KAUNO MEDICINOS UNIVERSITETAS
Visuomenės sveikatos fakultetas
Sveikatos vadybos katedra

Bronius Einars

KOKYBĖS VADYBOS SISTEMOS DIEGIMAS ODONTOLOGIJOS ĮSTAIGOSE

Magistro diplominis darbas
(Visuomenės sveikatos vadyba)

Mokslinė vadovė
Prof. dr. Ilona Bučiūnienė

KAUNAS, 2008

SANTRAUKA
Visuomenės sveikatos vadyba
KOKYBĖS VADYBOS SISTEMOS DIEGIMAS ODONTOLOGIJOS ĮSTAIGOSE
Bronius Einars
Mokslinė vadovė prof. dr. Ilona Bučiūnienė
Kauno medicinos universitetas, Visuomenės sveikatos fakultetas, Sveikatos vadybos katedra. Kaunas, 2008. 71 p.
Darbo tikslas. Įvertinti kokybės vadybos sistemos diegimą Lietuvos odontologijos įstaigose.
Uždaviniai. Įvertinti kokybės vadybos sistemos diegimo būklę odontologijos įstaigose. Identifikuoti kokybės vadybos sistemos diegimo odontologijos įstaigose esmines problemas. Įvertinti naudą, kurią gauna iš kokybės vadybos sistemos odontologijos įstaigos.
Tyrimo metodika. Atlikta anoniminė Lietuvos odontologijos įstaigų atstovų apklausa. Išplatintos 350 anketų, sugrįžo 286, atsako dažnis 81,7%. Rezultatai apdoroti SPSS 13.0 versija ir MS Excel. Statistinis duomenų reikšmingumas buvo tiriamas naudojant chi kvadrato ($\chi 2$) kriterijų, laisvės laipsnių skaičių (lls) bei statistinį reikšmingumą (p). Rezultatai laikomi statistiškai patikimais, kai $p<0,05$.
Rezultatai. KVS įdiegta tik 12,2% odontologijos įstaigų kuriose dirba 5 ir daugiau darbuotojų, 33,9% įstaigų dabar ją diegia. Svarbiausios priežastys, skatinančios odontologijos įstaigas diegti KVS – to reikalauja įstatymai ir kiti norminiai aktai (72,4%), išaugę pacientų reikalavimai (13,6%) ir didelis pacientų skundų skaičius (6,3%). Esminės priežastys dėl ko nediegiama KVS – žmogiškųjų išteklių (50%), informacijos apie KVS (20,7%), finansinių išteklių (17,9%) ir laiko (3,3%) trūkumas, apie KVS nieko nežino 8,2%. Pagrindinės problemos su kuriomis susiduria įstaigos diegiant KVS yra procedūrų aprašymai (45,2%), kokybės politikos apibrėžimas (27,1%), audito grupės sudarymas (12%), diagnostikos ir gydymo metodikų sudarymas (10,2%), kokybės uždavinių nustatymas (5,4%). 1 odontologijos įstaigoje sudaryta medicininio audito grupė, tik 2 įstaigose yra medicininio audito grupės vadovas. Akivaizdus informacijos KVS klausimais trūkumas - nepriklausomai nuo įstaigos dydžio 75% įstaigų vadovų nieko nežino apie ISO standartus, 7,3% nieko nežino apie kokybės vadybos koncepciją, o 23% niekada nedalyvavo KVS mokymuose. 83,2% įstaigų vidaus mokymai KVS klausimais neatliekami. Pagrindinės naudos, kurias gauna ar tikisi gauti įdiegus KVS, yra didėjantis pacientų pasitenkinimas (28,8%), didėjanti darbuotojų motyvacija (20,1%), pagerėjęs darbų organizavimas (16%).
Išvados. KVS įdiegta tik 1,7% Lietuvos odontologijos įstaigų, trečdalis įstaigų KVS diegia dabar. Mažose įstaigose ketinimas diegti KVS didesnis, nei didesnėse. Esminės problemos diegiant KVS - procedūrų aprašymai, kokybės politikos apibrėžimas, audito grupės sudarymas, diagnostikos ir gydymo metodikų sudarymas, kokybės uždavinių nustatymas. Kaip pagrindinius trikdžius diegti KVS įstaigoje, respondentai neturintys KVS nurodo informacijos apie KVS trūkumą, žmogiškųjų ir finansinių išteklių trūkumą. Didžiausios naudos, kurias gauna ar tikisi gauti įstaigos: didesnės – didėjantį pacientų pasitenkinimą, sumažėjusią klaidų tikimybę ir gerėjantį atsakomybės ir įgaliojimų pasiskirstymą; o mažos – didėjantį pacientų pasitenkinimą, didėjančią darbuotojų motyvaciją ir pagerėjusį darbų organizavimą.
Raktažodžiai. Kokybės vadybos sistema, KVS diegimas, odontologijos įstaigos.

SUMMARY

Management of Public Health

IMPLEMENTATION OF THE QUALITY MANAGEMENT SYSTEM IN INSTITUTIONS OF ODONTOLOGY

Bronius Einars

Supervisor Prof. Dr. Ilona Bučiūnienė

Kaunas University of Medicine, Faculty of Public Health, Department of Health Management. Kaunas, 2008. 71 p.

Aim of the study. To evaluate the implementation of the quality management system in institutions of odontology in Lithuania.

Objectives. To evaluate the situation of the implementation of the quality management system in institutions of odontology. To identify the essential problems of the implementation of the quality management system in institutions of odontology. To evaluate benefits of the quality management system which obtain institutions of odontology.

Methods. The anonymous survey of representatives of institutions of odontology in Lithuania was carried out. As many as 350 questionnaires were distributed, 286 of them were returned, the rate of response being 81.7%. The results were computed using SPSS 13.0 version and MS Excel. The statistical data value was analysed using the criterion of Chi-square ($\chi 2$), number of degree of freedom (df) and statistical significance (p). Results were considered as statistically reliable if $p<0.05$.

Results. The QMS has been implemented in just 12.2% of institutions of odontology, the staff of which consists of 5 and more members. 33.9% of institutions are implementing the system. The most important reasons motivating institutions to implement the QMS are legislation and other regulations (72.4%), increased demands of patients (13.6%) and a high number of patients‘ complaints (6.3%). The essential reasons for not implementing the QMS is the lack of manpower (50%), lack of information about QMS (20.7%), financial resources (17.9%), lack of time (3.3%). 8.2% of respondents have no knowledge of the QMS. The main problems that institutions face while implementing the QMS is descriptions of procedures (45.2%), definition of quality policy (27.1%), formation of audit group (12%), formation of diagnostics and treatment methodics (10.2%), setting quality tasks (5.4%). The medical audit group is established in one institution of odontology, only two institutions have directors of medical audit groups. Evident is the lack of information about the QMS – irrespective of the size of an institution 75% of institution managers have no knowledge of ISO standarts, 7.3% have no knowledge of quality management concept and 23% have never attended the training in the QMS. The QMS internal training is not carried out in 83.2% of institutions. The main received or expected (after implementation of the QMS) benefits are: increasing satisfaction of patients (28.8%), rising motivation of workers (20.1%), better organization of work (16%).

Conclusions. The QMS has been implemented in just 1.7% of institutions of odontology in Lithuania, one third of them are implementing the QMS. Small institutions have stronger intention of implementation of the QMS than bigger ones. The essential problems while implementing the QMS is descriptions of procedures, definition of quality policy, formation of audit group, formation of diagnostics and treatment methodology, setting quality tasks. According to the respondents from the institutions with no QMS, the main obstacle for the implementation of the QMS in the institution, is the lack of information, lack of manpower and financial resources. The biggest received or expected (after implementation of the QMS) benefits are: bigger institutions – increasing satisfaction of patients, decreased probability of errors and improving distribution of responsibility and commission; small ones – increasing satisfaction of patients, rising motivation of workers and improved organization of work.

Key words. Quality management system, implementation of the QMS, institutions of odontology.

TURINYS

ĮVADAS 9
1. KOKYBĖS SAMPRATA 11
1.1. Visuotinė kokybės vadyba 11
1.2. Kokybės samprata sveikatos priežiūroje 18
1.2.1. Bendrieji kokybės sampratos aspektai sveikatos priežiūroje 18
1.2.2. Sveikatos priežiūros kokybė ir kokybės politika Lietuvoje 25
1.2.3. Kokybės užtikrinimas odontologijoje 28
1.3. Kokybės vadybos sistema 30
2. ODONTOLOGIJA – SUDĖTINĖ IR TUO PAČIU ATSKIRA SVEIKATOS SISTEMOS DALIS 37
3. TYRIMO METODIKA 40
4. TYRIMO REZULTATAI 42
4.1. Kokybės vadybos sistemos būklė odontologijos įstaigose 43
4.2. KVS, ISO standartų žinios ir dalyvavimas kokybės vadybos mokymuose 45
4.3. Kokybės vadybos sistemos diegimas ir diegimo problemos 47
4.4. Kiti kokybės vadybos sistemos diegimo aspektai 51
5. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS 56
5.1. Kokybės vadybos sistemos diegimo eiga 56
5.2. Esminės problemos, diegiant KVS odontologijos įstaigose 57
5.3. Kokybės sistemos diegimo nauda 62
IŠVADOS 64
REKOMENDACIJOS 65
LITERATŪRA 66
PRIEDAI 72

LENTELĖS

1 lentelė. Pirminiai Serqual metodikos kokybės kriterijai 21
2 lentelė. Odontologijos įstaigos pagal darbuotojų skaičių 2004 m. ir 2007 m. 39
3 lentelė. Respondentų charakteristikos pagal pareigas, darbo stažą 42
4 lentelė. Problemos diegiant KVS, pagal tai kas rengė procedūras 50

PAVEIKSLAI

1 pav. Kokybė gamyboje 12
2 pav. Darbas, siekiant visuotinės kokybės 12
3 pav. Visuotinės kokybės vadybos sudėtinės dalys 13
4 pav. PDTV ciklas. Deming'o ratas 14
5 pav. 5S Kaizen sistema 15
6 pav. Procesinis požiūris vadyboje 24
7 pav. Tarpusavyje sąveikaujančių procesų tinklas 24
8 pav. ISO 9000:2000 kokybės vadybos sistemos modelio schema 32
9 pav. Odontologijos įstaigos, pagal pavaldumą ir darbuotojų skaičių 2007 m. 38
10 pav. Odontologijos įstaigos, pagal darbuotojų skaičių 2004 ir 2007 m. 38
11 pav. Odontologijos įstaigos, pagal darbuotojų skaičių 2007 m. 39
12 pav. Apklausos respondentai pagal pareigas 42
13 pav. KVS diegimas odontologijos įstaigose 43
14 pav. Kokybės planai odontologijos įstaigose 44
15 pav. Kitų kokybiškos veiklos ir užtikrinimo programų naudojimas 44
16 pav. Ar dokumentuota kokybės politika ir tikslai įstaigoje 45
17 pav. KVS, ISO standartų žinios, dalyvavimas KVS mokymuose ir informacijos apie KVS pakankamumas 46
18 pav. Kokybės koncepcijos žinios 46
19 pav. Priežastys dėl ko diegiama KVS 48
20 pav. Problemos diegiant KVS 48
21 pav. Problemos diegiant KVS, pagal įstaigų dydį 49
22 pav. Ko trūksta, kad būtų įdiegta KVS įstaigose, kurios neturi KVS 50
23 pav. Ko trūksta, kad būtų įdiegta KVS 51
24 pav. Informacijos pakankamumo, lūkesčių ir naudos santykis bei KVS svarba ir pasitenkinimas ja, pagal KVS mokymus įstaigos viduje 52
25 pav. Kas rengė/rengia KVS procedūras, pagal įstaigų dydį 52
26 pav. Nauda įdiegus KVS 53
27 pav. Nauda įdiegus KVS, pagal įstaigų dydį 54
28 pav. Įstaigų, turinčių 1-4 darbuotojus, kokybės planai 55
29 pav. Kokybės planai įstaigose kur dirba 5 ir daugiau darbuotojų 55

SANTRUMPŲ IR TERMINŲ ŽODYNAS

CRM – Customer relantionship management (santykių su klientais valdymas)

EB – Europos Bendrija

EEB – Europos Ekonominė Bendrija

EKVF – Europos kokybės vadybos fondas

EKO – Europos kokybės organizacija

ES – Europos Sąjunga

ET – Europos Taryba

JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos

JTO – Jungtinių tautų organizacija

KVS – kokybės vadybos sistema

LKVS – Lietuvos kokybės vadybos asociacija

LSIC – Lietuvos sveikatos informacijos centras

LR – Lietuvos Respublika

LRV – Lietuvos Respublikos Vyriausybė

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

SARB – Sveikatos apsaugos reformos biuras

SoDra – Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba

SPĮ – sveikatos priežiūros įstaiga

TLK – Teritorinė ligonių kasa

VKV – visuotinė kokybės vadyba

ĮVADAS

Šiandien, kai pasaulis perkopė XXI amžiaus slenkstį, mes dažniau susimąstome apie pasikeitimus vykstančius aplink mus. Mūsų gyvenimo ir darbo tempai greitėja, keičiasi aplinka, mus supantys žmonės, mes patys. Būdami mąstančios būtybės, mes keliame naujus reikalavimus sau ir aplinkai, mes keičiame savo gyvenimo įpročius, siekiame asmens ir visuomenės darnos. Neišvengiamai dalydamiesi pareigomis šiandieninėje visuomenėje, mes siekiame geresnio tarpusavio supratimo ir bendravimo kokybės.

