

KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS

Socialinių ir humanitarinių mokslų fakultetas

Vadybos katedra

SMNVV 19 grupė

Daiva Purauskienė

KLAIPĖDOS MIESTO PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS GERINIMAS

Verslo vadybos studijų programos magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2021

MAGISTRO BAIGIAMOJO DARBO LYDRAŠTIS

Daiva Purauskienė

(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavardė)

KLAIPĖDOS MIESTO PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS GERINIMAS

(magistro baigiamojo darbo pavadinimas lietuvių kalba)

Patvirtinu, kad magistro baigiamasis darbas parašytas savarankiškai, nepažeidžiant kitiems asmenims priklausančių autorių teisių, visas baigiamasis magistro darbas ar jo dalis nebuvo panaudotas Klaipėdos universitete ir kitose aukštosiose mokyklose.

Daiva Purauskienė

.....
(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavardė ir parašas)

Sutinku, kad magistro baigiamasis darbas būtų naudojamas neatlygintinai 5 m. Klaipėdos universiteto studijų procese.

Daiva Purauskienė

.....
(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavardė ir parašas)

Magistro baigiamąjį darbą ginti
(įrašyti – leidžiu arba neleidžiu)

prof. dr. Rimantas Stašys

.....
(data)

.....
(magistro baigiamojo darbo vadovo vardas, pavardė ir parašas)

Baigiamasis darbas įregistruotas katedroje
(data)

.....
(katedros sekretorės vardas, pavardė ir parašas)

Magistro baigiamąjį darbą ginti
(įrašyti – leidžiu arba neleidžiu)

.....
(data)

.....
(katedros vedėjo vardas, pavardė ir parašas)

Recenzentu(-ais) skiriu

.....
(įrašyti recenzento(ų) vardą, pavardę)

.....
(data)

.....
(katedros vedėjo vardas, pavardė ir parašas)

BAIGIAMOJO DARBO UŽDUOTIS

Darbo vadovas: prof.dr. Rimantas Stašys

Vadybos SMNVV19 gr. studentui (–ei) Daivai Purauskienei patvirtinta vadybos baigiamojo darbo tema: **KLAIPĖDOS MIESTO PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS GERINIMAS.**

Darbo tikslas: sudarius sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo teorinį modelį ir tyrimo metodiką, įvertinti Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybę paslaugų gavėjų bei paslaugų teikėjų požiūriais.

Darbo uždaviniai:

1. Susisteminus išanalizuotą pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės teoriją sudaryti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės teorinį vertinimo modelį.
2. Parengus pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės mokslinio tyrimo teorinę metodiką, įvertinti Klaipėdos miesto teikiamų pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybę paslaugų gavėjų ir paslaugų teikėjų požiūriais.
3. Palyginti vertinimo rezultatus bei pateikti Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybės gerinimo rekomendacijas.

Parengtas baigiamasis darbas registruojamas katedroje pagal Vadybos katedroje patvirtintas datas.

Studentas (–ė) Daiva Purauskienė

(parašas, data)

Darbo vadovas (–ė) prof. dr. Rimantas Stašys

(parašas, data)

SANTRAUKA

Purauskienė D. Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas. Vadybos studijų programos magistro baigiamasis darbas. Darbo vadovas prof. dr. R. Stašys. Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2021. – 74 p. priedų skaičius: 8.

Magistro baigiamajame darbe tiriama ir analizuojama Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybė. Tyrimo tikslas – išanalizavus sveikatos priežiūros paslaugų kokybės teorinius vertinimo metodus, įvertinti Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybę paslaugų gavėjų bei paslaugų teikėjų požiūriais. Šiam tikslui įgyvendinti analizuota mokslinė literatūra, atlikta anketinė apklausa, duomenys apdoroti statistiniais metodais, įvertinti rezultatai, suformuoti apibendrinimai. Mokslinės literatūros analizės pagrindu apibrėžta, kad kokybiška sveikatos priežiūros paslauga – tai paciento visapusiškas sveikatos poreikių patenkinimas, atsižvelgiant į jo lūkesčius ir prioritetus. Atlikus Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimą ir įvertinus gautus rezultatus, nustatyta, kad įstaigose teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos pakankamai geros kokybės. Jos tenkina tiek paslaugų gavėjų, tiek paslaugų teikėjų poreikius. Apibendrinus detalizuoto įvertinimo rezultatus, kurie leido nustatyti ir esamus trūkumus, įvertintos ir pateiktos pirminės asmens sveikatos paslaugų gerinimo rekomendacijos.

Raktiniai žodžiai: paslaugų kokybė, pirminė sveikatos priežiūra, pacientai, gydytojai.

SUMMARY

Purauskienė D. Improving the Quality of Primary Health Care Services in Klaipėda City. Final Master's degree paper of Management Studies. Supervisor: prof. dr. R. Stašys. Klaipėda University: Klaipėda, 2021. – p. 74, number of annexes: 8.

Master's final paper analyzes and researches the topic: Quality of primary health care services in Klaipėda city. Research goal – after compiling the theoretical model of health care service quality assessment and research methodology, to evaluate the quality of primary health care services provided in Klaipėda city from the aspect of recipients and service providers. After analyzing the scientific literature, the quality of health care services is defined as the comprehensive satisfaction of the patient's health needs, taking into account his / her expectations and priorities. Research hypothesis – service providers value the quality of the primary health care services better than the recipients. After evaluating the Klaipėda city primary health care service quality assessment data, it was identified that the quality of the provided Klaipėda primary health services is considered as good, however, more detailed data assessment has also showed the existing shortcomings, for which, the Klaipėda primary health care service quality improvement recommendations have been made.

Key words: service quality, primary health care, patients, doctors.

TURINYS

ĮVADAS	8
1. PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS TEORINĖ ANALIZĖ	11
1.1. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės samprata.....	11
1.2. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimas.....	16
1.3. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo teorinės kryptys	22
1.4. Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės teorinis vertinimo modelis	28
2. KLAIPĖDOS MIESTO PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS TYRIMAS	33
2.1. Tyrimo metodika	33
2.2. Paslaugų kokybės vertinimas paslaugų gavėjo požiūriu	42
2.3. Paslaugų kokybės vertinimas paslaugų teikėjo požiūriu	51
3. KLAIPĖDOS MIESTO PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ TEIKIAMŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS GERINIMO REKOMANDACIJOS	60
3.1. Paslaugų gavėjų ir teikėjų paslaugų kokybės vertinimų palyginimas	60
3.2. Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo rekomendacijos	65
LITERATŪRA	73
SĄVOKOS	80
PRIEDAI	82

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Kokybės samprata.....	11
2 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sampratos.....	12
3 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimai sveikatos priežiūros įstaigoms...	14
4 lentelė. Svarbiausios sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo kriterijai: užsienio patirtis.....	19
5 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų dimensijos ir jų požymiai.....	30
6 lentelė. Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo kriterijai.....	35
7 lentelė. Paslaugų gavėjų – pacientų klausimyno struktūra.....	37
8 lentelė. Paslaugų teikėjo – gydytojų klausimyno struktūra.....	38
9 lentelė. Tyrimo imties nustatymas.....	39
10 lentelė. Klausimynų skalių vidinis patikimumas.....	40
11 lentelė. Demografinis ir socialinis paslaugų gavėjų pasiskirstymas.....	43
12 lentelė. Pacientų vizitų priežastys pagal demografines grupes, chi-kvadrato testo rezultatai..	45
13 lentelė. Pacientų nuomonių pasiskirstymas dėl jų sveikatos būklės gerinimo.....	46
14 lentelė. Pacientų nuomonių pasiskirstymas apie teikiamų paslaugų kokybę.....	47
15 lentelė. Pacientų nuomonių pasiskirstymas pagal rekomendacijas.....	49
16 lentelė. Pacientų pasiskirstymas pagal būdą rinktis sveikatos priežiūros įstaigą.....	50
17 lentelė. Demografinis ir socialinis paslaugų teikėjų pasiskirstymas.....	51
18 lentelė. Gydytojų nuomonių vertinimas dėl nepakankamos komunikacijos	53
19 lentelė. Gydytojų nuomonių pasiskirstymas dėl pacientų sveikatos būklės gerinimo.....	54
20 lentelė. Gydytojų nuomonių pasiskirstymas apie teikiamų paslaugų kokybę.....	55
21 lentelė. Gydytojų nuomonių pasiskirstymas apie funkcijas, kurias įstaigose svarbu gerinti..	56
22 lentelė. Pacientų ir gydytojų lojalumo vertinimo palyginimas.....	61
23 lentelė. Pacientų ir gydytojų prieinamumo kriterijaus vertinimų palyginimas.....	61
24 lentelė. Pacientų ir gydytojų patikimumo kriterijaus vertinimų palyginimas.....	62
25 lentelė. Pacientų ir gydytojų apčiuopiamumo kriterijaus vertinimų palyginimas.....	62
26 lentelė. Pacientų ir gydytojų savalaikiškumo kriterijaus vertinimų palyginimas.....	63
27 lentelė. Pacientų ir gydytojų nuoseklumo kriterijaus vertinimų palyginimas.....	63
28 lentelė. Pacientų ir gydytojų saugumo kriterijaus vertinimų palyginimas.....	63
29 lentelė. Pacientų ir gydytojų teisingumo kriterijaus vertinimų palyginimas.....	64
30 lentelė. Pacientų ir gydytojų orientacijos į pacientą kriterijaus vertinimų palyginimas.....	64
31 lentelė. Įvertintos ir išskirtos svarbiausios problemos keliančios grėsmę paslaugų kokybei..	65
32 lentelė. Demografiniai Klaipėdos miesto gyventojų rodikliai.....	67

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 paveikslas. Sveikos priežiūros įgyvendinimo sąlygos.....	13
2 paveikslas. Sveikatos priežiūros paslaugų savybės.....	15
3 paveikslas. Sveikatos priežiūros sistemos organizaciniai lygiai.....	17
4 paveikslas. Sveikatos priežiūros kokybės gerinimo sistema.....	23
5 paveikslas. Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos tikslai.....	24
6 paveikslas. 2014-2025 m. SAM strateginiai tikslai ir jiems įgyvendinti naudojamos programos.....	25
7 paveikslas. Sveikatos priežiūros prieinamumo dimensijos ir jas užtikrinančios sąlygos.....	26
8 paveikslas. SERVQUAL paslaugų kokybės vertinimo modelis.....	29
9 paveikslas. Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės teorinis vertinimo modelis.....	31
10 paveikslas. Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tyrimo proceso modelis.....	34
11 paveikslas. Pacientų pasiskirstymas pagal savo sveikatos būklę, proc.....	43
12 paveikslas. Pacientų pasiskirstymas pagal rūpinimąsi savo sveikata, proc.....	44
13 paveikslas. Vidutiniai vertinimo balai pacientų požiūriu pagal kokybės vertinimo kriterijus.	48
14 paveikslas. Pacientų pasiskirstymas pagal buvimo įstaigos paslaugų vartotoju laiką, proc...	49
15 paveikslas. Pacientų pasiskirstymas pagal priežastis dėl kurių keičia šeimos gydytoją, proc..	50
16 paveikslas. Gydytojų nuomonių pasiskirstymas dėl pacientų rūpinimosi savo sveikata, proc.....	52
17 paveikslas. Gydytojų pasiskirstymas pagal konsultacijos trukmę, proc.....	52
18 paveikslas Vidutiniai vertinimo balai gydytojų požiūriu pagal kokybės vertinimo kriterijus..	57
19 paveikslas. Gydytojų nuomonė apie tam tikrus teiginius: lūkesčius, lojalumą, darbą ir profesiją, proc.....	57
20 paveikslas. Pacientų ir gydytojų vertinimų palyginimai apie bendrąją paslaugų kokybę.....	60
21 paveikslas. Nuomonės apie rūpinimąsi sveikata tarp pacientų ir gydytojų palyginimas.....	60
22 paveikslas. Klaipėdos miesto įstaigose prisirašiusių asmenų skaičius 2016, 2018 ir 2020 m.	67
23 paveikslas. Klaipėdos miesto įstaigose prisirašiusių asmenų skaičius pagal amžiaus grupes 2016, 2018 ir 2020 m. proc.....	68
22 paveikslas. Klaipėdos miesto įstaigose prisirašiusių asmenų 2016, 2018, 2020 m. bendras apsilankymų skaičius ir apsilankymų skaičius tenkantis vienam šeimos gydytojui.....	68

IVADAS

Temos aktualumas. Asmens sveikata yra viena iš svarbiausių visuomenės socialinių ir ekonominių vertybių, kurios palaikymui ir išsaugojimui valstybės skiria vis didesnius materialinius ir intelektualinius išteklius. Tai ypač tapo akivaizdu ir aktualu 2020 – 2021 m. COVID-19 pandemijos metais. Dauguma piliečių susirgę ar norintys pasitikrinti savo sveikatą visų pirmiausia susiduria su pirminės sveikatos priežiūros specialistų komanda. Nuo jos darbo efektyvumo priklauso asmens sveikata ir tolimesnis paciento santykis su visa kita sveikatos sistema.

D. M. Levin, B. E. Loandon, J. A. Linder (2019, p. 364) teigia, kad pirminė asmens sveikatos priežiūra – tai pirmoji, visapusiška, suderinta ir tęstinė priežiūra, kuri svarbi gerai funkcionuojančių sveikatos priežiūros sistemų sudedamoji dalis. Nuolat plečiantis pirminės sveikatos priežiūros tinklui, steigiasi nauji modernūs šeimos gydytojų kabinetai, todėl sparčiai didėja konkurencingumas tarp asmens sveikatos priežiūros įstaigų. Kiekviena iš jų suinteresuota pritraukti kuo daugiau pacientų, todėl natūralu, kad ieško teikiamų paslaugų kokybės gerinimo būdų.

Gyventojų poreikis gauti kuo kokybiškesnes asmens sveikatos priežiūros paslaugas, o sveikatos priežiūros įstaigų poreikis pritraukti kuo daugiau pacientų skatina nuolat gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Todėl sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas yra viena iš svarbiausių įstaigos kokybės gerinimo priemonių, nes dėka gautų rezultatų galime planuoti bei įgyvendinti paslaugų kokybės gerinimo planus (Jankauskienė, 2016, p. 43).

Tyrinėjant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, atlikta nemažai mokslinių tyrimų. R. Raivio, E. Paavilainen, K. J. Mattila (2019) Suomijoje atliko penkiolikos metų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų stebėseną. Kruse M. Florian ir kt. (2018) plačiai nagrinėjo Europos Sąjungos valstybinių ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų efektyvumą, prieinamumą ir kokybę. D. Jankauskienė (2016) atliko sveikatos priežiūros paslaugų kokybės pacientų požiūriu vertinimo palyginimą Lietuvoje bei kai kuriose Europos Sąjungos šalyse, taip pat sudarė sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelį, kuris pritaikytas ligoninėms. S. Behdioglu, E. Acar, H. A. Burhan (2019) sveikatos priežiūros paslaugų kokybę vertino pagal SERVQUAL tyrimo metodiką. Nemažai atlikta pavienių tyrimų, analizuojant sveikatos priežiūros įstaigos darbo kokybę gydytojų ar pacientų požiūriu (J. Kairys, 2015; V. Janušonis, 2016; D. Jankauskienė, 2016; A. Mikaliūkštienė ir kt., 2018; G. Virketis, 2014). Tyrimai atliekami ir valstybiniu lygiu, pavyzdžiui Lietuvoje 2018 m. atliktas asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą auditas, 2019 m. atliktas sveikatos priežiūros sistemos vertinimas, Europos Sąjungos plotmėje nuo 2003 m. Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija kas metus atlieka ES šalių sveikatos priežiūros kokybės įvertinimus, Health Systems Performance Assessment (2019) pateikė ataskaitą apie Europos valstybių sveikatos priežiūros sistemos efektyvumą, o Pasaulinė sveikatos organizacija (2017) analizavo, Europos sąjungos gyventojų įtaką ekonomikai.

Tyrimo naujumas. Nors pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės svarbą įrodo mokslinių tyrimų gausa, iki šio tyrimo nebuvo vertinta bendroji Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė. Todėl atsižvelgiant į kylančius probleminius klausimus tikslinga atlikti ir nustatyti teikiamų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimus, analizuoti jų rodiklius, teikti pasiūlymus ir būdus, kaip būtų galima gerinti teikiamų paslaugų kokybę, kokių būtiniausių priemonių reikia imtis artimiausiu metu.

Reikšmingumas. Suvokiant aktualumą, kad vienas iš pagrindinių sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo privalumų – vertinimas pacientų ir sveikatos priežiūros specialistų požiūriu, magistro baigiamajame darbe atliktas tyrimas Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Surinkti ir gauti duomenys, leidžia atkreipti dėmesį į tas paslaugos organizavimo sritis, kurias reikia tobulinti. Šio magistro darbo rezultatai naudingi tiek įstaigoms, tiek jų pacientams, nes kiekvienai sveikatos priežiūros įstaigai būtina žinoti, kaip pacientai ir darbuotojai vertina teikiamų paslaugų kokybę.

Problematika. Daugelį metų sveikatos priežiūros įstaigose konkurencingumas buvo vertinamas pagal gyventojams suteiktų paslaugų skaičių, o ne pagal jų kokybę. Ne išimtis ir pirminės asmens sveikatos priežiūra. Analizuojama kiek ir kokių paslaugų suteikė ar atliko, remiantis šiais duomenimis skelbiami įstaigų reitingai, tačiau neįvertinama ar tos paslaugos buvo atliktos kokybiškai, ar patenkino paciento lūkesčius.

Moksliniuose darbuose vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę dažniausiai atliekami tyrimai pacientų požiūriu, arba darbuotojų požiūriu, rečiau būna pacientų ir darbuotojų požiūriu. Todėl sunku nustatyti, koks balansas vyrauja vertinant pacientų ir sveikatos priežiūros darbuotojų nuomones. R. Raivio, E. Paavilainen, K. J. Mattila (2019) pažymi, kad ryšys tarp paciento ir sveikatos priežiūros komandos, dialogas tarp įvairių specialistų – vieni iš svarbiausių veiksmų kuriant koordinavimo elementus. Tik atlikus vertinimus ir žinodamos faktinę situaciją įstaigos gali priimti tinkamiausius veiksmus dėl paslaugų kokybės gerinimo. Poreikis priimti savalaikius sprendimus ir parinkti tinkamiausias paslaugų kokybės gerinimo priemones, paskatino tirti šią problemą.

Tyrimo problema: *ar Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė tenkina paslaugų gavėjų ir paslaugų teikėjų poreikius bei lūkesčius?*

Darbo objektas – pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė.

Darbo tikslas – sudarius sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo teorinį modelį ir tyrimo metodiką, įvertinti Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybę paslaugų gavėjų bei paslaugų teikėjų požiūriais.

Darbo uždaviniai:

1. Susisteminti išanalizuotą pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės teoriją sudaryti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės teorinį vertinimo modelį.
2. Parengus pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės mokslinio tyrimo teorinę metodiką, įvertinti Klaipėdos miesto teikiamų pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybę paslaugų gavėjų ir paslaugų teikėjų požiūriais.
3. Palyginti vertinimo rezultatus bei pateikti Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybės gerinimo rekomendacijas.

Tyrimo hipotezė. Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai geriau vertina teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nei paslaugų gavėjai.

Darbo tyrimo metodai. Darbui buvo naudojama mokslinės literatūros lietuvių ir užsienio autorių analizės, lyginamosios analizės, apibendrinimo, apklausos, aprašomieji statistiniai metodai (duomenų palyginimas, grupavimas, vaizdavimas grafiniu būdu: paveikslais, lentelėmis ir pan.), antriniai statistiniai duomenys (gydymo įstaigose prisirašiusių pacientų analizė, apsilankymų analizė, vykdomų prevencinių valstybės finansuojamų programų analizė). Tyrimo duomenys įvertinti šiais duomenų analizės metodais: kryžminė analizė (χ^2), Spermeno koreliacija, neparametrinis Mann-Withey (Z) testas. Skalių patikimumui įvertinti apskaičiuotos Cronbach' α pagal pasirinktus tyrimui atlikti kriterijus. Informacija apdorota programomis: SPSS 23 versija ir „MS Excel“.

Pacientų ir darbuotojų anketinė apklausa vyko raštu 2021 m. vasario – kovo mėnesiais, apklausiant įstaigose prisirašiusius ir gavusius sveikatos priežiūros paslaugą pacientus, ir įstaigose dirbančius sveikatos priežiūros specialistus.

Darbo struktūra. Baigiamąjį darbą sudaro lentelių ir paveikslų sąrašas, įvadas, dėstomoji dalis, išvados, rekomendacijos, literatūros sąrašas, sąvokos bei priedai. Dėstomoji dalis sudaryta iš trijų dalių:

Pirmoje dalyje išnagrinėta sveikatos priežiūros paslaugų kokybės teorija, atskleidžiant kokybės sampratą, pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarką, pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimo kriterijus bei teorines gerinimo kryptis. Susisteminus sveikatos priežiūros paslaugų kokybės teoriją pateiktas pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės teorinis vertinimo modelis.

Antroje dalyje atliktas Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės tyrimas. Šioje dalyje parengta tyrimo metodika, pristatyti vertinimai paslaugų gavėjų ir paslaugų teikėjų požiūriais.

Trečioje dalyje palyginti vertinimai rezultatai tarp paslaugos gavėjų ir paslaugos teikėjų bei pateiktos Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų gerinimo rekomendacijos.

1. PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS TEORINĖ ANALIZĖ

1.1. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės samprata

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė yra svarbus sveikatos sektoriaus faktorius veiklos rodikliams vertinti. Jis gyvybiškai svarbus, nes turi poveikį žmonių gyvybei (Behdioglu, Acar, Burhan, 2019 p. 301). Siekiant teikti optimalias paslaugas, įstaigos turi ypatingą dėmesį skirti paslaugų kokybei, o norint įgyvendinti kokybės principus sveikatos priežiūroje, pirmiausias klausimas į kurį turėtų atsakyti kiekvienas sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas ir jų vadovai, būtų: „Kas tai yra sveikatos priežiūros paslaugų kokybė?“ (Jankauskienė, Pečiūra, 2007 p. 218). Aiškinantis šios sąvokos reikšmę, būtina visų pirma išanalizuoti kokybės sampratą, nes neapsibrėžus, ką ji reiškia, tai yra be paprastos, visiems aiškos ir suprantamos kokybės sąvokos yra sunku nustatyti kokybės tikslus. 1 lentelėje pateikiamos kokybės sampratos.

1 lentelė. Kokybės samprata

Autorius	Sampratos
A. Tonkūnaitė (2011, p. 88).	Kokybė įvardija kaip trūkumų nebuvimą, po to, kai organizacijos, gavusios nusiskundimų dėl produktų <i>neatitikimų</i> reikalavimams, ieško būdų, kaip produktus patobulinti.
V. Janušonis (2011, p. 2).	Kokybė pasiekama, kuomet paslauga <i>atitinka</i> kliento poreikius bei lūkesčius.
G. Virkietis, 2017, p. 39.	Kokybė – planuojami sistemingi veiksmai, už kuriuos atsakinga tiek administracija, tiek komandoje dirbantys medikai. Jos užtikrinimas – tai nuolatinis ir nepertraukiamas veiklos tobulinimas.
G. Kondrotaitė (2012, p. 395).	Kokybės apibrėžimą įvardija kaip gerovės, <i>pasitenkinimo</i> lygis, kurį parodo asmens reakcija, atsakas į fizinius, psichologinius ar socialinius gyvenimo pokyčius.
R. Q. Danish ir kt. (2018, p. 40).	Kokybės samprata įvardijama kaip klientų poreikių <i>patenkinimas</i> .
B. Endeshaw (2020, p. 2).	Kokybė įvardijama kaip produktas ar paslauga, kurie <i>patenkina</i> klientų poreikius ir lūkesčius, tai atitiktis specifikacijai.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

Kaip matosi iš pateiktos lentelės daugelis mokslininkų apibūdindami kokybę akcentuoja *atitikimą*, o kai kurie *pasitenkinimą*. To priežastis, kaip teigia B. Endeshaw (2020), bendro sutarimo stoka šios sąvokos apibrėžime. Įvertinus visus apibrėžimus galima teigti, kad *kokybė yra kliento poreikių patenkinimas, kurie atitinka klientų lūkesčius, esant tam tikram paslaugos atlikimo standartui*.

Toliau analizuojama sveikatos priežiūros paslaugų kokybės samprata, atsižvelgiant į vadybos moksle nurodomus apibrėžimus, kurie nustato būtinus aspektus šioje kategorijoje (kriterijus, sąlygas, posistemes, dimensijas ir pan.). 2 lentelėje pateikiamos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sampratos, kurios manytina yra svarbios pirminės asmens sveikatos priežiūros srityje.

2 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sampratos

Autorius	Sampratos
WHO (PSO, 2019, p. 5).	Sveikatos priežiūros kokybė – priežiūra, iš kurios tikimasi maksimaliai <i>padidinti</i> paciento <i>gerovės rodiklius, įvertinti tikėtiną naudą ir nuostolius</i> , susijusius su visomis jo priežiūros dalimis. Asmens sveikatos priežiūros paslaugos turi būti <i>savalaikės, teisingos, integruotos ir efektyvios</i> .
A. Budianto (2019, p. 299).	Paslaugų kokybė – tai vienas iš veiksnių, kuris teigiamai <i>veikia klientų lojalumą</i> , o tai reiškia, kad kuo geresnė klientų aptarnavimo kokybė tuo didesnis klientų lojalumas.
V. Janušonis (2008, p. 143).	Sveikatos priežiūros kokybė – tai tinkamos priežiūros <i>teikimas tinkamam pacientui ir tinkamu laiku</i> , kai tai <i>daroma teisingai</i> , visa tai atitinka pacientų <i>lūkesčius</i> ir jie tokia sveikatos priežiūra <i>patenkinti</i> .
I. Skačkauskienė, J. Vesterytė (2018, p. 8).	Paslauga – interaktyvus procesas, per teikimo sistemą realizuojamas taip, kad būtų sukuriamas šiame procese dalyvaujančių šalių (teikėjo ir kliento) <i>tenkinanti vertė</i> .
D. Bubnienė, J. Ruževičius (2010, p. 26).	Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybė – tai kompleksinė sąvoka, integruojanti „organizacinius bei struktūrinius sveikatos priežiūros aspektus (prieinamumas), procesų aspektus (produktyvus ir profesionalus išteklių panaudojimas, bei geri priežiūros rezultatai), <i>pacientų sveikatos rezultatus</i> , pacientų gerovę bei <i>pasitenkinimą medicinos paslaugomis</i> “.
A. M. Mosadeghard, E. Ferlie, D. Rosenberg (2011, p. 204).	Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę sudaro kompetencija, vertės <i>atitikimas standartams</i> ir klientų poreikių bei <i>lūkesčių tenkinamas</i> .
V. A. Georgiadou, D. Maditinnos (2017, p. 60).	Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė – tai aprūpinimas diagnostinėmis ir gydomosios priemonėmis, pajėgomis užtikrinti <i>geriausią</i> įmanomą sveikatos <i>rezultatą</i> , pasitelkiant šiuolaikinę medicinos mokslą, nukreiptą į <i>geriausių rezultatų</i> minimalios rizikos sąlygomis, maksimalaus pacientų <i>pasitenkinimo</i> procedūromis, rezultatu bei aptarnavimu siekimą.
A. Allen - Duck, J. C. Robinson, M. W. Stewart (2017, p. 377).	Sveikatos priežiūros kokybė, tai saugiai ir veiksmingai teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, kurios remiasi tobulumo kultūra, o <i>rezultate</i> gaunama geriausia <i>pageidaujama</i> sveikata.
Almomani Q. R .Z ir kiti. (2020, p. 1805).	Sveikatos paslaugų kokybė apibrėžiama kaip medicininis požiūris, teikiantis <i>geriausias medicinos paslaugas</i> pacientams atsižvelgiant į naujausius pokyčius pasaulyje, mokslo metodus ir patirtis.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

Iš pateiktų apibrėžimų matome, kad kokybiška sveikatos priežiūros paslauga visų pirmiausia apibrėžia paciento pasitenkinimą teikiama paslauga bei jo lūkesčių ir poreikių patenkinimą. Sveikatos priežiūros paslaugos turi būti savalaikės, teisingos, integruotos ir efektyvios. Paslaugos procesas turi sukurti tenkinančią vertę (tiektėjui ir pacientui), o norint padidinti pacientų lojalumą - paslauga turi būti suteikta tinkamai, tinkamu laiku ir kokybiškai.

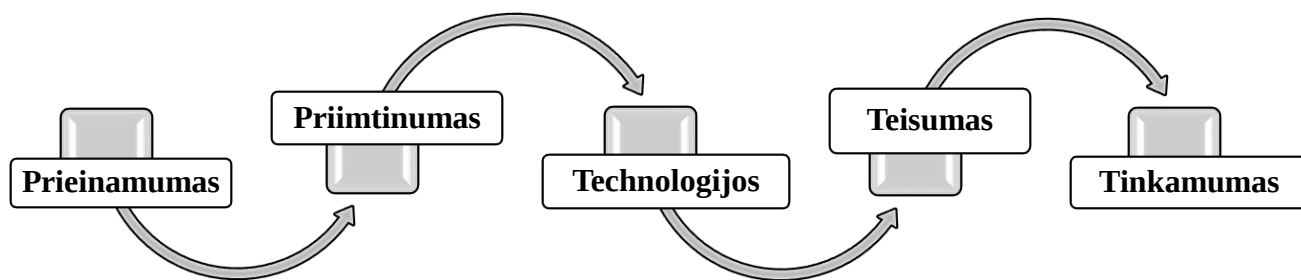
Autoriai A. M. Mosadeghrad, E. Ferlie ir D. Rosenberg (2011, p. 204 – 205) remdamiesi moksline literatūra pateikia sveikatos priežiūros kokybės skirstymą į tris komponentus: *techninę*

kokybę, tai priežiūros efektyvumas paremtas gaunant naudą gydantis, *tarpasmeninė kokybė*, kuri patenkina paciento poreikius ir pageidavimus, *patogumas*, kaip fizinė aplinka.

J. Qvertveit (1992, p. 4), sukūrė sveikatos priežiūros gerinimo sistemą, paremtą tokiais trimis aspektais, kaip *profesinė kokybė*, kuri priklauso nuo paslaugų teikėjų požiūrio į tai, ar profesionaliai buvo įvertinti vartotojų poreikiai ir (ar) buvo naudoti tinkami metodai ir procedūros. *Kliento kokybė*, kai naudos gavėjai jaučia ir gauna tai ko tikisi iš gydymo įstaigų teikėjų. *Valdymo kokybė* užtikrinamas paslaugų efektyvus išteklių naudojimas.

Ž. Piligrimienė ir I. Bučiūnienė (2011) išskiria dvi paslaugų rūšis kurios svarbios paslaugos kokybės atlikimui: *techninė* ir *funkcinė*. Techninė kokybė apima procedūrų atlikimą, darbuotojų kvalifikaciją ar naudojamų technologijų naujumą, o funkcinė kokybė apima žmogiškuosius, socialinius, psichologinius santykius tarp kliento ir paslaugos teikėjo (Piligrimienė ir kt., 2011, p. 1305).

Siekiant užtikrinti kokybišką sveikatos priežiūros įgyvendinimą, Lietuvos Respublikos (toliau – LR) sveikatos sistemos įstatyme (1994), numatomos sveikatos priežiūros įgyvendinimo sąlygos, kurių privalo laikytis sveikatos priežiūras teikiantys subjektai (žr. 1 pav.).



1 pav. Sveikatos priežiūros įgyvendinimo sąlygos
Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal LR sveikatos sistemos įstatymą (1994).

Sveikatos priežiūros *priėmiamumas* ir *priimtinas* tai sveikatos priežiūros sąlygos pripažįstamos valstybės nustatyta tvarka, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų komunikacinį, ekonominį, bei organizacinį priimtinumą individui ir visuomenei, taip pat medicinos mokslo principų ir medicinos etikos reikalavimų atitikimą. Sveikatos priežiūros *technologijoms* galima priskirti vaistų, medicinos priemonių, įvairių procedūrų bei ligos diagnozavimo ir gydymo priemonės, kurios būtinos pacientų sveikatos stiprinimui. Sveikatos priežiūros *teisumą* galima įvardinti kaip siekimą, kuo mažesniu skirtumu, lygiomis galimybės teikti sveikatos priežiūrą asmenims, o sveikatos priežiūros *tinkamumas* paremtas paslaugų atitikimu numatytiems teisės aktams (LR sveikatos sistemos įstatymas, 1994).

Pagal Pasaulinę sveikatos organizaciją (toliau – PSO) (2019, p. 7) visi sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimai siejami su šešiomis sritimis, kurios pateikiamos kaip dimensijos. Kokybės vadybos sistemoje (Kokybės vadybos sistema LST EN 15224:2017, 2017) tam numatyta 11 sričių (dimensijų), kurios būtinos įgyvendinant sveikatos priežiūros paslaugas (žr. 3 lent.).

3 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimai sveikatos priežiūros įstaigoms

Dimensija		Apibrėžtis
Pagal PSO		
1.	Sveikatos priežiūros rezultatyvumas	Visuomenei, pagal jos poreikius, teikiama įrodymais grįsta apie sėkmingą sveikatos baigtį, informacija.
2.	Efektyvumas	SP* paslaugos išteklių naudojimas, siekiant išvengti nuostolių.
3.	Prieinamumas	SP paslauga teikiama laiku, sveikatos gerinimui reikalingi medicininiai ištekliai.
4.	Priimtinumas/orientavimas į pacientą	Teikiant SP paslaugas būtina atsižvelgti į vartotoją bei jo lūkesčius.
5.	Teisingumas	Paslaugos gavėjai negali patirti lyties, etinės priklausomybės, socialinės padėties diskriminacijos.
6.	Saugumas	SP paslaugos turi būti teikiamos iki minimumo susimąžinus riziką ir žalą paslaugos vartotojams.
Pagal kokybės vadybos sistemą LST EN 15224:2017		
1.	Tinkamumas	Paslauga atliekama, atsižvelgiant į paciento sveikatos poreikius, nustatytus SP specialistų.
2.	Prieinamumas	Pagal paciento poreikį galimybė pasinaudoti SP paslaugomis
3.	Priežiūros nenutrūkstamumas	Užtikrinamas sklandus ir optimizuotas SP paslaugų srautas.
4.	Veiksmingumas	Užtikrinamas atliekamų SP veiklų teigiamas rezultatas, būsenos pagerėjimas.
5.	Efektyvumas	Siekama geriausio santykio tarp pasiektų rezultatų ir tam panaudotų išteklių.
6.	Nešališkumas	Vienodos SP suteikimas visiems pacientams be jokių diskriminuojančių savybių.
7.	Įrodymų grindžiamumas	Įrodymais ir žiniomis grindžiama SP, jų nauda moksliniams tyrimams ir sisteminis medicininių žinių taikymas.
8.	Į pacientą nukreipta priežiūra	SP teikimas vadovaujantis paciento vertybėmis ir pageidavimais.
9.	Paciento įtraukimas į procesą	Tariamasi bei įtraukiama pacientą aktyviai dalyvauti priimant visus sprendimus dėl jo sveikatos priežiūros.
10.	Užtikrintinumas	Paciento saugumo užtikrinimas, nustatoma su SP susijusi rizika ir užkertamas kelias bet kokios žalos pacientui atsiradimas.
11.	Savalaikiškumas	SP paslaugų teikimas laiku bei jų teikimo srauto parėmimas veiksmingumu.

*SP – sveikatos priežiūra

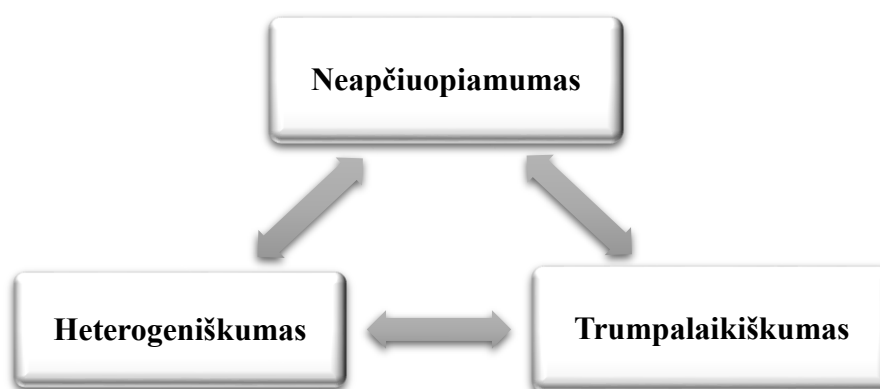
Šaltinis: sudaryta autorės, pagal PSO (2019, p. 7) ir Kokybės vadybos sistemą LST EN 15224:2017 (2017, p. 35).

