusonso ir kolegų parengto klausimyno trūkumas.

Šie vadovų pastebėjimai teikti remiantis turima kasdienės veiklos patirtimi medicinos įstaigoje, šios grupės galimiems Fergusonso klausimyno papildymams galėtume priskirti ir vieno iš vadovų pastebėjimą, kad Fergusonso ir kt. suformuotuose kriterijuose stinga medicinos įstaigos registratūros darbui vertinti skirtų klausimų, kai registratūros darbo svarba, medicinos personalo laiko planavimas ir pacientų srautų suvaldymas itin daug prisideda prie medicinos įstaigos darbo organizavimo, funkcinės ir techninės paslaugų kokybės ir jų įtakos išoriniam efektyvumui.

4. REZULTATŲ INTERPRETAVIMAS

Atsižvelgiant į dvilypį tyrimo tikslą - įvertinti techninės ir funkcinės kokybės įtaką išoriniam paslaugų efektyvumui privačiose sveikatos priežiūros įstaigose bei patikrinti gana plačiai taikomo Ferguson modelio tinkamumą, vertinant medicinos paslaugų kokybę. Tyrimas buvo atliekamas dviem lygiais:

1) vertinama techninės ir funkcinės kokybės įtaką išoriniam paslaugų efektyvumui, remiantis pasirinktos privačios sveikatos priežiūros įstaigos atveju;

2) tikrinamas Ferguson modelio - klausimyno tinkamumas, vertinant medicinos paslaugų kokybę.

Gretutinis aspektas- nestandartinės, tokio pobūdžio tyrimuose, grupės pasirinkimo įvertinimas.

Minėtais dviem struktūriniais lygmenimis ir gretutiniu aspektu yra pateikiamas ir atlikto tyrimo apibendrinimas.

1) Kaip galima pastebėti, tikrinant hipotezę ir sub-hipotezes, ir remiantis tyrimo rezultatais galima teigti, jog ir funkcinė, ir techninė medicinos paslaugų kokybė turi teigiamą įtaką išoriniam medicinos paslaugų efektyvumui.

12 lentelė

Hipotezių apibendrinimas.

Eil. Nr.	Hipotezė	Priimta / atmesta	Regresijos lygtis
1.	H: Ir techninė, ir funkcinė paslaugų kokybė daro teigiamą įtaką išoriniam efektyvumui.	Patvirtinta	Išorinis efektyvumas= $- 0,124 + 0,330 \times \text{techninė paslaugų} + 0,738 \times \text{funkcinė paslaugų kokybė}$.
2.	H1: Ir techninė, ir funkcinė paslaugų kokybė daro teigiamą įtaką, kad pacientai	Patvirtinta	Aš rekomenduočiau šią mediciną įstaigą savo draugams/ artimiesiems = $- 0,010 + 0,309 \times \text{techninė paslaugų kokybė} + 0,725 \times \text{funkcinė}$

	rekomenduotų medicinos įstaigą savo draugams/ artimiesiems.		paslaugų kokybė.
3.	H2: Ir techninė, ir funkcinė paslaugų kokybė daro teigiamą įtaką, tam, kad pacientai rinktųsi šią medicinos įstaigą.	Atmesta	
4.	H3: Ir techninė, ir funkcinė kokybė daro teigiamą įtaką, kad pacientai yra patenkinti įstaigoje teikiamomis paslaugomis.	Patvirtinta	Esate patenkinta(s) įstaigoje teikiamomis paslaugomis = - 0,090+ 0,499 x techninė paslaugų kokybė + 0,540 x funkcinė paslaugų kokybė.
5.	H4: Ir techninė, ir funkcinė paslaugų kokybė daro teigiamą įtaką, kad medicinos įstaigoje bendra gydymo ir paslaugų kokybė yra aukšta.	Patvirtinta	Medicinos įstaigoje bendra gydymo ir paslaugų kokybė yra aukšta = - 0,380 + 0,344 x techninė paslaugų kokybė + 0,791 x funkcinė paslaugų kokybė.

Šaltinis: parengta autorės pagal tyrimo rezultatus

Apklaustieji geriausiai vertino šiuos techninės kokybės kriterijus:

- Medicinos įstaiga yra tinkamai ir pilnai aprūpinta gydymo, slaugos priemonėmis;
- Medicinos įstaigoje yra pakankamai specialistų;
- Slaugai, gydymui, apžiūrai reikalinga įranga ir patalpos yra švarios ir sterilios;
- Personalo apranga ir išvaizda yra tvarkinga ir tinkama;
- Personalas pacientams pateikia aiškias ir suprantamas instrukcijas;

Nors kompleksinė hipotezė H2: *Ir techninė, ir funkcinė paslaugų kokybė daro teigiamą įtaką, tam, kad pacientai rinktųsi šią medicinos įstaigą*, buvo atmesta. Šitie techninės kokybės kriterijai leidžia pacientams palankiau įvertinti medicinos įstaigą, rekomenduoti ją draugams, šeimai, pažįstamiems bei pačiam rinktis tokią asmens sveikatos priežiūros įstaigą. Kitaip sakant, tai teigiamai paveikia išorinio efektyvumo įvertinimą. Remiantis Lietuvoje atliktų tyrimų duomenimis, rezultatai panašūs, pacientai/klientai nevienareikšmiškai vertino techninę medicinos įstaigų kokybę (Brogienė D., 2010). Pacientų pasitenkinimui labiau įtakoja dėmesingas gydytojų elgesys ir informacijos apie sveikatos priežiūrą suteikimas (funkcinės kokybės dalys).

Funkcinės kokybės kriterijai, kurie taip pat skatina pacientus palankiau vertinti gydymo įstaigą bei pačiam personalui yra maloniau dirbti tokioje aplinkoje:

- Medicinos įstaigoje stengiamasi užtikrinti kuo kokybiškesnę pacientų priežiūrą
- Personalas stengiasi, kad pacientas jaustųsi gerbiamas ir orus.
- Pacientas gali pasitikėti gydančiu ir aptarnaujančiu personalu

Visų grupių Ferguson klausimyno klausimams buvo būdingas gera suderinamumo mato reikšmė. Klausyminas patikimas. Tačiau pastebėta, kad pirmos grupės Ferguson klausimyno klausimams apie techninę kokybę būdingas nesuderinamumas, yra identifikuota prastesnė koreliacija tarp klausimų ir atsakymų (pavyzdžiui, 1 kl., „Medicinos įstaigoje yra aiškūs ženklai, iškabos, schemas, kurios supaprastina pacientų orientavimąsi aplinkoje“ ir 5 kl. „Medicinos įstaigoje yra pakankamos galimybės judėti pagal paciento būklę (liftu, vežimėliu, laiptais). Tuo techninei kokybei vertinti skirti klausimai išskiria lyginant juos su antros grupės klausimais, skirtais funkciniai kokybei įvertinti, kur koreliacija tarp klausimų ir atsakymų yra didesnė. Tai rodo, kad klausimynas nors bendrai yra patikimas, tačiau turi spragų vertinant techninę medicinos paslaugų kokybę. Į šį pastebėjimą rekomenduotina atsižvelgti ateityje, atliekant panašaus pobūdžio tyrimus, kur taikomas Ferguson ir bendraautorių modelis. Klausimyno atskirų dalių (techninės kokybės ir funkcinės kokybės vertinimui) kokybės klausimas nebuvo keltas kitų tyrėjų Lietuvoje, į jį neatsižvelgta taikant klausimyną (čia remiamasi Jurbarko ligoninės medicinos paslaugų kokybės tyrimu pagal Ferguson modelį (Bučiūnienė I. ir kt., 2004)).

Vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybės bruožus, Ž. Piligrimienė ir I. Bučiūnienė (2008) išskyrė bendras pacientams, gydytojams ir vadovams, būdingas sveikatos priežiūros

paslaugų kokybės dimensijas, kurias svarbios analizuojant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę - tai *tarpsmeniniai santykiai, apčiuopiamumas* (apimantis funkcinius paslaugų aspektus, nesusijusius su klinikiu paslaugų efektyvumu, tačiau yra svarbūs pacientų pasitenkinimui); *techninė kompetencija* (medicinos personalo įgūdžiai, žinios ir kompetencijos); *prieinamumas; saugumas* (eliminuojantis galimas tiesiogines ir netiesigines rizikas); *efektyvumą* (siekimų sveikatos rezultatų gavimas ar priartėjimas prie jų); *produktyvumas* (optimizuoti paslaugos kaštai). Į šiuos aspektus kaip svarbius atkreipė dėmesį ir interviu davę vadovai, dalies jų pasigedę Ferguson modelyje.

Nors ir nedidelė yra struktūriniu interviu (kokybinis tyrimas) apklaustų tirtos medicinos įstaigos vadovų imtis, tačiau remiantis jų atsakymais dėl Fergusonso klausimyno vertinimo ir jo išsamumo, galima daryti apibendrinimą, kad Fergusonso klausimynas neapima, jų nuomone, visų šiandien aktualių paslaugų kokybės ir jų efektyvumo vertinimo klausimų: nenumato klausimų apie kylančių rizikų ir nenumatytų situacijų valdymą, bei esančias skundų sprendimo praktikas, taip pat aukščiausių paslaugų kokybės standartų diegimo ir sertifikavimo. Tad galima teigti, kad Fergusonso klausimynas yra aiškus ir trumpas vartotojui, tačiau nėra pakankami išsamus aukštus kokybės standartus įsodiegusios įmonės paslaugų techninės ir funkcinės paslaugų kokybės įtakos išoriniam efektyvumu vertinti, nors galimai šis modelis yra tinkamas savo paslaugų kokybę siekiančioms gerinti, tačiau nesertifikuotoms medicinos įstaigoms. Remiantis studijos išvadamis ir rezultatais, ateityje gali būti įmanoma prisidėti prie kitų tyrimų, siekiant sukurti naują klausimyną, skirta įvertinti sveikatos priežiūros kokybę ir pacientų pasitenkinimą medicinos įstaigose. Atliktos studijos rodo, kad medicinos personalui (97 proc.) svarbi pacientų nuomonė apie medicinos įstaigose teikiamų paslaugų kokybę, sistemingai gauti tokios informacijos pageidautų (88 proc.) (Kosinskienė A., Ruževičius J., 2011).

Gretutinis tyrimo metu vertintas aspektas susijęs su pasirinkta respondentų grupe, ji nėra yprasta – dažniausiai tyrimai atliekami kai respondentai yra medicinos įstaigos personalas ir pacientai (Riiskjaer E ir kt., 2012), arba tikrai – medicinos įstaigos pacientai (Cimas M ir kt.2016). Magistro darbe pristatytame tyrime respondentų grupę sudarė medicinos personalas, kuris tuo pačiu dėl įstaigos skatinimo politikos ir palankių paslaugų kainų yra ir šios medicinos įstaigos, kurioje dirba, pacientai. Atlikus tyrimą galima teigti, kad ši respondentų grupė, vertinant medicinos paslaugų funkcinės ir techninės kokybės įtaką išoriniam efektyvumui nepasižymėjo

jokiomis išskirtinėmis charakteristikomis ar požūriais, analizuojant anksčiau atliktų Lietuvoje (Brogienė D., 2010) ir užsinėje mokslinių studijų rezultatus. Pakankamai medicininių žinių, kvalifikacijos ir supratimo turintis medicinos personalas šindienos medicinoje yra siaurai specializuotas, dėl to susidūrus su sveikatos problemomis ar profilaktikos tikslais tapus pacientu techninės ir funkcinės medicinos paslaugų kokybės vertinimai, manytina, priartėja prie įprastų, medicininio išsilavinimo neturinčių, pacientų ir nuo jų esmingai nesiskiria, net žinant medicinos įstaigos veikimo ir kokybės užtikrinimo modelį „iš vidaus“. Medicininis išsilavinimas ir kitos paslaugų kokybei vertinti reikalingos kompetencijos nesuteikia šiai grupei nei esminių privalumų, nei sudaro esminių trūkumų.

J.A. Hall ir M.C. Dornan atlikę 110 mokslinių studijų, skirtų paslaugų kokybei medicinoje, meta analizę padarė išvadą, kad daugumoje mokslinių studijų socialinių ir demografinių charakteristikų ryšys su pacientų pateikiamu paslaugų kokybės vertinimu yra labai mažas, net ir tuomet, kai jis yra statistiškai reikšmingas. Tolesniuose tyrimuose medicinos personalas gali būti taikomi kaip respondentai, vertinant medicinos paslaugų techninės ir funkcinės kokybės įtaką išoriniam efektyvumui, kaip atstovaujantys skirtingas respondentų grupes atskirai (ir medicinos personalo, ir pacientų). Anot J. Ruževičiaus (2011), įtraukdama į kokybės gerinimą visus proceso dalyvius, siekdama patenkinti išorės (pacientų) ir vidaus (darbuotojų) vartotojų poreikius bei paiso klientų, darbuotojų, akcininkų ir visuomenės interesų, užtikrinamas pacientų saugumas - pagrindinis medicinos įstaigų veiklos kokybės rodiklis.

IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS

IŠVADOS

1. Remiantis atlikta literatūros analize, galima teigti, jog paslaugų kokybė medicinos priežiūros įstaigose laikoma aukšta, kuomet pasiekiamas optimalus, būtinai dokumentuotas, paciento atžvilgiu rezultatas be galimų komplikacijų bei dėmesys tiek pacientui, tiek jo šeimos nariams. Taip pat nustatyta, kad egzistuoja tiesioginis ryšys tarp sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir sveikatos priežiūros finansavimo, pastarojo faktoriaus nebuvimas sąlygoja mažiau kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas.
2. Literatūros analizė taip pat atskleidė, kad kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos turi atitikti tam tikrus sutartus standartus. Taigi, šiuolaikinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybė turėtų orientuotis į jos gerinimo galimybes, pabrėžiant orientaciją į pacientą, nuolatinį tobulėjimą. Kokybės gerinimas medicinos paslaugų įstaigoje tiek viešojo sektoriaus, tiek tirtoje privačioje yra ir turi būti nuolatinis nesibaigiantis procesas. Parengtas tyrimo koncepcinis modelis (pagal R. J. Ferguson klausimyną) leido analizuoti funkcinės ir techninės medicinos paslaugų kokybės įtaką išoriniam efektyvumui ir priimti tyrimo metu iškeltą hipotezę.
3. Tyrimo metu pastebėta, kad ne visi išvardyti funkciniai bei techniniai kriterijai respondentų (medicinos personalo tuo pačiu metu esančio ir medicinos įstaigoje, kurioje dirba, pacientais) buvo vertinami labai gerai, todėl remiantis aukštus kokybės vertinimo standartus įsidiegiusios privачios medicinos įstaigos atveju buvo iškeltos rekomendacijos, kurios galėtų būti taikomos visose Lietuvos medicinos įstaigose Lietuvoje. Taip siekiant jų paslaugų kokybės efektyvumo, atitikimo tarptautiniams medicinos paslaugų sertifikavimo standartams, kas didintų pasitikėjimą konkrečia medicina įstaiga (viešojo ir privataus sektoriaus kartu).
4. Tyrimo metu pasinaudojus statistinės analizės programą buvo teigiamai įvertintas R. J. Ferguson ir bendraautorių sukurto modelio tinkamumas.
5. Atlikus tyrimą galima teigti, kad pasirinkta respondentų grupė – medicinos personalas esantis įstaigos pacientais, vertinant medicinos paslaugų funkcinės ir techninės kokybės įtaką išoriniam efektyvumui nepasižymėjo jokiais išskirtinėmis charakteristikomis ar požūriais.

Pakankamai medicininių žinių, kvalifikacijos ir supratimo apie medicinos paslaugų kokybę turintis medicinos personalas šandienos medicinoje yra siaurai specializuotas, dėl to susidūrus su sveikatos problemomis ar profilaktikos tikslais tapus pacientu techninės ir funkcinės medicinos paslaugų kokybės vertinimai, manytina, priartėja prie įprastų, medicininio išsilavinimo meturinčių, pacientų ir nuo jų esmingai nesiskiria.

6. Kokybinis nors nedidelės imties vadovų nuomonės tyrimas leidžia daryti išvadą, kad Fergusono klausimynas – modelis greičiausiai neapima visų šiandienos praktikams aktualių medicinos paslaugų kokybės vertinimo klausimų. Nors Fergusono klausimynas yra aiškus ir trumpas vartotojui, tačiau nėra pakankamai išsamus aukštus kokybės standartus įsidiegusios medicinos įmonės paslaugų techninės ir funkcinės kokybės įtakos išoriniam efektyvumu vertinti (jos vadovu nuomone). Galimai Ferguson modelis yra tinkamas savo paslaugų kokybę siekiančioms gerinti, tačiau nesertifikuotoms medicinos įstaigoms.

REKOMENDACIJOS

- a) Įsidiegti medicininių įstaigų kokybės sertifikatus, siūlytina siekti įsidiegti šios paslaugų kokybės standartus: kokybės vadybos standartą ISO 9001, aplinkos apsaugos standartą ISO14001, JCI, TEMOS, GCR, TAA, Diplomatic Council.
- b) Įdiegti techninės kokybės gerosios praktikos standartus.
- c) Pasitvirtinti įstaigos(ų) kokybinius tikslus, kuriuose būtų integruoti pamatuojami personalizuoti įvairių įstaigos(ų) grupių darbuotojų techninės ir funkcinės kokybės tikslų įgyvendinimo rodikliai.
- d) Pagal personalizuotus pamatuojamus tikslus sukurti darbuotojų motyvacinę sistemą, skatinančią įstaigos darbuotojus palaikyti techninę ir funkcinę įstaigos kokybę.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Adomėnas, V., (2011). *Standartizuota vadybos sistema: nuo kūrimo iki tobulinimo*. Technologija.
2. Allen-Duck, A., Robinson, J. C., Stewart, M. W. (2017). Healthcare Quality: A Concept Analysis. *Nurs Forum*. 52(4).
3. Barrie, G. Dale. (2003). *Managing Quality (fourth edition)*. Blackwell Publishing.
4. Berwick D. (1996). A primer on leading the improvement of systems. *Improving Healthcare. British Medical Journal*.
5. Brockerhoff et al. (2015) *Quality in higher education: A literature review*. Centre for Higher Education Governance Ghent.
https://www.academia.edu/30731537/Quality_in_higher_education_A_literature_review
6. Brogienė D. (2010). *Paciento teisės į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą ir žalos sveikatai atlyginimą* [Daktaro disertacija. Vilniaus Universitetas]. eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka.
7. Brook RH, McGlynn EA, Shekelle PG. (2000). Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. *Int J Qual Health Care*, 12(4), 281-295.
<https://academic.oup.com/intqhc/article/12/4/281/1845254?login=false>
8. Bubnienė, D., Ruževičius, J.(2010). Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai. *Verslo ir teisės aktualijos*. http://www.kv.ef.vu.lt/wp-content/uploads/2010/10/STRAIPSNIS-Koleg_02_Bubniene_VTA-2010-5intern.pdf
9. Bučiūnienė I, Pelkinis J, Milašauskienė Ž. (2004). Ligoninės medicinos personalo ir pacientų vertinimai apie medikų ligoninėje teikiamas paslaugas. *Medicina*, 40(3), 272-277.
<https://publications.lsmuni.lt/object/elaba:4943135/>
10. Carney, M. (2011). Influence of organizational culture on quality healthcare delivery. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 24(7).
<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/09526861111160562/full/html>
11. Carter R, Lonial S, Raju P. (2010). Impact of quality management on hospital performance: an empirical examination. *QMJ*. 14(4), 8-24.
12. 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.9(6).

