

MYKOLO RIOMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULETAS
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO INSTITUTAS

INDRĖ MATULIANECAITĖ

**Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas
Vilniaus miesto savivaldybės sveikatos priežiūros įstaigose
pandemijos metu**

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas
Prof. dr. Andrius Stasiukynas

Vilnius

2022

Turinys

IVADAS.....	7
1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS UŽTIKRINIMO TEORINĖ ANALIZĖ.....	10
1.1. COVID-19 ir sveikatos priežiūros paslaugos	10
1.2. Viešųjų paslaugų samprata	11
1.2.1. Paslaugų klasifikavimas.....	15
1.3. Viešųjų paslaugų kokybė	16
1.4. Viešųjų paslaugų kokybės vertinimo modeliai.....	19
1.5. Pirminė sveikatos priežiūra	31
1.5.1. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės samprata	33
2. PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS PACIENTŲ POŽIŪRIU VERTINIMO VILNIAUS MIESTO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE PANDEMIJOS METU TYRIMAS.....	42
2.1. Tyrimo metodologija	42
2.2. Tiriamų įstaigų charakteristika ir tyrimo respondentai.....	44
3. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ ANALIZĖ	46
3.1. Pirminės sveikatos priežiūros kokybės vertinimas pacientų požiūriu pandemijos metu.....	46
3.1.1. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje	47
3.1.2. Sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumas ir rezultatyvumas bei darbuotojų profesionalumas lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje	60
3.2. Empirinio tyrimo apibendrinimas.....	74
IŠVADOS	78
PASIŪLYMAI	80
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	81
SANTRAUKA LIETUVIŲ KALBA.....	89
SANTRAUKA ANGLŲ KALBA.....	90
PRIEDAI	91

LENTELĖS

1 lentelė. Pacientų požiūrio į sveikatos priežiūros kokybę aspektai

2 lentelė. Demografinė respondentų charakteristika

3 lentelė. Pacientų paskutinio apsilankymo sveikatos priežiūros įstaigoje įvertinimas

4 lentelė. Lankomos sveikatos priežiūros įvertinimas pagal pagrindinius sveikatos priežiūros kokybės vertinimo kriterijus

5 lentelė. Pirminės sveikatos priežiūros vertinimas lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje

PAVEIKSLAI

1 pav. Sveikatos priežiūros sistemos lygiai

2 pav. Pacientų pasiskirstymas Vilniaus savivaldybei priklausančiose sveikatos priežiūros įstaigose

3 pav. Procentinis pacientų pasiskirstymas pagal atvykimo į sveikatos priežiūros įstaigą laiko trukmę

4 pav. Pacientų lankomos sveikatos priežiūros įstaigos lankymo priežastys

5 pav. Pacientų lankomos sveikatos priežiūros įstaigos kitos lankymo priežastys

6 pav. Sveikatos priežiūros įstaigos darbo laiko priimtinumai

7 pav. Sveikatos priežiūros darbo laikas pandemijos metu

8 pav. Pacientų lankymosi sveikatos priežiūros įstaigoje dažnumas prieš pandemijos paskelbimą ir pandemijos metu

9 pav. Konsultacijų prieinamumas sveikatos priežiūros įstaigose pandemijos metu

10 pav. Konsultacijų gavimo sudėtingumas sveikatos priežiūros įstaigose pandemijos metu

11 pav. Kitos konsultacijos gavimo sudėtingumo priežastys pandemijos metu

12 pav. Konsultacijos būdai su gydytoju prieš pandemijos paskelbimą ir pandemijos metu

13 pav. Pacientų registracijos sveikatos priežiūros įstaigoje

14 pav. Registracijos laiko trukmė pandemijos metu

15 pav. Iš anksto užregistruoto vizito laukimas prieš pandemijos paskelbimą ir pandemijos metu

16 pav. Medicininių paslaugų suteikimas laiku prieš pandemijos paskelbimą ir pandemijos metu

17 pav. Pandemijos metu laiku nesuteiktų medicininių paslaugų priežastys

18 pav. Pandemijos metu laiku nesuteiktų medicininių paslaugų kitos priežastys

19 pav. Gydytojo, į kurį kreipiamasi atsiradus sveikatos problemoms, turėjimas

20 pav. Paskutinis apsilankymas sveikatos priežiūros įstaigoje

21 pav. Paskutinio apsilankymo sveikatos priežiūros įstaigoje įvertinimas

22 pav. Gydytojo teiravimasis apie pacientų sveikatą ir vaistų vartojimą po paskutinio apsilankymo sveikatos priežiūros įstaigoje

23 pav. Pacientų sveikatos būklės pagerėjimas po paskutinio apsilankymo sveikatos priežiūros įstaigoje

24 pav. Informacinių stendų sveikatos priežiūros įstaigoje naudingumas

25 pav. Sveikatos priežiūros įstaigose teikiamų paslaugų kokybė prieš pandemijos paskelbimą ir pandemijos metu

26 pav. Lankomos sveikatos priežiūros įstaigos rekomendavimas kitiems

PRIEDAI

1 priedas. Anketa pacientams

2 priedas. Patvirtinimas apie atlikto darbo savarankiškumą

IVADAS

Temos aktualumas. Sveikata plačiai apibrėžiama kaip visapusiška individo ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas (PSO). Sveikatos sauga apima sveikatai kenksmingų veiksnių stebėjimą, nepavėluotą pavojaus sveikatai nustatymą, sveikatai kenksmingų fizinės ir socialinės aplinkos veiksnių poveikio prevenciją ar ribojimus („Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas“ 1994/Nr. I-552).

Sveikatos priežiūros kokybė ir jos valdymas yra vienas svarbiausių socialinių veiksnių tiek Lietuvoje, tiek pasaulyje. Įsakyme „Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo“ (2004/V-642) teigiama, kad šalims svarbu skirti ypatingą dėmesį sveikatos priežiūros prieinamumui, tęstinumui, teisingumui, veiksmingumui, efektyvumui, pacientų saugai. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatyme (1994/Nr. I-552) pabrėžiama, kad „kuo geresnė visuomenės sveikata yra būtina Lietuvos valstybės saugumo ir klestėjimo bei atviros, teisingos ir darnios pilietinės visuomenės kūrimo prielaida.“

Vertindami sveikatos priežiūrą, pacientai remiasi savo patirtimi ir žiniomis, informacija iš aplinkos, medikų informacija, savijauta, gyvenimo kokybės pokyčiais, sveikata priežiūros epizodoprocese ir po jo (Janušonis 2016, 50). Lūkesčių patenkinimas skatina pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis, jų kokybe ir atvirkščiai. Įvairiose sveikatos priežiūros organizacijose priežiūros kokybė, technologijos, medikų profesionalumas, požiūris į pacientą labai skiriasi, o pacientų vertinimai skiriasi nedaug (Lloyd, 2004; Ransom et al., 2005, cit. iš Janušonis 2016, 50). D. Jankauskienė (2012, 84) teigia, kad „pacientų nuomonė apie jų patirtį naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis tampa svarbiu sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo stebėsenos ir tobulinimo įrankiu“. Sveikatos priežiūros kokybės vertinimo tyrimai yra svarbūs vertinant gydymų metodų efektyvumą, sveikatos gerinimo ir ligų prevencijos programas, naudingi stebint visuomenės sveikatos būklę bei plėtojant valstybės sveikatos politiką. Iki šiol mokslininkai nėra pateikę vieningos sistemos, pagal kurią sveikatos paslaugų kokybė turėtų būti matuojama ir vertinama.

Atsiradus COVID-19 virusui, Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) paskelbė pasaulinę pandemiją, t.y. terminas, kuriuo metu apibūdinamas vienu metu pasaulyje vykstantis epidemijų plitimas. Pandemijos metu Lietuvoje žmonės ėmė piktintis dėl negaunamos reikalingos medicininės pagalbos, nes koronavirusas tapo pagrindine gydoma ir svarbiausia liga. Pacientai buvo priversti dėl visų sveikatos problemų pirmiausia konsultuotis su gydytojais elektroniniu būdu ar netiesiogiai telefonu, taip pat masiškai atidedamos planinės operacijos, ligoninėse ėmė trūkti vietų sergantiems pacientams. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme (1994/Nr. I-552) teigiama, kad asmens sveikatos priežiūra – „tai valstybės akredituotų fizinių ir juridinių asmenų veikla, turinti tikslą laiku diagnozuoti ir užkirsti kelią asmens sveikatos sutrikimams, padėti jam atgauti ir sustiprinti sveikatą.“ Lietuvoje pirminė

sveikatos priežiūra yra šalies sveikatos sistemos pagrindas. Taigi sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios institucijos turėtų asmenims užtikrinti sveikatos paslaugų suteikimą reikiamu metu.

Lietuvoje mažai diskutuojama apie tai, kokią žalą pacientui gali padaryti tam tikros informacijos stoka, receptų išrašymo klaidos, nepakankamas pacientų saugumo užtikrinimas. Užsienio patirtis didesnė nagrinėjant šiuos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės aspektus.

Temos ištirtumas. Sveikatos priežiūros kokybę nagrinėjo daugelis Lietuvos ir užsienio autorių. Sveikatos priežiūros kokybę priežiūros institucijose nagrinėjo D. Bubnienė ir J. Ruževičius (2010), J. J. Dahlgaard ir kt. (2011) tyrė sveikatos priežiūros kokybę ir vertinimo, tobulinimo sistemas, sveikatos priežiūros kokybę vertino Ž. Piligrimienė ir I. Bučiunienė (2005), o kokybės vertinimą pacientų ir medikų požiūriu nagrinėjo D. Jankauskienė (2012). Sveikatos priežiūros veiksmingumą tyrė W. L. Roper (1988), o sveikatos priežiūrą ekonominiu aspektu nagrinėjo S. Morris ir kt. (2007). Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę lemiančius veiksnius pacientų požiūriu tyrė N. Jerdiakova, A. Mikaliūkštienė, J. Rabkovskaja, Ž. Žilinskienė, J. Kutkauskienė ir E. Davydenko (2020), sveikatos priežiūros kokybę ir tinkamumą pacientų požiūriu analizavo V. Janušonis (2016). Kokybės vadybos metodų, modelių ir sistemų taikymo sveikatos priežiūros įstaigose nagrinėjo A. M. Mosadeghrad (2012), S. Chadha ir K. Gagandeep (2013) tyrė kokybės valdymą sveikatos priežiūros įstaigose. Mokslininkai nagrinėjo sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimą ir kokybės sistemas įvairiose pasaulio šalyse. Pavyzdžiui, sveikatos priežiūros užtikrinimą Europos sąjungoje tyrė H. Legido-Quigley ir kt. (2008), pirminę sveikatos priežiūrą Pietų Afrikoje tyrė S. Dookie ir S. Singh (2012), o Danijoje – K. M. Pedersen (2012). Kanadoje sveikatos priežiūros sistemą analizavo B. Hutchison (2011). Viešųjų paslaugų kokybę tyrė K. Walsh (1991), viešųjų paslaugų kokybės valdymo savitumus Lietuvos savivaldybėse analizavo A. Patapas ir T. Žilionytė (2016). Vartotojų pasitenkinimą viešosiomis paslaugomis tyrė A. Patapas ir A. Diržytė (2014).

Tyrimo objektas – pacientų požiūris į pandemijos metu teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę Vilniaus miesto savivaldybei pavaldžiose sveikatos priežiūros įstaigose.

Problema: Ar pandemijos metu Vilniaus miesto savivaldybei pavaldžiose sveikatos priežiūros įstaigose teikiamos paslaugos yra kokybiškos?

Darbo tikslas – įvertinti pandemijos metu Vilniaus miesto savivaldybei pavaldžiose sveikatos priežiūros įstaigose teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pacientų požiūriu.

Darbo uždaviniai:

1. Išnagrinėti paslaugų sampratą ir jų teikimo prielaidas.
2. Išanalizuoti paslaugų kokybės sampratą ir esmę.
3. Išnagrinėti pirminės sveikatos priežiūros ir sveikatos paslaugas teikiančių institucijų kokybės sampratą.

4. Išsiaiškinti pacientų nuomonę apie pandemijos metu teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę Vilniaus miesto savivaldybei pavaldžiose sveikatos priežiūros įstaigose.

Darbo metodai:

1. Mokslinės literatūros analizė – mokslinės literatūros analizei ir sisteminimui.
2. Kiekybinis tyrimas – anketinė apklausa, siekiant išsiaiškinti pacientų požiūrį apie teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pandemijos metu Vilniaus miesto savivaldybei pavaldžiose sveikatos priežiūros įstaigose.
3. Statistinė – aprašomoji statistika naudota gautų duomenų analizei.

Darbo struktūra.

Magistro baigiamąjį darbą sudaro įvadinė, teorinė ir tiriamoji dalys, išvados, pasiūlymai, literatūros sąrašas, santrauka lietuvių ir anglų kalbomis ir priedai.

Įvadinėje dalyje aprašomas darbo aktualumas ir naujumas, pristatomas objektas, tikslas ir jam pasiekti keliami uždaviniai, apibūdinama darbo medžiaga, taikomi metodai.

Teorinėje darbo dalyje analizuojama viešųjų paslaugų samprata, kokybės vertinimo kriterijai ir modeliai, pirminės sveikatos priežiūros samprata ir esmė bei pirminės sveikatos priežiūros ir sveikatos paslaugas teikiančių institucijų kokybės samprata.

Trečioje dalyje analizuojami ir interpretuojami gauti tyrimo duomenys.

1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS UŽTIKRINIMO TEORINĖ ANALIZĖ

1.1. COVID-19 ir sveikatos priežiūros paslaugos

Tiek Lietuvoje, tiek kitose pasaulio valstybėse valdžia priima tam tikras reformas siekiant padidinti viešųjų institucijų veiklos efektyvumą ir išspręsti visuomenei reikšmingus viešuosius uždavinius. Jau trečius metus mūsų Vyriausybė susiduria su dideliu iššūkiu – stengiasi priimti teisingus ir efektyvius sprendimus pandemijos laikotarpiu, kad būtų sustabdytas koronaviruso plitimas.

G. Želvytė (2021, 309) teigia, kad COVID-19 liga yra „greitai plintantis kvėpavimo sistemos infekcinis susirgimas, kurį sukelia sunkaus ūminio respiracinio sindromo koronavirusas 2 (SARS-CoV-2)“. Koronavirusas pirmą kartą užfiksuotas 2019 m. gruodžio mėn. Kinijoje, Wuhan provincijoje. Dėl plintančio viruso paskelbus pasaulinę pandemiją, pasaulis susidūrė su daugybe iššūkių: ekonominiais sunkumais, neigiamais padariniais gyventojams ir jų fizinei bei emocinei būklei. Daugelis pasaulio valstybių paskelbė griežtus karantinus. Lietuvoje 2020 m. vasario 26. d. įvesta ekstremali padėtis, o kovo 14 d. nutarimu „Dėl karantino Lietuvos Respublikos teritorijoje paskelbimo“ (2020/Nr. 1226) įvestas karantinas. Šalyje įvesti ribojimai, apimantys asmenų judėjimą tarp sienų ir pačioje šalyje, viešojo ir privataus sektoriaus veiklą, buvimą viešose erdvėse, taip pat švietimo, socialines ir sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių institucijų veiklą. Mūsų šalyje už COVID-19 valdymą, t.y. reikalingų greitų sprendimų siekiant suvaldyti greitai plintantį, bet dar neištirtą virusą, buvo atsakingos tam tikros valdžios institucijos (Vyriausybė, Sveikatos ekspertų taryba, Sveikatos apsaugos ministerija ir tt.). Tačiau tam tikri sprendimai šiuo laikotarpiu papiktino visuomenę ir sulaukė kritikos. Žmonės ėmė piktintis dėl jų teisių ir laisvių suvaržymo, dėl negaunamos reikalingos medicininės pagalbos, nes koronavirusas tapo pagrindine gydoma ir svarbia liga.

COVID-19 pandemija yra pati rimčiausia pasaulinė sveikatos krizė per dešimtmečius (Chamboredon, ir kt. 2020, 2). Po visą pasaulį plintantis virusas turėjo didelį poveikį ir verslo santykiams, ir kasdieniam vartotojo gyvenimui. Koronaviruso sukelta pandemija padarė didelę įtaką tiek viešojo, tiek privataus sektoriaus sferoms. Vyriausybei paskelbus ekstremalią padėtį Lietuvoje, ilgalaikius planus turėjo keisti fiziniai ir juridiniai asmenys. Kai kurie verslą vystantys asmenys turėjo visiškai stabdyti veiklą, kiti dirbti su tam tikrai apribojimais. Karantinas pasireiškė tiekimo sutrikimais, importo, renginių ir kitais ribojimais, tokiais kaip kelionių ribojimas ir dėl koronaviruso plitimo užkardymo pasaulyje.

Sveikatos priežiūros įstaigos susidūrė su sunkiais iššūkiais. Gydytojų turėjo atlaisvinti palatas virusu užsikrėtusiems pacientams, kurių skaičius nuolat augo, dėl ko ėmė trūkti sveikatos priežiūros užtikrinimui skirtų priemonių. Dėl padidėjusio pacientų skaičiaus ėmė didėti gydytojų darbo

krūvis. Virusas neaplenkė ir dirbančių daktarų – užsikrėtusių gydytojų skaičius taip pat sparčiai didėjo. Nepaisant to, gydymo įstaigos turėjo aprūpinti gyventojus pirmaisiais skiepais. Dideliu iššūkiu tapo sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimas bei prieinamumo užtikrinimas. COVID-19 liga tapo bene svarbiausia ir kitos ligos tapo antrinėmis.

Prof. dr. G. Davidavičius su kolegomis (2021) atliko tyrimą, kurio metu priėjo prie išvados, kad pandemijos metu sveikatos priežiūros paslaugomis ėmė naudotis kur kas mažiau žmonių. Anot projekto vadovo, tam įtakos turėjo ne tik pirmojo karantino metu įvesti valdžios apribojimai, bet ir pacientų negalėjimas susisiekti su bendrosios praktikos gydytojais ar kitais specialistais, nors Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme (2021/Nr. I-1562) teigiama, kad būtinoji medicininė pagalba pacientui turi būti suteikta neatidėliotinai.

Žmonės pandemijos metu sveikatos priežiūros paslaugomis ėmė naudotis kur kas mažiau dar ir dėl to, kad pacientai turėjo baimę užsikrėsti koronavirusu, dėl to pacientai nusprendavo atidėti savo vizitus tolesniam laikui. Poveikį atidėliojamiems pacientų vizitams ir konsultacijoms turėjo ir žiniasklaida, kuri skelbė, kad medicinos įstaigose yra dideli susirgimų židiniai.

Pasaulis yra išgyvenęs ne vieną krizę. Tačiau mokslininkai įsitikinę, kad šios krizės lyginti su praėjusiomis negalime, nes šį kartą pasaulis susiduria su daugybe naujų iššūkių (Fernandes 2020, 5):

- Pandemija yra pasaulinė;
- Pandemija nėra orientuota į dideles ar mažas pajamas turinčias valstybes;
- Palūkanų normos yra istoriškai žemos;
- Pasaulis yra labiau integruotas;
- Pandemijos sukelta pasaulinė krizė daro didelį poveikį visoms teikimo sferoms;
- Vienu metu naikiname paklausą ir pasiūlą.

Apibendrinant galima teigti, kad COVID-19 sukelta pandemija, lyginant su kitomis, yra rimčiausia pasaulinė krizė. Jos atsiradimas sukėlė daug neigiamų padarinių visame pasaulyje ir paveikė tiek viešąsias, tiek privačias įstaigas. Paskelbta pandemija padarė neigiamą įtaką sveikatos priežiūros įstaigose teikiamai paslaugų kokybei ir prieinamumui. Į sveikatos priežiūros įstaigas žmonės pandemijos metu kreipėsi žymiai rečiau.

1.2. Viešųjų paslaugų samprata

Viešųjų paslaugų teikimą Lietuvoje reglamentuoja įvairūs teisės aktai. Lietuvos Respublikos Viešojo administravimo įstatyme (2020/Nr. XIII-2987) 2 straipsnyje teigiama, kad viešoji paslauga – „pagal įstatymų ir (ar) viešojo administravimo subjektų nustatytus reikalavimus vykdoma šių subjektų prižiūrima veikla, kuria sukuriamą valstybės ar savivaldybių garantuojama ir visuomenės nariams

vienodai prieinama nauda“. Kitaip tariant, viešoji paslauga – valstybės ar savivaldybių kontroliuojamų juridinių asmenų veikla teikiant asmenims socialines, švietimo, mokslo, kultūros, sporto ir kitas įstatymų numatytas paslaugas. Įstatymų nustatytais atvejais ir tvarka viešąsias paslaugas gali teikti ir kiti asmenys.

Viešųjų paslaugų teikimo administravimas yra viešojo administravimo subjektų veikla nustatant viešųjų paslaugų teikimo taisykles ir tvarką, išduodant leidimus teikti viešąsias paslaugas, steigiant atitinkamos formos juridinius asmenis arba parenkant kitus asmenis, teikiančius viešąsias paslaugas, taip pat viešųjų paslaugų teikimo priežiūra („Lietuvos Respublikos Viešojo administravimo įstatymas“ 2020/Nr. XIII-2987). Kitaip tariant, tai yra viešojo administravimo subjektų veikla, kuri apima norminių administracinių aktų priėmimą įstatymams ir kitiems teisės aktams įgyvendinti.

Anot V. Burkšienė ir kt. (2017), Lietuvos viešosios paslaugos sąvokos apibrėžimas ir vartojimas šalies lygmeniu yra kompliktuotas. Lietuvos Respublikos viešojo administravimo įstatyme trūksta tikslumo klasifikuojant viešąsias paslaugas, teisiškai įtvirtintas viešųjų paslaugų apibūdinimas yra abstraktus ir nesiremia skiriamaisiais požymiais. Autorė teigia, kad „viešosios paslaugos yra viešos dėl bendro jausmo, kad be jų negalime gyventi asmeninio gyvenimo, jei norime iki galo išnaudoti savo materialiąją civilizaciją“ (Burkšienė, ir kt. 2017, 28). Kad vieša paslauga užtikrintų visuomenės ekonomines ir socialines teises, ji turi pasižymėti kolektyvinėmis, bendradarbiavimo ir demokratinėmis vertybėmis, kurias turi puoselėti valdžios institucijos.

E. Stumbraitė–Vilkišienė (2010, 148) teigia, kad viešoji paslauga pirmiausia yra orientuota į pilietį, kad būtų patenkinti poreikiai tam tikrų paslaugų, už kurių teikimą atsakingos valdžios institucijos. Viešoji paslauga yra susijusi su viešuoju interesu – viešosios paslaugos yra teikiamos norint patenkinti viešąjį interesą. Anot L. Bartkuvienės ir kt. (2001, 18), visuomenės intereso sąvoka vartojama apibūdinant institucijas ir tikslus, kurie padeda daryti ir įgyvendinti viešuosius sprendimus.

Viešasis interesas yra suvokiamas kaip daugumos interesas. Viešojo intereso samprata savo pobūdžiu yra nacionalinė, nulemta nacionalinių konstitucinių nuostatų, valstybėje vyraujančių politinių ideologijų, ekonominės padėties, visuomenėje vyraujančių įvaizdžių ir pan. (Beliūnienė, ir kt. 2015, 8).

Pagal M. Arimavičiūtę (2005), viešąją paslaugą galima laikyti viešąja gerybe, kuria nuolat gali naudotis visi asmenys, asmenų grupės ar kiti ūkio subjektai.

L. Bartkuvienė ir kt. (2001, 31), aptardamos viešojo sektoriaus sąvokas, teigia, kad dažnai viešasis sektorius yra politinių susirinkimų įteisintas biudžetas, t.y. „<...> biudžeto sudarymas, įvairių valdžios lygmenų politinių institucijų surenkami ir naudojami ištekliai“.

Viešąjį sektorių galima apibrėžti atsižvelgiant į jo funkcijas: 1) biudžeto sudarymu; 2) įstatymų priėmimu ir įgyvendinimu; 3) biurokratija; 4) visuomeninės nuosavybės valdymu; 5) viešųjų prekių ir paslaugų gamyba; 6) užimtumo viešajame sektoriuje reguliavimu (Arimavičiūtė 2005; Lane, J. E., (2001).

Taigi viešasis sektorius – tai valstybės finansiniai (piniginės lėšos, akcijos ir kt.), materialiniai (žemė, pastatai ir kt.) ir žmogiškieji ištekliai (iš valstybės ir savivaldybių biudžetų lėšas samdomi vadovai ir darbuotojai), šiuos išteklius transformuojantys procesai ir šių procesų produktai (viešosios ir administracinės paslaugos, individualūs ir norminiai teisės aktai, išmokos, investicijos). Viešojo sektoriaus organizacijos teikia paslaugas, kurios yra neatskiriama kiekvieno žmogaus kasdienio gyvenimo dalis (Patapas, ir Žilionytė 2016, 207).

Viešasis sektorius dažnai suprantamas kaip valstybės įstaigų ir įmonių visuma, teikianti paslaugas, kurių poreikius nustato politikai. Vadinasi, šio sektoriaus veikla iš esmės yra susijusi su politikų sprendimų įgyvendinimu (Puškorius 2002, 45). Svarbu paminėti, kad viešojo sektoriaus veikla turi įtakos visiems ekonominiams procesams ir visuomeniniams santykiams.

Paslaugų sampratos evoliucija susijusi su paslaugų plėtra (Bagdonienės, ir Hopenienė 2009, 47). Ankstesniuose tyrimuose paslaugos samprata atskleidžiama nagrinėjant paslaugos paskirtį, vėlesniuose tyrimuose atkreipiamas dėmesys į prekių ir paslaugų skirtumus. Dabar mokslinėje literatūroje paslauga apibrėžiama kaip „<...> proceso ir rezultato sintezė, nes yra neapčiuopiamos veiklos ir prekės derinys“ (ten pat).

Paslaugos sampratą yra sunku apibrėžti, nes nėra iki galo aišku, kokia veikla turėtų būti vadinama paslauga. Taip pat vyrauja didelė paslaugų įvairovė. Taigi galima teigti, kad paslaugas sunku apibrėžti, nes paslaugos sąvoka „<...>“ turi daugelį reikšmių, apimančių veiklą nuo asmeninės paslaugos iki paslaugos kaip produkto sudedamosios dalies“ (Langvinienė, ir Vengrienė 2005, 19). Visuomet atsiras reiškinių, kurie netiks nė vienam apibrėžimui.

I. Skačauskienė ir J. Vestertė (2018, 8) paslaugas apibūdina kaip interaktyvų procesą, per teikimo sistemą realizuojamą taip, kad sukuriama šiame procese dalyvaujančias šalis tenkinanti vertė. Paslauga gali būti suprantama kaip veikla, procesas arba konkretus veiksmas, vykstantis tam tikru momentu tarp dviejų subjektų – paslaugos teikėjo ir paslaugos vartotojo. Be vartotojo ir teikėjo sąveikos paslauga neegzistuoja.

Kiti mokslininkai paslaugas apibūdina per lyginimo prizmę – paslauga lyginama su prekėmis iškeliant tam tikrą išskiriamąją savybę. Anot J. Nollet ir J. Haywood-Farmer (1992), „<...> paslauga yra aiškios (suvokiamos) ir neapibrėžtos naudos bei prekių, reikalingų paslaugos teikimo procesui arba jį palengvinti, derinys“ (cit. iš Bagdonienės, ir Hopenienė 2009, 48). J. Gardrey (1996) teigia, kad paslaugoms priskiriama tiekėjui A ir vartotoji B sąveikaujant atliekama veikla, kurios tikslas – transformuoti vartotoji B priklausančią gėrybę C. Skiriamasis bruožas – rezultatas negali cirkuliuoti nepriklausomai nuo gėrybės C (ten pat).

Paslaugas galima apibrėžti remiantis šiais aspektais (Skačauskienė, ir Vesterė 2018, 4):

- Procesas arba veiksmas;
- Mainų sandoris be nuosavybės pasikeitimo;

- Vertės bendrakūra;
- Tarpusavyje susietų veiklų sistema;
- Unikaliomis savybėmis pasižyminti esybė;
- Priklausanti tam tikrai ekonominei klasifikacijai veikla.

Nepaisant to, kad šią sąvoką sunku apibrėžti, svarbu pažymėti, kad mokslinėje literatūroje išskiriami pagrindiniai paslaugos bruožai, kurie yra neatsiejami nuo paslaugos apibrėžimo sampratos (Ladhari 2009, 173):

1. Neapčiuopiamumas (angl. tangibility). Paslaugas yra sunku įvertinti prieš jas įsigyjant, dėl to paslaugų teikėjams gali būti sunku išsiaiškinti, kaip vartotojai suvokia jų paslaugas.
2. Heterogeniškumas (angl. heterogeneity). Kartą pasinaudojęs paslauga, vartotojas susikuria jos stereotipą (Bagdonienė, ir Hopenienė 2009, 53). Paslaugų kokybė gali labai skirtis atsižvelgiant į tai, kas, kada, kur ir kaip jas teikia, dėl to paslaugų teikėjas gali mažai kontroliuoti paslaugų gavėjo patirtį.
3. Paslaugos nekaupiamumas (angl. perishable). Paslaugų negalima kaupti vėlesniam pardavimui ir naudojimui.
4. Neatskiriamumas (angl. inseparable). Daugelis paslaugų yra gaminamos ir vartojamos tuo pačiu metu.

L. Bagdonienė ir R. Hopenienė (2009), nagrinėdamos paslaugų marketingą, prie paslaugų neapčiuopiamumo ir heterogeniškumo bruožų priskiria ir vartotojo dalyvavimą paslaugos teikimo procese, paslaugos teikimo ir vartojimo vienovę (nevienalaikiškumą) bei nuosavybės neliečiamumą.

N. Langvinienė ir B. Vengrienė (2005, 23) išryškina šias paslaugų savybes:

- paslauga – tai veikla,
- ji neapčiuopiama,
- paslauga – tai santykiai, nors ne visada akivaizdžiai matomi,
- klientų poreikių tenkinimas,
- veikla, kurią gali atlikti tik kitas asmuo,
- būtinai dalyvauja ir paslaugos teikėjas, ir vartotojas.

Veikla tampa paslaugos vartotojo poreikių tenkinimo priemone. Todėl paslauga yra neapčiuopiama, nesverinama, nepervežama ir pan. Teikėjo ir vartotojo santykiai ir sąveika tampa paslaugos atsiradimo ir egzistavimo sąlyga (Langvinienė, ir Vengrienė (2005, 23).

Apibendrinant galima teigti, kad paslauga – veikla, kuri tenkina vartotojo poreikius; tai veikla, kurios rezultatai neturi apčiuopiamo materialaus rezultato; tai veikla, kurios procese sąveikauja jos teikėjas ir vartotojas (Vengrienė 1998, 208).

N. Langvinienė ir B. Vengrienė (2005) išskiria pagrindines paslaugų savybes, skiriančias ją nuo materialiosios prekės:

1. Neapčiuopiamumas;
2. Heterogeniškumas (kintamumas);
3. Gamybos ir vartojimo vienovė;
4. Kliento, kaip būtino gamybos veiksnio, dalyvavimas;
5. Klientai sukuria dalį produkto;
6. Neįmanomas kaupimas ir sandėliavimas;
7. Nėra nuosavybės perdavimo;
8. Sistema gali apimti elektronines ir mechanines priemones.

Esminės paslaugos savybės, lemiančios kitas išvestines savybes, yra neapčiuopiamumas, heterogeniškumas (kintamumas) bei gamybos ir vartojimo vienovė.

Apibendrinant galima teigti, kad viešoji paslauga – į pilietį orientuota veikla, sukuriamą valstybės ar savivaldybių garantuojama ir visuomenės nariams vienodai prieinama nauda. Paslaugų sąvoką yra sunkiai apibrėžiama, nes vyrauja didelė paslaugų įvairovė. Paslauga galima apibūdinti kaip veiklą, procesą ar konkretų veiksmą, kuris vyksta tam tikru momentu tarp paslaugos tiekėjo ir paslaugos vartotojo ir patenkina vartotojo poreikius. Nors ši sąvoka mokslinėje literatūroje yra įvairialypė, dauguma mokslininkų sutaria dėl išskiriamų pagrindinių paslaugos bruožų: neapčiuopiamumas, heterogeniškumas, paslaugos nekaupiamumas ir neatskiriamumas.

1.2.1. Paslaugų klasifikavimas

Paslaugų veikla yra labai skirtinga ir įvairiapusė, todėl tampa svarbu šias veiklos sritis suskirstyti į tam tikras grupes, klases. Klasifikavimas – objektų visumos skirstymas į grupes (klases) pagal vieną ar kelis išsiskiriančius bruožus. Taigi galima teigti, kad klasė – visuma objektų, turinčių bendrus požymius (Plečkaitis 1968, cit. iš Bagdonienė, ir Hopenienė 2009, 57).

Paslaugų klasifikavimo požymiu gali būti (Bagdonienė, ir Hopenienė 2009, 58–63):

- Funkcinė paskirtis;
- Paslaugos teikėjas;
- Paslaugos vartotojas;
- Paslaugos teikimo vieta;
- Paslaugos apčiuopiamumo laipsnis;
- Vartotojo dalyvavimas;
- Paslaugos vartojimo motyvai;

- Teikėjo motyvai;
- Pasiūlos pobūdis;
- Vartotojo ir teikėjo santykių pobūdis.

1.3. Viešųjų paslaugų kokybė

Viešųjų paslaugų samprata yra neatsiejama nuo kokybės. Kokybė yra viena iš svarbiausių paslaugos teikimo elementų. S. Žičkienė ir I. Dasevskienė (2009, 144–145) teigia, kad kokybės, kaip pagrindinės siekiamybės, supratimas viešojo valdymo sektoriuje yra labai svarbus. Didėjantys viešojo sektoriaus organizacijų klientų lūkesčiai bei reikalavimai skatina įstaigas keistis, prisitaikyti prie naujų iššūkių ir siekti vis aukštesnio veiklos kokybės lygio (Lukauskienė, ir Ruževičius 2013, 91). Kokybė yra labai plati ir daugialypė sąvoka, turinti daug apibrėžimų. Kokybės sąvoka atsirado dėl to, kad egzistuoja žmonija mąstančių, kuriančių ir vartojančių individų bendrija (Dikavičius, ir Stoškus 2003, 4). Vartojimas visada kelia daugelį reikalavimų vartojamam objektui (giminiui ar paslaugai), taigi šie reikalavimai tampa pagrindiniais rodikliais kuriant tam tikrą gaminį ar teikiant tam tikrą paslaugą.

Pasak D. Jankauskienės ir R. Pečiūros (2007, 223), visuotinė kokybė gali būti pavadinama „<...> filosofija arba požiūriu į vadybą, iš kitų išsiskiriančiu savo principais, veikla ir metodais“. Šio požiūrio principai yra dėmesio į klientą sutelkimas, nuolatinis veiklos ir komandinio darbo gerinimas (ten pat).

Anot J. Caddy ir M. Vintar (2002), pastangos gerinti viešojo administravimo kokybę siejamos su viltimi pasiekti apčiuopiamų naudų, pvz., nuolatinio tobulinimo kultūros, geresnių paslaugų vartotojui, strateginio požiūrio ir kt.

Kokybė daugumai reiškia tobulumą, ji grindžiama vartotojo patyrimu – svarbu ne tik pagaminti kokybišką produktą, bet produktas turi būti pateikiamas laiku, vietoje ir už tinkamą kainą.

Taip pat kokybė yra bendras įspūdis apie įstaigos teikiamų paslaugų kokybę – ji yra geresnė negu kitoje įstaigoje (Bitner, ir Hubbert 1994). Kokybė taip pat suprantama kaip neturintis tobulumo laipsnio atvaizdas (Jenner 1995) arba gali būti apibrėžiama kaip produkto ar paslaugos savybių ir charakteristikų visuma, užtikrinanti produkto ar paslaugos polinkį tenkinti nustatytus ar numanomas poreikius (Sloim 2001, cit. iš Guseva 2010, 97-98). Paslaugų kokybė gali būti suvokiama kaip spraga tarp to, ką paslaugų vartotojas tikisi gauti, ir tarp to, ką jis iš tiesų gauna (Parasuraman ir kt., 1994). Taigi suvokiama kokybė skiriasi nuo objektyvios kokybės, kuri apima daikto ar veiksmo įvertinimą, remiantis iš anksto nustatytais standartais, kuriuos galima išmatuoti ir patikrinti (Ladhari 2009, 173).

Sisson (1999) kritiškai analizavo kokybės sąvokas (Guseva 2010, 97-98):

- Kokybė, kurią galima atpažinti ir pajusti pamačius vertinamą objektą: šis požiūris pagrįstas tik individualiais vertinimais ir kokybė yra sunkiai matuojama.

- Kokybė priklauso nuo įmonės ženklo (angl. brand) reputacijos: manoma, kad įmonės ženklas gali rodyti kokybę, tačiau įmonės ženklų vertinimas pagrįstas subjektyvia patirtimi ir reklamos daromu įspūdžiu.
- Kokybė – tai tam tikro slenksčio viršijimas: dažnai, ypač gamyboje, kokybė asocijuojama su tam tikro lygio pasiekimu, sėkmingu testavimu.
- Kokybė – tai tobulumas: idealistinis požiūris, kuris nenumato kokybės matavimo, nes neaišku, kas yra tobulumas, šis požiūris nurodo, kad reikia tobulėti, bet nesuteikia informacijos, kaip tą daryti, dėl to šis požiūris praktikoje yra nefunkcionalus.
- Kokybė – tai problemų nebuvimas: šis požiūris iš karto kelia klausimą, apie kurias problemas kalbama (kokio pobūdžio problemos ir kam jos kyla), nes viešosiomis paslaugomis gali naudotis skirtingi asmenys, jiems gali kilti skirtingų problemų, kurių šaltinis ne visada yra valstybinė institucija.
- Kokybė – tai priimtinas funkcionavimas arba tikslų pasiekimas: šis požiūris apsiriboja tuo, kad vertinamas objektas turi atlikti savo funkciją taip, kaip buvo numatyta arba pasiekti jam keliamą tikslą.
- Kokybė – tai atitiktis reikalavimams: šis požiūris numato konkrečių indikatorių naudojimą, kurie užtikrina galimybę atlikti kartotinus vertinimus ir lyginimus, t. y. sudaro sąlygas vertinti kokybę ir gerinti ją tik pagal konkrečius aspektus.