Pateiktoje lentelėje matome, kad kokybės vadybos sistemoje (2017) numatomi kokybės reikalavimai sveikatos priežiūros įstaigoms patvirtina kokybišką, tikslų ir vieningą sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą, žinių taikymą, rizikos valdymą, srautų valdymą, susidedantį iš tyrimų, gydymo proceso bei kitų veiksmų, ir visa tai turi apimti sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybės procesų tobulinimą. Atsižvelgiant į siūlomas sveikatos priežiūros paslaugų dimensijas ir jų sąrašus galima teigti, kad trūksta bendro sutarimo dėl to dėl to, kokios sveikatos priežiūros paslaugų dimensijos ir kiek jų turėtų būti. Sąrašas nuolatos yra papildomas naujomis dimensijomis bei siūlomas skirtingas šių dimensijų išaiškinimas.

Kokybės sistemos valdymas LST EN 15224:2017 sveikatos priežiūrai pritaikytas standartas, nurodo kad „Kokybės vadybos sistemos diegimas yra strateginis sveikatos priežiūros organizacijos sprendimas, kuris gali padėti pagerinti jos bendrąjį veiksmingumą ir sukurti tvirtą pagrindą tvarios plėtros iniciatyvoms“ (Kokybės valdymo sistema, 2017, p. 7). Vadinas, kiekvienos sveikatos priežiūros įstaigos tikslas – prisidėti, gerinant pacientų sveikatos būklę, atsižvelgiant į poreikius susijusius su sveikatos būkle. Tai reiškia, kad pacientų poreikiai, atsirandantys sąveikaujant su sveikatos priežiūros specialistais atspindi sveikatos priežiūroje kokybės reikalavimus.

Suformuoti kokybiškai sveikatos priežiūrai keliami reikalavimai tiek pagal LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą, tiek pagal PSO išskirtos dimensijos papildo kokybės vadybos sistemoje išdėstytas savybes, o svarbiausia šių paslaugų teikime išlieka paciento poreikių ir lūkesčių įgyvendinimas.

Tinkamai apibūdinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę apsunkina ir tai, kad ši paslauga remiasi tokiomis savybėmis, kaip neapčiuopiamumas, heterogeniškumas ir trumpalaikiškumas (Endeshaw, 2019, p. 2) (žr. 2 pav.).



2 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų savybės
Šaltinis: sudaryta autorės, pagal Endehaw (2019, p. 2).

Sveikatos priežiūra teikimo paslauga – nematerialus produktas, jos negalima fiziškai paliesti, pajauti, t. y. negalima skaičiuoti ar matuoti kaip pagamintos prekės. Kaip mini A. M. Mosadeghrad, E. Ferlie ir D. Rosenberg (2011, p. 204), kad „sveikatos priežiūros paslaugų kokybė dėl jos neapčiuopiamumo priklauso nuo paslaugų proceso, klientų ir paslaugų teikėjo sąveikos“. Todėl tokie sveikatos priežiūros paslaugų kokybės aspektai, kaip nuoseklumas, išsamumas ir veiksmingumas sunkiai išmatuojami, išskyrus subjektyvų kliento vertinimą, nes pacientai gaunantys sveikatos priežiūros paslaugą savo emocijomis išreiškia pasitenkinimo lygį nuo teigiamo iki neigiamo apie gautos paslaugos kokybę. Tokia elgesio reakcija, susijusi su vertybių suvokimu, kuri gaunama pacientams kontaktuojant su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais. Tai daro poveikį dėl paslaugos teikėjo priimtino bei pranašumo (Georgiadou, Maditinnos, 2017, p. 61).

Sveikatos priežiūros paslaugos yra teikiamos esamu laiku ir negali būti saugomos vėlesniam vartojimui. A. M. Mosdeghrad, E. Ferlie ir D. Rosenberg (2011, p. 204) teigimu, tai apsunkina kokybės kontrolę, nes pacientas negali įvertinti „kokybės“ prieš paslaugos atlikimą ir ją vartodamas. Vadinasi, sveikatos priežiūros paslaugą galima apibūdinti ir, kaip heterogenišką (nevienalytišką), kadangi ta pati paslauga gali būti suteikta skirtingai, o skirtingi vartotojai skirtingai priimti teikiamą paslaugą. Toks nevienalytiškumas atsiranda dėl skirtingų specialistų teikiamų paslaugų (gydytojų, slaugytojų ir kt.), kurie teikia paslaugas pacientams, turintiems skirtingus sveikatos gydymo poreikius (Mosdeghrad, Ferlie, Rosenberg 2011, p. 204). Anot autorių Joss ir Kogan (1995), Jun ir kt. (1998), McLaughlin ir Kaluzny (2006) sveikatos priežiūros specialistai paslaugas teikia skirtingai, nes skiriasi teikiamos paslaugos veiksniai – išsilavinimas, kompetencija, patirtis, individualūs gebėjimai ir asmeninės savybės (Mosadeghrad, 2011, p. 204, Endeshaw, 2019, p. 2).

1.2. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimas

Pirminė sveikatos priežiūra dažniausiai suvokiama kaip daugialypė sveikatos priežiūros sistema, prisidedanti tiek prie visų sveikatos priežiūros sistemų, tiek prie pačios visuomenės narių sveikatos. Visuotinės žmogaus teisių deklaracijos (1948) 25 straipsnyje numatyta, jog: *„Visi turi teisę į savo bei savo šeimos sveikatą ir gerovei užtektiną gyvenimo lygį, įskaitant drabužius, maistą, būstą bei sveikatos priežiūrą ir būtinąsias socialines paslaugas...“*. 1978 m. PSO Alma Atoje deklaruojama pirminės sveikatos priežiūros koncepcija. Šiame susirinkime apibrėžiama pirminės sveikatos priežiūros sąvoka – tai yra būtiniausia priežiūros grandis, kuri turi būti prieinama visiems asmenims ir šeimoms. Tai pirminė asmens sveikatos priežiūros grandis, teikianti būtinas profilaktines, gydymo, sveikatos išsaugojimo bei reabilitacijos paslaugas asmenims, šeimoms ir bendruomenėms su nacionalinės sveikatos sistema (PSO, 2019).

C. A. Sanchez – Piedra ir kt. (2014, p. 148) pirminę sveikatos priežiūrą apibūdina, kaip vieną iš pagrindinių struktūrų sprendžiant visuomenėje kylančias sveikatos problemas. Raudonojo kryžiaus draugija (2006, p. 5) teigia, kad pirminės priežiūros sistema turi apimti visas paslaugas, kurių pagrindinis tikslas yra skatinti, atkurti ir palaikyti sveikatą, apibrėžiant, kaip visiško fizinės, psichinės ir socialinės gerovės būseną. Galima teigti, kad pirminė sveikatos priežiūros sistemos tikslas yra gerinti kiekvieno žmogaus, bendruomenės narių ir jos šeimų sveikatą. Tai priemonių kompleksas, padedantis pasiekti norimą sveikatos lygį visoje šalyje (Valius, 2003, p. 8).

Lietuvos Respublikos (toliau – LR) konstitucija įtvirtina Lietuvos sveikatos priežiūros prieinamumo pagrindus. Jos 53 straipsnyje įtvirtinta, jog „Valstybė rūpinasi individų sveikata bei laiduoja medicinos paslaugas ir pagalbą asmeniui susirgus“ (LR konstitucija, 1992). Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo (1996) įstatymo 3 str. įtvirtinta, kad pacientas turi teisę į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas. LR sveikatos įstatyme (1996, galiojanti redakcija 2020-05-01)

teigiama, kad yra rezultatas, kuris grindžiamas paslaugos teikėjų ir jų užsakovų susitarimu. Šiame įstatyme nurodyti trys sveikatos priežiūros lygiai, kuriais teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos (žr. 3 pav.).



3 pav. Sveikatos priežiūros sistemos organizaciniai lygiai

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal LR sveikatos įstatymą (1996), D. Jankauskienė ir kt. (2007) .

Analizuojant sveikatos priežiūros lygių funkcijas pastebėta, kad didžioji dauguma sveikatos priežiūros funkcijų vykdomos pirminės sveikatos priežiūros lygiu, o antrinė bei tretinė sveikatos priežiūros yra kiti, aukštesniosios sveikatos priežiūros lygiai. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos skiriasi nuo antrinių ir tretinių sveikatos priežiūros paslaugų pagal šiuos kriterijus: paprastumas; neabejotinas rezultatas; sugebėjimų ir žinių, būtinų paslaugų teikėjui, pobūdis; negausių išteklių ir technologijų panaudojimas. Pirminė asmens sveikatos priežiūra – yra šeimos gydytojo institucijos, pirminės psichikos sveikatos priežiūros įstaigų, slaugos namų, greitosios medicinos pagalbos ir palaikomojo gydymo, bei slaugos ligoninių paslaugų gyventojams suteikimas.

Pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos pagal kvalifikaciją ir veiklos pobūdį gali būti skirstomos į: pirminės sveikatos priežiūros centrus, ambulatorijas, medicinos punktus ir poliklinikas, bei teikti paslaugas nustatyta tvarka gavusios licenciją, kurių išdavimo tvarką numato LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996, 5 straipsnis).

Pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaiga, tai vieta, kurioje sprendžiamos pagrindinės asmens, šeimos ir visuomenės sveikatos problemos, kurios pagrindinė veiklos esmė – galimybė laisvai pasirinkti šeimos gydytoją, užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugos prieinamumą, jų kokybę bei tęstinumą, įgyvendinti komandinio darbo principus. Vadinasi, *norint pacientams užtikrinti saugias ir aukštos kokybės pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas būtinas komandinis darbas (gydytojas ir slaugos specialistas), medicinos personalo vidinė komunikacija ir komunikavimas su pacientais.*

Tobulas bendravimas tarp paciento ir sveikatos priežiūros komandos, dialogas tarp įvairių specialistų – vieni iš svarbiausių veiksnių kuriant koordinavimo elementus (R. Raivio, E. Paavilainen, K. J. Mattila, 2019). Todėl siekiant turėti patikimą asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės

gerinimo komandą, ją turi sudaryti tiek vadovai, tiek gydytojai ir slaugytojai (Bubnienė, Ruževičius, 2010, p. 29). Jakubauskienė M. ir kt. (2018, p. 87) pažymi, kad darbo kokybei pirminės sveikatos priežiūros veikloje turi vidinė darna įstaigoje. Tai patvirtinta ir D. Jankauskienė (2014), P. Vermeir (2015), N. Jerdiakova ir kt. (2020, p. 57), užtvirtina, kad aukštos pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės pagrindas yra komandinis darbas, o vidinė komunikacija sąlygoja tinkamą bendravimą su pacientais.

Vadinasi, pirminė asmens sveikatos priežiūra yra viena iš pagrindinių sveikatos lygių sveikatos priežiūros sistemoje, galinti spręsti sveikatos problemas mažiausiais kaštais. Pasižymi komandine veikla, teikiama ambulatoriniu lygmeniu. Taikoma visiems bendruomenės nariams ir jų šeimoms. Jos tikslas spręsti pagrindines bendruomenės problemas, teikiant profilaktikos, gydymo, sveikatos išsaugojimo paslaugas.

Kokybiškos pirminės sveikatos priežiūros paslaugos yra visų Europos sąjungos (toliau – ES) šalių pagrindinė socialinė siekiamybė. Tam kuriamos ir įgyvendinamos Europos mastu įvairios nacionalinės politikos, kuriose numatoma, kaip gali būti siekiamos kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos, kaip jas vertinti, valdyti ir *užtikrinti* sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų saugumą (Bubnienė, Ruževičius, 2010, p. 23).

Pertvarkant Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemą buvo atskleistos svarbiausios gyventojų sveikatinimo problemos. 2008 m. vasario 29 d. LR sveikatos apsaugos ministro įstatyme „Dėl sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programos patvirtinimo“ buvo numatyta, kad vyrauja dėmesio stoka visuomenės sveikatos įgyvendinimui, trūksta informacijos apie šios politikos naudingumą ir veiksmingumą. Profesinio tobulinimo bei perkvalifikavimo sistema keliamų valstybės uždavinių neatitinka, o taip pat netenkina sveikatos priežiūros specialistų poreikių. Kaip vienas iš trūkumų numatytas apskričių ir savivaldybių sveikatos politikos sistemos neįgyvendinimas. Taip pat lyginant Lietuvos sveikatos politiką su Europos Sąjungos šalimis, matoma nepakankama priežiūra ir įgyvendinimas ligų profilaktikai, sveikatos stiprinimui, ambulatorinei pagalbai. Tai rodo, kad sveikatos priežiūros įstaigos telkiasi didžiuosiuose miestuose, ko pasekmėje trūksta specialistų, vadinasi nėra tinkamai įgyvendinami pacientų poreikiai.

Daugelyje šalių vienas iš svarbiausių rodiklių vadyboje yra įstaigų administracijos pastangos įvertinti gyventojų poreikius ir, kaip jie vertina teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas bei sveikatos priežiūros specialistų darbo kokybę. Užtikrinti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas yra pagrindinis šių paslaugų teikėjų rūpestis, kadangi tai reikalauja nuolatinio dėmesio aukštos kokybės paslaugoms orientuotoms į klientus.

Todėl būtina atkreipti dėmesį į *sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimo kriterijus*, turinčius įtakos sveikatos priežiūros sistemos sveikatos išlaikymui, atkūrimui ir pagerinimui. Įvairiose pasaulio

šalyse išskiriami panašūs sveikatos priežiūros kriterijai, kuriuos aktualu stebėti ir vertinti. Tai sveikatos *priežiūros kokybė, prieinamumas ir efektyvumas* (Kelley E., J. Hurst, 2006, p. 10). Europos socialinių, teisinių ir ekonominių projektų (toliau – ESTEP) duomenimis detalesni sveikatos priežiūros kokybės kriterijai buvo išskirti PSO, kurie „nėra atsiejami didžiajai daliai išsivysčiusių pasaulio valstybių, tokių kaip Kanada, Jungtinė Karalystė, Australija, JAV, bei tam tikrų tarptautinių organizacijų (pavyzdžiui, ES, OECD) sveikatos priežiūros kokybės sistemoms“ (ESTEP, 2011, p. 28). Apie tam tikrų užsienio šalių bei tarptautinių organizacijų išskiriamuosius sveikatos priežiūros kokybės kriterijus pateikiama 4 lentelėje.

4 lentelė. Svarbiausios sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo kriterijai: užsienio patirtis

Kriterijai	JK	Kanada	Australija	JAV	ECHI	CF	OECD
Priimtinumumas		+				+	
Prieinamumas	+	+	+	+		+	+
Tinkamumas		+	+			+	
Aplinka ir patogumas	+						
Kompetencija arba gebėjimai	+	+	+				
Nuoseklumas, tęstinumas		+	+			+	
Rezultatyvumas	+	+	+	+		+	+
Išlaidos							+
Efektyvumas		+	+	+	+		+
Teisingumas, nešališkumas		+	+	+			+
Valdymas	+						
Orientacija į pacientą	+	+	+	+			+
Saugumas		+	+	+			
Tęstinumas			+				
Savalaikiškumas	+			+			

Šaltinis: sudaryta autorės, pagal Kelley E., J. Hurst (2006), ESTEP (2011).

Įvertinus 4 lentelės duomenis matome, kad sveikatos priežiūros kokybei įtakos turi įvairūs kriterijai, kurie kiekvienoje šalyje įvardijami skirtingai, tačiau pastebima vienoda tendencija tokiems veiksniams, kaip *prieinamumas, tinkamumas, patogumas, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo aplinka, gydytojų kompetencija, teisingumas, paslaugų teikimo efektyvumas, savalaikiškumas, saugumas, orientacija į pacientą, saugumas ir pan.* Išskiriami šie pagrindiniai sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimo kriterijai:

Sveikatos priežiūros *rezultatyvumas* gali būti įvardijamas, kaip „pacientams reikalingų aktualių rezultatų pasiekimo laipsnis, pateikiant įrodymais grįstas sveikatos priežiūros paslaugas tiems, kam tokios paslaugos galėtų būti naudingos“ (ESTEP, 2011, p. 29). Vadinasi rezultatyvumas parodo, koks yra realistinis sveikatos priežiūros laipsnis – įvertina sveikatos gerinimo pasiekimo laipsnį, nurodo kokie rezultatai buvo pasiekti, kokios buvo medicinos klaidos. Tad, rezultatyvumas priklauso ne vien nuo pacientų poreikių, tačiau ir nuo sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų (įstaigų, gydytojų) kompetencijos bei aprūpinimo reikiama įranga.

Sveikatos priežiūros *saugumas* tai toks sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procesas, kuris sudaro prielaidas apsaugoti arba sušvelninti neigiamąsias pasekmes sveikatai, galimai žalai arba traumoms sveikatos priežiūroje paslaugų suteikimo metu. Pažymėtina, kad „sveikatos priežiūros saugumas yra glaustai susietas su rezultatyvumu, tokiu atveju yra pažymimas ne rezultatų pasiekimas, o neigiamųjų rezultatų prevencija“ (ESTEP, 2011, p. 29). M. Sriubo teigimu (2013, p. 67) sveikatos priežiūros paslaugų saugumas, sietinas su sveikatos priežiūros paslaugų teikimo rizikos bei žalos mažinimu pacientams tokiam sektoriuje dirbantiems darbuotojams, įdiegiant bendrąjį nepageidaujamų įvykių registravimo, prevencijos bei stebėsenos sistemą, formuojant specialistų naujovišką požiūrį į nepageidaujamus įvykius bei jų valdymą. D. C. Raimondi ir kt. (2019, p. 1) teigia, kad pirminės sveikatos įstaigos, stengdamosi užtikrinti pacientų saugumą, iš pradžių turi pripažinti paciento saugos kultūrą, kuri apibrėžiama kaip praktika, įgūdžius ir elgesį, mokėti elgtis žmogiškai, savo kompetencija, atsakomybe ir atsidavimu bendrauti su pacientais.

Jautrumas paciento poreikiams, *orientacija į pacientą* rodo „sveikatos priežiūros teikėjo, kaip įstaigos gebėjimą patenkinti pacientų lūkesčius ir poreikius“ (ESTEP, 2011, p. 29). Šis kriterijus gali būti įvertintas tik tada, kai jau būna suteikta jam sveikatos priežiūros paslauga. Anot A. Mikaliūkštienės ir kt. (2018, p. 34), orientacija į pacientą ir jo pasitenkinimą gavus paslaugą gali stipriai įtakoti paciento sveikatos priežiūros įstaigos pasirinkimu ateityje. Vadinasi, nuo to, kiek pacientas bus patenkintas suteikta paslauga priklauso sveikatos priežiūros įstaigos rezultatyvumas.

Nuoseklumas, tęstinumas parodo skirtingų sveikatos priežiūros įstaigų sugebėjimą dirbti tarpusavyje, koordinuoti darbus. Vertinant nuoseklumą gali būti analizuojama ir pacientų nuomonė, ir konkretūs tam tikri klinikiniai rodikliai (pavyzdžiui, konkrečioms pacientams reikalingo gydymo užtikrinimas per konkretų laiko tarpą).

Paslaugų teikimo *savalaikiškumas* rodo, kaip greitai pacientai gali gauti jiems reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas ir būti priimami specialistų. Analizuojant savalaikiškumą taip pat aktualūs tiek klinikiniai (pavyzdžiui, paslaugų suteikimas per „auksinę valandą“), tiek paciento vertinimu pagrįsti rodikliai.

Sveikatos priežiūros paslaugų *prieinamumas, pasiekiamumas* parodo, kaip lengvai pacientas gali pasiekti norimą sveikatos priežiūros įstaigą, kiek greitai ir patogiai gali gauti konkrečias sveikatos paslaugas, įvertinant jo fizinius, finansinius, psichologinius poreikius (ESTEP, 2011, p. 29).

Pasak PSO sveikatos priežiūros paslaugos atitinka prieinamumo reikalavimą, kuomet jos yra tinkamos geografiniu požiūriu, prieinamos laiku, teikiamos užtikrinant medicininius poreikius atitinkančius išteklius bei įgūdžius (Sriubas, 2013, p. 66). M. Briaukuvienė ir kt. (2012) vertindami sveikatos priežiūros prieinamumą, tyrimais nustatė, kad „Lietuvos šeimos gydytojo institucija patampa vis reikšmingesne: šeimos gydytojai suteikia vis daugiau paslaugų bei atlieka įvairias funkcijas, aptarnauja daugiausia piliečių“ (Briaukuvienė ir kiti, 2012, p. 59).

Po pirminės sveikatos priežiūros plėtos šeimos gydytojų institucijos labai pasikeitė ir sustiprėjo. Nors šiuo metu šeimos gydytojai aptarnauja apie 80 proc. gyventojų, bet „dažnai dėl nesuformuotų efektyviai dirbančių komandų, netinkamo jų darbo organizavimo, institucinio bendradarbiavimo bei paslaugų integracijos tarp sektorių trūkumo pirminėje grandyje šeimos gydytojai sveikatos problemų išsprendžia mažiau negu turėtų“ (Paulikienė, Jurgutis, 2013, p. 76). Pacientų patekimas pas norimus sveikatos priežiūros specialistus turi būti vienas iš svarbiausių kokybės valdymo sistemos priemonių, kuris turi įtakos sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumui, pacientų teisių įgyvendinimui bei racionaliam išteklių naudojimui. Šią priemonę būtina gerinti, nes taip gali ilgėti patekimo pas specialistus laikas, ko pasekoje mažėja prieinamumas tiems, kam šios paslaugos tikrai reikalingos, mažėja ir efektyvumas (Paulikienė, Jurgutis, 2013, p. 75).

Tuo tarpu *efektyvumas* sveikatos priežiūros įstaigoje gali būti vertinamas kaip optimalus išteklių panaudojimas norint turėti maksimalios naudos ir rezultatų patiriant kuo mažesnes sąnaudas. Anot B. Paulikienės ir A. Jurgučio (2013, p. 76), vertinant Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų efektyvumą, pastebimas vis didesnis teigiamas išteklių panaudojimas, tų išteklių rodiklių didėjimas, bet palyginus su Europos Sąjungos šalių vidurkiais dar būtinas pasitempimas.

Kalbant apie Lietuvos sveikatos sistemą, kaip mini M. Bartuškaitė ir E. Butkevičienė (2013, p. 98), nepaisant sovietinės visuomenės bei kapitalistinių Vakarų visuomenių radikalai skirtingų politinių ir ekonominių, bei socialinių santykių sistemų, sovietinė visuomenė priklausė tokiam pačiam urbanizuotos, industrinės, biurokratizuotos, visus lygius suformavusios visuomenės tipui, apibendrintai vadinamu moderniąja industrine visuomene. Anot prof. V. Grabausko (2010), didžiausia problema pereinamuoju metu po sovietmečio, buvo ne sveikatos specialistų trūkumas ar jų kompetencija, bet mažas finansavimas, reikiamos gydymo įrangos trūkumas, kitų materialių išteklių nebuvimas, valdymo ir lyderystės trūkumas.

M. Sriubo (2013) teigimu „sveikatos priežiūros sistema moderniojoje gerovės valstybės visuomenėje funkcionuoja lyg būtinas bei santykinai autonomiškas sistemos sektorius, kurio esminė funkcija yra arba sergamumą mažinti, arba visuomenės sveikatą saugoti“ (Sriubas, 2013, p. 62). Todėl Lietuva išsiskiria tuo, kad novatoriškai ryžosi spręsti šios teisės turinio detalizavimo problemą, įtvirtindama kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos sąvoką, kuria nustatė kokybiškos asmens sveikatos priežiūros paslaugos atitikties sąlygas ir kriterijus (reikalavimus) (Sriubas, 2013, p. 63).

D. Jankauskienė (2010) pažymi, kad pagrindiniai sveikatos reformos tikslai: tai aktyvios visuomenės politikos įgyvendinimas ir teikiamų paslaugų prieinamumo, kokybės ir efektyvumo gerinimas, restruktūrizuojant sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. O sveikatos politika tai sveikatos ir jos reikalų valstybinio tvarkymo teorija ir praktika, kuri įteisinama kaip bendroji valdymo funkcija, vertinant sveikatą, kaip socialinę ir ekonominę vertybę (Jankauskienė, 2010, p. 105).

Formuojant pagrindinius principus sveikatos politikoje, žmonių pareigas ir teises sveikatos sistemoje, kokybės užtikrinimui sveikatos politika turi remtis šių laikų naujausiais vadybos principais bei visų piliečių sveikatos samprata. Anot D. Jankauskienės (2010), M. Sriubo (2013), K. Štaro ir kt. (2013) Lietuvoje galima išskirti du pagrindinius sveikatos reformos tikslus: „aktyviosios visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimas bei teikiamųjų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės, prieinamumo bei efektyvumo gerinimas, sveikatos priežiūros paslaugų teikimą restruktūrizuojant“ (Jankauskienė, 2010., p. 106). Jie teigia, kad aktyvi visuomenės sveikatos politika išreiškia gyventojų atsakomybės už savo sveikatą ugdymą bei gyventojų dalyvavimo sprendimus priimant skatinimą. Autorius G. Virkietis (2017) teigia, kad „*kokybės užtikrinimas* – planuojami sistemingi veiksmai, už kuriuos atsakinga tiek administracija, tiek komandoje dirbantys medikai. Kokybės užtikrinimas suprantamas kaip: vidaus auditas, veiklos tobulinimas, personalo, dirbančio pirminės sveikatos priežiūros srityje mokymas, klientų diagnostinių tyrimų analizė, medicininių pretenzijų sprendimas ir panašūs atvejai“ (Virkietis, 2017, p. 39).

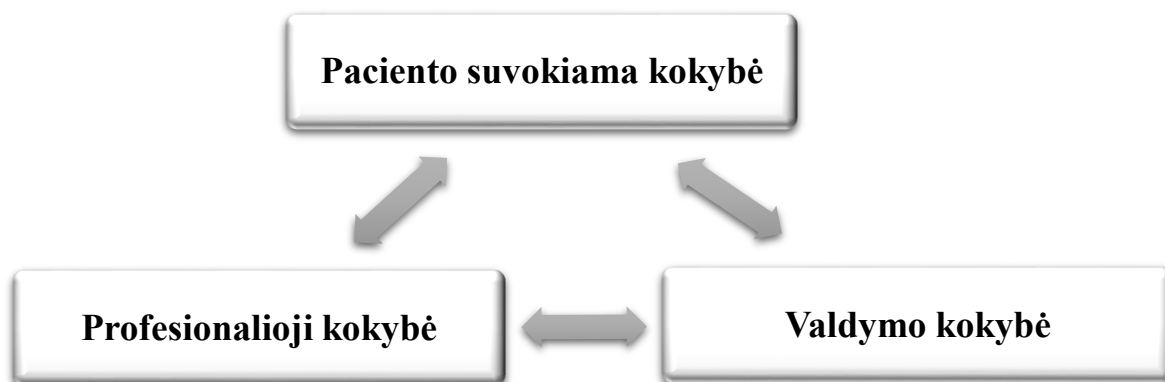
Pirminės sveikatos priežiūros užtikrinimas tiek Lietuvoje, tiek kitose šalyse buvo ir yra vienas iš pagrindinių sveikatos priežiūros reformos tikslų. Tačiau įvairiose užtikrinimo grandyse pastebima problema, kurios susijusios su reglamentavimu, vertinimu, neskubėjimu įsidiesti sveikatos priežiūros vadybos sistemų.

1.3. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo teorinės kryptys

Nuolatos kintanti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo aplinka, besikeičiantys pacientų sveikatos priežiūros paslaugų poreikiai ir lūkesčiai, didėjantis finansavimas, didėjanti konkurencija tarp privačių ir valstybinių gydymo įstaigų, sudaro galimybę „visad ieškoti naujų sisteminių priemonių tokios srities institucijų bendrajai veiklai bei teikiamųjų paslaugų kokybės gerinimui, ir valdymui“ (Kosinskienė, Ruževičius, 2011 p. 13). Anot PSO, dar nesugebame tinkamai ir racionaliai panaudoti reikiamas sveikatos išlaidas. Apie 20 – 40 proc. jų nuolatos yra išievojama netikslingai (PSO, 2019).

Kokybė sveikatos priežiūroje priklauso ne tik nuo turimų techninių privalumų: medicinos technologijų lygio, teikiamų paslaugų įvairovės, medicinos įrangos galimybių, tačiau ir nuo vadybos priemonių panaudojimo pacientų aptarnavimui – ar tinkamai ir kiek informuojama visuomenė organizuojant sveikatos priežiūrą, ar gyventojai žino apie sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą bei paslaugų įvairovę. Tad sveikatos priežiūros vadybos tikslas yra ne vien klientų poreikių tenkinimas, tačiau ir harmoningas įstaigos gyvavimas bei vystymasis, kuris užtikrina optimalią paslaugos kokybę.

Išskiriamos trejos kokybės dimensijos, į kurias privalu atsižvelgti organizacijoms. Kurios teikia sveikatos priežiūros paslaugas, siekyje sukurti nuolatinės sveikatos priežiūros kokybės gerinimo kryptis (žr. 4 pav.).



4 pav. Sveikatos priežiūros kokybės gerinimo sistema

Šaltinis: sudaryta autorės, pagal C. L. Bakri ir kt. (2019), A. Šilys (2013), K. Štaras ir kt. (2013).

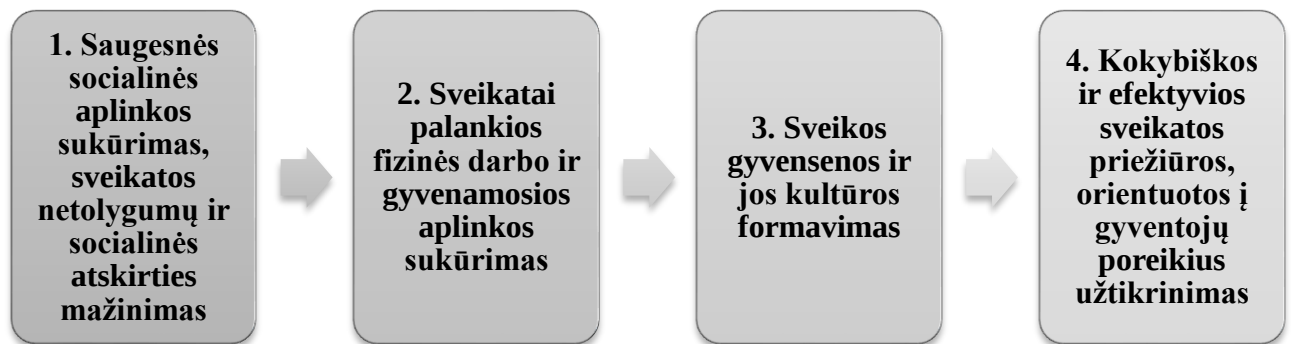
Anot C. L. Bakri, M. D. Pipas (2019, p. 170) tai galima laikyti organizaciniu modeliu, patvirtinančiu visų organizacinių veiksmų dalyvavimą kuriant ir įgyvendinant kokybės gerinimo procesą, kuris yra vertinamas kokybės sistemos, pagal įstaigos teikiančios sveikatos priežiūros paslaugas dokumentuose numatytas taisyklės, procedūros ir standartus. Pateiktos trys kokybės kryptys sujungia įvairių sveikatos priežiūros kokybę į suinteresuotų grupės (pacientai, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, finansuojančios institucijos) kokybės supratimą.

A. Šilys (2013), K. Štaras, T. Vedlūga, N. Kalvelytė (2013), C. L. Bakri, M. D. Pipas (2019) *paciento suvokiamą kokybę* įvardina, kaip pacientų poreikius, keliamus sveikatos įstaigoms ir jų atliekamoms paslaugoms. Todėl ji suprantama, kaip jo lūkesčių įgyvendinimas, teikiant sveikatos paslaugas, kurias jis nori gauti. „Pacientas labiau vertina ne tai, koku būdu paslauga yra organizuojama bei gydymo proceso eiga koordinuojama, tačiau greičiau akcentuoja psichosocialinį bei emocinį sveikatos priežiūros aspektą“ (Šilys, 2013). Tačiau C. L. Bakri, M. D. Pipas (2019, p. 170) teigimu, kartais šie lūkesčiai gali būti daug didesni nei gydytojo arba prieštarauti asmeniniam požiūriui, dėl to paslaugos kokybė gali būti įvertinama neigiamai. *Profesionalioji kokybė* gali būti įvardijama, kaip kvalifikuotas sveikatos priežiūros paslaugos atlikimas, jo atitikimas numatytiems teisės aktams, patvirtintoms paslaugų tiekimo procedūroms ir standartams. *Valdymo kokybė* – tai efektyvus ir produktyvus turimų ir reikalingų išteklių panaudojimas, besilaikant sveikatos priežiūros įstaigoms vadovaujančių institucijų įsakymų ir nurodymų (Štaras, Vedlūga, Kalvelytė, 2013, p. 27).

R. Carter, S. Lonial, P. Raju (2010) nurodo pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybės gerinimo priemones, kurios paremtos visuotinės kokybės vadybos principais: gebėjimo mokytis iš klaidų požiūrio formavimas bei neatitikčių prevencijos posistemio sukūrimas; atviro

požiūrio diegimas į kokybės bei tarpusavio santykių problemas gydymo institucijoje; aiškaus požiūrio propagavimas, neslepianč trūkumų; baimės (kritikuoti kolegas, vadovybę ar pan.) darbo aplinkoje panaikinimas; sveikatinimo bendruomenės abejingumo visų veiklos sričių kokybės tobulinimo bei įvaizdžio gerinimo veiksams ir priemonėms įstaigoje atmosferos išsklaidymas; naujos kokybės kultūros formavimas; veiksmingas vadovavimas (lyderystė) (Carter ir kt. 2010, p. 10).

Pirminės sveikatos priežiūros gerinimo kryptys numatytos ir Lietuvos teisės aktuose. Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų strategijoje (2014), nustatomi sveikatinimo veiklos tikslai ir uždaviniai, siektini sveikatos rodikliai, kurie privalomi norint įgyvendinti Valstybės pažangos strategijoje „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ (2012) nustatytus tikslus. Esminiai šio laiko tarpo strateginio sveikatos politikos planavimo dokumentai, nustato sveikatos sistemos užtikrinimo ir įgyvendinimo sąlygas, numato prioritетines problemas bei kokius tikslus turime pasiekti. Šiems tikslams įgyvendinti nusimatyti keturi žingsniai, kuriuos būtina tobulinti (žr. 5 pav.).



5 pav. Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos tikslai
Šaltinis: sudaryta autorės, pagal 2014–2025 metų Lietuvos sveikatos strategiją (2014).

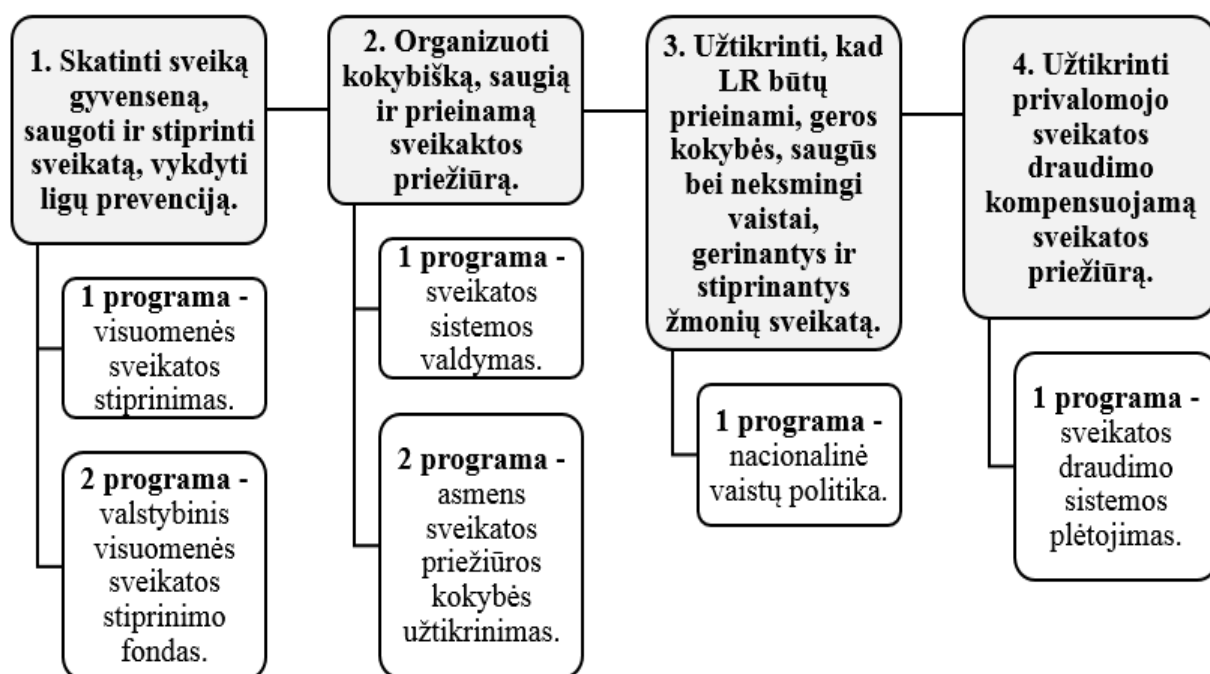
Kaip matome strategijų tikslas – pagerinti valstybės gyventojų sveikatą, visuomet tobulinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir teikiamųjų sveikatos priežiūros paslaugų administravimą. Kaip teigia R. Gurevičius (2020) „nacionalinės pažangos programa „Sveikata visiems“ yra vienas iš trijų horizontaliųjų prioritetų, nustatytų šalies nacionalinėje pažangos strategijoje „Lietuva 2030“ ir pabrėžia, kad tokio aukšto lygio politiniai įsipareigojimai duos apčiuopiamų rezultatų, tačiau tam turi būti įdiegtos patikimos stebėsenos procedūros“ (Gurevičius, 2020, p. 4).