<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/09604529910304125/full/html>

13. Chletsos, M., Saiti, A., (2019). *Strategic Management and Economics in Health Care*, Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-35370-4>
14. Cimas M., Ayala A., García-Pérez S., Sarria-Santamera S., João Forjaz M. (2016), *The patient satisfaction questionnaire of EUprimecare project: measurement properties*, International Journal for Quality in Health Care, Vol. 28, No. 3 (June 2016), pp. 275-280
15. Committee on Quality of Health Care in America. (2003). *Crossing the Quality Chasm: A New Health Systems for the 21 st– Century*. Institute of Medicine. National Academy Press. <https://nap.nationalacademies.org/read/10027/chapter/1>
16. Committee on Quality of Health Care in America. (2013). *Crossing the Quality Chasm: The IOM Health Care Quality Initiative*. Washington: Institute of Medicine.
17. Coulter A, Cleary PD. (2001). Patients' experience with health care in five countries. *Health Aff*, 20, 244-252. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.3.244>
18. Dikčius, V. (2011). *Anketos sudarymo principai*. Vilnius: Vilniaus universitetas, p.83. http://stat.vadoveliai.lt/files/STAT1SV_DEMO.pdf
19. Diržytė, A., Patapas, A. (2013). Vartotojų pasitenkinimo viešojo sektoriaus paslaugomis ypatumai. *Viešoji politika ir administravimas*. 12(4), 557-566.
20. Dolovich, L., Oliver, D., Lamarche, L., Agarwal, G., Carr, T., Chan, D., Cleghorn, L., Griffith, L., Javadi, D., Kastner, M., Longaphy, J., Mangin, D., Papaioannou, A., Ploeg, J., Raina, P., Richardson, J., Risdon, C., Santaguida, P.L., Straus, S., Thabane, L., Valaitis, R., Price, D., (2016). A protocol for a pragmatic randomized control trial using the Health Teams Advancing Patient Experience: Strengthening quality platform approach to promote person-focused primary healthcare for older adults. *Implementation Science*. 11(49). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27044360/>
21. Donabedian A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/374139>
22. Donabedian, A. (1996). The effectiveness of quality assurance. *International Journal for Quality in Health Care*. 8 (4)
23. Duggirala, M., Rajendran, C., Anantharaman, R.N., (2008). Provider-perceived dimensions of total quality management in healthcare. *Benchmarking: An International Journal*. 15(6).

24. Dupree, E., Anderson, R., Nash, I.S. (2011). Improving quality in healthcare: Start with the patient. *Mount Sinai Journal of Medicine*. 78(6), 813–819. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/msj.20297>
25. Elwyn G, Buetow S, Hibbard J, Wensing M. (2007). Respecting the subjective: quality measurement from the patients' perspective. *BMJ*, 335(7628), 1021–1022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2078653/>
26. Ente, C., Ukpe, M. (2022). *Essentials for Quality and Safety Improvement in Health Care*. (p. 137-139). A Resource for Developing Countries, Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-92482-9>
27. Ferguson, R.J., Paulin, M., Pigessou C., Gauduchon R. (1999) Assessing service management effectiveness in a health resort: implications of technical and functional quality. *Managing Service Quality*. 9 (1), 8. https://www.deepdyve.com/lp/emerald-publishing/assessing-service-management-effectiveness-in-a-health-resort-FzTpYHkAvi?impressionId=5edee8fac5fdc&i_medium=docview&i_campaign=reference&i_source=references
28. Fondahn E., Lane M., (2016). Patient Safety and Quality in Ambulatory Care. *The Washington Manual Of Patient Safety*.
29. Gaižauskaitė.I. ir Valavičienė.N. (2016). *Socialinių tyrimų metodai: kokybinis interviu*
30. Garner BA, (1999). *Black's Law Dictionary. Seventh edition*. ST.Paul, Minn.: West Group.
31. Garvin, D. A. (1984). What does „product quality“ really mean? *MIT Sloan Management Review*. 19(1).
32. George, D., Mallery, P. (2019). *IBM SPSS Statistics 26 Step by Step: A Simple Guide and Reference* (6th ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429056765>
33. Giedrikaitė R, Misevičienė I, Jakušovaitė I. (2007). Pacientams suteiktos informacijos apie ligą ir jos eigą vertinimas ligoninėse. *Medicina*, 43(8), 664-670.
34. González N., Guintana J.M., Bilbao A., Escobar A., Aizpuru F., Thompson A., Esteban c., San Sebastián J.A., Emilio de la Sierra. (2005). *International Journal for Quality in Health Care*, 17(6), 465–472. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi067>
35. Green J, Britten N. (1998). Qualitative research and evidence based medicine. *BMJ: British Medical Journal*, 316:1230-2. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7139.1230>
36. Guinane, C., Davis, N.,(2011). Improving Quality in Outpatient Services. *Boca Raton, FL: CRC Press*.

37. Gumenson, E. (1992). Quality dimensions: what to measure in service organizations. *Advances in Services Marketing and Management*. Greenwich, p.p. 177 – 205
38. Gumenson, E. (1994). *Service quality and productivity in the imaginary organization*. Springer. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-322-96503-5_35
39. Hall JA, Dornan MC. (1990). *Patient socio demographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis*. *Soc Sci Med* 1990; 30(7), p. 811-818.
40. Harvey, L. & Green, D. (1993). Defining Quality. *Assessment & Evaluation in Higher Education*. 18(1). <https://doi.org/10.1080/0260293930180102>
41. Health Consumer Powerhouse. (2009). *The empowerment of the European patient. Options and implications*. <http://www.healthpowerhouse.com/files/EPEI-2009/european-patient-empowerment-2009-report.pdf>
42. Hendriks AAJ, Oort FJ, Vrieling M, Smets EMA. (2002). Reliability and validity of the satisfaction with hospital care questionnaire. *Int J Qual Health Care*, 14(6), 471-482. <https://academic.oup.com/intqhc/article/14/6/471/1902676?login=false>
43. Holzer B.M. , Minder C.E. (2011). A simple approach to fairer hospital benchmarking using patient experience data. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5), 524-530. <https://www.jstor.org/stable/45127699>
https://scholar.google.lt/citations?view_op=view_citation&hl=lt&user=p8XD7dkAAAAJ&citation_for_view=p8XD7dkAAAAJ:2osOgNQ5qMEC
44. Izumi, S., Baggs, J. G., Knaff, K. A. (2010). Quality nursing care for hospitalized patients with advanced illness: Concept development. *Research in Nursing and Health*. 33(4). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20572095/>
45. Jamison, D.T., Breman, J.G., Measham, A.R. et. al. (2006) *Disease control priority in developing countries: disease control priorities project*, (2nd edn.) Oxford University Press, Washington, DC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11728/>
46. Jankauskienė D. (2012). Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse. *Sveikatos politika ir valdymas*, (4), 84-101 <https://www.lituanistika.lt/content/41653>
47. Jankauskienė D., Ališauskienė R., Navickienė R., Vaikevičienė R. (2008). Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos sistemoje įvertinimas. *Visuomenės sveikata*, 3(42), 15-24. <https://www.lituanistika.lt/content/39601>