Verslo pasaulyje mes pastebime faktą, kad besikeičianti aplinka reikalauja atsakingesnio visų organizacijos narių požiūrio į vartotojo poreikius ir norus bei jų tenkinimą. Verslo sėkmė priklauso nuo to ar vartotojas patenkintas produktu, kurį gauna iš prekės gamintojo ar paslaugos teikėjo. Dažnai sėkmė „išslysta iš rankų“ tik todėl, kad vartotojas lieka nepatenkintas produkto kokybe.

Praėjusio šimtmečio viduryje Japonijos verslininkai, siekdami nugalėti konkurencinėje kovoje su JAV ir Europos šalių gamintojais, ištobulino gamybos būdus, sukūrė gamybos metodų ir procesų klaidų aptikimo ir jų prevencijos mechanizmus, sukūrė visuotinės kokybės vadybos pagrindus ir sutelkė visus organizacijos narius vieninteliam tikslui – patenkinti vartotoją, maksimaliai sumažinus klaidų tikimybę.

Problema. Kaip niekad anksčiau sveikatos priežiūros paslaugų kokybė tampa labai aktualia tema visuomenės ir specialistų tarpe. Visuomenė ir pacientai, būdami geriau informuoti apie sveikatos priežiūros paslaugas ir galimybes, reikalauja ir tikisi geresnės kokybės medicinos paslaugų. Pacientų skundai dėl nekokybiškų paslaugų teikimo, nepamatuoti sveikatos politikų, gydytojų ir kitų medicinos darbuotojų sprendimai bei poelgiai reikalauja vis didesnio specialistų ir atsakingų valstybės tarnautojų dėmesio. Pastaruoju metu daug ginčų kyla tarp pacientų ir odontologijos įstaigų vadovų, kadangi dažniausiai šios įstaigos yra privačios ir pacientai tikisi, kad iš jų lengviau išsireikalauti žalą (tikrą ar įsivaizduojamą). Mokslo ir praktikos specialistai teigia, kad kokybės sistemos diegimas išspręstų šią problemą ir tokiu būdu įgalintų sveikatos priežiūros įstaigas ir organizacijas užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Naujumas, aktualumas. Šiandien kokybės sąvoka gerokai platesnė. Ji apima visą mus supančią aplinką bei mus pačius – nuo gamybos, produkto iki gyvenimo kokybės. Visuotinė kokybės vadyba (VKV) – tai priemonių visuma, užtikrinančių produkto (prekės ar paslaugos) vartotojo keliamiems reikalavimams. Kadangi vis dažniau atsigręžiame į pačius save, mes siekiame kokybiško gyvenimo, kurį dalinai, o dažnai ir pilnai, užtikrina kokybiška

sveikatos priežiūra. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimas yra prioritetinis Pasaulio sveikatos organizacijos, Lietuvos ir kitų šalių vyriausybių bei sveikatos priežiūros įstaigų uždavinys šiandien.

Tyrimo objektas. Odontologija – viena iš sparčiausiai besivystančių medicinos sričių Lietuvoje, pritraukianti daugiausia privačių investuotojų ir viena patraukliausių paslaugų užsienio piliečiams, kurią sąlygoja aukštas Lietuvos odontologijos specialistų profesionalumas ir kvalifikacija bei galimybės užtikrinti paslaugų kokybę.

Tyrimo tikslas. Įvertinti kokybės vadybos sistemos diegimo eigą Lietuvos odontologijos įstaigose.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti kokybės vadybos sistemos diegimo būklę odontologijos įstaigose.
2. Identifikuoti kokybės vadybos sistemos diegimo odontologijos įstaigose esmines problemas.
3. Įvertinti naudą, kurią gauna iš kokybės vadybos sistemos odontologijos įstaigos.

Tyrimo metodai. Darbe buvo analizuojama naujausia Lietuvos ir užsienio mokslinė literatūra, Lietuvos Respublikos seimo įstatymai, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtinti įsakymai ir kiti norminiai aktai, Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenys bei kita informacija, susijusi su tyrimu. Atlikta anoniminė apklausa, apklausiant 350 odontologijos įstaigų vadovus. Duomenų analizei buvo panaudota statistinio duomenų analizės paketas SPSS 13.0 versija ir MS Excel.

1. KOKYBĖS SAMPRATA

1.1. Visuotinė kokybės vadyba

Kokybė ir kiekybė yra dvi esminės žmogaus būties charakteristikos. Kokybė yra plati įvairiapusė sąvoka, kuri turi dešimtis apibrėžimų, kurie gali būti klasifikuojami pagal požiūrį į kokybę. 1998 m. mokslininkų buvo išskirti 5 pagrindiniai požiūriai į kokybę (21):

1. Transcendentinis – tai "... sąlyga tobulumo, reiškianti puikią kokybę, skirtingai nuo blogos kokybės... Kokybė yra pasiekiamas arba siekimas aukštesnio standarto, kaip priešingybė būti patenkintam prastu arba apgaulingu dalyku".
2. Produkto kokybė – tai tiksliai, aiškiai ir objektyviai išmatuojamas dydis, kurį atspindi produkto savybių ir požymių kiekis.
3. Kokybė vartotojui – tai produkto atitikimas vartotojo reikalavimams.
4. Kokybė gamyboje – tai gamybos proceso atitikimas susikurtiems ir patvirtintiems arba visuotinai pripažintiems standartams (procedūroms, techninėms sąlygoms, dokumentacijai ir kt.).
5. Vertės požiūris – tai produkto kainos arba kaštų atitikimas produkto charakteristikoms.

Tačiau nė vienas iš pateiktųjų požiūrių nepateikia galutinio kokybės apibrėžimo, nes tarp kiekvieno iš jų yra skirtumų, taip pat yra papildomų produkto (požymiai, garantijos, ilgalaikiškumas, estetiškumas ir kt.) ar paslaugos (patikimumas, kompetentingumas, jautrumas, prieinamumas, paslaugumas ir kt.) charakteristikų, kurios neleidžia suvienodinti kokybės apibrėžimo.

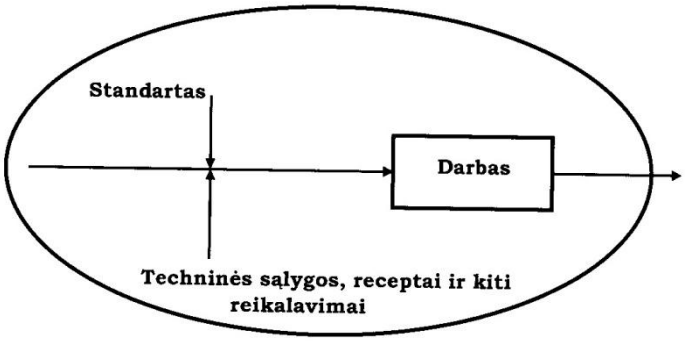
Pasak B. Neverdausko ir J. Rastenio (15) kokybės sąvoka apima 3 kokybės aspektus:

1. Kokybė parodo, kokiu lygiu organizacijos prekės ar paslaugos atitinka jos vidines technines sąlygas.
2. Vertinama konstrukcijos kokybė; kitaip tariant, kokybė gali atitikti konstrukcijos technines sąlygas, bet pati konstrukcija gali būti žemos, taip pat ir aukštos kokybės.
3. Kokybė parodo, kokiu laipsniu paslauga, prekė ar darbas patenkina realias vartotojo reikmes.

Tarptautinis kokybės vadybos standartas ISO 9000:2001 kokybę apibendrintai apibūdina taip: "Kokybė – turimųjų charakteristikų visumos atitikties reikalavimams laipsnis" (16).

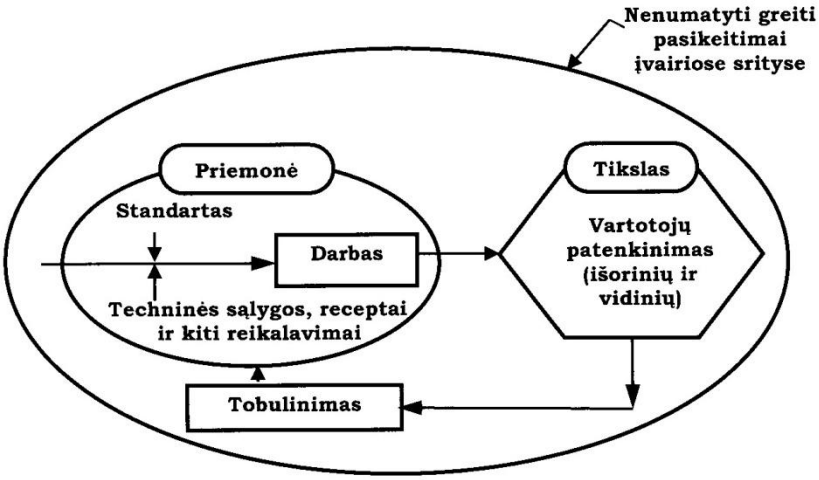
Kokybę dar būtų galima apibūdinti kaip objekto savybių visumą, įgalinančią ją tenkinti išreikštus ir numatomus poreikius. Kokybė yra objektyvus daikto ar reiškinio apibūdinimas tam tikrai rūšiai, būdingais esminiais požymiais, kai galima tikrovės rūšinė įvairovė. Tai pagal paskirtį naudojamos produkcijos ypatybių leidžiančių patenkinti tam tikrus poreikius, visuma. Kokybė – tai poreikių patenkinimas (2).

Pasak P. Vanago „visuotinė kokybė reiškia požiūrio "kokybė vartotojui" taikymą bet kurioje darbinėje ar visuomeninėje veikloje bei privačiame gyvenime" (21). Ji apima visus organizacijos narius, sistemas, užduotis ir taipogi visas organizacijas. Šiandien organizacijose dažniausiai vyrauja "kokybės gamyboje" požiūris (žr. 1 pav.), tačiau kokybės vadybos moksle ši samprata yra tik priemonė pasiekti tikslą (žr. 2 pav.).



1 pav. Kokybė gamyboje

Šaltinis: P. Vanagas, 2004 (21)



2 pav. Darbas, siekiant visuotinės kokybės

Šaltinis: P. Vanagas, 2004 (21)

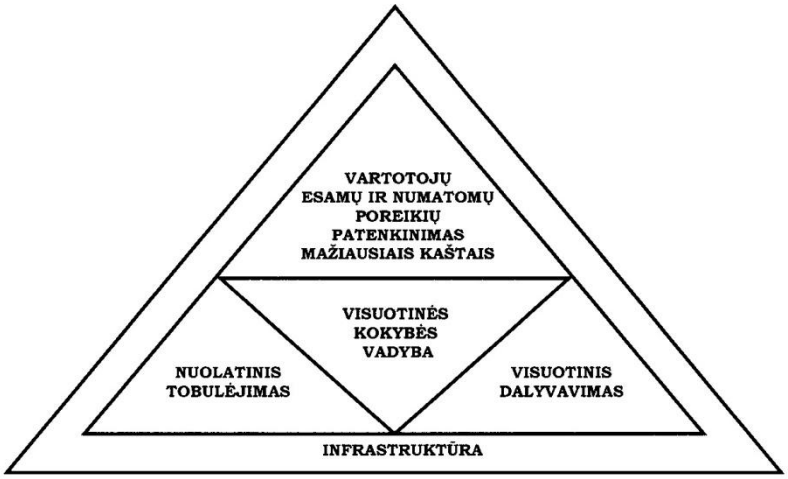
J. A F. Stoner ir kt. teigia, kad visuotinė kokybės vadyba (VKV) – tai organizacijos kultūrinis įsipareigojimas tenkinti vartotojų poreikius, naudojant integruotą priemonių,

metodų ir mokymo sistemą. VKV – tai nuolatinis organizacijos procesų tobulinimas, o jo rezultatas – puikios kokybės produktai ir paslaugos .

VKV remiasi prielaida, kad būtina patenkinti vartotojo poreikius. Tai reiškia, kad produktas ar paslauga yra nekokybiškas jei vartotojas lieka nepatenkintas produkto kokybe ar darbas yra nekokybiškai atliktas ir neatitinka standartų. Tai apima abi – išorinius vartotojus ir vidinius vartotojus – visuotinės kokybės vartotojų grupes. Visuotinę kokybę įgyvendinusios organizacijos yra labai dinamiškos, lanksčios ir sugebančios prisitaikyti prie besikeičiančių sąlygų. Jos gali greitai reaguoti į nenumatytus pasikeitimus, kuriuos iš anksto numatyti yra labai sunku (2)

Skiriamosios visuotinės kokybės vadybos dalys yra (žr. 3 pav.):

1. vartotojų esamų ir numatomų poreikių patenkinimas mažiausiais kaštais;
2. nuolatinis tobulinimas;
3. visuotinis dalyvavimas tobulinimo procese;
4. infrastruktūra.