Lietuvos sveikatos sistemos programa (LR Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“ Nr. XII-964 2014-06-26) parengta remiantis nuostata, kad asmens sveikata yra vertybė bei gyvenimo pamatas, turintis būti pakankamai tvirtu, kad įprasti gyvenimo klausimai būtų sklandžiai sprendžiami, įveikiami ekonominiai bei socialiniai iššūkiai. Visuomenės sveikata yra nacionalinis kapitalas bei turtas, kurio saugojimas bei puoselėjimas yra

valstybės svarbiausias tikslas, užtikrinantis šalies ekonominę bei socialinę plėtrą, tad valstybės gyventojų sveikatos išsaugojimui bei stiprinimui turi būti paskiriamas specialus dėmesys.

Tuo tarpu vienas svarbiausiųjų Lietuvos sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – SAM) strateginių tikslų yra siekis, jog gyventojams būtų suteikiamos saugios, kokybiškos bei prieinamos paslaugos sveikatos priežiūroje. A. Mikaliūkštienis ir kt. (2018) teigimu „Sveikatos paslaugų kokybės lygis – svarbus rodiklis, iš pagrindo atspindintis visuomenės sveikatos priežiūros kokybės lygį. Sveikatos paslaugų aukšta kokybė charakterizuoja sveikatos apsaugos valdymą kaip sistemingą, efektyvų ir funkcionalų rinkoje procesą“ (Mikaliūkštienė ir kiti, 2018, p. 32).

Pagal Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų programos strateginį planą, priimti 4 strateginiai tikslai ir jų įgyvendinimui naudojamos programos, kuriais siekiama užtikrinti kokybišką sveikatos priežiūrą (žr. 6 pav.).



6 pav. 2014-2025 m. SAM strateginiai tikslai ir jiems įgyvendinti naudojamos programos
Šaltinis: sudaryta autorės, pagal LR sveikatos apsaugos ministerijos 2014 – 2025 m. strateginį veiklos planą.

Valstybės kontrolės audito ataskaitoje (2019) teigiama, kad Europos ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (toliau – EBPO) (2018) duomenis Lietuvoje ekonominis sveikatos priežiūros prieinamumas užtikrinamas įgyvendinus privalomąjį sveikatos draudimą, aprėpiantį platų paslaugų paketą ir nurodoma, kad geografiniu požiūriu sveikatos priežiūros paslaugų pasiekiamumas labai geras, kad gyventojai (85 proc.) taip pat yra tos nuomonės, kad gydymo įstaigos jiems yra gerai pasiekiamos (komunikacinis prieinamumas tinkamas) (Valstybės kontrolės audito ataskaita, 2018 p. 9). Per metus vienas Lietuvos gyventojas lankosi asmens sveikatos priežiūros įstaigose 8,6 karto, o Higienos instituto duomenimis apsilankymų šalies gydymo įstaigose skaičius

2015 – 2017 m. didėjo 6 proc. (nuo 21 mln. 2015 m. iki 22,3 mln. 2017 m.). Todėl, augant gyventojų asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikiui bei vartojimui, svarbu užtikrinti sveikatos priežiūros prieinamumą (žr. 7 pav.).

Asmeniui ir visuomenei užtikrinamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas	
Ekonominis prieinamumas	Valstybė užtikrina sveikatos priežiūros išlaidų apmokėjimą.
Komunikacinis prieinamumas	Užtikrinamas sveikatos priežiūros įstaigų tinklo pasiekiamumas geografiniu požiūriu.
Organizacinis prieinamumas	Užtikrinama, kad reikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, būtų suteikiamos ir gaunamos laiku, teiktų tinkami specialistai.

7 pav. Sveikatos priežiūros prieinamumo dimensijos ir jas užtikrinančios sąlygos
Šaltinis: sudaryta autorės, pagal Valstybės kontrolės audito ataskaita (2018, p. 9).

Nuo 2003 metų įgyvendinamos sveikatos priežiūros reformos, kurių tikslas, restruktūrizavus sveikatos priežiūros įstaigų tinklą bei optimizavus paslaugas, paslaugų prieinamumą pagerinti drauge su sveikatos priežiūros kokybe. „Restruktūrizacija (ketveri etapai), įgyvendinama trejomis prioritetinėmis kryptimis: ambulatorinių paslaugų, ypač pirminės sveikatos priežiūros, plėtra; stacionariųjų paslaugų optimizavimas bei alternatyviųjų veiklos formų plėtra; medicininės slaugos bei ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų plėtra, daugiausia dėmesio paskiriant vyresniojo amžiaus asmenų sveikatos priežiūros sistemos tobulinimui. Vėlavo visų etapų įgyvendinimas. Nustatytų prioritetinių krypčių buvo laikomasi, bet sveikatos priežiūros organizacinio prieinamumo, lyg vieno iš kokybiškos paslaugos aspektų, problemos neišspręstos“ (Valstybinio audito ataskaita, 2018, p.11).

Gerinti paslaugų prieinamumą Vyriausybės programoje ketinama pirmenybę teikiant ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai ir didinant jų prieinamumą. Siektina, kad visi pacientai planinės pagalbos pas šeimos gydytoją patektų per 7 kalendorines dienas, o antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros paslaugos būtų suteikiamos ne vėliau kaip per 30 kalendorinių dienų. Orientuotos į pacientą paslaugos – teikiamos atsižvelgiant į individualius ir visuomenės lūkesčius ir prioritetus. Paciento suvokiama kokybė apima jo lūkesčius, kokių jis tikisi medicininių paslaugų ir kokias jis galėtų gauti. Vartotojų tyrimas parodė, kad Lietuvos gyventojai nepatenkinti šių paslaugų kokybe. Lietuva iš vertintų 34 – ių Europos valstybių yra 31 – oje vietoje (Valstybinio audito ataskaita, 2018).

Anot S. Norkienės ir kt. (2019), naudojimasis šeimos gydytojų paslaugomis Lietuvoje aukštas – 90 proc. ir daugiau Lietuvos piliečių, kurie pasirenka Lietuvoje teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, susiformuoja savo nuomonę apie sveikatos apsaugos sistemą apsilankę ir turėję kontaktą su šeimos gydytoju. Dėl to šeimos gydytojo institucijų stiprinimas turėtų išlikti prioritetine sritis, kad Lietuvos piliečiams suteikti aukštos kokybės bei lengvai prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas (Norkienė ir kt, 2019, p. 83). Tačiau pastebima, kad šeimos gydytojo darbas dažnai organizuojamas netinkamai, ko pasekmėje šioje grandyje nepakankamai skiriama dėmesio sveikatos problemų sprendimui nei turėtų būti skiriama. Dažniausiai savo kasdieninėje veikloje šeimos gydytojas atlieka ne tik gydytojo, bet ir įvairius kitus darbus – „padeda pacientui orientuotis sveikatos sistemoje, koordinuoja ir stebi lėtinių ligų eigą, rūpinasi gydymo įstaigose prisirašiusių gyventojų sveikata, informuodamas juos apie valstybės vykdomas nemokamas prevencines programas, kai kuriems padeda spręsti socialines problemas“ (Jankauskienė, 2010, p. 84). Šių darbų atlikimą būtų galima pavesti slaugos ar kitiems sveikatos priežiūros specialistams, taip sutaupant šeimos gydytojo darbo laiką ir visą dėmesį skiriant tiesioginių sveikatos priežiūros problemų sprendimui. Kaip teigia B. Paulikienė ir kt. (2013) „patekimo pas sveikatos priežiūros specialistus valdymas yra vienas iš kertinių sveikatos sistemos organizavimo pagrindų, kuris turi lemiamą įtaką asmens sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumui, pacientų teisių įgyvendinimui bei racionaliam išteklių naudojimui“ (Paulikienė, Jurgutis, 2013, p. 75). *Vadinasi, norint kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų suteikiamos efektyviai, racionaliai ir laiku reikia nuolat tobulinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, atsižvelgiant visų pirmiausia į darbo organizavimą bei patekimo pas specialistus valdymą.*

Įgyvendinant kokybiškų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimą įvairiose šalyse „susiduriama su visuomenės sveikatos paslaugų integravimo pirminės sveikatos priežiūros grandyje iššūkiais, o praktikoje dažniausiai taikoma integracijos forma – sektorių bendradarbiavimas“ (Petronytė, Kanapeckienė, 2014, p. 20), tai leidžia pasiekti numatytus tikslus. Lietuvoje sveikatos strategijoje iki 2025 m. numatyta, jog „tikslinga daugiau dėmesio skirti bendradarbiavimui su kitais šalies ūkio sektoriais, siekiant, kad Lietuvos gyventojų sveikata taptų visų šalies sektorių prioritetu, tuomet gyventojai gautų kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas“ (detalesnė šios strategijos tikslai ir užduotys pateikiami 1 priede) (Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 m. strategija, 2014). Šioje strategijoje pripažįstama, kad iki 2010 m. buvo pasiekti tokie laimėjimai, kaip gyventojų amžiaus padidėjimas, pagerėjo nėščiųjų ir naujagimių priežiūra, sumažėjo sergamumas tuberkulioze, tačiau buvo pasiekta ir nesėkmių, kaip stokojama darnaus visuomenės vystymosi supratimo ir bendradarbiavimo sprendžiant ekonomikos, socialinės ir kultūrinės gerovės, aplinkosaugos ir visuomenės sveikatos klausimai, kuomet sveikatos priežiūros paslaugos, pvz., sanatorinio gydymo, odontologijos, tapo sunkiau prieinamos neįgaliems, vaikams, mažas pajamas gaunantiems

gyventojams, išliko sveikatos sistemos išteklių – finansinių, žmogiškųjų, informacinių ir materialiujų – racionalaus paskirstymo problema ir pan.

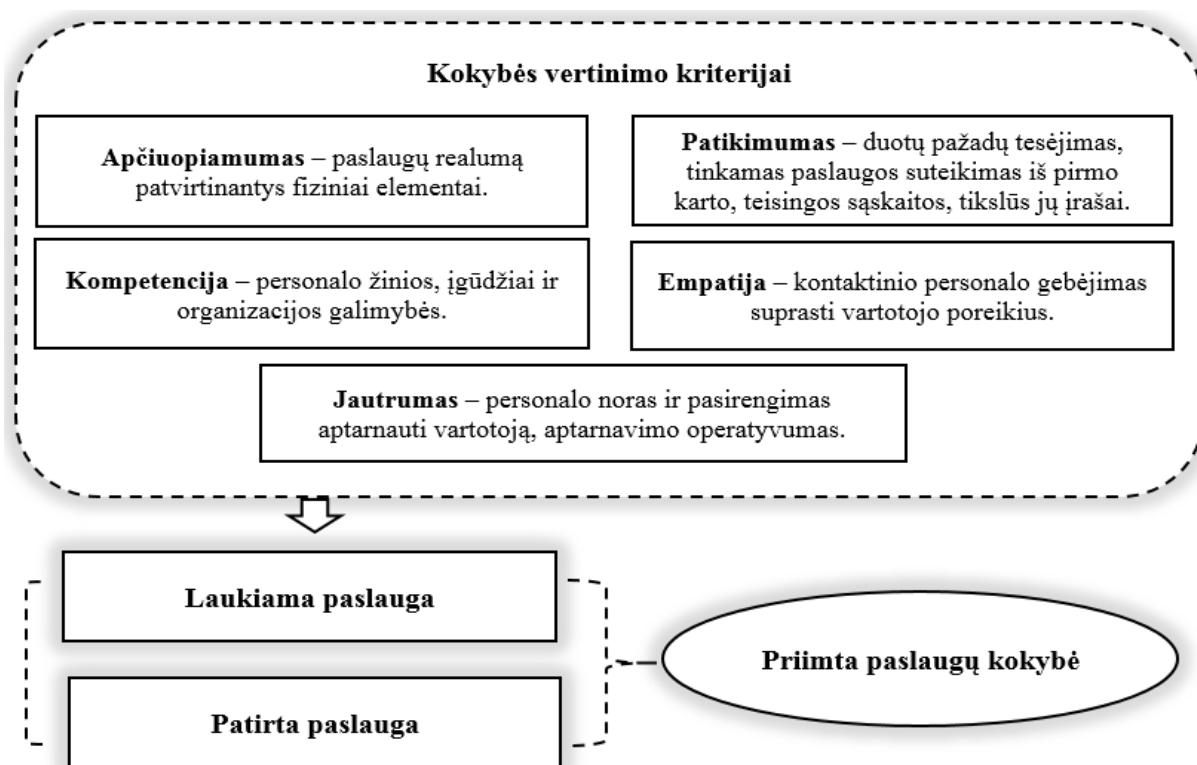
Kiekvienas sveikatos paslaugų teikėjas yra suinteresuotas teikiamų paslaugų kokybę gerinti, pacientų saugą užtikrinti, įstaigos įvaizdį tobulinti, veiklos procesų tobulinimo galimybes numatyti bei nuoseklų požiūrį išlaikyti, besivadovaujant visuotinai pripažintais bei priimtinais kokybės standartais. Bet pavienis jų panaudojimas be reikiamo vadybinio pasirengimo išankstinio tobulinimo komandos ne visuomet duoda laukiamų rezultatų. Tai yra suvokiama, kadangi „nėra vienintelio būdo gerinti sveikatos priežiūros kokybę vien todėl, kad sveikatos priežiūros organizacijų veiklos specifika, organizacinė kultūra, procesai, darbuotojų patirtis, vadyba bei jos metodai, ir kokybės gerinimo tikslai bei priemonės gali itin skirtis“ (Kosinskienė, Ruževičius, 2011 p. 16).

Pagrindinė pirminės sveikatos priežiūros gerinimo kryptis – paslaugų kokybės gerinimas tiekiant pirmines paslaugas – sudarant paslaugų prieinamumą, rezultatyvumą, teisingumą, efektyvumą, saugumą, patikimumą, savalaikiškumą, nuoseklumą ir orientaciją į pacientą, kurios turi būti valdomos akcentuojant dėmesį į sveikatos priežiūros vadybą ir kokybę. O norint, kad būtų užtikrinamas kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas būtina taikyti įvairias vadybos priemones.

1.4. Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės teorinis vertinimo modelis

Viešųjų paslaugų vartotojų pasitenkinimo indekso apskaičiavimo metodikoje (2010) nurodoma, kad „vartotojų pasitenkinimo matavimas – nuolatinis procesas, siekiant įvertinti teikiamų viešųjų paslaugų kokybę ir patenkinti kylančius vartotojų lūkesčius paslaugoms, o institucijos ar įstaigos, teikiančios viešąsias paslaugas, turi daugiau dėmesio kreipti į visuomenės poreikius ir interesus“ (Viešųjų paslaugų..., 2010, p. 9). J. Ruževičius ir I. Kazlauskienė (2015) teigia, kad visa tai leidžia organizacijoms tobulėti, o atsižvelgiant į mokslinę literatūrą galima išskirti, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybei vertinti galima taikyti keletą paslaugų vertinimo modelių ir jų metodikų, tokių kaip: *kokybės spragų modelis* – šis modelis įvertina teikiamų paslaugų kokybę bei randamos spragos tarp esamos ir laukiamos paslaugų kokybės. Jos gali atsirasti dėl vartotojų lūkesčių ir skirtingo paslaugos teikėjo apie tuos lūkesčius supratimo. *Gummensosson 4 Q kokybės modelis* – tai keturi kokybės kriterijai: vartotojų lūkesčiai ir patirtis, paslaugų teikėjo įvaizdis ir pagrindiniai kokybę lemiantys procesai, kuriais apibrėžiama vartotojo suvokiama kokybė. *Bendrasis vertinimo modelis* – naudojamas, kaip priemonė kokybės vadybos veiklos tobulinimui. *ISO 9001 kokybės vertinimo modelis* – sukurtas pagal Europos kokybės vadybos fondo Veiklos tobulinimo pavyzdį, kuris skirtas nuolatiniam visų organizacijos procesų tobulinimui bei veiklos gerinimui. Taip pat pažymima, kad paslaugų vertinimui dažniausiai taikomi ISO 9001 kokybės vadybos standartas ir Bendrojo vertinimo modeliai (Ruževičius ir kt., 2015, p. 168 – 169).

J. Nyandwe ir kt. (2017), V. Poškutė ir kt. (2011) nurodo, kad SERVQUAL metodas dažniausiai vartojamas būdas, kai paslaugų kokybė tiriama sutelkiant dėmesį į pacientų požiūrį, o S. Behdioglu ir kt. (2019) teigia, kad šis metodas turi labai platų spektrą literatūroje. Naudojant šį metodą pacientams suteikiama galimybė išreikšti savo nuomonę apie jiems teikiamos sveikatos priežiūros kokybę, o taip pat suteikiama galimybė sprendimus priimančioms asmenims pagerinti kokybę, remiantis pacientų pageidavimais (Nyandwe ir kiti, 2017). Pagal V. Poškutę ir L. Bivainienę (2011) „pradinėje SERVQUAL modelio stadijoje buvo įvardyta dešimt dimensijų, kurios po įvairių mokslininkų tyrimų buvo apibendrintos iki penkių“ (Poškutė, Bivainienė, 2011, p. 58) (žr. 8 pav.), dėl to, kad mokslinės analizės metu buvo nustatyta, jog dauguma veiksnių tarpusavyje susiję.



8 pav. SERVQUAL paslaugų kokybės vertinimo modelis

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal S. Behdioglu ir kt. (2019), J. Nyandwe ir kt. (2017), V. Poškutė ir kt. (2011).

SERVQUAL, dar vadinamą kokybės spragų modeliu, sukūrė anglų mokslininkai P. Parasuraman, V. A. Zeithaml ir L. L. Berry. Modelis palygina vartotojų lūkesčius su realiai vartotojui suteikta paslauga ir prasideda nuo prielaidos, kad paslaugos kokybę nustato skirtumas tarp vartotojų lūkesčių ir faktinės teikiamos paslaugos (Piligrimienė, Bučiūnienė, 2008). J. Ruževičiaus ir kt. teigimu (2015) SERVQUAL metodika siekiama įvertinti verslo įmonių klientams teikiamų paslaugų kokybę, tai modelis, kuris parodo skirtumą: ko klientas tikisi ir ką gauna iš individualaus tiekėjo (Ruževičius ir kt. 2015 p. 170). V. Poškutė ir kt. (2011) pažymi, kad tai paprastas kokybės matavimo būdas, bet veiksminga metodika, kuri atstovauja požiūrį, kaip paslaugų kokybę supranta vartotojai ir, kad atskleistų stipriąsias ir silpnąsias teikiamų paslaugų kokybės puses (Poškutė ir kt., 2011, p. 55).

Moksliniuose šaltiniuose pastebima, kad SERVQAL paslaugų metodas sulaukia ir neigiamos kritikos, kad tai labai konkretus vertinimo metodas ir instrumentas, bei labai siaura jo interesų sritis, nes dėmesys skiriamas tik paslaugų gavėjų nuomonei, įvertinama dažniausiai tik funkcinės kokybės dimensijos, ignoruojama klinikinių rezultatų svarba ir t.t. (Piligrimienė, Bučiūnienė, 2005). S. K. Kaushal (2016) mano, kad sveikatos priežiūros įstaigoms reikia daugiau dimensijų ir SERVQAL metodas neapima, nei paslaugų individualizavimo, nei specialistų kompetencijų. Sveikatos priežiūros kokybės vertinimui V. A. Georgiadou ir kt. (2017) pateikia ir siūlo taikyti SERVPERF modelį, kuris sudarytas iš aštuonių dimensijų (žr. 5 lent.).

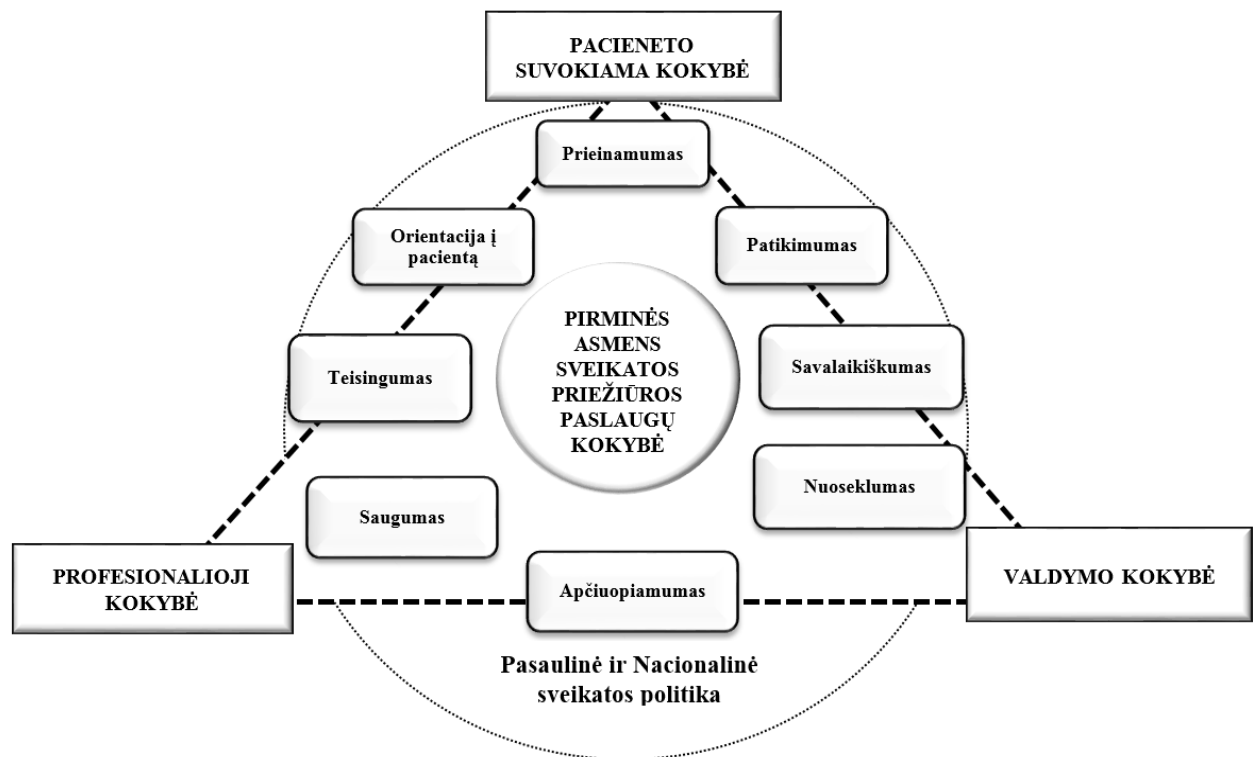
5 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų dimensijos ir jų požymiai

Dimensija	Dimensijos požymiai
Infrastruktūra	Apima savalaikę prieigą prie reikalingų medicininių priemonių, gydančio personalo prieigą, jų prieigą prie medicininių aparatų, darbo sąlygas, patalpų švarą, patogumą, saugumą.
Personalo kokybė	Siejama su paciento patirtimi bendraujant su gydančiu bei slaugančiu personalu. Personalo kokybė susideda iš personalo profesionalumo, įgūdžių, požiūrio, elgsenos, prieigos, lankstumo, patikimumo, validumo, reputacijos.
Klinikinės priežiūros procesas	Svarbus sveikatos priežiūros kokybės aspektas yra paciento patirtis, gaunant skirtingas procedūras.
Administracinės procedūros	Administracinės procedūros apima priėmimo į sveikatos priežiūros įstaigą procedūras, taip pat procedūras paciento buvimo įstaigoje metu ir išleidimo iš įstaigos metu. Vienas svarbiausių administracinių procedūrų aspektų yra vėlavimas įvairiuose paslaugų teikimo etapuose.
Saugumo veiksniai	Sietini su įvairiomis saugumo priemonėmis, taikomomis sveikatos priežiūros įstaigoje, siekiant fiziškai apsaugoti pacientus.
Įstaigos įvaizdis	Įvertina paciento požiūrį į bendrąją medicininę patirtį, gautą sveikatos priežiūros įstaigoje.
Socialinė atsakomybė	Sveikatos priežiūros įstaiga, siekdama pacientų pasitenkinimo paslaugų kokybe turi išpildyti tam tikras atsakomybes visuomenei. Tą sąlygoja įstaigos kaip tarpininko tarp socialinės gerovės ir plėtros vaidmuo.
Įstaigos patikimumas	Sveikatos priežiūros įstaigos patikimumas vertinamas, nustatant, ar pacientas gerai jaučiasi sveikatos priežiūros įstaigoje. Visa tai daro poveikį paciento pasitikėjimui sveikatos priežiūros įstaiga.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal V. A. Georgiadou ir D. Maditinos (2017).

Kaip matome sveikatos priežiūros įstaigose gali būti naudojami įvairūs kokybės vertinimo modeliai, nes *vieno kurio nors modelio taikymas neatskleidžia visų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ypatumų*. Kokybės vertinimo modelius derinant bei atsižvelgiant į kitas veiklos valdymo priemones gali būti pasiekiami daug geresni rezultatai, o „paslaugų kokybės matmenų matavimas yra būtinas norint pasiekti pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis ir nustatyti sveikatos priežiūros įstaigų trūkumus“ (Buckė ir kt., 2020).

Susisteminus išanalizuotą pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės teoriją ir sveikatos priežiūros įstaigose naudojamos paslaugų kokybės vertinimo modelius sudarytas *pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės teorinis vertinimo modelis* (žr. 9 pav.).



9 pav. Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės teorinis vertinimo modelis

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal C. L. Bakri, M. D. Pipas (2019), R. Raivio, E. Paavilainen, K. J. Mattila (2019), V. A. Georgiadou ir D. Maditinnos (2017), S. K. Kaushal (2016), A. Šilys (2013), K. Štaras ir kt. (2013).

Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės teorinis modelis pagrįstas Pasaulinės ir Nacionalinės sveikatos politikos, strateginiais sveikatos dokumentais, bei pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo dimensijų teorinėmis prielaidomis ir modeliais. Savo tyrimuose panašius modelius taikė autoriai: C. L. Bakri, M. D. Pipas (2019), R. Raivio, E. Paavilainen, K. J. Mattila (2019), V. A. Georgiadou ir D. Maditinnos (2017), S. K. Kaushal (2016), Raivio ir kt., 2019, A. Šilys (2013), K. Štaras, T. Vedlūga, N. Kalvelytė (2013).

Kaip matome (žr. 9 pav.) pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikdamos paslaugas savo pacientams turi vadovautis pasaulinės ir nacionalinės sveikatos priežiūros įstatymais, direktyvomis, kitais dokumentais nusakančiais kokybiškų paslaugų atitikimą. Remiantis šiais dokumentais įgyvendinamos ir užtikrinamos kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų kryptys į kurias būtina atsižvelgti organizuojant sveikatos priežiūros paslaugų teikimą:

1. *Paciento suvokiama kokybė* – ko pacientas tikisi iš paslaugos teikėjo? Jo lūkesčiai, poreikiai, pasitenkinimas, patikimumas, emociniai ir psichologiniai aspektai. Vertinamas personalo dėmesys, gydymo proceso koordinavimas, privatumas ir atjauta, savalaikiškumas, pasirinkimo galimybės, sveikatos priežiūros specialistų profesionalumas, konsultacijos, vizitų priežastys.

2. *Profesionalioji kokybė* – kaip suteikiamos sveikatos priežiūros paslaugos? Standartų, teisės aktų, metodų ir patvirtintų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procedūrų atitikimas.

Vertinamas sveikatos priežiūros specialistų profesionalumas, kvalifikacija, kompetencija, bendravimas ir bendradarbiavimas, darbo krūvis, techninė bazė.

3. *Valdymo kokybė – ar efektyviai ir produktyviai panaudojami turimi ir reikalingi ištekliai?* Ar laikomais sveikatos priežiūros įstaigoms vadovaujančių institucijų įsakymų ir nurodymų, užtikrinamas efektyvus išteklių panaudojimas. Vertinama veikla, procedūros, darbo sistema, darbinė aplinka, rezultatyvumas ir organizuotumas.

Šios trys kokybiškų paslaugų teikimo kryptys apima pagrindinius pirminės sveikatos priežiūros kriterijus – prieinamumą, patikimumą, savalaikiškumą, nuoseklumą, apčiuopiamumą, saugumą, teisingumą, orientaciją į pacientą, kurie sąlygoja kokybiškų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.

Apibendrinant pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės teorinę analizę galima teigti, kad mokslinėje literatūroje sveikatos priežiūros paslaugų kokybė apibrėžiama skirtingai. Tai plati sąvoka, apimanti teikiamų paslaugų efektyvumo, produktyvumo, kitų išteklių panaudojimą tenkinant vartotojų poreikius. Sveikatos priežiūros paslaugos turi būti savalaikės, teisingos, suteikiamos tinkamai ir tinkamu laiku. Kokybiška sveikatos priežiūros paslauga turi visapusiškai užtikrinti pacientų sveikatos poreikių patenkinimą, atsižvelgiant į jo lūkesčius ir prioritetus.

Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimas – tai nuolatinis veiklos tobulinimas ir gerinimas, užtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų priežiūros kokybę, prieinamumą ir efektyvumą. Paslaugų kokybės gerinimas bei jos įgyvendinimas ilga, ir daug darbo reikalaujanti procedūra. Tik nusistačius kokybės rodiklius, įdiegus kokybės sistemas, atlikus stebėseną ir jų būklės analizę, galime nuosekliai vertinti rezultatus bei planuoti tolimesnius veiksmus, užtikrinti reikiamą sveikatos priežiūros paslaugų kokybės lygį ir kokybiškų paslaugų teikimą.

Mokslinėje literatūroje pateikiama įvairių paslaugų kokybės vertinimo būdų ir metodų. Visa tai leidžia daryti prielaidą, kad įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę sudėtinga, nes vieno visiems priimtino būdo nėra, o kurio nors vieno modelio taikymas neatskleis visų sveikatos priežiūros paslaugų ypatumų. Todėl susisteminus visą išanalizuotą sveikatos priežiūros paslaugų kokybės teoriją sudarytas pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės teorinis vertinimo modelis, kuris apima tris kryptis: paciento suvokiamą kokybę, profesionaliąją kokybę ir valdymo kokybę. Šios trys kokybės kryptys pagrįstos pagrindiniais sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kriterijais. Visų šių kokybės krypčių įgyvendinimas sąlygoja kokybiškų paslaugų atlikimą ir šio modelio pagalba bus įvertinta Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė – orientuota į pacientų poreikių bei lūkesčių tenkinimą.

2. KLAIPĖDOS MIESTO PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS TYRIMAS

2.1. Tyrimo metodika

Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės įvertinimui pasirinktos Klaipėdos miesto sveikatos priežiūros įstaigos, kurios turi teisę teikti licencijose numatytas pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas. Veiklos pobūdis, kuris bus vertinamas šiame darbe: *pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra – šeimos medicina*.

Valstybinės ligonių kasos 2021 m. sausio 1 d. duomenimis Klaipėdos mieste savo veiklą vykdė 23 įstaigos (žr. 2 priedą), turinčios teisę teikti pirminę asmens sveikatos priežiūrą. Iš jų pagal juridinį statusą 3 viešosios įstaigos, kurios aptarnauja apie 44 proc. (84280) visų prisirašiusių gyventojų ir 20 privataus sektoriaus įstaigų, kuriose prisirašiusių gyventojų skaičius svyruoja nuo labai nedidelio 160 gyventojų iki 20 tūkst., bei sudaro 56 proc. (108065) visų prisirašiusių gyventojų. Bendrai šios įstaigos teikia pirminę ambulatorinę sveikatos priežiūrą 192345 įvairaus amžiaus įstaigose prisirašiusiems gyventojams. Pažymėtina, kad Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigas renkasi, ne tik Klaipėdos miesto ir rajono gyventojai, bet ir kitų apskričių rajonų gyventojai. Vidutinis šeimos gydytojų skaičius, kurie teikia pirminę ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose vidutiniškai sudaro – 150. Vadinasi, galime teigti, kad vidutiniškai vienam šeimos gydytojui, dirbančiam Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros centre tenka aptarnauti apie 1282 gyventojus.

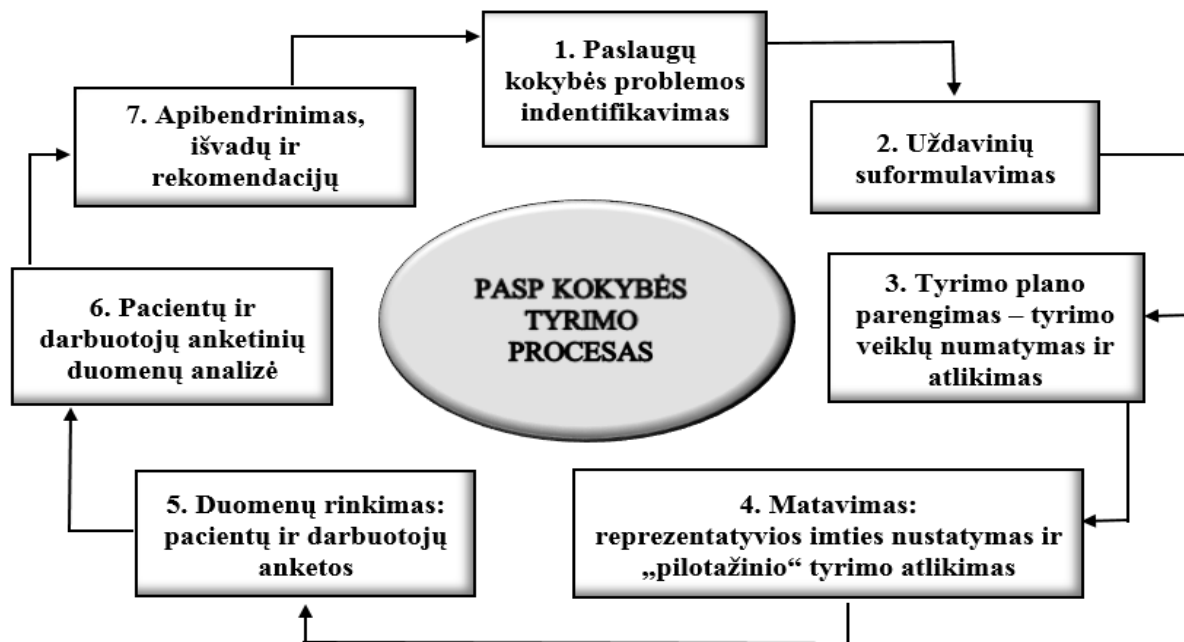
Išanalizavus šių įstaigų tikslus, kurie viešai skelbiami internetinėse svetainėse, galima daryti išvadą, kad pagrindinis visų įstaigų tikslas – *teikti kokybiškas ir kvalifikuotas pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, tenkinančias pacientų poreikius ir lūkesčius*. Kaip matome, šis įstaigų tikslas sutampa su teoriniame tyrimo modelyje numatytu pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimu, todėl tyrimo rezultatai parodys, kokie yra esminiai trūkumai ir kokias kryptis reikėtų gerinti bei tobulinti.

Tyrimo tikslas - *įvertinti ir palyginti Klaipėdos miesto įstaigų teikiamų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę paslaugų gavėjo ir paslaugų teikėjo požiūriu, bei pateikti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo rekomendacijas*.

Šiam tikslui pasiekti ir pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei įvertinti buvo pasirinktas *kiekybinis metodas* – *anketinė apklausa*, trumpalaikis momentinis tyrimas, kuris vykdytas raštu ir kurio metu užfiksuota situacija konkrečiu laikotarpiu (Kardelis, 2007 p. 253). Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybei įvertinti 2021 m. vasario – kovo mėnesiais atlikta anoniminė apklausa, siekiant išsiaiškinti, kaip pacientai ir šeimos gydytojai vertina

sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Gautieji duomenys išanalizuoti, apibendrinti, padarytos galutinės išvados ir pateiktos rekomendacijos.

Tyrimo eiga. Tyrimo eigai užtikrinti buvo pasirinktas socialinio tyrimo proceso modelis, kuris pritaikytas tiriamoms įstaigoms (žr. 10 pav.).



10 pav. Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tyrimo proceso modelis

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal A. Novelskaitė (2012 p. 31), K. Kardelis (1997 p. 69), R. Tidikis (2003 p. 427).

Šio pirminės asmens sveikatos priežiūros tyrimo proceso modelio eiga buvo vadovaujama viso tyrimo metu, pradedant nuo pirmo žingsnio – *Paslaugų kokybės problemos indentifikavimo* ir baigiant paskutiniu – *Apibendrinimo, išvadų ir rekomendacijų pateikimo*. Sudarytas modelis – tyrimo planas, palengvino visą tyrimo eigą bei leido surinkti pakankamai informacijos, reikalingos tyrimo tikslui pasiekti.