48. Jankauskienė, D., Pečiūra, R., (2007). *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
49. Jankauskienė, D., Rastauskas R. (2008) Kokybės gerinimas Pasvalio ligoninėje. *Viešoji politika ir administravimas*. 28, 71-8.
50. Janušonis V., Popovienė J. (2004). *Kokybės sistemos: kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijoje*. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė.
51. Janušonis, V. (2008). Ligų valdymas: nuo visuminės sampratos iki konkretaus modelio. *Tiltai*, 42, 33–42.
52. Janušonis, V., Popovienė, J. (2004). *Kokybės sistemos: kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijoje*. Klaipėda: S. Jokužio leidykla. 272 p.
53. Jenkinson C., Coulter A., Bruster S.. (2002). The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(5), 353-358. <https://doi.org/10.1093/intqhc/14.5.353>
54. Jones, B., Kwong, E., Warburton, I. (2021) *Quality improvement made simple - what everyone should know about health care quality improvement*. The Health Foundation, London. <https://doi.org/10.37829/HF-2021-I05>
55. Jorgen Nathorst-Boos, Ingrid M.E. Munck, Ingemar Eckerlund, Karolina Ekfeldt-Sandberg. (2001). An evaluation of the QSP and the QPP: two methods for measuring patient satisfaction. *Int J Qual Health Care*, 13(3), 257-264. <https://academic.oup.com/intqhc/article/13/3/257/1859899?login=false>
56. Juran J. M. (1986). *The Quality Trilogy*. California.ASQC 40th Annual Quality Congress.
57. Juran, J. M. (1995). *A history of managing quality*. Milwaukee: ASQC Quality Press.
58. Jurkuvėnas, V. (2011). Nepageidautini įvykiai ir jų priežastys sveikatos priežiūros specialistų ir jų pacientų požiūrių. *Higienos Institutas, mokslo leidinys Nr., 4*. p. 3-14.
59. Kardelis, K. (2016). Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. *Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras*. p. 488.
60. Kaziliūnas, A., (2007). *Kokybės vadyba*. Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas.
61. Keinys ST, Klimavičius J, Paulauskas J, Pikčilingis J, Sližienė N, Ulvydas K, Vitkauskas V. (2000). *Dabartinės lietuvių kalbos žodynas*. *Lietuvių kalbos institutas*. Redaktorių kolegija: Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidyklos institutas;

62. Keshtkaran, A., Heidari, A., Keshtkaran, V., Taft, V. and Almasi, A. (2012). Satisfaction of outpatients referring to teaching hospitals clinics in Shiraz. *Payesh*. 11(4).
63. Khan, M., Khalid, P., Al-Said, Y., Cupler, E., Almorsy, L., Khalifa, M. (2016). Improving Reports Turnaround Time: An Essential Healthcare Quality Dimension. *Studies in Health Technology and Informatics*. 26. <https://ebooks.iospress.nl/publication/44199>
64. Kim, L., Lyder, C., McNeese-Smith, D., Leach, L., Needleman, J. (2015). Defining attributes of patient safety through concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 71(11). https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.12715?casa_token=WT7cM4lQ4rEAAAAA%3AIyXEahacu2t0fNHL78OPM7xRsdF6_I86CNejttExMK09NrO5TWt18E0WaRblEaLjV8rEMu6C5FCOfsA
65. Kosinskienė A., Ruževičius J. (2011). Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui. *Visuomenės sveikata*, 52(1), 13-29.
66. [https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2011.1\(52\)/Sveik_1\(52\)_Ruzevicius_M.pdf](https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2011.1(52)/Sveik_1(52)_Ruzevicius_M.pdf).
67. Koster E., Ong R., Heybroek R., Delnoij D.MJ. , Baars E.W. (2014). The consumer quality index anthroposophic healthcare: a construction and validation study. *BMC Health Services Research*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4230405/>
68. Kundelienė, K. (2009) Apskaitos kokybė: kaip apibrėšime ir kuo matuosime?. *Ekonomika ir Vadyba*. 14, 85-91.
69. Labarere J, Francois P, Auquier P, Robert C, Fourny M. (2001). Development of a French inpatient satisfaction questionnaire. *Int J Qual Health Care*, 13(2), 99-108. <https://doi.org/10.1093/intqhc/13.2.99>
70. Lee, H., Vlaev, I., King, D., Mayer, E., Darzi, A., Dolan, P. (2013). Subjective well-being and the measurement of quality in healthcare. *Social Science & Medicine*. 99. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953613005480?casa_token=V71c5ZFLTTMAAAAA:TqcpFopgfkMN0kc-svuZ1vqHpBJcxsXkjUZjoLTyP6Yv2EzHj8eOOEjXXpI2SruDx15hJLK5Ew
71. Lietuvos standartas LST EN ISO 9000:2001. (2001). Kokybės vadybos sistemos. Pagrindai, terminai ir apibrėžimai. *Vilnius. Lietuvos standartizacijos departamentas*.
72. Mainz J. (2003) Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care*, 15(6), 523-530.
73. Manias, E. (2011). Measuring safety and quality in health care: classic methods paper. *International Journal Nursing Studies*. 48, 347–358.

74. Mant J. (2001). Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *Int J Qual Health Care*, 13(6), 475-480. <https://academic.oup.com/intqhc/article/13/6/475/1807682?login=false>
75. Marčinskas, A. (2012). *Moksliniai tyrimai*. Vilniaus universitetas, Ekonomikos fakultetas.
76. Marjoui Y, Bozic KJ. (2012) Brief history of quality movement in US healthcare. *Curr Rev Musculoskelet Med.*, 5(4), 265-273. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12178-012-9137-8>
77. Maxwell, R.J. (1992). Dimensions of Quality Revisited: from thought to Action. *Quality Health Care*.
78. Milašauskienė Ž, Juodrytė I, Misevičienė I, Boerma W, Rezgienė R. (2006) Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose. *Medicina*, 42(3), 231-237. <https://lsmu.lt/cris/handle/20.500.12512/79814>
79. Misevičienė I, Dregval L. (2002). Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. *Medicina*, 38(11), 1129-1135. <https://publications.lsmuni.lt/object/elaba:4815227/index.html>
80. Misevičienė I, Milašauskienė Ž. (2003) Pacientų pasitenkinimas ligoninės medicinos personalo darbu. *Medicina*, 38, 559-565. <https://publications.lsmuni.lt/object/elaba:4793865/index.html>
81. Mitchell, P. H. (2008). Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville. MD: *Agency for Healthcare Research and Quality*.
82. Mosadeghrad, A. M. (2013). Healthcare service quality: towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 26(3). <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/09526861311311409/full/html>
83. Nanda, V. (2005). *Quality Management System Handbook for Product Development companies*. Boca Raton.
84. Noest S., Ludt S., Klingenberg A., Glassen K., Heiss F., Ose D., Rochon J., Bozorgmehr K., Wensing M., Szecsenyi J. (2014). Involving patients in detecting quality gaps in a fragmented healthcare system: development of a questionnaire for Patients' Experiences Across Health Care Sectors (PEACS). *International Journal for Quality in Health Care*, 26(3), 240-249. <https://www.jstor.org/stable/45127988>