Lietuvių mokslininkai kokybės sampratos apibrėžimus įvardija įvairiai (Brazienė, Merkys 2015, 105):

- Produkto savybės, atitinkančios kliento reikalavimus (Mikulis, 2007);
- Tai vartotojų pasitenkinimo lygis (Kaziliūnas, 2007);
- Visuma produkto savybių, lemiančių jo tinkamumą tenkinti išreikštus ir numatomus vartotojo poreikius apibrėžtomis produkto vartojimo (eksplotavimo) pagal paskirtį sąlygomis (Ruževičius, 2006);
- Reikalavimų, kurie apibūdinami kaip kažkas apibrėžto ir nustatyto normatyvais, atitikimas (Langvinienė, Vengrienė 2005);
- Visuma paslaugos savybių, leidžiančių tenkinti išreikštus ir numatomus klientų norus (Žalimienė, 2003).

Taigi galima teigti, kad kokybė suvokiama kaip produkto ar paslaugos trūkumų nebuvimas, vartotojo lūkesčių ir norų atitikimas (Brazienė, Merkys 2015, 105).

V. Dikavičius ir V. Stoškus mano, kad kokybė yra charakteristika, kuri duotu laiko periodu santykinai tenkina vartotojo poreikius ar pralenkia kai kurių iš jų lūkesčius dėl jų neviseiško žinojimo.

Taip pat autoriai pabrėžia, kad kokybės apibrėžimas gali būti tik filosofinis, nes kokybė yra susieta su žmogaus noru pasiekti tobulumo viršūnę (Stoškus, Dikavičius, 2003).

Mokslininkai Rhee ir Rha skiria keturis pagrindinius viešųjų paslaugų kokybės elementus:

1. Proceso kokybę,
2. rezultatų kokybę,
3. konstrukcijos kokybę,
4. santykių kokybę.

Mokslinėje literatūroje yra įvardijami tokie paslaugų kokybės vertinimo kriterijai (N. Langvinienė ir B. Vengrienė (2005), L. Bagdonienė ir R. Hopenienė (2009), L.L Berry ir A. Parasuraman ir kt. (1994) ir kt.):

- Patikimumas;
- Profesionalumas ir įgūdžiai (kompetentingumas);
- Prieinamumas ir lankstumas;
- Požiūris ir elgsena;
- Klaidų taisymas;
- Vartotojo pažinimas;
- Apčiuopiamumas, akivaizdumas.

Paslaugų tiekėjai negali vertinti paslaugos tik iš savo požiūrio perspektyvos ir vadovautis savais kokybės apibrėžimais. Kad kokybė būtų įvertinta, paslaugų tiekėjas ir vartotojas yra neatsiejami vienas nuo kito. Paslaugų kokybės suvokimas iš tiekėjų pusės negali būti atskirtas nuo vartotojo požiūrio. L. L. Berry (1995) nuomone, pagrindinis vaidmuo vertinant paslaugų kokybę turėtų tekti vartotojui. Vartotojų pasitenkinimas paslaugomis yra vienas iš paslaugų kokybės indikatorių (Ayton, 2007, cit. iš Diržytė, ir Patapas 2013, 558). Viešojo sektoriaus įmonėms yra svarbu išsiaiškinti vartotojų pasitenkinimo lygį, nes jis gali „atspindėti paslaugų kokybę (Turchik, 2010), pačios organizacijos valdymo efektyvumą (Hao, 2012), taip pat nuo jo gali priklausyti piliečių pasitikėjimas viešuoju sektoriumi“ (ten pat).

Viešųjų paslaugų kokybės vertinime skiriamos dvi sudedamosios dalys – kokybės vertinimo parengimas ir įgyvendinimas. Kokybės vertinimo parengimas yra apibrėžiamas kaip vertinimo sistemos pagrindinių elementų sukūrimas ir jų tarpusavio ryšių nustatymas. Paslaugų kokybės vertinimo įgyvendinimas apima tai, kaip vertinimo informacija yra panaudojama organizacijoje.

Lietuvos Respublikos Vidaus reikalų ministro įsakyme „Dėl viešųjų paslaugų vartotojų pasitenkinimo indekso apskaičiavimo metodikos patvirtinimo“ (2009/Nr. 1V-339) pateikiami 5 paslaugų kokybės vertinimo etapai:

1. Planavimas ir situacijos įvertinimas;
2. Tyrimo organizavimas ir vykdymas;

3. Tyrimo rezultatų analizė;
4. Tyrimo rezultatų sklaida;
5. Tobulinimo veiksmų įgyvendinimas.

Viešasis sektorius, kuris teikia paslaugas didžiajai visuomenės daliai, siekdamas išlaikyti konkurenciją ir savo klientus, privalo kelti sau naujus tikslus ir uždavinius, kurie patobulintų ne tik pasenusius, neefektyvius kokybės valdymo metodus, bet patenkintų vartotojų poreikius (Patapas, Žilionytė 2016, 206).

Apibendrinant galima teigti, kad kokybė yra viena iš svarbiausių paslaugos teikimo elementų. Kokybė yra plati ir įvairialypė sąvoka. Tačiau ją galima apibrėžti kaip produkto ar paslaugos trūkumų nebuvimas, vartotojo lūkesčių ir norų atitikimas. Mokslinėje literatūroje kaip pagrindiniai kokybės vertinimo kriterijai yra išskiriamas patikimumas; profesionalumas ir įgūdžiai; prieinamumas ir lankstumas; požiūris ir elgsena; klaidų taisymas; vartotojo pažinimas; apčiuopiamumas, akivaizdumas. Tam, kad kokybė būtų įvertinta, paslaugų tiekėjas ir vartotojas yra neatskiriami vienas nuo kito, todėl vertinant kokybę neužtrenka tik tiekėjų požiūrio.

1.4. Viešųjų paslaugų kokybės vertinimo modeliai

Viešojo sektoriaus organizacijos siekia geresnės viešųjų paslaugų kokybės ir efektyvesnio jų teikimo vartotojams. Tam tikslui pasiekti, organizacijos taiko įvairius kokybės valdymo metodus, modelius bei sistemas (Patapas, ir Žilionytė 2016, 211). Kokybės vadybos modelių ir metodų skaičius yra gana platus. Jų pasirinkimas gali priklausyti nuo organizacijos pobūdžio, teikiamų paslaugų specifikos, kokybės supratimo pačioje įstaigoje, orientacijos į produktą, vartotoją ir nuo to, kokių rezultatų norima pasiekti diegiant atitinkamą sistemą (ten pat). Kokybės valdymas į rinką orientuotoms įstaigoms padeda didinti konkurencingumą, o viešosiose įstaigose užtikrinamas vartotojų lūkesčių tenkinimas (Pociūtė 2002, 18).

Viešąsias paslaugas teikiančios įmonės taiko įvairius kokybės vadybos metodus, sistemas bei modelius, tokius kaip, Bendrojo vertinimo modelis (BVM), Europos kokybės vadybos fondo tobulumo modelis (EKVF), Subalansuotų rodiklių sistema (BSC), „Vieno langelio“ principas ir ISO 9000 serijos standartai.

Bendrojo vertinimo modelis (BVM). Šis modelis sudarytas už viešąjį administravimą atsakingų Europos Sąjungos valdininkų. Modelį sudariusios ekspertų darbo grupės tikslas yra skatinti keitimąsi valdymo naujovėmis ir bendradarbiauti ES tobulinant viešųjų paslaugų teikimą. Bendrojo vertinimo modelis skirtas būtent viešojo sektoriaus institucijoms (Išoraitė 2008, 39). Šis modelis paremtas veiklos tobulinimu taikant įsivertinimo (savianalizės) metodologiją. „Įsivertinimas paprastai yra siejamas su organizacijoje stebimų sąlygų, pokyčių, siekių ir jų rezultatų bei procesų aprašymu, visapusiška analize,

įvertinimu bei koregavimo ir tobulinimo veiksmų numatymu.“ (Lukauskienė, ir Ruževičius 2013, 91). Įsivertinimas skatina organizacijos veiklos kokybės gerinimo pokyčius.

Šis modelis leidžia (Ruževičius 2007; Ruževičius, ir kt. 2008, cit. iš Lukauskienė, ir Ruževičius 2013, 92):

- Identifikuoti organizacijos stipriąsias ir tobulintinas sritis pagal kiekvieną modelio subkriterijų;
- Nustatyti ir suderinti veiklos ar procesų sugretinimo požiūrius ar matavimo vienetus (angl. „benchmarking“);
- Įvertinti veiklą pagal kiekvieną kriterijų ir subkriterijų balais, kurie yra suprantami bei gali būti palyginami tarptautiniu mastu;
- Įvertinti organizacijos (ar jos padalinio) visos veiklos kokybės lygį balais, kuris jau gali būti sugretinamas ir palyginamas tiek tarptautiniu mastu, tiek ir tarp skirtingų institucijų šalies viduje balais;
- Sugretinti ir palyginti tarpusavyje organizacijos atskirų padalinių veiklos kokybės lygį.

Šio modelio taikymo pranašumas yra galimybė palyginti vertinimo rezultatus su kitomis įstaigomis. Kiekviena organizacija turi iškelti savo unikalius tikslus, kuriuos ji tikisi pasiekti įdiegusi modelį. Būtent individualių kiekvienos organizacijos tikslų nustatymas padėtų padidinti modelio pritaikomumą ir veiksmingumą. Taigi pagrindinė modelio paskirtis yra veiklos tobulinimas ir gerinimas.

Remiantis šiuo modeliu, organizacijos veiklos sritys yra vertinamos pagal 9 veiklos kokybės kriterijų grupes ir remiasi „<...> nuolatinio tobulinimu, inovacijomis, mokymusi iš organizacijų-lyderių bei savo organizacijos kitų padalinių patirties ir yra orientuotas į organizacijos bendruomenės ir išorės klientų (suinteresuotų šalių) poreikių tenkinimą.“ (Lukauskienė, ir Ruževičius 2013, 95). Pirmieji penki kriterijai (vadovų veikla, žmonės, strategija ir planavimas, partnerystės ir ištekliai, procesai) yra skirti organizacijos galimybių analizei. Likusieji keturi kriterijai (į žmones orientuoti rezultatai, į piliečius/klientus orientuoti rezultatai, poveikis visuomenei, pagrindinės veiklos rezultatai) apibūdina organizacijos veiklos rezultatus.

Europos kokybės vadybos fondo tobulumo modelis (EKVF) – šis modelis pateiktas XX a. aštuntajame dešimtmetyje mokslininkų T. J. Peters ir R. H. Waterman. „EKVF organizacijos tikslas – sukurti Europoje sistemą, kuri padėtų europietiškomis organizacijoms didinti konkurencines galimybes, efektyviai pritaikant bendruosius produktų gamybos procesų ir paslaugų kokybės valdymo ir gerinimo metodus, į veiklos gerinimą įtraukiant visus organizacijos darbuotojus“ (Patapas, ir Žilionytė 2016, 211).

Šis modelis yra savęs įsivertinimo modelis. EFQM remiasi aštuoniais principais: orientacija į rezultatus, dėmesiu vartotojams, vadovavimu ir tikslo pastovumu, valdymu orientuojantis į procesus ir remiantis faktais, žmonių ugdymu ir įtraukimu, nepertraukiamu mokymu ir veiklos tobulinimu, bendradarbiavimo plėtojimu, atsakomybe visuomenei.

P. Samuelson ir L. E. Nilsson (2002) išskiria tokius organizacijos galimybių vertinimo kriterijus:

- Požiūrio pripažinimas – ar vertybės visuotinai pripažįstamos, kokie to įrodymai;
- Sistemiškumas, prevencija – kiek sistemiškai ir kur, kai reikia, prevenciškai yra pritaikomas kokybės vadybos požiūris;
- Analizė – kaip analizuojamas požiūrio įgyvendinimo efektyvumas, kaip vykdomas gerinimas;
- Integracija – kiek integruotas požiūris į organizacijos veiklos procesus;
- Paplitimas – kokiose veiklos srityse požiūris taikomas.

Organizacijos rezultatai vertinami pagal:

- Tendencijas – ar veiklos rezultatai gerėjo;
- Tikslų įgyvendinimą – ar jie buvo planuojami, ar planuoti rezultatai buvo pasiekti;
- Palyginimą su išorės įmonėmis – ar įmonės pasiekti rezultatai buvo lyginami su kitais, kiek jie pažangūs, lyginant su kitomis įmonėmis;
- Įmonės galimybių naudojimą – kiek įmonė išnaudojo savo galimybes siekdama veiklos rezultatų.

Subalansuotų rodiklių sistema (BSC) – Subalansuotų rodiklių sąvokos pradininkai – Robertas S. Kaplanas ir Davidas P. Nortonas (1992) (Patapas, ir Žilionytė 2016, 211). Ši sistema yra plačiai paplitusi ir apima rezultatų matavimus, taip pat ir vartotojų pasitenkinimą, vidinius procesus bei organizacijos augimą ir pagrįsta prielaida, jog matavimai motyvuoja.

Subalansuotų rodiklių modelis padeda organizacijoms integruoti strateginio valdymo ir kokybės vertinimo sistemas, organizacijų strategijas susiejant su operaciniais veiklos planais, o veiklos rezultatus – su organizacijų tikslais ir uždaviniais, nustatant priežastinius ryšius tarp įvairių tikslų ir uždavinių.

Ši sistema apima keturias perspektyvas: finansinė perspektyva (pelno didinimas, akcijų didinimas), klientų perspektyva (klientų pasitenkinimo didinimas), vidaus procesų perspektyva (gamybos ciklo trumpinimas, naujų produktų kūrimas) bei tobulėjimo ir plėtros perspektyva (darbuotojų tobulinimo įgūdžiai, asmeninių darbuotojų tikslų derinimas). „Finansų ir klientų perspektyvos atspindi jau pasiektus mūsų veiklos rezultatus, taigi galima teigti, kad šie du požiūriai atspindi kompanijos praeitį, vidiniai procesai yra kompanijos esama veikla ir atspindi dabartį, o tobulėjimo ir plėtros perspektyva susijusi su mūsų galimybėmis ir potencialu, taigi atspindi organizacijos ateitį.“ (Sudnickas 2005, 39–40).

Apibrėžus kompanijos viziją ir misiją, suformavus jos strategiją, ir išskyrus svarbiausius sėkmės veiksnius, juose turėtų atsispindėti kiekviena perspektyva, kurioje nurodomas siekis, rodiklis, leidžiantis išmatuoti pažangą, siekiamas rezultatas (reikšmė, kurią turėtų įgauti rodiklis) ir iniciatyva (konkrečių veiksmų programa siekiamas įgyvendinti).

Subalansuotų rodiklių sistema remiasi keturiais vadybos procesais (Sudnickas 2005, 40):

1. Strategijos tikslinimas ir jos „pavertimas“ konkrečių veiksmų programa.
2. Strateginių tikslų siejimas su matavimais ir jų komunikavimas visų organizacijos lygių darbuotojams.
3. Konkrečių siekiamų tikslų reikšmių nustatymas ir iniciatyvų jiems pasiekti suderinimas skirtingais organizacijos lygiais.
4. Strategijos vykdymo grįžtamojo ryšio stiprinimas.

Svarbu pabrėžti, kad šis modelis netaikomas viešajame sektoriuje dėl viešo sektoriaus organizacijos prigimties: ji yra orientuota į misiją, o verslo įmonių pagrindinis siekis yra pelno gavimas ir didinimas. Taigi šis modelis taikomas pelno siekiančiose įmonėse, o viešosiose institucijose šis modelis yra modifikuojamas.

„Vieno langelio“ principas – „Vieno langelio“ principo atsiradimo priežastis ir paskirtis – „palengvinti žmonių rūpesčių našta, tvarkant reikalus institucijose, sumažinti vaikščiojimų skaičių, renkant sprendimui priimti ir paslaugai suteikti reikalingą informaciją ir dokumentus, suteikti asmeniui galimybę pačiam prižiūrėti prašymo ar skundo nagrinėjimą“ (Krutinytė, Ščepkauskaitė 2012, 178).

„Vienas langelis“ apibūdina veiklos subjektą (instituciją, padalinį, darbuotoją), kuris suteikia asmeniui paslaugą vienoje darbo vietoje, o paprastai paslauga būtų suteikiama per kelis administravimo subjektus arba kelias darbo vietas. Paslaugos teikimo, gavimo vienoje darbo vietoje koncepcija tampa ypač naudinga tada, kai su prašymo arba skundo nagrinėjimu susiję dokumentai ir informacija gaunami skirtingose institucijose arba tos pačios institucijos skirtinguose padaliniuose, kai asmeniui tektų sunaudoti nemažai energijos ir laiko, kad juos gautų ir pristatytų prašymą nagrinėjančiai institucijai.

ISO 9000 serijos standartai – pirmieji ISO 9000 serijos standartai buvo išleisti 1987 m. Šie standartai yra pripažįstami pasauliniu mastu ir yra taikomi įvairioms organizacijoms. Jų tikslas yra užtikrinti, kad teikiamos paslaugos arba produktai atitiktų tam tikrus kokybės reikalavimus. Jie turėtų „rekomenduoti organizacijai, kaip turi būti sukurta rezultatyvi kokybės vadybos sistema, kuri funkcionuodama skatintų tą organizaciją nuolat tobulėti“ (Senčila, ir Skiparienė 2007, 54). Šie standartai yra taikomi įvairioms organizacijoms. Sukurta kokybės vadybos sistema, pagrįsta aiškiais ir dalykiškais procesą sudarančių procedūrų reikalavimais, išdėstytais dokumentuose (Patapas, ir Žilionytė 2016, 212).

Kokybės valdymo sistemos kūrimas orientuotas į procesų vertinimą pagal jų sugebėjimą siekti kokybės tikslų ir mažiau atkreipti dėmesį į dokumentaciją (Pociūtė 2002,21). Kokybės valdymo sistema registruojama tarptautiniam kokybės sertifikatui gauti. Auditoriai nuolatos sistemą tikrina, prižiūri ir vertina. Profesionalus auditas yra veiksminga priemonė kokybės sistemai tobulinti ir veiklai gerinti (Pociūtė 2002,21).

Nitin Seth ir S.G. Deshmukh (2004) aptaria 19 paslaugų kokybės modelių:

1. **Techninis ir funkcinis kokybės modelis** (angl. Technical and functional quality model) (Groenroos, 1984).

Techninė (išorinė) kokybė yra gautos paslaugos rezultatas – tai, ką klientas gauna paslaugos vartojimo metu. Techninė kokybė negarantuoja klientui, jog gauta paslauga bus geros kokybės.

Funkcinė (procesų) kokybė yra suteikimo techninės kokybės būdas. Tai svarbus rodiklis, darantis įtaką vartotojo nuomonei apie gautą paslaugą.

Įvaizdis apie paslaugų kokybę yra labai svarbus paslaugų vartotojui ir turi lemiamą reikšmę paslaugos kokybės vertinimui. „Techninė ir funkcinė kokybė, gauta ir suvokta vartotojo, remiantis jo susiformuotu įvaizdžiu apie paslaugą, suformuoja vartotojo patirtą kokybę.“ (Langvinienė, ir Vengrienė (2005, 76).

Vartotojo patirtos kokybės dimensijos yra dvi: kas pateikiama ir kaip pateikiama.

Tikrieji vartotojų poreikiai ir lūkesčiai vadinami *laukiama kokybe*. Tai kokybė, kokios vartotojai tikisi iš produkto. Vartotojams svarbūs tokie paslaugų ir produktų požymiai kaip atitiktis, patikimumas, prieinamumas, pristatymo kokybė ir kt.

Paslaugų teikėjai išsiaiškina poreikius bei lūkesčius ir paverčia juos produkto ir paslaugos specifikacijomis – *planuojama kokybė*.

Tikroji kokybė yra produktų ir paslaugų sukūrimo, jų modifikavimo rezultatas ir tai, kas ir kaip pristatoma vartotojui (Šaulinskas, Tilvytienė 2013, 153).

2. Spragų modelis (angl. GAP model) (Parasuraman et al., 1985).

Šio modelio autoriai sukūrė paslaugų kokybės modelį, kuris paremtas spragų analize. Anot jų, kokybę formuoja vartotojas ir paslaugų teikėjas. Atsižvelgiant į tai, autoriai įvardija 5 galimas spragas:

1. Spraga tarp vartotojų lūkesčių ir vadovybės suvokimo.

Ši spraga atsiranda dėl to, kad vadovybė ne visada žino klientų lūkesčius, todėl jiems sunku numatyti, kokie veiksniai, klientų nuomone, sudaro kokybiškas paslaugas. Taip pat ši spraga gali atsirasti tada, kai neteisingai parenkami svarbumo veiksniai. Tokia situacija gali nutikti, kai vadovybė, neatsižvelgusi į klientų nuomonę ar netgi nepasidomėjusi jų nuomone, pati nusprendžia, kurie paslaugų kokybės veiksniai yra svarbiausi.

2. Spraga tarp vadovybės suvokimo ir paslaugų kokybės standartų.

Pirmiausia, svarbu įvertinti klientų lūkesčius, kad jie galėtų būti nustatomi kaip paslaugų kokybės standartai. Tam, kad šios spragos mastas būtų kuo mažesnis, vadovybė privalo įsitraukti į paslaugų kokybės problemą ir ieškoti tinkamų sprendimo būdų. Taip pat svarbu nustatyti tikslus, standartizuoti uždavinius ir suvokti galimybes. Tačiau vadovybei supratus rinkos poreikius, gali iškilti ir problema įgyvendinimo procese – įstaiga žino klientų lūkesčius, tačiau negali jų patenkinti.

3. Spraga tarp paslaugų kokybės standartų ir paslaugų teikimo.

Ši spraga apima tokius veiksnius:

- Komandinis darbas – įtaka tam tikram asmeninio darbuotojų įsitraukimo laipsniui.
- Darbuotojo prisitaikymas prie savo darbo – gebėjimas atlikti savo darbą.

- Technologijų derinimas – įrangos pritaikymas darbui atlikti.
 - Kontrolės suvokimas – darbuotojo atsakomybė už atliktą darbą.
 - Priežiūros ir kontrolės sistema – darbuotojų įvertinimas ne tik savo emocingumo, bet taip pat apie tai, kaip buvo atliktas darbas.
 - Konflikto vaidmuo – konflikto tarp kliento lūkesčių ir organizacijos lūkesčių pripažinimas.
 - Dviprasmiškumas – tikslų ir lūkesčių suvokimo vienodumas.
4. Spraga tarp teikiamos paslaugos ir išorinės komunikacijos.

Išorinė komunikacija daro įtaką suvokimui apie tai, kaip paslauga yra teikiama. Įstaigų darbą klientai vertina pagal šeimos, draugų, artimųjų nuomonę, atsiliepiamus ar reklamas. Už marketingą atsakingi organizacijos darbuotojai taip pat atsako ir už išorinės komunikacijos trūkumus.

5. Spraga tarp gautų ir lauktų paslaugų.

Penktoji spraga apima visas prieš tai paminėtas spragas. Tai yra likusių spragų rezultatas. Ši spraga, kuri nurodo skirtumą tarp suvoktos kokybės ir kliento laukiamos kokybės, naujausiuose tyrimuose buvo tiriama naudojant SERVQUAL metodiką.

3. Atributinis paslaugų kokybės modelis (angl. Attribute service quality model) (Haywood-Farmer, 1988).

Šio modelio pagrindinė idėja ta, kad organizacijos teikiamų paslaugų kokybė yra aukšta, jei ji atitinka klientų pageidavimus ir lūkesčius. Atsižvelgiant į tai, pirmas žingsnis kuriant paslaugų kokybės modelį yra atributų skirstymas į įvairias grupes. Paslaugos turi tris atributus: fiziniai įrenginiai ir procesai (vieta, išdėstymas, dydis, įrenginio patikimumas, proceso eiga, pajėgumų balansas, savalaikiškumas, siūlomų paslaugų greitis, komunikacija), žmonių elgesys (savalaikiškumas, komunikacijos greitis (verbalinė, neverbalinė), mandagumas, šiluma, draugiškumas, etiketas, požiūris, balso tonas, apranga, tvarkingumas, mandagumas, dėmesingumas, numatymas, problemų sprendimas) ir profesiniai sprendimai (diagnozė, kompetencija, konsultacija, naujovių diegimas, atvirumas, konfidencialumas, lankstumas, diskretiškumas, išmanymas). Kiekvienas atributas susideda iš kelių veiksmų. Per daug kreipiant dėmesį į kurį nors vieną elementą, nukenčia paslaugos kokybė.

Šiame modelyje autorius bandė atvaizduoti skirtingus paslaugų nustatymų tipus pagal kontakto ir sąveikos laipsnį, darbo intensyvumo laipsnį ir paslaugų pritaikymo laipsnį. Pavyzdžiui, paslaugos, kurios yra žemos klientų kontaktų pritaikymo ir darbo intensyvumo požiūriu (komunalinės paslaugos, prekių pervežimas ir pan.), yra artimesnės fizinių įrenginių proceso atributui. Taigi šiuo atveju, reikia užtikrinti, kad klientas įranga būtų patikima ir lengvai naudojama.

4. Sintezuotas paslaugų kokybės modelis (angl. Synthesised model of service quality) (Brogowicz et al., 1990).

Paslaugos kokybės spraga gali atsirasti ne tik tada, kai vartotojas dar nėra patyręs paslaugos, bet ir tada, kai jis apie ją yra sužinojęs iš kitų žmonių (iš lūpų į lūpas perduodama informacija) ar per žiniasklaidos priemones. Šio modelio tikslas – nustatyti dimensijas, susijusias su paslaugų kokybe tradicinėje vadybinėje planavimo, įgyvendinimo ir kontrolės sistemoje. Paslaugų kokybės modelyje atsižvelgiama į tris veiksnius: įmonės įvaizdį, išorės įtaką ir tradicinės rinkodaros veiklą kaip veiksnį, kuris daro įtaką techniniams ir funkciniais kokybės lūkesčiams.

5. Našumo modelis (angl. Performance only model) (Cronin and Taylor, 1992).

Autoriai tyrė paslaugų kokybės sampratą ir matavimus bei ryšį su vartotojų pasitenkinimu ir pirkimo ketinimais. Jie palygino apskaičiuotus skirtumo balus su suvokimu, kad padarytų išvadą, jog geresnis paslaugų kokybės pranašumas yra suvokimas.

Jie diskutavo su A. Parasuramanu ir kt. (1985) kalbant apie paslaugų kokybės konceptualizavimą, matavimą ir išplėtotą našumą, tik paslaugų kokybės matavimas vadinamas SERVPERF, atkreipiant dėmesį į tai, kad paslaugų kokybė yra vartotojo požiūrio forma, o vienintelis paslaugų kokybės matas yra patobulinta paslaugų kokybės matavimo priemonė. Jie teigė, kad SERVQUAL painioja pasitenkinimą ir požiūrį. Pasak autorių, paslaugų kokybė gali būti suvokiama kaip „panaši į požiūrį“ ir gali būti operatyvizuota adekvatumo-svarbos modeliu. Pirmiausia jie tvirtina, kad našumas, o ne našumas-lūkestis lemia paslaugų kokybę.

6. Idealios vertės paslaugų kokybės modelis (angl. Ideal value model of service quality) (Mattsson, 1992).

Šis vertybėmis pagrįstas paslaugų kokybės modelis siūlo naudoti suvokiamą idealų standartą, su kuriuo lyginama patirtis. Numanomas neigiamas nepatvirtinimas iš anksto sąmoningu vertybių lygmeniu iškeliamas siekiant nustatyti pasitenkinimą „aukštesniu“ požiūrio lygiu. Šis neigiamas nepatvirtinimas yra pagrindinis vartotojų pasitenkinimo veiksnys, todėl daugiau dėmesio reikėtų skirti pažintiniams procesams, kurių metu formuojasi ir keičiasi vartotojų paslaugų sampratos.

7. Įvertintas veiklos ir normatyvinis kokybės modelis (angl. Evaluated performance and normed quality model) (Teas, 1993).

Autoriaus nuomone, įprastinis nepatvirtinimo modelis turi konceptualių, teorinių ir matavimo spragų. Jis atkreipė dėmesį, kad paslaugų kokybės matavimo problemos, t.y., SERVQUAL (Parasuramanas ir kt., 1988), yra šios: konceptualaus apibrėžimo dviprasmiškumas; teorinis lūkesčių pagrindimas paslaugų kokybės matavime; tikimybės specifikacijos naudingumas vertinant našumą; ir ryšys tarp paslaugų kokybės ir vartotojų pasitenkinimo / nepasitenkinimo. Autorius pasiūlė dvi paslaugų kokybės sistemas:

1. Įvertintų veiklos rezultatų sistema (angl. Evaluated performance (EP) framework).
2. Normuotos kokybės modelis (angl. Normed quality model).

8. IT derinimo modelis (angl. IT alignment model) (Berkley and Gupta, 1994).

Investicijos į informacinių technologijų (IT) sektorių paprastai yra skirtos produktyvumo ir efektyvumo didinimui skiriant šiek tiek dėmesio klientų aptarnavimo gerinimui ir ilgalaikiam klientų efektyvumui. Šis modelis susieja paslaugą ir organizacijos informacines strategijas. Jame aprašomas IT naudojimas paslaugų kokybei gerinti pasitelkiant daugybę atvejų tyrimų iš įvairių sektorių (bankų, kurjerių, transporto, gamybos ir paslaugų pramonės).

Šiame modelyje išsamiai aprašoma, kur IT buvo panaudotos arba galėtų būti panaudotos siekiant pagerinti konkrečius paslaugų kokybės aspektus, įskaitant patikimumą, reagavimą, kompetenciją, prieigą, ryšius, saugumą, klientų supratimą ir pažinimą. Svarbu, kad paslaugų kokybės ir informacinių sistemų strategijos būtų glaudžiai koordinuojamos ir suderintos.

9. Atributo ir bendro poveikio modelis (angl. Attribute and overall affect model) (Dabholkar, 1996).

Šio modelio autorius pasiūlė du alternatyvius paslaugų kokybės modelius technologijomis pagrįstoms savitarnos galimybėms. Savitarna kasdien populiarėja dėl didelių darbo sąnaudų teikiant paslaugas.

Šiame modelyje yra kreipimas dėmesys į vartotojų lūkesčius. Jis pagrįstas kognityviniu požiūriu į sprendimų priėmimą, kai vartotojai naudotų kompensacinį procesą, kad įvertintų požymius, susijusius su technologijomis pagrįsta savitarnos galimybe, kad susidarytų lūkesčius dėl paslaugų kokybės.

Bendras poveikio modelis yra pagrįstas vartotojų požiūriais į technologijų naudojimą. Jis pagrįstas afektiniu požiūriu į sprendimų priėmimą, kai vartotojai naudojami bendrais polinkiais, kad išsikeltų lūkesčius dėl savitarnos kokybės technologijomis pagrįsto savitarnos pasirinkimo.

Abiejuose modeliuose numatoma paslaugų kokybė turėtų įtakos ketinimui naudotis technologijomis pagrįsta savitarnos galimybe.

10. Suvoktos paslaugų kokybės ir pasitenkinimo modelis (angl. Model of perceived service quality and satisfaction) (Spreng and Mackoy, 1996).

Šiuo modeliu siekiama pagerinti supratimą apie suvoktą paslaugų kokybę ir vartotojų pasitenkinimą. Modelis išryškina lūkesčių, suvoktų veiklos norų, pageidaujamo sutapimo ir lūkesčių nepasitvirtinimo poveikį bendrai paslaugų kokybei ir klientų pasitenkinimui.

Tai matuojama pagal dešimties konsultavimo atributų rinkinį (patogumas susitarti, personalo draugiškumas, patarėjas išklaušė mano klausimus, patarėjas pateikė tikslią informaciją, patarėjo žinios, patarimai buvo nuoseklūs, patarėjas padėjo ilgam, patarėjas padėjo pasirinkti tinkamus kursus karjerai, patarėjas domėjosi asmeniniu gyvenimu, o įstaigos buvo profesionalios).

11. PCP savybių modelis (angl. PCP attribute model) (Philip ir Hazlett, 1997).

Autoriai siūlo hierarchinės struktūros modelį, pagrįstą trimis pagrindinėmis savybių grupėmis (PCP):

- pagrindine (angl. pivotal),
- centrine (angl. core),
- periferine (angl. peripheral).

Pagrindinės savybės yra lemiančios vartotojo sprendimą apsilankyti tam tikroje organizacijoje. Šios savybės daro didžiausią įtaką vartotojo pasitenkinimo lygiui. Jos apibrėžiamos kaip „galutinis produktas“ arba „produkcija“. Kitaip tariant, ką vartotojas tikisi pasiekti ir gauti arba „išsinešti“, kai paslaugos procesas bus tinkamai užbaigtas.

Centrinės arba šerdinės savybės apibūdinamos kaip žmonių, procesų ir paslaugų organizacinės struktūros sujungimas, per kurį vartotojai turi bendrauti ir (arba) derėtis, kad galėtų pasiekti / gauti pagrindines savybes.

Periferiniai požymiai apibrėžiam kaip „atsitiktiniai priedai“ arba smulkmenos, kurios suteikia vartotojui papildomą malonumą.

Šiame modelyje svarbu yra tai, kad vartotojas bus patenkintas, jei pagrindinės savybės bus įgyvendinamos. Tačiau svarbu paminėti, jeigu paslauga bus vartojama vis dažniau, svarbios gali tapti ir centrinės, ir periferinės savybės.

12. Mažmeninių paslaugų ir suvoktos kokybės modelis (angl. Retail service quality and perceived value model) (Sweeney et al., 1997).

Paslaugos kokybės vertės įtaka ir noras pirkti konkrečią paslaugą susiduria su dviem alternatyviais modeliais. Vertė gali būti apibrėžta kaip palyginimas tarp to, ką vartotojai gauna ir to, ką jie duoda. Šiame modelyje naudojamas vertės supratimas apibrėžiamas kaip „vertė už pinigus“.

1 modelis. Šis modelis pabrėžia, kad produkto kokybės ir kainos suvokimas, funkcinės ir techninės paslaugų kokybės suvokimas tiesiogiai daro įtaką vertės suvokimui.

2 modelis. Šis modelis pabrėžia, kad funkcinės paslaugų kokybės suvokimas tiesiogiai veikia vartotojų norą pirkti. Funkcinės paslaugos kokybės suvokimas taip pat turi įtakos techninių paslaugų kokybės suvokimui, o tai daro įtaką produkto kokybės suvokimui ir nė vienas iš šių dviejų tiesiogiai nedaro įtakos vertės suvokimui.

13. Paslaugų kokybės, vartotojo suvoktos vertės ir pasitenkinimo modelis (angl. Service quality, customer value and customer satisfaction model) (Oh, 1999).

Šio modelio autorius pateikė integruotą paslaugų kokybės, vartojimo vertės ir vartotojo pasitenkinimo modelį. Modelis daugiausia orientuotas į popirkiminį sprendimo priėmimo procesą.

Modelis apima pagrindinius kintamuosius, tokius kaip suvokimas, paslaugų kokybė, vartotojų pasitenkinimas, vartojimo vertė ir pakartotinio pirkimo ar vartojimo intencija.

Vartotojo suvokta vertė atlieka svarbų vaidmenį priimant sprendimus po pirkimo ar paslaugos vartojimo. Rezultatai taip pat rodo, kad suvokiama kaina turi neigiamą įtaką suvokiamai vertei ir neturi jokio ryšio su suvokta paslaugų kokybe.

14. Antecedentai ir tarpininko modelis (angl. Antecedents and mediator model) (Dabholkar et al., 2000).

Šis modelis nagrinėja konceptualius paslaugų kokybės klausimus, tokius kaip: svarbūs veiksniai, susiję su paslaugų kokybe, geriau suvokiami kaip komponentai arba pirmtakai, ir klientų pasitenkinimas.

15. Vidinis paslaugų kokybės modelis (angl. Internal service quality model) (Frost and Kumar, 2000).

Autoriai sukūrė vidinį paslaugų kokybės modelį, pagrįstą spragų modelio koncepcija (Parasuramanas ir kt., 1985). Modelis įvertino dimensijas ir jų ryšius, lemiančius paslaugų kokybę tarp vidinių klientų (pirminio personalo) ir vidinių tiekėjų (pagalbinio personalo) didelėje paslaugų organizacijoje.

16. Vidinės paslaugų kokybės DEA modelis (angl. Internal service quality DEA model) (Soteriou and Stavrinides, 2000).

Autoriai pristatė paslaugų kokybės modelį, pagal kurį galima pateikti nurodymus banko skyriui, kaip optimaliai panaudoti savo išteklius. Modelis nesiekia plėtoti paslaugų kokybės priemonių, o nurodo, kaip tokias priemones galima įtraukti į paslaugų kokybės gerinimą. Modelis nurodo išteklius, kurie nėra tinkamai panaudoti. Modelio įvestis susideda iš dviejų rinkinių: sunaudojamų išteklių, tokių kaip personalas, erdvė, laikas ir kt., ir sąskaitų skaičius skirtingose kategorijose. Modelio rezultatas – personalo suvokiamas paslaugų kokybės lygis.