Tyrimo metodas. Anketinės apklausos pasirinkimo būdą lėmė šio tyrimo metodo privalumai: patikimumas ir populiarumas. Taikant šį metodą galima gauti daug informacijos, tačiau labai svarbu atsižvelgti, kad gaunami duomenys būtų patikimi (Tidikis, 2003, p. 474). Todėl atliekant tyrimą buvo pasirinktas optimalus tyrimo klausimų skaičius. Jie sudaryti remiantis šiomis charakteristikomis: aiškūs (nedviprasmiški ir gerai suprantami), specifiški (specifiški, kad perskaičius būtų suprantama, koks turi būti atsakymas), atsakomi (galima matyti, kokių duomenų reikia, ir kaip tie duomenys bus renkami), susiję tarpusavyje (klausimai susiję prasmės požiūriu bei suformuoja atitinkamą visumą), susiję tiesiogiai, aktualūs (vertingi, netrivialūs (veiksmingi, giluminiai), verti tyrėjo pastangų atsakant į juos) (Židžiūnaitė, 2008 p. 54). Nustatytas tyrimo validumas, kuris rodo ar kintamieji tikrai matuoja tai, ką buvo norima tyrime ištirti (Židžiūnaitė, 2008 p. 61).

Anketinės apklausos metodas yra sudėtingas, reikalauja profesionalaus pasirengimo, nagrinėjamos problemos išmanymo, kruopštaus nuoseklaus darbo ir ne mažiau, o netgi daugiau negu

kiti metodai, laiko (Tidikis, 2003 p. 475). Todėl atliekant tyrimą svarbiausias vaidmuo tenka tyrėjui, o nuo jo pasiruošimo atlikti tyrimą priklauso ar bus sėkmingai įgyvendintas tyrimo tikslas ir uždaviniai. Anketinės apklausos metodą sveikatos priežiūros įstaigose taikė V. A. Georgiodau ir D. Madinitos (2017), G. Virkietis (2017), J. Ruževičius, I. Kazlauskienė (2015), M. Jankauskienė (2018) ir daugelis kitų tyrėjų. Šis anketavimo metodas pasirinktas laikantis visų metodologinių reikalavimų. Sudarant paciento apklausos anketą buvo įtraukti SERVQUAL, SERVPERF, bendrojo vertinimo modelio ir kitų modelių kriterijai bei jų požymiai. Atsižvelgiant į išanalizuotą literatūrą apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, mokslininkų taikomus metodus bei sudarytą Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės teorinį vertinimo modelį (žr. šio darbo 31 psl. 9 pav.) vertinimui pasirinkti šie pagrindiniai kriterijai (žr. 6 lent.):

6 lentelė. Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo kriterijai

Kriterijai	Apibūdinimas ir tiriami veiksniai
Prieinamumas	Kaip lengvai pasiekiamos sveikatos priežiūros paslaugos <i>t. y. įstaigos vietos patogumas geografiniu požiūriu, artumas, darbo valandos.</i>
Patikimumas	Patikimumas vertinamas, nustatant ar pacientas pakankamai gerai jaučiasi apsilankęs įstaigoje pas specialistus: <i>ar gerbiamas privatumas, ar laikomasi konfidencialumo.</i> Santykių sąveika ir tarpasmeniniai santykiai: <i>paslaugumas, reagavimas, empatija, išklausymas ir komunikacija.</i>
Savalaikiškumas	Rodo, kaip greitai pacientai gali gauti jiems reikiamas sveikatos priežiūros paslauga ir būti priimami specialistų: <i>laukimo vizitui ir konsultacijos laiko trukmė, vizito trukmė.</i>
Nuoseklumas	Parodo skirtingų sveikatos priežiūros įstaigų <i>sugebėjimą dirbti tarpusavyje bendrauti ir bendradarbiauti.</i> Vertinant pacientų nuomonę tai konkretūs tam tikri klinikiniai rodikliai: <i>informacijos suteikimas</i> apie profilaktinius tikrinimus, vykdomas prevencinių priemonių programas, apie savalaikę sveikatos priežiūrą.
Apčiuopiamumas	Tai tokios savybės, kurios nėra susijusios su klinikinių paslaugų efektyvumu, tačiau padidina pacientų pasitenkinimą įstaigos atžvilgiu. Tai įvairūs fiziniai patogumai: <i>įstaigos aplinka ir švara, įstaigos informacijos pateikimas, patogi registracijos ir elektroninių paslaugų sistema.</i>
Saugumas	Iki minimumo susimažinama rizika ir žala paslaugos vartotojams, stengtis užtikrinti pacientų saugumą, ne tik procedūrų metu, bet ir pripažinti jo saugos kultūrą, kuri apibrėžiama kaip praktika, <i>įgūdžiai ir elgesys, tai mokėjimas elgtis žmogiškai, savo kompetencija, atsakomybė ir atsidavimu bendrauti su pacientais.</i>
Teisingumas	Paslaugos gavėjai negali patirti <i>lyties, etinės priklausomybės, socialinės padėties diskriminacijos.</i>
Orientacija į pacientą	Orientacija į pacientą parodo sveikatos priežiūros teikėjo gebėjimą <i>patenkinti pacientų lūkesčius ir poreikius.</i> Šis kriterijus vertinamas po sveikatos priežiūros paslaugos suteikimo. Paciento pasitenkinimas paslauga lemia jo gydymo įstaigos pasirinkimą ateityje, o tai įtakoja ir įstaigos rezultatyvumą.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal V. A. Georgiodau ir D. Madinitos (2017), G. Virkietis (2017), J. Ruževičius, I. Kazlauskienė (2015), M. Jankauskienė (2018).

Pasirinkti pirminės asmens sveikatos priežiūros kriterijai labai svarbūs, jie dažnai naudojami įvairiuose sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tyrimuose, dauguma jų identiški arba labai panašūs šiame magistro darbe išsirinktiems Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų tiriamiems kriterijams.

Tyrimo instrumentai. Pasirinktiems vertinimo kriterijams buvo suformuoti klausimai ir teiginiai. Teiginiams vertinti buvo naudojamos nominalios ir ranginės matavimo skalės.

Nominali skalė naudojama, kai norima nustatyti duomenis apie respondentą tokius, kaip: lytis, amžius, išsilavinimas, veiklos pobūdis ir kt. rodikliai. Dažniausiai anketose tai sudaro demografinę dalį, siekiant pagal požymį nustatyti skirtingas individualių objektų grupes (Kardelis, 2007, p. 191). Šiame tyrime nominali skalė naudota formuojant paslaugos gavėjo anketos 1 – 6 klausimus ir paslaugos teikėjo anketos 1 – 4 klausimus.

Ranginės skalės esmė, kad respondentui pateikiami atsakymai išdėstyti didėjančia tvarka, kuo didesni skaičiai tuo didesnės vertės. Tokiu pat principu suformuotos *nuostatų skalės*, kurios literatūroje dar vadinamos Likerto skalėmis. *Tai vertinama 1:4 ar 1:5* (pvz. tikrai taip, taip, labiau taip nei ne, ne, tikrai ne arba labai svarbu, svarbu, sutinku arba gana svarbu, nesvarbu, neturiu nuomonės ir pan.), kurių dažniai įvertinami skaičiais ar procentais (Kardelis, 2007, p. 194). Skalės turi būti nuo trijų ir daugiau. Vieni tyrėjai linkę naudoti 5 balų rangų skalę, kadangi jos pakanka statistinei analizei ir respondentai gali pilnai pareikšti savo požiūrį, kiti mano, kad geriausia 10 balų rangų skalė, nes tuomet respondentas turi platų atsakymų variantų pasirinkimą (Rupšienė, Rutkienė 2016 p. 91-92).

Sudarytoje paslaugos gavėjo apklausos anketoje 5 balų rangavimo skalė pritaikyta 9 klausime, kuriame pacientų prašyta 5 balų sistemoje (kai 1 – visiškai nesutinku ir 5 – visiškai sutinku) įvertinti veiksmus dėl jų sveikatos būklės gerinimo ir 13 klausime, kuriuo buvo prašyta įvertinti teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pasirinktoje gydymo įstaigoje, pasirenkant vieną iš teiginių: labai gerai, gerai, vidutiniškai, blogai ir labai blogai. Pasitelkiant 10 balų sistemą (kai 1 – labai blogai ir 10 – labai gerai), suformuotas 14 klausimas, kuriuo pacientai bendrai vertino savo pasitenkinimą, jiems suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nuo 1 iki 10.

Sudarant paslaugos teikėjo anketą: 5 balų rangavimo skalė pritaikyta 7 klausime, kuriame buvo prašyta gydytojų 5 balų sistemoje (kai 1 – visiškai nesutinku ir 5 – visiškai sutinku) įvertinti veiksmus dėl pacientų sveikatos būklės gerinimo. 11 klausime prašoma įvertinti funkcijas, kurias šiuo metu reikėtų gerinti, kad darbas būtų efektyvesnis ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybė būtų geresnė pasirenkant vieną iš teiginių: ši funkcija šiuo metu puikiai vykdoma, labai svarbu, svarbu, nesvarbu ir neturiu nuomonės. 13 klausimas, kuris skirtas įvertinti teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę gydymo įstaigoje, kurioje gydytojas dirba, pasirenkant vieną iš teiginių: labai gerai, gerai, vidutiniškai, blogai ir labai blogai. Pasitelkiant 10 balų sistemą (kai 1 – visiškai nesutinku ir 10 – visiškai sutinku) suformuotas 14 klausimas.

Pacientų ir gydytojų klausimynai struktūrizuoti pagal demografinės savybės ir pagal klausimus, skirtus įvertinti Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Ranginių klausimų skalės struktūrizuotos pagal nustatytus vertinimo kriterijus.

Paslaugos gavėjų – pacientų anketa apima 19 uždaro ir pusiau uždaro tipo klausimų (respondentų variantui įrašyti palikta tuščia eilutė) (žr. 3 priedą), kurių struktūra pateikiama 7 lentelėje.

7 lentelė. Paslaugų gavėjų – pacientų klausimyno struktūra

Klausimo Nr.	Klausimo tikslas
1; 2; 3; 4; 5; 6.	Demografinėms savybėms nustatyti: pagal lytį, amžių, išsilavinimą, gyvenamą vietą, socialinį statusą, pagal pasirinktos gydymo įstaigos sektorių.
7; 8.	Klausimai, skirti nustatyti paciento sveikatos būklę, o taip pat ar jiems rūpi jų sveikata.
11; 12.	Klausimai, skirti įvertinti patekimo pas šeimos gydytoją trukmę ir priežastis dėl kurių pacientai lankosi.
14.	Klausimas, skirtas įvertinti pacientų pasitenkinimą, jiems suteiktų paslaugų kokybę.
15; 16.	Klausimai, skirti įvertinti paciento lojalumą įstaigai: ar rekomenduotų savo pasirinktą įstaigą draugams ir pažįstamiems; kiek laiko respondentas yra įstaigos pacientas.
17; 18; 19.	Klausimai, skirti įvertinti kas lemia įstaigos pasirinkimą, kaip dažnai keičia savo pasirinktą šeimos gydytoją ir kokios dažniausios to priežastys.
Klausimai, skirti įvertinti Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, pagal kokybės vertinimo kriterijus.	
13.1.; 13.6.; 13.9.; 13.10.	Prieinamumo vertinimas: įstaigos vietos patogumas ir artumas; gydytojų darbo laikas; galimybė patekti pas gydytoją tą pačią dieną.
13.10.; 13.13.; 13.14.	Patikimumo vertinimas: galimybė pasirinkti šeimos gydytoją; paciento privatumo gerbimas ir konfidencialumo užtikrinimas; iškilusių problemų sprendimas.
13.7.; 13.8.	Savalaikiškumo vertinimas: konsultacijos laiko trukmė; paslaugos suteikimas numatytu laiku.
9.3.; 9.4.	Nuoseklumo vertinimas: visos informacijos suteikimas kaip rūpintis savo sveikata ir siūlymas nuolat atlikti periodinius sveikatos patikrinimus; informacijos suteikimas apie vykdomas prevencinių priemonių programas ir jų ankstyvąją diagnostiką, bei siūlymas jose dalyvauti.
13.2.; 13.3.; 13.4.; 13.5.	Apčiuopiamumo vertinimas: įstaigos aplinka ir jos švara; aiški ir suprantama informacija apie teikiamas paslaugas; personalo pasiekiamumas (telefonu, tiesiogiai, internetu); nuotolinių paslaugų teikimas.
9.6.; 13.11.; 13.12.	Saugumo vertinimas: procedūrų atlikimas laikantis visų saugumo reikalavimų; personalo profesionalumas; personalo bendravimas ir elgesys su pacientais.
9.2.; 9.7.	Teisingumo vertinimas: gydytojų gebėjimas tiksliai ir aiškiai diagnozuoti ligą; visiems vienodų sveikatos priežiūros paslaugų suteikimas be jokių diskriminuojančių savybių.
9.1.; 9.5.	Orientacijos į pacientą vertinimas: paciento poreikių ir lūkesčių patenkinimas teikiant paslaugas; nusiskundimų dėl sveikatos atidus iš klausymas, gydytojų domėjimasis paciento sveikatos problemomis bei atsižvelgimas į pageidavimus ir nuomonę.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

Paslaugų teikėjo – šeimos gydytojų anketą sudaro 13 uždaro ir pusiau uždaro tipo klausimų (respondentų variantui įrašyti palikta tuščia eilutė) (žr. 4 priedą), kurių struktūra pateikiama 8 lentelėje.

8 lentelė. Paslaugų teikėjo – gydytojų klausimyno struktūra

Klausimo Nr.	Klausimo tikslas
1; 2; 3; 4.	Demografinėms savybėms nustatyti: pagal lytį, amžių, darbo stažą ir pagal gydymo įstaigos, kurioje dirba sektorių.
5.	Klausimas, skirtas įvertinti ar pakankamai skiriama dėmesio paslaugų kokybei.
6.	Klausimas, skirtas nustatyti ar pacientai rūpinasi savo sveikata.
8.	Klausimas, skirtas sužinoti, kiek gydytojai aptarnauja pacientų savo apylinkėje.
9; 10.	Klausimai, skirti įvertinti konsultacijos trukmę bei kokios priežastys dažniausiai nulemia nepakankamą komunikaciją.
12.	Klausimas, skirtas sužinoti darbuotojo pasitenkinimą darbu, profesija ar rekomenduotų savo srities kolegoms dirbti savo įstaigoje.
Klausimai, skirti įvertinti Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, pagal kokybės vertinimo kriterijus.	
13.1.; 13.2.; 13.14.	Prieinamumo vertinimas: įstaigos vietos patogumas geografiniu požiūriu; įstaigos darbo laikas; darbo grafikas.
13.9.; 13.10.; 13.11.	Patikimumo vertinimas: santykiai su pacientais; paciento privatumo gerbimas ir konfidencialumo užtikrinimas; iškilusių problemų sprendimas.
13.7.; 11.2.; 11.3.; 11.4.	Savalaikiškumo vertinimas: konsultacijos laiko trukmė; mažesnis pacientų skaičius; didesnis šeimos gydytojų skaičius; daugiau kompetencijų bendrosios praktikos slaugytojoms.
7.1.; 7.2.; 11.5.; 11.8.; 11.10.; 11.14.	Nuoseklumo vertinimas: išsamus paaiškinimas pacientui apie jo sveikatos būklę; nuolatinės informacijos suteikimas ir siūlymas dalyvauti vykdomose prevencinių priemonių programose; nuolatinis profesinis tobulėjimas ir profesinių gebėjimų bei įgūdžių lavinimas; gerai organizuota darbo sistema; darbuotojų skatinimas, pasiekimų įvertinimas ir pripažinimas; patys darbuotojai, kaip komandos nariai, dedantys pastangas gerai ir atsakingai dirbti.
13.3.; 13.4.; 13.5.; 13.6.; 13.8.; 13.12.; 13.13.; 11.1.	Apčiuopiamumo vertinimas: įstaigos aplinka ir jos švara; paslaugų asortimentas; darbo priemonės ir įranga; elektroninių paslaugų teikimas; nuotolinių paslaugų teikimas; darbo apmokėjimo sistema; darbo krūvis; tenkančio darbo krūvio ir gaunamos algos atitikimas.
7.4.; 11.6.; 11.9.; 11.12.	Saugumo vertinimas: procedūrų atlikimas laikantis visų saugumo reikalavimų, o tam skirtos priemonės užtikrina pacientų fizinį saugumą; pagrindinių profesinių žinių taikymas; naujos IT ir medicinos įranga; vadovaujančio personalo pareigų atlikimas.
7.6.; 11.7.; 11.11.; 11.13.	Teisingumo vertinimas: visiems vienodų sveikatos priežiūros paslaugų suteikimas be jokių diskriminuojančių savybių; galimybė dirbti savarankiškai ir priimti sprendimus; darbuotojų nuomonės vertinimas; palankus mikroklimatas ir santykiai su pacientais.
7.3.; 7.5.; 7.7.	Orientacijos į pacientą vertinimas: tarimasis su pacientu priimant sprendimus dėl gydymo ir įtraukimas aktyviai dalyvauti; domėjimasis pacientų sveikatos problemomis; pacientų poreikių ir lūkesčių tenkinimas.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

Atrankos būdai. Tyrimo dalyvių atrankai taikyti tam tikri kriterijai:

- paslaugos teikėjai – visi Lietuvos Respublikos gyventojai, Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys šeimos gydytojai;

- paslaugos gavėjai – visi Lietuvos Respublikos gyventojai, pacientai, kurie prisirašę gydytis Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigose.

- atrinkti tiksliniai kriterijai:

- 1) asmuo turi būti registruotas Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų prisirašiusių gydytis asmenų sąraše;

- 2) asmuo turi būti pilnametis pilietis ir savarankiškai atsakyti į anketos klausimus.

Tyrimo imtis. Prieš pradėdant tyrimą paslaugų gavėjo požiūriu buvo nustatyta, kad tiriamose Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigose prisirašę gydytis 192345 pacientai (žr. 2 priedą). Kad būtų užtikrintas tyrimo patikimumas pacientų tyrimo imčiai nustatyti pasirinkta V. I. Paniotto formulė (Kardelis, 2007):

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}}$$

čia n – imties dydis (reikiamas apklausti asmenų skaičius); Δ – imties paklaidos dydis (socialinių mokslų tyrimuose standartinė paklaida laikoma 5 %, kurią gauname su 0,95 tikimybe).

Prieš atliekant apklausą paslaugos teikėjo požiūriu nuspręsta, kad bus apklausiami tik šeimos gydytojai, dirbantys Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kurių skaičius sudaro – 150. Remiantis ta pačia V. I. Panioto formule apskaičiuota ir užtikrinta patikima paslaugų teikėjų imtis. Paslaugų gavėjų ir paslaugų teikėjų tyrimo imties apskaičiavimo pagrindimas pateiktas lentelėje Nr. 9.

9 lentelė. Tyrimo imties nustatymas

Rodiklio pavadinimas	Kiekybinė išraiška	
	Paslaugų gavėjai	Paslaugų teikėjai
Tiriamos visumos dydis, N	192345	150
Imties dydis, n	383	102
Patikimumo tikimybė, P	0,95	0,95
Atrankos paklaida, Δ	0,05	0,05

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal K. Kardelis (2007) V. I. Paniotto formulę.

Remiantis atliktais imties skaičiavimais nustatyta, kad atliekant tyrimą paslaugų gavėjo požiūriu būtina apklausti ne mažiau, kaip 383 tiriamuosius, norint, kad gauti duomenys atitiktų reprezentatyvumą. Tyrimas vykdytas elektroniniu būdu bei tiesiogiai dalinant anketas įstaigose. Pacientų apklausos metu elektronines anketas užpildė ir savo nuomonę pateikė 115 respondentų, o pirminės sveikatos priežiūros įstaigose tyrimo metu buvo išdalinta 320 popierinių anketų, iš kurių grąžinta 270 anketų. Iš viso paslaugų gavėjų tyrime dalyvavo 385 respondentai, todėl galima teigti, kad atlikto tyrimo paslaugų gavėjo požiūriu rezultatai yra reprezentatyvūs.

Paslaugų teikėjo imtis nustatyta ta pačia metodika (žr. 9 lent.) ir pagal atliktus imties skaičiavimus matome, kad paslaugų teikėjo požiūriu buvo reikalinga apklausti 102 respondentus. Tyrime dalyvavo Klaipėdos miesto sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys šeimos gydytojai, kurie

sutiko dalyvauti apklausoje ir pateikė savo atsakymus į anketų klausimus. Apklausos metu išdalinta 100 popierinių anketų, iš kurių grąžintos 86 anketos. Elektroninės anketos išsiųstos į visas Klaipėdos miesto sveikatos priežiūros įstaigas, teikiančias pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, tačiau elektroniniu būdu savo nuomonę pateikė ir atsakė į anketos klausimus tik 16 šeimos gydytojų. Iš viso paslaugų teikėjų tyrime dalyvavo 102 gydytojai, todėl taip pat galima teigti, kad atlikto tyrimo paslaugų teikėjo požiūriu rezultatai yra reprezentatyvūs.

Tyrimo validumas. Teorinis instrumento validumas nustatytas remiantis teorine sveikatos paslaugų kokybės analize, kurios pagrindu buvo išgrynintas tokio pobūdžio paslaugų kokybės matavimo modelis. Kad įvertinti anketos patikimumą, jos objektyvumas buvo aptartas su darbo vadovu. Parengus anketą atlikta anketinė apklausa su nedidele respondentų grupe: 25 pacientai ir 7 šeimos gydytojai. Atliktas vadinamas pilotažinis tyrimas (Tidikis, 2003 p. 478-479).

Kad nustatyti vidinį naudotų skalių patikimumą (validumą) buvo apskaičiuotos Cronbach'α pagal pasirinktas tyrimui atlikti kriterijus. Cronbach'α koeficientas kinta nuo 0 iki 1, jo reikšmės interpretuojamos, kaip ir bet kurio koreliacijos koeficiento: kuo arčiau vienetą, tuo stipresniais ryšiais susieti skalę sudarantys kintamieji, tuo labiau jie tarpusavyje dera, vadinasi, tuo skalė patikimesnė kaip matavimo instrumentas (Rupšienė, Rutkienė, 2016 p. 51). Laikoma, jeigu koeficientas didesnis nei 0,7 klausimynas sudarytas gerai ir skalės patikimumas priimtinas. 10 lentelėje pateikiamos klausimynuose naudotų skalių patikimumas.

10 lentelė. Klausimynų skalių vidinis patikimumas

Skalės	Paslaugų gavėjai		Paslaugų teikėjai	
	N	Cronbach'α	N	Cronbach'α
Prieinamumas	3	0,725	3	0,827
Patikimumas	3	0,857	3	0,705
Savalaikiškumas	2	0,808	4	0,784
Nuoseklumas	2	0,851	6	0,785
Apčiuopiamumas	4	0,858	8	0,872
Saugumas	3	0,718	4	0,786
Teisingumas	2	0,778	4	0,808
Orientacija į pacientą	2	0,863	3	0,701
Iš viso:	21	0,941	35	0,950

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal L. Rupšienę, A. Rutkienę (2016 p. 51 - 53).

Kaip matome 10 lentelėje Cronbach'α koeficientas pagal atskiras skales didesnis nei 0,7. Bendras koeficientas paslaugų gavėjų sudaro 0,941, o paslaugų teikėjų 0,950. Todėl galime teigti, kad skalių vidinis patikimumas geras, o klausimynas tyrimui atlikti patikimas.

Tyrimo reprezentatyvi imtis nustatyta pagal visus metodologinius reikalavimus, kuri sąlygoja išorinį validumą. Suformuota imtis tikimybinio būdu, kuri leidžia daryti prielaidą, kad parinktas atvejų skaičius, leidžia reprezentuoti tiriamąją populiaciją ir pritaikyti kitiems panašiams atvejams (Kardelis, 2007 p. 334).

Tyrimo etika. Anketos tiek pacientams, tiek šeimos gydytojams buvo platinamos tuo pačiu metu. Pacientai anketas pildė elektroniniu būdu ir apsilankymo metu sveikatos priežiūros įstaigoje, šeimos gydytojai jiems patogiu laisvu nuo darbo metu.

Pagal K. Kardelį (2007) ir V. Židžiūnaitę (2008) buvo nustatytas šių etikos principų laikymasis bei eiga:

1. apklausos pradžioje paaiškinti tyrimo tikslą, kokia yra tyrimo esmė ir kodėl svarbi kiekvieno respondento nuomonė;
2. užtikrinti anketos anonimiškumą bei konfidencialumą;
3. užtikrinti pagarbą asmens orumui, asmens apsisprendimo teisę t.y. tai, kad tiriamasis tyrime dalyvauja laisva valia, jam negali būti pateikiama asmeniškų klausimų, garantuoti teisę būti nepažeistam; užtikrinti pagarbą ir paslaugus elgesį;
4. užtikrinti autonomiškumą: teisę atsisakyti dalyvauti, bet kokioje proceso stadijoje bei galimybę neatsakyti į klausimus, į kuriuos tiriamojo manymu, jam nederėtų atsakinėti.

Iš tiriamųjų gauti žodiniai sutikimai dalyvauti apklausoje.

Įstaigos sutikusios dalyvauti apklausoje tarpusavyje nebus lyginamos, todėl jų pavadinimai, analizuojant tyrimo rezultatus ir apibendrinant juos, nebus nurodomi.

Duomenų apdorojimas. Anketinio tyrimo rezultatai apdoroti ir susisteminti SPSS 23 ir MS Exel programomis. Pagal anketų apklausų blokus struktūrizuota rezultatų analizė, kurie užkoduoti naudojantis standartizuotomis kodavimo instrukcijomis. Rezultatų analizei atlikti ir pateikti buvo panaudoti suminiai (kaupiamųjų) procentų grafikai, kurių išraiškos nuo 0 iki 100 %. Duomenys įvertinti pagal standartinius statistinės analizės duomenis, bei atsižvelgiant į kintamųjų pobūdį apskaičiuoti santykiniai dydžiai. Visi statistiniai duomenys bei jų palyginimas, grupavimas pateikti grafiniuose paveiksluose ir lentelėse.

Tyrimo duomenims įvertinti buvo taikomi šie duomenų analizės metodai:

1. Aprašomoji statistika (dažnių lentelės, duomenų padėties charakteristikos) taikoma, kai norima pasirinktoje imtyje įvertinti nagrinėjamus požymius. Dažnių lentelės sudarytos taip, kad būtų galima nustatyti respondentų pasiskirstymo dydžius: absoliučius (n) ir procentinius (proc.). Šie dažniai naudojami visiems klausimyno klausimams.

2. Kryžminė analizė (χ^2 testas) dar vadinama chi-kvadrato kriterijus taikoma priklausomybei nustatyti, kai ieškoma ryšio tarp dviejų kategorinių kintamųjų, t.y. kintamųjų, kurie turi dvi ar daugiau kategorijų ir tiriamųjų skaičius ne mažesnis kaip 30. Klausimynuose kryžminė analizė naudojama siekiant nustatyti atsakymų pasiskirstymą pagal lytį, išsilavinimą ar kitą demografinę savybę. Taip pat lyginant pacientų ir gydytojų požiūrį, norint palyginti paslaugų kokybę. Kai minimali tikėtina reikšmė yra 5 ir didesnė, imčių dydis yra pakankamas ir chi kvadrato kriterijų galima taikyti, o jeigu reikšmė $p < 0,05$ laikoma, kad skirtumas statistiškai reikšmingas. Jo reikšmė

interpretuojama: 0,06 silpnas ryšys, 0,17 vidutinis ryšys, 0,29 stiprus ryšys (Rupšienė, Rutkienė, 2016, p. 130 - 136).

3. Statistinių ryšių nustatymo testai taikomi, norint patikrinti hipotezes, kuriose manytina, kad gali būti statistinis ryšys tarp kintamųjų. Ryšių nustatymo testai analizuojant duomenis naudoti norint nustatyti ryšį tarp pasirinktos demografinės grupės bei suformuotų teiginių. Taip pat atlikta ryšių analizė tarp atskirų kokybės vertinimo kriterijų, norint nustatyti ar turi didėjimo ar mažėjimo įtaką vienas kitam. Atliekant tyrimą buvo naudoti šie statistinių ryšių testai:

3.1. Spirmeno (Spearman) koreliacija (r), Koreliacijos koeficientas, kuris rodo dvi kintamųjų ryšio savybes – ryšio stiprumą ir ryšio kryptį. Koreliacijos koeficientas teigiamas, jeigu vienam dydžiui didėjant, didės ir kitas arba mažėjant, mažės ir kitas. Koeficientas neigiamas, jeigu vienam dydžiui didėjant, kitas mažės ir priešingai, jeigu vienam dydžiui mažėjant kitas dydis didės. Statistiniu požiūriu laikoma, kai $p < 0,05$. Šio koeficiento reikšmės interpretuojamos: -1 ir +1 labai stiprus ryšys, nuo -1 iki -0,7 ir nuo 0,7 iki 1 stiprus ryšys, nuo -0,7 iki -0,5 ir nuo 0,5 iki 0,7 vidutinis ryšys, nuo -0,5 iki -0,2 ir nuo 0,2 iki 0,5 silpnas ryšys, nuo -0,2 iki 0 ir nuo 0 iki 0,2 labai silpnas ryšys ir jeigu reikšmė 0 ryšio nėra (Bekešienė, 2015, p. 165).

3.2. neparametrinis Mann-Whitney (Z) testas taikytas lyginant tarpusavyje dvi respondentų grupes, tikrinta ar skirtumai tarp grupių statistiškai reikšmingi, lyginami rangų vidurkiai arba medianos, nustatomas kintamųjų tarpusavio ryšys. Skaičiuojama reikšmė p ir, jeigu $p < 0,05$ vadinasi imčių skirstiniai statistiškai reikšmingai skiriasi. Šio koeficiento reikšmės interpretuojamos: 0,1 – silpnas ryšys, 0,3 – vidutinis ryšys, 0,5 stiprus ryšys (Rupšienė, Rutkienė, 2016, p. 145).

Tyrimo ribotumas. Rezultatai grindžiami tik Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų apklausos gautais tyrimo duomenimis. Pagrindinis darbo ribotumas yra tai, kad tyrimo rezultatai yra reprezentatyvūs tik nagrinėjamų įstaigų atžvilgiu, jokie apibendrinimai kitų veikiančių ir panašia veikla užsiimančių įstaigų atžvilgiu negali būti daromi.

2.2. Paslaugų kokybės vertinimas paslaugų gavėjo požiūriu

Atliktame paslaugų kokybės vertinimo tyrime paslaugų gavėjo požiūriu dalyvavo 385 pacientai, pasirinkę gydytis Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose (žr. 11 lent.). Iš jų 216 (56,1 %) prisirašę gydytis viešojo sektoriaus įstaigose ir 169 (43,9 %) privataus sektoriaus įstaigose. **Pacientai**, dalyvavę tyrime taip pat nurodė savo lytį, amžių, išsilavinimą, gyvenamąją vietą, socialinį statusą. Didesniąją dalį paslaugų vartotojų sudarė moterys 60,5 proc., vyrai – 39,5 proc. Amžiaus grupėje beveik pusę (49,1 proc.) respondentų sudaro nuo 41 – 60 amžiaus tyrimo dalyviai, respondentų nuo 61 metų ir daugiau amžiaus grupėje dalyvavo 20,0 proc., jauniausių nuo 20 iki 40 metų amžiaus paslaugų vartotojų dalis siekė 30,9 proc. Pagal išsilavinimą galima išskirti dvi

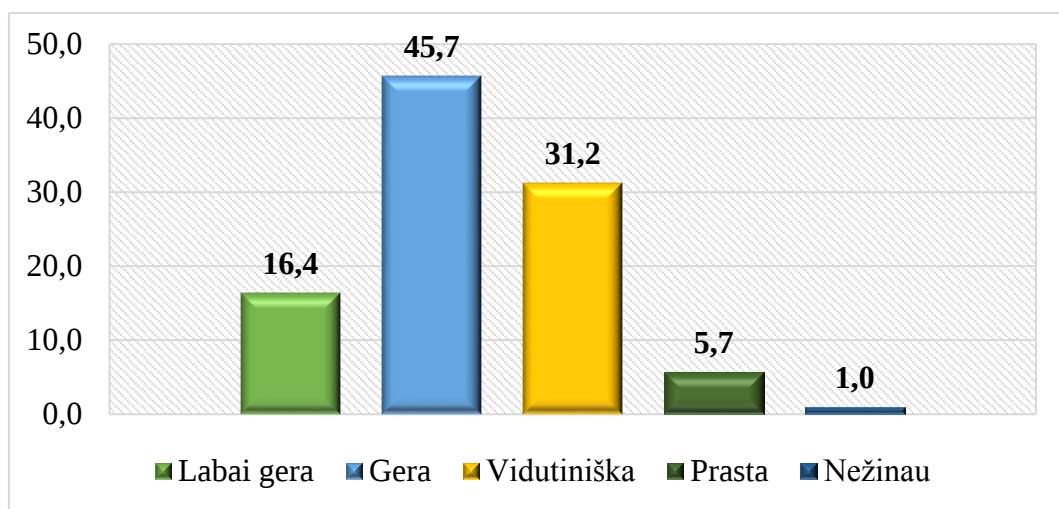
grupės: 40,3 proc. turintys aukštąjį išsilavinimą ir 37,7 proc. profesinį, aukštesnįjį. Atsižvelgiant į socialinį statusą (užimtumą) 65,7 proc. apklausoje dalyvavusių pacientų yra dirbantys, 13,8 proc. sudarė pensijinio amžiaus. Atsakymo variantą „kita“ dažniausiai nurodė respondentai esantys vaiko auginimo atostogose arba neįgalūs. Tyrimo imtyje dominuoja respondentai, kurie gyvena mieste 73,8 proc., priemiestyje 22,3, o kaime gyvenančių respondentų pateikė savo nuomonę tik 3,9 proc.

11 lentelė. Demografinis ir socialinis paslaugų gavėjų pasiskirstymas

Demografinės charakteristikos		Respondentų skaičius, N	Respondentų skaičius, proc.
Lytis	Vyras	152	39,5
	Moteris	233	60,5
Amžius	18 – 40	119	30,9
	41 – 60	189	49,1
	61 ir daugiau	20	20,0
Išsilavinimas	Pagrindinis, vidurinis	85	22,1
	Profesinis, aukštesnysis	145	37,7
	Aukštasis	155	40,3
Socialinis statusas	Moksleivis, studentas	23	5,9
	Dirbantis	253	65,7
	Bedarbis	40	10,4
	Pensininkas	53	13,8
	Kita	16	4,2
Gyvenamoji vieta	Miestas	284	73,8
	Priemiestis	86	22,3
	Kaimas	15	3,9
Pasirinktos gydymo įstaigos juridinis statusas	Viešasis sektorius	216	56,1
	Privatus sektorius	169	43,9
Iš viso respondentų:		385	100,0

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal pacientų anketų duomenis.

Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tyrimo metu pacientai pateikė subjektyvią nuomonę apie savo sveikatos būklę (žr. 11 pav.).

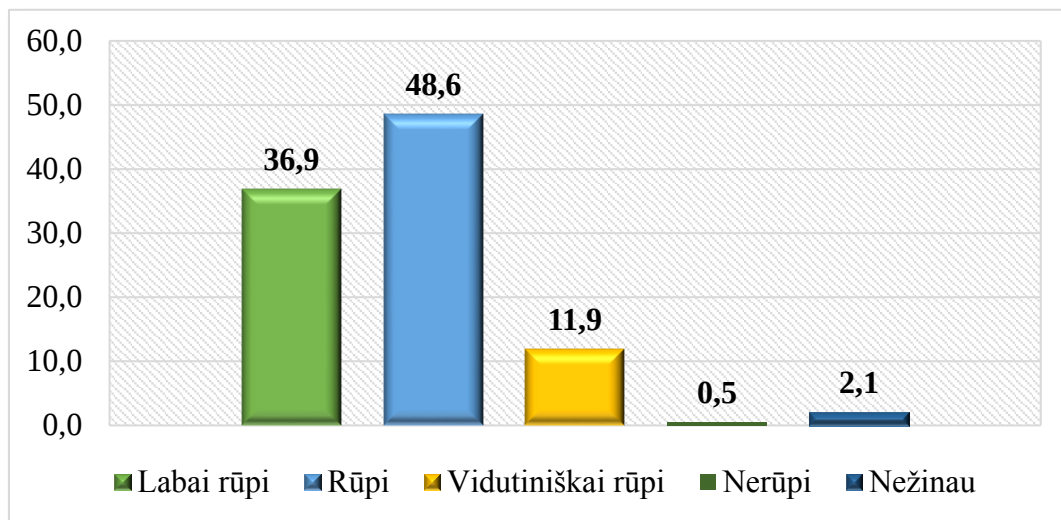


11 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal savo sveikatos būklę, proc.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal pacientų anketų duomenis.

Kaip matome 11 paveiksle tyrime dalyvavo įvairios sveikatos būklės pacientai. Daugiausia pacientų 45,7 proc. nurodė, kad jų sveikatos būklė gera, 31,2 proc., kad vidutiniška, 16,4 proc. vertina savo sveikatą labai gerai, o 5,7 proc. prastai.

Taip pat buvo prašoma atsakyti į klausimą *ar pacientams rūpi jų sveikata* (žr. 12 pav.).



12 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal rūpinimąsi savo sveikata, proc.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal pacientų anketų duomenis.