85. O'Neill N.,(2022). The Picker Institute. *New Visions for Health Care*. https://www-oneviewhealthcare-com.translate.goog/blog/the-eight-principles-of-patient-centered-care/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=lt&_x_tr_hl=lt&_x_tr_pto=sc
86. Ovretveit J. (2000). The economics of quality-a practical approach. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. 13(4-5), 200-207.
87. Panagioti M., Khan K., Keers R.N., Abuzour A., Phipps D., Kontopantelis E., Bower P., Campbell S., Haneef R., Avery A.J., Ashcroft D.M. (2019). Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis *BMJ: British Medical Journal*, 366, 1-11. <https://www.bmj.com/content/366/bmj.l4185>
88. Parasuraman, A., Berry, L.L. and Zeithaml, V.A. (1988). *SERVQUAL: a multi-item scale for measuring consumer perceptions of the service quality*. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
89. Parasuraman, A., Berry, L.L. and Zeithaml, V.A. (1991). *Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale*. *Journal of Retailing*, 67(4), 420-450.
90. Pettersen KI, Veenstra M, Guldvog B, Kolstad A. (2004). The patient experiences questionnaire: development, validity and reliability. *Int J Qual Health Care*, 16(6), 453-463. <https://academic.oup.com/intqhc/article/16/6/453/1805870?login=false>
91. Philip J. Van der Wees, Maria W.G., Nijhuis-van der Sanden, John Z. Ayanian, BLACK N., Western G.P., SCHNEIDER E. C.. (2014). Integrating the Use of Patient-Reported Outcomes for Both Clinical Practice and Performance Measurement: Views of Experts from 3 Countries. *The Milbank Quarterly*, 92(4), 754-775. <https://www.jstor.org/stable/24369890>
92. Piligrimienė, Ž., Bučiūnienė, I. (2008). Different perspectives on health care quality: is the consensus possible? *Engineering Economics*. <http://www.inzeko.ktu.lt/index.php/EE/article/view/11666/6346>
93. Piligrimienė, Ž., Rutelionė, A. (2013). Dual sides of health care service quality: what is really important for patients? *Economics and management*, Nr.18(1), p. 112–120
94. Pross C., Geissler A., Busse R. (2017). Measuring, Reporting, and Rewarding Quality of Care in 5 Nations: 5 Policy Levers to Enhance Hospital Quality Accountability. *The Milbank Quarterly*, 95(1), pp. 136-183. <https://www.jstor.org/stable/26300312>
95. Puay, C. L., Nelson, K. H., Peter, M. Jackson. (1999). An innovative framework for health care performance measurement. *Managing Service Quality*. 9(6).
96. Radder, L. (1998). Stakeholders delight: the next step in TQM. *The TQM Magazine*. 10(4). <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/09544789810222630/full/pdf>

97. Rashid, W.E.W., Jusoff, H.K., (2008). Service quality in healthcare setting. *International Journal of Health care quality assurance*. 22(5), 471-482.
98. Reeves R ,Coulter A, Jenkinson C, Cartwright J, Bruster S, Richards N. (2002). Development and pilot testing of questionnaires for use in the acute NHS trust in-patient survey programme. Picker Institute Europe, *British Medical Journal*, 348, 15-17. https://www.researchgate.net/publication/230687421_Development_and_pilot_testing_of_questionnaire_for_use_in_the_acute_NHS_Trust_inpatient_survey_programme
99. Riiskjaer E, Ammentorp J, Kofoed P E, (2012). The value of open-questions in surveys on patient experience: number of comments and perceived usefulness from a hospital perspective. *International Journal of Quality in Health Care* ,Vol. 24, N. 5, pp 509-516
100. Rubin HR, Pronovost P, Diette GB. (2001). From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator. *Int J Qual Health Care*. 13, 489-496. <https://academic.oup.com/intqhc/article/13/6/489/1807693>
101. Rubin HR, Pronovost P, Diette GB. (2001). The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. *Int J Qual Health Care*, 13, 469-474. <https://academic.oup.com/intqhc/article/13/6/469/1807674?login=false>
102. Ruželė, D. (2015). *Kokybės vadybos metodai* (metodinė medžiaga). Vilnius: Vilniaus universitetas.
103. Ruževičius J, Bubnienė D. (2010). *Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai. Verslo ir teisės aktualijos*. 5(22), 40.
104. Ruževičius J, Buklytė S. (2010). Total quality management impact on Lithuanian companies' performance efficiency. *Management of Organizations: Systematic Research*, 55, 54-70.
105. Ruževičius J. (2007). *Kokybės vadybos metodai ir modeliai*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
106. Serafinas, D. (2011). *Kokybės vadybos teorijos praktinis taikymas*. Vilnius: Vilniaus universiteto Ekonomikos fakultetas, Vadybos katedra.
107. Shellie D. Ellis, Saleema A. Karim, Rachel R. Vukas, Marx D., Uddin J. (2018). Four Needles in a Haystack: A Systematic Review Assessing Quality of Health Care in Specialty Practice by Practice Type. *Inquiry*, 55, 1-13. <https://rb.gy/rbpluv>

108. Šilys, A., Gurevičius, R. (2008). Visuotinės kokybės vadybos modeliai Tuberkuliozės ir Infekcinių ligų universitetinėje ligoninėje. *Medicinos teorija ir praktika*. 14(1).
109. Šimkus, A., Pilelienė, L. (2010). *Sporto paslaugų kokybės vertinimas: teorinis aspektas*. Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai, pp. 53.
110. Sismur S., Graham C., Walsh J. (2015). Influence of patients' age and sex and the mode of administration on results from the NHS Friends and Family Test of patient experience. *Journal of Health Services Research & Policy*, 20 (1), 5-10
<https://www.jstor.org/stable/26751333>
111. Speroff, T., O'Connor, G.T. (2004) Study designs for PDSA quality improvement research. *Qual Manage Health Care*. 13(1), 17–32.
112. Sriubas, M. (2013). *Paciento teisės į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas turinio ypatumai lietuvoje*. <http://teise.org/wp-content/uploads/2016/09/2013-1-Sriubas.pdf>.)
113. Šilys A, Gurevičius R. (2008) *Visuotinės kokybės vadybos modeliai*. *Medicinos teorija ir praktika*.14(1):60-70.
114. Štaras K., Vedlūga T., Kalvelytė N., (2013). Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtimumo vertinimas ir analizė. *Sveikatos mokslai*, 23(4), 27-33.
<https://www.lituanistika.lt/content/71729>
115. Štaras, K., Vedlūga, T., Kalvelytė, N. (2013). Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtimumo vertinimas ir analizė. *Sveikatos mokslai*. 23(4), 27-33.
<https://sm-hs.eu/lt/sveikatos-prieziuros-istaigu-paslaugu-kokybes-prieinamumo-ir-priimtimumo-vertinimas-ir-analize/>
116. Sweeney J., Brooks A.M., Leahy A., (2003). Development of the Irish National Patient Perception of Quality of Care Survey. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(2), 163-168. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg022>
117. Ten Have HAMJ, ter Meulen RHJ, van Leeuwen E. (2003). *Medicinos etika*. Vilnius: Charibdė;. p.235.
118. Veillard J, Champagne F, Klazinga N, Kazandjian V, Arah OA, Guisset A-L. (2005). *A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project*. *Int J Qual Health Care*, 17(6), 487-496.
<https://academic.oup.com/intqhc/article/17/6/487/1897936?login=false>