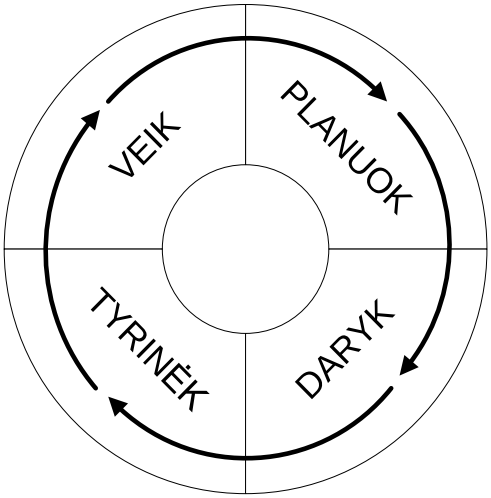
3 pav. Visuotinės kokybės vadybos sudėtinės dalys

Šaltinis: P. Vanagas, 2004 (21)

Siekdama išlikti rinkoje, bet kuri organizacija turi nuolat tobulėti tokiais tempais, kaip ir konkurentai. Siekdama užsitikrinti lyderio poziciją savo rinkoje, organizacija turi tobulėti greičiau nei artimiausi konkurentai. Visuotinės kokybės vadybos (VKV) koncepcija grindžiama nuolatiniu organizacijos ir visų sistemos elementų tobulėjimu (19). “Visuotinės kokybės vadyba yra tokia vadybos filosofija ir metodai, kuriuos pasirinkusi organizacija nuolat tobulėja, įtraukdama į tobulinimo veiklą visus darbuotojus ir siekdama kuo geriau patenkinti vartotojų poreikius, gerindama produktų kokybę ir mažindama kaštus” (21).

Visuotinės kokybės vadyba yra vadovavimo teorija, pagrįsta principu, jog darbo organizavimas turi būti laipsniškai gerinamas. Pagrindiniai vadybos būdai, esamos veiklos gerinimo pastangos ir techninė įranga suvokiami, kaip vientisas metodas, skirtas nuolat gerinti visą prekės gamybos ar paslaugos teikimo procesą (7).

Nuolatinio tobulinimo veiklos pagrindas yra ciklas „Planuok, daryk tyrinėk, veik“ (žr. 4 pav.). Tai dinamiškas ciklas, kuris gali būti pritaikytas kiekvienam organizacijos procesui ir visų procesų sistemai, dar vadinamas „Deming‘o ratu“ arba „Shewart‘o ciklu“. Jis glaudžiai susijęs su planavimu, įgyvendinimu, kontrole bei nuolatiniu gerinimu, kitaip tariant su pagrindiniais vadybos principais (2, 7, 8, 11, 19, 21).



4 pav. PDTV ciklas. Deming'o ratas

Šaltinis: V. Pivoras, 2004 (17, 43)

Planuok – nustatyk tikslus ir procesus rezultatui pasiekti pagal kliento reikalavimus ir įstaigos politiką. Daryk – įgyvendink procesus. Tyrinėk – vykdyk procesų bei paslaugų monitoringą ir matavimus, atsižvelgdamas į įstaigos politiką, tikslus bei reikalavimus, keliamus paslaugai, ir pranešk apie rezultatus. Veik – imkis veiksmų procesams nuolat gerinti (43).

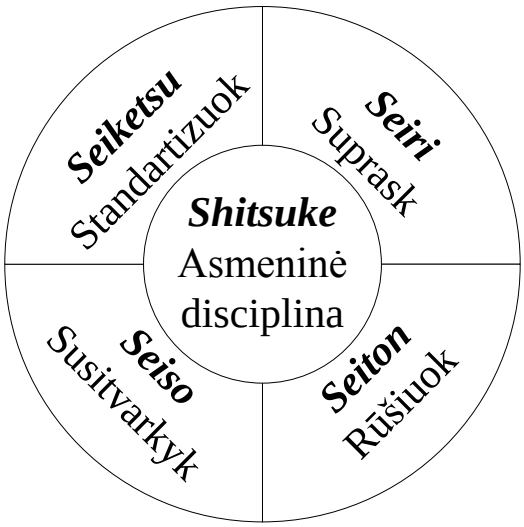
Dar vienas nuolatinio tobulinimo metodas užgimęs Japonijoje yra “Kaizen”. Ši vadybos koncepcija yra labiau gyvenimo filosofija, kuri reiškia palaipsninį ir nuoseklų tobulėjimo siekimą. tiesiogiai išvertus “Kaizen” reiškia *“pasikeitimai (kai) tampantys gerais (zen)”* (52). Šios koncepcijos varomoji jėga yra nepasitenkinimas esama padėtim, nepriklausomai nuo to ar ji yra gera ar ne. Kita vertus nuolatinis tobulinimas atliekamas labai nuosekliai ir trumpame laikotarpyje yra nepastebimas. Tai nėra patrauklu vakarietiškom

kompanijom, nežiūrint į tai, kad analizuojant veiklą ilgame laikotarpyje rezultatai yra ryškiai pastebimi (61).

Esminiai Kaizen metodo elementai yra kokybė, pastangos/stengimasis, darbuotojų įtraukimas, noras keistis, komunikacija. Pamatiniai Kaizen metodo elementai yra komandinis darbas, asmeninė disciplina, gerėjanti moralė, kokybės ratai, pagerėjimo prielaida (52).

Iš pamatinių elementų iškyla trys esminiai faktoriai:

- ✓ Pereikvojimo pašalinimas ir neefektyvumas;
- ✓ 5S sistema (žr. 5 pav.):
  1. Seiri – suprask
  2. Seiton – rūšiuok
  3. Seiso – susitvarkyk
  4. Seiketsu – standartizuok
  5. Shitsuke – asmeninė disciplina
- ✓ Standartizacija



5 pav. 5S Kaizen sistema

Šaltinis: <http://www.12manage.com/methods_kaizen.html (53)

Intensyvėjanti konkurencija pasaulyje ir Europoje paskatina Europos pirmaujančių valstybių vyriausybes ir kompanijas susimastyti apie produkcijos kokybę. Pripažindamos, kad prekių ir paslaugų pasiūla pradėjo nevaldomai augti, Europos pramonės ir aptarnavimo sektoriaus organizacijos ėmė keisti projektavimo, vadybos, gamybos ir kitus procesus, vykstančius organizacijų viduje. Europos valstybės XX a. pabaigoje buvo atsilikusios kokybės vadybos ir kokybės valdymo srityje. Kaip pavyzdį būtų galima pateikti automobilių pramonės

veiklos efektyvumą. Iš 1000 pagamintų automobilių nekokybiški buvo: Japonijoje – 60, JAV – 82, Europoje – 92 (21).

Tai privertė Europos verslininkus pakeisti seną, stagnacinį požiūrį į kokybės vadybą, nes aiškiai sumažėjo pramonės konkurencingumas pasaulinėje rinkoje. Dėl pasaulinės konkurencijos daugelis pažangių Europos pramoninkų, politikų ir mokslininkų suprato, kad kooperavimasis šalies ir regioniniu mastu, rinkų jungimasis ir dalijimasis patirtimi bei žiniomis gali duoti gerų rezultatų. Šiandien daugelis iš jų mano, kad tik aukšta kokybė atvers duris į harmoningą ir darbų Europos vystymąsi XXI a. (8).

1994 m. buvo suformuota Europos kokybės politika ir programa, kuria buvo siekiama suvienyti visų pastangas, laikytis bendros strategijos stiprinant Europos Sąjungos (ES) konkurencingumą. 2005 metų Europos kokybės savaitės šūkis yra "Kokybė Europoje: inovacijos ir transformacija – išlikimo garantas" (59). Europos kokybės programa – tai darbai, vykdomi ES, nacionaliniame ir įmonių lygyje, laikantis bendros strategijos.

ES kokybės programoje nustatytos sekančios pagrindinės veiklos kryptys (21):

1. Kokybės skatinimas ir kokybės gerinimo priemonių įgyvendinimas.
2. Kokybės vadybos metodų tobulinimas ir propagavimas.
3. Kokybės infrastruktūros vystymas.
4. Mokymas ir kvalifikacijos kėlimas.
5. Valdymo struktūros koordinavimas.

Kokybės vadybos varomosios jėgos ES yra Europos kokybės vadybos fondas EKVF (European Foundation for Quality Management - EFQM) ir Europos kokybės organizacija (European Organization for Quality - EOQ), kurios sudaro ES kokybės pagrindą.

EKVF vizija yra tapti pagrindine organizacija, propaguojančia ir padedančia įgyvendinti visuotinės kokybės vadybą Europoje. EKVF pagrindinis tikslas yra stiprinti Europos kompanijų pozicijas joms konkuruojant pasaulinėje rinkoje, siekis, kad kokybė taptų europiečio aukščiausiu verslo uždaviniu (56). EKVF suformulavo tokius pagrindinius savo uždavinius: Europos kokybės vadybos fondas tikisi, kad, pasitelkusi visuotinės kokybės vadybą, Europa taps pagrindinė pasaulinės rinkos jėga. Mūsų uždavinys – stiprinant vadybos vaidmenį kokybės strategijoms, parengti ir sukurti sąlygas Europos pramonės pozicijoms sutvirtinti (56).

Išskiriami tokie įmonių sėkmės veiksniai šiems uždaviniams išspręsti:

- ✓ aiškiai suformuota ir visiems darbuotojams perteikta kompanijos vizija;
- ✓ aukščiausiojo lygio vadovų įsipareigojimai ir įsitraukimas į visuotinės kokybės siekimo procesą;

- ✓ investavimas į visų lygių darbuotojų lavinimą ir praktinį mokymą;
- ✓ horizontali kompanijos valdymo struktūra su integruotas funkcijas atliekančiomis komandomis;
- ✓ įgalioti ir motyvuoti darbuotojai su vadovais, veikiančiais kaip darbuotojų treneriai ir patarėjai;
- ✓ noras gerinti meistriškumą, išmokti naujų darbo metodų ir įsisavinti naują techniką;
- ✓ kantrumas ir atkaklumas.

Europos kokybės organizacijos misija – bendradarbiauti ir keistis informacija su kitomis panašaus profilio organizacijomis, taip pat skleisti praktines ir teorines žinias, norint įgyvendinti visuotinės kokybės vadybos idėjas Europos Ekonominėje Bendrijoje (EEB).

Numatytos šios pagrindinės veiklos sritys (57):

- ✓ kokybės įgyvendinimas aptarnavimo sektoriuje;
- ✓ smulkiųjų ir vidutinių įmonių rėmimas;
- ✓ naujų idėjų skleidimas, seminarų ir konferencijų organizavimas, Europos kokybės savaitės organizavimas;
- ✓ mokymo kursų ir programų sudarymas;
- ✓ pažintinių seminarų Europos Bendrijos (EB) šalių aukščiausiems pareigūnams organizavimas;
- ✓ kokybės vadybos specialistų profesionalų Europos įmonėms rengimas;
- ✓ vadovavimas tyrimo centrui, tiriančiam geriausių ir pažangiausių Europos įmonių praktiką;
- ✓ įvairių kokybės projektų rėmimas.

Ypatingą dėmesį Europos kokybės organizacija skiria aptarnavimo sektoriui, kadangi ji yra sparčiausiai augantis ir pelningiausias Europos ekonomikos sektorius, sudarantis ~60% viso bendrojo EB nacionalinio produkto (57).

Mokslinė kokybės vadybos plėtra ES šiuo metu labai intensyvi. Tai patvirtina 1997 m. sudaryta pirmaujančių Europos universitetų sąjunga, kurios tikslas – sukurti Europos visuotinės kokybės vadybos magistro programą. Programą iš dalies remia Europos kokybės vadybos fondas. Programos tikslas – sukurti įtakingą Europos universitetų tinklą, kuris gerintų visuotinės kokybės vadybos metodus ir darytų įtaką prekių, paslaugų, darbo kokybei ir kultūrinei aplinkai (8).

Visuotinės kokybės vadybos pagrindams šalyje įgyvendinti 1995 m. parengta, o 1996 m. Lietuvos Respublikos Vyriausybės aprobuota pirmoji Nacionalinė kokybės programa. Ji

buvo parengta remiantis esamos padėties analize, vadovaujantis Europos Bendrijos EB kokybės politikos elementais, Ispanijos kokybės programa, visuotinės kokybės vadybos įgyvendinimo Japonijoje ir JAV infrastruktūros elementais ir kitais šaltiniais, kuriuose nagrinėjama kokybės vadybos įgyvendinimo teorija ir praktika. Pradžioje suformuota Nacionalinė kokybės politika, kuriai įgyvendinti sudaryta programa (63).

Lietuvos Nacionalinė kokybės programa rėmėsi šia kokybės vizija – „Kokybė palaipsniui taps kiekvieno Lietuvos piliečio svarbiausia mąstymo filosofija ir veiklos būdu. Gaminių, paslaugų ir gyvenimo kokybės lygis pakils iki pirmaujančių Europos valstybių kokybės lygio. Lietuva harmoningai integruosis į Europos Sąjungą (ES)“ (Nacionalinė kokybės sistema, 2005).

Pagrindinis Lietuvos Nacionalinės kokybės programos tikslas – sukurti infrastruktūrą ir palankią aplinką ūkio subjektui siekti kokybės. Nacionalinės kokybės programa – tai visuma darbų, iniciatyvų ir projektų, kurie turi būti vykdomi pagal bendrą strategiją.