Nustatyta, kad 48,6 proc. pacientų rūpi jų sveikata, 36,9 proc. atsakė, kad labai rūpi, todėl galima teigti, kad didžiajai daliai (85,5) proc. tyrime dalyvavusių pacientų rūpi jų sveikata. Vidutiniškai rūpi sveikata 11,9 proc., o kad sveikata nerūpi atsakė tik 0,5 proc. pacientų. 2,1 proc. nurodė, kad nežino ar jiems rūpi jų sveikata.

Lyginant šio klausimo atsakymų pasiskirstymą demografinėse grupėse buvo pritaikytas neparametrinis Mann-Whitney kriterijus. Remiantis šio kriterijaus rezultatais nustatyta, kad statistiškai reikšmingai skiriasi nuomonė vertinant 18 – 40 m. ir 61 ir daugiau metų amžiaus grupėse ($Z=-8,423$; $p=0,00$). Vidutinis rangas 18 – 40 m. amžiaus grupėje 72,37, o 61 ir daugiau metų grupėje 138,88, vadinasi sveikata labiau rūpinasi vyresnio amžiaus pacientai. Taip pat statistiškai reikšmingai skiriasi nuomonė dėl rūpinimosi sveikata tarp pacientų pasirinkusių viešąjį bei privatų sektorių ($Z=-5,164$; $p=0,00$). Vidutinis rangas pasirinkusių viešąjį sektorių 217,16, o privatųjį sektorių 162,12. Galima teigti, kad sveikata labiau rūpinasi pacientai, kurie lankosi viešajame sektoriuje. Likusiose demografinėse grupėse šiuo klausimu nuomonė statistiškai reikšmingai nesiskyrė.

Tyrimo metu buvo aiškinamasi kiek dienų tenka laukti vizito pas šeimos gydytoją ar pacientai dažnai lankosi įstaigoje, kokios dažniausiai būna vizito priežastys (žr. 5 priedą).

Rezultatai rodo, kad pacientų atsakymai labai įvairūs. Pasidomėjus „Kiek dienų nuo kreipimosi datos Jums teko laukti šio vizito pas gydytoją?“ trečdalis tiriamųjų 32,7 proc. nurodė, kad laukia 2 – 3 dienas. Taip pat nemaža dalis tiriamųjų 23,6 proc. nurodė, kad teko laukti 4 – 5 dienas.

17,4 proc. laukia savaitę, o 10,4 proc. 10 ir daugiau dienų. Mažiausiai pacientų 5,7 proc. nurodė, kad patenka tą pačią dieną.

Vartotojų poreikių lankymosi įstaigose aspektu nustatyta, kad 28,6 proc. pacientų atsakė, jog lankosi keletą kartų per metus, 20,0 proc. kelis kartus per pusmetį, 24,5 proc. lankosi kartą per metus ar rečiau. Paprašius įvardinti vizito priežastį daugiausiai respondentai nurodė: 44,9 proc., kad reikėjo nukreipimo specialisto konsultacijai, 36,9 proc. kreipiasi dėl recepto vaistams, 42,6 proc. lankosi dėl prastos savijautos. Siekiant nustatyti, ar vizito priežastis skiriasi atskirose demografinėse grupėse, atliktas chi-kvadrato testas (žr. 12 lent.).

12 lentelė. Pacientų vizitų priežastys pagal demografines grupes, chi-kvadrato testo rezultatai

Teiginys	Lytis		Amžius		Išsilavinimas		Statusas		Sektorius	
	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
Profilaktiškai tikrinu sveikatą	0,508	0,538	1,572	0,456	1,156	0,561	8,259	0,083	1,804	0,184
Reikėjo recepto vaistams	4,147	0,05	63,122	0,000	1,975	0,372	55,214	0,000	1,49	0,238
Reikėjo nukreipimo specialisto konsultacijai	6,106	0,015	20,259	0,000	1,100	0,577	19,459	0,001	0,057	0,835
Susergu ar prastai jaučiuosi	0,200	0,670	7,456	0,024	1,688	0,430	9,117	0,058	1,637	0,207
Reikėjo medicininės apžiūros	6,878	0,010	5,513	0,063	9,719	0,008	44,509	0,000	7,284	0,010

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal pacientų anketų duomenis.

Atlikus chi-kvadrato testus dėl vizito priežasties nustatyta, kad statistiškai reikšmingai skiriasi nuomonės: „Reikėjo recepto vaistams“ amžiaus demografinėje grupėje ($\chi^2=63,122$; $p=0,000$) dažniau lankosi nuo 61 m. ir daugiau amžiaus pacientai, ir socialinio statuso grupėje ($\chi^2=55,214$; $p=0,000$) dirbantys pacientai;

„Reikėjo nukreipimo specialisto konsultacijai“ lyties grupėje ($\chi^2=6,106$; $p=0,015$) dažniau lankosi vyrai, amžiaus grupėje ($\chi^2=20,259$; $p=0,000$) nuo 41 – 60 m., socialinio statuso grupėje ($\chi^2=19,459$; $p=0,001$) dirbantys pacientai;

„Susergu ar prastai jaučiuosi“ amžiaus grupėje ($\chi^2=7,456$; $p=0,024$) dažniau lankosi nuo 61 m. amžiaus pacientai;

„Reikėjo medicininės apžiūros“ lyties grupėje ($\chi^2=6,878$; $p=0,010$) dažniau lankosi moterys, išsilavinimo grupėje ($\chi^2=9,719$; $p=0,008$) turintys profesinį ar aukštesnįjį išsilavinimą, o pagal

pasirinktos įstaigos sektoriaus grupę ($\chi^2=7,284$; $p=0,010$) dažniau dėl medicininės apžiūros lankosi privataus sektoriaus pacientai.

Vertinant teikiamų paslaugų kokybę buvo suformuotos 2 klausimų skalės bei pateiktas 21 faktorius, kurių kiekvieną reikėjo įvertinti nuo 1 iki 5, kai 1 - labai blogai arba visiškai nesutinku, 2 – blogai arba nesutinku, 3 – nei gerai nei blogai arba nei sutinku nei nesutinku, 4 – gerai arba sutinku ir 5 – labai gerai arba visiškai sutinku. Šie faktoriai leido įvertinti pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybę. Pacientų buvo teirautasi ar pakankamai skiriama dėmesio jų sveikatos būklės gerinimui bei pateikti teiginiai apibūdinantys paslaugų kokybę. Taip pat apskaičiuotas ir vidutinis rangas bei standartinis nuokrypis. Remiantis vidutiniu rangu galime palyginti vertinamus faktorius tarpusavyje – kuo didesnis vidutinis rangas, tuo geriau vertinamas tam tikras faktorius.

13 lentelė. Pacientų nuomonių pasiskirstymas apie teiginius dėl jų sveikatos būklės gerinimo

Teiginys	Įvertinimas, proc.					Vidutinis rangas	Standartinis nuokrypis
	1	2	3	4	5		
Procedūros atliekamos laikantis visų saugumo reikalavimų	1,30	2,60	10,42	28,91	56,77	4,37	0,870
Suteikiamos visiems vienodos sveikatos priežiūros paslaugos be jokių diskriminuojančių savybių	2,09	3,66	12,04	27,75	54,45	4,29	0,959
Suteikiama informacija apie vykdomas prevencinių priemonių programas ir jų ankstyvąją diagnostiką, bei siūloma jose dalyvauti	2,36	4,97	16,49	32,72	43,46	4,10	1,002
Nusiskundimai dėl sveikatos išklaunami atidžiai, gydytojai domisi mano sveikatos problemomis bei atsižvelgia į pageidavimus ir nuomonę	1,82	4,69	17,71	36,98	38,80	4,06	0,957
Suteiktos paslaugos patenkina mano poreikius bei lūkesčius	2,36	4,45	19,11	38,74	35,34	4,00	0,968
Gydytojai geba tiksliai ir aiškiai diagnozuoti ligą	1,31	4,96	22,45	39,16	32,11	3,96	0,929
Suteikiama visa informacija kaip rūpintis savo sveikata ir siūloma nuolat atlikti periodinius sveikatos patikrinimus	1,57	8,12	19,37	34,82	36,13	3,96	1,011

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal pacientų anketų duomenis.

Gauti duomenys (žr. 13 lent.) leidžia daryti išvadą, kad visiškai sutinka virš 50 proc. pacientų su šiais teiginiais: „Procedūros atliekamos laikantis visų saugumo reikalavimų“ (56,77 proc.) ir, kad „Paslaugos suteikiamos visiems vienodos be jokių diskriminuojančių savybių“ (54,45 proc.). Prasčiau vertinama (nors tai nereiškia, kad vertinama blogai, nes vidutinis rangas viršija 3,9) šie pateikti

teiginiai: „Gydytojai geba tiksliai diagnozuoti ligą“ (32,11 proc.) bei „Suteikiama visa informacija kaip rūpintis savo sveikata ir siūloma nuolat atlikti periodinius sveikatos patikrinimus“ (36,13 proc.).

14 lentelė. Pacientų nuomonių pasiskirstymas apie teikiamų paslaugų kokybę

Teiginys	Įvertinimas, proc.					Vidutinis rangas	Standartinis nuokrypis
	1	2	3	4	5		
Gerbiamas paciento privatumas, užtikrinamas konfidencialumas	1,82	0,52	11,98	46,35	39,32	4,21	0,810
Personalo bendravimas ir elgesys su Jumis	1,31	1,04	12,79	49,09	35,77	4,17	0,786
Įstaigos aplinka ir jos švara	1,57	0,79	13,35	47,64	36,65	4,17	0,803
Gydytojų darbo laikas	1,05	0,52	13,09	57,59	28,27	4,11	0,717
Personalo profesionalumas	1,31	1,31	13,05	53,79	30,55	4,11	0,773
Įstaigos vietos patogumas, artumas	1,31	0,79	17,80	47,64	32,46	4,09	0,803
Aiški ir suprantama informacija apie teikiamas paslaugas	1,32	1,05	18,16	50,53	28,95	4,05	0,794
Paslaugos suteikimas numatytu laiku	1,30	2,86	15,10	53,39	27,34	4,03	0,811
Iškilusių problemų sprendimas	1,31	1,05	16,27	56,17	25,20	4,03	0,759
Galimybė pasirinkti šeimos gydytoją	1,32	1,84	18,95	49,47	28,42	4,02	0,817
Konsultacijos laiko trukmė	0,78	2,86	17,71	53,65	25,00	3,99	0,793
Nuotolinių paslaugų teikimas	2,09	6,54	22,25	45,29	23,82	3,82	0,939
Personalo pasiekiamumas (telefonu, tiesiogiai, internetu)	2,09	8,09	19,06	48,83	21,93	3,80	0,941
Galimybė patekti pas gydytoją tą pačią dieną	4,44	6,79	28,72	43,34	16,71	3,61	0,988

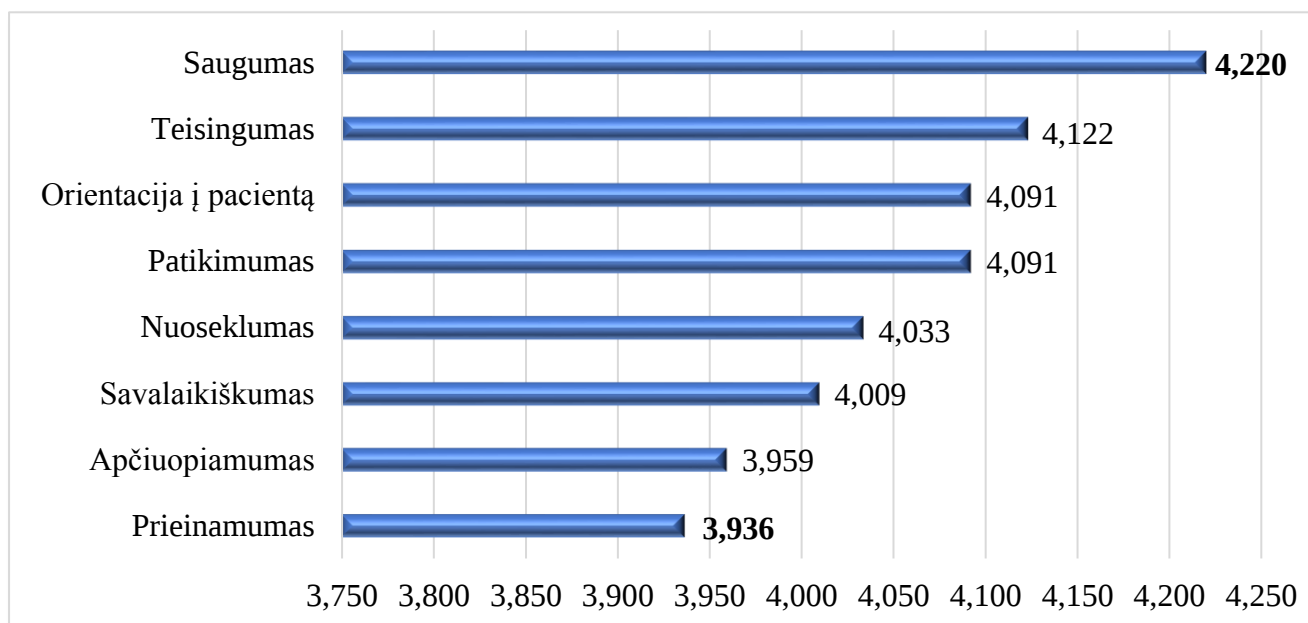
Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal pacientų anketų duomenis.

Pagal gautus tyrimo rezultatus (žr. 14 lent.) nesunku pastebėti, kad geriausiai šioje teiginių grupėje vertinami yra: paciento privatumo gerbimas (39,32 proc.), konfidencialumo užtikrinimas (39,32 proc.), personalo bendravimas ir elgesys (35,77 proc.), įstaigos aplinka ir jos švara (36,65 proc.), įstaigos vietos patogumas, artumas (32,46 proc.). Blogiau iš visų pateiktų faktorių vertinamas (nors tai nėra labai prastai, nes vidutinis rangas taip pat aukštas ir viršija 3,61) „Galimybė pas gydytoją patekti tą pačią dieną“ (16,71 proc.), „Personalo pasiekiamumas (telefonu, tiesiogiai, internetu)“ (21,93 proc.), taip pat ne taip gerai vertinama konsultacijos laiko trukmė (25,00 proc.), nuotolinių paslaugų teikimas (23,82 proc.) bei iškilusių problemų sprendimas (25,20 proc.).

Kad nustatyti, ar įstaigose teikiamų paslaugų kokybė yra susijusi su tiriamųjų demografinėmis charakteristikomis buvo pritaikytas Spirmeno koreliacijos koeficientas (žr. 6 priedą). Nustatyta, kad lytis statistiškai reikšmingai koreliuoja su įstaigos aplinka ir jos švara ($r=0,783$; $p=0,000$), gydytojų

darbo laiku ($r=0,265$; $p=0,000$), galimybe pasirinkti šeimos gydytoją ($r=0,204$; $p=0,000$) ir pagarba paciento privatumui bei konfidencialumo užtikrinimu ($r=0,209$; $p=0,000$). Koreliaciniai ryšiai silpni, tačiau statistiškai reikšmingi, remiantis jais galime teigti, kad vyrai geriau vertina įstaigos įvaizdį, gydytojų darbo laiką bei galimybe pasirinkti gydytoją, pasitiki dėl privatumo bei konfidencialumo. Ieškant sąsajų su išsilavinimu nustatyta, kad pagrindinį ar vidurinį išsilavinimą turintys tiriamieji yra labiau patenkinti paslaugos suteikimu numatytu laiku ($r=0,144$; $p=0,005$) nei turintys aukštąjį išsilavinimą. Išsilavinimas taip pat koreliuoja su iškilusių problemų sprendimu ($r=0,161$; $p=0,002$). Čia taip pat labiau patenkinti turintys žemesnį išsilavinimą nei aukštąjį. Analizuojant pagal pasirinktos gydymo įstaigos sektoriaus demografinę grupę labiausiai koreliuoja galimybė pasirinkti šeimos gydytoją ($r=-0,224$; $p=0,000$). Šioje grupėje privataus sektoriaus įstaigų pacientai nurodo, kad turi didesnę galimybę pasirinkti šeimos gydytoją, nei viešojo sektoriaus pacientai.

Siekiant įvertinti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pacientų požiūriu pagal numatytus kokybės vertinimo kriterijus ir jiems priskirtus teiginius buvo apskaičiuoti vidutiniai kriterijų vertinimai (žr. 13 pav.).

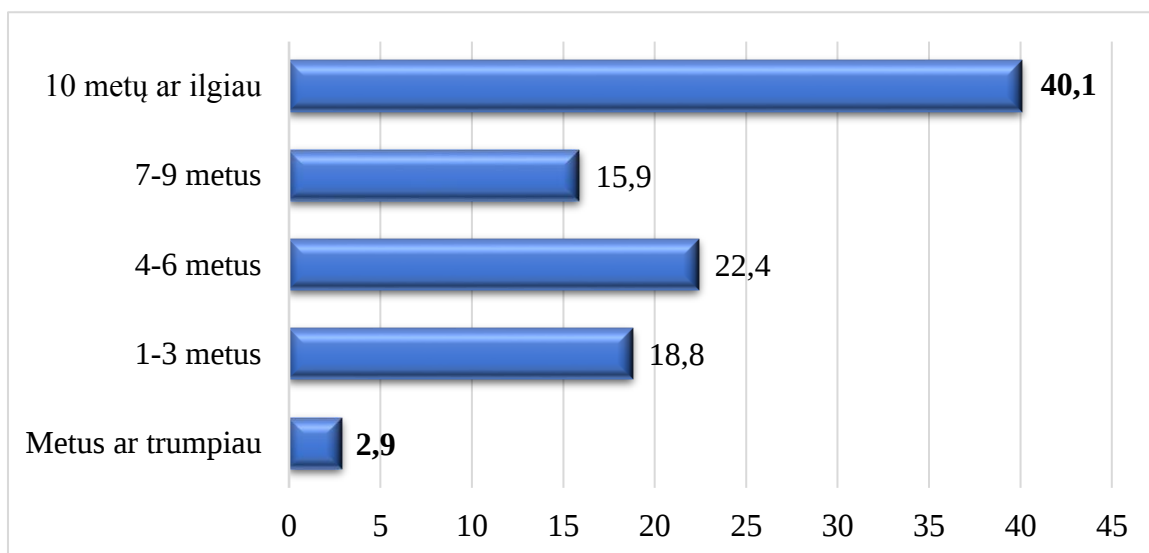


13 pav. Vidutiniai vertinimo balai pacientų požiūriu pagal kokybės vertinimo kriterijus

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal pacientų anketų duomenis.

Kaip matome 13 paveiksle kriterijų vidutinis vertinimo vidurkis, kai 1 labai blogai ir 5 labai gerai, pacientų požiūriu įvertinti pakankamai gerai ir balai sudaro nuo 3,936 iki 4,220. Žemiausiu balu 3,936 įvertintas prieinamumas ir didžiausiu 4,220 saugumas.

Įvertinus pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę buvo siekiama išsiaiškinti ar pacientai lojalūs pasirinktai gydymo įstaiga. Atlikus analizę matome, kad tyrimo dalyviai pasirinko lankytis gydymo įstaigose nevienodu metu. 40,1 proc. apklausoje dalyvavusių tiriamųjų įstaigų pacientais yra jau 10 metų ar ilgiau (žr. 14 pav.).



14 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal buvimo įstaigos paslaugų vartotoju laiką, proc.
Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal pacientų anketų duomenis.

Todėl galime teigti, kad dalyviams būdingas lojalumas įstaigų atžvilgiu. Kadangi tyrime tik 2,9 proc. dalyvių – vartotojai esantys įstaigų pacientais metus ir trumpiau, tikėtina, kad tyrimo rezultatai išsamūs, objektyvūs ir pagrįsti vartotojų patirtimi.

Lojalumui įvertinti taip pat buvo klausama ar respondentai rekomenduotų savo draugams ir pažįstamiems pasirinkti jų pasirinktą įstaigą (žr. 15 lent.).

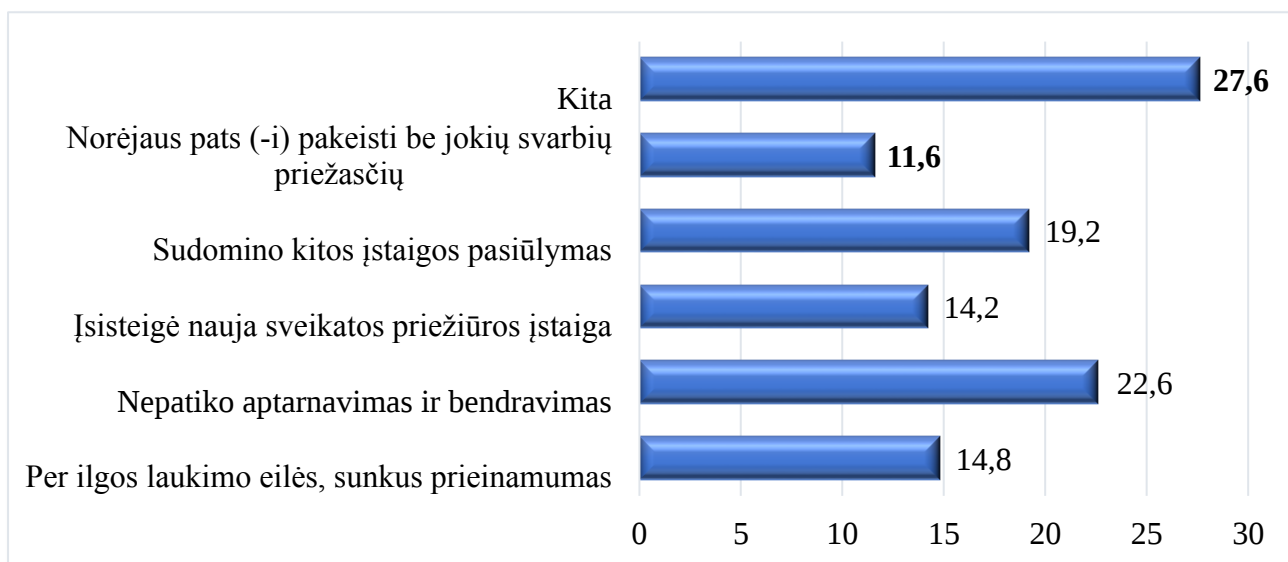
15 lentelė. Pacientų nuomonių pasiskirstymas pagal rekomendaciją draugams ir pažįstamiems

Klausimas	Tikrai taip	Taip	Labiau taip, nei ne	Ne	Tikrai ne	Vidurkis	Standartinis nuokrypis
Ar rekomenduotumėte savo draugams ir pažįstamiems pasirinkti Jūsų pasirinktą gydymo įstaigą?	20,94	46,07	27,22	5,23	0,52	2,82	0,841

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal pacientų anketų duomenis.

Iš lentelėje pateiktų duomenų galime teigti, kad daugiau nei 67,01 proc. tiriamųjų rekomenduotų savo draugams ir pažįstamiems, 27,22 proc. nurodo, kad labiau rekomenduotų, nei nerekomenduotų ir tik 5,75 proc. nerekomenduotų savo pasirinktos gydymo įstaigos. Klausimo rezultatai dar kartą patvirtina, kad pacientai yra lojalūs savo pasirinktai įstaigai.

Tyrimo metu buvo analizuojama ar dažnai pacientai keičia savo pasirinktą šeimos gydytoją ir kokios dažniausiai būna to priežastys. Nustatyta, kad apklausos dalyviai (60,3 proc.) nurodė jog retai, bet kartais keičia savo šeimos gydytoją, 37,7 proc. nurodė, kad niekada nekeičia ir tik 1,8 proc. pacientų dažnai keičia. Toliau buvo aiškintasi kokios dažniausiai būna priežastys dėl kurių pacientai keičia savo šeimos gydytoją (žr. 15 pav.).



15 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal priežastis dėl kurių keičia šeimos gydytoją, proc.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal pacientų anketų duomenis.

Kaip matome 15 paveiksle tyrimo dalyviai įvairiai pasirinko priežastis, bet daugiausiai 27,6 proc. pasirinko atsakymą „Kita“, kuriam buvo palikta tuščia eilutė pacientui pačiam nurodyti priežastį. Jie dažniausiai nurodė, kad nekeičia, o jeigu keičia tai dėl to, kad jų pasirinktas šeimos gydytojas pakeičia darbo vietą ir nebedirba įstaigoje, kiti, kad patys pakeičia gyvenamą vietą. Taip pat nurodo, kad gydytojas buvo neprofesionalus, trūko dėmesio, nemaloniai bendravo. Tą parodo ir pateiktame 13 paveiksle sekantis teiginys „Nepatiko aptarnavimas ir bendravimas“ (22,6 proc.). Respondentai keičia savo šeimos gydytoją ir susidomėjus kitos įstaigos pasiūlymu (19,2 proc.), bei įsisteigus naujai sveikatos priežiūros įstaigai (14,2 proc.). Per ilgas laukimo eiles nurodo 14,8 proc. ir mažiausiai 11,6 proc. keičia be jokių svarbių priežasčių.

Atliekant tyrimą aiškintasi, *kokiu būdu dažniausiai respondentai renkasi ir kas paskatina rinktis vieną ar kitą sveikatos priežiūros įstaigą* (žr. 16 lent.).

16 lentelė. Pacientų pasiskirstymas pagal būdą rinktis sveikatos priežiūros įstaigą

Atsakymo variantas	Respondentų skaičius	Respondentų proc.
Artimieji (šeima, giminės)	104	27,2%
Pažįstami, draugai	55	14,4%
Dirba patinkantis šeimos gydytojas	64	16,7%
Arčiausiai namų esanti gydymo įstaiga	64	16,7%
Įstaigos personalas	53	13,8%
Žiniasklaidos priemonės - spauda, internetas	4	1,0%
Atsitiktinai	34	8,9%
Kita (įrašykite)	7	1,8%
Iš viso:	385	100

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal pacientų anketų duomenis.

Dauguma tiriamųjų (27,2 proc.) nurodė, kad renkasi įstaigą, nes ją paskatino rinktis artimieji, vienodai po 16,7 proc. pasiskirstė atsakymai dėl įstaigoje dirbančio bei jiems patinkančio šeimos gydytojo, ir arčiausiai namų esanti įstaiga. Taip pat nemaža dalis tiriamųjų (14,4 proc.) nurodė, kad juos įstaigą pasirinkti paskatino draugai ir pažįstami, o 13,8 proc. teigė, kad pasirinko šią įstaigą todėl, kad patinka įstaigos personalas.

Tyrimo metu vertinant bendrą pacientų nuomonę dėl pirminės asmens sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybės, buvo atlikta analizė, kaip pacientai vertina bendrą pasitenkinimą suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų kokybe 10 balų sistemoje. Daugumos pacientų (98,5 proc.) įvertinimai pasiskirstė 5 – 10 balų intervale, žemesniais 3 – 4 balais kokybę įvertino tik 1,5 proc. Vidutinis įvertinimas siekia 8,47 balo. Palyginus vertinimus tarp viešojo ir privataus sektoriaus įstaigų balai labai panašūs ir sudaro: viešojo sektoriaus įstaigų 8,53, o privataus sektoriaus 8,38. Taigi galime daryti išvadą, kad *pacientų nuomone bendras pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugų kokybe yra pakankamai geras.*

2.3. Paslaugų kokybės vertinimas paslaugų teikėjo požiūriu

Atliktame paslaugų kokybės vertinimo tyrime paslaugų teikėjo požiūriu dalyvavo 102 respondentai – šeimos gydytojai (žr. 17 lent.).

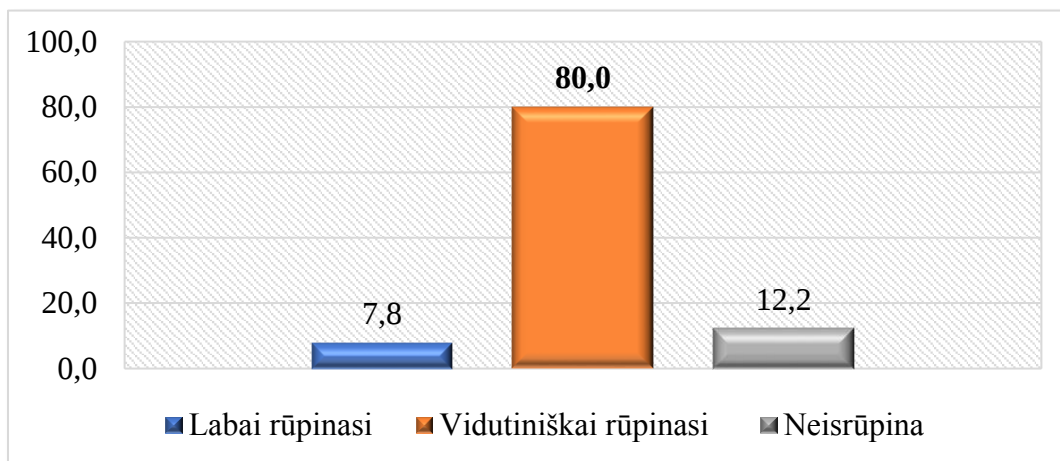
17 lentelė. Demografinis ir socialinis paslaugų teikėjų pasiskirstymas

Demografinės charakteristikos		Respondentų skaičius, N	Respondentų skaičius, proc.
Lytis	Vyras	5	4,9
	Moteris	97	95,1
Amžius	20 – 40 m.	19	18,6
	41 – 60 m.	41	40,2
	61 m. ir daugiau	42	41,2
Darbo stažas	Mažiau nei metai	5	4,9
	1 – 5 metai	29	28,4
	5 – 10 metų	16	15,7
	10 ir daugiau metų	52	51,0
Gydymo įstaigos, kurioje dirba respondentas juridinis statusas	Viešasis sektorius	51	50,0
	Privatus sektorius	51	50,0
Iš viso respondentų:		102	100,00

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal gydytojų anketų duomenis.

Pagal demografines savybes matome, kad dauguma (95,1 proc.) tyrime dalyvavusių gydytojų buvo moterys. Amžiaus grupėje panašiai pasiskirstė nuo 41 iki 60 metų (40,2 proc.) ir 61 m. ir daugiau (41,2 proc.), jaunesni 20 – 40 m. amžiaus sudarė 18,6 proc. Pagal darbo stažą daugiau, nei pusė gydytojų (51,0 proc.) nurodė, kad dirba 10 metų ir daugiau, o pagal gydymo įstaigos sektorių respondentai pasiskirstė vienodai po 50,0 proc.

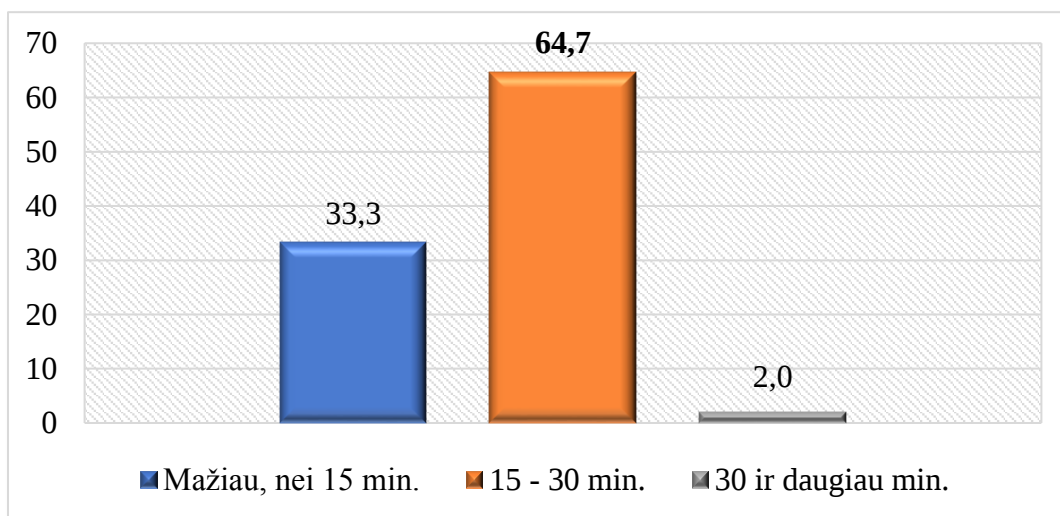
Tyrimo metu nustatyta, kad šeimos gydytojai, net 65,0 proc. aptarnauja nuo 1000 iki 2400 pacientų, vidutiniškai apie 1294 pacientus, likusi dalis 35,0 proc. nurodo nuo 130 iki 850 pacientų, vidutiniškai 600 pacientų. Taigi, matome, kad *gydytojų aptarnaujamas pacientų skaičius pasiskirstęs labai įvairiai ir dauguma jų aptarnauja ištis didelį pacientų skaičių, kurių kiekvienam reikalingas dėmesys ir rūpestis, kad patenkinti jų poreikius bei gerintų sveikatos būklę*. Todėl buvo analizuojama gydytojų nuomonė ar patys pacientai rūpinasi savo sveikata (žr. 16 pav.).



16 pav. Gydytojų pasiskirstymas pagal nuomonę ar pacientai rūpinasi savo sveikata, proc.
Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal gydytojų anketų duomenis.

Kaip matome 16 pav. daugumos gydytojų nuomone (80,0 proc.) pacientai vidutiniškai rūpinasi savo sveikata ir tik 7,8 proc. nurodo, kad pacientai labai rūpinasi savo sveikata, 12,2 proc. mano, kad pacientai nesirūpina savo sveikata. Darytina išvada, kad gydytojų nuomone *dauguma pacientų vidutiniškai rūpinasi savo sveikata*.

Išanalizavus kiek vidutiniškai laiko gydytojai skiria paciento konsultacijai matome (žr. 17 pav.), kad vidutiniškai 33,3 proc. gydytojų konsultuoja mažiau nei 15 min., 64,7 proc. nuo 15 iki 30 min. ir tik 2,0 proc. nurodo, kad konsultuoja daugiau nei 30 min.



17 pav. Gydytojų pasiskirstymas pagal konsultacijos trukmę, proc.
Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal gydytojų anketų duomenis.

Atsižvelgiant į konsultacijos laiko trukmės analizę galima teigti, kad trečdalis gydytojų pacientui skiria mažiau nei 15 min. Manytina, kad *tai per maža laiko trukmė, kad būtų pakankama komunikacija tarp gydytojo ir paciento*. O tam įtakos galimai turi per didelis pacientų skaičius, tenkantis vienam šeimos gydytojui.

Analizuojant, kokios priežastys dažniausiai nulemia nepakankamą specialistų komunikaciją su pacientu, išryškėja trys priežastys (žr. 18 lent.): per didelis darbo krūvis (54,9 proc.), per daug dokumentacijos (48,0 proc.) bei laiko stoka paciento apžiūrai (44,1 proc.). Tikėtina, kad pirmieji du faktoriai nulemia trečiąją – laiko stoką paciento apžiūrai.

18 lentelė. Gydytojų nuomonių vertinimas dėl nepakankamos komunikacijos

Teiginys	Proc.	Amžius		Stažas		Sektorius	
		χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
Per didelis darbo krūvis	54,9	3.801	0.051	26.390	0.001	3.960	0.047
Per daug dokumentacijos	48,0	1.202	0.273	5.593	0.133	6.638	0.010
Laiko stoka paciento apžiūrai	44,1	6.136	0.013	9.579	0.023	0.358	0.550
Trukdymai ir blaškymasis	42,2	2.486	0.115	7.897	0.048	9.176	0.002
Streso poveikis ir nuovargis	35,3	3.707	0.054	11.367	0.010	2.747	0.097
Tokių priežasčių nėra	8,8	11.624	0.001	16.361	0.001	9.871	0.002

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal gydytojų anketų duomenis.

Atlikus chi-kvadrato testo analizę tarp demografinių grupių galima teigti, kad: „*Per didelis darbo krūvis*“ statistiškai reikšmingai priklauso nuo stažo ($\chi^2=26,39$; $p=0,001$) ir sektoriaus ($\chi^2=3,960$; $p=0,047$). Šiuos teiginius labiau renka dirbantys virš 10 metų bei viešajame sektoriuje. „*Per daug dokumentacijos*“ ($\chi^2=6,638$; $p=0,010$) labiau nurodo viešasis sektorius. „*Laiko stoka paciento apžiūrai*“ ($\chi^2=6,136$; $p=0,013$) priklauso nuo amžiaus ir stažo ($\chi^2=9,579$; $p=0,023$). Juos labiau pažymi vyresni nei 61 m. ir dirbantys daugiau, kaip 10 m. gydytojai. „*Trukdymai ir blaškymasis*“ statistiškai priklausomi nuo stažo ($\chi^2=7,897$; $p=0,048$). Šią priežastį renka dirbantys daugiau, kaip 10 metų. Taip pat nuo sektoriaus ($\chi^2=9,176$; $p=0,002$). Ją labiau pažymi viešojo sektoriaus gydytojai. „*Streso poveikis ir nuovargis*“ ($\chi^2=11,367$; $p=0,010$) labiau trukdo komunikuoti su pacientais taip pat dirbantiems daugiau nei 10 metų. „*Tokių priežasčių nėra*“ statistiškai reikšmingai priklauso nuo amžiaus ($\chi^2=11,624$; $p=0,001$), nuo stažo ($\chi^2=16,361$; $p=0,001$) ir nuo sektoriaus ($\chi^2=9,891$; $p=0,002$). Teiginį, kad „*priežasčių nėra*“ dažniau nurodo gydytojai iki 40 m. amžiaus, kurių stažas nuo 1 – 5 metų ir dirbantys privačiame sektoriuje.