DEA modelis nustato prastus rezultatus ir siūlo būdus, kaip juos tobulinti.

17. Internetinės bankininkystės modelis (angl. Internet banking model) (Broderick and Vachirapornpuk, 2002).

Vienas iš pagrindinių interneto, kaip paslaugų teikimo būdų, iššūkių yra tai, kaip paslaugų įmonės gali valdyti paslaugų kokybę, nes nuotolinės paslaugos iš esmės keičia klientų sąveiką ir elgesį.

Interneto kontekste išskiriami penki paslaugų kokybei įtaką darantys elementai: klientų lūkesčiai dėl paslaugos; paslaugų organizacijos įvaizdis ir reputacija; paslaugos nustatymo aspektai; faktinis aptarnavimas ir klientų dalyvavimas.

18. IT pagrįstas modelis (angl. IT-based model) (Zhu ir kt., 2002).

Šis modelis pabrėžia informacinėmis technologijomis (IT) pagrįstų paslaugų pasirinkimo svarbą. Paslaugų teikėjai naudoja IT siekdami sumažinti išlaidas ir kurti pridėtinės vertės paslaugas savo

klientams. Autoriai siūlo paslaugų kokybės modelį, kuris susieja klientų suvokiamas IT pagrįstas paslaugų galimybes su tradicinėmis paslaugų savybėmis.

Šiuo modeliu bandoma ištirti ryšį tarp IT pagrįstų paslaugų ir klientų suvokimo apie paslaugų kokybę.

IT pagrindu sukurta paslaugų konstrukcija siejama su paslaugų kokybe kaip ir SERVQUAL (Parasuramanas ir kt., 1988, 1991).

19. Elektroninių paslaugų kokybės modelis (angl. Model of e-service quality) (Santos, 2003).

Modelio autorius pateikia e-paslaugų kokybės koncepcinį modelį su ją lemiančiais veiksniais. Anot jo, elektroninių paslaugų kokybė turi uždara (tinkamas tinklalapio dizainas, kaip technologijos panaudojamos, kad vartotojams būtų lengviau pasiekti, suprasti ir lankytis tinklalapyje) ir aktyvią dimensijas (geras palaikymas, greita, atidi priežiūra), kad padidėtų lankstumas ir klientų išlaikymas.

Šis modelis yra naudingas toms įmonėms, kurios teikia elektronines paslaugas.

SERVQUAL modelis

Rinkodaros akademikų A. Parasuraman, V. A. Zeithaml ir L. L. Berry pateikta kokybės matavimo interpretacija mokslinėje literatūroje yra laikoma SERVQUAL metodika. Šis kokybės vertinimo metodas apima dešimt kriterijų (apčiuopiamus elementus, patikimumą, reaktyvumą, kompetenciją, mandagumą, pasitikėjimą, saugumą, prieigos patogumą, bendravimą, klientų supratimą). Modelis negali būti vienodai taikomas visoms paslaugoms vertinti, kiekvieno kriterijaus vertinimas stipriai priklauso nuo paslaugos pobūdžio, be to, galima kai kurių kriterijų tarpusavio koreliacija (Guseva 2010, 101). Tačiau šis metodas yra gana plačiai naudojamas.

Ši metodika paremta dviem principais (Hartikainen 2005):

- paslaugų kokybė gali būti suskirstyta į dimensijas;
- paslaugų kokybė gali būti apibrėžiama kaip lūkesčių ir suvokimo (patyrimo) skirtumas.

SERVQUAL metodas yra pritaikytas paslaugų kokybės vertinimui. Ši paslaugų kokybės vertinimo metodika remiasi prielaida, kad klientas paslaugų kokybę vertina lygindamas laukiamą konkrečios paslaugos kokybę su patirtąja, t.y., pradžioje klientas prašomas įvertinti, kiek konkretus paslaugos kokybės kriterijus yra jam svarbus, o vėliau – kaip gerai tas pats kriterijus yra išpildomas gaunant konkrečią paslaugą (Tan, Kek 2004, cit. iš Adomavičienė, Tamulienė 2010, 2). Taigi šios metodikos esmė ta, kad suvokiama paslaugos kokybė nustatoma kaip balų, kuriais įvertinama laukiama ir patirta kokybė, išraiška (Merkys 2015, 105). Metodikos autoriai teigia, kad nepriklausomai nuo paslaugos, vartotojas daugeliu atvejų vertina tas pačias savybes.

Šioje metodikoje yra apibrėžiamos paslaugos kokybės vertinimo dimensijos (Adomavičienė, Tamulienė 2010, 2-3, Hartikainen 2005, Parasuraman ir kt. (1985):

1. Empatiškumas (angl. empathy). Empatiškumas apima gebėjimą suprasti klientą, atsižvelgimą į jo pageidavimus, domėjimąsi kliento poreikiais.
2. Užtikrinimas (angl. assurance). Personalo kompetentingumas, paslaugumas, mandagumas, pagarba kliento atžvilgiu.
3. Atsakomumas (angl. responsiveness). Paslaugos teikėjo pasirengimas padėti klientui nedelsiant išspręsti iškilusias problemas, gebėjimas išpildyti jų poreikius.
4. Patikimumas (angl. reliability). Paslaugos teikėjo sugebėjimas tinkamai atlikti paslaugą, pateikti patikimą informaciją.
5. Apčiuopiamumas (angl. tangibles). Paslaugos akivaizdumo apraiškos, kurias sudaro fizinės paslaugos teikimo priemonės.

Dimensijos yra skirstomos į dar 22 klausimus, kurie yra vertinami atsižvelgiant į du pagrindinius veiksnius (Ladhari 2009, 174):

1. Bendri kliento lūkesčiai dėl paslaugos;
2. Klientų suvokimas apie įstaigos teikiamų paslaugų lygį toje paslaugos kategorijoje.

A. Jurkauskas ir D. Susnienė prie SERVQUAL metodikos prideda dar ir šiuos kokybės kriterijus (2001, 85-86):

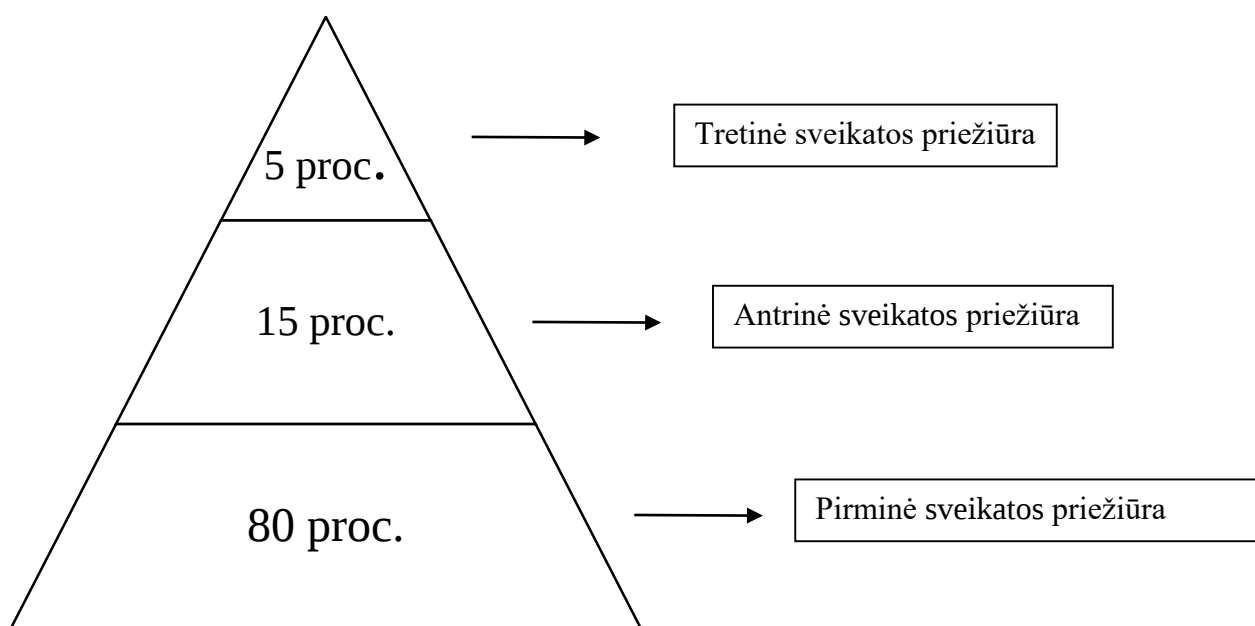
1. Prieinamumas;
2. Paslaugumas;
3. Komunikabilumas;
4. Saugumas.

Apibendrinant galima teigti, kad vienas pagrindinių viešojo sektoriaus organizacijos tikslų yra gerinti paslaugų kokybę ir efektyvumą. Kad šis tikslas būtų pasiektas, organizacijos taiko įvairius kokybės valdymo metodus, modelius ir sistemas. Viešąsias paslaugas teikiančios įmonės naudoja Bendrojo vertinimo modelį (BVM), kuris paremtas veiklos tobulinimu taikant įsivertinimo (savianalizės) metodologiją, Europos kokybės vadybos fondo tobulumo modelį (EKVF), kuris yra paremtas savęs įsivertinimo modeliu. Remiantis šiuo metodu organizacijos veiklos sritys vertinamos pagal devynis kokybės kriterijus, o jų kokybės lygis vertinamas balais. Viešosios įstaigos taip pat naudoja „Vieno langelio“ principą bei ISO 9000 serijos standartus, kurių tikslas yra užtikrinti, kad teikiamos paslaugos arba produktai atitiktų tam tikrus kokybės reikalavimus. Plačiai paplitęs paslaugų kokybės vertinimo modelis – SERVQUAL. Šis modelis remiasi prielaida, kad klientas paslaugų kokybę vertina lygindamas laukiamą paslaugos kokybę su patirtąja.

1.5. Pirminė sveikatos priežiūra

Nėra vieno ir universalaus pirminės sveikatos priežiūros apibrėžimo. A. Mikaliūkštienė teigia, kad pirminė asmens sveikatos priežiūra yra šalies sveikatos sistemos pagrindas (2020, 56). PSO nurodo, kad „pirminė sveikatos priežiūra yra būtiniausia sveikatos priežiūros grandis, visuotinai prieinama atskiriems individams ir šeimoms, jiems patiems dalyvaujant procese priimtina forma ir už paslaugas mokant tiek, kiek bendruomenė ar šalis gali sau leisti mokėti“ (ten pat). Todėl labai svarbu užtikrinti, kad pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos užtikrintų aukštą kokybės lygį vartotojams.

D. Jankauskienė ir R. Pečiūra (2007, 153) teigia, kad sveikatos paslaugų sistemą galima įsivaizduoti kaip viską apimančią piramidę piramidės pavidalo trijų lygių sistemą. Pirminė sveikatos priežiūra yra piramidės pagrindas. Antrinė ir tretinė sveikatos priežiūra yra traktuojami kaip aukštesni sveikatos priežiūros lygiai. 80 proc. visuomenės sveikatos problemų galima išspręsti pirminės sveikatos priežiūros grandyje. Sunkios, retos ligos reikalauja nuolatinės siaurų specialistų priežiūros, kuri yra daug brangesnė. Sveikatos priežiūros sistemos lygiai piramidės pagrindu pavaizduoti 1 pav.



Cituota iš Jankauskienė, Pačiūra 2007, 153.

1 pav. Sveikatos priežiūros sistemos lygiai

Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos nuo antrinio ir tretinio lygio atskiriamos pagal šiuos kriterijus (Jankauskienė, ir Pačiūra 2007, 154):

- paprastumas;
- neabejotinas rezultatas;
- sugebėjimų ir žinių, būtinų paslaugų teikėjui, pobūdis;

- negausių išteklių ir technologijų panaudojimas.

Antrinės sveikatos priežiūros institucijos reikalauja tam tikro personalo įgūdžių rafinuotumo bei sugebėjimo laipsnio. Ne retai tokiose institucijose tiekiamos paslaugos susijusios su paciento izoliavimu tam tikrą laiką.

Tretinės sveikatos priežiūros institucijos teikia aukštos specializacijos paslaugas, kurioms yra reikalingas aukštas techninis lygis. Tokios rūšies priežiūra paprastai siejama su paslaugomis, teikiamomis universitetinių medicinos centrų arba specializuotų ligoninių.

PSO pateikia 8 veiklos sritis, sudarančias pirminės sveikatos priežiūros pagrindą (cit. iš Jankauskienė, ir Pačiūra 2007, 154):

- tinkamas labiausiai paplitusių ligų ir sužeidimų gydymas;
- būtiniausių vaistų tiekimas;
- sveikatos mokymas apie dažniausias sveikatos problemas, jų nustatymą, prevenciją ir kontrolę;
- parama tinkamai mitybai, aprūpinimas maisto produktais;
- pakankamas aprūpinimas žmonių reikmėmis naudojamu vandeniu ir pagrindinė sanitarijos veikla;
- motinos ir vaiko sveikatos priežiūra, šeimos planavimas;
- imunizavimas nuo svarbiausių infekcinių ligų;
- konkrečiai vietai būdingų ligų prevencija ir kontrolė.

Lietuvos darbo grupė, kurdama pirminės sveikatos priežiūros apibrėžimą, numatė šias Lietuvoje apibrėžtas pirminės sveikatos priežiūros veiklos sritis:

- skubios ir neatidėliotinos pagalbos teikimas nelaimingų atsitikimų ar ligos atveju (skubi pagalba);
- pagrindinės diagnostikos ir gydymo priemonės individams ir šeimoms, prireikus siųsti juos specializuotai pagalbai arba į ligonines (pirminė medicinos priežiūra);
- prevenciniai patikrinimai;
- sveikatos mokymas;
- pagrindinės visuomenės sveikatos paslaugos (sanitarija, infekcinių ligų prevencija ir kontrolė);
- motinos ir vaiko sveikatos priežiūra;
- imunizavimas;
- sergančiųjų lėtinėmis ligomis, neįgalių ir senų žmonių priežiūra.

Pirminės medicinos priežiūra yra pirminės sveikatos priežiūros komponentas. Ją sudaro pirmasis paciento sveikatos įvertinimas ir nepertraukiamos pagalbos teikimas esant įvairioms sveikatos problemoms.

Almatos deklaracijoje aptarti pagrindiniai pirminės sveikatos priežiūros principai, susiję su sveikatos priežiūros lygiu ir bendru požiūriu į sveikatos politiką bei sveikatos priežiūros paslaugų teikimu. Išsivysčiusiose šalyse pirminė sveikatos priežiūra suprantama kaip pirmas sveikatos priežiūros lygis, o besivystančiose šalyse – kaip sisteminė-politinė strategija (Jankauskienė, ir Pačiūra 2007, 155).

D. Jankauskienė ir R. Pečiūra (2007, 163–164) išskiria šiuos pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo principus:

- paslaugų prieinamumas, kokybė, veiksmingumas, priimtinum, teisumas;
- specialistų kompetencija;
- sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumas ir saugumas;
- orientacija ne į ligų gydymą, bet ir į sveikatos išsaugojimą ir gerinimą, ligų profilaktiką;
- orientacija į žmogų;
- holistinis požiūris į žmogų (žmogaus fizinė, psichinė ir socialinė gerovė);
- veikla, teikianti bendruomenės sveikatos poreikius;
- orientacija į asmenis bei šeimos ir bendruomenės sveikatos poreikius.

Apibendrinant galima teigti, kad pirminė asmens sveikatos priežiūra yra šalies sveikatos sistemos pagrindas. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos nuo antrinio ir tretinio lygio atskiriamos pagal paprastumo, neabejotino rezultato, sugebėjimų ir žinių, būtinų paslaugų teikėjui, pobūdžio bei negausių išteklių ir technologijų panaudojimo kriterijus. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo principai yra prieinamumas, kokybė, veiksmingumas, priimtinum, teisumas; specialistų kompetencija; sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumas ir saugumas; orientacija ne į ligų gydymą, bet ir į sveikatos išsaugojimą ir gerinimą, ligų profilaktiką; orientacija į žmogų; holistinis požiūris į žmogų (žmogaus fizinė, psichinė ir socialinė gerovė); veikla, teikianti bendruomenės sveikatos poreikius; orientacija į asmenis bei šeimos ir bendruomenės sveikatos poreikius.

1.5.1. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės samprata

Bendrąją sveikatos politiką ir problemas atspindi šie pasaulio sveikatos organizacijos dokumentai:

- Almatos deklaracija;
- Otavos chartija;
- Liublino chartija;
- Džakartos deklaracija;
- Bankoko chartija;

- Sveikata visiems XXI a.
- Europos visuomenės sveikatos strategija;

Atsižvelgiant į to meto didėjančias žmonių sveikatos problemas, 1991 m. spalio 30 d. Lietuvos Atkuriamasis Seimas patvirtino Nacionalinę sveikatos koncepciją (1991/Nr. I-1939) ir ji tapo pagrindiniu dokumentu, atspindinčiu Lietuvos sveikatos sistemos ateitį. Šioje koncepcijoje numatyti Lietuvos žmonių sveikatos tausojimo ir stiprinimo, ligų profilaktikos, pirminės sveikatos priežiūros plėtros bendroje sveikatos priežiūros sistemoje, sveikatos priežiūros specialistų rengimo pertvarkos pagal Europos Sąjungos standartus, brangios specializuotos medicinos pagalbos sutelkimo universitetiniuose centruose prioritetai (Jankauskienė, ir Pačiūra 2007, 103).

Remiantis Europos sveikatos politika „Sveikata visiems XXI amžiuje bei Nacionaline sveikatos koncepcija, išskiriami pagrindiniai Lietuvos sveikatos programos tikslai (Jankauskienė, ir Pačiūra 2007, 105):

1. Mažinti gyventojų mirtingumą ir ilginti vidutinę gyvenimo trukmę.
2. Įtvirtinti sveikatos santykių teisumą.
3. Pagerinti gyvenimo kokybę.

Sveikatos priežiūros užtikrinimą Lietuvoje reglamentuoja įvairūs teisės aktai. Pagrindiniai sveikatos sritį Lietuvoje reglamentuojantys įstatymai yra:

- Lietuvos Respublikos Konstitucija (53 str.) (1992).
- Lietuvos nacionalinė sveikatos apsaugos koncepcija (1991).
- Sveikatos sistemos įstatymas (1994).
- Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (1996).

Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnyje (1992/ Nr. 33-1014) teigiama, kad valstybė yra atsakinga už žmonių sveikatą ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus.

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (2021/Nr. I-552) reglamentuoja Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą, jos struktūrą, sveikatos saugos, sveikatos stiprinimo ir sveikatos atgavimo santykių teisinio reguliavimo ribas, sveikatinimo veiklos mastų nustatymo, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros organizavimo, valdymo, sveikatos rėmimo, sveikatinimo veiklos sutarčių sudarymo pagrindus, atsakomybės už sveikatinimo veiklos teisės normų pažeidimus pagrindus, gyventojų, sveikatinimo veiklos subjektų teises ir pareigas.

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme yra paminimos sveikatos priežiūros kokybei užtikrinti svarbios sąvokos, tokios kaip *priimtinum* bei *tinkamumas*. Sveikatos priežiūros priimtumas – „valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų atitiktį medicinos mokslo principams ir medicinos etikos reikalavimams“. Šiame įstatyme taip pat nurodoma, kad sveikatos priežiūros tinkamumas yra valstybės nustatyta tvarka

pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą.

Sveikatos priežiūros kokybės gerinimas yra neatsiejamas nuo pagrindinių paciento teisių (Janušonis, ir Popovienė 2004, 12). Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme (2021/Nr. I-1562) yra išskiriamos tokios pacientų teisės:

- Teisė į sveikatos priežiūrą;
- Teisė į prieinamą sveikatos priežiūrą;
- Teisė pasirinkti gydytoją, slaugos darbuotoją, sveikatos priežiūros įstaigą;
- Teisė į informaciją;
- Paciento dalyvavimas mokymo procese, moksliniuose ir medicinos bandymuose;
- Teisė atsisakyti gydymo;
- Teisė skųstis;
- Privataus gyvenimo neliečiamumas.

Sveikatos priežiūros kokybė yra svarbi net ir toms šalims, kurios turi išvystytą sveikatos sistemą. Taip yra dėl to, kad „<...> kinta visuomenės sveikatos rodikliai, su jais susijusių poreikių ir sveikatos priežiūros organizavimo bei finansavimo užtikrinimo klausimai“ (Astromskė 2018, 101).

Sveikatos priežiūros sistemoje kokybės sąvoka yra nevienareikšmė. Kokybė sveikatos priežiūroje yra sunkiai apčiuopiamas objektas. Kokybę galima apibrėžti atsižvelgiant į tai, ar kliento poreikiai ir lūkesčiai buvo patenkinami. Jei paslaugos gavėjo poreikiai ir lūkesčiai yra patenkinami, paslaugą galima laikyti kokybiška.

JAV Medicinos institutas sveikatos priežiūros kokybę apibrėžia kaip laipsnį, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę. Anot V. Janušonio ir J. Popovienės (2004, 9), kokybė yra produkto ar paslaugos ypatumų ir charakteristikų visuma, suteikianti galimybę patenkinti išreikštu arba menamus poreikius. Sveikatos priežiūros kokybė, įtakodama sveikatą, daro įtaką gyvenimo kokybei ir gyvenimo trukmę (Janušonis, ir Popovienė 2004, 9).

L. L. Berry (1995) nuomone, pagrindinis vaidmuo vertinant paslaugų kokybę turėtų tekti vartotojui, jis tampa pagrindiniu paslaugų kokybės vertintoju. Tačiau kokybiška sveikatos priežiūros paslauga yra susijusi ne tik su vartotojų pasitenkinimu, bet ir su klinikinių standartų atitikimu. Sveikatos priežiūros įstaigų sėkmę lemia jos darbuotojai ir klientai. Anot A. Kosinskienės ir J. Ruževičiaus (2011), sveikatos priežiūros kokybės sistemos pagrindiniai dalyviai yra šių įstaigų vadovai, gydytojai, slaugytojos, kitas aptarnaujantis personalas, farmacijos specialistai ir pacientai. Pacientas yra grandis, kuri jungia visos sveikatos priežiūros kokybės sistemos dalyvius. Pacientų poreikių tenkinimo kokybe turėtų rūpintis visi sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai, siekdami pritraukti kuo daugiau paslaugų

vartotojų (Misevičienė, ir Milašaukienė 2002, 559). Pacientų sveikatos priežiūros vertinimui svarbios ir institucinės bei sociodemografinės charakteristikos. „Vertindami sveikatos priežiūrą pacientai remiasi savo patirtimi ir žiniomis, informacija iš aplinkos, medikų informacija, savijauta, gyvenimo kokybės pokyčiais, sveikata priežiūros epizodoprocese ir po jo” (Janušonis 2016, 50). Visgi paslaugų vartotojų kaip paslaugų vertintojų nuomonė yra labai svarbi sveikatos priežiūros vertinimo tyrimams.

Sveikatos priežiūra yra ypatinga, su žmogaus sveikata susijusi veikla, todėl svarbu skirti didelį dėmesį sveikatos priežiūros įstaigose teikiamai paslaugų kokybei ir jos gerinimui. Išskiriamos trys kokybės dimensijos, į kurias būtina atsižvelgti sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms organizacijoms, norint sukurti nuolatinės sveikatos priežiūros kokybės gerinimo sistemas (Štaras ir kt. 2013, 27):

1. Paciento suvokiama kokybė yra tai, ko pacientai tikisi iš sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių organizacijų ar institucijų. Paciento suvokiama kokybė apima jo lūkesčius apie medicininės paslaugas – tai, ką jis tikisi gauti ir tai, ką gavo. Jam svarbu ligos diagnozė ir saugumas teikiant paslaugas. Šiam pacientui svarbu dėmesys, pagarba, konfidencialumas, atjauta, bendravimas ir atvirumas.
2. Profesionalioji kokybė – apima tai, ar sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos kvalifikuotai ir ar jos atitinka pacientų teisėtas reikmes ir įstaigoje patvirtintus sveikatos priežiūros paslaugų teikimo standartus (procedūras). Profesionalioji kokybė vertinama audito metu lyginant esamos padėties atitikimą standartų reikalavimus.
3. Valdymo kokybė – efektyviausias ir produktyviausias išteklių panaudojimas, laikantis sveikatos priežiūros įstaigoms vadovaujančių institucijų nurodymų ir įsakymų. Vertinamas kokybės sistemos funkcionavimas pagal įstaigoje nustatytus prioritetus, patvirtintus standartus, vidaus darbo taisykles.

Mokslinėje literatūroje yra išskiriami skirtingi kokybės vertinimo kriterijai. Taip yra dėl to, kad „skirtingi vartotojai įvardija skirtingas svarbiausias paslaugos savybes, todėl jie paslaugas vertina skirtingais kriterijais“ (Bagdonienė, ir Hopenienė 2009, 137).

Vertinant taip pat ir pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybę, didelis dėmesys skiriamas paciento nuomonei apie suteiktų paslaugų kokybę (Misevičienė, ir Dregval 2002, 129). Kokybės vertinimui sveikatos priežiūros įstaigos pasitelkia statistinius duomenis, tokius kaip apsilankymų skaičius, chirurginį aktyvumą, mirtingumo priežastis, funkcionavimo bei apyvartos rodiklius. Tačiau dažniausi sveikatos paslaugų kokybės rodikliai yra pacientų apklausų analizė (Mikaliūkštienė 2020, 57). Pacientų apklausos padeda įvertinti sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybės lygį, atkreipti dėmesį į įstaigos trūkumus, stipriąsias puses ir prisideda prie sveikatos paslaugų teikimo kokybės gerinimo. Tokiu būdu galima įvertinti, ar paciento poreikiai buvo patenkinti, ar apsilankymas įstaigoje atitiko kliento išsikeltus lūkesčius. Jei pacientas iš įstaigos išeis blogai nusiteikęs,

patyręs neigiamas emocijas, didelė tikimybė, kad į šią įstaigą jis daugiau nebegrįš ir savo neigiamą patirtį perduos kitiems žmonėms. Pacientai yra laisvi pasirinkti norimą gydymo įstaigą, todėl gydymo įstaigos yra suinteresuotos teikti kokybiškas paslaugas ir išlaikyti pacientus bei pritraukti naujų. Taigi „grįžtamasis ryšys iš pacientų apie jų patirtį naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis – svarbi paslaugų kokybės ir prieinamumo stebėsenos bei tobulinimo priemonė. Informacija apie pacientų patirtį yra pripažintas ir plačiai naudojamas paslaugų kokybės matas” (Mikaliūkštienė 2020, 57).

Aukštos pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės pagrindą sudaro komandinis darbas, tinkamas bendravimas su pacientais ir medicinos darbuotojų vidinė komunikacija (Mikaliūkštienė 2020, 57). Komunikacijos stoka yra viena pagrindinių kliento nepasitenkinimo priežasčių. Pacientams tampa svarbu sukurti tarpusavio ryšį. Pacientams turi būti parodytas deramas dėmesys, supratimas bei pagalba, nes pacientui bendravimas yra vienintelis būdas išsakyti savo problemas ir gauti informaciją. „Bendravimas, prasidėjęs informacijos teikimu, vėliau laipsniškai virsta mokymu ir konsultavimu, kaip įveikti sveikatos problemas“ (Mikaliūkštienė 2020, 57).

Vienas svarbiausių kriterijų vertinant teikiamų paslaugų kokybę yra pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis. Tam, kad pasitenkinimas būtų įvertinamas, reikia išskirti tam tikrus kriterijus. Pavyzdžiui, personalo bendravimas ir elgesys (dėmesys, pagarba, ligonį dominančios informacijos suteikimas, mokymas); fizinė aplinka (skyriaus švara, tvarka, ramybė bei kitos paslaugos); gydymo rezultatų poveikis bendrajai paciento būklei (ten pat). Sveikatos sistemos organizacijų paslaugos yra orientuotos į paslaugų vartotoją, šiuo atveju – į pacientą, todėl siekiama, kad tos paslaugos patenkintų vartotojo lūkesčius ir būtų kokybiškos. Šios paslaugos ypatingos tuo, jog paciento poreikiai labai individualūs, todėl svarbu tiksliai juos vertinti, nedelsiant reaguoti bei teikti kvalifikuotas paslaugas ir būti nuolat pasiruošus jas teikti (Pociūtė 2002, 20).

Įtaką kokybės vertinimui turi ir psichologiniai bei organizaciniai vadybiniai veiksniai. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakyme „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programos patvirtinimo“ (2017/Nr. V-1292) teigiama, kad „žmonių nuomonė apie suteiktas paslaugas labai priklauso ne tik nuo pačių paslaugų kokybės ir rezultatų (atliktas tyrimas, operacija, paskirti vaistai ir kt.), bet ir nuo daugelio veiksnių, susijusių su sveikatos darbuotojų elgesiu su pacientais ir jų tarpusavio santykiais, t. y. nuo psichologinių bei organizacinių/vadybinių veiksnių. Psichologiniai veiksniai sudėtingiau kontroliuojami ir iš esmės negali būti visiškai eliminuoti. Tačiau organizaciniai vadybiniai veiksniai gali būti pašalinti ar jų įtaka sumažinama taikant veiksmingas priemones (mokant, informuojant, priimant veiksmingus vadybinius sprendimus).” Pacientai yra linkę skųstis ir rodyti nepasitenkinimą tada, kai yra rodoma nepagarba pacientui, nepakankamas bendravimas, nedėmesingumas, nepakankamas informavimas, privatumo neužtikrinimas. Dauguma konfliktų ir bendravimo sunkumų kyla dėl bendravimo įgūdžių stokos: kaip pranešti blogą žinią pacientui, kaip tinkamai reaguoti į paciento ir jo artimųjų emocijas, kaip pateikti sudėtingą medicininę informaciją

suprantamai ir aiškiai (informuoto asmens sutikimo įgyvendinimas), kaip trumpą konsultacijos laiką išnaudoti kuo efektyviau, kaip sukurti privatumą gerbiančią aplinką. Todėl labai svarbu gerinti tarpusavio bendravimą („Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programos patvirtinimo“ 2017/Nr. V-1292). Bendravimo įgūdžių svarba ir medicinos personalui, ir pacientui bei jo artimiesiems įrodyta moksliniais tyrimais.

Kaip pažymėta Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakyme „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programos patvirtinimo“ (2017/Nr. V-1292), orientacija į vartotoją yra pagrindinis visuotinės kokybės vadybos elementas. Tai siekis, kurio įgyvendinimas gali padaryti esminius poslinkius gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Atsižvelgiant į paslaugų teikėjų konkurenciją sveikatos rinkoje, kokybės vertinimas yra bene svarbiausias veiksnys, kuris atspindi įstaigų galimybes išsilaikyti ir pritraukti vis daugiau pacientų. Sveikatos priežiūros kokybės objektas – sveikatos apsaugos sistemos organizacija jungianti savyje visų sveikatos priežiūros paslaugų gamybos procesą. Sveikatos priežiūros paslaugų paskirtis – tenkinti pacientų išreikštus ir numatomus poreikius bei interesus sveikatai, nes sveikata – žmogaus (organizmo ir asmenybės) gebėjimas patenkinti neiškreiptų biogeninių ir dvasinių poreikių sistemą ir visuomenės gebėjimas sudaryti tam galimybę (Janušonis, 1988, cit. iš Janušonis, ir Popovienė 2004, 10). Sveikatos priežiūros kokybė susijusi ne tik su sveikatos poreikiais ir interesais, bet ir su visa žmogaus poreikių sistema. Kokybė yra viskas, kas yra sveikatos apsaugos sistemos organizacija ir kas joje vyksta (ten pat).

D. E. Lighter ir D. C. Fair (2000, cit. iš Janušonis, ir Popovienė 2004, 13) pateikia penkis pacientų požiūrio į sveikatos priežiūros kokybę aspektus (žr. 1 lentelę).

1 lentelė. Pacientų požiūrio į sveikatos priežiūros kokybę aspektai

Sveikatos priežiūros kokybės aspektai	Sveikatos priežiūros kokybės aspektų aprašymas
Bazinis	Bazinis aspektas apima santykius su medicinos personalu, sveikatos priežiūros teikimo taisykles (apribojimus), informaciją apie sveikatos priežiūrą, informaciją apie aptarnavimą, pacientų pasitenkinimą (lūkesčių išsipildymo laipsnis).
Sveikatos gerėjimas	Sveikatos gerėjimo aspektas apima negalavimų ir ligų prevenciją, rizikos veiksnių išvengimo galimybes, ankstyvą ligų diagnostiką, sveikatos mokymą.
Sveikatos būklės gerėjimas (sutrikus sveikatai)	Sveikatos būklės gerėjimo aspektas apima greitą ligos, traumos ar nelaimingo atsitikimo diagnostiką, greitą ir efektyvų gydymą, gerus rezultatus (sveikatos atstatymą).

1 lentelės tęsinys kitame puslapyje

1 lentelės tęsinys

Gyvenimas su liga	Gyvenimo ir ligos aspektas apima savipagalbą sergant lėtine ir nepagydoma liga, žinias apie ligą ir simptomus (jų kontrolę), žinias apie ligos komplikacijas, jų prevenciją ir pagalbą joms įvykus.
Poreikių ir interesų pokyčiai	Poreikių ir interesų pokyčiai apima poreikių pokyčius, atitinkančius sveikatos pokyčius, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų paramą, socialinę paramą, palaikomąją, slaugos ir specializuotą sveikatos priežiūrą namuose ir tam tikrose įstaigose.

Cituota iš Janušonis, Popovienė 2004, 153.

Sveikatos priežiūros paslaugos ir jos teikimo kokybę sudaro (Janušonis, ir Popovienė 2004, 53):

- paslaugos ir jos teikimo atitikimas nustatytiems standartams;
- paslaugos atitikimas paciento poreikiams (paslaugos rezultatyvumas).

Anot V. Janušonio ir J. Popovienės (2004, 35), „<...> sveikatos priežiūros paslaugų kokybė priklauso ne nuo sukurtų kokybės sistemų ir jų standartų, o nuo to, kaip šias paslaugas vertina pacientai“.

Autoriai teigia, kad sveikatos priežiūros paslaugų ir jų teikimo kokybę pacientai vertina remdamiesi:

- paslaugos charakteristikomis,
- paslaugos teikėjų charakteristikomis;
- paslaugos teikimo proceso charakteristikomis;
- sukaupta patirtimi;
- realios paslaugos atitikimu laukiamai.

Pagrindiniai sveikatos priežiūros kokybės vertinimo kriterijai yra šie (Janušonis, ir Popovienė 2004, 70):

- prieinamumas,
- patikimumas,
- rezultatyvumas,
- užbaigtumas,
- etiškumas,
- estetiškumas,
- technologijų naujumas,
- saugumas,
- tęstinumas.

Taip pat yra išskiriami ir papildomi kriterijai, tokie kaip jautrumas, lankstumas, švarumas, patogumas, draugiškumas, punctualumas, greitumas, kurie iš esmės yra pagrindinių kriterijų sudėtinė dalis.

V. Janušonis ir J. Popovienė (2004) išskiria šiuos kokybiškos sveikatos priežiūros bruožus:

- saugumas – turi būti, kiek įmanoma, sumažintos grėsmės ir apie jas informuojamas pacientas;
- kompetencija – paslaugų organizatorių ir teikėjų žinios ir įgūdžiai turi atitikti paciento poreikius;
- tęstinumas – visos teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos turi būti koordinuojamos tarp visų jas teikiančių įstaigų ir asmenų;
- prieinamumas ir lygios galimybės – sveikatos priežiūros paslaugos turi būti teikiamos tinkamu laiku ir tinkamoje vietoje, pacientui turi būti suteikta reikiama informacija, paslaugos visiems pacientams turi būti užtikrinamos ir teikiamos vienodomis sąlygomis;
- racionalus išteklių panaudojimas – turi būti taikomi efektyviausi metodai, kad kuo mažiau būtų prarasta medžiagų ir laiko;
- efektyvumas – norint įsitikinti, kad gaunami rezultatai pagerina pacientų sveikatą, jie turi būti pastoviai analizuojami ir vertinami;
- tinkamumas – paslaugos turi būti reikalingos ir tinkamos;
- pasitenkinimas – paciento pasitenkinimas paslaugomis ir gydymo įstaigų reakcija į žmonių lūkesčius – pagrindinis kriterijus, vertinantis paslaugų kokybę;
- sugebėjimas prisitaikyti ir tobulėti – sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai turi gebėti prisitaikyti ir tobulinti savo organizaciją ir procedūras, lygiuotis į mokslo ir technikos naujoves bei vartotojo lūkesčius.

Sveikatos priežiūros kokybė skirstoma į kelias dimensijas (Astromskė 2018, 101):

- rezultatyvumas (pagrįstas įrodymais, asmenims duodantis geresnę sveikatos baigtį);
- efektyvumas (maksimaliai naudoti išteklius, vengti nuostolių, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas);
- prieinamumas / orientacija į pacientą (sveikatos priežiūra priimama laiku, prieinama geografiškai ir teikiama turint pakankamų gebėjimų bei išteklių);
- teisumas;
- saugumas.

Apibendrinant galima teigti, kad kokybė sveikatos priežiūroje yra sunkiai apčiuopiamas objektas. Vertinant paslaugų kokybę galima atsižvelgti į tai, ar kliento poreikiai ir lūkesčiai buvo

patenkinti. Kitaip tariant, pacientui tenka pagrindinis vaidmuo vertinant paslaugų kokybę. Tačiau įstaigos sėkmę lemia jos darbuotojai ir klientai. Pacientų poreikių tenkinimo kokybe turėtų rūpintis visi sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai, siekdami pritraukti kuo daugiau paslaugų vartotojų. Aukštos pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės pagrindą sudaro komandinis darbas, tinkamas bendravimas su pacientais ir medicinos darbuotojų vidinė komunikacija. Mokslininkai nurodo pagrindinius kriterijus, padedančius vertinti pirminės sveikatos priežiūros kokybę: prieinamumas, patikimumas, rezultatyvumas, užbaigtumas, etiškumas, estetiškumas, technologijų naujumas, saugumas, tęstinumas.

2. PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS PACIENTŲ POŽIŪRIU VERTINIMO VILNIAUS MIESTO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE PANDEMIJOS METU TYRIMAS

2.1. Tyrimo metodologija

Mokslinės literatūros analizės dalyje buvo aptariama viešųjų paslaugų samprata ir teikimo prielaidos, paslaugų kokybės, pirminės sveikatos priežiūros kokybės samprata ir esmė bei sveikatos paslaugas teikiančių institucijų kokybės samprata.

Išnagrinėjus mokslinę literatūrą galima teigti, kad pagrindinis vaidmuo vertinant paslaugų kokybę turėtų tekti vartotojui, jis tampa pagrindiniu paslaugų kokybės vertintoju (Berry 1995). Paslaugų vartotojų kaip paslaugų vertintojų nuomonė yra labai svarbi sveikatos priežiūros vertinimo tyrimams. Anot V. Janušonio ir J. Popovienės (2004, 35), „<...> sveikatos priežiūros paslaugų kokybė priklauso ne nuo sukurtų kokybės sistemų ir jų standartų, o nuo to, kaip šias paslaugas vertina pacientai“. Paslaugų tiekėjai negali vertinti paslaugos tik iš savo požiūrio perspektyvos ir vadovautis savais kokybės apibrėžimais. Kad kokybė būtų įvertinta, paslaugų tiekėjas ir vartotojas yra neatsiejami vienas nuo kito. Pacientai yra laisvi pasirinkti norimą gydymo įstaigą, todėl gydymo įstaigos yra suinteresuotos teikti kokybiškas paslaugas ir išlaikyti pacientus bei pritraukti naujų. Sveikatos paslaugos ypatingos tuo, kad paciento poreikiai labai individualūs, todėl svarbu tiksliai juos vertinti, nedelsiant reaguoti bei teikti kvalifikuotas paslaugas ir būti nuolat pasiruošus jas teikti (Pociūtė 2002, 20). Pandemijos metu didelis dėmesys buvo sutelkiamas pacientams, sergantiems COVID-19. Dėl to aktualu išsiaiškinti, ar pandemijos metu pacientams buvo prieinamos pirminės sveikatos priežiūros paslaugos sveikatos priežiūros įstaigose pandemijos metu.

Mokslininkai yra tyrę pirminės sveikatos priežiūros bei sveikatos priežiūros kokybę, tačiau nėra daug tyrimų, kuriuose būtų ištirta sveikatos priežiūros kokybė dėl COVID-19 viruso paskelbtos pandemijos metu.

Šiame tyrime pagrindiniai kriterijai, pagal kuriuos vertinamos pirminės sveikatos priežiūros paslaugos Vilniaus miesto savivaldybei pavaldžiose įstaigose, yra paslaugų prieinamumas (laiku suteikta paslauga, tinkama teritoriniu požiūriu, organizaciniai profesiniai įgūdžiai ir ištekliai skiriami pacientų poreikiams tenkinti), efektyvumas (greitai ir laiku suteikiama paslauga), rezultatyvumas (norimo rezultato pasiekimas, sveikatos pagerėjimas) bei darbuotojų profesionalumas (įstaigoje dirbančių specialistų kompetetingumas).

Norint ištirti sveikatos priežiūros kokybę pacientų požiūriu pandemijos metu, buvo nuspręsta atlikti kiekybinį tyrimą ir pasirinkti apklausą kaip pagrindinį duomenų rinkimo metodą.

Mokslinių požiūriu pagrindų buvo suformuluotas empirinis tyrimo modelis

Šio **tyrimo tikslas** – įvertinti pandemijos metu Vilniaus miesto savivaldybei pavaldžiose sveikatos priežiūros įstaigose teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pacientų požiūriu. Šiam tikslui pasiekti buvo keliami šie **uždaviniai**:

1. Išnagrinėti paslaugų sampratą ir jų teikimo prielaidas.
2. Išanalizuoti paslaugų kokybės sampratą ir esmę.
3. Išnagrinėti pirminės sveikatos priežiūros ir sveikatos paslaugas teikiančių institucijų kokybės sampratą.
4. Išsiaiškinti pacientų nuomonę apie pandemijos metu teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę Vilniaus miesto savivaldybei pavaldžiose sveikatos priežiūros įstaigose.

Tyrimo metodai ir instrumentai.

Šiame darbe taikomi keli metodai. Kiekybinis tyrimas – anketinė apklausa, siekiant išsiaiškinti pacientų požiūrį apie teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pandemijos metu Vilniaus miesto savivaldybei pavaldžiose sveikatos priežiūros įstaigose.

Anketinė apklausa – vienas dažniausiai pasirenkamų kiekybinių duomenų rinkimo metodų socialiniuose tyrimuose. Apklausos tyrimas – procesas, kurio metu atskleidžiamos sąsajos tarp teorijos ir faktų (empirinių duomenų) (Gaižauskaitė, ir Mikėnė 2014, 7). Kiekybinio tyrimo procesas paprastai prasideda nuo „<...> teorinės koncepcijos, kurios pagrindu apibrėžiamos svarbiausios tyrimo sąvokos bei gali būti suformuluojami hipotetiniai teiginiai – pagrįstos prielaidos apie tiriamo reiškinio egzistavimo pobūdį bei galimus ryšius tarp tiriamų socialinių veiksnių – kurie patikrinami analizuojant surinktus empirinius duomenis“ (Gaižauskaitė, ir Mikėnė 2014, 14). Apklausa priskiriama duomenų rinkimo strategijai. Apklausos padeda susisteminti gautus duomenis. Duomenys sisteminami aprašant kiekvieną atvejį pagal tuos pačius požymius, apimančius jiems priskirtų reikšmių aibę (ten pat, 12).

Apklausos pagrindą sudaro iš anksto paruoši klausimai su atsakymų variantais. Kiekvienas respondentas atsako į tuos pačius identiškus klausimus, išdėliotus pagal vienodą tvarką. Apklausos leidžia apklausti didelę žmonių populiaciją, o tai leidžia atlikti palyginimus, nagrinėti socialinių grupių ypatumus, nustatyti ryšių tarp tiriamo reiškinio požymių buvimą ar nebuvimą, taikyti loginės bei statistinės analizės priemones.

Taigi apklausa – tai duomenų rinkimo metodas, kuriuo siekiama surinkti sistemingus kiekybinius duomenis apie dideles populiacijas, naudojant specifinę tyrimo priemonę – klausimyną (Gaižauskaitė, ir Mikėnė 2014, 13).

Šiame tyrime taikoma mokslinės literatūros analizė – mokslinės literatūros analizei ir sisteminiui.

Siekiant išanalizuoti gautus duomenis, tyrime naudota statistinė – aprašomoji statistika.

Anketa šiam tyrimui buvo sudaryta remiantis literatūroje nurodytomis sveikatos priežiūros kokybės vertinimo teorinėmis prielaidomis. Rengiant klausimyną respondentams buvo pateikti uždarojo tipo klausimai, į kuriuos atsakydami respondentai turėjo pasirinkti jiems tinkantį atsakymą iš pateiktų atsakymo variantų. Taip pat buvo pateikti pusiau uždari klausimai, kai pateikti ne tik galimi atsakymo variantai, bet paliekama galimybė respondentui pačiam nurodyti atsakymo variantą, jei nei vienas iš pateiktų atsakymo variantų jam nėra tinkamas.

Šiame tyrime viena iš naudojamų vertinimo skalių – Likerto skalė. Ja remiantis respondentams buvo užduodamas klausimas ar nurodomas teiginys, kuris išreiškia tam tikrą nuomonę arba nuostatą. Respondento buvo prašoma nurodyti savo *sutikimo* arba *nesutikimo* laipsnį 5 balų skalėje, kur 5 – *visiškai sutinku*, 1 – *visiškai nesutinku*.

Tyrime taip pat naudota ranginė skalė, kai skaičiai išdėsto objektus į tam tikrą nuoseklumą (pvz., *iki 20 minučių, daugiau nei 20 minučių*).

2.2. Tiriamų įstaigų charakteristika ir tyrimo respondentai

Tyrime nuspręsta tirti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pandemijos metu Vilniaus miesto savivaldybei priklausančiose sveikatos priežiūros įstaigose. Pagal naujausius duomenis, Vilniaus miesto savivaldybėje gyvena 596 750 gyventojai („Vilnius“ 2022). Šiame mieste yra didžiausias gyventojų skaičius lyginant su kitais Lietuvos miestais. Į Vilnių iš skirtingų Lietuvos miestų kiekvienais metais atsikelia gyventi nemažas skaičius žmonių, todėl mieste gyventojų skaičius vis auga.

Taigi galima manyti, kad Vilniaus miesto savivaldybėje yra didelis pacientų skaičius. Dėl to buvo pasirinkta tirti Vilniaus miesto savivaldybei pavaldžių sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybę pandemijos metu.

Vilniaus miesto savivaldybei priklauso 13 sveikatos priežiūros įstaigų: VšĮ Antakalnio poliklinika, VšĮ Centro poliklinika, VšĮ Greitosios medicinos pagalbos stotis, VšĮ Grigiškių sveikatos priežiūros centras, VšĮ Karoliniškių poliklinika, VšĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninė, VšĮ Naujosios Vilnios poliklinika, VšĮ Šeškinės poliklinika, VšĮ Vilkpėdės ligoninė, VšĮ Vilniaus miesto klinikinė ligoninė, VšĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras, VšĮ Šv. Roko ligoninė, BĮ Vilniaus miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuras.

Tyrimo imties dydis.

Šio tyrimo populiacija – visi Vilniaus miesto savivaldybei pavaldžių sveikatos priežiūros įstaigų pacientai. Tyrimo populiacija yra labai didelė, todėl buvo formuojama imtis. Šiame tyrime buvo pasirinkta paprastoji atsitiktinė respondentų atranka (PAA), kai kiekvienas populiacijos elementas turi vienodą galimybę pakliūti į atrankos imtį (Gaižauskaitė, ir Mikėnė 2014, 33).

Tyrimo imtis šiame tyrime nustatoma remiantis Paniotto (1986) formule:

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

Čia: n – imties dydis;

N – generalinės visumos dydis;

Δ – leidžiamas paklaidos dydis (esant patikimumo tikimybei 0,954, $\Delta=0,05$).

Kadangi tyrime pasirinkta tirti didelę populiaciją, nuspręsta, kad generalinis visumos dydis (N) – 100. Tikslingiems tyrimo rezultatams gauti reikėjo apklausti 117 respondentų. Tyrimo metu buvo apklausti 125 pacientai. Taigi galima teigti, kad tyrimo duomenys yra tikslingi.

Gautų duomenų analizė.

Iš viso buvo išdalinta 150 anketų, sugrįžo 142 anketos. 17 iš jų netinkamos šiam tyrimui, nes buvo nepilnai atsakytos arba į klausimus atsakinėjo tie pacientai, kurių lankomos įstaigos nepriklausė Vilniaus miesto savivaldybei pavaldžioms sveikatos priežiūros įstaigoms. Taigi atsakymų grįžtamumo laipsnis – 94.7 proc. Duomenų analizė atlikta naudojant duomenų apdorojimo ir analizės programą Microsoft Excel. Gauti rezultatai buvo pavaizduojami lentelėse ir diagramose.

Tyrimo etika.

Atliekant tyrimą buvo remtasi pagrindiniais akademinės etikos aspektais. Prieš atliekant tyrimą, buvo suderinta eiga su tiriamųjų įstaigų vadovais. Gavus leidimą atlikti tyrimą, pacientams buvo išdalintos identiškos anketos su vienodais klausimų ir atsakymų variantais. Respondentams buvo suteikta galimybė apsispręsti, ar jie sutinka dalyvauti tyrime. Pacientai buvo supažindinti su tyrimo pagrindine informacija, tema ir tikslu. Jiems buvo užtikrinamas konfidencialumas ir anonimiškumas. Apklausa buvo atlikta 2022 m. vasario–kovo mėn

3. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ ANALIZĖ

3.1. Pirminės sveikatos priežiūros kokybės vertinimas pacientų požiūriu pandemijos metu

Demografiniai respondentų duomenys

Tyrimo dalyvavusių respondentų demografiniams požymiams nustatyti buvo skirti 5 paskutiniai anketos klausimai. Respondentai buvo suskirstyti į grupes pagal lytį, amžių, išsilavinimą, pagrindinę veiklą ir gyvenamąją vietą. 2 lentelėje pateikti visi demografiniai respondentų duomenys.

2 lentelė. Demografinė respondentų charakteristika

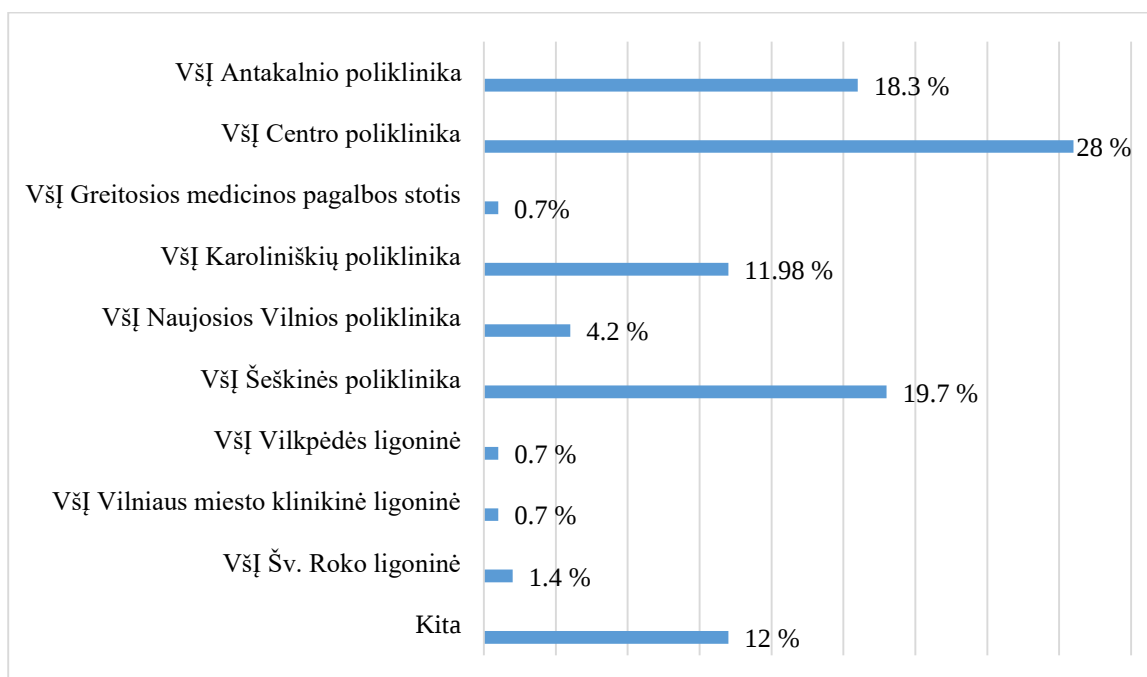
Požymis		Respondentų skaičius	Respondentų skaičius procentais
Lytis	Moteris	91	72.8 %
	Vyras	34	27.2 %
Amžius	Iki 20 metų	1	0.8 %
	20–30 metų	50	40.0 %
	31–40 metų	35	28.0 %
	41 –50 metų	26	20.8 %
	51–60 metų	7	5.6 %
	Daugiau nei 60 metų	6	4.8 %
Išsilavinimas	Pagrindinis	-	-
	Vidurinis	12	9.6 %
	Vidurinis su profesine kvalifikacija	7	5.6 %
	Aukštesnysis	29	23.2 %
	Aukštasis	77	61.6 %
Pagrindinė veikla	Studentas (-ė)	4	3.2 %
	Dirbantis (-i)	116	92.8 %
	Nedirbantis (-i)	-	-
	Bedarbis (-ė)	-	-
	Pensininkas (-ė)	5	4 %
Gyvenamoji vieta (savivaldybė)	Vilnius	116	92.8 %
	Kita	7	5.6 %

Kaip pavaizduota lentelėje, tyrime dalyvavo 72.8 proc. moterų ir 27.2 proc. vyrų. Didžioji dalis respondentų, t.y. 40 proc. visų apklaustųjų, patenka į 20–30 metų amžiaus grupę, 28 proc. respondentų patenka į 31–40 metų amžiaus grupę, 20.8 proc. – 41 –50 metų, 5.6 proc. – 51–60 metų, 4.8 proc. – daugiau nei 60 metų ir tik vienas tyrimo dalyvis patenka į amžiaus grupę iki 20 metų (0.8 proc.).

Daugiau negu pusė apklaustųjų turi įgiję aukštąjį išsilavinimą – 61.6 proc., aukštesnįjį išsilavinimą yra įgiję 23.2 proc. apklaustųjų, vidurinį – 9.6 proc., vidurinį su profesine kvalifikacija – 5.6 proc. Didžiausia dalis respondentų yra dirbantys asmenys (92.8 proc.), 4 proc. asmenų yra pensininkai, mažiausia dalis apklaustųjų yra studentai (3.2 proc.). Dėl tam tikrų priežasčių nedirbantys ar bedarbiai asmenys šiame tyrime nedalyvavo. 92.8 proc. tyrime dalyvavusių asmenų yra Vilniaus savivaldybės gyventojai. 5.6 proc. nurodė, kad gyvena kitoje savivaldybėje. 3 respondentai pažymėjo, kad gyvena Širvintų savivaldybėje, 2 – Klaipėdos, 1 – Vilniaus rajone, 1 – Kauno rajono savivaldybėje. Taigi galima teigti, kad didžioji dalis tyrime dalyvaujančių asmenų yra Vilniaus savivaldybės gyventojai, kurie naudojami šio miesto viešosiomis paslaugomis.

3.1.1. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje

Pacientų pasiskirstymas Vilniaus savivaldybei priklausančiose sveikatos priežiūros įstaigose. Respondentų buvo teirujamasi, kurioje Vilniaus miesto savivaldybei pavaldžioje sveikatos priežiūros įstaigoje lankosi (žr. 2 pav.).

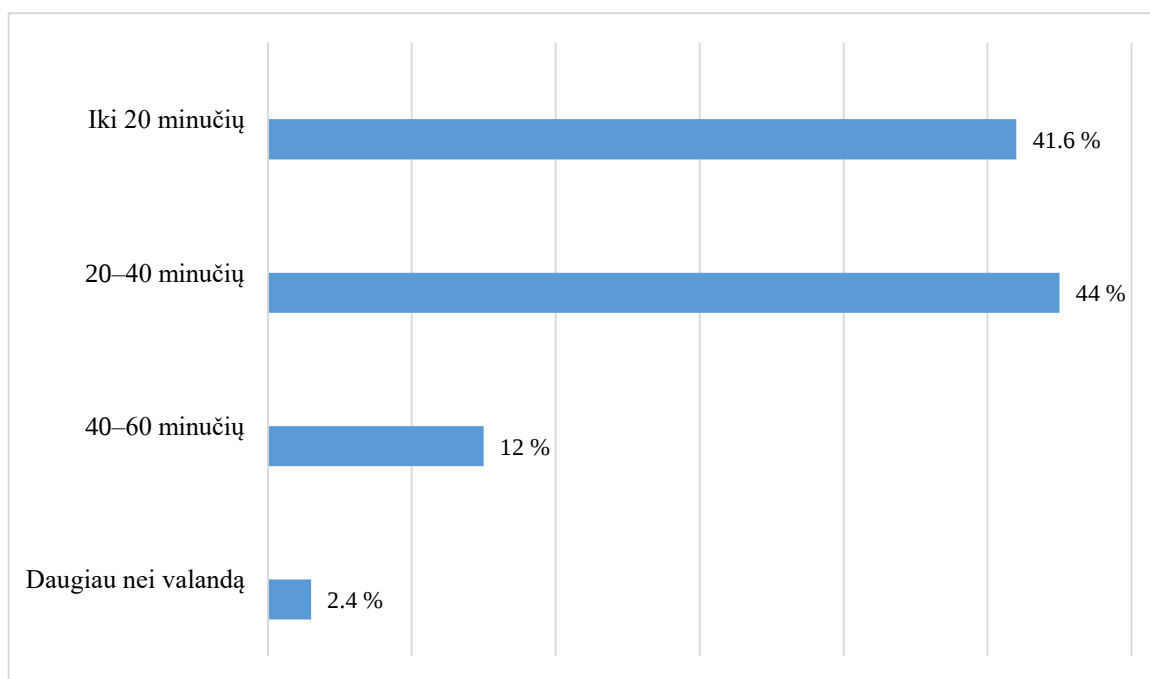


2 pav. Pacientų pasiskirstymas Vilniaus savivaldybei priklausančiose sveikatos priežiūros įstaigose

Kaip matyti 2 diagramoje, didžiausias procentas apklaustųjų yra prisiregistravę VšĮ Centro poliklinikoje (28.9 proc.). Taip pat nemažas procentas respondentų lankosi VšĮ Šeškinės poliklinikoje (19.7 proc.) ir VšĮ Antakalnio poliklinikoje (18.3 proc.). Nė vienas iš tyrime dalyvavusių pacientų nėra prisiregistravęs VšĮ Grigiškių sveikatos priežiūros centre, VšĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninėje, VšĮ

Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre bei BĮ Vilniaus miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biure. 1.4 proc. apklaustųjų neatsakė į šį klausimą. 12 proc. respondentų nurodė kitas sveikatos priežiūros įstaigas, kuriose lankosi, tačiau jos nepriklauso Vilniaus miesto savivaldybei. Taigi anketos, kuriose buvo vertinamos ne Vilniaus miesto savivaldybei priklausančios sveikatos priežiūros įstaigos, buvo neįtrauktos į tyrimą.

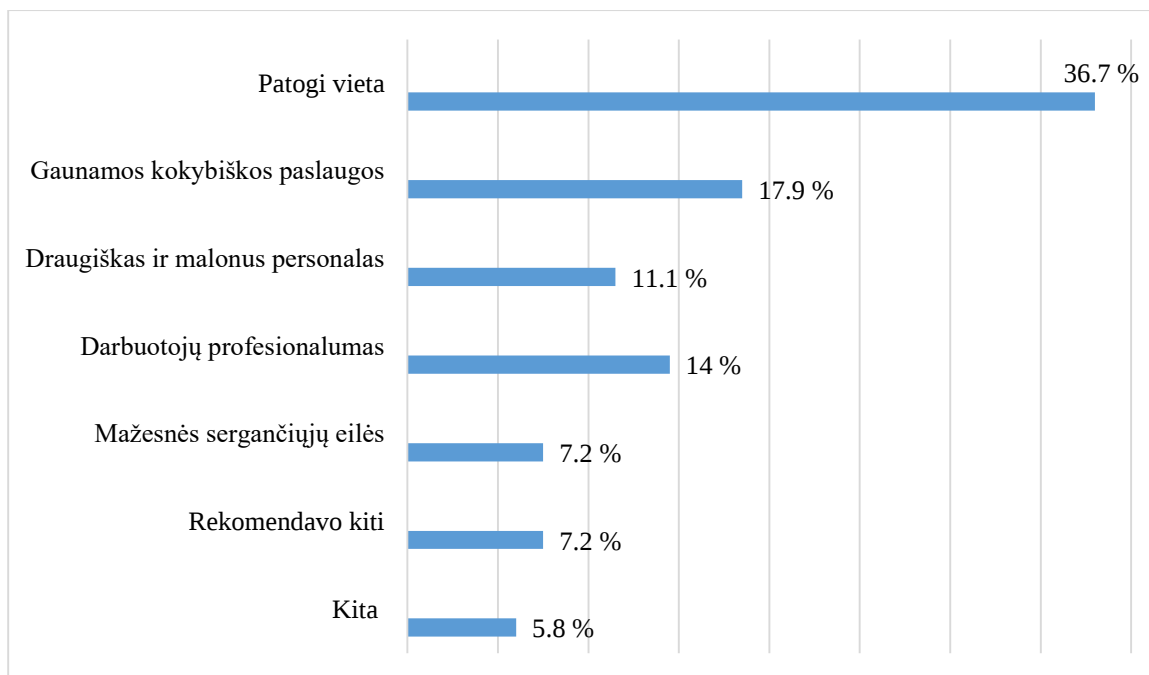
Pacientų atvykimo į sveikatos priežiūros įstaigą laiko trukmė. Labai svarbu, kad sveikatos priežiūros įstaiga būtų pacientams patogioje vietoje, jog būtų laiku suteikiamos medicininės paslaugos. Respondentų buvo prašoma įvardinti, kiek jie įprastai sugaišta laiko atvykti į lankomą sveikatos priežiūros įstaigą. (žr. 3 pav.).



3 pav. Procentinis pacientų pasiskirstymas pagal atvykimo į sveikatos priežiūros įstaigą laiko trukmę

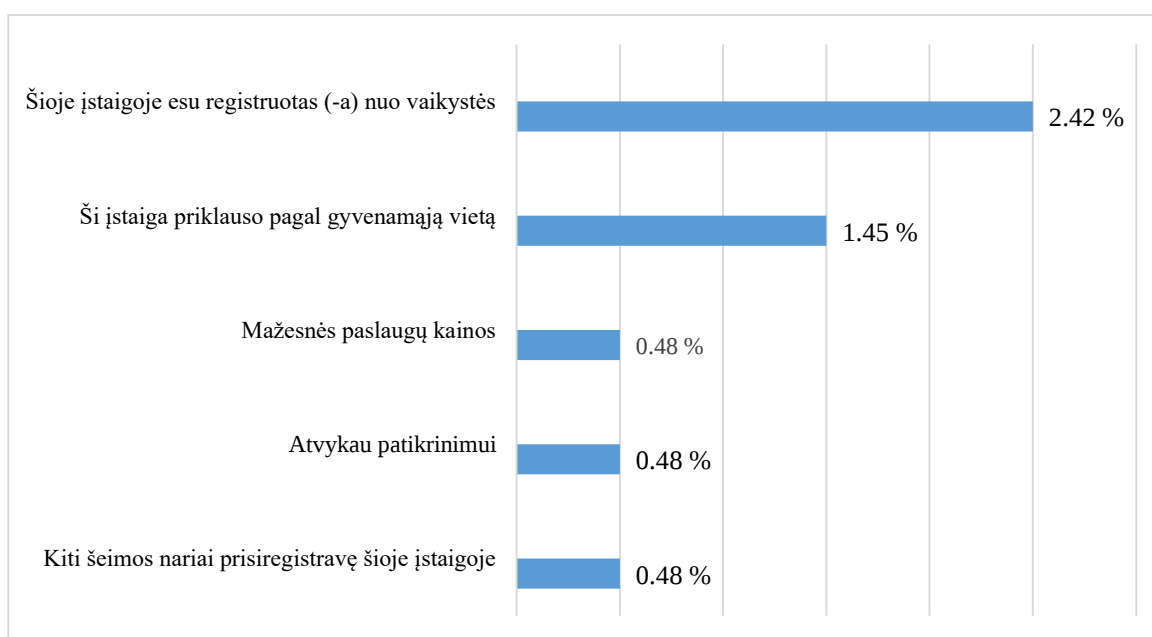
Kaip matoma 3 diagramoje, 44 proc. apklaustųjų nurodė, kad nuo namų iki lankomos sveikatos priežiūros įstaigos nuvykti yra sugaištama 20–40 minučių. Kiek mažiau – 41.6 proc. respondentų – iki sveikatos priežiūros įstaigos atvykti užtrunka iki 20 minučių. 12 proc. apklaustųjų sugaišta 40–60 minučių ir tik 2.4 proc. – daugiau nei valandą.

Pacientų sveikatos priežiūros įstaigos lankymo pasirinkimas. Respondentų buvo prašoma pasirinkti pagrindines priežastis, lemiančias lankomos sveikatos priežiūros pasirinkimą (žr. 4 pav.).



4 pav. Pacientų lankomos sveikatos priežiūros įstaigos lankymo priežastys

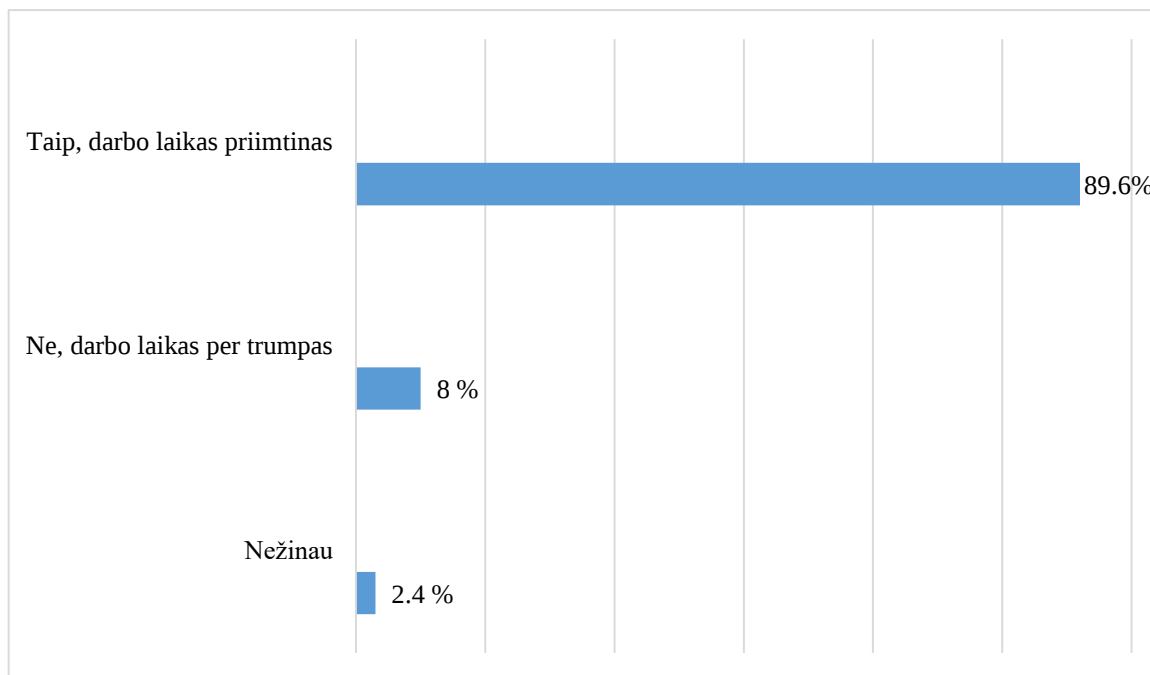
Išanalizavus gautus respondentų atsakymus pastebėta, kad didžiausia dalis respondentų (36.7 proc.) į lankomą sveikatos priežiūros įstaigą atvyksta dėl to, kad ji yra jiems patogioje vietoje. Nemaža dalis tyrime dalyvavusių asmenų sveikatos priežiūros įstaigoje lankosi dėl to, jog joje gaunamos kokybiškos paslaugos (17.9 proc.), dirba profesionalūs ir kvalifikuoti darbuotojai (14 proc.) bei draugiškas ir malonus personalas (11.1 %). Respondentai taip pat nurodė, kad jų pasirinktoje įstaigoje yra mažesnės sergančiųjų eilės (7.2 proc.) bei jiems šią įstaigą rekomendavo kiti asmenys (7.2 proc.). 5.8 proc. apklausoje dalyvavusių asmenų nurodė ir kitas priežastis, dėl kurių lankosi savo sveikatos priežiūros įstaigoje (žr. 5 pav.).



5 pav. Pacientų lankomos sveikatos priežiūros įstaigos kitos lankymo priežastys

5.8 proc. respondentų, pasirinkusių *kita* atsakymų variantą, nurodė, kad savo sveikatos priežiūros įstaigoje lankosi dėl to, kad joje yra registruotas (-a) nuo pat vaikystės (2.42 proc.), taip pat dėl to, kad įstaiga priklauso pagal gyvenamąją vietą (1.45 proc.). Priežastis, tokias kaip mažesnės paslaugų kainos, atvykimas patikrinti bei tai, kad kiti šeimos nariai yra prisiregistravę šioje įstaigoje, įvardijo po vieną respondentą (0.48 proc.).

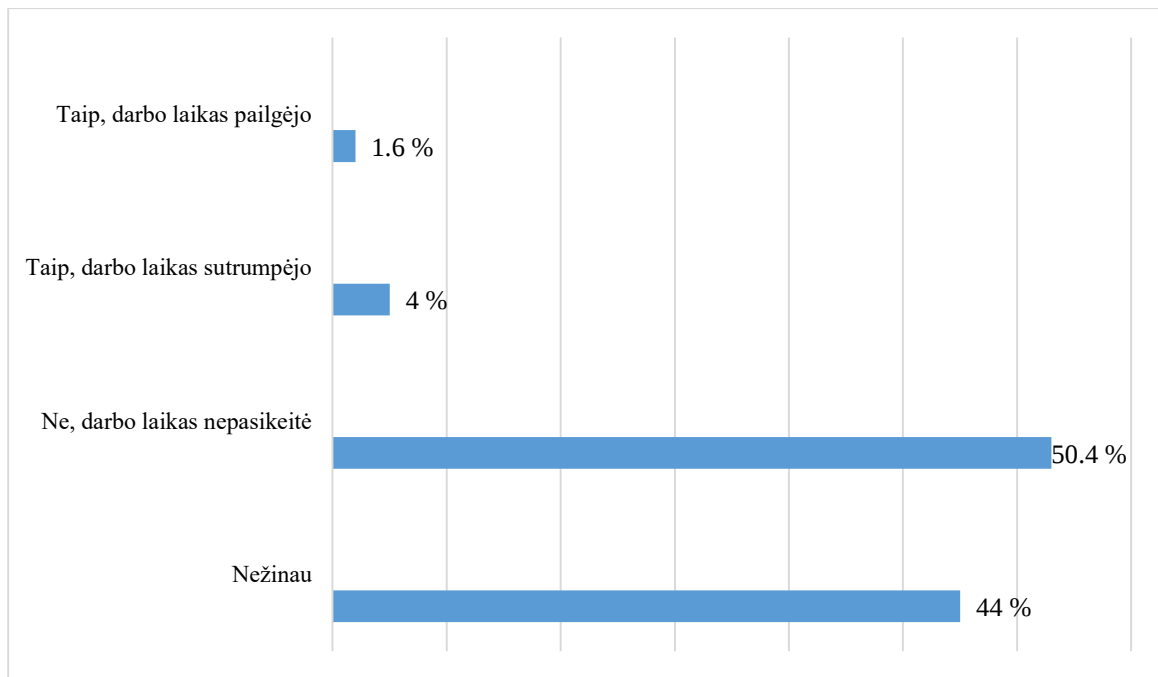
Sveikatos priežiūros įstaigos darbo laikas. Vienas iš pagrindinių kriterijų, leidžiančių įvertinti teikiamų paslaugų prieinamumą, yra įstaigos darbo laikas. Todėl respondentų buvo teirautasi, ar lankomos sveikatos priežiūros įstaigos darbo laikas yra priimtinas (žr. 6 pav.)



6 pav. Sveikatos priežiūros įstaigos darbo laiko priimtumas

Tyrime dalyvavę respondentai yra patenkinti lankomos sveikatos priežiūros įstaigos darbo laiku ir laiko jį priimtinu (89.6 proc.). Tik 8 proc. visų apklaustųjų įstaigos darbo laikas yra nepriimtinas. Šie respondentai pažymėjo, kad darbo laikas yra per trumpas. 2.4 proc. nežino, ar darbo laikas lankomoje įstaigoje yra priimtinas.

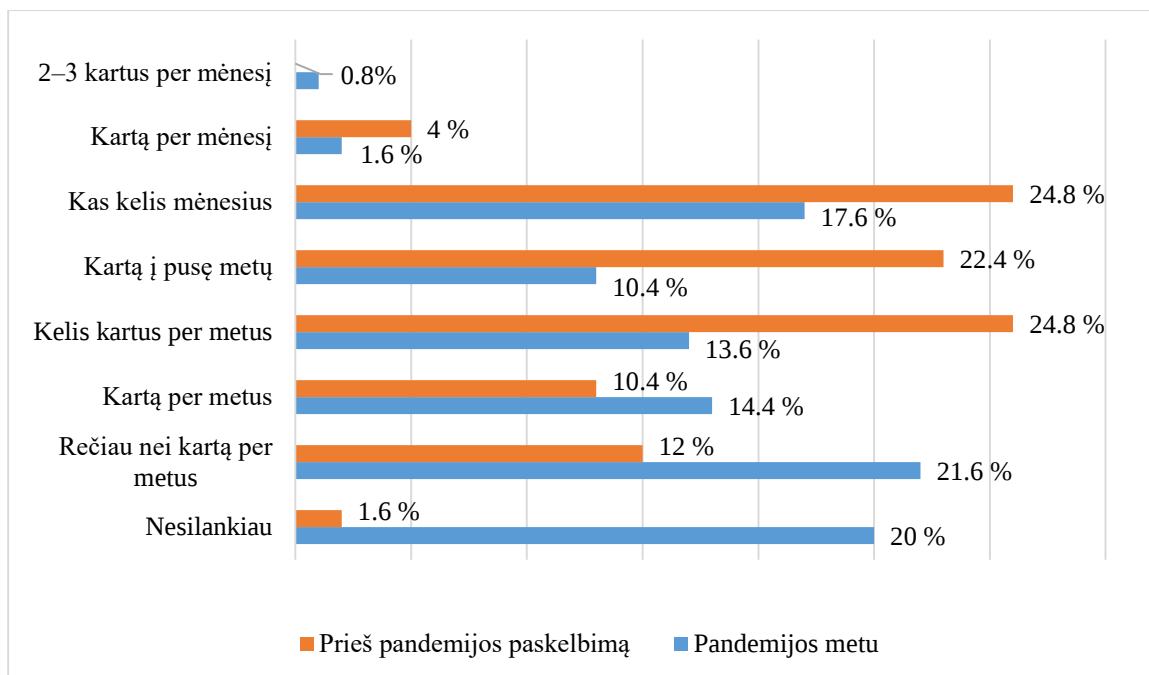
Sveikatos priežiūros įstaigų darbo laikas pandemijos metu. Respondentams buvo užduotas klausimas apie sveikatos priežiūros įstaigų darbo laiką pandemijos metu. Respondentai turėjo atsakyti į klausimą, ar jų lankomos sveikatos priežiūros įstaigos darbo laikas yra pasikeitęs pandemijos metu (žr. 7 pav.).