Pasaulio šalių pavyzdžiu 2001 m. įkurta Lietuvos kokybės vadybos asociacija (LKVA), kuri 2003 m. priimta į Europos kokybės organizaciją ir atstovauja Lietuvai šioje organizacijoje. Asociacijos nariai juridiniai ir fiziniai asmenys. LKVA misija – padėti Lietuvos ūkio subjektams gerinti konkurencingumą šalyje, Europoje ir visame pasaulyje, remiantis pažangiausia kokybės vadybos teorija ir praktika. Taip pat padėti šalies valdymo ir viešojo administravimo institucijoms gerinti savo veiklos kokybę, kad geriausiu būdu ir mažiausiomis sąnaudomis būtų patenkinami mūsų šalies piliečių poreikiai. Bendradarbiauti su visuomene, piliečiais ir organizacijomis bei remti jų domėjimąsi kokybės vadyba, vystyti tarptautinį bendradarbiavimą kokybės vadybos srityje, remti kokybės vadybos studijas. LKVA misija – tapti pagrindiniu informacijos ir motyvacijos šaltiniu Lietuvos ūkio subjektams siekiant kokybės vadybos profesionalumo ir veiklos tobulumo (62).

1.2. Kokybės samprata sveikatos priežiūroje

1.2.1. Bendrieji kokybės sampratos aspektai sveikatos priežiūroje

Kokybės vadybos metodai, sėkmingai taikomi gamyboje, vis labiau skverbiasi į paslaugų sektorių. Pastaruoju metu, ypač ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse, vis didesnis dėmesys skiriamas sveikatos priežiūros paslaugų kokybei. Mokslinėje literatūroje paslaugų kokybės tyrimams taikomi įvairūs modeliai, kuriuos galima suskirstyti į tris grupes (5):

1. vartotojo kokybės suvokimo;

2. paslaugos teikimo proceso, kitaip profesionalios kokybės;
3. paslaugų teikimo sistemos arba vadybos (valdymo) kokybės.

Pritaikius šiuos modelius asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, galima įvertinti šių paslaugų kokybiškumą.

Pirmasis – paciento kokybė, t. y. paslaugos, kurių pacientas ar jo artimieji tikisi iš medicinos įstaigos (asmenų ir visuomenės poreikiai). Šiuos duomenis galima gauti anoniminių anketų pagalba. Iš jų paaiškėja, pavyzdžiui, ar pacientui teko ilgai laukti pirmojo susitikimo su gydytoju, tyrimų atlikimo, kitų procedūrų, ir jei taip, vadinasi, įstaigos darbas organizuojamas nekokybiškai. Jei personalas elgiasi grubiai, prašomas nesuteikia informacijos apie diagnozę, gydymo metodus, paslauga taip pat bus vertinama kaip nekokybiška. Pacientų požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų kokybę16: ką pacientas norėtų gauti; ko realiai laukia; ką, paciento požiūriu, jam reikia gauti. Pacientų vertinimai susideda iš pacientų lūkesčių ir pacientų patirties. Sudėtiniai elementai: atranka, įėjimas, pirmas kontaktas, pirmo kontakto įvertinimas, intervencija, peržiūra, išėjimas, stebėjimas. Kokybės pacientų požiūriu vertinimo būdai: skundų, pageidavimų knygos; individualūs bei grupiniai pokalbiai su pacientais; anketinė apklausa; objektyvūs vertinimai – skundų skaičius tam tikram pacientų skaičiui, prarastų pacientų skaičius.

Antrasis modelis – profesionali kokybė. Šiuo atveju nagrinėjama, ar paslaugos atitinka poreikius, ar tinkamai naudojama medicinos technika ir atliekamos procedūros. Teigiama, jog siekiant kokybės, būtina orientuotis ne į paslaugos rezultatą, o į jos teikimo procesą. Paslaugos rezultatą sunku standartizuoti, nes kiekvienas žmogus savitas. Natūralu, jog ta pati kokybiška paslauga, suteikta skirtingiems žmonėms, gali lemti visiškai skirtingus rezultatus. Paslaugos teikimo procesas „matuojamas“ apčiuopiamais dalykais. Sudarydama sutartį sveikatos priežiūros paslaugas teikianti įstaiga įsipareigoja atlikti visa, kas nustatyta gydymo protokoluose, ir tai registruoti ligos istorijoje. Šiuo atveju kokybė kontroliuojama lyginant ligos istorijos įrašus su gydymo protokolu; jei buvo atlikta viskas, kas jame numatyta, paslauga vertinama kaip kokybiška. Profesionali kokybė vertinama arba auditu – esama padėtis lyginama su standartais, arba kokybiniais vertinimo metodais, pvz.: personalo bendravimu.

Trečiasis modelis – vadybos (valdymo) kokybė. Tai efektyviausias procedūrų ir resursų (žmonių, finansų, laiko) naudojimas remiantis įstatymais bei vadovaujančių institucijų nurodymais. Valdymo kokybė skiriama į du lygius: vadybininko darbo kokybė ir visos struktūros darbo kokybė. Paslaugų kokybę galima gerinti įvairiais būdais, pvz. didinat

slaugytojų skaičių vienam ligoniui. Tačiau kad kiltų kokybės lygmuo, to nepakanka. Galima kokybę gerinti ir be didelių investicijų, t. y. diegiant kokybės sistemas.

Taigi nepaisant modelių įvairovės, kokybės tyrimas turėtų būti kompleksinis, t. y. tyrimo rezultatai turi parodyti, ar paslaugos nauda, užkoduota koncepcijoje, atitinka vartotojo poreikius, ar gerai suderintas paslaugos teikimo procesas ir ar sklandžiai veikia paslaugų teikimo sistema. Kokybiškas kokybės tyrimas bus tuomet, kai taikomi unifikuoti paslaugų kokybės vertinimo kriterijai.

Anot G. van Ossel (45), turėtų būti pateiktas baigtinis universalių (tinkančių visoms paslaugoms), nedviprasmiškų ir aiškių kriterijų, atspindinčių skirtingus vertinamos paslaugos bruožus, sąrašas. Savaime suprantama, kad turint tokius kriterijus kokybės matavimas būtų žymiai paprastesnis. Tačiau dėl paslaugų įvairovės vargu ar galima parengti tokį pavyzdinį kriterijų sąrašą.

Parasurman, V. A. Zeithaml ir L. L. Berry pateikia kokybės spragų modelį (angl. *Gap model*), kuris atskleidžia paslaugos kokybės suvokimą per Servqual metodiką (45). Šios metodikos esmė ta, kad suvokiama paslaugos kokybė nustatoma kaip balų, kuriais įvertinama laukiama ir patirta kokybė, skirtumas, t. y. paslaugų kokybė apibūdinama kaip skirtumas vartotojų lūkesčių, kuriuos jie puoselėja dėl geriausiojo paslaugų teikėjo (pavyzdžiui, idealios asmens sveikatos priežiūros įstaigos) aptarnavimo, ir įprastinio teikėjo siūlomos paslaugos kokybės. Taigi vartotojo pasitenkinimas ar nepasitenkinimas priklauso nuo to, kokią paslaugą jis gavo. Jei paslauga viršija lūkesčius, vartotojas tai vertina kaip idealią kokybę, ir atvirkščiai, - jei nepasiekia net minimalaus lygio, - kaip nepriimtiną. A. Parasurman, V. A. Zeithaml ir L. L. Berry nustatė, kad, nepriklausomai nuo paslaugos, vartotojas daugeliu atveju vertina tas pačias savybes (žr. Lentelė 1).

Servqual metodika prireikus gali būti papildyta situacijos ypatumus atspindinčiais papildomais kriterijais, tačiau ji išlieka kaip bazinė įvairių paslaugos, įskaitant ir asmens sveikatos priežiūros, kokybės matavimo schema.

1 LENTELĖ. Pirminiai Serqual metodikos kokybės kriterijai (5, 45)

Paslaugos savybė - kokybės vertinimo kriterijus	**Kriterijaus esmė**	**Pavyzdžiai**
Patikimumas	Paslaugos suteikimas be jokių atsisakymų, suderėtu laiku; pažadų ištesėjimas	Teisingos informacijos teikimas; tikslūs įrašai
Reagavimas	Personalo norai ir pasirengimas aptarnauti vartotoją; paslaugos suteikimas laiku	Greitas dokumentų įforminimas; skubus atsiliepimas telefonu
Kompetentingumas	Personalo žinios ir įgūdžiai	Kontaktinio personalo nuolatiniai mokymai; organizacijos gebėjimai
Prieinamumas	Kontaktų užmezgimą trukdančių kliūčių nebuvimas	Paslaugų teikėją lengva rasti; neilgai laukiama, kol paslauga bus suteikta; patogi paslaugos teikimo erdvė
Paslaugumas	Mandagus ir pagarbus kontaktinio personalo elgesys	Pagarba vartotojo asmeniniams daiktams; tvarkinga ir švari personalo apranga
Komunikabilumas	Gebėjimas bendrauti su vartotoju ta kalba, kurią jis moka, išklausymas, vartotojo norų supratimas	Paslaugos esmės išaiškinimas, supažindinimas su paslaugos kaina; vartotojo įtikinimas, kad organizacija gali išspręsti jo problemas
Pasitikėjimas	Organizacijos atvirumas ir garbingumas, pasirengimas tenkinti vartotojo poreikius	Organizacijos vardas ir reputacija; kontaktinio personalo asmeninės savybės
Saugumas	Grėsmės vartotojui nebuvimas, rizikos ir abejonių sumažinimas	Asmeninis, finansinis saugumas; informacijos konfidencialumas
Vartotojo pažinimas (supratimas)	Pastangos suvokti vartotojo poreikius	Konkrečių vartotojo reikalavimų žinojimas; individualus požiūris į kiekvieną vartotoją; nuolatinių vartotojų pažinimas
Apčiuopiamumas	Visi elementai, patvirtinantys paslaugos realumą	Materialinės galimybės; kontaktinio personalo apranga; instrumentai, įrengimai ir įranga, būtina paslaugai suteikti; materialus paslaugos simbolis; kitų vartotojų buvimas

Pasak Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) specialistų reikia atskirti sveikatos priežiūros paslaugų ir sveikatos priežiūros organizacijų/sistemos kokybę. Priešingu atveju kokybės gerinimo strategijos bus neveiksnios. Būtina vertinti sveikatos priežiūros sistemą,

kaip visumą ir paslaugų kokybę individualiai asmeniui ar visuomenei. Rekomenduojama, kad sveikatos sistemos siektų kokybės gerinimo 6 srityse. Sveikatos priežiūra turi būti (23):

1. *efektyvi*, teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas paremtas įrodymais ir tik tada kai būtina;
2. *veiksminga*, teikti sveikatos priežiūros paslaugas maksimaliai išnaudojant resursus, tuo pačiu išvengiant nereikalingų išlaidų;
3. *pasiekiama*, teikti sveikatos priežiūros paslaugas laiku, geografiškai pasiekiamas, teikiamas principu, kad žinios ir ištekliai bus ten, kur jų labiausiai reikia;
4. *priimtina/orientuotos į pacientą*, teikti sveikatos priežiūros paslaugas, atsižvelgiant į pacientų lūkesčius ir kultūros ypatumus;
5. *teisinga/nešališka*, teikti sveikatos priežiūros nežiūrint į lyties, rasės, kultūros ir kt. skirtumus ar socialinį-ekonominį statusą;
6. *saugi*, teikti sveikatos priežiūros paslaugas maksimaliai sumažinant rizikos galimybę.

A. Dobenian tai įvardijo kaip kolonas ant kurių laikosi visa sveikatos priežiūros kokybė. Prie jau paminėtų sričių jis išskyrė dar vieną kokybės elementą – *optimalumą* – geriausias kainos ir kokybės santykis (9).

Siekiant, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos kokybiškai būtina, kad šiame procese dalyvautų visos susijusios grandys: įstatymų leidėjai, sveikatos paslaugų teikėjai ir visuomenė/paslaugos gavėjai (11). Visos šios grandys yra tarpusavyje glaudžiai susijusios, pavyzdžiui:

- ✓ įstatymų leidėjai negali vystyti ar gerinti sveikatos paslaugų gerinimo strategijų neatsižvelgdamos į sveikatos paslaugų teikėjų galimybes ar visuomenės/paslaugos gavėjų poreikius ir lūkesčius;
- ✓ sveikatos paslaugų teikėjai turi veikti, atsižvelgiant į įstatymų leidėjus ir visuomenės /paslaugos gavėjų poreikius ir lūkesčius;
- ✓ visuomenė/paslaugos gavėjas turi įtakoti tiek įstatymų leidėjus, tiek ir sveikatos paslaugų teikėjus, jei jie nori pagerinti savo sveikatą.

Sveikatos priežiūros įstaigų kokybės problema – tai realių organizacijos kokybės sistemos struktūros procesų ir rezultatų neatitikimas planuotiems. Šis neatitikimas dažniausiai būna pakankamai netikėtas ir nelauktas. Tai kartais sąlygoja netikėtus ir nelauktus intuityvius sprendimus, kurie ne visada yra blogi, tačiau niekada nėra geri. Jie dažniau pagrįsti turima patirtimi, nuovoka, bet ne loginiu mąstymu ir loginiu sprendimu (12).