Vertinant teikiamų paslaugų kokybę buvo suformuotos 2 klausimų skalės bei pateikti 21 faktorius, kurių kiekvieną reikėjo įvertinti nuo 1 (labai blogai arba visiškai nesutinku) iki 5 (labai gerai arba visiškai sutinku). Šie faktoriai leido įvertinti paslaugų kokybę paslaugų teikėjo požiūriu. Gydytojų buvo teirautasi *ar pakankamai skiriama dėmesio pacientų sveikatos būklės gerinimui bei pateikti teiginiai apibūdinantys paslaugų kokybę*. Taip pat apskaičiuotas ir vidutinis rangas bei standartinis

nuokrypis. Remiantis vidutiniu rangu galime palyginti vertinamus faktorius tarpusavyje – kuo didesnis vidutinis rangas, tuo geriau vertinamas tam tikras faktorius.

19 lentelė. Gydytojų nuomonių pasiskirstymas dėl pacientų sveikatos būklės gerinimo

Teiginys	Įvertinimas, proc.					Vidutinis rangas	Standartinis nuokrypis
	1	2	3	4	5		
Paslaugos suteikiamos visiems pacientams vienodai be jokių diskriminuojančių savybių	-	-	-	3,9	96,1	4,96	0,195
Procedūros atliekamos laikantis saugumo reikalavimų, o tam skirtos priemonės užtikrina pacientų fizinį saugumą	-	-	-	12,7	87,3	4,87	0,335
Nuolat informuojama ir siūloma dalyvauti vykdomose prevencinių priemonių programose	-	-	-	16,7	83,3	4,83	0,375
Domimasi pacientų sveikatos problemomis, dėmesingai išklausomi nusiskundimai, pageidavimai bei atsižvelgiama į pacientų nuomonę	-	-	1,0	32,4	66,7	4,66	0,497
Priimant sprendimus dėl gydymo tariamasi su pacientu ir įtraukiama aktyviai dalyvauti	-	-	1,0	33,3	65,7	4,65	0,500
Pacientui pakankamai išsamiai paaiškinama apie jų sveikatos būklę ir kaip ja rūpintis	-	-	10,0	28,0	62,0	4,52	0,674
Suteiktos paslaugos patenkina pacientų poreikius bei lūkesčius	-	-	5,1	39,4	55,6	4,51	0,595

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal gydytojų anketų duomenis.

Gauti duomenys (žr. 19 lent.) leidžia daryti išvadą, kad visiškai sutinka su teiginiu ir geriausiai vertina respondentai šiuos teiginius: „Paslaugos suteikiamos visiems vienodos be jokių diskriminuojančių savybių“ (96,1 proc.) ir „Procedūros atliekamos laikantis visų saugumo reikalavimų, o tam skirtos priemonės užtikrina pacientų fizinį saugumą“ (87,3 proc.). Prasčiau vertinama (nors tai nereiškia, kad vertinama blogai, nes vidutinis rangas viršija 4,5) šie pateikti faktoriai „Pacientui pakankamai išsamiai paaiškinama apie jų sveikatos būklę ir kaip ja rūpintis“ (62,0 proc.) ir „Suteiktos paslaugos patenkina pacientų poreikius bei lūkesčius“ (55,6 proc.).

Lyginant vieną iš pagrindinių šio skalės teiginio „Suteiktos paslaugos patenkina pacientų poreikius bei lūkesčius“ atsakymų pasiskirstymą demografinėse grupėse buvo pritaikytas neparametrinis Mann-Whitney kriterijus, remiantis šio kriterijaus rezultatais nustatyta, kad statistiškai reikšmingai skiriasi nuomonė vertinant viešąjį ir privatųjį sektorių ($Z=-4,482$, $p=0,000$). Vidutinis rangas privačiame sektoriuje 61,45, o viešajame 38,78. Vadinas, gydytojų nuomone *privačiame sektoriuje, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas labiau patenkinami pacientų poreikiai bei lūkesčiai*.

20 lentelė. Gydytojų nuomonių pasiskirstymas apie teikiamų paslaugų kokybę

Teiginys	Įvertinimas, proc.					Vidutinis rangas	Standartinis nuokrypis
	1	2	3	4	5		
Gerbiamas paciento privatumas ir užtikrinamas konfidencialumas	-	-	2,0	31,4	66,7	4,65	0,520
Įstaigos aplinka ir jos švara	-	-	2,9	33,3	63,7	4,61	0,548
Įstaigos darbo laikas	-	-	4,9	36,3	58,8	4,54	0,592
Paslaugų asortimentas	-	-	8,9	43,6	47,5	4,39	0,648
Įstaigos vietos patogumas geografiniu požiūriu	-	-	7,8	49,0	43,1	4,35	0,624
Darbo priemonės ir įranga	-	-	16,7	40,2	43,1	4,26	0,730
Bendravimas ir elgesys su pacientais	-	-	2,0	70,6	27,5	4,25	0,481
Nuotolinių paslaugų teikimas	-	-	13,7	50,0	36,3	4,23	0,673
Elektroninių paslaugų sistema	-	1,0	19,6	40,2	39,2	4,18	0,776
Darbo grafikas	-	-	10,8	60,8	28,4	4,18	0,604
Iškilusių problemų sprendimas	-	-	17,6	52,0	30,4	4,13	0,685
Darbo apmokėjimo sistema	-	2,0	28,7	39,6	29,7	3,97	0,818
Konsultacijos laiko trukmė	1,0	5,9	24,8	42,6	25,7	3,86	0,906
Darbo krūvis	2,9	13,7	24,5	39,2	19,6	3,59	1,047

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal gydytojų anketų duomenis.

Pagal gautus tyrimo rezultatus (žr. 20 lent.) nesunku pastebėti, kad geriausiai šioje teiginių grupėje vertinami yra: paciento privatumo gerbimas ir konfidencialumo užtikrinimas (66,7 proc.), įstaigos aplinka ir jos švara (63,7 proc.), įstaigos darbo laikas (58,8 proc.) ir paslaugų asortimentas (47,5 proc.). Blogiau iš visų pateiktų faktorių vertinamas (nors tai nėra prastai, nes vidutinis rangas taip pat aukštas ir viršija 3,59) darbo krūvis (19,6 proc.), konsultacijos laiko trukmė (25,7 proc.), darbo apmokėjimo sistema (29,7 proc.), iškilusių problemų sprendimas (30,4 proc.) bei bendravimas ir elgesys su pacientais (27,5 proc.).

Kad nustatyti, ar įstaigose teikiamų paslaugų kokybė yra susijusi su tiriamųjų demografinėmis charakteristikomis buvo pritaikytas Spirmeno koreliacijos koeficientas (žr. 7 priedą). Nustatyta, kad koreliaciniai ryšiai silpni nuo -0,447 iki 0,559, tačiau statistiškai reikšmingi. Lyties demografinėje grupėje labiausiai koreliuoja teiginys „Įstaigos vietos patogumas geografiniu požiūriu“ ($r=0,216$, $p=0,029$), kurį palankiau vertina moterys, nei vyrai. Amžiaus demografinėje grupėje palankiau vertinama elektroninių paslaugų sistema ($r=-0,442$, $p=0,001$), nuotolinių paslaugų teikimas ($r=0,409$; $p=0,001$) ir iškilusių problemų sprendimas. Juos geriau vertina gydytojai iki 40 m. amžiaus, nei vyresni, kaip 61 m. amžiaus. Stažo demografinėje grupėje taip pat išryškėja, kad dirbantys 10 m. ir daugiau iškilusių problemų sprendimą ($r=0,447$; $p=0,001$) vertina blogiau, nei darbuotojai dirbantys iki vienerių metų. Analizuojant pagal sektoriaus grupę, kurioje gydytojas dirba, labiausiai koreliuoja

„Konsultacijos laiko trukmė“ ($r=0,559$; $p=0,001$). Šioje grupėje privataus sektoriaus gydytojai palankiau vertina, negu viešojo sektoriaus.

Kad paslaugų kokybė būtų geresnė, *specialistų buvo klausiama, kurias funkcijas svarbu gerinti, kad teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė būtų dar geresnė* (žr. 21 lent.).

21 lentelė. Gydytojų nuomonių pasiskirstymas apie funkcijas, kurias įstaigose svarbu gerinti

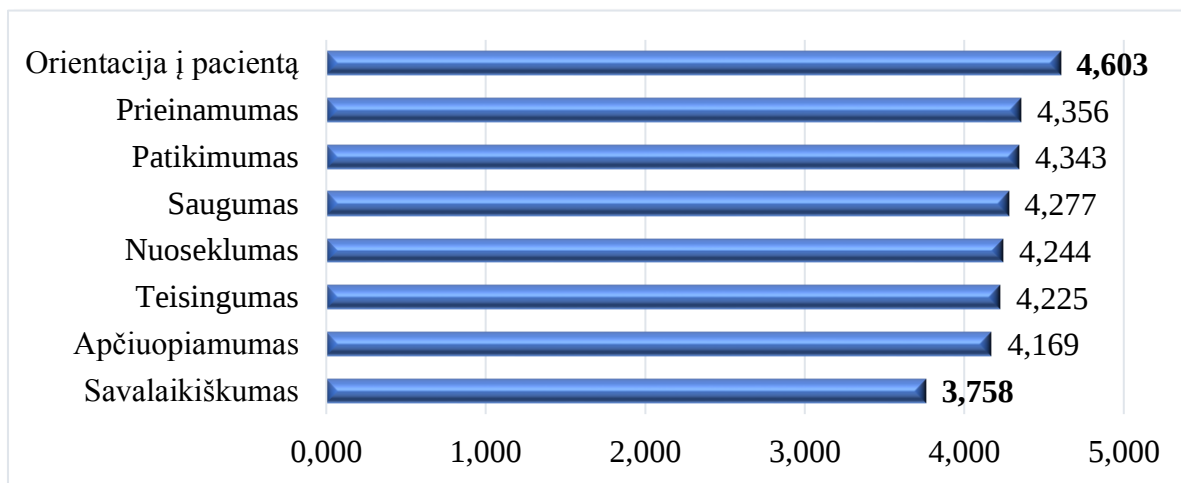
Teiginys	Atsakymų dažnis, proc.				
	Ši funkcija šiuo metu puikiai vykdoma	Labai svarbu	Svarbu	Nesvarbu	Neturiu nuomonės
Tenkančio darbo krūvio ir gaunamos algos atitikimas	24,8	60,4	14,9	-	-
Mažesnis pacientų skaičius	22,5	39,2	32,4	5,9	-
Didesnis šeimos gydytojų skaičius	20,6	37,3	29,4	6,9	5,9
Daugiau kompetencijų bendrosios praktikos slaugytojams	18,8	45,5	30,7	1,0	4,0
Nuolatinis profesinis tobulėjimas, profesinių gebėjimų ir įgūdžių lavinimas	27,5	50,0	22,5	-	-
Pagrindinių profesinių žinių taikymas	26,5	45,1	28,4	-	-
Galimybė dirbti savarankiškai ir priimti sprendimus	21,8	48,5	29,7	-	-
Gera organizuota darbo sistema	23,5	57,8	17,6	1,0	-
Naujos IT ir medicinos įranga	32,7	40,6	26,7	-	-
Darbuotojų skatinimas, pasiekimų įvertinimas ir pripažinimas	26,7	48,5	24,8	-	-
Darbuotojų nuomonės vertinimas	28,4	36,3	34,3	1,0	-
Vadovaujančio personalo pareigų atlikimas	36,3	48,0	14,7	1,0	-
Palankus mikroklimatas ir santykiai su bendradarbiais	35,3	37,3	27,5	-	-
Patys darbuotojai, kaip komandos nariai, dedantys pastangas gerai ir atsakingai dirbti	29,4	41,2	29,4	-	-

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal gydytojų anketų duomenis.

Pagal gautus tyrimų rezultatus (žr. 21 lent.) matome, kad svarbiausiomis funkcijomis daugiau negu pusė gydytojų nurodo: tenkančio darbo krūvio ir gaunamos algos atitikimas (60,4 proc.), nuolatinis profesinis tobulėjimas, profesinių gebėjimų ir įgūdžių lavinimas (50,0 proc.), gerai organizuota darbo sistema (57,8 proc.). Kad ši funkcija šiuo metu puikiai vykdoma gydytojų nuomone visuose teiginiuose pasiskirstė nuo 18,8 proc. iki 36,3 proc. Gydytojai pritaria, kad šiuo metu ši funkcija puikiai vykdoma dėl vadovaujančio personalo pareigų (36,3 proc.), palankaus mikroklimato ir santykių su bendradarbiais (35,3 proc.) ir naujų IT ir medicinos įrangos (32,7 proc.). Gydytojų skaičius, kurie pasirinko teiginio vertinimą, kad nesvarbu arba neturiu nuomonės labai nežymus: 6,9 proc. nurodo, kad nereikia didesnio šeimos gydytojų skaičiaus ir 5,9 proc., kad funkcijoms įtakos neturėtų mažesnis

pacientų skaičius. Šio klausimo rezultatai rodo, kad gydytojų nuomone, paslaugų kokybė būtų geresnė, jeigu labiau atitiktų darbo krūvis ir gaunama alga, būtų skatinamas nuolatinis tobulėjimas, profesinių gebėjimų ir įgūdžių lavinimas, bei būtų gerai organizuota darbo sistema.

Siekiant įvertinti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę gydytojų požiūriu pagal numatytus kokybės vertinimo kriterijus ir jiems priskirtus teiginius buvo apskaičiuoti vidutiniai kriterijų vertinimo balai (žr. 18 pav.).

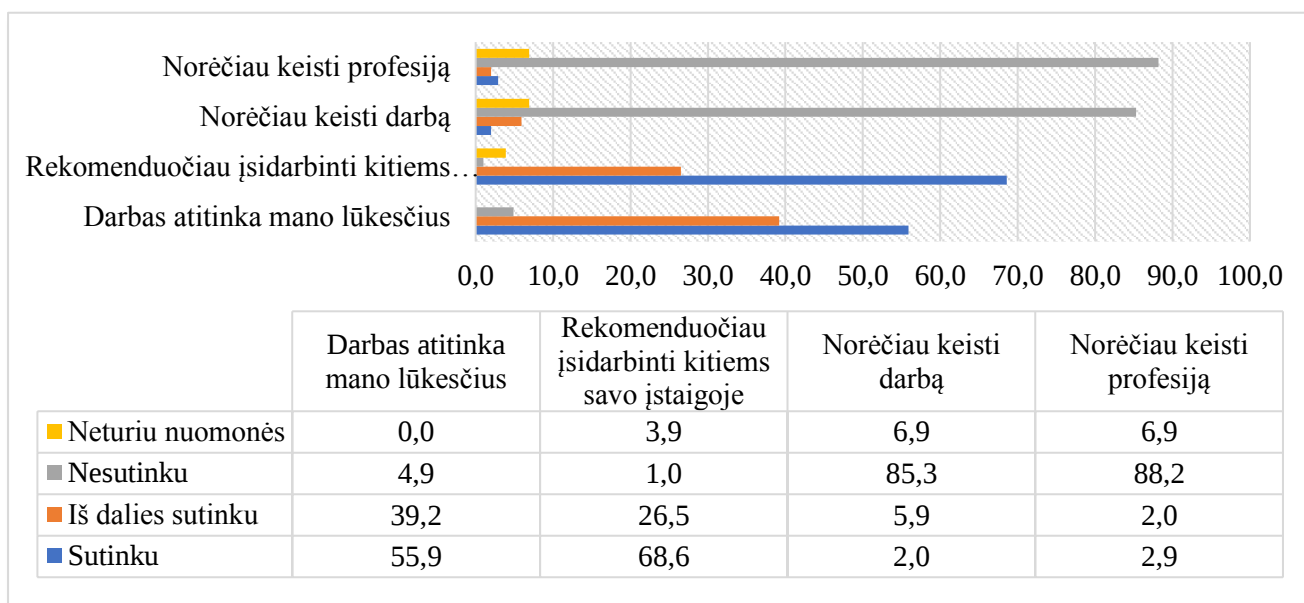


18 pav. Vidutiniai vertinimo balai gydytojų požiūriu pagal kokybės vertinimo kriterijus

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal pacientų anketų duomenis.

Kaip matome 18 paveiksle kriterijų vidutinis vertinimo vidurkis, kai 1 labai blogai ir 5 labai gerai, gydytojų požiūriu įvertinti pakankamai gerai ir balai sudaro nuo 3,758 iki 4,603. Žemiausiu balu 3,758 įvertintas savalaikiškumas ir didžiausiu 4,603 orientacija į pacientą.

Tyrimo metu taip pat buvo siekiama išsiaiškinti gydytojų nuomonę apie tam tikrus teiginius: lūkesčius, lojalumą, darbą ir profesiją (žr. 19 pav.).



19 pav. Gydytojų nuomonė apie tam tikrus teiginius: lūkesčius, lojalumą, darbą ir profesiją, proc.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal gydytojų anketų duomenis.

19 paveiksle matome, kad 55,9 proc. gydytojų „Sutinka“ ir 39,2 proc. „Iš dalies sutinka“, kad darbas atitinka jų lūkesčius. Rekomenduotų įsidarbinti kitiems 68,6 proc. „Sutinka“ ir 39,2 proc. „Iš dalies sutinka“. Darbo nekeistų 85,3 proc. ir profesijos nekeistų 88,2 proc.

Apibendrinant specialistų nuomonę apie tam tikrus teiginius: lūkesčius, lojalumą, darbą ir profesiją galime teigti, kad darbuotojai pakankamai lojalūs savo „pašaukimui“ ir įstaigai, kurioje dirba.

Tyrimo metu vertinant bendrą gydytojų nuomonę dėl pirminės asmens sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybės, buvo atlikta analizė, kaip gydytojai vertina bendrai teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę 10 balų sistemoje. Visų respondentų įvertinimai pasiskirstė 6 – 10 balų. Vidutinis įvertinimas siekia 8,93 balo. Palyginus vertinimus tarp viešojo ir privataus sektoriaus įstaigų balai labai panašūs ir sudaro: viešojo sektoriaus įstaigų 9,04, o privataus sektoriaus 8,82. Taigi galime daryti išvadą, kad *sveikatos priežiūros specialistų nuomone bendras pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugų kokybe yra ištis aukštas ir siekia beveik 9 balus iš 10.*

Apibendrinant Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų kokybės tyrimo vartotojų ir paslaugos teikėjo požiūriu, galime teigti, kad tyrimo tikslui pasiekti buvo tinkamai pasirinkti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kriterijai: prieinamumas, patikimumas, savalaikiškumas, nuoseklumas, apčiuopiamumas, saugumas, teisingumas ir orientacija į pacientą bei jiems suformuoti teiginiai, nes pakankamai aukštai įvertintas naudotų skalių patikimumas.

Paslaugos vartotojai – pacientai pakankamai gerai vertina įstaigos teikiamų paslaugų kokybę. Dauguma tyrime dalyvavusių pacientų savo sveikatą vertina gerai ir rūpinasi savo sveikata, patenka pas šeimos gydytoją per 2 – 3 dienas ir lankosi dažniausiai dėl nukreipimo specialisto konsultacijai, recepto vaistams ar blogos savijautos. Dažniausiai renkasi sveikatos priežiūros įstaigą ar šeimos gydytoją, nes pasikliauja artimųjų (šeimos, giminės) rekomendacijomis, dirba patinkantis šeimos gydytojas ar arčiausiai namų esanti įstaiga. Vertinant teikiamų paslaugų kokybę labai gerai vertinama paslaugų atlikimas laikantis visų saugumo reikalavimų, paslaugų suteikimas be jokių diskriminuojančių savybių, paciento gerbimas ir privatumo užtikrinimas, personalo bendravimas ir elgesys, įstaigos aplinka ir jos švara. Prasčiau įvertinta tai, kad gydytojai geba tiksliai diagnozuoti ligą, suteikia visą informaciją kaip rūpintis savo sveikata, galimybė pas gydytoją patekti tą pačią dieną, personalo pasiekiamumas (telefonu, tiesiogiai, internetu) ir konsultacijos laiko trukmė. Nežiūrint į tai, kad tarp vartotojų yra nepasitenkinimų dauguma tyrime dalyvavusių vartotojų yra lojalūs įstaigai bei lankosi 10 ir daugiau metų. Taip pat dauguma respondentų rekomenduotų savo pasirinktą įstaigą draugams ir pažįstamiems. Pagal tyrimui atlikti nustatytus pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijus pacientai geriausiai vertina saugumą, blogiau įvertintas prieinamumas.

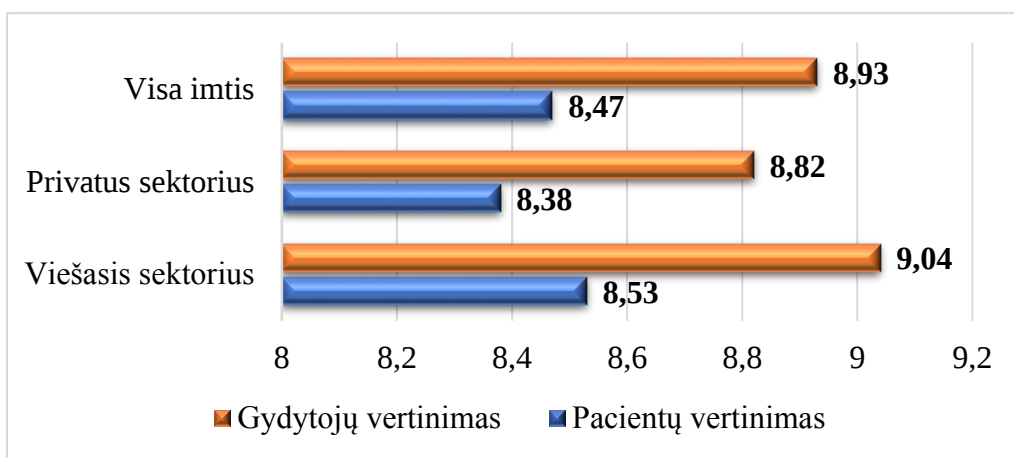
Paslaugos teikėjai – gydytojai tyrimo metu taip pat gerai įvertino įstaigoje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Gydytojų nuomone pacientai vidutiniškai rūpinasi savo sveikata, konsultuojami dažniausiai 15 – 30 min., o nepakankamą komunikaciją tarp gydytojo ir paciento nulemia per didelis darbo krūvis, per daug dokumentacijos pildymo ir laiko stoka paciento apžiūrai. Tai patvirtina ir tai, kad dauguma gydytojų aptarnauja didelį pacientų skaičių – vidutiniškai 1300. Pagal paslaugų kokybės vertinimo rezultatus galima teigti, kad pacientams suteikiamos paslaugos be jokių diskriminuojančių savybių, procedūros atliekamos laikantis saugumo reikalavimų, užtikrinamas konfidencialumas. Taip pat gydytojų nuomone labai gerai vertinama įstaigos aplinka ir jos švara, darbo laikas ir paslaugų asortimentas. Blogiau vertinama tai, kad pacientui pakankamai išsamiai paaiškinama apie jų sveikatos būklę ir kaip ją rūpintis. Tam įtakos galimai turi nurodyta nepakankama komunikacija tarp paciento ir gydytojo, bei jų priežastys. Taip pat gydytojai norėtų mažesnio pacientų skaičiaus, didesnio šeimos gydytojų skaičiaus bei daugiau kompetencijų skirti slaugytojoms. O, kad paslaugų kokybė būtų dar geresnė gydytojai įvardina, kad labai svarbu tenkančio darbo krūvio ir gaunamos algos atitikimas, nuolatinis profesinis tobulėjimas, gebėjimų ir įgūdžių lavinimas, bei gerai organizuota darbo sistema. Gydytojai lojalūs savo „pašaukimui“ ir įstaigai, nes didžioji jų dalis dirba vienoje įstaigoje 10 ir daugiau metų, nekeistų nei darbo, nei pareigų.

3. KLAIPĖDOS MIESTO PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ TEIKIAMŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS GERINIMO REKOMANDACIJOS

3.1. Paslaugų gavėjų ir teikėjų paslaugų kokybės vertinimų palyginimas

Atlikus Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigų vertinimą paslaugos gavėjo ir paslaugos teikėjo požiūriu, buvo analizuojami ir palyginti gydymo įstaigų teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimų rezultatai tarp gydytojų ir pacientų.

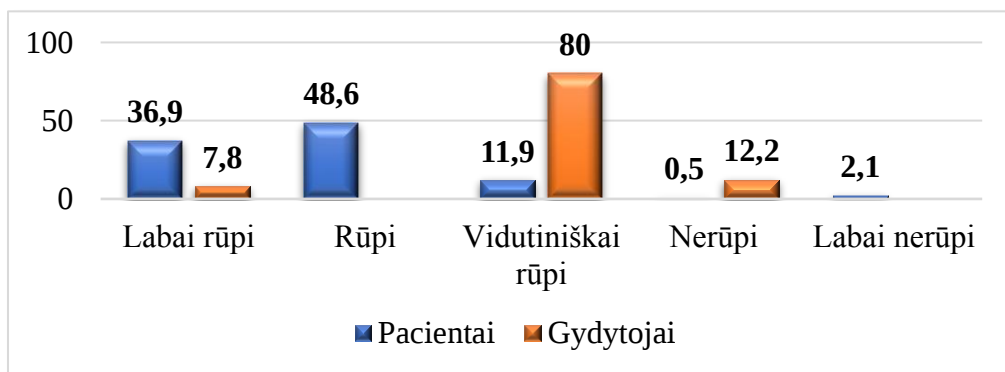
Nustatyta, kad tiek paslaugos vartotojai – pacientai, tiek jos teikėjai – gydytojai teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas vertina pakankamai gerai (žr. 20 pav.). Bendroji paslaugų kokybė vertinta 10 balų sistemoje, kai 1 labai blogai, o 10 labai gerai.



20 pav. Pacientų ir gydytojų vertinimų palyginimai apie bendrąją paslaugų kokybę
Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal respondentų anketų duomenis.

Nors paslaugų kokybės vertinimai reikšmingai nesiskiria, tačiau gydytojai (8,93) vertina geriau nei pacientai (8,47). Lyginant viešąjį sektorių su privačiu taip pat didelių skirtumų neišryškėja, tiek viešajame sektoriuje gydytojai, tiek privačiame sektoriuje gydytojai vertina geriau nei pacientai.

Palyginus pacientų ir gydytojų nuomonę ar pacientai rūpinasi savo sveikata (žr. 21 pav.) nustatyta, kad nuomonės skiriasi.



21 pav. Nuomonės apie rūpinimąsi sveikata tarp pacientų ir gydytojų palyginimas, proc.
Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal respondentų anketų duomenis.

Duomenys rodo, kad pacientai 85,5 proc. (36,9 proc. „labai rūpi“ ir 48,6 proc. „rūpi“) teigia, kad rūpinasi savo sveikata, o gydytojai 80,0 proc. teigia, kad pacientai tik vidutiniškai rūpinasi savo sveikata bei 12,2 proc. nurodo, kad nesirūpina. Šio skirtumo priežastys galimai susidaro dėl to, kad gydytojai mato faktinius pacientų sveikatos būklės duomenis: ar pacientų rodikliai gerėja, ar laikomasi duotų nurodymų ir rekomendacijų, ar gavę informaciją dalyvauja prevencinėse programose ir tikrinasi profilaktiškai, nes vien vaistų vartojimas nėra pakankamas rūpinimasis savo sveikata.

Įvertinus pacientų ir gydytojų lojalumą įstaigai nustatyta, kad pacientai ir gydytojai lojalūs įstaigų atžvilgiu (žr. 22 lent.).

22 lentelė. Pacientų ir gydytojų lojalumo vertinimo palyginimas

Pacientai					Gydytojai			
Pasiskirstymas pagal buvimo laiką įstaigos paslaugų vartotoju					Pasiskirstymas pagal darbo stažą įstaigos paslaugų teikėju			
Iki 1 m.	1-3 m.	4-6 m.	7-9 m.	10 ir daugiau m.	Iki 1 m.	1-5 m.	5-10 m.	10 ir daugiau m.
2,9	18,8	22,4	15,9	40,1	4,9	28,4	15,7	51,0
Ar rekomenduotumėte savo draugams ir pažystamiems pasirinkti Jūsų pasirinktą gydymo įstaigą?					Ar rekomenduotų įsidarbinti kitiems savo įstaigoje?			
Tikrai taip	Taip	Labiau taip, nei ne	Ne	Tikrai ne	Sutinku	Iš dalies sutinku	Nesutinku	Neturiu nuomonės
20,94	46,07	27,22	5,23	0,52	68,6	26,5	1,0	3,9

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal respondentų anketų duomenis.

Iš lentelėje pateiktų duomenų matome, kad dauguma tyrime dalyvavusių pacientų (40,1 proc.) ir gydytojų (51,0 proc.) yra ilgamečiai paslaugų vartotojai bei teikėjai. Jie taip pat rekomenduotų savo įstaigą draugams, pažystamiems ar kolegoms. Pacientai rekomenduotu ir pažymi, „tikrai taip“ arba „taip“ 67,01 proc. Gydytojai „sutinka“ arba „iš dalies sutinka“ 95,1 proc.

Tyrimo metu analizuota ir vertinta sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nusakantys kriterijai bei jiems priskirti teiginiai. Toliau pateikiami palyginimai tarp pacientų ir gydytojų vertinimų.

23 lentelė. Pacientų ir gydytojų prieinamumo kriterijaus vertinimų palyginimas

PRIEINAMUMAS	
Pacientai	Gydytojai
Įstaigos vietos patogumas, artumas.	
32,46 %	43,10 %
Įstaigos ir gydytojų darbo laikas.	
28,27 %	47,50 %
Galimybė pas gydytoją patekti tą pačią dieną ir gydytojų darbo grafikas.	
16,71 %	28,40 %
Vidutinis vertinimo balas	
3,9360	4,3562

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal respondentų anketų duomenis.

Nustatyta, kad vertinant prieinamumo kriterijų (žr. 23 lent.) gydytojai geriau vertina įstaigos patogumą, artumą (43,10 proc.), įstaigos ir gydytojų darbo laiką (47,5 proc.) bei darbo grafiką (28,4 proc.). Vidutinis prieinamumo balas pacientų vertinimu sudaro 3,9360, o gydytojų 4,3562.

24 lentelė. Pacientų ir gydytojų patikimumo kriterijaus vertinimų palyginimas

PATIKIMUMAS	
Pacientai	Gydytojai
Bendravimas ir elgesys.	
35,77 %	27,50 %
Gerbiamas paciento privatumas ir užtikrinamas konfidencialumas.	
39,32 %	66,70 %
Iškilusių problemų sprendimas.	
25,20 %	30,40 %
Vidutinis vertinimo balas	
4,0911	4,3431

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal respondentų anketų duomenis.

Vertinant patikimumo kriterijų (žr. 24 lent.) matome, kad pacientai (35,77 proc.) geriau vertina bendravimą ir elgesį, negu gydytojai (27,5 proc.). Paciento privatumą ir konfidencialumo užtikrinimą (66,70proc.) ir iškilusių problemų sprendimą geriau vertina gydytojai, nei pacientai (39,32 proc.). Vidutinis patikimumo balas pacientų vertinimu sudaro 4,30911, o gydytojų 4,3431.

25 lentelė. Pacientų ir gydytojų apčiuopiamumo kriterijaus vertinimų palyginimas

APČIUOPIAMUMAS	
Pacientai	Gydytojai
Įstaigos aplinka ir jos švara	
36,65%	63,70%
Aiški ir suprantama informacija apie teikiamas paslaugas bei paslaugų asortimentas	
29,95 %	47,50 %
Personalo pasiekiamumas (telefonu, tiesiogiai, internetu) ir elektroninių paslaugų sistema	
21,93 %	39,20%
Nuotolinių paslaugų teikimas	
23,82 %	36,30 %
Vidutinis vertinimo balas	
3,9588	4,1692

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal respondentų anketų duomenis.

Vertinant apčiuopiamumo kriterijų (žr. 25 lent.) matome, kad gydytojai (63,70 proc.) geriau vertina: įstaigos aplinką ir jos švarą, negu pacientai (36,65 proc.); informaciją ir paslaugų asortimentą (47,50 proc.) negu pacientai (39,95 proc.); personalo pasiekiamumą ir elektroninių paslaugų sistemą (39,20 proc.) negu pacientai (21,93 proc.); nuotolinių paslaugų teikimą (36,30 proc.), negu pacientai (23,82 proc.). Vidutinis apčiuopiamumo balas pacientų vertinimu sudaro 3,9588, gydytojų 4,1692.

26 lentelė. Pacientų ir gydytojų savalaikiškumo kriterijaus vertinimų palyginimas

SAVALAIKIŠKUMAS	
Pacientai	Gydytojai
Konsultacijos laiko trukmė.	
25,00 %	25,70 %
Vidutinis vertinimo balas	
4,0091	3,7575

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal respondentų anketų duomenis.

Vertinant savalaikiškumo kriterijų (žr. 26 lent.) matome, kad pacientai ir gydytojai konsultacijos laiko trukmę vertina panašiai (apie 25 proc.). Vidutinis savalaikiškumo balas pacientų vertinimu sudaro 4,0091, gydytojų 3,7575.

27 lentelė. Pacientų ir gydytojų nuoseklumo kriterijaus vertinimų palyginimas

NUOSEKLUMAS	
Pacientai	Gydytojai
Suteikiama visa informacija kaip rūpintis savo sveikata ir siūloma nuolat atlikti periodinius sveikatos patikrinimus; Pacientui pakankamai išsamiai paaiškinama apie jų sveikatos būklę.	
36,13 %	62,00 %
Nuolat suteikiama informacija apie vykdomas prevencinių priemonių programas ir jų ankstyvąją diagnostiką, bei siūloma jose dalyvauti.	
43,46 %	83,30 %
Vidutinis vertinimo balas	
4,0329	4,2441

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal respondentų anketų duomenis.

Vertinant nuoseklumo kriterijų (žr. 27 lent.) matome, kad gydytojai (62,00 proc.) geriau vertina informacijos apie sveikatos būklę, bei kaip rūpintis sveikata suteikimą, nei pacientai (36,13 proc.). Taip pat gydytojai geriau vertina (83,30 proc.) ir informacijos suteikimą apie vykdomas prevencinių priemonių programas ir jų ankstyvąją diagnostiką, bei siūlymą jose dalyvauti, negu pacientai (43,46 proc.). Vidutinis nuoseklumo balas pacientų vertinimu sudaro 4,0329, gydytojų 4,244.

28 lentelė. Pacientų ir gydytojų saugumo kriterijaus vertinimų palyginimas

SAUGUMAS	
Pacientai	Gydytojai
Procedūros atliekamos laikantis saugumo reikalavimų, o tam skirtos priemonės užtikrina pacientų fizinį saugumą.	
56,77%	87,30%
Personalo profesionalumas ir pagrindinių profesinių žinių taikymas	
30,55%	26,50%
Vidutinis vertinimo balas	
4,2119	4,2772

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal respondentų anketų duomenis.

Vertinant saugumo kriterijų (žr. 28 lent.) matome, kad gydytojai (87,30 proc.) geriau vertina procedūrų atlikimo saugumą negu pacientai (56,77 proc.). O pacientai geriau vertina personalo

profesionalumą (30,55 proc.), negu gydytojai (26,50 proc.). Vidutinis balas pacientų vertinimu sudaro 4,2119, gydytojų 4,2772.

29 lentelė. Pacientų ir gydytojų teisingumo kriterijaus vertinimų palyginimas

TEISINGUMAS	
Pacientai	Gydytojai
Suteikiamos visiems vienodos sveikatos priežiūros paslaugos be jokių diskriminuojančių savybių	
54,45%	96,10%
Gydytojai geba tiksliai ir aiškiai diagnozuoti ligą, turi galimybę dirbti savarankiškai ir priimti sprendimus	
32,11%	48,50%
Vidutinis vertinimo balas	
4,1220	4,2252

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal respondentų anketų duomenis.

Vertinant teisingumo kriterijų (žr. 29 lent.) matome, kad gydytojai (96,10 proc.) geriau vertina tai, kad paslaugos suteikiamos visiems vienodai be jokių diskriminuojančių savybių, nei pacientai (54,45 proc.). Geriau vertinamas ir ligos diagnozavimas ir sprendimų priėmimas: gydytojai (48,50 proc.), pacientai (32,11 proc.). Vidutinis balas pacientų vertinimu sudaro 4,1220, gydytojų 4,2252.

30 lentelė. Pacientų ir gydytojų orientacijos į pacientą kriterijaus vertinimų palyginimas

ORIENTACIJA Į PACIENTĄ	
Pacientai	Gydytojai
Nusiskundimai dėl sveikatos išklausomi atidžiai, gydytojai domisi pacientų sveikatos problemomis bei atsižvelgia į pageidavimus ir nuomonę.	
38,80%	66,70%
Suteiktos paslaugos patenkina pacientų poreikius ir lūkesčius	
35,34%	55,60%
Vidutinis vertinimo balas	
4,0911%	4,6027%

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal respondentų anketų duomenis.