119. Veillard J, Guisset A-L, Garcia-Barbero M. (2004). Selection of indicators for hospital performance measurement. *WHO, Regional Office for Europe*, p.5-7.
120. Vitkus, D. (2009). Kokybės valdymo klinikinės chemijos laboratorijoje metodai – tradiciniai ir modernieji. *Laboratorinė medicina*. 11, 1(41).
121. Wagner C., Groene O., Thompson C. A., Klazinga N. S., Dersarkissian M., Arah O. A., Suñol R.. (2014). Development and validation of an index to assess hospital quality management systems. *International Journal for Quality in Health Care*, 26, 16-26. <https://www.jstor.org/stable/45127971>
122. Weingart SN, Pagovich O, Sands DZ. (2006). Patient-reported service quality on a medicine unit. *Int J Qual Health Care*; 18(2), 95-101. <https://academic.oup.com/intqhc/article/18/2/95/1844339?login=false>
123. Westaway MS, Rheeder P, Van Zyl DG, Seager JR. (2003). Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. *Int J Qual Health Care*, 15(4), 337-344. <https://academic.oup.com/intqhc/article/15/4/337/1792971?login=false>
124. WHO Regional Office for Europe. (2005) What are the advantages and limitations of different quality and safety tools for health care? *Journal of Health Services Research & Policy*, 127. <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1258/135581906776318820>
125. Williams AM, Irurita VF. (2004). Therapeutic and non-therapeutic interpersonal interactions: the patients' perspective. *J Clin Nurs*; 13(7), 806-815. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01020.x>
126. Zeithaml, V. A., Bitner, M. J. (1996). *Service Marketing. Integrating Customer Focus Across the Firm*.

ĮSTATYMŲ IR KITŲ TEISINIŲ DOKUMENTŲ SĄRAŠAS

1. Eurospos Komisijos Europos semestro teminė informacijos suvestinė „Sveikatos sistemos“
https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_health-systems_lt.pdf
2. Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija). Ratifikuota 2002-09-19. Valstybės žinios, 2002, Nr.97-4258.
3. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 m. gruodžio 9 d. Nr. 129 nutarimas „Dėl Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programos patvirtinimo“
<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35c41ab0a3c411e59010bea026bdb259>
4. Lietuvos Respublikos aplinkos ministerijai 2021-03-02 išvada Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo "Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos nuostatų įgyvendinimo plano patvirtinimo" projekto (TAIS NR. 21-20649) <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAK/ce42d9e0817011eb9fc9c3970976dfa1?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=572c9e59-0fd7-47ea-9d97-66fb34d61f7f>
5. Lietuvos Respublikos Aukščiausios Tarybos Atkuriamojo Seimo 1991 m. spalio 30 d. nutarimas Nr.33-893 „Dėl Lietuvos sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“. Valstybės žinios, 1991.
6. Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas. Valstybės žinios, 1964, Nr.19-138, 2000, Nr. 74-2262. https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.20466/TAIS_50601
7. Lietuvos Respublikos pacientų teisės ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (galiojanti suvestinė redakcija 2021-07-01 - 2022-06-30). Nr. I-1562. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.31932?jfwid=>
8. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas. Valstybės žinios, 1996, Nr.102-2317; 1998, Nr. 52-1425; 2004, Nr.115-42842009,Nr.145-6425.
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas (aktuali redakcija 2004-09-14) Nr. V-642 Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo. Valstybės žinios, 2004, Nr.95-3864.

10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. Balandžio 29 d. Nr. V-338 įsakymas „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo patvirtinimo“ (galiojanti suvestinė redakcija 2020-05-01). <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.319609/asr>
11. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2018 m. balandžio 16 d. Nr. V-419 Įsakymas dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašo ir šių rodiklių duomenų suvestinių formų patvirtinimo ir jo priedai (galiojanti suvestinė redakcija 2020-07-01) <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/05988f80430211e8be5787c04e42c58a?jfwid=i3h7wqurx>
12. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (aktuali redakcija 1996-07-12). Nr. I-1367. Valstybinės žinios, 1996, Nr. 66-1572.
13. Lietuvos standartas. LST EN ISO 9001:2008. Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai. Vilnius: Lietuvos standartizacijos departamentas; 2008. <https://www.lstsert.lt/?pg=59>
14. PSO Liublianios chartija dėl sveikatos apsaugos reformų Europoje. (1996). https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/113302/E55363.pdf
15. VšĮ Europos socialinio fondo agentūra. (2021). Fiksuotųjų dydžių nustatymo tyrimo atlikimo gairės. <https://2021.esinvesticijos.lt/dokumentai/fiksuotuju-dydziu-nustatymo-tyrimo-atlikimo-gaires>
16. „Empowered patientis are an asset to society“. Conference Report, 20-21 May, 2015, Briussels. <https://www.eu-patient.eu/globalassets/campaign-patient-empowerment/pe-conference-report.pdf>

SANTRAUKA

Medicinos paslaugų kokybės poreikį įtakoja šiuolaikinėms visuomenėms aktualūs jų raidos veiksniai – tobulėjančios medicininės technologijos, senėjančioje visuomenėje dažnėjantys lėtiniai susirgimai ir augantis finansinių išteklių poreikis užtikrinti sistemos veikimą. Sveikatos priežiūros kokybė, jos valdymas tampa vienu iš svarbiausių sveikatos priežiūros prioritetų Lietuvoje ir kitose Europos bei pasaulio šalyse.

Magistro darbo tyrimo objektas – medicinos paslaugų techninės ir funkcinės kokybės įtakos išoriniam paslaugų efektyvumui privačiose sveikatos priežiūros įstaigose vertinimas, taikant Ferguson medicinos paslaugų kokybės vertinimo modelį ir jo tinkamumo, tokiam vertinimui atlikti, analizė. **Darbo tikslas** – atlikus mokslinės literatūros analizę paslaugų kokybės sveikatos priežiūros įstaigose tematika, įvertinti techninės ir funkcinės kokybės įtaką išoriniam paslaugų efektyvumui privačiose sveikatos priežiūros įstaigose bei patikrinti gana plačiai taikomo Ferguson modelio tinkamumą, vertinant medicinos paslaugų kokybę. Taikyti **tyrimo metodai** – a) *Mokslinės literatūros analizė*, skirta išanalizuoti ir apibrėžti medicinos paslaugų techninės ir funkcinės kokybės įtaką išoriniam paslaugų efektyvumui ir parengti koncepcinį tyrimo modelį; b) *Anketinė apklausa* sudaryta remiantis Ferguson klausimynu - modeliu. Apklausa buvo vykdoma virtualiai, interneto svetainėje www.manoapklausa.lt. Tirta grupė yra savita – tai įmonės darbuotojai, kurie dėl palankios skatinamosios privačios medicinos įstaigos politikos visi yra ir įstaigos, kurioje dirba pacientai (t.y. naudojami joje teikiamomis medicinos paslaugomis. Atliekant magistro darbo tyrimą gauti 116 respondentų atsakymai.); c) *Statistiniai kiekybinių duomenų apdorojimo metodai*: aprašomoji statistika, regresinė analizė, Cronbach's Alpha konstrukto tinkamumo įvertinimui, tyrimo metu surinktų duomenų interpretavimui ir išsikeltų hipotezių tikrinimui.