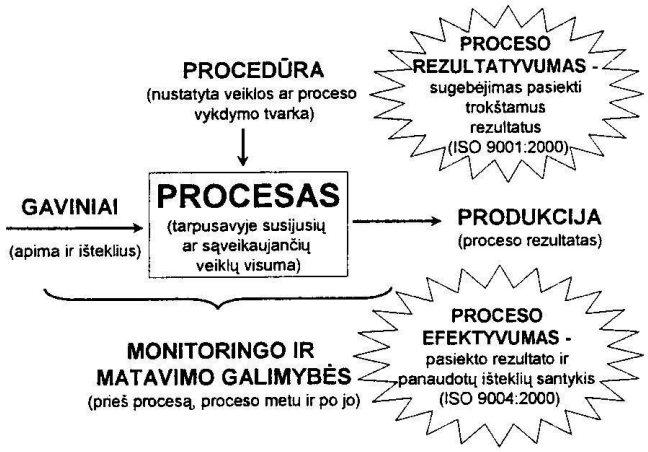
Sveikatos politika – tai suderintas visų visuomenės politinių, socialinių bei ekonominių sektorių veiklos planas, skirtas gyventojų sveikatai ugdyti, stiprinti, ligų prevencijai bei savalaikei efektyviai medicinos pagalbai teikti (33). Sveikatos kokybės politika – tai vertybinė sąvoka skirta konkretiems, vadybiniams sprendimams kokybės gerinimui priimti. Abstrakti kokybės politikos nuostata konkretizuojama kokybės tiksluose, kurie atitinka konkrečius sveikatos priežiūros įstaigos tikslus ir atspindi tiek paciento, tiek ir organizacijos tikslus. Jie (tikslai) turi būti orientuoti į ateitį, patrauklūs, pasiekiami, pamatuojami ir apibrėžti laike (11).

Egzistuoja ir kuriamos įvairios sveikatos kokybės sistemos. Kartais jos taip net nesivadina ir tarpusavyje panašios tik kai kuriais terminais. Tai neišvengiama, kadangi SPĮ vadyba ir jos metodai glaudžiai susiję ir kartais neatskiriami nuo kokybės gerinimo. Tai taikytina bendrosios vadybos ir medicininės vadybos sąvokoms (11, 12).

Daugelis Europoje ir pasaulyje pripažintų iniciatyvų tampa sveikatos priežiūros įstaigų programomis, kuriomis siekiama to paties tikslo – sveikatos priežiūros kokybės. Pagrindinės SPĮ kokybės gerinimo programų krytys (34):

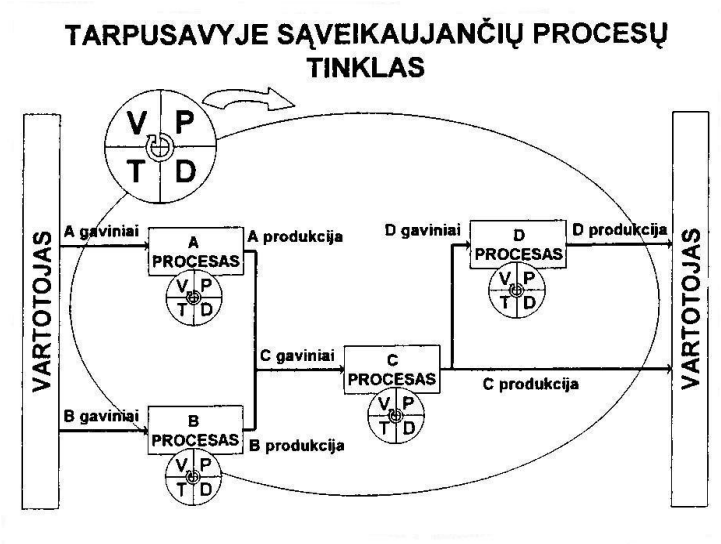
- ✓ įrodymais pagrįsta medicina;
- ✓ akreditacija ir išorinis įvertinimas;
- ✓ visuotinės kokybės vadyba;
- ✓ medikų profesionalų kvalifikacijos vystymo sistemos;
- ✓ rizikos valdymas ir klaidų prevencija;
- ✓ organizacijos vystymas ir vadovų vaidmens keitimas;
- ✓ valdoma sveikatos priežiūra ir ligų valdymas;
- ✓ organizacijos adaptacinės ir amortizacinės sistemos;
- ✓ medicininis auditas;
- ✓ pacientas – sveikatos priežiūros proceso pagrindinis veikėjas.

Pasak sveikatos priežiūros vadybos mokslininkų, kokybės gerinimo metodai sveikatos priežiūros įstaigose dalinai apima vadybinius, elgsenos, ekonominius, statistinius, epidemiologinius metodus. Iš to mes matome, kad specifinių kokybės gerinimo metodų medicinoje nėra (49). Sveikatos priežiūros proceso kokybę atskirose šalyse lemia skirtingas profesionalų požiūris į atskiras teorines koncepcijas, skirtinga klinikinė praktika, skirtingi teisiniai aktai, religiniai įsitikinimai, tradicijos. Taip pat per mažai dėmesio skiriama tarptautiniams sveikatos priežiūros kokybės rodikliams ir standartams. Todėl perteikiant kokybės sistemas iš vienos šalies į kitą, šios sistemos turi būti adaptuotos dar pačiame diegimo procese (12).



6 pav. Procesinis požiūris

Šaltinis: V. Pivoras, 2004 (43)



7 pav. Tarpusavyje sąveikaujančių procesų tinklas

Šaltinis: V. Pivoras, 2004 (43)

Apibendrinant galima teigti, kad kuriant kokybės sistemas sveikatos priežiūros įstaigose labai svarbus bendras vadybinis paruošiamasis etapas, kuriame funkcinis valdymas keičiamas procesiniu valdymu (27, 39). Norimas rezultatas pasiekiamas daug efektyviau, kai veikla ir su ja susiję ištekliai valdomi kaip procesas (žr. 6, 7 pav.). Įmonės valdymo pagrindas yra ne funkcijos, o tie darbai ir veiksmai, kurių visuma apjungiama ir pavadinama viena ar kita funkcija. Optimizuoti procesai veda prie optimalaus rezultato (43).

1.2.2. Sveikatos priežiūros kokybė ir kokybės politika Lietuvoje

Sveikatos priežiūros kokybės tema bei teikiamų paslaugų kokybę Lietuvoje pradėta aktyviau kalbėti maždaug prieš 10-15 m. Pirmieji realūs žingsniai gerinant sveikatos priežiūros paslaugų sektorių žengti 1993 m., įkūrus Sveikatos apsaugos reformos biurą (SARB). SARB sukurta medicinos pagalbos kokybės programos grupė parengė ir pateikė biurui "Medicinos pagalbos kokybės užtikrinimo" projektą, kuris apibrėžė kokybės gerinimo proceso šalyje galimus orientyrus valstybės ir organizacijų lygyje bei buvo atkreiptas dėmesys į faktą, kad paslaugų kokybė tiesiogiai įtakoja sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rezultatus. Taip pat pažymėta, kad sveikatos priežiūros kokybė, įtakodama sveikatą, tiesiogiai įtakoja gyvenimo kokybę ir gyvenimo trukmę. Kaip teigia V. Janušonis, "sveikatos priežiūros kokybė turi būti sveikatos apsaugos sistemos ir jos organizacijų pagrindinė ašis apie kurią sukasi visa, kas yra organizacijoje" (12).

1998 m. spalio 6 d. SAM įsakymu Nr. 571 „Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų" patvirtinti lokalaus medicininio audito nuostatai bei kokybės vadovas sveikatos priežiūros įstaigoms (49). Jame pateiktos metodinės rekomendacijos kokybės sistemų diegimui sveikatos priežiūros įstaigose. Vadovaujantis šiuo įsakymu sveikatos priežiūros įstaigose pradėta atlikti (arba turėjo būti pradėta) lokalius medicininius auditus, kurie prilygsta kokybės sistemų vidaus auditams. Tačiau, kuriant ir tvirtinant šį įsakymą atsakingieji asmenys ir Sveikatos apsaugos ministerijos atstovai neįvertino šio įstatymo diegimo ir įgyvendinimo aplinkybių, sąlygų ir galimybių. Buvo neatsižvelgta į tai, kad daugelis privačių SPĮ, kurios sudaro didžiąją SPĮ dalį, yra nedidelės arba mikro įmonės, kurioms vykdyti šio SAM įsakymo nuostatas gali būti labai sunku.

Plačiau vystant lokalaus medicininio audito grupės vadovo ir narių klausimą, reikėtų paminėti ir 2007 m. gegužės 18 d. SAM įsakymą Nr. V-389 „Dėl kvalifikacinių reikalavimų medicininio audito grupės vadovui ir medicinos auditoriui patvirtinimo". Galima teigti, kad šiuo metu susidariusi precedento neturinti situacija – LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtinti reikalavimai medicininio audito grupės vadovui ir medicinos auditoriams, kurių vienas iš punktų sako, kad turi būti „dokumentai, patvirtinantys medicininio audito žinių išklausymą, įgūdžių įgijimą ne mažiau kaip 72 val. tobulinimo programoje, suderintoje su Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija". Tačiau specialios mokymo programos nėra iki šiol. Kita medicininio audito problema susijusi išskirtinai su odontologijos sritimi. Odontologijos įmonė – tai įmonė teikianti gyd. odontologo, gyd. odontologo specialisto, burnos higienisto, odontologo padėjėjo ir dantų protezų gamybos paslaugas. Kaip žinoma,

dantų protezų gamybos laboratorijos veikia kaip atskiras juridinis asmuo, nebūtinai kartu su gyd. odontologo veikla. Remiantis kvalifikaciniais reikalavimais, kurių vienas sako, kad lokalaus medicininio audito grupės vadovo išsilavinimas turi būti „aukštasis universitetinis, magistro laipsnis arba jam prilygintas“. Kitas straipsnis sako, kad „studijų programa - medicina, odontologija, visuomenės sveikata, slauga ar jai prilyginta“. Pažymėtina, kad iki 2002 m. Lietuvoje dantų technikai buvo ruošiami tik aukštesniojo išsilavinimo lygmenyje, nuo 2002 m. kolegijos pradėjo ruošti aukštojo, neuniversitetinio išsilavinimo lygmenyje. Taigi peršasi akivaizdi išvada, kad šiuo metu dantų protezų gamybos laboratorijos, kaip atskiri juridiniai asmenys, savo veiklos vykdyti negali, kadangi jų išsilavinimas neleidžia vykdyti lokalaus medicininio audito savistoviai. Tai būtų galima įvardinti ir kaip ne vienodą veiklos sąlygų sudarymą valstybiniu lygiu.

2002-10-10 SAM įsakymu Nr. 495 buvo patvirtinta “Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcija”, kurioje apibrėžti sveikatos priežiūros įstaigų (SPĮ) kokybės užtikrinimo tikslai, uždaviniai ir priemonės (50):

- ✓ Kokybės skatinimas ir kokybės gerinimo priemonių taikymas – rengti seminarus, aiškinti sveikatos priežiūros kokybės svarbą vadovams, propaguoti sveikatos priežiūros kokybę, mokyti visuomenę.
- ✓ Kokybės vadybos metodų tobulinimas ir propagavimas.
- ✓ Kokybės infrastruktūros kūrimas ir plėtojimas.
- ✓ Kvalifikuoto sveikatos priežiūros vadybos personalo rengimas ir tobulinimas.
- ✓ Valdymo struktūros koordinavimas – koordinuoti ir tobulinti valstybinio ir privataus sektoriaus veiklą regioniniu ir nacionaliniu lygiu, tobulinti reikalavimų paciento saugai ir priemonių jiems įgyvendinti sąveiką.
- ✓ Naujų kokybės vadybos metodų adaptavimas ir propagavimas – skatinti mokslininkus spręsti kokybės vadybos problemas Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje, sudaryti sąlygas Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos subjektams susipažinti su naujausiomis kokybės siekimo priemonėmis ir metodais.
- ✓ Šiuolaikinių, mažiausiai pavojingų diagnostikos ir gydymo priemonių paieška ir diegimas, medicinos gaminių rinkos priežiūra.
- ✓ Ligų diagnozavimo ir gydymo metodikų rengimas ir diegimas.
- ✓ Ekonominis ir socialinis kokybės skatinimas – sukurti ekonominio skatinimo sistemą, kuri įtrauktų Lietuvos sveikatos priežiūros subjektus į kokybės siekimo veiklą, rengti Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos teisės aktus, reglamentuojančius sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

- ✓ Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valstybinio reglamentavimo srityje – siekti, kad Lietuvoje būtų teikiamos saugios sveikatos priežiūros paslaugos bei gaminami ir parduodami nekenksmingi žmonių sveikatai ir nežalingi aplinkai produktai, siekti, kad nustatomi privalomieji kokybės reikalavimai sveikatos priežiūros paslaugoms bei produktams būtų ekonomiškai pagrįsti ir suderinti su Europos Sąjungos direktyvomis.
- ✓ Standartizacija - tobulinti Lietuvos sveikatos priežiūros standartizacijos sistemą, derinti ją su tarptautinėmis ir Europos Sąjungos standartizacijos sistemomis, dalyvauti tarptautinėje ir Europos Sąjungos sveikatos priežiūros standartizacijos veikloje, atstovauti Lietuvos interesams, perimti patirtį, kaupti tarptautinių ir nacionalinių standartų fondą, siekti Lietuvos sveikatos priežiūros bandymų laboratorijų akreditavimo (atestavimo) ir šių įstaigų tarptautinio pripažinimo.