7 pav. Sveikatos priežiūros darbo laikas pandemijos metu

Pusė tyrime dalyvavusių asmenų nurodė, kad jų lankomos sveikatos priežiūros įstaigos darbo laikas nepasikeitė (50.4 proc.). Nemaža dalis respondentų atsakė, kad nežino, ar jų lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje yra pasikeitęs darbo laikas (44 proc.). Iš šio atsakymo galima daryti išvadą, kad darbo laikas pandemijos metu buvo priimtinas ir tinkamas pacientams, nes apie galimus pasikeitimus jie nežinojo. Taip pat galima pastebėti, kad informacinė sklaida nebuvo užtikrinta, dėl to pacientai negalėjo žinoti apie galimus darbo laiko pasikeitimus. 4 proc. teigė, kad sveikatos priežiūros įstaigos darbo laikas sutrumpėjo ir tik 1.6 proc. atsakė, jog darbo laikas pailgėjo.

Pacientų lankymosi sveikatos priežiūros įstaigoje dažnumas. Norint išsiaiškinti tyrime dalyvavusių pacientų nuomonę apie jų lankomos sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų paslaugų kokybę pandemijos metu, svarbu išsiaiškinti, kaip dažnai pacientai lankėsi sveikatos priežiūros įstaigoje prieš pandemijos paskelbimą ir pandemijos metu. Taigi respondentų buvo pasiteirauta, kaip dažnai savo lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje jie lankėsi prieš pandemijos paskelbimą ir pandemijos metu (žr. 8 pav.).

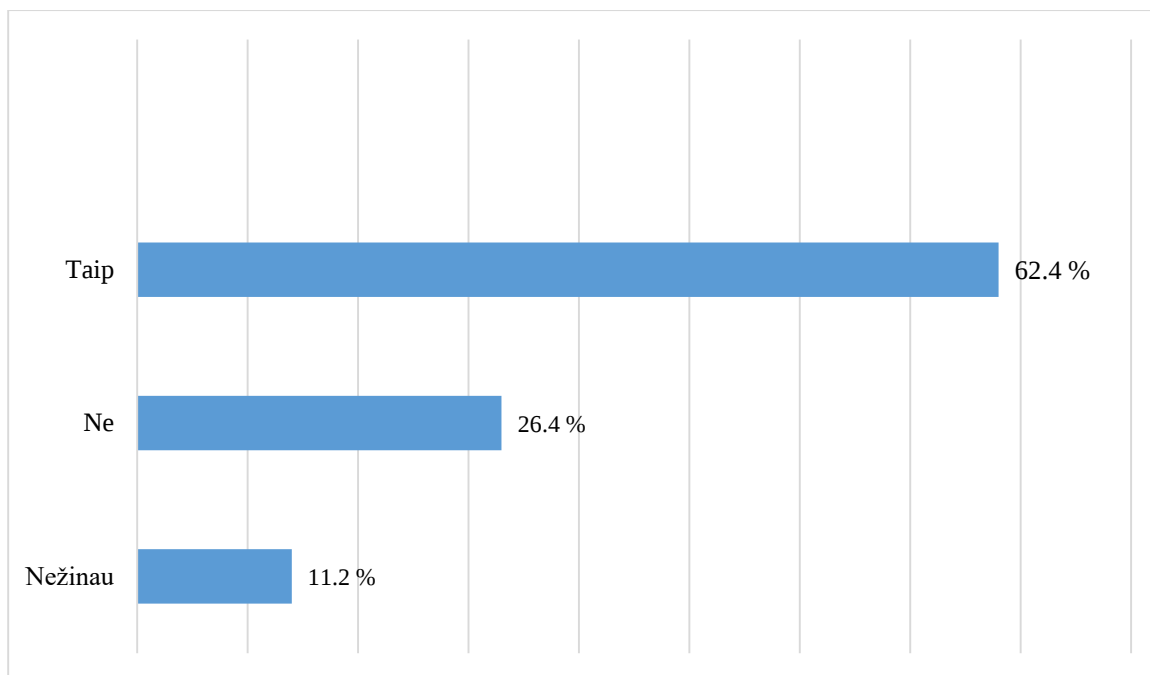


8 pav. Pacientų lankymosi sveikatos priežiūros įstaigoje dažnumas prieš pandemijos paskelbimą ir pandemijos metu

Kaip matoma diagramoje, prieš pandemijos paskelbimą 24.8 proc. respondentų savo sveikatos priežiūros įstaigoje lankėsi kas kelis mėnesius. Toks pats procentas žmonių nurodė, kad prieš pandemijos paskelbimą įstaigoje lankėsi kelis kartus per metus. Kiek mažiau – 22.4 proc. – apklaustųjų sveikatos priežiūros įstaigoje lankydavosi kartą į pusę metų, 12 proc. – rečiau nei kartą per metus, 10.4 proc. – kartą per metus bei 4 proc. apklaustųjų nurodė, kad prieš pandemiją lankydavosi kartą per mėnesį. Tik 1.6. proc. apklaustųjų nurodė, kad prieš pandemijos paskelbimą sveikatos priežiūros įstaigoje iš viso nesilankė. Nebuvo nė vieno respondento, kuris lankėsi sveikatos priežiūros įstaigoje dažniau nei kartą per savaitę arba kartą per savaitę.

21.6 proc. apklaustųjų pandemijos metu savo sveikatos priežiūros įstaigoje lankėsi rečiau nei kartą per metus. Gana nemažas procentas respondentų nurodė, kad iš viso nesilankė sveikatos priežiūros įstaigoje pandemijos metu (20 proc.) 17.6 proc. tyrime dalyvavusių asmenų pandemijos metu sveikatos priežiūros įstaigoje lankėsi kas kelis mėnesius, 14.4 proc. – kartą per metus, 13.6 proc. – kelis kartus per metus, 10.4 proc. – kartą į pusę metų. Tik 1.6 proc. respondentų nurodė, kad įstaigoje pandemijos metu lankėsi kartą per mėnesį ir 0.8 proc. – 2–3 kartus per metus. Nebuvo nė vieno respondento, kuris lankėsi sveikatos priežiūros įstaigoje kartą per savaitę arba dažniau nei kartą per savaitę.

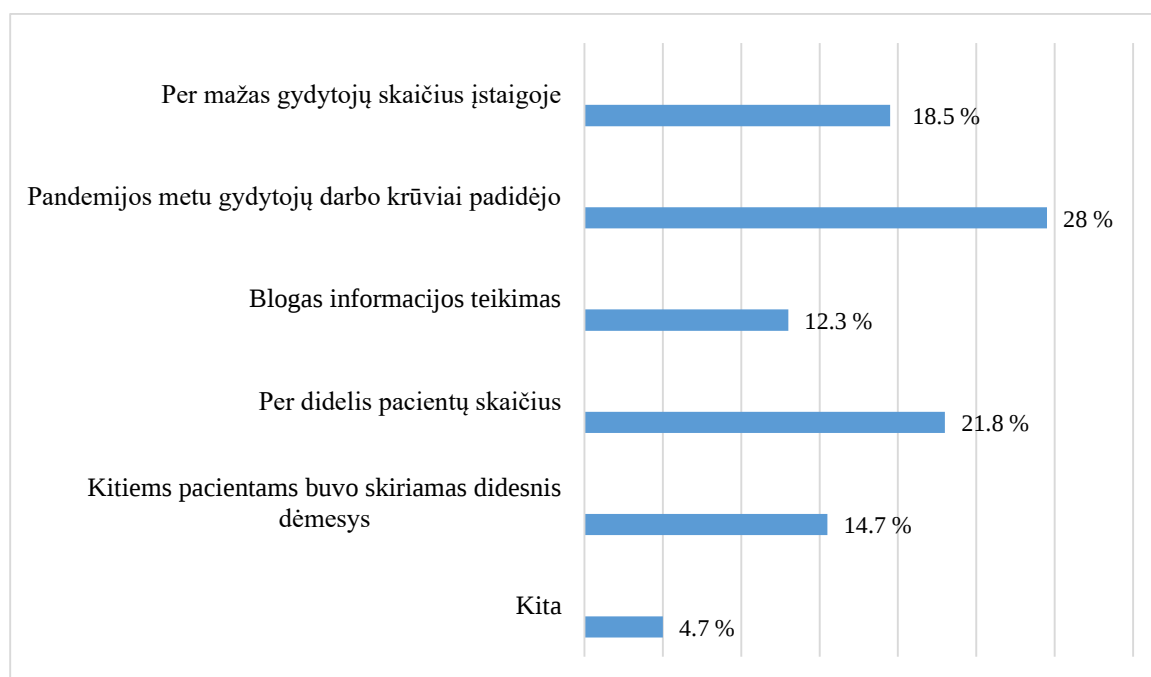
Konsultacijos iš gydytojų pandemijos metu. Pacientų buvo teirautasi apie konsultacijas iš gydytojų pandemijos metu. Jiems buvo užduotas klausimas, ar pandemijos metu tapo sunkiau gauti konsultaciją iš gydytojo sveikatos priežiūros įstaigoje (žr. 9 pav.).



9 pav. Konsultacijų prieinamumas sveikatos priežiūros įstaigose pandemijos metu

Kaip matoma diagramoje, daugiau negu pusė apklaustų respondentų teigia, kad pandemijos metu tapo sunkiau gauti konsultacijas iš gydytojų (62.4 proc.). 26.4 proc. apklaustųjų pandemijos metu nebuvo sunkiau gauti konsultacijų iš gydytojų jų lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje. Kai kurie tyrime dalyvavę asmenys išlaikė neutralią nuomonę ir nurodė, kad nežino, ar pandemija turėjo kokios nors įtakos gydytojų konsultacijų teikimui (11.2 proc.).

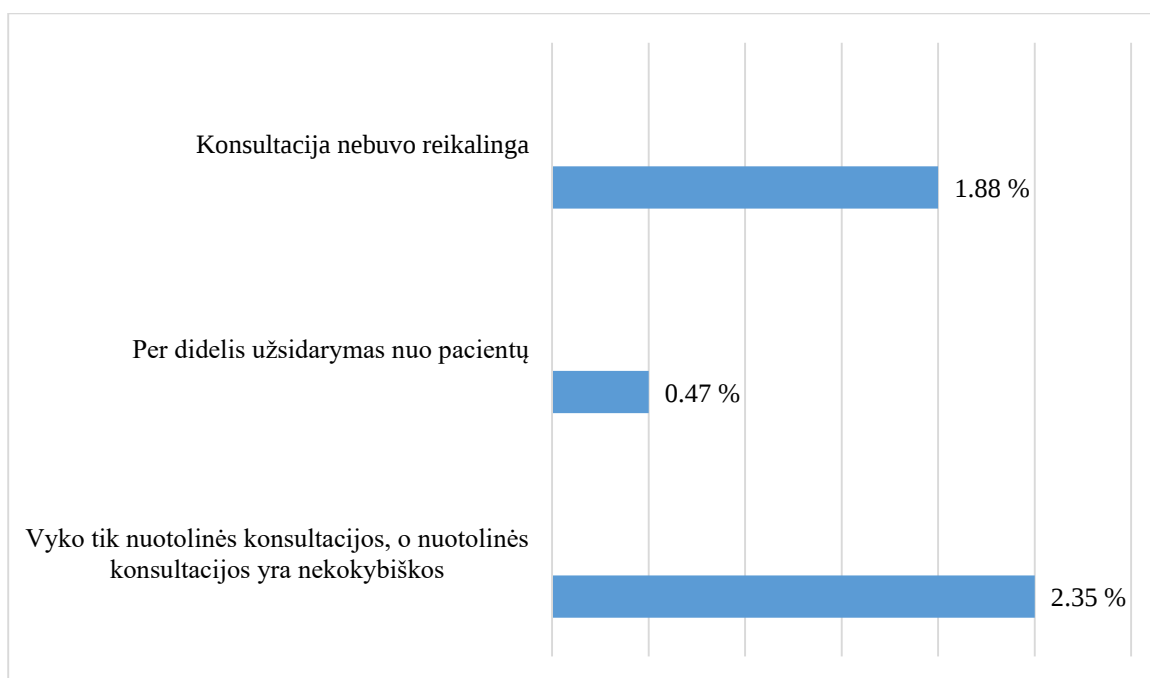
Respondentų, kurie nurodė, kad pandemijos metu tapo sunkiau gauti konsultacijas iš gydytojų, buvo paprašyta įvardinti pagrindines to priežastis (žr. 10 pav.).



10 pav. Konsultacijų gavimo sudėtingumas sveikatos priežiūros įstaigose pandemijos metu

Pagrindinės priežastys, kodėl pandemijos metu tapo sunkiau gauti konsultacijas iš gydytojų, pacientų nuomone, yra padidėję gydytojų darbo krūviai (28 proc.) bei per didelis pacientų skaičius jų lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje (21.8 proc.). Respondentų nuomone, pandemijos metu iš gydytojų tapo sunkiau gauti konsultacijas dar ir dėl to, kad jų lankomoje įstaigoje yra per mažas gydytojų skaičius (18.5 proc.). Tam taip pat įtakos turėjo gydytojų skiriamas didesnis dėmesys kitiems pacientams (14.7 proc.) ir blogas informacijos teikimas sveikatos priežiūros įstaigoje (12.3 proc.), tačiau šias priežastis nurodė mažesnis procentas apklaustųjų.

4.7 proc. respondentų nurodė kitas priežastis, dėl kurių, jų nuomone, pandemijos metu tapo sunkiau gauti konsultaciją iš gydytojų jų lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje. Gauti respondentų atsakymai buvo išanalizuoti ir suskirstyti į 3 grupes (žr. 11 pav.).



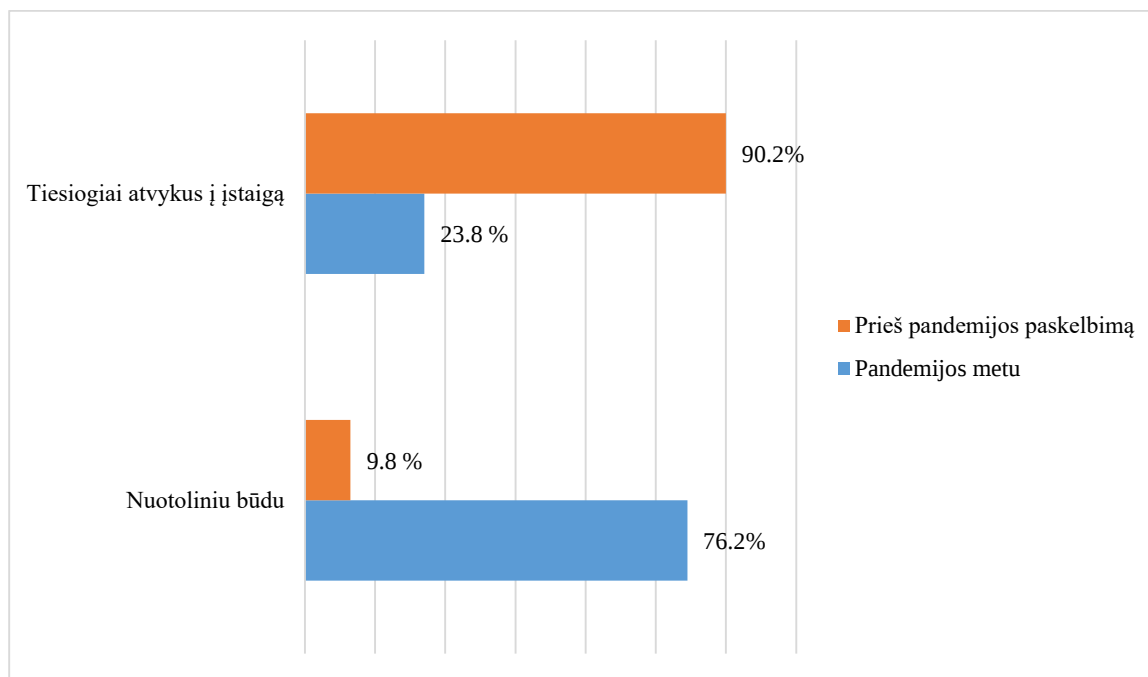
11 pav. Kitos konsultacijos gavimo sudėtingumo priežastys pandemijos metu

Kaip pavaizduota 11 paveiksle, atsakydami į klausimą, kokios yra pagrindinės priežastys, dėl kurių tapo sunkiau gauti konsultacijas iš gydytojų pandemijos metu, 1.88 proc. nurodė, kad konsultacijos pandemijos metu jiems nebuvo reikalingos. 2.35 proc. tyrime dalyvavusių pacientų teigė, kad pandemijos metu vyko tik nuotolinė konsultacijos, kurios neužtikrino kokybiškų paslaugų gavimo. 0.47 proc. nurodė, kad to priežastis yra per didelis užsidarymas nuo pacientų.

Kadangi pandemijos metu konsultacijos su gydytojais vyko nuotoliniu būdu, tapo sunkiau prisiskambinti į sveikatos priežiūros įstaigas. Dėl to didėjo laukiančiųjų pacientų eilės ir pirminės sveikatos priežiūros paslaugos nebuvo visada suteikiamos laiku ir kokybiškai. V. Janušonis ir J. Popovienė (2004), išskirdami prieinamumą ir lygias galimybes kaip vieną iš kokybiškos sveikatos priežiūros bruožų, teigia, kad sveikatos priežiūros paslaugos turi būti teikiamos tinkamu laiku ir tinkamoje vietoje, pacientui turi būti suteikta reikiama informacija, paslaugos visiems pacientams turi

būti užtikrinamos ir teikiamos vienodomis sąlygomis. Kadangi dėl sparčiai plintančio koronaviruso augo sergančiųjų eilės, kartu didėjo ir gydytojų darbo krūviai, dėl ko sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procesas sulėtėjo. COVID-19 sergantiems asmenims buvo skiriamas didžiausias dėmesys ir turimi resursai, dėl to kitų sveikatos problemų turintiems pacientams buvo skiriamas mažesnis dėmesys.

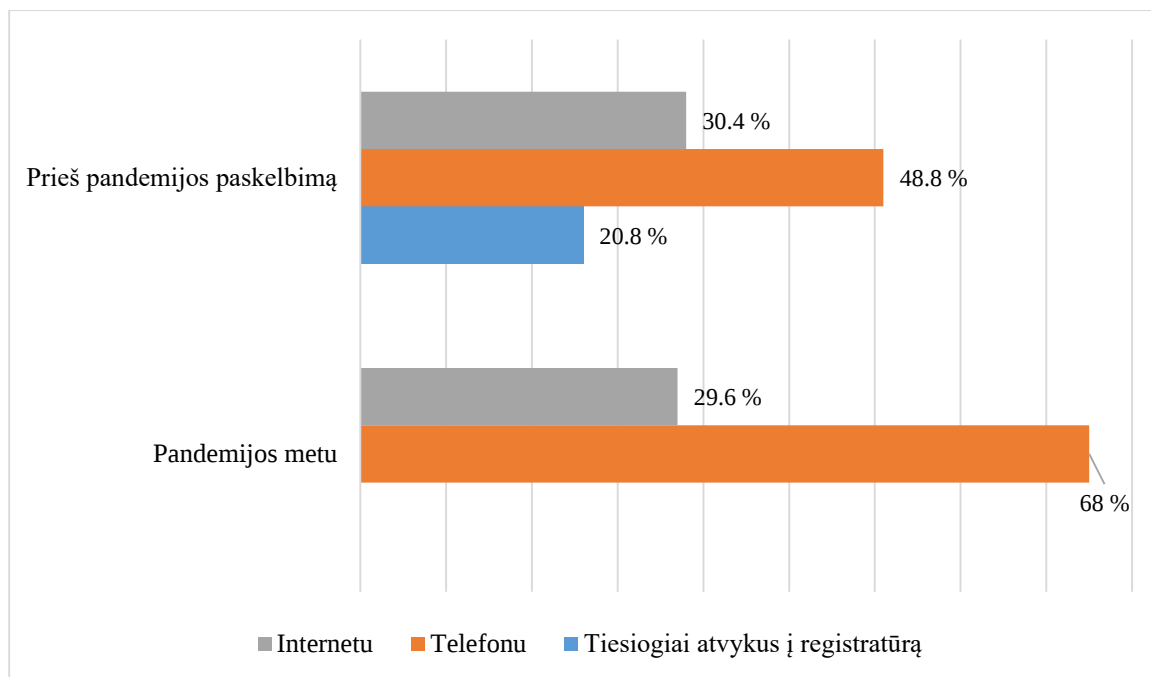
Konsultacijos su gydytoju prieš pandemijos paskelbimą ir pandemijos metu. Respondentų buvo prašoma atsakyti į klausimą, kokių būdu prieš pandemijos paskelbimą ir pandemijos metu jie konsultavosi su gydytoju (žr. 12 pav.).



12 pav. Konsultacijos būdai su gydytoju prieš pandemijos paskelbimą ir pandemijos metu

Net 90.2 proc. apklaustųjų nurodė, kad prieš pandemijos paskelbimą su gydytoju konsultuodavosi tiesiogiai atvykę į sveikatos priežiūros įstaigą, 23.8 proc. su gydytoju konsultuodavosi nuotoliniu būdu. Kaip pavaizduota 11 paveiksle, pandemijos metu konsultacijos su gydytoju vyko priešingai nei prieš pandemijos paskelbimą. 76.2 proc. pacientų savo sveikatos priežiūros įstaigoje su gydytoju konsultavosi nuotoliniu būdu ir tik 9.8 proc. respondentų turėjo galimybę tiesiogiai atvykti į sveikatos priežiūros įstaigą konsultacijai gauti.

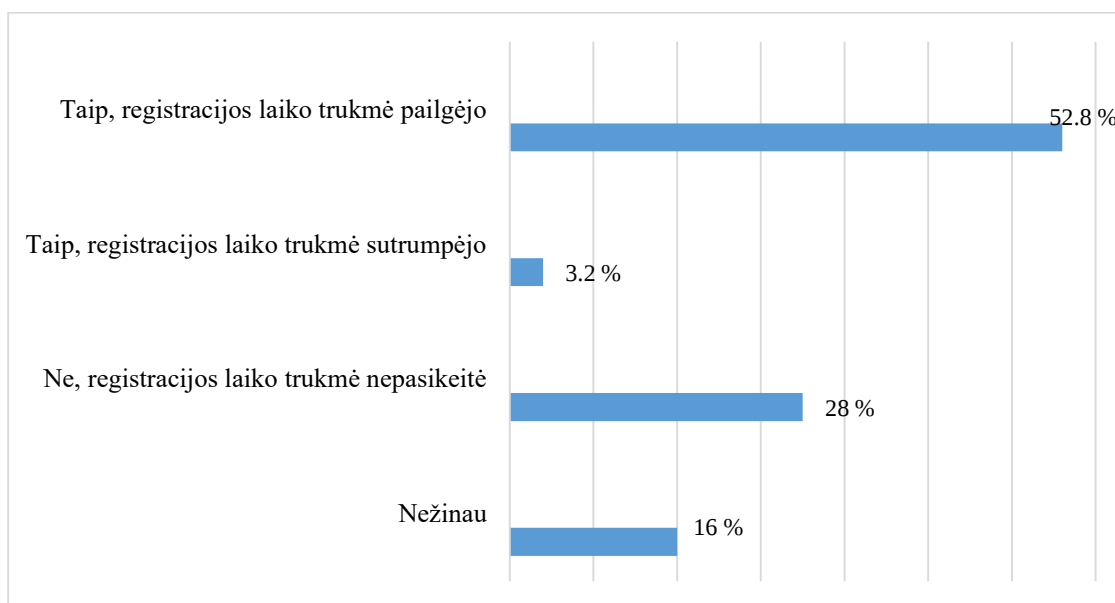
Pacientų registravimas sveikatos priežiūros įstaigoje prieš pandemijos paskelbimą ir pandemijos metu. Respondentų buvo prašoma nurodyti, koku būdu jie registruodavosi į sveikatos priežiūros įstaigą prieš pandemijos paskelbimą ir pandemijos metu (žr. 13 pav.).



13 pav. Pacientų registracijos sveikatos priežiūros įstaigoje

Išanalizavus gautus respondentų atsakymus galima teigti, kad prieš pandemijos paskelbimą pacientai vizitui registruodavosi dažniau telefonu (48.8 proc.) arba internetu (30.4 proc.) nei tiesiogiai atvykus į įstaigą. Svarbu atkreipti dėmesį, kad pandemijos metu nebuvo nė vieno paciento, kuris į sveikatos priežiūros įstaigą registruotųsi tiesiogiai atvykus į įstaigą. Daugiau nei pusė visų respondentų vizitui registravosi telefonu (68 proc.) ir 29.6 proc. – internetu. 2.4 proc. tyrime dalyvavusių pacientų į šį klausimą neatsakė.

Respondentų taip pat buvo teirautasi, ar pandemijos metu registracijos laiko trukmė pasikeitė (žr. 14 pav.).

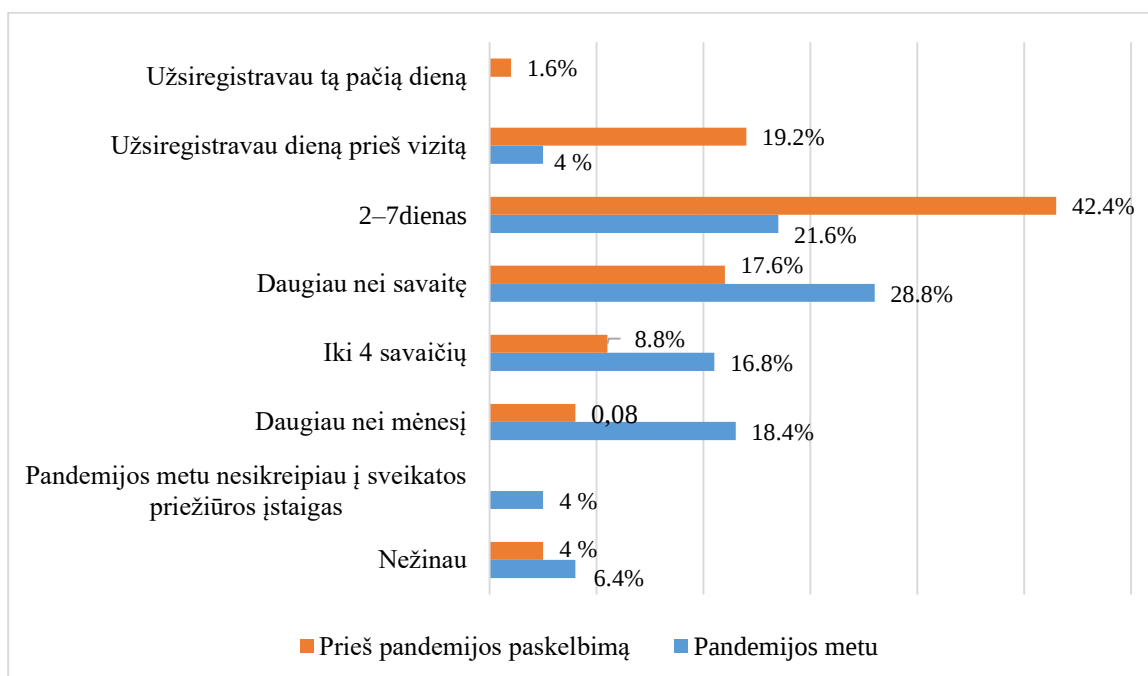


14 pav. Registracijos laiko trukmė pandemijos metu

Kaip matyti diagramoje, daugiau nei pusė apklaustųjų pacientų nurodė, kad registracijos į sveikatos priežiūros įstaigą laiko trukmė pailgėjo (52.8 proc.). 28 proc. respondentų lankomose sveikatos priežiūros įstaigose registracijos laiko trukmė nepasikeitė. 16 proc. išlaikė neutralią nuomonę ir nurodė, kad nežino, ar registracijos laiko trukmė pasikeitė pandemijos metu. Svarbu atkreipti dėmesį, kad į šį klausimą galėjo pasirinkti neutralų atsakymą ir tie, kurie sveikatos priežiūros įstaigose pandemijos metu iš viso nesiregistravo. Tik 3.2 proc. apklaustųjų nurodė, kad registracijos laiko trukmė sutrumpėjo.

Kaip nurodyta 13 pav., 68 proc. respondentų vizitui į sveikatos priežiūros įstaigą registravosi telefonu, o internetu – 29.6 proc. Taigi dėl didelio pacientų srauto ir nuotoliniu būdu vykdomų konsultacijų galėjo pailgėti ir registracijos laiko trukmė.

Iš anksto užregistruoto vizito laukimas sveikatos priežiūros įstaigoje. Pacientų buvo teirautasi, ar ilgai tekdavo laukti iš anksto užregistruoto vizito sveikatos priežiūros įstaigoje prieš pandemijos paskelbimą ir pandemijos metu (žr. 15 pav.).



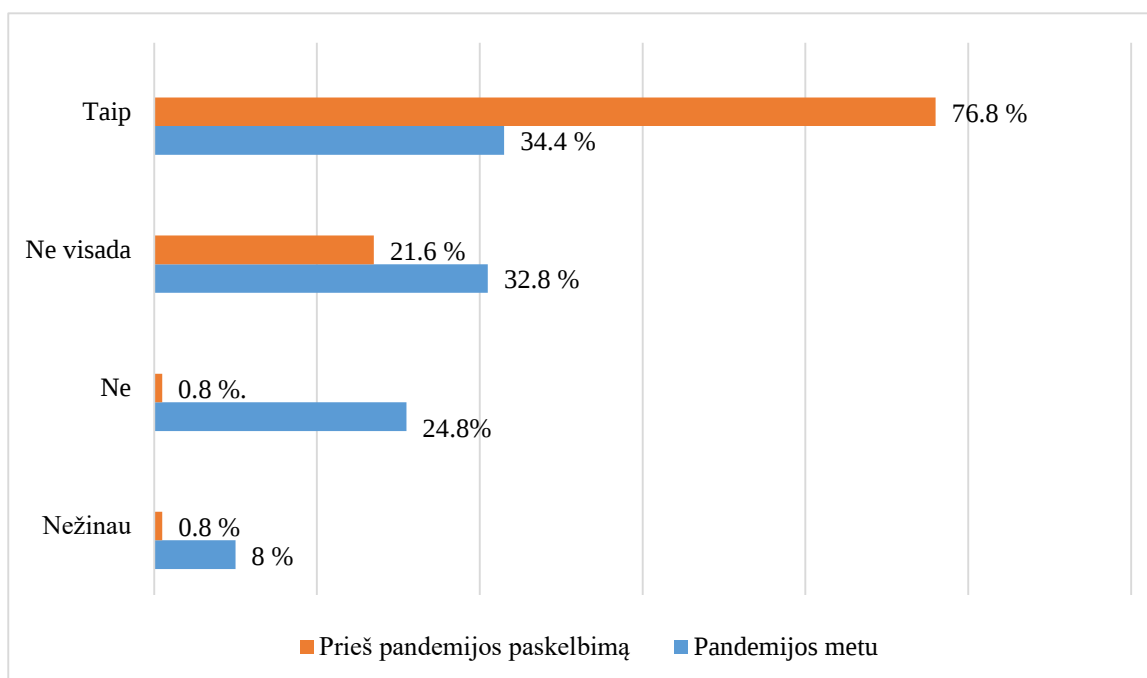
15 pav. Iš anksto užregistruoto vizito laukimas prieš pandemijos paskelbimą ir pandemijos metu

Kaip matoma diagramoje, prieš pandemijos paskelbimą pacientai iš anksto užregistruoto vizito į sveikatos priežiūros įstaigą įprastai laukdavo 2–7 dienas (42.4. proc.). 19.2 proc. apklaustųjų nurodė, kad vizitui pavykdavo užsiregistruoti dieną prieš atvykimą. Daugiau nei savaitę vizito laukė 17.6 proc. respondentų. Mažesnę dalis pacientų vizito laukė iki 4 savaičių (8.8 proc.). 4 proc. apklaustųjų išlaikė neutralią nuomonę ir atsakė, kad nežino, kiek laiko jiems teko laukti iš anksto užregistruoto vizito. Tik 1.6 proc. apklaustųjų pacientų teigė, kad užsiregistruoti vizitui jiems pavykdavo dar tą pačią dieną, o 0.8 proc. nurodė, kad laukė ilgiau nei vieną mėnesį.

Pandemijos metu pacientams iš anksto užregistruoto vizito tekdavo laukti ilgiau. 28.8 proc. apklaustųjų nurodė, kad vizito jiems tekdavo laukti daugiau nei savaitę. Gana nemažas procentas

paklaustųjų vizitams užsiregistruodavo prieš 2–7 dienas (21.6 proc.), tačiau šis skaičius apima per pusę mažiau pacientų, nei prieš pandemijos paskelbimą. Daugiau nei mėnesį iš anksto užregistruoto vizito laukė net 18.4 proc. apklaustųjų – tai yra žymiai didesnis pacientų skaičius, negu prieš pandemijos paskelbimą. Iki keturių savaičių vizito teko laukti 16.8 proc. pacientų. Šis skaičius taip pat yra ženkliai didesnis lyginant su pacientų skaičiumi prieš pandemijos paskelbimą. 6.4 proc. nurodė, kad nežino, kiek ilgai iš anksto užregistruoto vizito pacientai laukė. 4 proc. apklaustųjų nurodė, kad vizitas jiems buvo paskirtas dar kitą dieną po to, kai į įstaigą buvo kreiptasi. Kiti 4 proc. nurodė, kad sveikatos priežiūros įstaigoje pandemijos metu iš viso nesikreipė ir nesilankė.

Medicinių paslaugų suteikimas. Pacientų buvo teirautasi, ar prieš pandemijos paskelbimą ir pandemijos metu jiems buvo laiku suteiktos jiems reikalingos medicininės paslaugos (žr. 16 pav.).



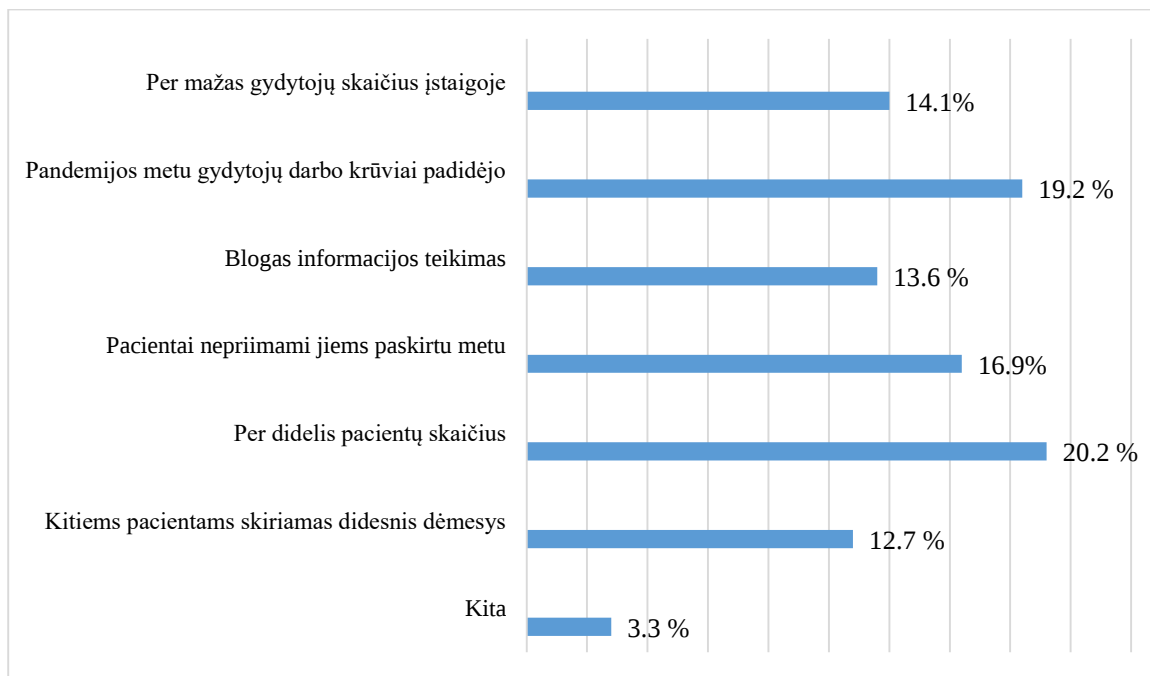
16 pav. Medicinių paslaugų suteikimas laiku prieš pandemijos paskelbimą ir pandemijos metu

Prieš pandemijos paskelbimą net 76.8 proc. pacientų laiku gavo medicininės paslaugas. Pandemijos metu pacientų, laiku gavusių medicininės paslaugas, skaičius sumažėjo – paslaugas laiku gavo daugiau nei per pusę mažiau pacientų – 34.4 proc. Prieš pandemiją tik 0.8 proc. pacientų medicininės paslaugos nebuvo suteiktos laiku, o pandemijos metu jų negavo net 24.8 proc. pacientų. 21.6 proc. respondentų nurodė, kad medicininės paslaugos prieš pandemiją ne visada buvo suteiktos laiku, o pandemijos metu laiku negavusių pacientų skaičius padidėjo iki 32.8 proc. 0.8 proc. apklaustųjų nurodė, kad nežino, ar prieš pandemiją jiems buvo laiku suteiktos medicininės paslaugos ir 8 proc. tokią nuomonę turi ir apie pandemijos metu teikiamas paslaugas.