Vertinant orientacijos į pacientą kriterijų (žr. 30 lent.) matome, kad gydytojai (66,70 proc.) geriau vertina tai, kad nusiskundimai dėl sveikatos išklausomi atidžiai, domimasi pacientų sveikatos problemomis, atsižvelgiama į jų pageidavimus bei nuomonę, negu pacientai (38,80 proc.). Taip pat geriau vertinama pacientų poreikių ir lūkesčių patenkinimas suteiktomis paslaugomis (55,60 proc.), negu pacientai (35,34 proc.). Vidutinis balas pacientų vertinimu sudaro 4,0911, gydytojų 4,6027.

Pacientų ir gydytojų bendras vertinimų palyginimas: atliktas palyginimas tarp pacientų ir gydytojų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimų rodo, kad gydytojai geriau vertina paslaugų kokybę nei pacientai, o pagal tyrimui atlikti nustatytus pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijus pacientai geriausiai vertina saugumą, blogiau įvertintas prieinamumas, o gydytojai geriausiai vertina paslaugų prieinamumą, prasčiau savalaikiškumą.

3.2. Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo rekomendacijos

Atlikus Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose paslaugų kokybės vertinimą paslaugų gavėjų – pacientų ir paslaugų teikėjų – gydytojų požiūriais, nustatyta, kad gydytojai palankiau vertina pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas nei pacientai. Nors paslaugų kokybė bendrąja prasme įvertinta pakankamai gerai tiek pacientų, tiek gydytojų požiūriais, tačiau analizuojant atskirus vertinimo kriterijus galima įžvelgti, kad yra trūkumų ir realiai paslaugos nėra tokio aukšto lygio.

Paslaugų teikėjai – pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, atsižvelgiant į pacientų ir gydytojų vertinimus, ne vienoje pozicijoje turi dar tobulėti ir dėti pastangas, kad paslaugų kokybė būtų vertinama ne tik gerai ar pakankamai gerai, ką ir parodė atliktas tyrimas, bet ir labai gerai. Todėl tikslinga paanalizuoti įvertintą situaciją išsamiau ir pateikti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo rekomendacijas, kurios manytina, kad galėtų dar labiau pagerinti esamą situaciją Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose.

Tyrimo metu gauti rezultatai paciento ir gydytojo požiūriu gali būti naudojami, kaip priemonė Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei gerinti. Siekiant pateikti paslaugų tobulinimo rekomendacijas iš tyrimo išskirtos svarbiausios problemos pagal vertinimo kriterijus, sudarančios kliūtis aukštai paslaugų kokybei (žr. 31 lent.).

31 lentelė. Įvertintos ir išskirtos svarbiausios problemos keliančios grėsmę paslaugų kokybei

PASLAUGOS GAVĖJAS	Išskirta problema
	Prieinamumas
	• Per ilgas laukimo laikas nuo registracijos iki vizito pas gydytoją. • Galimybė pas gydytoją patekti tą pačią dieną.
	Patikimumas
	• Galimybė pasirinkti šeimos gydytoją.
	Savalaikiškumas
	• Konsultacijos laiko trukmė.
	Nuoseklumas
	• Informacijos suteikimas, kaip rūpintis savo sveikata ir siūlymas nuolat atlikti periodinius sveikatos patikrinimus.
	Apčiuopiamumas
	• Personalo pasiekiamumas (telefonu, tiesiogiai, internetu). • Nuotolinių paslaugų teikimas.
	Teisingumas
	• Gydytojų gebėjimas tiksliai ir aiškiai diagnozuoti ligą.

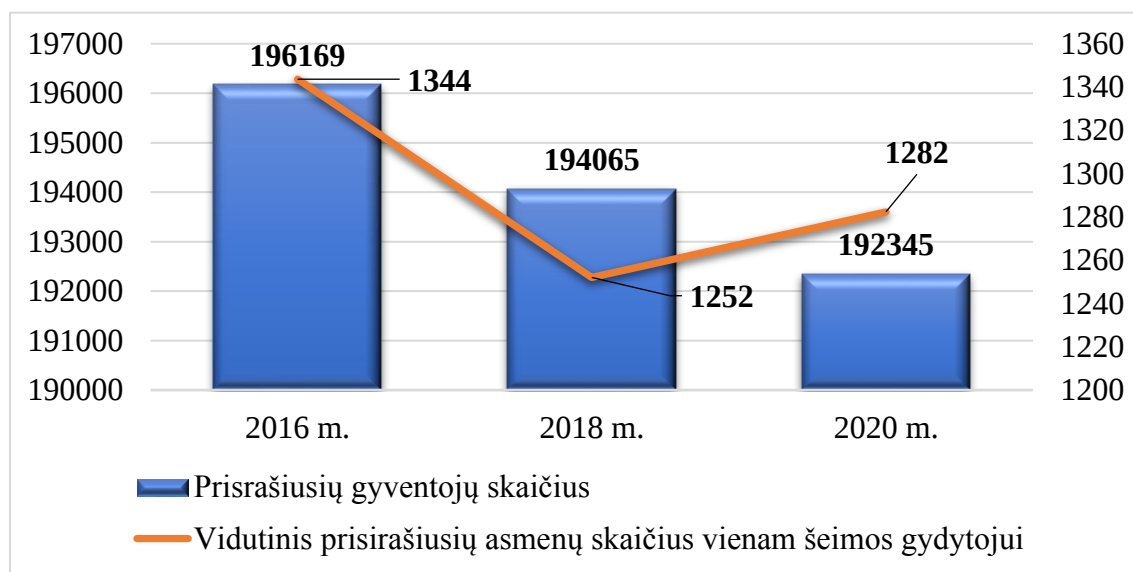
PASLAUGOS TEIKĖJAS	Savalaikiškumas
	• Konsultacijos laiko trukmė ir laiko stoka paciento apžiūrai. • Didesnis šeimos gydytojų skaičius, mažesnis pacientų skaičius, daugiau kompetencijų slaugytojoms.
	Nuoseklumas
	• Išsamus paaiškinimas pacientui apie jo sveikatos būklę ir kaip ja rūpintis.
	Apčiuopiamumas
	• Nuotolinių paslaugų teikimas. • Elektroninių paslaugų sistema. • Darbo apmokėjimo sistema • Darbo krūvis.
	Teisingumas
	• Darbuotojų nuomonės vertinimas.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal tyrimo rezultatus.

Vertinant tyrimo metu išskirtas pagrindines problemas (žr. 31 lent.), matome, kad išryškėja problema, kuri pagrindinė pirminės sveikatos priežiūros kokybės vertinimo sudedamųjų dalių – *prieinamumas*. Pacientai nėra patenkinti laukimo laiku iki vizito pas gydytoją bei galimybe patekti tą pačią dieną, tai įrodo ir atlikta analizė, kurios duomenimis pacientų teigimu pakankamai ilgas laukimo laikas (27,8 proc. apklaustų pacientų laukia savaitę ir daugiau), o, kad pateko tą pačią dieną nurodo tik 5,7 proc. Vyriausybės programoje siektina, kad visi pacientai planinės pagalbos pas šeimos gydytoją patektų per 7 kalendorines dienas. *Patikimumo* vertinime išryškėja, kad paslaugos gavėjams per mažai suteikiama galimybių pasirinkti šeimos gydytoją. Tai patvirtina gydytojų nuomonė, kad reikalingas didesnis šeimos gydytojų skaičius. *Savalaikiškumo* vertinime galime matyti, kad viena iš labiausiai tyrime išryškėjusių problemų – konsultacijos laiko trukmė. Pacientai nepatenkinti skiriama laiko trukme jų konsultacijai bei apžiūrai, ką patvirtina ir gydytojai pateikdami savo nuomonę, o kaip priežastis nurodydami per didelį darbo krūvį, per daug dokumentacijos ir laiko stoką. *Nuoseklumo* vertinime galima matyti, kad pacientai pasigenda informacijos, kaip rūpintis savo sveikata, o gydytojai mano, kad neišsamiai paaiškina apie sveikatos būklę ir kaip ja rūpintis. Tam vėl gi įtakos turi pagrindinė savalaikiškumo problema „konsultacijos laiko trukmė“. Taip pat iškyla problemų ir *apčiuopiamumo* kriterijuose: įžvelgiama spragų nuotolinių paslaugų teikime, pacientai norėtų geresnio personalo pasiekiamumo, o gydytojai geresnės elektroninių paslaugų sistemos, tobulesnės darbo apmokėjimo sistemos bei mažesnio darbo krūvio. *Teisingumo* vertinime pacientai mano, kad gydytojai nesugeba tiksliai ir aiškiai diagnozuoti ligos, o gydytojai pasigenda jų nuomonės vertinimo.

Atsižvelgiant į išryškintas problemas, remiantis Klaipėdos teritorinės ligonių kasos (toliau – Klaipėdos TLK) duomenimis, atlikta antrinių statistinių duomenų analizė, kuri patvirtino, kad nors ir

prisirašiusių pacientų skaičius Klaipėdos mieste sumažėjo (žr. 22 pav.), bet šeimos gydytojų krūvis ir vidutinis prisirašiusių pacientų skaičius vienam pacientui išlieka didelis.



22 pav. Klaipėdos miesto įstaigose prisirašiusių asmenų skaičius 2016, 2018 ir 2020 m.
Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal Klaipėdos TLK zonos veiklos demografinių rodiklių duomenis (2021).

Kaip matome 22 pav. Klaipėdos miesto įstaigose prisirašiusių asmenų skaičius nuo 2016 m. sumažėjo 3824 asmenimis arba 1,95 proc. Šeimos gydytojų skaičius šiuo laikotarpiu buvo: 2016 m. – 146, 2018 m. – 155, 2020 m. – 150. Vidutinis prisirašiusių gyventojų skaičius šiuo laikotarpiu taip pat kito: 2018 m. sumažėjo 6,8 proc., tačiau 2020 m. vėl padidėjo 2,4 proc.

Prisirašiusių gyventojų skaičiaus mažėjimui įtakos labiausiai turėjo gimstamumas, mirtingumas, emigracija ir imigracija (žr. 32 lent.).

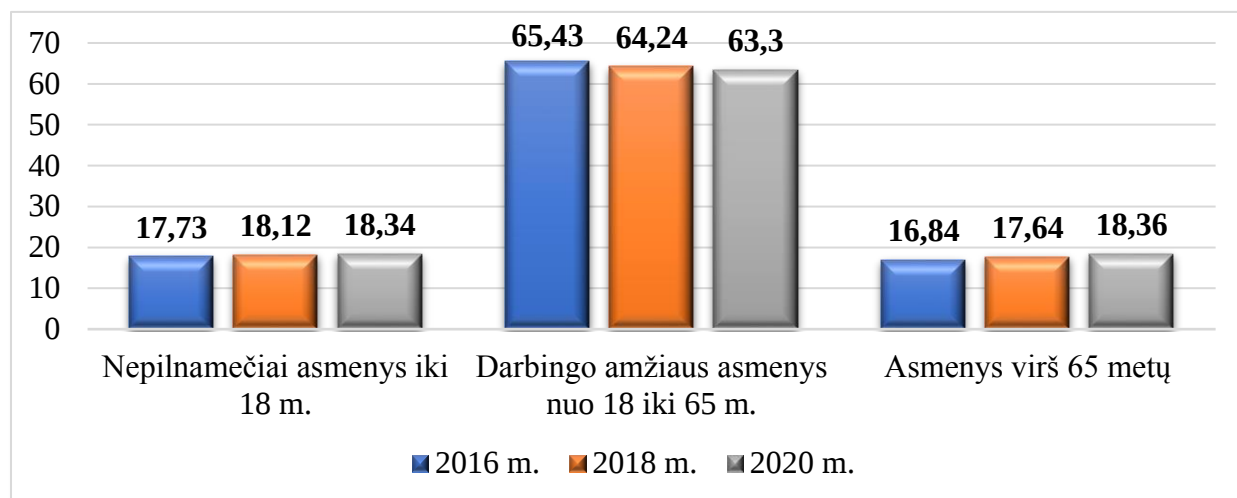
32 lentelė. Demografiniai Klaipėdos miesto gyventojų rodikliai

Rodiklis	2016 m.	2018 m.	2020 m.	Iš viso:	Palyginimas 2020 – 2016 m.	
					Vnt.	Proc.
Gimstamumas	1784	1699	1432	4915	-352	-19,73
Mirtingumas	2089	1959	2315	6363	226	10,82
Palyginimas gimstamumo su mirštamumu					-1448	-22,76
Emigravo	3363	1954	1890	7207	-1473	-43,80
Imigravo	1300	1981	3548	6829	2248	172,92
Palyginimas emigracijos su imigracija					378	5,54

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal Klaipėdos TLK zonos veiklos demografinių rodiklių duomenis (2021).

Iš lentelėje pateiktų duomenų matome, kad lyginant 2016 m. su 2020 m. gimstamumas sumažėjo (19,73 proc.), o mirtingumas išaugo (10,82), o palyginus bendrai gimstamumo rodikliai 22,76 proc. mažesni nei mirtingumo. Lyginant emigraciją su imigracija, matome, kad imigravusių skaičius didėja (172,92 proc.), tačiau lyginant bendrus 2016 – 2020 m. skaičius matome, kad emigravusių asmenų daugiau (5,54 proc.).

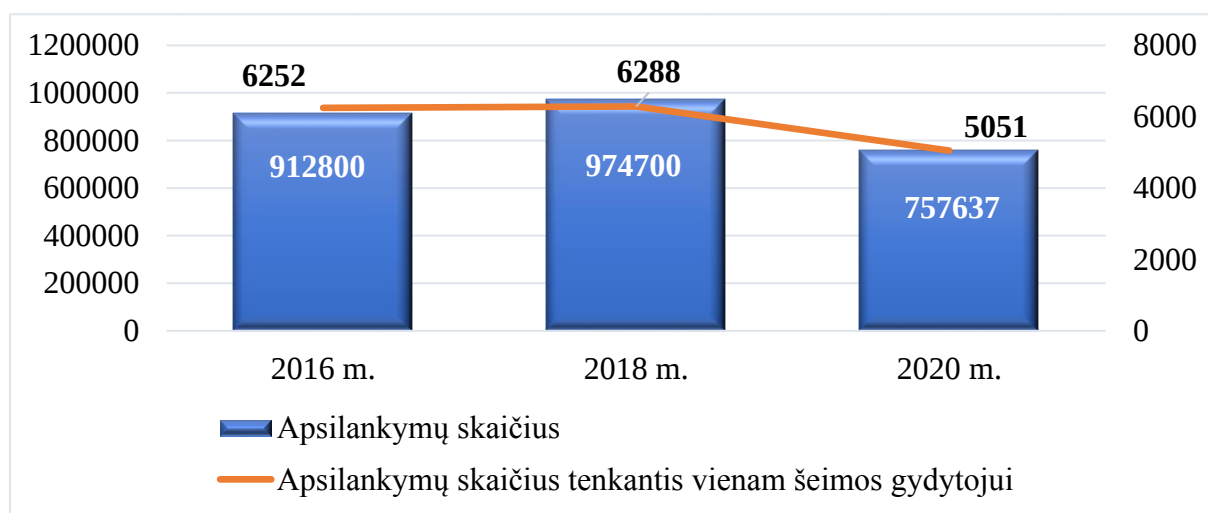
Siekiant įvertinti prisirašiusių asmenų skaičiaus kitimo dinamiką atlikta analizė pasirenkant tris amžiaus grupes: nepilnamečius iki 18 m., darbingo amžiaus asmenis nuo 18 iki 65 metų ir vyresnius nei 65 m. amžiaus.



23 pav. Klaipėdos miesto įstaigose prisirašiusių asmenų skaičius pagal amžiaus grupes, proc. 2016, 2018 ir 2020 m.

Šaltinis: sudaryta darbo autorė, pagal Klaipėdos TLK zonos veiklos demografinių rodiklių duomenis (2021).

Lyginant prisirašiusių asmenų skaičių pagal amžiaus grupes (žr. 23 pav.), darbingo amžiaus asmenys mažėja, o vyresnių nei 65 m. didėja. Šios analizės duomenimis galima teigti, kad *didėjantis vyresnio amžiaus prisirašiusių asmenų skaičius turi įtakos šeimos gydytojų darbo krūviui, nes tai grupė, kuri reikalauja daugiausia dėmesio ir laiko, teikiant pirminės sveikatos priežiūros paslaugas.*



24 pav. Klaipėdos miesto įstaigose prisirašiusių asmenų 2016, 2018, 2020 m. bendras apsilankymų skaičius ir apsilankymų skaičius tenkantis vienam šeimos gydytojui

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, pagal Klaipėdos TLK duomenis (2021).

Analizuojant apsilankymų skaičių pas šeimos gydytojus (žr. 24 pav.) matome, kad vienam šeimos gydytojui tenka nuo 6252 iki 5051 apsilankymų per metus. 2020 m. mažesnį apsilankymų skaičių įtakuoja ribojamas pacientų priėmimas ir paslaugų teikimas dėl paskelbto karantino susijusio su

COVID-19 pandemija. Preliminariais paskaičiavimais 2020 m. per dieną vienas šeimos gydytojas priėmė apie 20 pacientų. Darytina išvada, kad *šeimos gydytojų darbo krūvis ištis didelis ir įvertinus gydytojo darbo dienos laiko trukmę galime teigti ir patvirtinti apklausos rezultatus, kad laikas skiriamas pacientui per mažas ir daugumai pacientų gali būti skirta tik iki 18 min. apžiūrai ir konsultacijai, įskaitant ir dokumentacijos sutvarkymą.*

Siekiant labiau įvertinti nuoseklumą ir teisingumą atlikta Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigų prevencinių programų vykdymo analizė 2018 – 2020 m. (žr. 8 priedą). Atlikus analizę matome, kad visos prevencinės programos trijų metų laikotarpyje sumažėjo. Lyginant prevencines programas tarpusavyje matome, kad geriausiai vykdoma gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinė programos informavimo paslauga ir siekė ne pandemijos metais daugiau, kaip 80 proc., o palyginus tepinėlio paėmimo paslaugą matome, kad jos atliekama beveik 50 proc. mažiau. Tai reiškia, kad visuomenė yra informuojama apie prevencines paslaugas, tačiau ne visuomet jas atlieka. Kitų prevencinių programų vykdymas panašus ir sudaro apie 50 proc. Tą rodo ir naujausias 2020 m. tyrimo kompanijos „Sprinter tyrimai“ šalies gyventojų informuotumo ir įsitraukimo į ligų prevencijos tyrimas. Jo išvadose teigiama, „kad 8 iš 10 Lietuvos gyventojų (arba 85 proc.) yra girdėję apie ligonių kasų finansuojamas prevencines programas ir tik pusė apklaustųjų nurodo, kad yra jose dalyvavę“.

Atlikta antrinių duomenų analizė, paslaugų gavėjų ir teikėjų požiūriu analizė, bei jų metu išryškintos problemos rodo, kad *pirminės sveikatos priežiūros sistema nėra tobulai organizuojama. Manytina, kad įstaigose per mažas vadybos priemonių taikymas gyventojams aptarnauti, netinkamai organizuojama sveikatos paslaugų prieinamumas. Ateityje tai gali paveikti klientų lojalumą, nes sveikatos priežiūros paslauga turi būti suteikta tinkamai ir laiku.* Atsižvelgiant į tai, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybės pagrindinis funkcinis santykis yra komponentų: struktūra, procesas, rezultatas – nepakankamas gydytojų skaičius paveiks struktūrą, kas įtakos paslaugų procesą (paciento laiku nepatekimą pas gydytoją), o nepatenkinamas rezultatas atsilieps teikiamų paslaugų kokybei. Norint išspręsti šias problemas įstaigos turėtų neatidėliotinai ieškoti sprendimų ir būdų joms šalinti, nes tai darys organizacinę sistemą neefektyvią, kliudys teikti aukštos kokybės paslaugas, mažins klientų skaičių bei suteiks įstaigoms neigiamus atsiliepimus.

Atsižvelgiant į šias susidariusias problemas siūlytinos šios gerinimo rekomendacijos:

Taikyti visas įmanomas vadybos priemones sveikatos priežiūros paslaugų kokybei gerinti. Įdiegti kokybės vadybos sistemą, atitinkančią tarptautinio ISO 9001 standarto reikalavimus. ISO kokybės standartai ir jų taikymas būtų ne tik priemonė pasiekti geresnę kokybę, bet ir būtina priemonė konkuruoti tarpusavyje. Įdiegus sistemą įstaigos turėtų sėkmingą veiklos garantiją, sistemingą požiūrį į procesus vykstančius organizacijoje ir efektyvų bei nuoseklų kokybės valdymo sistemų taikymą jos veikloje. ISO 9001 standartas – būtinas nuolatinis procesas kokybės valdyme, kurį sudaro planavimas, vykdymas ir analizė. Įstaigos nuolatos galėtų tobulinti tas veiklas, kurių trūkumus parodo analizė.

Tobulinti nuotolinių paslaugų teikimą ir elektroninių paslaugų informacinę sistemą, diegti papildomas programas, kurios pagerintų ir paspartintų įstaigų gydytojų darbą, sumažintų pildomų dokumentų kiekį, būtų patogi ir nesuteiktų neigiamų emocijų pacientui registruojantis vizitui pas gydytoją, dar labiau didintų visuomenės informatyvumą.

Gerinti darbuotojų darbo sąlygas, ieškant optimalaus sprendimo dėl darbo krūvio ir tempo, pacientų konsultacijos trukmės ar priėmimo laiko, bei mažinti vienam gydytojui tenkantį pacientų skaičių. Tikslinga būtų daugiau šeimos gydytojo darbo vietų, priimti daugiau slaugos specialistų ir jiems suteikti daugiau kompetencijų. Šiuo sprendimu įstaigos dalinai išspręstu vieną iš esminių problemų – prieinamumą ir patikimumą. Sutrumpėtų vizito laukimo laikas, pailgėtų konsultacijos trukmė, pacientai turėtų daugiau galimybių pasirinkti šeimos gydytoją.

Periodiškai vykdyti paslaugų prieinamumo, pacientų srautų ir vartojimo, bei priemonių eilėms mažinti taikymo poveikio stebėseną ir analizę, bei jų pagrindu taikyti priemones, pašalinančias eilių susidarymo priežastis.

Atkreipti dėmesį į darbo apmokėjimo tvarkas, aptarti nepasitenkinimą darbo užmokesčiu, ieškoti abi puses (darbdavio ir gydytojų) tenkinančio sprendimo bei esant finansinėms galimybėms tobulinti, ir keisti darbo apmokėjimo tvarką ne tik darbo užmokesčio didinimo linkme, bet tenkančio krūvio bei gaunamos algos atitikimo linkme.

Vykdyti veiklą ir teikti sveikatos priežiūros paslaugas taip, kad paciento vizito priežastys būtų ne tik nukreipimo vaistams bei nukreipimo specialisto konsultacijai priežastimi, bet ir atitiktų pirminės sveikatos priežiūros principus, kurie numato savalaikę sveikatos priežiūrą, profilaktinį patikrinimą ar kitą sveikatos išsaugojimo paslaugą. Šiam tikslui pasiekti įstaigoms siūlytina dar labiau didinti informatyvumą apie teikiamas pirminės sveikatos paslaugas: reklama, skelbimai internetinėje svetainėje, asmeninių žinučių bei elektroninių laiškų siuntimas apie pacientui priklausančias pirminio lygmens paslaugas bei vykdomas prevencines programas.

Atliktas Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas pacientų bei gydytojų požiūriu buvo pirmas toks vertinimas Klaipėdos mieste, kurio metu atsitiktinės atrankos būdu buvo apklausti pacientai prisirašę gydytis Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir šiose įstaigose dirbantys šeimos gydytojai, bei lyginamos jų nuomonės. Siekiant teikiamų paslaugų kokybę gerinti siūlytina periodiškai organizuoti pacientų ir gydytojų apklausas, lyginti vienu apklausų rezultatus su kitų apklausų rezultatais ne tik respondentų grupėse, bet ir vieno laikotarpio apklausas su kito laikotarpio apklausomis, analizuoti trūkumus bei iškilusias problemas, nepasitenkinimą darbu sukeliančius veiksnius, įstaigos vadovams drauge su darbuotojais ieškoti būdų trūkumams šalinti. Tikėtina, kad apklausų rezultatų įvertinimai bei pateikti pastebėjimai, ir rekomendacijos leis priimti savalaikius sprendimus ir pagerins Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybę.

IŠVADOS

1. Kokybiška sveikatos priežiūros paslauga apibrėžia kliento pasitenkinimą teikiama paslauga bei jo poreikių, ir lūkesčių patenkinimą. Sveikatos priežiūros kokybės tikslas – patenkinti pacientų sveikatos poreikius, užtikrintai valdyti sveikatos priežiūros procesus, jų struktūras, taikyti naujausius kokybės vadybos principus ir metodus. Kokybiška sveikatos priežiūros paslauga sukuria tokią vertę, kuri tenkintų ir tiekėją, ir klientą, išsaugoja klientų lojalumą.

Sveikatos priežiūros paslaugų vertinimui plačiausiai taikomi Bendrojo vertinimo ir ISO 9001 kokybės vadybos vertinimo modeliai. Remiantis teorine analize sukurtas teorinis pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės modelis, kuris apima šiuos kriterijus: prieinamumą, patikimumą, savalaikiškumą, nuoseklumą, apčiuopiamumą, saugumą, teisingumą ir orientaciją į pacientą.

2. Parengus mokslinio tyrimo metodiką įvertinta Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė paslaugų gavėjo ir paslaugų teikėjo požiūriu. *Paslaugos gavėjo (paciento) požiūriu* teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos pakankamai geros kokybės ir vertinamos 8,47 balų iš 10. Geriausiai vertinamas paslaugų atlikimas laikantis saugumo reikalavimų, be jokių diskriminuojančių savybių, paciento gerbimas ir privatumo užtikrinimas, bendravimas, personalo profesionalumas, įstaigos aplinka ir jos švara. Prasčiausiai įvertintas laukimo laikas iki vizito pas gydytoją, konsultacijos laiko trukmė, personalo pasiekiamumas, nuotolinių paslaugų teikimas. *Paslaugų teikėjų (gydytojų) požiūriu* įstaigose teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė vertinama dar geriau 8,93 balų iš 10. Gydytojų nuomone pacientai nediskriminuojami, procedūros atliekamos saugiai, gerbiamas jų privatumas ir užtikrinamas konfidencialumas. Prasčiau įvertinta paaiškinimas ir išsamumas apie paciento sveikatos būklę. Įstaigos atžvilgiu gydytojai gerai vertina jos švarą ir aplinką, darbo laiką ir paslaugų asortimentą, tačiau nepatenkinti konsultacijos laiko trukme, per dideliu darbo krūviu ir pacientų skaičiumi, kurie įtakoja stoką paciento konsultacijai bei apžiūrai. Jų manymu turėtų būti didesnis šeimos gydytojų skaičius, daugiau kompetencijų slaugytojoms. Taip pat išskiria, kad neatitinka gaunama alga ir darbo krūvis, bei norėtų geresnės darbo organizavimo sistemos.

3. Palyginus gautus vertinimo rezultatus, nustatyta, kad tiek paciento, tiek gydytojo požiūriu pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė pagal tyrime nustatytus vertinimo kriterijus gera. Vertinant teiginių visumą pagal kriterijus 5 balų sistemoje, pacientai geriausiai vertina saugumą 4,22, prasčiausiai prieinamumą 3,93. Gydytojai geriausiai vertina prieinamumą 4,35 balų, o prasčiausiai savalaikiškumą 3,75 balų. Todėl atsakant į tyrimo problemoje suformuluotą klausimą: *ar Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė tenkina paslaugų gavėjų ir paslaugų teikėjų poreikius bei lūkesčius?* galime teigti, kad Klaipėdos

miesto teikiamų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė yra pakankamai gera ir tenkina daugumos paslaugų gavėjų bei teikėjų poreikius bei lūkesčius.

Teikiamos šios Klaipėdos miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo rekomendacijos:

- diegti visuotinės kokybės vadybos sistemą;
- tobulinti elektroninių paslaugų sistemą bei nuotolinių paslaugų teikimą;
- steigti papildomas šeimos gydytojo ir slaugytojo darbo vietas;
- vykdyti prieinamumo (pacientų srautų ir vartojimo) periodinę stebėseną ir analizę;
- gerinti darbuotojų darbo sąlygas;
- peržiūrėti gydytojų darbo apmokėjimo tvarkas, esant galimybėms jas keisti;
- didinti teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų informatyvumą;
- periodiškai organizuoti apklausas, analizuoti ir lyginti rezultatus.

LITERATŪRA

1. ALLEN-DUCK A., ROBINSON J. C., STEWART M. W. 2017. Healthcare Quality: A Concept Analysis. *Nurs Forum*. Vol. 52, No. 4, p. 377–386 doi: 10.1111/nuf.12207. [interaktyvus]. Prieiga Internetu: https://www.researchgate.net/publication/316110789_Healthcare_Quality_A_Concept_Analysis [žiūrėta 2020-06-02]. ISSN 2394-076.
2. ALMOMANI Q. R. Z., AL-GHDABI, R. R., BANYHAMDAN K. M. 2020. Patients' satisfaction of health service quality in public hospitals: A PubHosQual analysis. *Management Science Letters*, 10 (2020) p. 1803–1812. Volume 10 Issue 8 pp. 1803-1812. ISSN 1923-9343.
3. BAKRI C. L., PIPAS M. D. 2019. Performance Management and Quality Assurance in Primary Healthcare Institutions. *Association for interdisciplinary studies*. [interaktyvus]. Prieiga Internetu: <file:///C:/Users/msi/Downloads/SSRN-id3387945.pdf> [žiūrėta 2020-06-11]. ISSN 2223-6279.
4. BARTUŠKAITĖ M., BUTKEVIČIENĖ E. 2013. Lietuvos gyventojų požiūris į sveikatos priežiūros sistemą ir alternatyviąją mediciną. *Viešojo politika ir administravimas*. T. 12, Nr. 1, p. 94-107. ISSN 2029-2872.
5. BEHDIOGLU S., ACAR E., BURHAN H.A. 2019. Evaluating service quality by fuzzy SERVQUAL: a case study in a physiotherapy and rehabilitation hospital. *Journal Total Quality Management & Business Excellence*. 30 (3-4). ISSN 4043-2652.
6. BEKEŠIENĖ S. Duomenų analizės su SPSS pagrindai. 2015. Vilnius. ISBN 978-609-8074-45-1.
7. BRIAUKUVIENĖ M., MARTINKĖNAS A., JURGUTIS A., BUMBLYS A. 2012. Klaipėdos ir Šilalės rajono gyventojams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų pokyčiai rajono ligoninių restruktūrizacijos metu 2008–2010 metais. *Visuomenės sveikata. Priedas Nr. 1*:58-63. ISSN 1392-2696.
8. BUCKĖ V., RUŽEVIČIUS J., BUCKUS R. 2020. Paslaugų kokybės valdymas Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose. *Sveikatos mokslai*. 2020 vasario mėn., T. 21 leidimas 174, p. 49-55. ISSN 1582-2559.
9. BUBNIENĖ D., RUŽEVIČIUS J. 2010. Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai. *Verslo ir teisės aktualijos*. T.5. p. 22-40. Vilnius. ISSN 1822-9530.
10. BUDIANTO A. 2019. Customer Loyalty: Quality of Service. *Journal of Management Review*. <http://jurnal.unigal.ac.id/index.php/managementreview> Volume 3 Number 1 Page (299-305). ISSN-P:2580-4138I.
11. CARTER R, LONIAL S, RAJU P. 2010. Impact of quality management on hospital performance: an empirical examination. *QMJ*, 14(4):8-24. ISSN 2249-4588.
12. DANISH, R.Q., HUMAYON, A., IQBAL, H., RAZA, S., SHAHID J. 2018. The impact of service quality and service value on customer satisfaction through customer bonding: evidence from

- telecommunication sector. *European Online Journal of Natural and Social Sciences: Proceedings* 7 (1), p. 40–47. ISSN 1805-3602.
13. DESHAW B. 2020, Healthcare service quality-measurement models: a review, *Journal of Health Research*. Vol. ahead-of-print No. ahead-of-print. [interaktyvus]. Prieiga Internetu: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JHR-07-2019-0152/full/pdf> [žiūrėta 2020-05-10]. ISSN 2586-940X.
 14. ESTEP. Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų Sanglaudos skatinimo veiksmų programos priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimas. 2011. [interaktyvus]. Prieiga internetu: http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas_ESSP_Neringos/Ataskaitos_2010MVP/SAM_rodikliai_ataskaita.pdf [žiūrėta 2020-06-05].
 15. GRABAUSKAS V. 2010. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. Sveikatos ekonomikos centras. Monografija. Vilnius : UAB Sveikatos ekonomikos centras. ISBN 9789955562757.
 16. GEORGIADOU V. A., MADITINNO D. 2017. Measuring the quality of health services provided at a Greek public hospital through patient satisfaction. Case study: the general hospital of Kavala. *International Journal of Business and Economic Sciences Applied Research*. No. 10 (2) p. 60-72. [interaktyvus]. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/185667/1/v10-i2-p60-72-quality-health-services.pdf>. [žiūrėta 2020-06-01]. DOI: 10.25103.
 17. GUREVIČIUS R. 2020. Sveikatos būklė Lietuvoje 2019 m.: EBPO ekspertų vertinimas. Vilnius. Higienos institutas. Visuomenės sveikata. 2020/2 (89). ISSN 1392-2696.
 18. GUSTAINIENĖ L. 2003. Sveikatos priežiūros politika ir organizacija. Kaunas: Vytauto Didžiojo universiteto leidykla. ISBN 9955-530-48-0.
 19. JAKUBAUSKIENĖ M., PERMINAITĖ R. PETKEVIČIŪTĖ J. 2018. Sveikatos priežiūros darbuotojų vidinė darba ir subjektyvus sveikatos vertinimas. *Visuomenės sveikata*. 4 (83).
 20. JANKAUSKIENĖ D. 2016. Ligoninių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis. *Sveikatos politika ir valdymas*. 1 (9), p. 42- 68. ISSN 2029-9001.
 21. JANKAUSKIENĖ D. 2014. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse. *Sveikatos politika ir valdymas*. Nr. 1(4). [interaktyvus]. Prieiga internetu: <https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/12840/281-448-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [žiūrėta 2020-01-02]. ISSN 2029-3569.
 22. JANKAUSKIENĖ D. 2010. Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. *Sveikatos politika ir valdymas*. Monografija. Vilnius. p.104-117. ISSN 2029-9001.
 23. JANKAUSKIENĖ D., PEČIŪRA R. 2007. Sveikatos politika ir valdymas. Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas. ISBN 978-9955-19-073-8.