Sveikatos priežiūros kokybė, jos užtikrinimas bei nuolatinis gerinimas tampa daugelio valstybių kasdienine praktika, ypatingą dėmesį skiriant sveikatos priežiūros prieinamumui, tęstinumui, teisingumui, veiksmingumui, efektyvumui, pacientų saugai ir kitiems komponentams. ES šalys, tame tarpe ir Lietuva, įgyvendina kokybės užtikrinimo strategijas, kadangi yra ryškūs veiklos, praktikų ir rezultatų skirtumai sveikatos priežiūroje bei patiriami didžiuliai nuostoliai dėl blogos sveikatos. Pasaulio sveikatos organizacija nustatė šiuos sveikatos priežiūros kokybės tikslus (22):

- ✓ aukštą profesionalumą;
- ✓ efektyvų išteklių panaudojimą;
- ✓ minimalią riziką pacientams;
- ✓ pacientų pasitenkinimą;
- ✓ galutinį poveikį sveikatai.

Dėl to 2004-09-14 SAM įsakymu Nr. V-642 buvo patvirtinta “Lietuvos sveikatos priežiūros užtikrinimo 2005-2010 m. programa”. Jos pagrindiniai tikslai apibrėžti sekančiai (51):

- ✓ orientuoti sveikatos priežiūrą į paciento ir visuomenės poreikius ir lūkesčius;
- ✓ gerinti sveikatos priežiūros paslaugų saugą ir kokybę;
- ✓ tobulinti sveikatos priežiūros kokybės vadybą.

Šiuo programa tikimasi pasiekti sekančių rezultatų:

- ✓ panaudojant PSDF, SoDros, valstybės biudžeto ir privačias investicijas informuoti ir mokyti pacientus ligų profilaktikos bei įdiegti sveikatos priežiūros įstaigose kokybės vadybos sistemas;

- ✓ sukurti tinkamą ir pacientus tenkinančią sveikatos valdymo sistemą;
- ✓ valdant pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis bei reguliuojant specialistų darbo krūvius, įdiegti nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėjimo ir prevencijos sistemą;
- ✓ pagerinti gyventojų sveikatos būklė;
- ✓ padidinti sveikatos priežiūros veiksmingumą ir efektyvumą;
- ✓ suformuoti sisteminį požiūrį į sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vadybą, skatinantį ir palaikantį nuolatinį sveikatos priežiūros kokybės gerinimą;
- ✓ nustačius sveikatos priežiūros kokybės rodiklius ir vykdant jų stebėseną, užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.

1.2.3. Kokybės užtikrinimas odontologijoje

Kokybės tikslas odontologijoje yra skatinti ir prižiūrėti pirminę burnos ertmės sveikatą (jokių dantų, periodonto ir minkštųjų audinių susirgimų ar patologijų), gerinti antrinę ir tretinę burnos ertmės sveikatą (bet kokia burnos ertmės patologija ir funkcijos nebuvimas arba atstatymas). Pasak Dr. Peter Engel kokybė odontologijoje užtikrinama 3 tarpusavyje susijusiomis kokybės dalimis (32):

1. Struktūros kokybė, kuri apima: 1) asmenų, teikiančių paslaugas, asmeninės ir profesinės savybės ir įgūdžiai; 2) veiklos būdai ir galimybių platumas asmenims, teikiantiems paslaugas ir 3) sociopolitiniai rėmai, kuriuose paslaugos yra teikiamos konkrečiu metu ir konkrečioje vietoje.
2. Proceso kokybė, kurią apibūdina paciento ir odontologijos kabineto/ klinikos personalo tarpusavio veikimo charakteristikos (diagnozės tikslumas, terapinių ir diagnostikos intervencijų kokybė, komunikacija/ susikalbamumas).
3. Rezultato kokybė, kuri apima: 1) paciento burnos ertmės sveikatos pagerėjimą, įtakotą odontologinių intervencijų ir 2) paciento pasitenkinimą ir gyvenimo kokybės pagerėjimą.

Struktūros kokybę dar galima išskaidyti į keletą esminių elementų:

- ✓ asmeniniai: darbuotojų skaičius ir tipas, kvalifikacijos lygis, profesinė kvalifikacija;
- ✓ turtiniai: turima aparatūra ir įranga, aparatūros ir įrangos lygis, kito turto ir inventoriaus lygis;
- ✓ organizaciniai: įstaigos valdymas ir organizacinės žinios;

- ✓ sisteminiai: sveikatos sistemos tipas, socialinė sistema, finansavimas.

Išnagrinėjus kiekvieną struktūros kokybės elementą atskirai matome, kad jų reikšmė yra nevienoda. Didžiausią įtaką sistemos kokybei turi organizaciniai-sisteminiai elementai.

Anot Dr. Philippe Calfon, kokybė odontologijoje turi būti nagrinėjama iš 2 skirtingų pozicijų (28):

1. Sveikatos priežiūros specialisto: įrodymais pagrįsta medicina, geros praktikos rekomendacijos, valstybinis reguliavimas ir standartai, universitetų, nepriklausomų odontologų ir odontologijos pramonės vieši ir privatūs tyrimai, medicinos aparatų ir įrangos standartai, neformalūs tarptautiniai susitarimai.
2. Paslaugų teikėjo: specifinė odontologijos srities dokumentacija, tarptautiniai standartai ir rekomendacijos, susijusios su paslaugų kokybe, valstybinis reguliavimas ir standartai, atskira ES direktyva, atskirianti medicinos paslaugų teikimą nuo bendrųjų.

Nagrinėjant 2004 m. Europos Sąjungos šalių paskelbtą Odontologinės veiklos žinyną atrandame, kad odontologijos paslaugų kokybė daugumoje ES šalių yra nagrinėjama tik tuo atveju, kai yra gaunamas paciento skundas (55). Kaip taisyklė, pacientų skundus nagrinėja profesinės/specialybinės organizacijos, sveikatos ministerijos (ar jų atitikmuo) ir draudimo (valstybinio ir privataus) kompanijos. Dažniausiai pasitaikanti odontologijos paslaugų kokybės stebėjimo forma yra medicinos įrašų tinkamumas ir atitikimas paciento dokumentacijoje, siekiant teisingai apmokėti už suteiktas odontologines paslaugas. Tačiau ši stebėsenos forma taikoma tik valstybiniame sektoriuje dirbančioms įstaigoms arba valstybės finansuojamiems darbams (55).

Kai kuriose šalyse, tame tarpe ir Lietuvoje, veikia medicininio audito institucijos, kurios atlieka medicininį auditą, tačiau vėlgi tik esant paciento skundui. Dažniausiai tikrinama ar įstaigos veikla atitinka šalies nustatytiems veiklos standartams. Teikiamų paslaugų standartų, patvirtintų nacionaliniu mastu, nėra.

Daugumoje ES šalių profesinės/specialybinės organizacijos yra atsakingos už tinkamą ir laiku atliekamą odontologijos specialistų licencijavimą ir profesinį tobulinimąsi, etikos kodekso ar jo atitikmens sukūrimą ir atnaujinimą. Kokybės užtikrinimas vykdomas per tinkamą ir reguliarų odontologijos specialistų kvalifikacijos tobulinimą.

Įdomi situacija yra susidariusi Ispanijoje, kur nevykdomas formalaus odontologinės veiklos stebėjimas, nėra aiškiai apibrėžtų veiklos standartų (55).

2008-04-10 Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės pateiktoje Odontologinės priežiūros sistemos valstybinio audito ataskaitoje matome, kad Lietuvoje „*nenustatyti aiškūs*

odontologinės priežiūros rodikliai, todėl nevykdoma odontologinės priežiūros stebėsena, be kurios negalima objektyviai prognozuoti Lietuvos gyventojų sveikatos būklės raidos. Specializuotos odontologinės priežiūros duomenys neįtraukti į šalies mastu renkamus sveikatos statistinius duomenis, o turimos galimybės rinkti ir analizuoti odontologinės priežiūros duomenis nebuvo išnaudotos“ (64).

Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis 24,6% privačių odontologijos įstaigų už 2004-2007 m. laikotarpį nepateikė jokių duomenų apie savo veiklą. Vien tik už 2007 m. šis skaičius dar didesnis 582. Matome, kad vieningos duomenų apie odontologijos veiklą sistemos nėra.

Apibendrinant galima sakyti, kad odontologinės priežiūros įstaigų veiklos ir teikiamų paslaugų kokybė sistemingai nekontroliuojama, nėra vieningos veiklos ir paslaugų kokybės rodiklių sistemos, o kokybės užtikrinimas vykdomas tik per profesinį gyd. odontologų ir burnos priežiūros specialistų tobulinimosi kontrolę. Veiklos kokybės vertinimas vykdomas tik esant paciento skundui, dažniausiai vertinamas įrašų tikslumas ir atitikimas medicininėje paciento dokumentacijoje, siekiant teisingai apmokėti už suteiktas paslaugas. Tačiau ir ši forma taikoma tik valstybiniame sektoriuje dirbančioms įstaigoms arba valstybės finansuojamiems darbams.

1.3. Kokybės vadybos sistema

Norėdamos išlikti ir sėkmingai dirbti dinamiškomis laisvosios rinkos sąlygomis, įmonės neišvengiamai susiduria su konkurencinio pranašumo didinimo poreikiu. Tuo tikslu yra kuriamos veiklos vystymo strategijos, įgalinančios įmones atremti naujus iššūkius ir grėsmes.

Tokios ilgalaikių tikslų realizavimo priemonės kaip: naujų technologijų diegimas, įmonės valdymo procesų atnaujinimas, veiklos ir produktų kokybės didinimas, atsižvelgiant į tarptautinius standartus ir pan. – sėkmingo verslo garantas.

Suprasdamos konkurencinio pranašumo reikšmę, dauguma įmonių/įstaigų ėmė gvildenti aktualius klausimus:

- ✓ kaip padidinti įmonės veiklos efektyvumą ir darbo našumą?
- ✓ kaip išlaikyti klientą ir įrodyti savo įmonės patikimumą?
- ✓ kaip sukurti gerą firmos įvaizdį?
- ✓ kaip įgyti tarptautinį pripažinimą?

Kokybės vadybos sistema – tai vadybos sistema, skirta įstaigos veiklai, susijusiai su kokybe, nukreipti ir valdyti. Kokybės politika – įstaigos visa apimantys ketinimai ir kryptys, susiję su kokybe, oficialiai pareikšti aukščiausiosios vadovybės. Nuolatinis gerinimas – pasikartojanti veikla didinanti sugebėjimą įvykdyti reikalavimus.

Procesinis požiūris į įstaigos teikiamų paslaugų kokybę skatina procesinio požiūrio taikymą. Procesinio požiūrio esmė:

- ✓ suprasti ir tenkinti reikalavimus;
- ✓ nagrinėti procesus;
- ✓ nustatyti procesų rezultatyvumą;
- ✓ nuolat gerinti procesus.

Vienas populiariausių problemos sprendimų būdų – kokybės vadybos sistemų (KVS) kūrimas bei sertifikavimas pagal tarptautinius standartus. Bene labiausiai paplitusi kokybės vadybos standartų šeima yra ISO (International Organisation for Standartization).

Kokybės vadybos sistemos, atitinkančios ISO 9000 šeimos kokybės vadybos standartų reikalavimus, dažniausiai kuriamos ir įgyvendinamos dėl 2 pagrindinių priežasčių:

- ✓ įrodyti vartotojui, kad teikiami produktai ar paslaugos visada tenkins jo (vartotojo) reikalavimus. To garantas – sertifikuota kokybės vadybos sistema.
- ✓ pagerinti veiklos kokybę, reglamentuojant ją procedūromis, instrukcijomis, standartais ar kitais dokumentais [20].

Abiem atvejais, ypač antruoju, organizacijos, įsidiegusios kokybės vadybos sistemas pagal ISO 9001 reikalavimus, laimi vartotojų pasitenkinimą gaunamomis prekėmis ir paslaugomis bei įgauna konkurencinį pranašumą. KVS padeda sumažinti neatitiktis, skundų skaičių, sudaro sąlygas geriau dirbti, gerina organizacijos narių vidaus bendravimą ir supratimą.