Svarbu pažymėti, kad sveikatos priežiūros paslaugos ypatingos tuo, kad paciento poreikiai labai individualūs, todėl svarbu tiksliai juos vertinti, nedelsiant reaguoti bei teikti kvalifikuotas paslaugas ir

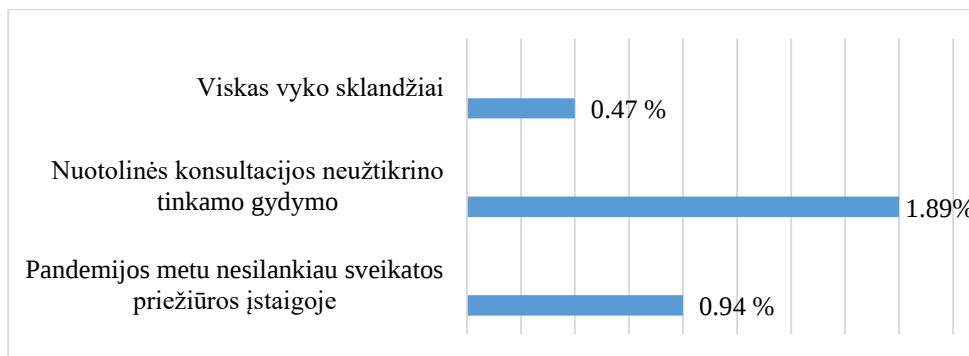
būti nuolat pasiruošus jas teikti (Pociūtė 2002, 20). Todėl medicininių paslaugų suteikimas laiku sveikatos priežiūros įstaigose turėtų būti užtikrinamas norint užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę.

Pacientai, kurie atsakė, jog pandemijos metu jiems nebuvo laiku suteiktos medicininės paslaugos, buvo paprašyti nurodyti, jų nuomone, pagrindines to priežastis (žr. 17 pav.).



17 pav. Pandemijos metu laiku nesuteiktų medicininių paslaugų priežastys

Kaip matoma diagramoje, pagrindinės priežastys, dėl kurių pandemijos metu nebuvo laiku suteiktos medicininės paslaugos, yra per didelis pacientų skaičius (20.2 proc.), padidėję gydytojų darbo krūviai (19.2 proc.) bei pacientų nepriėmimas jiems paskirtu metu (16.9 proc.). Taip pat pacientai nurodė, kad tam įtakos turėjo ir per mažas gydytojų skaičius įstaigoje (14.1 proc.), blogas informacijos teikimas (13.6. proc.), kitiems pacientams skiriamas didesnis dėmesys (12.7 proc.). 3.3 proc. apklaustųjų nurodė kitas priežastis, dėl kurių, jų nuomone, medicininės paslaugos pandemijos metu nebuvo suteiktos laiku. Išanalizavus gautus rezultatus, respondentų atsakymai buvo susisteminti ir suskirstyti į grupes (žr. 18 pav.).



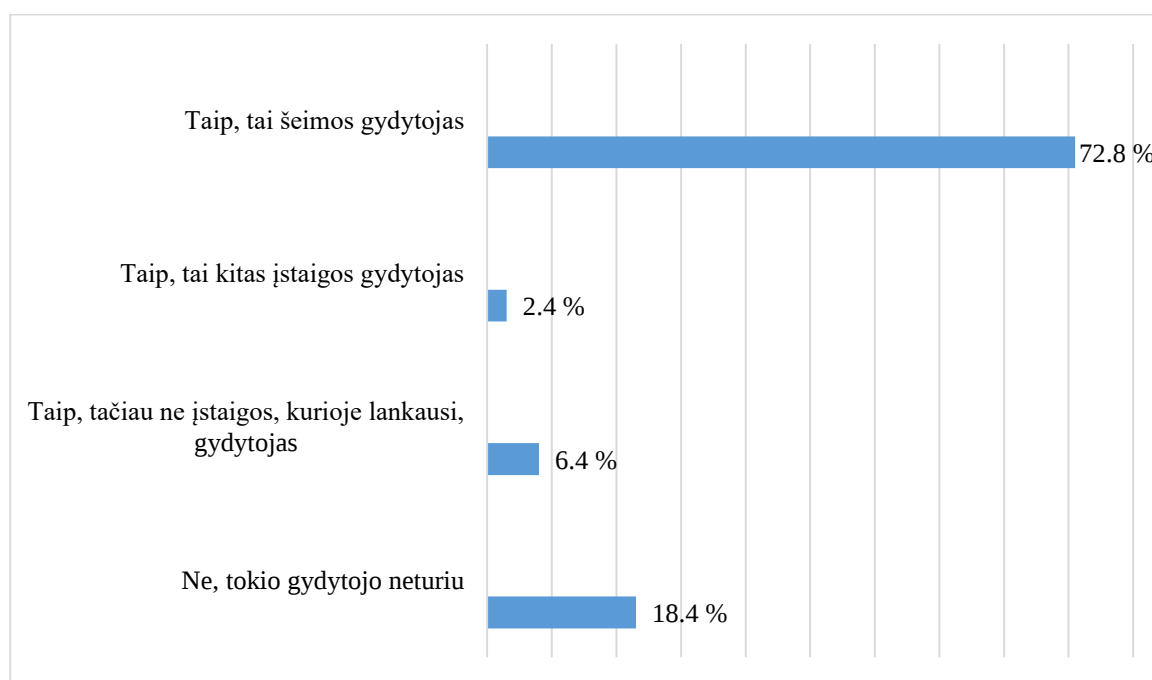
18 pav. Pandemijos metu laiku nesuteiktų medicininių paslaugų kitos priežastys

Kaip kitą priežastį, dėl ko medicininės paslaugos pandemijos metu nebuvo suteiktos laiku, pacientai nurodė nuotolines konsultacijas ir teigė, kad jos yra nekokybiškos ir neužtikrina tinkamo

gydymo pacientams. Kiti respondentai nurodė, kad pandemijos metu nesilankė sveikatos priežiūros įstaigoje (1.89 proc.), taip pat, kad paslaugos buvo užtikrinamos ir viskas vyko sklandžiai (0.47 proc.).

3.1.2. Sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumas ir rezultatyvumas bei darbuotojų profesionalumas lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje

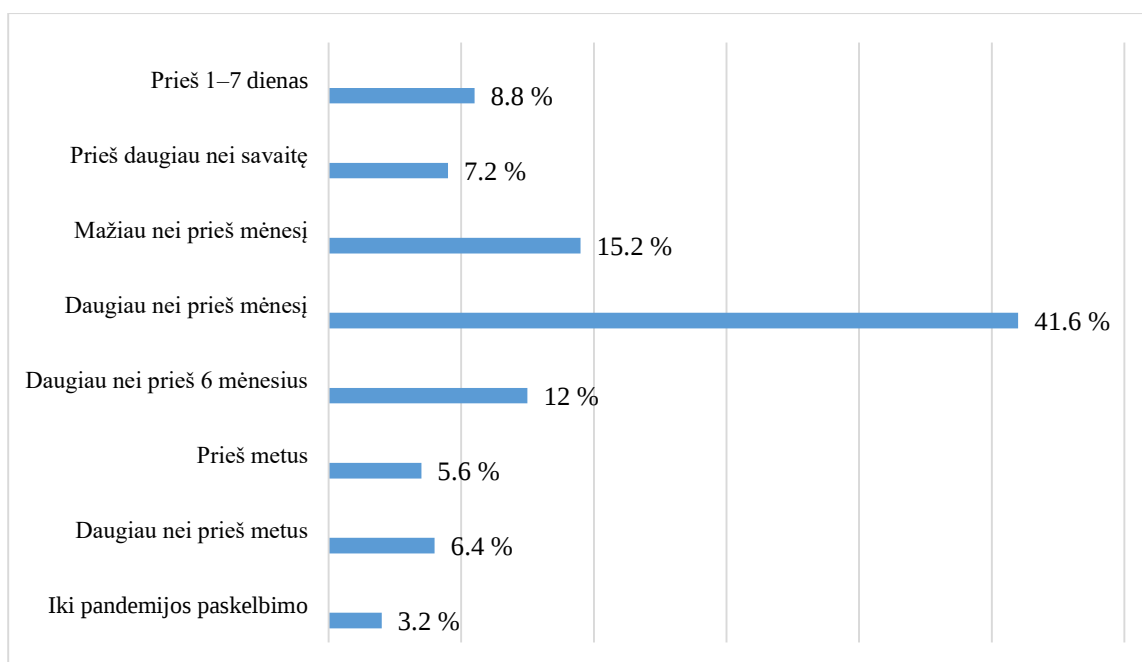
Vykdamt apklausą taip pat norėta išsiaiškinti, ar pacientai turi gydytoją, kuriuo pasitiki ir kuris atsiradus sveikatos problemoms juos konsultuoja pirmas (žr. 19 pav.).



19 pav. Gydytojo, į kurį kreipiamasi atsiradus sveikatos problemoms, turėjimas

Išanalizavus respondentų atsakymus paaiškėjo, kad didelė dalis pacientų turi gydytoją, į kurį kreipiasi atsiradus sveikatos problemoms. Daugiau nei pusė apklaustųjų nurodė, kad tai yra šeimos gydytojas (72.8 proc.). Kiti nurodė, kad turi tokį gydytoją savo įstaigoje (2.4 proc.) arba turi, bet ne toje sveikatos priežiūros įstaigoje, kurioje lankosi (6.4 proc.). 18.4 proc. pacientų neturi jokio gydytojo, į kurį kreiptųsi iškilus sveikatos problemoms.

Paskutinis apsilankymas sveikatos priežiūros įstaigoje. Norint išsiaiškinti, kaip pacientai vertina paskutinį savo apsilankymą sveikatos priežiūros įstaigoje, buvo užduotas klausimas, kada paskutinį kartą pacientai kreipėsi į įstaigą (žr. 20 pav.).



20 pav. Paskutinis apsilankymas sveikatos priežiūros įstaigoje

Kaip matoma diagramoje, didžioji dalis respondentų paskutinį kartą sveikatos priežiūros įstaigoje lankėsi daugiau nei prieš mėnesį (41.6 proc.). Tik 3.2 proc. apklaustųjų įstaigoje lankėsi iki pandemijos paskelbimo.

Pacientų buvo paprašyta įvertinti paskutinį apsilankymą jų lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje pagal atrinktus kriterijus. Kriterijai buvo parinkti remiantis įvairių autorių išskirtais kokybės vertinimo aspektais. Atsakymai buvo renkami remiantis Likerto matavimo skale (1 – visiškai nesutinku, 5 – visiškai sutinku) (žr. 3 lentelę).

3 lentelė. Pacientų paskutinio apsilankymo sveikatos priežiūros įstaigoje įvertinimas

Vertinami kriterijai	Visiškai nesutinku (1 balas)	Nesutinku (2 balai)	Nei sutinku, nei nesutinku (3 balai)	Sutinku (4 balai)	Visiškai sutinku (5 balai)
1. Gydytojas turėjo visus mano medicininius duomenis ir žinojo visą informaciją apie mano sveikatos būklę	1 (0.8 %)	13 (10.6 %)	16 (13 %)	61 (49.6 %)	32 (26 %)
1. Gydytojas teiravosi apie mano sveikatos problemas	2 (1.6 %)	8 (6.5 %)	13 (10.5 %)	69 (55.6 %)	32 (25.8 %)

3 lentelės tęsinys kitame puslapyje

3 lentelės tęsinys

2. Gydytojas buvo dėmesingas ir supratingas	7 (5.6 %)	10 (8.1 %)	19 (15.3 %)	62 (50 %)	26 (21 %)
3. Konsultacijos metu jaučiausi saugus	8 (6.6 %)	5 (4.1 %)	17 (13.9 %)	58 (47.5 %)	34 (27.9 %)
4. Gydytojas suteikė man reikiamą informaciją apie tyrimus, reikalingus vaistus ir kitą su mano sveikata susijusią informaciją	8 (6.4 %)	8 (6.4 %)	20 (16%)	61 (48.8 %)	28 22.4 %
5. Gydytojas buvo profesionalas, kompetentingas ir gerai atliko savo darbą	7 (5.7 %)	4 (3.3 %)	25 (20.3 %)	57 (46.3 %)	29 24.4 %
6. Buvo suteikta tinkama medicininė pagalba	4 (3.3 %)	9 (7.4 %)	17 (13.9 %)	64 (52.5 %)	28 (23 %)

Išanalizavus gautus respondentų atsakymus pastebėta, kad visi respondentai kiekvienam iš nurodytų kriterijų daugiausiai skyrė po 4 balus. Taip pat didelė dalis apklaustųjų kriterijus vertino ir 5 balais. 1 ir 2 balai buvo skirti mažiausiai kartų. Kiek daugiau respondentų nurodytus kriterijus vertino 3 balais.

Didžiausias procentas apklaustųjų (55.6 proc.) respondentų 4 balais įvertino gydytojo teiravimąsi apie paciento sveikatos problemas. 25.8 proc. apklaustųjų šiam teiginiui skyrė 5 balus ir tik 1.6 proc. šiam kriterijui skyrė 1 balą. Taigi galima teigti, kad gydytojai domisi savo pacientų sveikatos būkle, jų iškilusiomis problemomis ir yra pasiruošę jam suteikti tinkamą pagalbą.

52.5 proc. apklaustųjų 4 balais vertino ir tinkamą medicininės pagalbos suteikimą. 5 balus tinkamai medicininės pagalbos suteikimui skyrė 23 proc. apklaustųjų. 3.3 proc. pažymėjo, kad jiems nebuvo suteikta tinkama medicininė pagalba ir šiam kriterijui skyrė 1 balą.

50 proc. respondentų liko patenkinti tuo, kad paskutinio apsilankymo sveikatos priežiūros įstaigoje metu gydytojas buvo dėmesingas ir supratingas. Su šiuo teiginiu visiškai sutiko 21 proc. apklaustųjų.

Visiškai šiam teiginiui nepritarė 5.6 proc. apklaustųjų pacientų, o 2 balus skyrė 8.1 proc. apklaustųjų. Anot D. Pociūtės (2002), vienas svarbiausių kriterijų vertinant teikiamų paslaugų kokybę yra pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis. Vienas iš paslaugų kokybės pasitenkinimo kriterijų yra išskiriamas personalo bendravimas ir elgesys (dėmesys, pagarba, ligonį dominančios informacijos suteikimas, mokymas). Pacientams turi būti parodytas deramas dėmesys, supratimas bei pagalba, nes pacientui bendravimas yra vienintelis būdas išsakyti savo problemas ir gauti informaciją. Gydytojas, parodydamas susidomėjimą paciento problemomis, parodo dėmesį ir pagarbą. Kaip jau minėta anksčiau (žr. 1.5.1 poskyrį), pacientai yra linkę skųstis ir rodyti nepasitenkinimą tada, kai yra rodoma nepagarba pacientui, nepakankamas bendravimas, nedėmesingumas, nepakankamas informavimas, privatumo neužtikrinimas. Todėl labai svarbu yra gerinti tarpusavio bendravimą. Dėmesingumas ir supratingumas iš gydytojo pusės padeda užtikrinti tinkamą tarpusavio bendravimą ir užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę.

Pirmajam teiginiui – kad gydytojas vizito metu turėjo visus medicininius duomenis ir žinojo visą informaciją apie paciento sveikatos būklę – 4 balais įvertino 49.6 proc. apklaustųjų, 26 proc. visiškai pritarė šiam teiginiui. Ir tik 0.8 proc. visų tyrime dalyvavusių pacientų nurodė, kad paskutinio apsilankymo įstaigoje metu gydytojas neturėjo visų reikiamų medicininių duomenų ir reikalingos informacijos apie paciento sveikatos būklę.

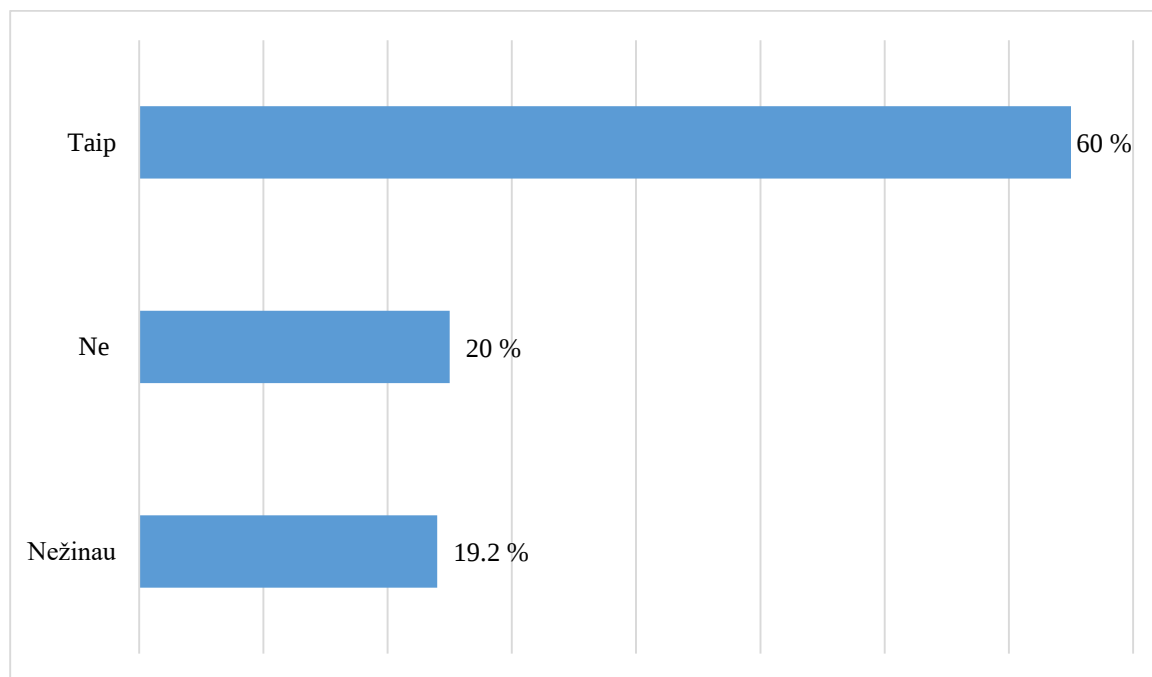
Iš viso 48.8 proc. 4 balais įvertino 5 kriterijų ir patvirtino, kad gydytojas suteikė pacientui visą reikiamą informaciją apie tyrimus, reikalingus vaistus ir kitą su paciento sveikata susijusią informaciją. Šiam kriterijui visiškai pritarė 22.4 proc. apklaustųjų ir po 6.4 proc. apklaustųjų šiam kriterijui skyrė po 1 ir 2 balus.

Saugumas taip pat yra vienas iš pagrindinių kokybiškos priežiūros bruožų. Labai svarbu, kad pacientas sveikatos priežiūros įstaigoje jaustųsi saugus, kad būtų kiek įmanoma sumažintos visos grėsmės, galinčios kilti pacientui. Išanalizavus respondentų atsakymus yra matoma, kad Vilniaus miesto savivaldybei priklausančios sveikatos priežiūros įstaigos užtikrina saugumą pacientams. 4 kriterijui 47.5 proc. apklaustųjų pacientų skyrė 4 balus ir tuo patvirtino, kad paskutinio apsilankymo metu įstaigoje pacientams buvo užtikrintas saugumas ir jie vizito metu jautėsi saugūs. 27.9 proc. šiam kriterijui visiškai pritarė. Mažiausiai balų šiam kriterijui skyrė 6.6 proc. apklaustųjų.

Vienas iš kokybiškos sveikatos priežiūros bruožų – kompetencija. Paslaugų organizatorių ir teikėjų žinios ir įgūdžiai turi atitikti paciento poreikius. 46.3 proc. respondentų pažymėjo, kad sveikatos priežiūros įstaigoje gydytojas buvo profesionalus ir kompetetingas bei gerai atliko savo darbą. Tam pritarė ir 24.4 proc. pacientų, kurie šiam kriterijui skyrė 5 balus. 5.7 proc. atsakė priešingai ir nurodė, kad gydytojas buvo visiškai neprofesionalus ir nekompetetingas ir skyrė 1 balą. 3.3 proc. šiam kriterijui nepritarė. Gana didelis procentas apklaustųjų pacientų turėjo neutralią nuomonę (20.3 proc.).

Vertinant sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybę, didelis dėmesys skiriamas paciento nuomonei apie suteiktų paslaugų kokybę (Misevičienė, ir Dregval 2002, 1129). Pacientai yra laisvi

pasirinkti, kurioje sveikatos priežiūros įstaigoje jie norės apsilankyti, todėl labai svarbu, kad sveikatos priežiūros įstaiga užtikrintų kokybiškas paslaugas. Jei pacientas iš įstaigos išeis patyręs neigiamas emocijas ir bus nusivylęs suteiktomis paslaugomis, neigiamą patirtį jis perduos ir kitiems asmenims. Taip pat svarbu paminėti, kad jeigu paciento lūkesčiai ir poreikiai yra patenkinami, suteiktas paslaugas galima laikyti kokybiškomis. Taigi siekiant išsiaiškinti, ar paskutinis apsilankymas sveikatos priežiūros įstaigoje buvo teigiamai įvertintas, pacientų buvo paklausta, ar jų paskutinis apsilankymas sukėlė teigiamas emocijas ir patenkino lūkesčius (žr. 21 pav.)

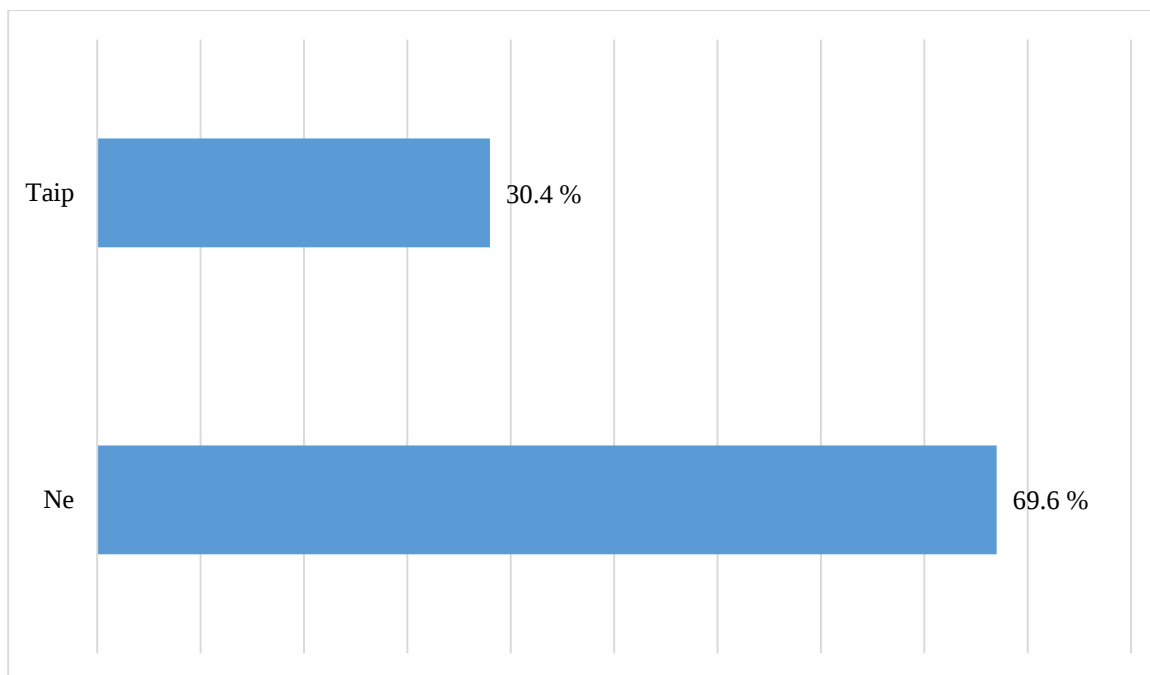


21 pav. Paskutinio apsilankymo sveikatos priežiūros įstaigoje įvertinimas

Kaip matoma diagramoje, net 60 proc. apklaustų pacientų nurodė, kad liko patenkinti paskutiniu apsilankymu sveikatos priežiūros įstaigoje. 20 proc. pacientų paskutinis apsilankymas nesukėlė teigiamų emocijų ir jį apklaustieji įvertino neigiamai. Panašus procentas tyrime dalyvavusių pacientų išlaikė neutralią nuomonę ir teigė, kad nežino, ar paskutinis apsilankymas sukėlė teigiamas emocijas ir patenkino jų lūkesčius (19.2 proc.).

0.8 proc. apklaustųjų neatsakė į šį klausimą.

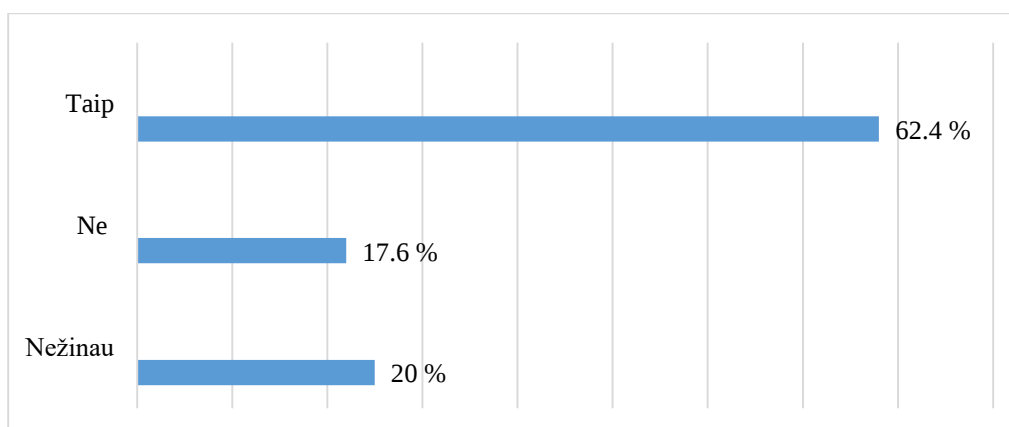
Vienas iš aukštos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės pagrindą sudarančių kriterijų yra tinkamas bendravimas su pacientais. „Bendravimas, prasidėjęs informacijos teikimu, vėliau laipsniškai virsta mokymu ir konsultavimu, kaip įveikti sveikatos problemas“ (Mikaliūkštienė 2020, 57). Taigi respondentų buvo pasiteirauta, ar po paskutinio apsilankymo įstaigoje gydytojas teiravosi apie jų sveikatą ir vaistų vartojimą (žr. 22 pav.).



22 pav. Gydytojo teiravimasis apie pacientų sveikatą ir vaistų vartojimą po paskutinio apsilankymo sveikatos priežiūros įstaigoje

Net 69.6 proc. respondentų nurodė, kad po paskutinio apsilankymo sveikatos priežiūros įstaigoje, gydytojas nesiteiravo pacientų apie sveikatos būklę bei vaistų vartojimą. 30.4 proc. tyrime dalyvavusių pacientų gydytojas po paskutinio apsilankymo įstaigoje teiravosi apie pacientų sveikatą. Svarbu pabrėžti, kad gydymo įstaigos turėtų užtikrinti tinkamą ir nuoširdų bendravimą su pacientais, domėtis jų sveikata ir gautų paslaugų pasitenkinimu, norint pasiekti gerų kokybės rezultatų. Šie kriterijai yra svarbūs paslaugų kokybės ir prieinamumo stebėsenai bei tobulinimui.

Sveikata yra žmonių gyvenimo pagrindas, todėl vienas iš pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės vertinimo veiksnių yra sveikatos pagerėjimas. Pacientų buvo pasiteirauta, ar po paskutinio apsilankymo sveikatos priežiūros įstaigoje sveikata pagerėjo (žr. 23 pav.).



23 pav. Pacientų sveikatos būklės pagerėjimas po paskutinio apsilankymo sveikatos priežiūros įstaigoje

Kaip matyti diagramoje, net 62.4 proc. tyrime dalyvavusių pacientų nurodė, kad po paskutinio apsilankymo sveikatos priežiūros įstaigoje sveikata pagerėjo. Taigi galima manyti, kad paskutinis vizitas įstaigoje buvo veiksmingas ir buvo suteiktos kokybiškos paslaugos, dėl kurių pacientų sveikata pagerėjo.

17.6 proc. pacientų sveikata nepagerėjo po paskutinio vizito. 20 proc. apklaustųjų, atsakydami į šį klausimą, išlaikė neutralią nuomonę.

Lankomos sveikatos priežiūros įvertinimas. Tyrime dalyvavusiems pacientams buvo pateikti 11 kriterijų, parinktų pagal išskirtus pagrindinius sveikatos priežiūros kokybės vertinimo kriterijus. Respondentų buvo prašoma pagal pateiktus kriterijus įvertinti pacientų lankomą sveikatos priežiūros įstaigą (1 – visiškai nesutinku, 5 – visiškai sutinku) (žr. 4 lentelę).

4 lentelė. Lankomos sveikatos priežiūros įvertinimas pagal pagrindinius sveikatos priežiūros kokybės vertinimo kriterijus

Vertinami kriterijai	Visiškai nesutinku (1 balas)	Nesutinku (2 balai)	Nei sutinku, nei nesutinku (3 balai)	Sutinku (4 balai)	Visiškai sutinku (5 balai)
1. Laiku suteikiama skubi pagalba	1 (0.8 %)	15 (12 %)	33 (26.4 %)	59 (47.2%)	17 (13.6 %)
2. Sveikatos paslaugas teikiantys gydytojai yra kompetetingi ir profesionaliai atlieka savo darbą	1 (0.8 %)	8 (6.5 %)	22 (17.1 %)	67 (54 %)	26 (21 %)
3. Sveikatos priežiūros įstaigoje dirbantys darbuotojai yra malonūs ir mandagūs	4 (3.2 %)	8 (6.5 %)	38 (30.6 %)	51 (41.1 %)	23 (18.5 %)
4. Sveikatos priežiūros įstaigos teikiama informacija yra lengvai pasiekama, išsami ir suprantama	4 (3.2 %)	15 (12 %)	35 (28 %)	52 (41.6 %)	19 (15.2 %)

4 lentelės tęsinys kitame puslapyje

4 lentelės tęsinys

5. Specialistams rūpi Jūsų nuomonė ir pasitenkinimas gaunamomis paslaugomis	8 (6.5 %)	13 (10.5 %)	53 (42.7 %)	40 (32.2 %)	10 (8.1 %)
6. Įstaiga užtikrina paciento privatumą ir konfidencialumą	3 (2.4 %)	2 (1.6 %)	19 (15.3 %)	72 (58.1 %)	28 (22.6 %)
7. Įstaiga užtikrina saugumą	1 (0.8 %)	3 (2.4 %)	28 (22.6 %)	65 (52.4 %)	27 (21.8 %)
8. Įstaigoje nuolat palaikoma švara ir tvarka	1 (0.8 %)	7 (5.7 %)	19 (15.4 %)	69 (56.1 %)	27 22 %)
9. Įstaigoje gerai organizuojamas darbas	8 (6.5 %)	15 (12.2 %)	54 (43.9 %)	34 (27.6 %)	12 9.8 %)
10. Įstaigoje gražus interjeras	12 (9.8 %)	15 (12.2 %)	44 (35.8 %)	39 (31.7 %)	13 10.6 %)
11. Įstaiga diegia technines naujoves	8 (6.5 %)	12 (9.7 %)	60 (48.4 %)	32 (25.8 %)	12 (9.7 %)

Vilniaus savivaldybei priklausančios sveikatos priežiūros įstaigos dažniausiai buvo įvertintos 4 balais.

Daugiau nei pusė respondentų nurodė, kad jų pasirinkta sveikatos priežiūros įstaiga užtikrina paciento privatumą ir konfidencialumą (58.1 proc.). 22.6 proc. šiam kriterijui skyrė 5 balus. 2.4 proc. apklaustųjų šį kriterijų įvertino 1 balu, o 2 balais – tik 1.6 proc.

Fizinė aplinka (skyriaus švara, tvarka, ramybė bei kitos paslaugos) yra taip pat svarbus veiksnys vertinant sveikatos paslaugų kokybę (Mikaliūkštienė 2020, 57). 56.1 proc. apklaustų pacientų yra patenkinti įstaigoje palaikoma švara ir tvarka ir šį kriterijų įvertino 4 balais. Tik 0.8 proc. nurodė, kad įstaigoje visiškai nepalaikoma švara ir tvarka.

Taip pat didelė dalis respondentų nurodė, kad jų lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje sveikatos paslaugas teikiantys gydytojai yra kompetetingi ir profesionaliai atlieka savo darbą (54 proc.) ir tik 0.8 proc. apklaustųjų yra visiškai nepatenkinti jų lankomos įstaigos gydytojų profesionalumu ir kompetencija.

52.4 proc. respondentų nurodė, kad jų lankomoje įstaigoje yra užtikrintas saugumas. Nemažas apklaustųjų procentas išlaikė neutralią nuomonę šiuo klausimu (22.6 proc.) ir tik 0.8 proc. mano, kad jų lankomoje įstaigoje saugumas visiškai nėra užtikrinamas.

47.2 proc. respondentų mano, kad įstaigoje yra laiku suteikiama skubi pagalba. Tačiau gana nemažas procentas išlaiko neutralią nuomonę ir pažymi, kad nei sutinka, nei nesutinka su tuo, kad jų lankomoje įstaigoje yra laiku suteikiama skubi pagalba (26.4 proc.). Visgi tik 0.8 proc. nurodė, kad sveikatos priežiūros įstaiga visiškai nesuteikia reikiamos skubios pagalbos laiku.

Taip pat nemaža dalis respondentų nurodė, kad sveikatos priežiūros įstaigos teikiama informacija jiems yra lengvai pasiekama, išsami ir suprantama ir šį kriterijų įvertino taip pat 4 balais (41.6 proc.). 28 proc. apklaustųjų išlaikė neutralią nuomonę vertindami šį kriterijų. Gana mažas procentas nurodė, kad jų lankomoje įstaigoje teikiama informacija yra visiškai nepasiekama, neišsami ir nesuprantama (3.2 proc.). Kiek didesnis procentas šiam kriterijui skyrė 2 balus (12 proc.).

41.1 proc. 4 balais įvertino 12 kriterijų ir tuo patvirtina, kad sveikatos priežiūros įstaigoje dirbantys darbuotojai yra malonūs ir mandagus. Svarbu paminėti, kad nemažas procentas apklaustųjų išlaikė neutralią nuomonę apie šį kriterijų ir nurodė, kad nei sutinka, nei nesutinka su tuo, kad darbuotojai yra malonūs ir mandagūs (30.6 proc.). 3.2 proc. šį kriterijų įvertino 1 balu. Tinkama komunikacija su pacientais lemia aukštą sveikatos paslaugų kokybę. Todėl labai svarbu, kad pacientui atvykus į sveikatos priežiūros įstaigą jis būtų priimtas maloniai ir draugiškai, kad jam būtų suteikta visa reikiama informacija, suteikiamas privatumas.

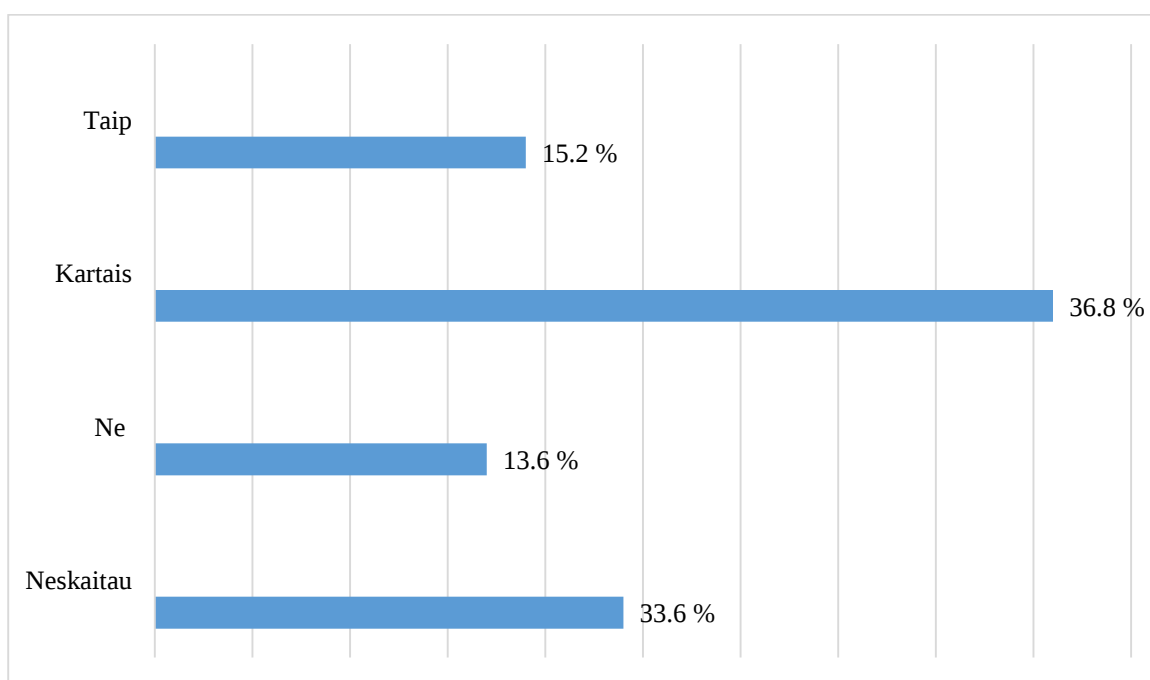
Svarbu atkreipti dėmesį, kad kiek kitaip pasiskirsto respondentų nuomonė apie sveikatos priežiūros įstaigose dirbančius specialistus. Net 42.7 proc. respondentų išlaiko neutralią nuomonę vertindami 12 kriterijų, kuriame teigiama, jog specialistams rūpi paciento nuomonė ir pasitenkinimas gaunamomis paslaugomis. 32.2 proc. šiam kriterijui skyrė 4 balus ir yra patenkinti sveikatos įstaigos specialistais, kuriems rūpi paciento nuomonė ir pasitenkinimas gaunamomis paslaugomis. Gana mažas procentas apklaustųjų nurodė, kad visiškai pritaria šiam kriterijui ir jam skyrė 5 balus (8.1 proc.). 6.5 proc. nurodė, kad specialistams visiškai nerūpi paciento nuomonė ir pasitenkinimas gaunamomis paslaugomis.