24. JANUŠONIS V. 2011. Įrodymais pagrįstas sveikatos priežiūros organizacijos valdymas. Tiltai 4 (57): 1-12. ISSN 1392-31.
25. JANUŠONIS V. 2008. Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra. Klaipėda: Monografija. ISBN 978-9986-31-244-4.
26. JERDIAKOVA N., MIKALIŪKŠTIENĖ A., RABKOVSKAJA J., ŽILINSKIENĖ R., KUTKAUSKIENĖ J., DAVYDENKO E. 2020. Dažniausi priminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę lemiantys veiksniai. Pacientų požiūris. Sveikatos mokslai. 30 tomas, Nr.1, p. 56-64. ISSN 1392-6373.
27. KAIRYS J., ŠTURIENĖ R. LAMANAUSKAITĖ M. 2015. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų apklausa apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą – nuomonė pagal pacientų išsilavinimą, užsiėmimą ir pajamas. Visuomenės sveikata. 25 tomas, Nr. 5, p. 65-72. ISSN 1392-6373.
28. KAUSHAL, S. K. 2016. Service quality expectations and perceptions of patients towards health care services. SCMS Journal Of Indian Management. No. 13 (4).
29. KARDELIS K. 2007. Kaunas. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Leidykla „Lucijus“. ISBN 9955-655-35-6.
30. KELLEY E., J. HURST 2006, Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper, Iš OECD Health Working Papers No.23, OECD Publishing, p. 10. ISSN 18152015.
31. Klaipėdos TLK veiklos zonos demografiniai rodikliai. 2021. [interaktyvus]. Prieiga per internetą: https://ligoniukasa.lrv.lt/uploads/ligoniukasa/documents/files/Klaip%C4%97dos%20TLK%20veiklos%20zonos%20demografiniai%20rodikliai%202015%20m_%20-%202020%20m.pdf [žiūrėta 2021-05-03].
32. KONDROTAITĖ G. 2012. Evaluation of the quality of public services in Lithuanian municipalities. iš Intellectual Economics. MRU. Intelektinė ekonomika. Vol. 6, No. 3(15), p. 393–411. ISSN 1822-8038.
33. KOSINSKIENĖ A., RUŽEVIČIUS J. 2011. Sveikatos priežiūros valdymas ligoninėje. Medicinos teorija ir praktika. Vilnius. 2011 – T. 17 (Nr.1), p. 23-36. ISSN 1392-1312.
34. KRUSE M. FLORIAN, STANHAUDERS W. NICK and etc. 2018. Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review. The international Journal of Health Plann Mgmt. 2018;33:e434–e453. [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/hpm.2502>. [žiūrėta 2020-01-14]. DOI: 10.1002/hpm. 2502.
35. LEVINE D.M., LANDON B.E., LINDER J.A. 2019. Quality and Experience of Outpatient Care in the United States for Adults With or Without Primary Care. JAMA Intern Med. 179(3):363-

372. [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2721037> [žiūrėta 2020-01-05]. DOI:10.1001.2018.6716
36. LR konstitucija. 1992-10-05. Galiojanti redakcija 2019-01-01. [interaktyvus] Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.1890?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=5138f54d-b9a1-45eb-b519-9011c0500362> [žiūrėta 2020-05-25].
37. LR seimo nutarimas „Dėl valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ patvirtinimo“. 2012-05-15 Nr. XI-2015. Paskelbta: Valstybės žinios, 2012-05-30, Nr. 61-3050.
38. LR seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų programos patvirtinimo“. 2014-06-26 Nr. XII-964. Paskelbta: TAR, 2014-07-01, Nr. 9403.
39. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programos patvirtinimo“. 2008-02-29 Nr. V-160. Paskelbta: Valstybės žinios, 2008-03-06, Nr. 27-1000.
40. LR sveikatos sistemos įstatymas. 1994-07-19 Nr. I-552. Paskelbta: Valstybės žinios, 1994-08-17, Nr. 63-131.
41. LR vyriausybės nutarimas „Dėl 2014 – 2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“. 2014-03-26 Nr. 293. Paskelbta: TAR, 2014-04-04, Nr. 4113.
42. Lietuvos standartizacijos departamento standartas LST EN ISO 9000:2007.
43. Lietuvos standartizacijos departamento standartas LST EN ISO 15224:2017.
44. Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategijos vykdymas: kaip sekasi siekti užsibrėžtų tikslų? 2018. Visuomenės sveikatos netolygumai. Nr. 3 (30). [interaktyvus]. http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/lss_vertinimas_2018_2.pdf. [žiūrėta 2021-01-07]
45. MIKALIŪKŠTIENĖ A., BALTOKAITĖ L., KALIBATIENĖ D., JERDIAKOVA N. 2018. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas kardiologijos centre: pacientų požiūris. Visuomenės sveikata. 28 tomas, Nr. 5, p. 32-40. ISSN 1392-6373.
46. MOSADEGHARD A.M., E. FERLIE, D. ROSENBERG 2011. Healthcare service quality: towards a broad definition. Healthcare service quality. P. 203 – 219. PMID: 23729125 DOI: [10.1108 / 09526861311311409](https://doi.org/10.1108/09526861311311409).
47. NYANDWE J., MEPATANO M., LUSSAMBA P., ir kt. 2017. Measuring Patients' Perception on the Quality of Care in the Democratic Republic of Congo Using a Modified, Service Quality Scale (SERVQUAL). Archives of Science, 1 (2). p. 100010. ID: 80531618.
48. NORKIENĖ S., PETRAUSKIENĖ D. NORKUTĖ – MACIJAUŠĖ U. 2019. Pirminės asmens sveikatos priežiūros įtaigos veiklos gerinimas taikant atvejo vadybos modelį. Sveikatos ekonomika ir vadyba. 29 tomas, Nr. 5, p. 81-89. ISSN 1392-6373.

49. PAULIKIENĖ B., JURGUTIS A. 2013. Pirminės sveikatos priežiūros vaidmuo valdant antrinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Visuomenės sveikata. Priedas Nr. 1. p. 75 - 82. ISSN 1392-2696.
50. PETRONYTĖ, G.; KANAPECKIENĖ, V. 2014. Pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos paslaugų integravimas ir šalių patirtis. Visuomenės sveikata. 2014, 2(65): 20–28. ISSN 1392-2696.
51. PILIGRIMIENĖ Ž., BUČIŪNIENĖ I. 2011 . Exploring managerial and professional view to health care service quality. *Ekonomika ir vadyba*. 16: 1304–1315. ISSN 1822-6515.
52. PILIGRIMIENĖ Ž., BUČIŪNIENĖ I. 2008. Different perspectives on health care quality: is the consensus possible? *Engineering economics*. 1(56): 104–111. ISSN: 2029-5839.
53. PILIGRIMIENĖ Ž., BUČIŪNIENĖ I. 2005. Health care quality evaluation: medical and marketing approach. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*. 34: 127–140. ISSN 2335-8750.
54. POŠKUTĖ V., BIVAINIENĖ L. 2011. AB „Šiaulių bankas“ paslaugų kokybės vertinimas. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*. 3(23): 55–64. ISSN 1648-9098.
55. RAIVIO R., PAAVILAINEN E., MATTILA, K. J. 2019. Continuity of nursing care in Finnish primary health care settings: A 15-year follow-up. *Clinical Nursing Studies*. Vol. 7, No. 1. ISSN 2324-7940.
56. RAIMONDI D. C. 2019. Patient Safety Culture From the Perspective of Workers and Primary Health Care Teams. [interaktyvus]. Prieiga internetu: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100237 [žiūrėta 2020-05-18]. ISSN 1518-8787.
57. Raudonojo kryžiaus draugija. Internacional Committee of the Red Cross. Primary health-care services. Primary level. [interaktyvus]. Prieiga internetu: <https://shop.icrc.org/les-services-de-sante-au-niveau-primaire-714.html> [žiūrėta 2020-06-01].
58. RUPŠIENĖ L., RUTKIENĖ A. 2016. Edukacinis eksperimentas. Klaipėda. KU leidykla. ISBN 978-9955-18-880-3.
59. RUŽEVIČIUS J., KAZLAUSKIENĖ I. 2015. Vartotojų pasitenkinimas medicininės laboratorijos paslaugomis. [interaktyvus]. Prieiga internetu: <http://www.kv.ef.vu.lt/wp-content/uploads/2010/10/STRAIPSNIS-Kazlauskiene-Ruzevicius-LEA.pdf>. [žiūrėta 2021-01-06].
60. SANCHEZ-PIEDRA, C. A., PRADO-GALBARRO, F. J., GARCIA-PEREZ S., SANTAMERA, A. S. 2014. Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUprimecare Project. *Quality in Primary Care* 2014;22, p.147–55. PMID: 24865342.
61. SKAČKAUSKIENĖ I., VESTERYTĖ J. 2018. Paslaugos sampratos aktualizavimas šiuolaikinėje vadyboje. *Mokslas – Lietuvos ateitis / Science – Future of Lithuania*. Volume 10, Article ID: mla.2018.364, 1–9. ISSN 2029-2341.

62. SRIUBAS M. 2013. Paciento teisės į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas turinio ypatumai Lietuvoje. [interaktyvus]. Prieiga internetu: <http://teise.org/wp-content/uploads/2016/09/2013-1-Sriubas.pdf> [žiūrėta 2019-11-28]. ISSN 1392-1592.
63. Sveikatos priežiūros sistemos vertinimas. 2019. [interaktyvus]. Prieiga internetu: [file:///C:/Users/msi/Downloads/PSD_vertinimo_ataskaita_04-15%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/msi/Downloads/PSD_vertinimo_ataskaita_04-15%20(6).pdf) [žiūrėta 2020-06-05].
64. ŠILYS A. 2013. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės valdymas. Vilnius: Vilniaus universitetas. ISBN 978-609-8053-05-0.
65. ŠTARAS K., VEDLŪGA T., KALVELYTĖ N. 2013. Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtino vertinimas ir analizė. Sveikatos mokslai 23 tomas, Nr. 4, p. 27-33. ISSN 2335-867X.
66. ŠTARAS K., VEDLŪGA T. 2012. Atvejo vadybininko modelio analizė sveikatos sistemos kontekste. Vilnius Sveikatos politika ir valdymas. Vilnius. 1(4):116-126. ISSN 2029-3569.
67. TIDIKIS R. 2003. Vilnius. Socialinių mokslų tyrimų metodologija. Lietuvos teisės universiteto Leidybos centras. ISBN 9955-563-26-5.
68. TONKŪNAITĖ, A. 2011. Quality Management in Lithuanian public sector institutions. Public Administration, Vol. 3, Iss: 31, p. 87-95. [interaktyvus]. Prieiga internetu: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=935717c1-1f18-4b2a-a2d9-bcc89d7a017%40sessionmgr115&vid=1&hid=107> [žiūrėta 2020-06-10]. ISSN 1648-4541.
69. QVERTVEIT J. 1992. Improving the quality of health care: Using research to inform quality programmes. [interaktyvus]. Prieiga internetu: https://www.researchgate.net/publication/10820735_Improving_the_quality_of_health_care_Using_research_to_inform_quality_programmes [žiūrėta 2020-06-10]. DOI: 10.1136/bmj.326.7392.759.
70. VALIUS L. 2003. Pirminė sveikatos priežiūra ir šeimos medicina. Kaunas. Šeimos medicinos pagrindai. Vitae Litera, 2003, p. 8 – 16. ISBN 978-609-454-208-4.
71. Valstybinės kontrolės audito ataskaita Nr. VA-2018-P-10-1-10. 2018. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą. [interaktyvus]. Prieiga Internetu: [file:///C:/Users/msi/Downloads/VA-10_Ataskaita_sveikatos_prieziuros_paslaugu%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/msi/Downloads/VA-10_Ataskaita_sveikatos_prieziuros_paslaugu%20(6).pdf) [žiūrėta 2020-06-02].
72. Viešųjų paslaugų vartotojų pasitenkinimo indekso apskaičiavimo metodika. 2010. [interaktyvus]. Prieiga internetu: http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2011_viesuju_paslaugu_vartotoju_pasitenkinimo_indeksas.pdf [žiūrėta 2021-01-06].
73. VERMEIR P, VANDIJK D, DEGROOTE S, PELEMAN R, VERHAEGHE R, MORTIER R, ET AL. 2015. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. Int J Clin Pract 2015; 69(11):1257-1267. [interaktyvus]. Prieiga internetu:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4758389/> [žiūrėta 2020-06-05]. DOI: 10.1111/ijcp.12686.
74. VIRKIETIS G. 2017. Skubios medicinos pagalbos valdymo tobulinimas. Daktaro disertacija. Klaipėdos universitetas.
75. Visuotinė žmogus teisių deklaracija, 1948. Paskelbta: Valstybės žinios, 2006-06-17, Nr. 68-2497.
76. ŽIDŽIŪNAITĖ V. 2008. Kaunas. Tyrimo dizainas: struktūra ir strategijos. Leidykla „Technologija“. ISBN 978-9955-25-219-1.
77. WHO. A vision for primary health care in the 21st century. 2018. [interaktyvus]. Prieiga internetu: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf> [žiūrėta 2020-06-02].
78. WHO. Improving healthcare quality in Europe. 2019. [interaktyvus]. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [žiūrėta 2020-05-29].
79. WHO. Primary health care. 2019. World Health Organization. [interaktyvus]. Prieiga internetu <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> [žiūrėta 2019-11-28].

SĄVOKOS

Anketa – pagal nurodytas taisykles sudarytas klausimynas tam tikroms žinioms surinkti (R. Tidikis, 2003 p. 474).

Asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros užtikrinimas – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų bei aptarnavimo kokybę ir efektyvumą (D. Jankauskienė, R. Pečiūra, 2007 p. 13).

Metodas – tam tikro tikslo pasiekimo būdas, praktinio arba teorinio tikrovės įvaldymo būdų ir operacijų visuma (R. Tidikis, 2003 p. 618).

Pacientas – asmuo, kuris naudojasi sveikatos priežiūros teikiamomis paslaugomis, nepaisant to, ar jis sveikas, ar ligonis (J. Jankauskienė, R. Pečiūra, 2007 p. 14).

Pasaulinė sveikatos organizacija – tai specializuota Jungtinių Tautų (JT) institucija, didžiausia tarptautinė sveikatos organizacija, kurios tikslas – siekti aukščiausio sveikatos priežiūros lygio visose pasaulio valstybėse (<https://www.vaspvt.gov.lt/node/331>).

Pirminė asmens sveikatos priežiūra – tai pradinis visų amžiaus grupių pacientų, sergančių visomis ligomis, sveikatos priežiūros lygmuo (L. Gustainienė, 2003 p. 63).

Pirminės asmens sveikatos priežiūros centras – tai nespecializuotų kvalifikuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų pagal šeimos (bendrosios praktikos) gydytojo ir bendrosios praktikos slaugytojo bei bendruomenės slaugytojo ir akušerio medicinos normų reikalavimus ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (L. Gustainienė, 2003 p. 63).

Reprezentatyvioji imtis – atrinktų tyrime dalyvauti individų grupė, savo narių narių savybių pasiskirstymui atitinkanti nagrinėjamą aibę (populiaciją) (Tidikis, 2003 p. 624).

SERVQUAL (paslaugų kokybė) – metodika sukurta įmonėms siekiant įvertinti pacientams teikiamų paslaugų kokybę (J. Ruževičius, I. Kazlauskienė, 2015 p. 170).

SERVPERF (paslaugų atitikimas veiklai) – paslaugų kokybės vertinimo modelis (Cronin, Teylor, 1992), kuris atspindi tikrąją suvokiamą paslaugos kokybę (V.A. Georgiadou ir D. Maditinnos, 2017 p. 63 – 64).

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė – tai tinkamos priežiūros teikimas pacientui, reikiamu laiku, kai tai daroma teisingai, visa tai atitinka pacientų lūkesčius ir jie tokia sveikatos priežiūra patenkinti (V. Janušonis, 2008, p. 143).

Sveikatos priežiūros vadyba – tai visus sveikatos lygius apimantis veiklos planavimas, organizavimas ir kontrolė, siekiant patenkinti asmens ir visuomenės sveikatos poreikius (D. Jankauskienė, 2010 p. 105).

Sveikata visiems – tai pasaulinė sveikatos deklaracija, tarpinstitucinis veiklos planas, kurio paskirtis yra „nustatyti nacionaliniu lygiu pagal skirtingus ūkio sektorius koordinuotas priemones,

skirtas visuomenės sveikatai stiprinti ir išsaugoti, gyventojų sveikatos netolygumams mažinti, sveikatą žalojančių veiksnių prevencijai, ligų profilaktikai vykdyti, sveikatai palankiai ir saugiai aplinkai kurti, prieinamai, kokybiškai ir tvariai sveikatos sistemos priežiūrai užtikrinti ir kitiems darbams atlikti (Lietuvos Respublikos 2014 m. kovo 26 d. vyriausybės nutarimas Nr. 293).

Validumas – tyrimo instrumentų pagrįstumas ir adekvatumas tiriamajam dalykui (savybei) (R. Tidikis, 2003 p. 626).

Viešoji įstaiga – iš valstybės ar savivaldybės turto ir lėšų įsteigta viešoji įstaiga teikianti jos įstatuose nustatytas paslaugas pagal sutartis su užsakovais, t. y. ne pelno įstaiga (D. Jankauskienė, R. Pečiūra, 2007 p. 13).

Visuotinė kokybės vadyba – mokslas ir organizacijos valdymo menas bei praktika, kurianti pridedamąją vertę ir vertybes tvariai plėtojamai organizacijai ir visuomenei bei laiduojanti organizacijos ilgalaikę sėkmę (A. Kosinskienė, J. Ruževičius, 2011, p.14).

PRIEDAI

1 priedas

Lietuvos sveikatos strategijos iki 2025 m. programos strateginis tikslas, pagrindinis rodiklis, tikslai ir uždaviniai

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

**Klaipėdos miesto įstaigos, teikiančios pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas
ir prisirašiusių prie PASPĮ asmenų skaičius 2021 m. sausio 1 dieną.**

Eil. Nr.	Įstaigos pavadinimas	Asmenų skaičius
1.	VšĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centras	38687
2.	VšĮ Klaipėdos miesto poliklinika	36982
3.	VšĮ Klaipėdos senamiesčio pirminės sveikatos priežiūros centras	8611
	Iš viso viešasis sektorius:	84280
4.	UAB Nefridos klinika	21223
5.	UAB Mano šeimos gydytojas	19830
6.	UAB Medica klinika	14664
7.	MB A. Navicko konsultacinė poliklinika	8564
8.	UAB Avimeda	6825
9.	UAB Salgymeda	5729
10.	UAB Baltic Medics	5723
11.	UAB Šviesmeda	5309
12.	UAB Brožynų sveikatos priežiūros centras	5212
13.	UAB Birutės šeimos medicinos praktika	3645
14.	UAB VNT medicinos centras	3441
15.	UAB Kuncų ambulatorinė klinika	3239
16.	UAB Narema	1366
17.	UAB V.Grigalausko šeimos centras	1060
18.	UAB Salumeda	954
19.	UAB Diagnostikos laboratorija	404
20.	UAB Salvijos medicinos centras	277
21.	Paliatyvios pagalbos ir šeimos sveikatos centras	232
22.	UAB Medbaltica	206
23.	S. Stanislovaitienės individuali įmonė	162
	Iš viso privatus sektorius:	108065
	Iš viso:	192345

PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ VERTINIMO ANKETA

Gerbiamas paciente,

Maloniai prašytume užpildyti šią anketa. Anketa anoniminė, skirta įvertinti Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Tyrimo metu surinkti duomenys yra visiškai konfidencialūs, todėl neturės jokios įtakos Jūsų tolimesniems santykiams su gydymo įstaigos personalu. Jums tinkantį variantą žymėkite X, kur reikės – atsakymą įrašykite.

1. Jūs esate:

- ☐ Vyras
☐ Moteris

2. Jūsų amžius:

- ☐ 18–40 m.
☐ 41–60 m.
☐ 61 m. ir daugiau

3. Jūsų išsilavinimas:

- ☐ Pagrindinis, vidurinis
☐ Profesinis, aukštesnysis
☐ Aukštasis

4. Jūs esate:

- ☐ Moksleivis (-ė) ar studentas (-ė)
☐ Dirbantis (-i)
☐ Bedarbis (-ė)
☐ Pensininkas (-ė)
☐ Kita (įrašykite).....

5. Jūs gyvenate:

- ☐ Mieste
☐ Priemiestyje
☐ Kaime

6. Jūsų pasirinkta pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaiga priklauso:

- ☐ Viešajam sektoriui ☐ Privačiam sektoriui

7. Kaip vertinate savo sveikatą?

- ☐ Labai gera
☐ Gera
☐ Vidutiniška
☐ Prasta
☐ Nežinau

8. Kaip Jums rūpi Jūsų sveikata?

- ☐ Labai rūpi
☐ Rūpi
☐ Vidutiniškai rūpi
☐ Nerūpi
☐ Nežinau

9. Prašome įvertinkite šiuos teiginius nuo 1 iki 5 dėl Jūsų sveikatos būklės gerinimo.

(pažymėkite po vieną vertinimo skaičių kiekvienoje eilutėje).

Eil. Nr.	Teiginys	Balai (1 – visiškai nesutinku, 5 – visiškai sutinku)				
		1	2	3	4	5
1.	Gydytojai geba tiksliai ir aiškiai diagnozuoti ligą					
2.	Suteikiama visa informacija kaip rūpintis savo sveikata ir siūloma nuolat atlikti periodinius sveikatos patikrinimus					
3.	Suteikiama informacija apie vykdomas prevencinių priemonių programas ir jų ankstyvąją diagnostiką ir siūloma jose dalyvauti.					
4.	Nusiskundimai dėl sveikatos išklausomi atidžiai, gydytojai domisi mano sveikatos problemomis bei atsižvelgia į pageidavimus ir nuomonę					
5.	Procedūros atliekamos laikantis visų saugumo reikalavimų					
6.	Suteikiamos visiems vienodos sveikatos priežiūros paslaugos be jokių diskriminuojančių savybių					

10. Kiek dienų nuo kreipimosi datos Jums dažniausiai tenka laukti vizito pas šeimos gydytoją?

- ☐ Patekau tą pačią dieną ☐ 1 dieną ☐ 2-3 dienas
☐ 4-5 dienas ☐ Savaitę ☐ 10 ir daugiau dienų

11. Kaip dažnai Jūs lankotės pirminės asmens sveikatos priežiūros sveikatos priežiūros įstaigoje?

- ☐ Kelis kartus per mėnesį ☐ Kartą per mėnesį
☐ Kelis kartus per pusmetį ☐ Kartą per pusmetį
☐ Kelis kartus per metus ☐ Kartą per metus
☐ Rečiau nei kartą per metus

12. Kokios dažniausiai būna pagrindinės Jūsų vizitų sveikatos priežiūros įstaigoje priežastys?

- ☐ Profilaktiškai tikrinu savo sveikatą ☐ Susergu ar prastai jaučiuosi
☐ Reikėjo recepto vaistams ☐ Reikėjo medicininės apžiūros
☐ Reikėjo nukreipimo specialisto konsultacijai ☐ Kita (įrašykite)

13. Prašome įvertinkite teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę Jūsų pasirinktoje gydymo įstaigoje (pažymėkite X vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje).

Eil. Nr.	Teiginys	Labai gerai	Gerai	Nei gerai, nei blogai	Blogai	Labai blogai
1.	Įstaigos vietos patogumas, artumas					
2.	Įstaigos aplinka ir jos švara					
3.	Aiški ir suprantama informacija apie teikiamas paslaugas					
4.	Personalo pasiekiamumas (telefonu, tiesiogiai, internetu)					
5.	Gydytojų darbo laikas					
6.	Konsultacijos laiko trukmė					
7.	Laukimo laikas nuo registracijos iki vizito pas gydytoją					
8.	Paslaugos suteikimas numatytu laiku					
9.	Galimybė patekti pas gydytoją tą pačią dieną					
10.	Galimybė pasirinkti šeimos gydytoją					
11.	Personalo profesionalumas					
12.	Personalo bendravimas ir elgesys su Jumis					
13.	Gerbiamas paciento privatumas, užtikrinamas konfidencialumas					
14.	Iškilusių problemų sprendimas					

14. Prašome savo bendrą pasitenkinimą Jums suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę įvertinti balais nuo 1 iki 10 (atsakymą žymėti tik vieną):

Labai blogai (esu visiškai nepatenkintas)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Labai gerai (esu visiškai patenkintas)

15. Ar rekomenduotumėte savo draugams ir pažįstamiems pasirinkti Jūsų pasirinktą gydymo įstaigą?

- ☐ Tikrai taip ☐ Taip ☐ Labiau taip, nei ne ☐ Ne ☐ Tikrai ne

16. Kiek laiko esate šios pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos pacientas(-ė)?

- ☐ Metus ar trumpiau ☐ 7–9
☐ 1–3 metus ☐ 10 metų ar ilgiau
☐ 4–6 metus

17. Kas paskatino rinktis gydymo įstaigą, kurioje lankotės?

- ☐ Artimieji (šeima, giminės)
- ☐ Pažystami, draugai
- ☐ Arčiausiai namų esanti gydymo įstaiga
- ☐ Įstaigos personalas
- ☐ Dirba patinkantis šeimos gydytojas
- ☐ Žiniasklaidos priemonės – spauda, internetas
- ☐ Atsitiktinai
- ☐ Kita (įrašykite).....

18. Ar dažnai keičiate savo pasirinktą šeimos gydytoją?

- ☐ Labai dažnai
- ☐ Dažnai
- ☐ Retai, bet kartais
- ☐ Niekada

19. Kokios dažniausiai būna priežastys dėl kurių Jūs keičiate savo šeimos gydytoją?

- ☐ Per ilgos laukimo eilės, sunkus prieinamumas
- ☐ Nepatiko aptarnavimas ir bendravimas
- ☐ Įsisteigė nauja sveikatos priežiūros įstaiga arčiau namų
- ☐ Sudomino kitos įstaigos pasiūlymas
- ☐ Norėjau pats (-i) pakeisti, be jokių svarbių priežasčių
- ☐ Kita (įrašykite).....

AČIŲ UŽ JŪSŲ NUOŠIRDŽIUS ATSAKYMUS IR LINKIME GEROS SVEIKATOS!

PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ VERTINIMO ANKETA

Gerbiami sveikatos priežiūros specialistai,

Maloniai prašome užpildyti šią anketa, kuri skirta įvertinti Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Tyrimo metu surinkti duomenys yra visiškai konfidencialūs. Jums tinkantį variantą žymėkite X, kur reikės – atsakymą įrašykite.

1. Jūs esate:

- ☐ Vyras
☐ Moteris

2. Jūsų amžius:

- ☐ 20–40 m.
☐ 41–60 m.
☐ 61 m. ir daugiau

3. Jūsų darbo stažas įstaigoje, kurioje šiuo metu dirbate:

- ☐ Mažiau nei metai
☐ 1-5 metai
☐ 5-10 metai
☐ 10 ir daugiau metų

4. Jūs dirbate:

- ☐ Viešajame sektoriuje ☐ Privačiame sektoriuje

5. Ar sutinkate su šiuo teiginiu? (atsakymą žymėti tik vieną).

Teiginys	Balai (1 – visiškai nesutinku, 10 – visiškai sutinku)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sveikatos priežiūros įstaigoje, kurioje dirbate, skiriama pakankamai dėmesio paslaugų kokybei										

6. Prašome pateikti savo nuomonę ar pacientai rūpinasi savo sveikata?

- ☐ Labai rūpinasi ☐ Nesirūpina
☐ Vidutiniška rūpinasi ☐ Nežinau

7. Prašome pateikite savo nuomonę dėl pacientų sveikatos būklės gerinimo ją įvertindami nuo 1 iki 5 (pažymėkite po vieną vertinimo skaičių kiekvienoje eilutėje).

Eil. Nr.	Teiginys	Balai (1 – visiškai nesutinku, 5 – visiškai sutinku)				
		1	2	3	4	5
1.	Pacientui pakankamai išsamiai paaiškinama apie jų sveikatos būklę					
2.	Nuolat informuojama ir siūloma dalyvauti vykdomose prevencinių priemonių programose (prioritetinė sritis)					
3.	Domimasi pacientų sveikatos problemomis, dėmesingai išklausomi nusiskundimai					
4.	Procedūros atliekamos laikantis saugumo reikalavimų, o tam skirtos priemonės užtikrina pacientų fizinį saugumą					
5.	Priimant sprendimus dėl gydymo tariamasi su pacientu ir įtraukiama aktyviai dalyvauti					
6.	Paslaugos suteikiamos visiems pacientams vienodai be jokių diskriminuojančių savybių					
7.	Suteiktos paslaugos patenkina pacientų poreikius bei lūkesčius					

8. Kiek pacientų yra Jūsų aptarnaujamoje apylinkėje?

Pacientų skaičius _____ (įrašykite)

9. Kiek vidutiniškai laiko skirate paciento konsultacijai?

- ☐ Mažiau nei 15 min. ☐ 15 – 30 min. ☐ 30 ir daugiau min.

10. Kokios priežastys dažniausiai nulemia nepakankamą komunikaciją tarp Jūsų ir paciento?

- ☐ Per didelis darbo krūvis
☐ Per daug dokumentacijos
☐ Laiko stoka paciento apžiūrai
☐ Trukdymai ir blaškymasis
☐ Streso poveikis ir nuovargis
☐ Tokių priežasčių nėra
☐ Kita (įrašykite).....

11. Jūsų manymu, kurias funkcijas svarbu šiuo metu gerinti, kad dirbtumėte efektyviau ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybė būtų geresnė? (pažymėkite X po vieną vertinimo skaičių kiekvienoje eilutėje).

Eil. Nr.	Gerinimo funkcija	Ši funkcija šiuo metu puikiai vykdoma	Labai svarbu	Svarbu	Nesvarbu	Neturiu nuomonės
1.	Tenkančio darbo krūvio ir gaunamos algos atitikimas					
2.	Mažesnis pacientų skaičius					
3.	Didesnis šeimos gydytojų skaičius					
4.	Daugiau kompetencijų bendrosios praktikos slaugytojams					
5.	Nuolatinis profesinis tobulėjimas, profesinių gebėjimų ir įgūdžių lavinimas					
6.	Pagrindinių profesinių žinių taikymas					
7.	Galimybė dirbti savarankiškai ir priimti sprendimus					
8.	Gerai organizuota darbo sistema					
9.	Naujos IT ir medicinos įranga					
10.	Darbuotojų skatinimas, pasiekimų įvertinimas ir pripažinimas					
11.	Darbuotojų nuomonės vertinimas					
12.	Vadovaujančio personalo pareigų atlikimas					
13.	Palankus mikroklimatas ir santykiai su bendradarbiais					
14.	Patys darbuotojai, kaip komandos nariai, dedantys pastangas gerai ir atsakingai dirbti					

12. Įvertinkite šiuos teiginius (pažymėkite X po vieną vertinimo skaičių kiekvienoje eilutėje).

Eil. Nr.	Teiginys	Sutinku	Iš dalies sutinku	Nesutinku	Neturiu nuomonės
1.	Darbas atitinka mano lūkesčius				
2.	Rekomenduočiau įsidarbinti kitiems savo įstaigoje				
3.	Norėčiau keisti darbą				
4.	Norėčiau keisti profesiją				

13. Prašome įvertinkite asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę įstaigoje, kurioje Jūs dirbate (pažymėkite X vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje).

Eil. Nr.	Teiginys	Labai gerai	Gerai	Nei gerai, nei blogai	Blogai	Labai blogai
1.	Ištaigos vietos patogumas geografiniu požiūriu					
2.	Ištaigos darbo laikas					
3.	Ištaigos aplinka ir jos švara					
4.	Paslaugų asortimentas					
5.	Darbo priemonės ir įranga					
6.	Elektroninių paslaugų sistema					
7.	Konsultacijos laiko trukmė					
8.	Nuotolinių paslaugų teikimas					
9.	Bendravimas ir elgesys su pacientais					
10.	Gerbiamas paciento privatumas ir užtikrinamas konfidencialumas					
11.	Iškilusių problemų sprendimas					
12.	Darbo apmokėjimo sistema					
13.	Darbo krūvis					
14.	Darbo grafikas					

AČIŲ UŽ JŪSŲ NUOŠIRDŽIUS ATSAKYMUS !

Respondentų pasiskirstymas pagal vizito laukimo laiką, lankymosi dažnumą, vizitų priežastis ir kiek laiko yra pasirinktos įstaigos pacientai, proc.

Teiginys	Dažnis (N)	Procentai
Kiek dienų nuo kreipimosi datos Jums teko laukti šio vizito pas gydytoją?		
Patekau tą pačią dieną	22	5,7
1 dieną	37	9,7
2-3 dienas	126	32,9
4-5 dienas	91	23,8
Savaite	67	17,5
10 ir daugiau dienų	40	10,4
Iš viso	383	100
Neatsakė	2	
Iš viso:	385	
Kaip dažnai Jūs lankotės pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigoje?		
Kelis kartus per mėnesį	15	3,9
Kartą per mėnesį	28	7,3
Kelis kartus per pusmetį	77	20,1
Kartą per pusmetį	59	15,4
Kelis kartus per metus	110	28,7
Kartą per metus	63	16,4
Rečiau nei kartą per metus	31	8,1
Iš viso	383	100
Neatsakė	2	
Iš viso:	385	
Kokios dažniausiai būna pagrindinės Jūsų vizitų sveikatos priežiūros įstaigoje priežastys?		
Profilaktiškai tikrinu savo sveikatą	91	24,4
Reikėjo recepto vaistams	142	38,1
Reikėjo nukreipimo specialisto konsultacijai	172	46,4
Susergu ar prastai jaučiuosi	159	42,6
Reikėjo medicininės apžiūros	69	18,5

Šalt.: sudaryta darbo autorės pagal respondentų anketų rezultatus.

Teikiamų paslaugų kokybės ir tiriamųjų demografinių grupių koreliacinis ryšys paslaugos gavėjo požiūriu

Teiginys		Lytis	Amžius	Išsilavinimas	Statusas	Sektorius
Įstaigos vietos patogumas, artumas	r	0,179	-0,010	0,138	0,054	-0,018
	p	0,000	0,844	0,007	0,300	0,732
Įstaigos aplinka ir jos švara	r	0,783	0,034	0,203	0,073	-0,109
	p	0,000	0,513	0,000	0,159	0,033
Aiški ir suprantama informacija apie teikiamas paslaugas	r	0,179	-0,098	0,099	-0,078	-0,173
	p	0,000	0,056	0,054	0,131	0,001
Personalo pasiekiamumas (telefonu, tiesiogiai, internetu)	r	0,118	-0,151	0,131	-0,149	-0,119
	p	0,021	0,003	0,10	0,004	0,019
Nuotolinių paslaugų teikimas	r	0,155	-0,115	0,980	-0,115	-0,179
	p	0,002	0,025	0,056	0,027	0,000
Gydytojų darbo laikas	r	0,265	-0,079	0,141	-0,050	-0,141
	p	0,000	0,122	0,006	0,333	0,006
Konsultacijos laiko trukmė	r	0,195	-0,141	0,093	-0,080	-0,100
	p	0,000	0,006	0,070	0,120	0,050
Paslaugos suteikimas numatytu laiku	r	0,165	-0,091	0,144	0,016	-0,680
	p	0,001	0,076	0,005	0,762	0,185
Galimybė pas gydytoją patekti tą pačią dieną	r	0,132	-0,190	0,038	-0,118	0,028
	p	0,010	0,000	0,453	0,022	0,579
Galimybė pasirinkti šeimos gydytoją	r	0,204	-0,122	0,115	-0,044	-0,224
	p	0,000	0,017	0,024	0,395	0,000
Personalo profesionalumas	r	0,162	-0,014	0,135	0,079	-0,094
	p	0,001	0,777	0,008	0,126	0,067
Personalo bendravimas ir elgesys su Jumis	r	0,174	-0,088	0,157	-0,020	-0,096
	p	0,001	0,086	0,002	0,705	0,061
Gerbiamas paciento privatumas, užtikrinamas konfidencialumas	r	0,209	-0,033	0,123	-0,008	-0,108
	p	0,000	0,521	0,016	0,881	0,034
Iškilusių problemų sprendimas	r	0,133	-0,120	0,161	-0,063	-0,091
	p	0,010	0,019	0,002	0,228	0,077

Šalt.: sudaryta darbo autorės pagal respondentų anketų rezultatus.

Teikiamų paslaugų kokybės ir tiriamųjų demografinių grupių koreliacinis ryšys paslaugos teikėjo požiūriu

Teiginys		Lytis	Amžius	Stažas	Sektorius
Įstaigos vietos patogumas geografiniu požiūriu	r	0.216	-0.395	-0.055	0.223
	p	0.029	0.001	0.585	0.024
Įstaigos darbo laikas	r	0.040	-0.304	-0.123	0.062
	p	0.687	0.002	0.218	0.539
Įstaigos aplinka ir jos švara	r	0.120	-0.172	-0.068	0.317
	p	0.231	0.083	0.497	0.001
Paslaugų asortimentas	r	0.125	-0.159	-0.065	0.286
	p	0.214	0.112	0.520	0.004
Darbo priemonės ir įranga	r	0.009	-0.317	-0.206	0.183
	p	0.931	0.001	0.038	0.065
Elektroninių paslaugų sistema	r	0.156	-0.442	-0.186	0.442
	p	0.117	0.001	0.062	0.001
Konsultacijos laiko trukmė	r	0.198	-0.320	-0.169	0.559
	p	0.048	0.001	0.091	0.001
Nuotolinių paslaugų teikimas	r	0.161	0.409	-0.254	0.363
	p	0.107	0.001	0.010	0.001
Bendravimas ir elgesys su pacientais	r	0.194	-0.220	-0.336	0.367
	p	0.051	0.027	0.001	0.001
Gerbiamas paciento privatumas ir užtikrinamas konfidencialumas	r	-0.179	-0.105	0.261	0.136
	p	0.071	0.295	0.008	0.174
Iškilusių problemų sprendimas	r	-0.114	-0.435	-0.447	0.432
	p	0.254	0.001	0.001	0.001
Darbo apmokėjimo sistema	r	0.153	-0.267	-0.171	0.374
	p	0.127	0.007	0.087	0.001
Darbo krūvis	r	0.047	-0.271	-0.355	0.375
	p	0.642	0.006	0.001	0.001
Darbo grafikas	r	0.111	-0.384	-0.026	0.199
	p	0.265	0.001	0.008	0.045

Šalt.: sudaryta darbo autorės pagal respondentų anketų rezultatus.

**Preveninių programų vykdymas Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigose
2018 – 2020 m. laikotarpiu**

Preveninės programos pavadinimas	Metai	Programos įvykdymas, proc.
Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinė programa - informavimo paslauga	2020 m.	63
	2019 m.	81
	2018 m.	88
Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinė programa – tepinėlio paėmimo paslauga	2020 m.	32
	2019 m.	46
	2018 m.	52
Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos prevencinė programa	2020 m.	10
	2019 m.	19
	2018 m.	57
Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio prevencinė programa	2020 m.	34
	2019 m.	50
	2018 m.	55
Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, prevencinė programa	2020 m.	30
	2019 m.	43
	2018 m.	49
Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos prevencinė programa	2020 m.	32
	2019 m.	53
	2018 m.	56

Šalt.: sudaryta darbo autorės pagal Klaipėdos TLK duomenis (www.vlk.lt).