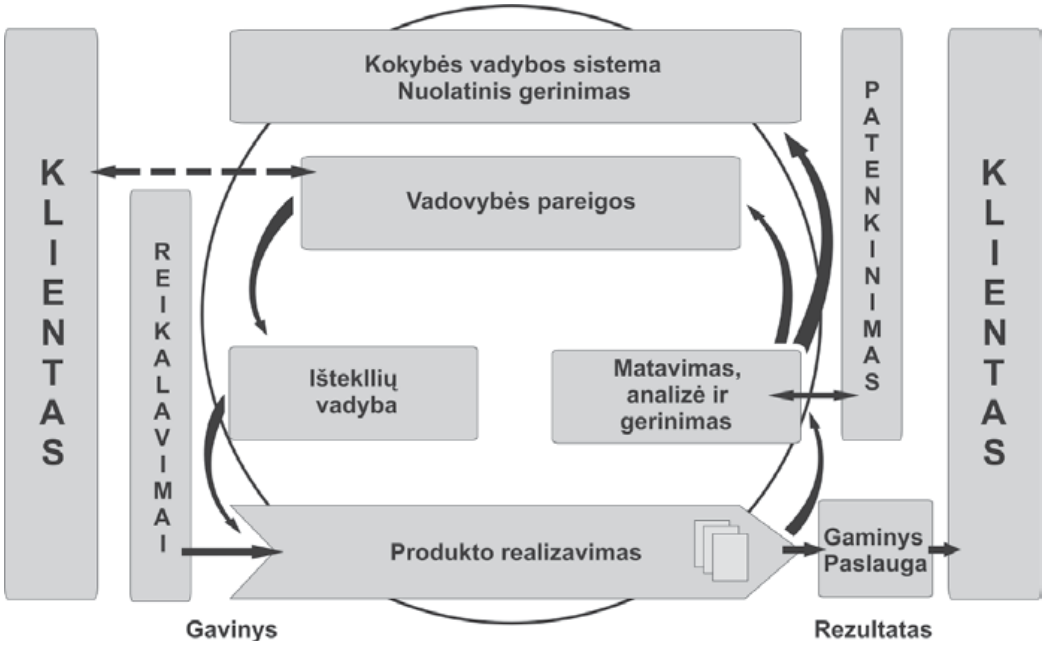
2000 m. redakcijos ISO 9000 standartai vadovaujasi tokiais kokybės vadybos principais:

1. Organizacija, orientuota į klientą.
2. Lyderiavimas.
3. Darbuotojų įtraukimas.
4. Proceso principas.
5. Sistema pagrįstos vadybos metodas.
6. Nuolatinis gerinimas.
7. Faktų analize pagrįsti sprendimai.
8. Abipusiai naudingi santykiai su tiekėjais.

Šie aštuoni principai yra labai panašūs į verslo tobulumo modelio principus. Tokiu būdu ISO 9000 kokybės vadybos sistemos gali būti panaudotos siekiant verslo tobulumo. ISO 9000 kokybės vadybos sistemose minėti principai realizuojami įgyvendinant ISO 9004:2000 rekomendacijas bei ISO 9001:2000 reikalavimus, kuriuose jie yra išdėstyti.

Atskiruose standartų skyriuose išdėstytos rekomendacijos ir reikalavimai suformuoja vientisą kokybės vadybos sistemą, kurios modelis pavaizduotas 7 paveiksle (13). Schemoje pateiktas kokybės vadybos sistemos bendrasis procesų tarpusavio sąveikos modelis bendrais bruožas taip pat atspindi kai kuriuos iš aštuonių kokybės vadybos principų (orientacija į klientą, lyderiavimas, procesų, sistemos, faktais pagrįstų sprendimų, nuolatinio gerinimo).

Kyla klausimas, koks KVS ryšys su visuotine vadybos kokybe? Mokslininkai nesutaria dėl vieningo atsakymo, tačiau sutinka, kad KVS yra pagrindas, ant kurio galima įgyvendinti visuotinę kokybės vadybą. Daugeliu atvejų ji pagerina organizacijos veiklą ir jos rezultatus, kuriuos sąlygoja organizacijos noras tobulėti. Šią koncepciją patvirtina teorinė nuostata, kad ISO 9000 šeimos standartai yra visuotinės kokybės vadybos įgyvendinimo sudedamoji dalis, ir empirinių tyrimų rezultatai, pagal kuriuos dauguma organizacijų, įdiegusių kokybės vadybos sistemą, siekia įgyvendinti visuotinės kokybės vadybą (26).



8 pav. ISO 9000:2000 kokybės vadybos sistemos modelio schema

Šaltinis: Europos komitetas prie LRV, LR ūkio ministerija, 2002

Lietuvoje vis dar vyrauja nuomonė, kad ISO standartas - kompanijos veiklos, produktų ir klientų aptarnavimo kokybiškumo įrodymas ir garantas. Iš tiesų, kad tai nėra kokybės

užtikrinimo garantas buvo aišku jau seniai. O pastaruoju metu ISO, kaip kokybės įrodymas taip pat ima prarasti savo svarumą. Ar yra objektyvios šio reiškinio priežastys?

Visuotinės kokybės vadybai įgyvendinti organizacijoje turi būti sukurta palanki organizacinė kokybės kultūra, nes įdiegta kokybės vadybos sistema gali, tačiau pati savaime nesukuria palankių sąlygų visuotinės kokybės vadybai įgyvendinti. Siekiančioms įgyvendinti visuotinės kokybės vadybą organizacijoms po to, kai jos įdiegia kokybės vadybos sistemas, reikia tam tikrų organizacinės kultūros pokyčių, kurių įvykdymas vadinamas organizacinės kultūros atotrūkio įveikimu (21).

Organizacinės kultūros keitimas prieš diegiant kokybės vadybos sistemas, o ypač jų diegimo metu, padeda organizacijai pasiekti, kad įdiegtoji KVS būtų visuotinės kokybės vadybos įgyvendinimo ankstinas, ir įgalina organizaciją atvesti į situaciją, kai jai reikia įveikti patį mažiausią organizacinės kultūros atotrūkį, siekiant įgyvendinti visuotinės kokybės vadybą (26).

C.C. Barczyk'as, remdamasis tyrimų rezultatais, teigia, kad esama trijų rūšių įmonių, kurios norėtų gauti ISO 9001: sertifikatą (2):

- ✓ įmonės, kurių gaminiai susiję su sauga ar sveikata;
- ✓ eksporto bendrovės, kurių vartotojai reikalauja ar reikalaus ISO sertifikatų;
- ✓ bendrovės, kurioms ISO sertifikatas yra priemonė plėsti savo rinką užsienio rinkų sąskaita.

Diegiant kokybės vadybos sistemą (KVS) įstaigose naudojami bendrieji KVS reikalavimai, kuriuose nurodoma, kad įstaiga turi identifikuoti procesus, nustatyti jų taikymą ir apibrėžti procesų sąveiką, nustatyti rezultatyvumą užtikrinančius metodus, aprūpinti atsakingus įstaigos darbuotojus reikalingomis darbo priemonėmis ir ištekliais, stebėti, matuoti ir analizuoti procesus bei įgyvendinti jų gerinimą (13).

Kokybės vadybos sistemos projektas visų pirma pateikiamas dokumentais, vėliau KVS yra įgyvendinama. Kad dokumentai nebūtų įvairiai interpretuojami ar neteisingai suprantami, jiems yra suformuoti pagrindiniai reikalavimai dokumentams, kuriuose reglamentuota dokumentų struktūra:

- ✓ kokybės politika ir tikslai;
- ✓ kokybės vadovas;
- ✓ KVS procedūros;
- ✓ procedūrų valdymo dokumentai;
- ✓ šiuo standartu reikalaujami įrašai.

Nemaža dalis įmonių, susikūrusių KVS pagal ISO susidūrė su sistemų efektyvumo problema. Sudaryta sistema dažnai lieka galioti formaliai, o realiai arba iš vis neveikia arba veikia ne taip kaip buvo numatyta. Problemos, sąlygojančios KVS efektyvumo stoką, gali atsirasti ISO standarto diegimo etapuose arba po įdiegimo.

Efektyvumo trūkumą gali sąlygoti klaidos, padarytos standarto diegimo etapuose (43):

- ribota įmonės analizė. Jei sertifikavimui ruošiantys konsultantai nepakankamai įsigilina į įmonės struktūrą, istoriją, patirtį ir veiklos specifiką, darbo organizavimo mechanizmą, nustatytą įmonės viziją ir tikslus, tuomet sukurta struktūra vargu ar bus pritaikyta praktiškai taip kaip tikimasi;
- paviršutiniškas bendradarbiavimas. Kai kurios įmonės siekia ISO sertifikato ne kaip praktinio kokybės ir veiklos efektyvumo didinimo įrankio, o kaip įvaizdžio ir prestižo kūrimo priemonės. Tokiu atveju įmonei svarbus pats sertifikato turėjimo faktas, o ne sistemos efektyvumo klausimas. Taigi jei įmonė, kuri diegiasi ISO standartą, yra nepakankamai suinteresuota jo efektyvumu, konsultantams yra labai sunku sukurti praktiškai veiksiantį mechanizmą;
- net jei standarto diegimo procesas vyksta skandžiai, tai nėra garantas, jog KVS nepraras efektyvumo ateityje;
- praktinio taikymo stoka. Standarto įdiegimas nėra svarbiausia dalis, svarbu, kad po įdiegimo įmonės stengtųsi praktiškai taikyti nustatytus principus ir veikti pagal sukurtą struktūrą. Praktinio ISO standarto taikymo stoka yra bene pagrindinė efektyvumo trūkumo priežastis. Dauguma įmonių neskiria pakankamai pastangų organizuoti darbą pagal ISO standarto numatytus principus arba joms dėl įvairių priežasčių paprasčiausiai nepavyksta to padaryti.

Dėl panašių priežasčių pastaraisiais metais apskritai krito kokybės vadybos sistemų sertifikatų populiarumas (60). Šį paklausos sumažėjimą akivaizdžiai įrodo stipriai kritusios ISO standarto diegimo kainos. Galima kelti klausimą – kaip padidinti ISO sertifikato efektyvumą?

Naudinga pamąstyti, kaip sukurti efektyvią kokybės vadybos sistemą. Iš tiesų, jei įmonėje bus sukurta funkcionali darbo organizavimo struktūra ir įmonės valdymo mechanizmas, garantuota ir akivaizdi kokybė ir taps pagrindine įmonės įvaizdžio kūrimo priemone. Vienas iš būdų praktiškai įgyvendinti tai, ką konsultantai surašė popieriuje: pareigybinėse instrukcijose, darbo tvarkos taisyklėse ir kituose dokumentuose, yra kompiuterinių programų integravimas į įmonės valdymo procesus (60).

Popierizmas ir biurokratizmas verslo sektoriuje jau senokai tapo atgyvena. Šiuo metu yra sukurtos pakankamai tobulos programos, kurios įgalina greitai ir ženkliai padidinti įmonės darbo našumą, užtikrinti greitą ir operatyvią veiklą, užtikrinti aptarnavimo kokybę. Pvz., marketingo programos, gamybos, prekybos valdymo programos, CRM, duomenų bazės, apskaitos sistemos ir daugelis kitų. Svarbiausia, kad specializuotos specialios programos stipriai padidina darbuotojų fizines galimybes. Juk didesnėse įmonėse vadovas dažniausiai nenutuokia, kas dedasi žemesniuose įmonės sluoksniuose. Taigi įmonės kontrolė ženkliai sustiprėja. O tai ir yra efektyvumo ir kokybės garantas. Kodėl kompiuterinės programos gali padidinti kokybės vadybos sistemos efektyvumą (43)?

1. Kompiuterinės programos sukuria mechanizmą, kuriame darbas yra automatizuodamas ir kiekvienas darbuotojas tampa didelio mechanizmo mažu sraigteliu. Darbuotojas privalo paklusti nustatytai darbo struktūrai, nes programa yra pagrindinis jo darbo įrankis. Kitaip nei KVS, kuri yra sukurta ir aprašyta tik popieriuje, programos integravimas beveik nepalieka galimybės iškraipyti esamą struktūrą. Darbas tampa integraliu ir konsoliduotu.
2. Programa – iš karto sukurta sistema, kurią tereikia adaptuoti prie įmonės valdymo struktūros. Tai problemų sprendimas, o ne sprendimo paieška.
3. Programos integravimas yra pakankamai ekonomiškas finansų ir laiko atžvilgiu.
4. Programos ženkliai padidina fizines darbuotojų galimybes, taip didinamas darbo našumą ir mažinamos darbo sąnaudos: laikas, darbuotojų skaičius, reikalingi mažesni darbuotojų kvalifikaciniai sugebėjimai ir t. t.
5. Palengvinamas įmonės valdymas ir darbo vykdymų kontrolė.
6. Sudaromos galimybės retrospektyvinei ir perspektyvinei analizei, kuri būtų pakankamai išsami ir objektyvi. Tai sumažina klaidingų strateginių sprendimų priėmimo tikimybę ir t. t.

Privalumus galima būtu vardinti be galo. Dauguma Lietuvos kompanijų jau seniai subrendo tokių programų integracijai. Kita dalis privalo subręsti kuo greičiau. Be abejo, kompiuterinių programų negalima laikyti KVS pakaitalu, greičiau - "griaučiais", ant kurių turi būti lipdoma KVS. Tačiau dar reikia atsižvelgt ir į kaštus. Paprastai šio programos yra brangios, reikalauja kvalifikuotų darbuotojų, išmanančių KVS sistemas. Gaunama nauda negali būti mažesnė, nei investicijos į ją.

Apibendrinant galima daryti išvadą, kad tinkamas KVS diegimas įgalins įstaigų, organizacijų vadovus efektyviai valdyti organizacijoje vykstančius procesus, teikti kokybiškesnes paslaugas, teisingai paskirsčius išteklius ir atsakomybes. Svarbiausia, kad KVS

leis tenkinti kliento poreikius, atitinkančius jo lūkesčius. Kompiuterinė KVS valdymo sistema leistų stipriai padidinti darbuotojų fizines galimybes atliekant veiklos matavimą, analizę, tobulinant veiklos procesus ir prekių/paslaugų kokybę.