Taip pat nemažas procentas respondentų išlieka neutralūs vertindami lankomos įstaigos interjerą (35.8 proc.). 31.7 proc. nurodo, kad interjeras sveikatos priežiūros įstaigoje yra gražus. 12.2 proc. nesutinka ir tik 10.6 proc. respondentų visiškai sutinka su šiuo kriterijumi. Interjeras yra priskiriamas prie fizinės aplinkos kriterijaus, kuris taip pat lemia įstaigos kokybės vertinimą.

43. 9 proc. išlaiko neutralią nuomonę vertindami įstaigoje organizuojamą darbą. 27.6 proc. apklaustųjų teigiamai vertina jų lankomos sveikatos priežiūros įstaigos organizuojamą darbą, tačiau 12.2 proc. jį vertina neigiamai.

Labai svarbu, kad įstaigos sugebėtų nuolat tobulėti ir prisitaikyti prie diegiamų naujovių. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai turi gebėti prisitaikyti ir tobulinti savo organizaciją ir procedūras, lygiuotis į mokslo ir technikos naujoves bei vartotojo lūkesčius. Tačiau didelis procentas tyrime dalyvavusių pacientų nei sutinka, nei nesutinka, kad jų lankoma sveikatos priežiūros įstaiga diegia technines naujoves (48.4 proc.). 25.8 proc. nurodė, kad įstaiga linkusi diegti technines naujoves. Įdomu tai, kad vienodas procentas apklaustųjų nesutinka ir visiškai sutinka, kad jų lankomoje įstaigoje yra diegiamos techninės naujovės (po 9.7 proc.). Visgi mažiausias procentas apklaustųjų visiškai nesutinka su šiuo kriterijumi (6.5 proc.).

Informacijos tiekimas sveikatos priežiūros įstaigoje. Pacientai buvo paprašyti atsakyti į klausimą, ar jų lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje esantys informaciniai standai yra naudingi (žr. 24 pav.).



24 pav. Informacinių standartų sveikatos priežiūros įstaigoje naudingumas

36.8 proc. respondentų nurodė, kad jų sveikatos priežiūroje esantys standai yra naudingi tik kartais. 33.6 proc. pažymėjo, kad jų neskaity. Tik 15.2 proc. apklaustųjų informaciniai standai, esantys sveikatos priežiūros įstaigose, yra naudingi. Ir 13.6 proc. pažymėjo, kad jie nėra naudingi.

Taigi galima teigti, kad pacientai, atvykę į sveikatos priežiūros įstaigą, nekreipia didelio dėmesio ir jiems nėra aktualūs įstaigoje esantys informaciniai standai.

Pirminės sveikatos priežiūros vertinimas lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje. Pagal PSO pateiktas 8 veiklos sritis (cit. iš Jankauskienė, ir Pačiūra 2007, 154) bei Lietuvos darbo grupės apibrėžtas pirminės sveikatos priežiūros veiklos sritis buvo parinkti kriterijai, pagal kuriuos respondentai buvo prašomi įvertinti pirminės sveikatos priežiūros kokybę lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje (žr. 5 lentelę).

5 lentelė. Pirminės sveikatos priežiūros vertinimas lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje

Vertinami kriterijai	Visiškai nesutinku (1 balas)	Nesutinku (2 balai)	Nei sutinku, nei nesutinku (3 balai)	Sutinku (4 balai)	Visiškai sutinku (5 balai)
1. Tinkamas labiausiai paplitusių ligų ir sužeidimų gydymas	1 (0.8 %)	8 (6.6 %)	36 (29.8 %)	63 (52.1 %)	13 (10.7 %)
2. Skubios ir neatidėliotinos pagalbos teikimas nelaimingų atsitikimų ar ligos atveju (skubi pagalba)	2 (1.7 %)	9 (7.4 %)	35 (28.9 %)	65 (53.7 %)	10 (8.3 %)
3. Pagrindinės diagnostikos ir gydymo priemonės individams ir šeimoms, prireikus siųsti juos specializuotai pagalbai arba į ligonines (pirminė medicinos priežiūra)	3 (2.5 %)	4 (3.3 %)	39 (32.2 %)	65 (53.7 %)	10 (8.3 %)
4. Būtinausių vaistų tiekimas	2 (1.7 %)	2 (1.7 %)	31 (25.8 %)	67 (55.8 %)	18 (15 %)
5. Prevenciniai patikrinimai	6 (5 %)	8 (6.7 %)	45 (37.5 %)	51 (42.5 %)	10 (8.3 %)
6. Sveikatos mokymas apie dažniausias sveikatos problemas, jų nustatymą, prevenciją ir kontrolę	7 (5.9 %)	17 (14.3 %)	52 (43.7 %)	37 (31.1 %)	6 (5 %)

5 lentelės tęsinys kitame puslapyje

5 lentelės tęsinys

7. Parama tinkamai mitybai, aprūpinimas maisto produktais	11 (9.2 %)	20 (16.7 %)	53 (44.2 %)	29 (24.2 %)	7 (5.8 %)
8. Pakankamas aprūpinimas žmonių reikmėmis naudojamu vandeniu ir pagrindinė sanitarijos veikla	7 (5.8 %)	17 (14.2 %)	47 (39.2 %)	39 (32.5 %)	10 (8.3 %)
9. Motinos ir vaiko sveikatos priežiūra, šeimos planavimas	9 (7.6 %)	11 (9.2 %)	38 (31.9 %)	51 (42.9 %)	10 (8.4 %)
10. Imunizavimas nuo svarbiausių infekcinių ligų	3 (2.5 %)	12 (10.1 %)	38 (31.9 %)	57 (47.9 %)	9 (7.6 %)
11. Sergančiųjų lėtinėmis ligomis, neįgalių ir senų žmonių priežiūra	6 (5 %)	12 (10.1 %)	44 (37 %)	48 (40.3 %)	9 (7.6 %)

Kaip matoma 5 lentelėje, vertindami pirminės sveikatos priežiūros veiklos sritis respondentai daugiausiai skyrė po 4 balus, tačiau nemaža dalis pacientų turėjo neutralią nuomonę.

55.8 proc. apklaustųjų būtiniausių vaistų teikimo kriterijų įvertino 4 balais. 25.8 proc. išlaikė neutralią nuomonę vertindami šį kriterijų. Po 1.7 proc. respondentų būtiniausių vaistų teikimui skyrė po 1 ir 2 balus.

53.7 proc. pacientų teigiamai įvertino skubios ir neatidėliotinos pagalbos teikimą nelaimingų atsitikimų ar ligos atveju. Neutraliai šį kriterijų įvertino 28.9 proc. apklaustųjų. Tik 1.7 proc. respondentų nurodė, kad jų lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje visiškai neužtikrinamas skubios ir neatidėliotinos pagalbos teikimas nelaimingų atsitikimų ar ligos atveju.

Daugumoje sveikatos priežiūros įstaigų yra užtikrinamas tinkamas labiausiai paplitusių ligų ir sužeidimų gydymas – tokį atsakymą pateikė 52.1 proc. apklaustųjų. Neutralią nuomonę išlaikė 29.8 proc. ir tik 0.8 proc. nurodė, kad tinkamas labiausiai paplitusių ligų ir sužeidimų gydymas yra visiškai neužtikrinamas jų lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje.

Taip pat nemaža dalis respondentų 4 balus skyrė 3 kriterijui, kuriame teigiama, jog įstaigoje yra užtikrinamas pagrindinės diagnostikos ir gydymo priemonės individams ir šeimoms, prireikęs siųsti juos specializuotai pagalbai arba į ligonines (53.7 proc.). Nemaža dalis apklaustųjų išlaikė neutralią nuomonę (32.2 proc.) ir tik 2.5 proc. nurodė, kad šis kriterijus nėra užtikrinamas jų lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje.

Imunizavimas nuo svarbiausių infekcinių ligų yra užtikrinamas 47.9 proc. respondentų sveikatos priežiūros įstaigose. 31.9 proc. apklaustųjų išlaikė neutralią nuomonę. Svarbu paminėti, kad 5 balus šiam kriterijui skyrė tik 7.6 proc. apklaustųjų. Visiškai jam nepritarė 2.5 proc.

42.5 proc. respondentų sutinka, kad jų lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje yra vykdomi prevenciniai patikrinimai. Panašus procentas apklaustųjų išlaiko neutralią nuomonę ir nei sutinka, nei nesutinka su šiuo kriterijumi (37.5 proc.). 5 proc. apklaustųjų visiškai nesutinka, kad jų įstaigoje yra vykdomi prevenciniai patikrinimai.

Sergančiųjų lėtinėmis ligomis, neįgalių ir senų žmonių priežiūra yra užtikrinama 40.3 proc. atsakiusių respondentų sveikatos priežiūros įstaigose. Tačiau 37 proc. šiam kriterijui skyrė 3 balus, o 5 proc. – 1. Gana mažas procentas atsakiusių buvo visiškai patenkinti šio kriterijaus užtikrinimu (7.6 proc.).

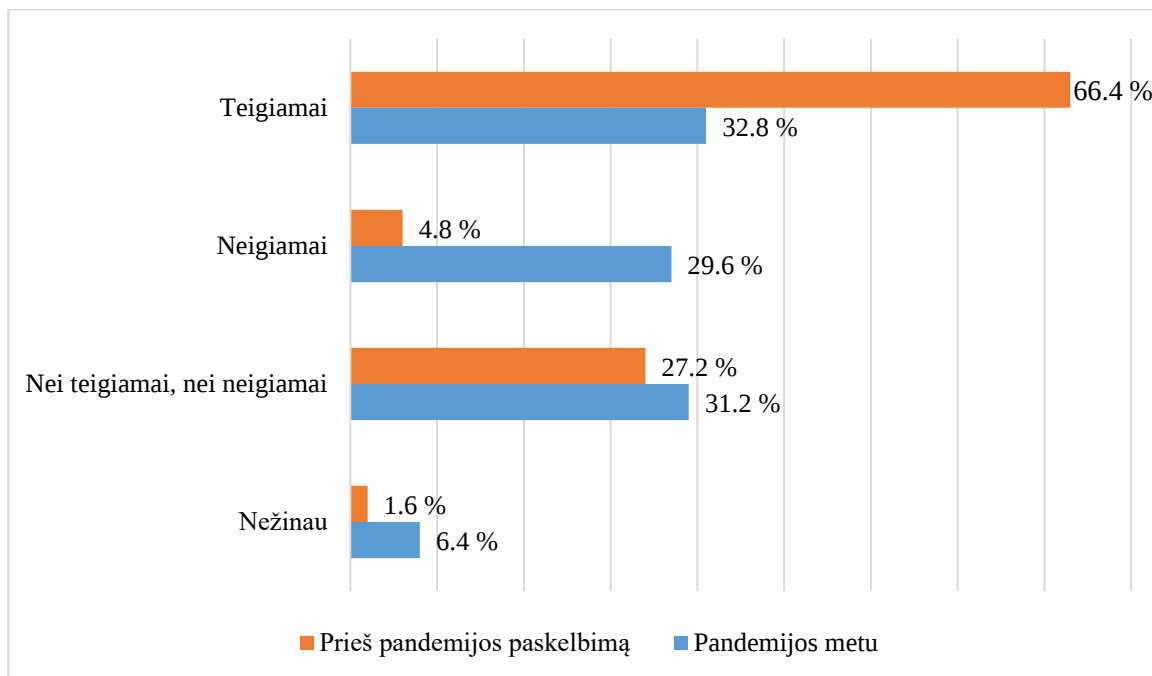
Dar vienas iš pirminės sveikatos priežiūros vertinimo kriterijų yra motinos ir vaiko sveikatos priežiūra bei šeimos planavimas. 42.9 proc. respondentų šiam kriterijui skyrė 4 balus, 31.9 proc. liko neutralūs, 7.6 proc. visiškai nesutiko su šiuo kriterijumi ir mano, kad motinos ir vaiko sveikatos priežiūra ir šeimos planavimas yra visiškai neužtikrinami jų lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje.

39.2 proc. respondentų išlaikė neutralią nuomonę dėl pakankamo pacientų aprūpinimo žmonių reikmėmis naudojamu vandeniu ir pagrindine sanitarijos veikla. Visgi nemažas procentas pacientų liko patenkinti šiuo kriterijumi ir skyrė 4 balus (32.5 proc.). 5.8 proc. nurodė, kad jų lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje visiškai nėra užtikrinamas pakankamas pacientų aprūpinimas naudojamu vandeniu ir pagrindinė sanitarijos veikla.

43.7 proc. respondentų išlaikė neutralią nuomonę vertindami 6 kriterijų. 31.1 proc. nurodė, kad sveikatos mokymas apie dažniausias sveikatos problemas, jų nustatymą, prevenciją ir kontrolę yra užtikrinami jų sveikatos priežiūros įstaigoje. Pastebėtina tai, kad didesnis procentas atsakiusių, jog visiškai nepritaria šiam teiginiui (5.9 proc.) yra daugiau nei tų, kurie visiškai jam pritarė (5 proc.).

Parama tinkamai mitybai bei aprūpinimas maisto produktais yra užtikrinamas 24.2 proc. apklaustųjų sveikatos įstaigose. Pažymėtina, kad šiam kriterijui visiškai pritarė tik 5.8 proc. apklaustųjų pacientų. Didelė dalis pacientų išlaikė neutralią nuomonę, vertindami paramą tinkamai mitybai ir maisto produktų aprūpinimą (44.2 proc.). Šiam kriterijui visiškai nepritarė 9.2 proc. apklaustųjų, o nepritarė – 16.7 proc.

Sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybė prieš pandemijos paskelbimą ir pandemijos metu. Norint išsiaiškinti, kaip pasikeitė sveikatos paslaugų kokybės užtikrinimas pandemijos metu, pacientų buvo pasiteirauta, kaip jie vertina lankomos sveikatos priežiūros įstaigos teikiamas paslaugas prieš pandemijos paskelbimą ir pandemijos metu (žr. 25 pav.).



25 pav. Sveikatos priežiūros įstaigose teikiamų paslaugų kokybė prieš pandemijos paskelbimą ir pandemijos metu

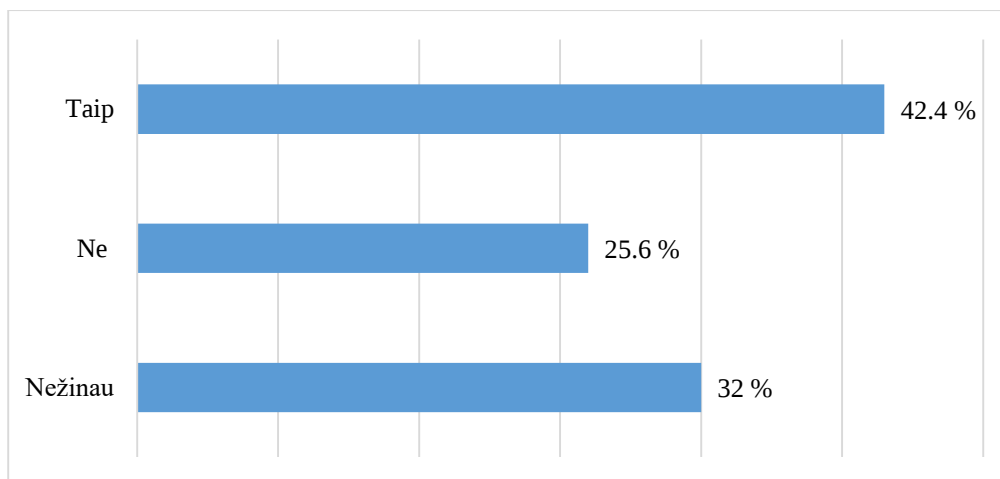
Kaip matoma diagramoje, prieš pandemijos paskelbimą teikiamų paslaugų kokybę didžioji dalis respondentų vertino teigiamai (66.4 proc.). Tačiau pandemijos metu teigiamai sveikatos paslaugų kokybę įvertino per pusę mažiau respondentų – 32.8 proc.

Prieš pandemijos paskelbimą neigiamai sveikatos priežiūros teikiamas paslaugas įvertino tik 4.8 proc., o pandemijos metu šis skaičius ženkliai išaugo – neigiamai sveikatos priežiūros paslaugas vertina 29.6 proc. respondentų.

Nei teigiamai, nei neigiamai sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybę įvertino panašus skaičius respondentų: prieš pandemijos paskelbimą – 27.2 proc., pandemijos metu – 31.2 proc. apklaustųjų.

Savo nuomonės neišsakė nedidelė dalis apklaustų pacientų.

Galiausiai respondentams buvo užduotas klausimas, ar savo lankomą sveikatos priežiūros įstaigą jie rekomenduotų kitiems (žr. 26 pav.).



26 pav. Lankomos sveikatos priežiūros įstaigos rekomendavimas kitiems

42.4 proc. respondentų nurodė, kad jų lankomą sveikatos priežiūros įstaigą jie rekomenduotų ir kitiems pacientams. 25.6 proc. apklaustųjų atsakė priešingai – jie nerekomenduotų savo lankomos įstaigos kitiems. Nemažas procentas tyrime dalyvavusių pacientų neturėjo nuomonės ir atsakė, kad nežino, ar įstaigą rekomenduotų kitiems (32 proc.).

3.2. Empirinio tyrimo apibendrinimas

Apibendrinus gautus empirinio tyrimo duomenis galima teigti, kad pagrindinės priežastys, dėl kurių pacientai lankosi pasirinktoje sveikatos priežiūros įstaigoje, yra tai, jog ji yra geografiškai patogioje vietoje, joje gaunamos kokybiškos paslaugos ir dirbantys gydytojai yra profesionalūs ir kompetetingi. Kaip jau išsiaiškinta, prieinamumas arba kitaip – orientacija į pacientą – yra viena iš sveikatos priežiūros kokybės dimensijų, kuri apima geografiškai patogią įstaigos vietą, sveikatos priežiūros paslaugų suteikimą laiku ir profesionaliai (Astromskė 2018, 101). Profesionalioji kokybė yra viena iš kokybės vertinimo dimensijų, kuri apima profesionalių, kokybiškų paslaugų teikimą įstaigoje (Štaras ir kt. 2013, 27). Todėl šie aspektai, apimantys paslaugų prieinamumą, yra vieni svarbiausių vertinant pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir turi būti užtikrinamos. Mažesnė apklaustųjų dalis mano, kad įstaigoje yra draugiškas ir malonus personalas. Pacientai yra linkę skųstis ir rodyti nepasitenkinimą, kai jiems rodoma nepagarba, neužtikrinamas pakankamas bendravimas ir dėmesingumas. Todėl įstaigos turėtų užtikrinti deramą specialistų bendravimą su pacientais, nes bendravimas su gydytoju yra vienintelis būdas, kuriuo pacientas gali išsakyti savo problemas ir gauti reikiamą informaciją, susijusią su jo sveikata. Respondentai, kurie pasirinko kitas apsilankymo priežastis, nurodė, kad įstaigoje yra registriti nuo vaikystės; įstaiga priklauso pagal gyvenamąją vietą; mažesnės paslaugų kainos; kiti šeimos nariai prisiregistravę įstaigoje.

Taip pat išsiaiškinta, kad Vilniaus miesto savivaldybei priklausančių sveikatos priežiūros įstaigų darbo laikas yra tinkamas ir priimtinas daugumai pacientų. Pandemijos metu daugumoje viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų darbo laikas nepasikeitė ir liko toks pats, kaip ir prieš pandemijos paskelbimą. Nemaža dalis respondentų nurodė, kad nežino, ar įstaigoje pasikeitė darbo laikas. Tačiau galima daryti išvadą, kad pandemijos metu darbo laikas buvo priimtinas daugumai sveikatos priežiūros įstaigose besilankančių pacientų.

Išanalizavus gautus respondentų atsakymus taip pat galima teigti, kad pandemijos metu pacientai yra linkę rečiau vykti į sveikatos priežiūros įstaigą negu kaip įprastai prieš pandemijos paskelbimą. Didelis procentas apklaustųjų pandemijos metu sveikatos priežiūros įstaigoje lankėsi rečiau nei kartą per metus.

Gauti rezultatai taip pat parodė, kad pandemijos metu pacientams tapo sunkiau gauti konsultacijas iš gydytojų. Pacientai nurodė, kad taip yra dėl to, jog pandemijos metu yra padidėję gydytojų darbo krūviai ir pacientų skaičius jų lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje. Pacientų nuomone, tam įtakos turėjo ir per mažas gydytojų skaičius įstaigoje. Mažesnę dalis pacientų nurodė, kad kitiems pacientams buvo skiriamas didesnis dėmesys, buvo blogas informacijos teikimas. Respondentai nurodė ir kitas galimas priežastis, viena iš jų – nuotolinis konsultavimas, kurio metu nėra suteikiamos tinkamos ir kokybiškos paslaugos pacientui.

Prieš pandemijos paskelbimą konsultacijos su gydytojais vyko tiesiogiai atvykus į sveikatos priežiūros įstaigą, o pandemijos metu gydytojai suteikdavo konsultacijas nuotoliniu būdu. Pacientai pažymi, kad nuotolinės konsultacijos yra nekokybiškos ir negali užtikrinti tinkamo gydymo.

Taip pat išsiaiškinta, kad pandemijos metu registracija į sveikatos priežiūros įstaigas vyko tik telefonu arba internetu, tiesiogiai į sveikatos priežiūros įstaigą atvykusių pacientų nebuvo. Didelė dalis pacientų taip pat pažymėjo, kad registracijos trukmė pandemijos metu pailgėjo.

Išanalizavus gautus duomenis matoma, kad pandemijos metu iš anksto užregistruoto vizito pacientams tekdavo palaukti ilgiau nei įprastai prieš pandemijos paskelbimą. Didžiausias procentas apklaustųjų iš anksto užregistruoto vizito dažniausiai laukdavo 2–7 dienas, o pandemijos metu – daugiau nei savaitę. Pandemijos metu padaugėjo pacientų, vizito laukiančių iki 4 savaičių ir daugiau nei mėnesį.

Išsiaiškinta, kad prieš pandemijos paskelbimą didelė pacientų dalis laiku gavo medicininės paslaugas savo lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje. Tačiau pandemijos metu skaičius pacientų, laiku gavusių medicininės paslaugas, ženkliai sumažėjo. Tam įtakos turėjo per didelis pacientų skaičius, padidėję gydytojų darbo krūviai, pacientų nepriėmimas jiems paskirtu metu. Mažesnę dalis nurodė, kad tam įtakos turėjo ir per mažas gydytojų skaičius sveikatos priežiūros įstaigoje bei kitiems pacientams skiriamas per didelis dėmesys. Taip pat buvo pacientų, kurie įvardijo, kad tam įtakos taip pat turėjo vykdomos tik nuotolinės konsultacijos, kurios neužtikrina tinkamo gydymo pacientams. Kaip jau minėta įvadė, asmens sveikatos priežiūra – „tai valstybės akredituotų fizinių ir juridinių asmenų veikla, turinti

tikslą laiku diagnozuoti ir užkirsti kelią asmens sveikatos sutrikimams, padėti jam atgauti ir sustiprinti sveikatą.“ („Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas“ 1994/ Nr. I-552). Todėl siekianti užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę, sveikatos priežiūros įstaigos turi laiku diagnozuoti sveikatos problemas ir reikalingų sveikatos paslaugų suteikimą laiku.

Tyrimo metu paaiškėjo, kad didelė dalis pacientų lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje turi gydytoją, į kurį kreipiasi atsiradus sveikatos problemoms. Tai reiškia, kad dauguma pacientų įstaigoje turi gydytoją, kuriuo pasitiki ir gali kreiptis suprantėjus sveikatos būklei.

Nustatyta, kad didžioji dalis tyrime dalyvavusių pacientų paskutinį kartą sveikatos priežiūros įstaigoje lankėsi daugiau nei prieš mėnesį – pandemijos metu. Respondentai liko patenkinti paskutiniu apsilankymu savo sveikatos priežiūros įstaigoje ir įvertino jį teigiamai. Tai reiškia, kad pacientų lūkesčiai ir poreikiai iš esmės buvo patenkinti. Pacientų nuomone, gydytojai sveikatos priežiūros įstaigoje yra dėmesingi ir supratingi, teiraujasi pacientų apie jų sveikatos būklę ir problemas, suteikė tinkamą medicininę pagalbą, turėjo reikiamus duomenis apie pacientų sveikatos būklę ir problemas, taip pat suteikė reikiamą informaciją, susijusią su paciento sveikata, pacientai apsilankymo metu jautėsi saugūs. Didelė dalis respondentų nurodė, kad jų lankomoje sveikatos priežiūros įstaigoje gydytojai yra profesionalūs ir kompetetingi, gerai ir profesionaliai atlieka savo darbą. Tačiau sveikatos priežiūros įstaigos turėtų gerinti komunikaciją su pacientu ir stiprinti tarpusavio ryšį, nes po apsilankymo įstaigoje klientai nesulaukė gydytojų teiravimosi apie pacientų sveikatos būklės pagerėjimą ar vaistų vartojimą. Kaip jau išsiaiškinta (žr. 1.1.5. poskyrį), bendravimas tarp gydytojų ir pacientų, prasidėjęs informacijos teikimu, vėliau laipsniškai virsta mokymu ir konsultavimu, kaip įveikti sveikatos problemas (Mikaliūkštienė 2020, 57). Taigi sveikatos paslaugų kokybė taip pat priklauso nuo gydytojų ir pacientų tinkamo abipusio bendravimo. Pacientų poreikių tenkinimo kokybė turėtų rūpintis visi sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai, siekdami pritraukti kuo daugiau paslaugų vartotojų (Misevičienė, ir Milašaukienė 2002, 559). Nepaisant to, išsiaiškinta, kad daugiau nei pusės tyrime dalyvavusių pacientų sveikata po paskutinio apsilankymo pagerėjo, o sveikatos pagerėjimas yra vienas iš pagrindinių pacientų požiūrio į sveikatos priežiūros kokybę aspektų (Janušonis, ir Popovienė 2004, 13).

Išanalizavus gautus respondentų atsakymus galima teigti, kad didelė dalis tyrime dalyvavusių pacientų yra patenkinti savo lankomos sveikatos priežiūros įstaiga ir teikiamomis paslaugomis. Vilniaus savivaldybei priklausančios sveikatos priežiūros įstaigos užtikrina paciento privatumą ir konfidencialumą, dauguma pacientų yra patenkinti įstaigoje palaikoma švara ir tvarka, įstaigoje dirbantys gydytojai yra profesionalūs ir kompetetingi, taip pat įstaigose pacientams yra užtikrinamas saugumas. Daugumai pacientų yra laiku suteikiamos medicininės paslaugos, o įstaigų teikiama informacija yra lengvai pasiekama ir suprantama. Didesnė respondentų dalis nurodė, kad sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai yra malonūs ir mandagūs, tačiau nemaža dalis apklaustųjų išlaikė neutralią nuomonę vertindami darbuotojų malonumą ir mandagumą, todėl darbuotojai turėtų stiprinti tarpusavio

ryšį su pacientais ir rodyti jiems pagarbą. Sveikatos priežiūros įstaigų specialistai turėtų labiau atkreipti dėmesį į pacientų nuomonę ir pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis. Svarbu pažymėti, kad vertinant pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybę, didelis dėmesys skiriamas paciento nuomonei apie suteiktų paslaugų kokybę (Misevičienė, ir Dregval 2002, 129). Todėl jo nuomonė įstaigoms tampa svarbi siekiant gerinti įstaigos paslaugų kokybę ir išlikti konkurencingai tarp kitų įstaigų. Nemaža dalis apklaustųjų yra patenkinti sveikatos priežiūros įstaigų interjeru, tačiau didesnė dalis išlaikė neutralią nuomonę šiuo klausimu. Svarbu paminėti, kad fizinė aplinka taip pat yra reikšmingas aspektas, vertinant teikiamų paslaugų kokybę. Sveikatos priežiūros įstaigos taip pat turėtų atkreipti dėmesį į organizuojamą įstaigos darbą, nes nemaža dalis respondentų išlaikė neutralią nuomonę vertindami šį kriterijų. Gerai organizuojamas darbas taip pat prisideda prie geresnės teikiamų paslaugų kokybės. Taip pat įstaigos turėtų labiau atsižvelgti į technines naujoves ir užtikrinti jų diegimą įstaigoje.

Analizė parodė, kad dauguma sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų yra vertinamos teigiamai. Pacientai labiausiai patenkinti būtiniausių vaistų teikimo užtikrinimu, skubios ir neatidėliotinos pagalbos teikimu nelaimingų atsitikimų ar ligos atveju, tinkamu labiausiai paplitusių ligų ir sužeidimų gydymu, pagrindinės diagnostikos ir gydymo priemonių individams ir šeimoms, prireikus siųsti juos specializuotai pagalbai arba į ligonines, užtikrinimu, taip pat imunizavimo nuo svarbiausių infekcinių ligų bei prevencinių patikrinimų užtikrinimu, motinos ir vaiko sveikatos priežiūra bei šeimos planavimu. Sergančiųjų lėtinėmis ligomis, neįgalių ir senų žmonių priežiūra yra užtikrinama sveikatos priežiūros įstaigose, tačiau nemaža dalis respondentų išlaikė neutralią nuomonę vertindami šį kriterijų. Gydymo įstaigoms reikėtų atkreipti didesnę dėmesį į pakankamo pacientų aprūpinimo žmonių reikmėmis naudojamu vandeniu ir pagrindine sanitarijos veikla, sveikatos mokymą apie dažniausias sveikatos problemas, jų nustatymą, prevenciją ir kontrolę bei paramos tinkamai mitybai bei aprūpinimo maisto produktais užtikrinimą.

Apibendrinus gautus duomenis galima teigti, kad prieš pandemijos paskelbimą dauguma pacientų lankomos sveikatos priežiūros teikiamas paslaugas vertino teigiamai, o pandemijos metu teigiamai paslaugas vertina per pusę mažesnis skaičius pacientų, taigi paslaugų kokybė pandemijos metu suprastėjo. Nepaisant to, teigiamai teikiamas paslaugas pandemijos metu vertina šiek tiek daugiau respondentų, negu neigiamai. Kiek mažiau nei pusė respondentų nurodė, kad savo lankomą sveikatos įstaigą rekomenduotų kitiems. Tačiau nemažas procentas apklaustų pacientų nežino arba nerekomenduotų savo lankomos sveikatos priežiūros įstaigos kitiems.

IŠVADOS

1. Išnagrinėjus viešųjų paslaugų sampratą ir jų teikimo prielaidas galima teigti, kad viešoji paslauga yra į pilietį orientuota veikla, kad būtų patenkinti vartotojų poreikiai tam tikrų paslaugų, už kurias atsakingos valdžios institucijos. Analizuojami autoriai teigia, kad viešosios paslaugos yra tiekiamos norint patenkinti viešąjį interesą. Paslaugų kokybė yra vienas iš svarbiausių paslaugos teikimo elementų. Kokybę galima apibrėžti atsižvelgiant į tai, ar kliento poreikiai ir lūkesčiai buvo patenkinti.
2. Išanalizavus paslaugų kokybės sampratą galima daryti išvadą, kad vertinant įstaigų teikiamų paslaugų kokybę, didelis dėmesys skiriamas vartotojo nuomonei apie suteiktų paslaugų kokybę. Literatūroje išskiriami paslaugų kokybės vertinimo modeliai, kurie naudojami vertinant suteiktų paslaugų kokybę viešosiose įstaigose.
3. Išnagrinėjus pirminės sveikatos priežiūros ir sveikatos paslaugas teikiančių institucijų kokybės sampratą galima teigti, kad kokybiška sveikatos priežiūros paslauga yra susijusi ir su klinikinių standartu atitikimu. Sveikatos priežiūros kokybės sistemos pagrindiniai dalyviai yra šių įstaigų vadovai, gydytojai, slaugytojos, kitas aptarnaujantis personalas, farmacijos specialistai ir pacientai. Pacientas yra grandis, kuri jungia visos sveikatos priežiūros kokybės sistemos dalyvius. Išnagrinėjus mokslinėje literatūroje išskirtus sveikatos priežiūros kokybės vertinimo kriterijus galima teigti, kad pagrindiniai kriterijai yra paslaugų prieinamumas, patikimumas, saugumas, kompetencija, rezultatyvumas, užbaigtumas, etiškumas, estetiškumas, technologijų naujumas, saugumas, tęstinumas.
4. Išsiaiškinus pacientų nuomonę apie pandemijos metu teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę galima teigti, kad teikiamų paslaugų kokybė pandemijos metu yra suprastėjusi. Vilniaus miesto savivaldybei pavaldžiose sveikatos priežiūros įstaigose pandemijos metu nėra pilnai užtikrinamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas: medicininių paslaugų suteikimas laiku, konsultacijų ir reikalingo vizito suteikimas. Kai kurios paslaugų efektyvumo, rezultatyvumo ir darbuotojų kompetencijos sritys pandemijos metu taip pat buvo vertinamos prasčiau. Sveikatos priežiūros įstaigose trūksta bendradarbiavimo tarp personalo ir pacientų, geriau organizuojamo darbo bei techninių naujovių užtikrinimo ir diegimo. Įstaigose trūksta pakankamo pacientų aprūpinimo žmonių reikmėmis naudojamo vandens ir pagrindinės sanatorijos veiklos užtikrinimo, taip pat sveikatos mokymų apie dažniausias sveikatos problemas, jų nustatymą, prevenciją ir kontrolę užtikrinimo bei paramos tinkamai mitybai bei aprūpinimo maisto produktais užtikrinimo. Nepaisant to, nustatyta, kad pacientai iš esmės yra patenkinti savo lankomos sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamomis paslaugomis. Išsiaiškinta,

kad pacientų sveikata po paskutinio apsilankymo įstaigoje pagerėjo. Tačiau teigiamai teikiamas paslaugas įvertinusių pacientų skaičius pandemijos metu ženkliai sumažėjo.