Darbe buvo tikrinama *pagrindinė hipotezė, kad ir techninė, ir funkcinė paslaugų kokybė daro teigiamą įtaką išoriniam efektyvumui*. Atlikus tyrimą ji buvo patvirtinta, pateiktos išvados ir rekomendacijos.

Raktažodžiai: medicinos paslaugų kokybė, funkcinė kokybė, techninė kokybė, išorinis efektyvumas (angl. *External effectiveness*), R.J. Ferguson ir kt. modelis, medicinos paslaugų kokybė privačioje medicinos įstaigoje.

SUMMARY

The demand for the quality of medical services is influenced by factors relevant to contemporary societies, such as advancing medical technologies, the increasing prevalence of chronic illnesses in an aging population, and the need for financial resources to ensure the functioning of the system. The quality of healthcare and its management have become one of the main priorities of healthcare in Lithuania and other European and world countries.

The object of the master's thesis is the assessment of the influence of the technical and functional quality of medical services on the external effectiveness of private healthcare institutions, using the Ferguson model for evaluating the quality of medical services and analyzing its suitability for such evaluation. **The purpose of the study** is to analyze the literature on the quality of services in healthcare institutions and to evaluate the influence of technical and functional quality on the external effectiveness of private healthcare institutions and to verify the widespread suitability of the Ferguson model for evaluating the quality of medical services. The methods used in the study were: a) a literature analysis to analyze and define the influence of the technical and functional quality of medical services on the external effectiveness of services and to prepare a conceptual research model; b) a questionnaire survey based on the Ferguson questionnaire - model. The survey was conducted virtually, on the website www.manoapklausu.lt. The studied group is unique - it is the employees of a company who, due to the favorable policy of incentives in a private medical institution, are both employees of the institution and patients (i.e., users of the medical services provided there). 116 responses were collected during the master's thesis research.); c) statistical methods for processing quantitative data: descriptive statistics, regression analysis, Cronbach's Alpha for evaluating the suitability of constructs, interpreting the data collected during the study and testing the hypotheses raised.

The main hypothesis that both technical and functional quality of services have a positive influence on external effectiveness was tested in the study. The conclusions and recommendations were presented after the study was completed.

Keywords: medical services, technical quality, functional quality, external effectiveness, private healthcare institutions, Ferguson model.

PRIEDAI

1. Priedas. Tyrimo anketa

Siekiant užtikrinti ir pagerinti teikiamų medicinos paslaugų kokybę bei pacientų santykius su medicinos personalu, Vilniaus universiteto Ekonomikos ir verslo administravimo fakulteto magistrantė Julija Vitko atlieka tyrimą, skirtą ištirti sveikatos priežiūros įstaigos personalo nuomonę apie teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Norime sužinoti Jūsų nuomonę, kuri svarbi siekiant bendrojo tikslo – medicinos paslaugų kokybės.

Apklausa yra anoniminė, tyrimo rezultatai bus skelbiami apibendrinti. X žymėkite Jūsų nuomonę atitinkantį variantą. Ačiū už Jūsų nuomonę ir sugaištą laiką.

Jūsų lytis: Mot. Vyr.

Jūsų amžius (įrašykite):.....m.

Gyvenamoji vieta (įrašykite).....

Bendras darbo stažas šioje įstaigoje (įrašykite):.....m.

Bendras darbo stažas sveikatos apsaugos įstaigose (įrašykite)_____m.

Ar turite darbo patirties viešajame sektoriuje?

Ar turite darbo patirties privačioje sveikatos priežiūros įstaigose?.....

Eil. Nr.	Klausimai	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nesu tikras	Sutinku	Visiškai sutinku
1.	Medicinos įstaigoje yra aiškūs ženklai, iškabos, schemas, kurios supaprastina pacientų orientavimąsi aplinkoje.					
2.	Medicinos įstaiga yra tinkamai ir pilnai aprūpinta gydymo, slaugos priemonėmis					
3.	Personalo apranga ir išvaizda yra tvarkinga ir tinkama					
4.	Personalas pacientams pateikia aiškias ir suprantamas instrukcijas					
5.	Medicinos įstaigoje yra pakankamos galimybės judėti pagal paciento būklę (liftu, vežimėliu, laiptais)					

6.	Medicinos įstaigoje yra pakankamai specialistų					
7.	Slaugai, gydymui, apžiūrai reikalinga įranga ir patalpos yra švarios ir sterilios					
8.	Personalas procedūras atlieka kokybiškai					
9.	Personalo bendravimo su pacientais įgūdžiai yra tinkami jų užimamoms pareigoms					
10.	Pacientai aiškiai informuojami apie reikalingų tyrimų ir gydymo/ slaugos reikalingumą ir tikslus					
11.	Personalas stengiasi, kad pacientas jaustųsi gerbiamas ir orus.					
12.	Pacientai gali tikėtis, kad įstaigos personalas rūpinsis jų interesais.					
13.	Medicinos įstaigoje stengiamasi užtikrinti kuo kokybiškesnę pacientų priežiūrą					
14.	Atsiradus pasikeitimams, pacientai apie tai yra nedelsiant informuojami.					
15.	Aptarnavimas visa parą (dienos ir nakties metu) yra vienodas					
16.	Pacientas gali pasitikėti gydančiu ir aptarnaujančiu personalu					
17.	Personalas geba nuraminti, paguosti, palaikyti					
18.	Personalas įvertina ir reaguoja į išsakytas pastabas					
19.	Pacientams yra suprantamai paaiškinama apie jiems skirtą gydymą, slaugos procedūras, pašalinį poveikį ir galimą žalą.					
20.	Kilus sunkumams problemos sprendžiamos per kuo trumpesnį laiką					
21.	Aš rekomenduočiau šią mediciną savo draugams/ artimiesiems					
22.	Rinkčiausi šią mediciną įstaigą					
23.	Esate patenkinta(s) įstaigoje teikiamomis paslaugomis					
24.	Medicinos įstaigoje bendra gydymo ir paslaugų kokybė yra aukšta					