PASIŪLYMAI

Atlikus teorinę analizę bei įvertinus tyrimo rezultatus, pateikiami pasiūlymai, į kuriuos sveikatos priežiūros įstaigų vadovai turėtų atkreipti dėmesį gerinant teikiamų paslaugų kokybę:

- Gerinant pirminių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, rekomenduotina didinti gydytojų skaičių įstaigoje ir taip sumažinti padidėjusį darbo krūvį įstaigose; užtikrinti, kad konsultacijos į gydymo įstaigą vyktų tiesiogiai atvykus į įstaigą, o ne nuotoliniu būdu; geriau organizuoti įstaigos darbą, kad būtų tinkamai paskirstyti darbo krūviai ir darbuotojų pareigos.
- Gerinant komunikaciją tarp darbuotojų ir pacientų bei tarpusavio ryšio stiprinimą, rekomenduotina diegti pacientų aptarnavimo kokybės standartų diegimą. Standartai turėtų apimti tiesioginį ir netiesioginį (bendravimas telefonu ar internetu) pacientų bendravimą su įstaigos specialistais.
- Siekiant išsiaiškinti pacientų poreikius ir nuomonę apie teikiamas pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, rekomenduotina nuolat vykdyti pacientų apklausas. Tokiu būdu įstaigos galėtų laiku reaguoti į besikeičiančius pacientų poreikius ir užtikrinti nuolatinį teikiamų paslaugų gerinimą.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

Moksliniai šaltiniai:

1. Adomavičienė, Giedrė, ir Rasa Tamulienė. 2010. „Servqual metodikos taikymo galimybės aukštojo mokslo institucijose: Kauno kolegijos patirtis“. *Vilniaus kolegija* 23–30. <https://1library.co/document/zg8kn27y-servqual-metodikos-taikymo-galimybėsaukštojo-mokslo-institucijose-kolegijos-patirtis.html>
2. Arimavičiūtė, Malcina. 2005. *Viešojo sektoriaus institucijų strateginis valdymas*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
3. Astromskė, Kristina. 2018. „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo reglamentavimo tendencijos Europos Sąjungoje ir Lietuvoje.“ *Teisės apžvalga* 2 (18): 98–113. <https://portalcris.vdu.lt/server/api/core/bitstreams/e5377bc8-66ab-45a5-8a84-5f1730d5624c/content>
4. Bagdonienė, Liudmila, ir Rimantė Hopenienė. 2009. *Paslaugų marketingas ir vadyba*. Kaunas: Technologija.
5. Beliūnienė, Lina, Milda Burnytė, Eglė Kavoliūnaitė–Ragauskienė, Egidijus Krivka, Mindaugas Lankauskas, Rūta Latvelė, ir Rita Matulionytė. 2015. *Viešojo intereso atpažinimo problema Lietuvos teisėje: kriterijai ir prioritetai*. Vilnius: Lietuvos teisės institutas. <https://teise.org/wp-content/uploads/2016/06/Viesojo-intereso-atpazinimo-problema-Lietuvoje.pdf>
6. Brazienė, Rūta, ir Gediminas Merkys. 2015. „Viešųjų paslaugų vartotojų pasitenkinimo indekso metodikos taikymas Lietuvoje“. *Viešoji politika ir administravimas* 14 (1): 103–114. <https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/14000/4095-8841-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Bubnienė, Danutė, ir Juozas Ruževičius. 2010. „Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai.“ *Verslo ir teisės aktualijos* 5: 17–35. http://www.kv.ef.vu.lt/wp-content/uploads/2010/10/STRAIPSNIS-Koleg_02_Bubniene_VTA-2010-5intern.pdf
8. Burksienė, Valentina, Jaroslav Dvorak, Gabrielė Burbulytė-Tsiskarishvili, Inga Normantė, Mantas Dūda, ir Remigijus Civinskas. 2017. *Viešosios paslaugos: iššūkiai kuriant gerovės visuomenę*. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla.
9. Caddy, Joanne, ir Mirko Vintar. 2002. *Building better Quality Administration for the public: case studies from Central and Eastern Europe*. Budapest: NISPAcee. <https://www.nispa.org/files/publications/ebooks/nispacee-betterquality2002.pdf#page=9>

10. Chadha, S. K., ir Kang Gagandeep. 2013. „Empowering quality management systems through supply chain management integration: a survey of select hospitals in Chandigarh, Mohali and Panchkula”. *IUP Journal of Supply Chain Management* 10 (2): 44–53.
<http://web.ebscohost.com/skaiykla.mruni.eu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a488649b99cb-40ff-a4ad-18d23b3e772e%40sessionmgr11&vid=5&hid=20>
11. Chamboredon, P., C. Roman., ir S. Colson. 2020. „COVID-19 pandemic in France: health emergency experiences from the field”. *International Council of Nurses* 67, 326–333.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/inr.12604>
12. Dahlgaard J. Jens, Jostein Pettersen, ir Su Mi Dahlgaard-Park. 2011. „Quality and lean health care: a system for assessing and improving the health of healthcare organisations”. *Total Quality Management* 22 (6): 673–689.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14783363.2011.580651>
13. Dikavičius, Vidmantas, ir Stasys Stoškus. 2003. *Visuotinė kokybės vadyba*. Kaunas: Technologija. http://www.kv.ef.vu.lt/wp-content/uploads/2016/04/VKV_tekstas_2015.pdf
14. Diržytė, Aistė, ir Andrius Patapas. 2013. „Vartotojų pasitenkinimo viešojo sektoriaus paslaugomis ypatumai“. *Viešoji politika ir administravimas* 12 (4): 557–566.
<https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/12116/1373-3235-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Dookie, Sunitha, ir Shenuka Singh. 2012. „Primary health services at district level in South Africa: a critique of the primary health care approach”. *BMC Family Practice* 13 (1): 1–4.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3403923/>
16. Fernandes, Nuno. 2020. „Economic Effects of Coronavirus Outbreak (COVID-19) on the World Economy“. *IESE Business School Working Paper* WP-1240-E.
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3557504
17. Gaižauskaitė, Inga, ir Svajonė Mikėnė. 2014. *Socialinių tyrimų metodai: apklausa*. Vilnius: Mykolas Riomerio universitetas.
<https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/16910/9789955196426.pdf?sequence=1>
18. Hartikainen, Mikko. 2005. „Subjective Evaluation of Spoken Dialogue Systems Using SERVQUAL Method”. Speech-based and Pervasive Interaction Group, Tampere Unit for Computer-Human Interaction Department of Computer Sciences, University of Tampere, October 4–8, 2004.
19. Hutchison, Brian, Jean-Frederic Levesque, Erin Strumpf, ir Natalie Coyle. 2011. „Primary Health Care in Canada: Systems in Motion”. *Milbank Quarterly* 89 (2), 256–288.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3142339/>

20. Išoraitė, Margarita. 2008. „Bendrojo vertinimo modelio taikymas Lietuvos viešojo sektoriaus institucijose“. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos* 8: 39–46.
<http://www.kv.ef.vu.lt/wp-content/uploads/2010/10/STRAIPSNIS-Bendrojo-vertinimo-modelio-veiksmingumo-galimybiu-tyrimas.pdf>
21. Jankauskienė, Danguolė, ir Rimantas Pečiūra. 2007. *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas.
22. Jankauskienė, Danguolė. 2012. „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse“. *Sveikatos politika ir valdymas* 84–101.
<https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/12840/281-448-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Janušonis, Vinsas, ir Jurgita Popovienė. 2004. *Kokybės sistemos: kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijose*. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė.
24. Janušonis, Vinsas. 2004. „Sveikatos priežiūros organizacijų kokybės sistemų valdymas.“ *Sveikatos mokslai* 1: 69–73.
25. Janušonis, Vinsas. 2012. *Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas*. Klaipėda: Klaipėdos universitetas.
26. Janušonis, Vinsas. 2016. „Kokybiška ir tinkama sveikatos priežiūra: pacientų nuomonė ir vertinimas“. *Tiltai* 3: 49–59. <http://etalpykla.lituanistikadb.lt/fedora/objects/LT-LDB/0001:J.04~2016~1491655420955/datastreams/DS.002.0.01.ARTIC/content>
27. Jerdiakova, Natalja, Aldona Mikaliūkštienė, Julija Rabkovskaja, Ramūnė Žilinskienė, Jelena Kutkauskienė, ir Erika Davydenko. 2020. „Dažniausi pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę lemiantys veiksniai, pacientų požiūris“. *Visuomenės sveikata* 30 (1): 56-64.
https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/16656/2020-SM1_1-218-56-64.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Jurkauskas, Algirdas, ir Dalia Susnienė. 2001. *Nuolatinis viešųjų paslaugų tobulinimas– žingsnis pirmyn*. Kaunas: Technologija.
29. Kaziliūnas, Adolfas. 2007. *Kokybės vadyba*. Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas
30. Kosinskienė, Aneta, ir Juozas Ruževičius. 2011. „Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui“. *Visuomenės sveikata* 1 (52): 13–29.
[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)
31. Ladhari, Riadh. 2009. „A review of twenty years of SERVQUAL research“. *International Journal of Quality and Service Sciences* 1(2), 172–198.
<https://doi.org/10.1108/17566690910971445>

32. Lane, Jan Erik. 2001. *Viešasis sektorius*. Vilnius: Margi raštai.
33. Langvinienė, Neringa, Birutė Vengrienė. 2005. *Paslaugų teorija ir praktika*. Kaunas: Technologija.
34. Legido-Quigley Helena, Martin McKee, Ellen Nolte, ir Irene A Glinos. 2008. *Assuring the quality of health care in the European Union*. Copenhagen: Europe and European Observatory on Health Systems and Policies.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf
35. Leskauskaitė, Aušra, ir Saulius Pivoras. 2012. „Visuotinės kokybės vadybos modelių taikymas gerinant Lietuvos aukštųjų mokyklų veiklos kokybę”. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai* 61: 71–84. <https://portalcris.vdu.lt/server/api/core/bitstreams/319ebdc6-e6b8-40c6-bd78-2c10f69b346e/content>
36. Lukauskienė, Agnė, ir Juozas Ruževičius. 2013. „Bendrojo vertinimo modelio veiksmingumo didinimo galimybių tyrimas”. *Verslo ir teisės aktualijos* 8: 90–119. <http://www.kv.ef.vu.lt/wp-content/uploads/2010/10/STRAIPSNIS-Bendrojo-vertinimo-modelio-veiksmingumo-galimybiu-tyrimas.pdf>
37. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. 1990. *Institute of Medicine*. Washington, DC: National Academy Press 1: 4
38. Misevičienė, Irena, ir Liudmila Dregval. 2002. „Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. *Medicina* 38 (11): 1129–1134. [file:///C:/Users/UserX1/Downloads/0211-14l%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/UserX1/Downloads/0211-14l%20(1).pdf)
39. Misevičienė, Irena, ir Žemyna Milašauskienė. 2002. „Pacientų pasitenkinimas ligoninės medicinos personalo darbu”. *Medicina* 38 (4): 559–565. <file:///C:/Users/UserX1/Downloads/0205-14l.pdf>
40. Morris, Stephen, Nancy Devlin, ir David Parkin. 2007. *Economic Analysis in Health Care*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd. https://books.google.lt/books?hl=lt&lr=&id=--mN2RirIKEC&oi=fnd&pg=PR13&dq=economic+analysis+in+health+care&ots=6MjEQ9zZCs&sig=YfRO03mWjhnOjdG3nmval_rbfYE&redir_esc=y#v=onepage&q=economic%20analysis%20in%20health%20care&f=false
41. Mosadeghrad, Ali Mohammad. 2012. „A conceptual framework for quality of care”. *Mat Soc Med.*: 24 (4): 251–261. <http://www.scopemed.org/fulltextpdf.php?mno=28020>
42. Nollet J., Haywood-Farmer J. *Services et management*. Bruxelles: De Boeck Westmael s.a..
43. Palaima, Tomas. 2005. „Paslaugų kokybės tyrimo programa: kiekybinių tyrimų galimybės”. *Marketingas* 7-8: 37–41.

44. Berry, Leonard L., A. Parasuraman, ir Valerie. A. Zeithaml. 1994. „Improving service quality in America: Lessons learned”. *The Academy of Management Executive* 8 (2): 32–52.
<http://www.jstor.org/stable/4165187>
45. Patapas, Aleksandras, ir Toma Žilionytė. 2016. „Viešųjų paslaugų kokybės valdymo savitumai Lietuvos savivaldybėse”. *Viešoji politika ir administravimas* 15 (2): 206–219.
<https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/14548/4277-9654-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
46. Pedersen, Kjeld Møller, John Sahl Andersen, ir Jens Søndergaard. 2012. „General Practice and Primary Health Care in Denmark”. *The Journal of the American Board of Family Medicine* 25 (1): 34–38. https://www.jabfm.org/content/jabfp/25/Suppl_1/S34.full.pdf
47. Piligrimienė, Žaneta, ir Ilona Bučiūnienė 2008. „Different perspectives on health care quality: is the consensus possible?” *Engineering economics* 1 (56): 104–111.
https://www.researchgate.net/publication/26552663_Different_Perspectives_on_Health_Care_Quality_Is_the_Consensus_Possible
48. Pociūtė, Danguolė. 2002. „Kokybės valdymo ypatumai viešajame sektoriuje“. *Viešoji politika ir administravimas* 2: 18–25. <https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/13378/2530-5384-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
49. Puškorius, Stasys. 2002. *Viešojo sektoriaus institucijų administravimas*. Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas. <https://etalpykla.lituanistikadb.lt/object/LT-LDB-0001:J.04~2002~1598533944927/J.04~2002~1598533944927.pdf>
50. Roper, L. William, William Winkenwerder, Gleen M. Hackbarth, ir Henry Krakauer. 1988. „Effectiveness in Health Care”. *New England Journal of Medicine* 319 (18), 1197–1202. <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM198811033191805>
51. Samuelson, Peter, ir Lars-Erik Nilsson. 2005. „Self-assessment practices in large organizations. Experiences from using the EFQM excellence model”. *Journal of Quality & Reliability Management* 19 (1): 10–23.
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.194.7732&rep=rep1&type=pdf>
52. Senčila, Viktoras, ir Ingrida Skiparienė. 2007. „ISO 9000 serijos kokybės vadybos standartų taikymas aukštojo mokslo institucijose: Lietuvos jūreivystės kolegija“. *Aukštojo mokslo kokybė* 4: 53–73.
<https://etalpykla.lituanistikadb.lt/fedora/objects/LT-LDB-0001:J.04~2007~1367163511408/datastreams/DS.002.0.01.ARTIC/content>
53. Seth, Nitin, S.G. Deshmukh, ir Prem Vrat. 2005. „Service quality models: a review”. *International Journal of Quality & Reliability Management* 22 (9): 913–949.
<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/02656710510625211/full/html>

54. Skačkausienė, Ilona, ir Jurga Vestertė. 2018. „Paslaugos sampratos aktualizavimas šiuolaikinėje vadyboje“. *Ekonomika ir vadyba* 364: 1–9.
https://www.researchgate.net/publication/326298338_Paslaugos_sampratos_aktualizavimas_si_uolaikineje_vadyboje_Redefining_service_notion_in_contemporary_management
55. Staškutė, Ieva. 2014. „Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata, stebėsenos ir vertinimo metodai bei reikšmė sveikatos politikoje.“ *Sveikatos politika ir valdymas* 1 (6): 7–19.
<https://ojs.mruni.eu/ojs/health-policy-and-management/article/view/1632/2041>.
56. Stumbraitė-Vilkišienė, Edita. 2010. „Viešosios paslaugos dalyvių kaip kokybės vertintojų samprata: pilietis–vartotojas“. *Socialiniai mokslai. Vadyba, ekonomika* 4 (29): 148–156.
<https://etalpykla.lituanistikadb.lt/object/LT-LDB-0001:J.04~2010~1367178630883/J.04~2010~1367178630883.pdf>
57. Sudnickas, Tadas. 2005. „Subalansuotų rodiklių sistemos taikymo aspektai Lietuvos viešajame sektoriuje. *Viešojo politika ir administravimas* 12: 38–45.
<https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/13611/2411-5146-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
58. Šaulinskas, Linas, ir Rūta Tilvytienė. 2013. „Paslaugas teikiančių įmonių pardavimų kokybės gerinimo modelis“. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos* 1 (29): 152–165
[file:///C:/Users/UserX1/Downloads/6092830_MAIN%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/UserX1/Downloads/6092830_MAIN%20(1).pdf)
59. Štaras, Kęstutis, Tomas Vedlūga, ir Neringa Kalvelytė. 2013. „Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtimumo vertinimas ir analizė“. *Visuomenės sveikata* 23 (4): 27–33. <http://sm-hs.eu/wp-content/uploads/2019/03/490-1695-1-SM.pdf>
60. Vengrienė, Birutė. 1998. *Paslaugų ekonomika: Mokomoji priemonė*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
61. WALSH, Kieron. 1991. „Quality and public services“. *Public Administration* 69(4): 503–514.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00917.x>
62. Želvytė, Gerda. 2021. „Cardiovascular complications of COVID-19 infection“. *Journal of Medical Sciences* 9 (4): 308–315. <https://medicsciences.com/f/2021/05-03/35.Cardiovascular%20complications%20of%20COVID-19%20infection.pdf>
63. World Health Organization. 2008. „The right to health“. Geneva 31, 45 p.
<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>
64. Žičkienė, Skaidrė, ir Inga Daševskienė. 2009. „Implementation of quality management systems: changes in personnel management“. *Socialiniai tyrimai* 3 (17): 143–152.
[file:///C:/Users/UserX1/Downloads/6109556%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/UserX1/Downloads/6109556%20(1).pdf)

Kiti internetiniai šaltiniai:

65. Davidavičius, Giedrius, Jelena Čelutkienė, R. Gurevičius, P. Budrys, Pranas Šerpetys, Gediminas Černiauskas, Kamilė Čerlinskaitė, Vilhemas Bajoras, Mečislovas Lizaitis, specialistai R. Višinskienė, ir R. Buivydas. 2020. „VU mokslininkai nustatė, kaip pasikeitė sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas karantino laikotarpiu“. *VU naujienos*, 2020 m. vasario 11 d. <https://naujienos.vu.lt/vu-mokslininkai-nustate-kaip-pasikeite-sveikatos-prieziuros-paslaugu-prieinamumas-karantino-laikotarpiu/>
66. „Vilnius“. 2022. Žiūrėta 2022 m. balandžio 24 d. <https://vilnius.lt/lt/statistika/>

Teisės ir kiti normatyviniai aktai

67. „Dėl karantino Lietuvos Respublikos teritorijoje paskelbimo, 2020/Nr. 1226“. LRS. Žiūrėta 2022 m. balandžio 19 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/a2b5da801f4a11eb9604df942ee8e443/asr>
68. „Dėl karantino Lietuvos Respublikos teritorijoje paskelbimo, 2020/Nr. 1226“. LRS. Žiūrėta 2022 m. balandžio 19 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/a2b5da801f4a11eb9604df942ee8e443>
69. „Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo, 2004/Nr. V-642“. LRS. Žiūrėta 2022 m. balandžio 19 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.242167?jfwid=mmceol9ng>.
70. „Lietuvos Respublikos Aukščiausios Tarybos nutarimas „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo, 1991/Nr. I-1939““. LRS. Žiūrėta 2022 m. balandžio 19 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.3044?jfwid=>
71. „Lietuvos Respublikos Konstitucija, 1992/33-1014“. LRS. Žiūrėta 2022 m. balandžio 19 d. <https://www.lrs.lt/home/Konstitucija/Konstitucija.htm>
72. „Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 1996/ Nr. I-1562“. LRS. Žiūrėta 2022 m. balandžio 19 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.31932?jfwid=>
73. „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programos patvirtinimo, 2017/Nr. V-1292““. LRS. Žiūrėta 2022 m. balandžio 19 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.31932?jfwid=>
74. „Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas, 1994/Nr. I-552“. Žiūrėta 2022 m. balandžio 19 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905?jfwid=>
75. „Lietuvos Respublikos Vidaus reikalų ministro įsakymas „Dėl viešųjų paslaugų vartotojų pasitenkinimo indekso apskaičiavimo metodikos patvirtinimo, 2009/Nr. 1V-339““. LRS. Žiūrėta 2022 m. balandžio 19 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.348227>

76. „Lietuvos Respublikos Viešojo administravimo įstatymas, 1999/Nr. VIII-1234”. LRS. Žiūrėta
2022 m. balandžio 19 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.83679/wtMlzWVQyh>

SANTRAUKA

Matulianecaitė I. *Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas Vilniaus miesto savivaldybės sveikatos priežiūros įstaigose pandemijos metu* / Magistro baigiamasis darbas. Vadovas prof. dr. Andrius Stasiukynas, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Viešojo valdymo ir verslo fakultetas, 2022, 102 p.

Sveikatos priežiūros kokybė ir jos valdymas yra vienas svarbiausių socialinių veiksnių tiek Lietuvoje, tiek pasaulyje. Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugų teikimą yra svarbus sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo stebėsenos ir tobulinimo veiksnys. Pandemijos metu žmonės ėmė piktintis dėl negaunamos reikalingos medicininės pagalbos. Magistro baigiamajame darbe išanalizuota pacientų nuomonė apie Vilniaus miesto savivaldybei pavaldžių sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pandemijos metu. Šio tyrimo problema – ar pandemijos metu Vilniaus miesto savivaldybei pavaldžiose sveikatos priežiūros įstaigose teikiamos paslaugos yra kokybiškos? Šio darbo tikslas – įvertinti pandemijos metu Vilniaus miesto savivaldybei pavaldžiose sveikatos priežiūros įstaigose teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pacientų požiūriu. Taip pat buvo iškelti šie tyrimo uždaviniai: išnagrinėti paslaugų sampratą ir jų teikimo prielaidas; išanalizuoti paslaugų kokybės sampratą ir esmę; išnagrinėti pirminės sveikatos priežiūros ir sveikatos paslaugas teikiančių institucijų kokybės sampratą; išsiaiškinti pacientų nuomonę apie pandemijos metu teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę Vilniaus miesto savivaldybei pavaldžiose sveikatos priežiūros įstaigose. Tyrime naudojama mokslinės literatūros analizė, kiekybinis tyrimas – anketinė apklausa ir statistinė – aprašomoji statistika. Išanalizavus gautus duomenis galima teigti, kad Vilniaus savivaldybei pavaldžiose sveikatos priežiūros įstaigose teikiamų paslaugų kokybė pandemijos metu yra suprastėjusi. Ne pilnai yra užtikrinamas paslaugų prieinamumas, gydytojai neskiria pakankamo dėmesio pacientų nuomonei apie suteikiamų paslaugų kokybę, įstaigose trūksta gerai organizuojamo darbo ir techninių naujovių užtikrinimo ir diegimo. Įstaigose trūksta pakankamo pacientų aprūpinimo žmonių reikmėmis naudojamo vandens ir pagrindinės sanatorijos veiklos užtikrinimo, taip pat sveikatos mokymų apie dažniausias sveikatos problemas, jų nustatymą, prevenciją ir kontrolę užtikrinimo bei paramos tinkamai mitybai bei aprūpinimo maisto produktais užtikrinimo. Baigiamasis darbas sudarytas iš trijų dalių. Pirmoje darbo dalyje analizuojama mokslinė literatūra. Antroje dalyje aptariama tyrimo metodologija. Trečioje dalyje analizuojami gauti tyrimo rezultatai. Darbo pabaigoje pateikiamos tyrimo išvados ir pateikti pasiūlymai, kaip sveikatos priežiūros įstaigos turėtų gerinti teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Pagrindiniai žodžiai: pirminė sveikatos priežiūra, sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, pandemija

SUMMARY

The quality and its management is one of the most important social factors in Lithuania and in the whole world. Patients' opinion of healthcare delivery are an important tool for monitoring and improving the quality and availability of healthcare. During the pandemic, people began to resent due the lack of necessary medical care. The master's thesis analyzes the opinion of patients about the quality of primary health care services provided by health care institutions subordinated to Vilnius City Municipality during the pandemic. The problem of this master's thesis - are the services provided in the health care institutions subordinated to Vilnius City Municipality during the pandemic high quality? The purpose of this labor to evaluate quality of primary health care services provided by health care institutions subordinated to Vilnius City Municipality during the pandemic from the point of view of patients. Also, there was raised the following objectives for this research : to examine the concept of services and the assumptions for their provision; to analyze the concept of service quality and the essence of it; to examine the concept of quality in primary health care and in health care institutions; to find out the opinion of patients about quality of providing primary health care during the pandemic. In research was used analysis of scientific literature, quantitative research- questionnaire survey and statistic - descriptive statistics. After analyzing the obtained data, can be affirmed that quality of services in the health care institutions subordinated to Vilnius City Municipality during the pandemic deteriorated. The availability of services is not fully guaranteed, doctors does not pay enough attention to patients' opinions about the quality of services provided, the institutions are in the lack of ensuring and implementing well-organized work and technical innovation. Institutions are not ensuring the supply of water for human consumption for the patients and the ensuring the operation of the main sanatorium. There is also a lack of health training on the most common health problems, their identification, prevention and control, and support for proper nutrition and assurance for food supply. The master's thesis consist of three parts. The first part of the work analyzes the scientific literature. The second part discusses the research methodology. The third part analyzes the obtained research results. The study concludes with the findings of the study and offers suggestions on how health care institutions should improve the quality of primary health care services.

Key words: primary health care, quality of health care services, pandemic

PRIEDAI

1 PRIEDAS

ANKETA PACIENTAMS

Gerbiamas Respondente,

Mykolo Riomerio universiteto Viešojo administravimo programos studentė Indrė Matulianecaitė atlieka tyrimą, kurio tikslas – įvertinti pandemijos metu teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę Vilniaus miesto savivaldybės sveikatos priežiūros įstaigose pacientų požiūriu.

Anketa yra anoniminė, todėl vardo ir pavardės nurodyti nereikia. Duomenys bus saugomi konfidencialiai. Gauti respondentų atsakymai bus apdorojami ir apibendrinami. Atsakant į klausimus prašome Jums tinkamą atsakymą pažymėti kryželiu, kur reikia – atsakymą įrašyti. Šioje anketoje teisingų atsakymų nėra, tikimės nuoširdžios Jūsų nuomonės.

1. Kurioje Vilniaus miesto savivaldybei pavaldžios sveikatos priežiūros įstaigoje lankotės?

- ☐ VŠĮ Antakalnio poliklinika
- ☐ VŠĮ Centro poliklinika
- ☐ VŠĮ Greitosios medicinos pagalbos stotis
- ☐ VŠĮ Grigiškių sveikatos priežiūros centras
- ☐ VŠĮ Karoliniškių poliklinika
- ☐ VŠĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninė
- ☐ VŠĮ Naujosios Vilnios poliklinika
- ☐ VŠĮ Šeškinės poliklinika
- ☐ VŠĮ Vilkpėdės ligoninė
- ☐ VŠĮ Vilniaus miesto klinikinė ligoninė
- ☐ VŠĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras
- ☐ VŠĮ Šv. Roko ligoninė
- ☐ BĮ Vilniaus miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuras
- ☐ Kita (įrašykite) _____

2. Kiek įprastai sugaištate laiko atvykti į sveikatos priežiūros įstaigą iš savo namų?

- ☐ Iki 20 minučių

- ☐ 20–40 minučių
- ☐ 40–60 minučių
- ☐ Daugiau nei valandą
- ☐ Nežinau

3. Kokios yra pagrindinės priežastys, lemiančios Jūsų apsilankymą būtent šioje sveikatos priežiūros įstaigoje?

Galimi keli atsakymų variantai

- ☐ Patogi vieta
- ☐ Gaunamos kokybiškos paslaugos
- ☐ Draugiškas ir malonus personalas
- ☐ Darbuotojų profesionalumas
- ☐ Mažesnės sergančiųjų eilės
- ☐ Rekomendavo kiti
- ☐ Kita (įrašykite) _____

4. Ar sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje lankotės, darbo laikas Jums yra priimtinas?

- ☐ Taip, darbo laikas yra priimtinas
- ☐ Ne, darbo laikas yra per trumpas
- ☐ Nežinau

5. Ar sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje lankotės, darbo laikas pandemijos metu yra pasikeitęs?

- ☐ Taip, darbo laikas pailgėjo
- ☐ Taip, darbo laikas sutrumpėjo
- ☐ Ne, darbo laikas nepasikeitė
- ☐ Nežinau

6. Kaip dažnai sveikatos priežiūros įstaigoje lankėtės iki pandemijos paskelbimo?

- ☐ Dažniau nei kartą per savaitę
- ☐ Kartą per savaitę
- ☐ 2–3 kartus per mėnesį
- ☐ Kartą per mėnesį
- ☐ Kas kelis mėnesius
- ☐ Kartą į pusę metų
- ☐ Kelis kartus per metus
- ☐ Kartą per metus
- ☐ Rečiau nei kartą per metus
- ☐ Nesilankiau

7. Kaip dažnai sveikatos priežiūros įstaigoje lankotės pandemijos metu?

- ☐ Dažniau nei kartą per savaitę
- ☐ Kartą per savaitę
- ☐ 2–3 kartus per mėnesį
- ☐ Kartą per mėnesį
- ☐ Kas kelis mėnesius
- ☐ Kartą į pusę metų
- ☐ Kelis kartus per metus
- ☐ Kartą per metus
- ☐ Rečiau nei kartą per metus
- ☐ Nesilankau

8. Ar pandemijos metu tapo sunkiau gauti konsultaciją iš gydytojo Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje?

- ☐ Taip
- ☐ Ne
- ☐ Nežinau

9. Jei į 9 klausimą atsakėte *Taip*, kaip manote, kokios yra to priežastys?

Galimi keli atsakymų variantai

- ☐ Per mažas gydytojų skaičius įstaigoje
- ☐ Pandemijos metu gydytojų darbo krūviai padidėjo
- ☐ Blogas informacijos teikimas
- ☐ Pacientai nepriimami jiems paskirtu metu
- ☐ Kitiems pacientams buvo skiriamas didesnis dėmesys
- ☐ Kita (įrašykite)_____

10. Kokiu būdu prieš pandemijos paskelbimą konsultuodavotės su gydytoju?

Galimi keli atsakymų variantai

- ☐ Tiesiogiai atvykus į įstaigą
- ☐ Nuotoliniu būdu

11. Kokiu būdu pandemijos metu konsultuodavotės su gydytoju?

Galimi keli atsakymų variantai

- ☐ Tiesiogiai atvykus į įstaigą
- ☐ Nuotoliniu būdu

12. Kaip Jūs registravotės sveikatos įstaigoje prieš pandemijos paskelbimą?

Galimi keli atsakymų variantai

- ☐ Tiesiogiai atvykus į registratūrą
- ☐ Telefonu
- ☐ Internetu

13. Kaip Jūs registravotės sveikatos įstaigoje pandemijos metu?

Galimi keli atsakymų variantai

- ☐ Tiesiogiai atvykus į registratūrą
- ☐ Telefonu

- ☐ Internetu

14. Ar pandemijos metu registracijos laiko trukmė pasikeitė?

- ☐ Taip, registracijos laikas pailgėjo
☐ Taip, registracijos laikas sutrumpėjo
☐ Ne, registracijos laikas nepasikeitė
☐ Nežinau

15. Ar iki pandemijos paskelbimo teko ilgai laukti iš anksto užregistruoto vizito Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje?

- ☐ Užsiregistravau tą pačią dieną
☐ Užsiregistravau dieną prieš vizitą
☐ 2–7 dienas
☐ Daugiau nei savaitę
☐ Iki 4 savaičių
☐ Daugiau nei mėnesį
☐ Nežinau

16. Ar pandemijos metu teko ilgai laukti iš anksto užregistruoto vizito Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje?

- ☐ Užsiregistravau tą pačią dieną
☐ Užsiregistravau dieną prieš vizitą
☐ 2–7 dienas
☐ Daugiau nei savaitę
☐ Iki 4 savaičių
☐ Daugiau nei mėnesį
☐ Pandemijos laiką nesikreipiau į sveikatos priežiūros įstaigas
☐ Nežinau

17. Ar prieš pandemijos paskelbimą Jums buvo laiku suteiktos medicininės paslaugos?

- ☐ Taip
- ☐ Ne visada
- ☐ Ne
- ☐ Nežinau

18. Ar pandemijos metu Jums buvo laiku suteiktos medicininės paslaugos?

- ☐ Taip
- ☐ Ne visada
- ☐ Ne
- ☐ Nežinau

19. Jei į 17 klausimą atsakėte *Ne*, kaip manote, kokios yra to priežastys (galimi keli atsakymų variantai)?

Galimi keli atsakymų variantai

- ☐ Per mažas gydytojų skaičius įstaigoje
- ☐ Pandemijos metu padidėjęs gydytojų darbo krūvis
- ☐ Blogas informacijos teikimas
- ☐ Pacientai nepriimami jiems paskirtu metu
- ☐ Kitiems pacientams buvo skiriamas didesnis dėmesys
- ☐ Kita (įrašykite)_____

20. Ar turite gydytoją, kuris atsiradus sveikatos problemoms Jus konsultuoja pirmas?

- ☐ Taip, tai šeimos gydytojas
- ☐ Taip, tai kitas įstaigos gydytojas
- ☐ Taip, tačiau ne įstaigos, kurioje lankausi, gydytojas

☐ Ne, tokio gydytojo neturiu

21. Kada paskutinį kartą kreipėtės į sveikatos priežiūros įstaigą?

- ☐ Prieš 1–7 dienas
- ☐ Prieš daugiau nei savaitę
- ☐ Mažiau nei prieš mėnesį
- ☐ Daugiau nei prieš mėnesį
- ☐ Daugiau nei prieš 6 mėnesius
- ☐ Prieš metus
- ☐ Daugiau nei prieš metus
- ☐ Iki pandemijos paskelbimo

22. Įvertinkite paskutinį apsilankymą sveikatos priežiūros įstaigoje. Kaip vertinate kiekvieną iš šių teiginių? (Skalėje nuo 1 iki 5. 1 – visiškai nesutinku, 5 – visiškai sutinku. Pasirinktą balą paryškinkite):

Nr.	Teiginys	Balas
1.	Gydytojas turėjo visus mano medicininius duomenis ir žinojo visą informaciją apie mano sveikatos būklę	1 2 3 4 5
2.	Gydytojas teiravosi apie mano sveikatos problemas	1 2 3 4 5
3.	Gydytojas buvo dėmesingas ir supratingas	1 2 3 4 5
4.	Konsultacijos metu jaučiausi saugus	
5.	Gydytojas suteikė man reikiamą informaciją apie tyrimus, reikalingus vaistus ir kitą su mano sveikata susijusią informaciją	1 2 3 4 5
6.	Gydytojas buvo profesionalas, kompetentingas ir gerai atliko savo darbą	1 2 3 4 5
7.	Buvo suteikta tinkama medicininė pagalba	1 2 3 4 5

23. Ar paskutinis apsilankymas sveikatos priežiūros įstaigoje sukėlė teigiamas emocijas ir patenkino Jūsų lūkesčius?

☐ Taip

☐ Ne

☐ Nežinau

24. Ar po paskutinio apsilankymo gydytojas teiravosi apie Jūsų sveikatą ir vaistų vartojimą?

☐ Taip

☐ Ne

25. Ar po paskutinio apsilankymo sveikatos priežiūros įstaigoje Jūsų sveikata pagerėjo?

☐ Taip

☐ Ne

☐ Nežinau

26. Įvertinkite Jūsų lankomą sveikatos priežiūros įstaigą pagal žemiau išvardintus teiginius (skalėje nuo 1 iki 5. 1 – visiškai nesutinku, 5 – visiškai sutinku. Pasirinktą atsakymą paryškinkite):

Nr.	Teiginys	Balas
1.	Laiku suteikiama skubi pagalba	1 2 3 4 5
2.	Sveikatos paslaugas teikiantys gydytojai yra kompetetingi ir profesionaliai atlieka savo darbą	1 2 3 4 5
3.	Sveikatos priežiūros įstaigoje dirbantys darbuotojai yra malonūs ir mandagūs	1 2 3 4 5

4.	Sveikatos priežiūros įstaigos teikiama informacija yra lengvai pasiekama, išsami ir suprantama	1 2 3 4 5
5.	Specialistams rūpi Jūsų nuomonė ir pasitenkinimas gaunamomis paslaugomis	1 2 3 4 5
6.	Įstaiga užtikrina paciento privatumą ir konfidencialumą	1 2 3 4 5
7.	Įstaiga užtikrina saugumą	1 2 3 4 5
8.	Įstaigoje nuolat palaikoma švara ir tvarka	1 2 3 4 5
9.	Įstaigoje gerai organizuojamas darbas	1 2 3 4 5
10.	Įstaigoje gražus interjeras	1 2 3 4 5
11.	Įstaiga diegia technines naujoves	1 2 3 4 5

27. Ar sveikatos priežiūros įstaigoje esantys informaciniai stendai Jums yra naudingi?

- ☐ Taip
☐ Kartais
☐ Ne
☐ Neskaitau

28. Įvertinkite Jūsų lankomos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos pirminės sveikatos priežiūros veiklos sritis pandemijos metu pagal žemiau išvardintus teiginius (skalėje nuo 1 iki 5. 1 – visiškai nesutinku, 5 – visiškai sutinku. Pasirinktą atsakymą paryškinkite):

Nr.	Teiginys	Balas
1.	Tinkamas labiausiai paplitusių ligų ir sužeidimų gydymas	1 2 3 4 5
2.	Skubios ir neatidėliotinos pagalbos teikimas nelaimingų atsitikimų ar ligos atveju (skubi pagalba)	1 2 3 4 5
3.	Pagrindinės diagnostikos ir gydymo priemonės individams ir šeimoms, prireikus siųsti juos specializuotai pagalbai arba į ligonines (pirminė medicinos priežiūra)	1 2 3 4 5
4.	Būtinausių vaistų tiekimas	1 2 3 4 5
5.	Prevenciniai patikrinimai	1 2 3 4 5
6.	Sveikatos mokymas apie dažniausias sveikatos problemas, jų nustatymą, prevenciją ir kontrolę	1 2 3 4 5
7.	Parama tinkamai mitybai, aprūpinimas maisto produktais	1 2 3 4 5
8.	Pakankamas aprūpinimas žmonių reikmėmis naudojamu vandeniu ir pagrindinė sanitarijos veikla	1 2 3 4 5
9.	Motinos ir vaiko sveikatos priežiūra, šeimos planavimas	1 2 3 4 5

10.	Imunizavimas nuo svarbiausių infekcinių ligų	1	2	3	4	5
11.	Sergančiųjų lėtinėmis ligomis, neįgalių ir senų žmonių priežiūra	1	2	3	4	5

29. Kaip vertinate Jūsų lankomos sveikatos priežiūros įstaigos teikiamas paslaugas prieš pandemijos paskelbimą?

- ☐ Teigiamai
- ☐ Neigiamai
- ☐ Nei teigiamai, nei neigiamai
- ☐ Nežinau

30. Kaip vertinate Jūsų lankomos sveikatos priežiūros įstaigos teikiamas paslaugas pandemijos metu?

- ☐ Teigiamai
- ☐ Neigiamai
- ☐ Nei teigiamai, nei neigiamai
- ☐ Nežinau

31. Ar šią sveikatos priežiūros įstaigą rekomenduotumėte kitiems?

- ☐ Taip
- ☐ Ne
- ☐ Nežinau

32. Jūsų lytis:

- ☐ Moteris
- ☐ Vyras

33. Jūsų amžius:

- ☐ Iki 20 metų

- ☐ 20–30 metų
- ☐ 31–40 metų
- ☐ 41 –50 metų
- ☐ 51–60 metų
- ☐ Daugiau nei 60 metų

34. Jūsų išsilavinimas:

- ☐ Vidurinis
- ☐ Spec. vidurinis
- ☐ Aukštesnysis
- ☐ Aukštasis

35. Kokia Jūsų pagrindinė veikla?

- ☐ Studentas (-ė)
- ☐ Dirbantis (-i)
- ☐ Nedirbantis (-i)
- ☐ Bedarbis (-ė)
- ☐ Pensininkas (-ė)

36. Kurios savivaldybės gyventojas esate?

- ☐ Vilniaus
- ☐ Kita (įrašykite) _____

Dėkoju už Jūsų atsakymus!