2. ODONTOLOGIJA - SUDĖTINĖ IR TUO PAČIU ATSKIRA SVEIKATOS SISTEMOS DALIS

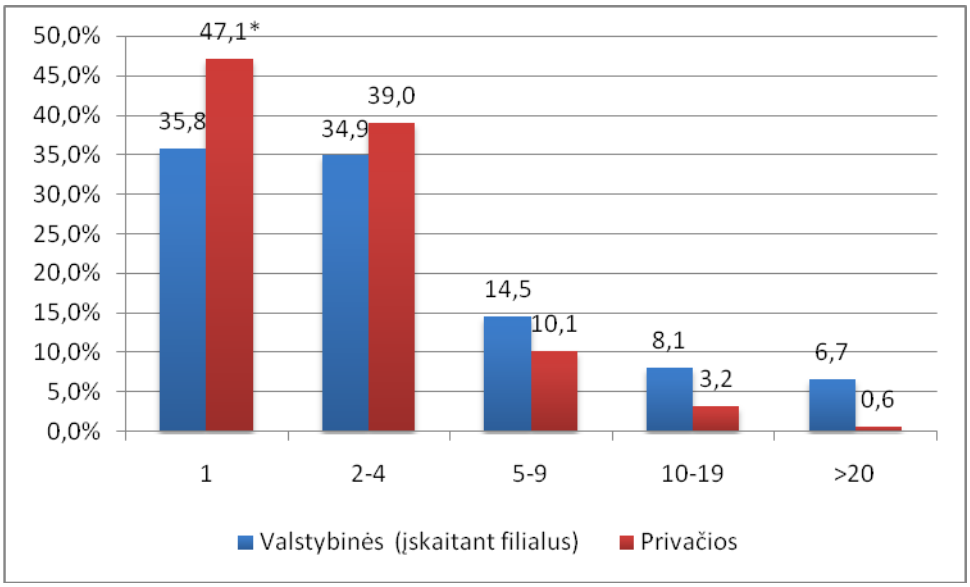
Kaip žinoma, odontologija yra sudėtinė sveikatos priežiūros sistemos dalis, kurios paslaugos dažniausiai teikiamos ambulatoriniame lygyje, kas sąlygoja lengvą ir pakankamai greitą jos prieinamumą pacientui. Reikalavimai odontologijos praktikai dažniausiai taikomi tokie patys, kaip ir kitoms sveikatos priežiūros įstaigoms. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos norminių aktų reikalavimai visoms medicinos sritims yra bendri, neatsižvelgiant į jų priklausomybę (valstybinis ar privatus sektorius), dydį, teikiamų paslaugų spektrą. Pagrindiniai skirtumai norminiuose aktuose išryškinami tik gydytojų ir sveikatos priežiūros specialistų kvalifikaciniuose reikalavimuose.

Tačiau atidžiau panagrinėję mes atrandame, kad odontologijos įstaigos turi keletą savitų bruožų, kurios jos veiklą skiria iš kitų sveikatos priežiūros įstaigų:

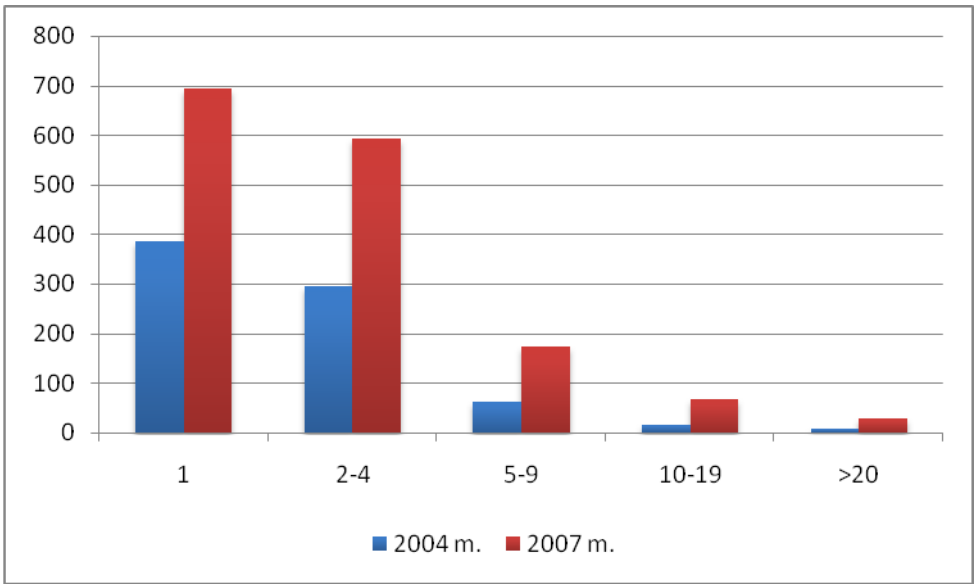
- ✓ įstaiga daugmaž gali dirbti savistoviai ir nereikalingi sudėtingi, ilgi ir brangūs tyrimai ir tyrimų metodai;
- ✓ plataus profilio gydytojas odontologas daug ką gali atlikti savistoviai, tam turi pakankamai žinių ir įgūdžių;
- ✓ įstaigai nereikia daug pagalbinio personalo;
- ✓ nesudėtinga susirgimų diagnostika;
- ✓ daugumos susirgimų galima išvengti, esant paciento supratingumui;
- ✓ profilaktinės priemonės dažnai duoda teigiamą rezultatą;
- ✓ ūmių susirgimų metu gan greitai pasiekiamas teigiamas rezultatas;
- ✓ retai reikalingas paciento sekimas ištisą parą;
- ✓ odontologiniai susirgimai retai būna mirtini;
- ✓ daugumos susirgimų atvejų, galimas pilnas funkcijos atstatymas (pvz.: ištraukus dantį, protezavimo būdu galima pilnai atstatyti kramtymo funkciją).

Remiantis Lietuvos sveikatos informacijos centro (LSIC) statistiniais duomenimis 2007 m. Lietuvoje yra 1608 privačios odontologijos įstaigos ir 231 valstybinio sektoriaus įstaigos (344 įstaigos, kai filialai pateikiami atskirai). Iki 2008-04-25 ataskaitą apie įstaigoje dirbančius specialistus pateikė 1206 privačios ir visos valstybinės odontologijos įstaigos. 582 privačios įstaigos nepateikė jokių duomenų apie savo veiklą už 2007 m., 395 privačios odontologijos įstaigos neatsiskaitė už 2004-2007 metų laikotarpį. Ne mažiau, kaip 10 privačių odontologijos įstaigų bent kartą per 2004-2007 metų laikotarpį informavo, kad veiklos

nevykdo. Remiantis LSIC duomenimis šiuo metu aktyviai veika 1557 odontologijos įstaigos ir padaliniai. Jų pasiskirstymas pagal darbuotojų skaičių yra pavaizduotas 9 paveiksle.



9 pav. Odontologijos įstaigos, pagal darbuotojų skaičių 2007 m.
(*-p<0,05, lyginant su valstybinėmis įstaigomis)



10 pav. Odontologijos įstaigos, pagal darbuotojų skaičių 2004 ir 2007 m.

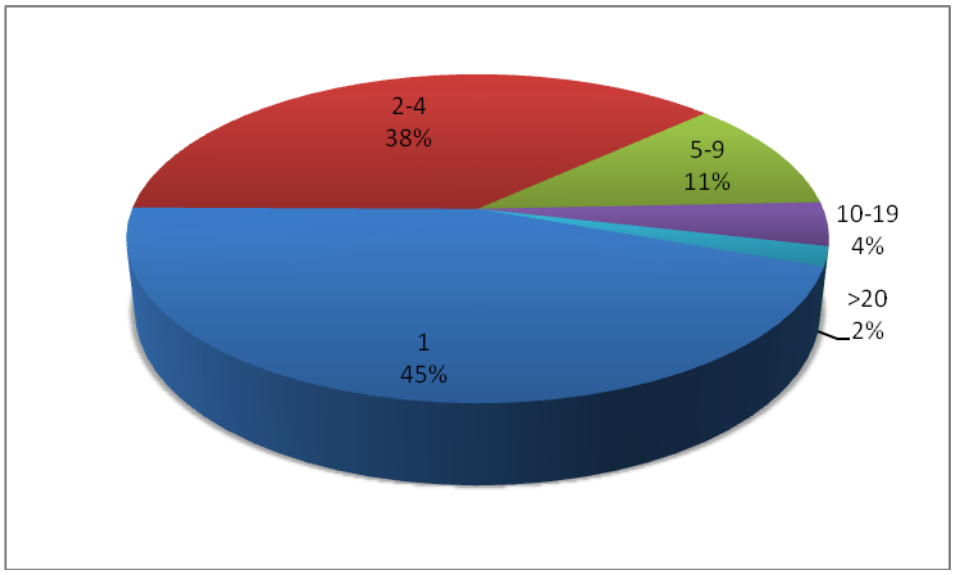
Remiantis LSIC teiktais duomenimis 2004 m. Lietuvoje buvo 1202 odontologijos įstaigos, iš kurių net trečdalis nepateikė duomenų (401 įstaiga). Realiai veikiančių odontologijos įstaigų 2004 m. buvo 769 (žr. 10 pav.). Išanalizavę duomenis matome, kad odontologijos įstaigų per 2004-2007 m. laikotarpį žymiai padaugėjo. Daugiau nei 2 kartus padaugėjo įstaigų, kuriose dirba 1-4 odontologijos specialistai, 88% padaugėjo valstybinių

odontologijos įstaigų ar jų filialų. Tačiau bendras mažų (1-4 darbuotojai) ir didesnių (5 ir daugiau) odontologijos įstaigų santykis pakito nežymiai (žr. 2 lent.).

2 lentelė. Odontologijos įstaigos pagal darbuotojų skaičių 2004 m. ir 2007 m.

Darbuotojų skaičius	2004 m.		2007 m.		Augimas, proc.	Augimo dinamika, +/-
	ab.sk.	proc.	ab. sk.	proc.		
1	386	50,2%	694	44,6%	55,6%	-5,6%
2-4	295	38,4%	593	38,1%	49,7%	-0,3%
5-9	63	8,2%	173	11,1%	36,4%	2,9%
10-19	17	2,2%	67	4,3%	25,4%	2,1%
>20	8	1,0%	30	1,9%	26,7%	0,9%

Tikėtina, kad didžioji dauguma odontologijos įstaigų, nepateikusių duomenų LSIC, yra mikro (iki 4 specialistų), nes ligoninės, poliklinikos ir PSPC ataskaitas pateikia LSIC laiku, jų atsakomybė yra griežčiau reglamentuojama dėl valstybinio finansavimo. Be to ligoninės, poliklinikos ir PSPC pateikia keletą skirtingų statistinių ataskaitų, kuriose informacija apie teikiamas paslaugas ir darbuotojų pasiskirstymą dubliuojasi.



11 pav. Odontologijos įstaigos, pagal darbuotojų skaičių 2007 m.

Iš gautos informacijos matome (žr. 11 pav.), kad odontologijos įstaigos, kuriose dirba 1 specialistas, sudaro 45 proc. visų odontologijos įstaigų, o įstaigos, kuriose dirba 2-4 specialistai – 38 proc. Taigi, panagrinėjus LSIC pateiktą medžiagą galime daryti išvadą, kad 83 proc. visų odontologijos įstaigų Lietuvoje yra mažos (mikro) įmonės, turinčios iki 4 darbuotojų. Reikėtų pažymėti, kad odontologijos įstaigomis laikomi odontologijos klinikos ir kabinetai bei dantų protezų gamybos laboratorijos.

3. TYRIMO METODIKA

Tyrimo organizavimas. Tyrimo tikslas – nustatyti kokybės vadybos sistemos diegimą Lietuvos odontologijos įstaigose. Tyrimo objektas – Lietuvos odontologijos įstaigos.

Pasirinktas tyrimo metodas – anketinė apklausa. Remiantis atlikta literatūros analize buvo pasirinkta naudoti anketą, jau naudotą kokybės sistemos diegimo analizei atlikti, ji adaptuota konkrečiam tyrimui (25). Anketa sudaryta iš 26 klausimų. Anketa sudaryta iš kombinuoto, atviro ir uždaro tipo klausimų. Dalis anketos klausimų sudaryti su teiginiais, kurie vertinami 7 balų skalėje, kur 1 – visiškai nesutinku, 7 – visiškai sutinku.

Pagal pobūdį, anketą sudaro 4 grupės klausimai:

1. bendri klausimai,
2. klausimai, kuriais siekiama nustatyti dėl ko diegiama kokybės vadybos sistema ir diegimo eiga,
3. klausimai, kuriais siekiama nustatyti dėl ko nediegiama kokybės vadybos sistema ir kokios problemos iškyla ją diegiant,
4. klausimai, kuriais siekiama nustatyti pasitenkinimą praktikoje veikiančia kokybės vadybos sistema ir/arba naudą, kurios tikisi įstaigos.

Tiriamoji populiacija. Remiantis LSIC duomenimis, realiai veikiančių odontologijos įstaigų Lietuvoje 2005/6 m. buvo apie 1200. Šis skaičius laikomas generaline visuma. Vadovaujantis A. J. Jadov tyrimo imties skaičiavimo lentele, nustatyta, kad 95% pasikliautinojo intervalo 5% paklaidos tikimybei užtenka apklausti 333 respondentus. Numatyta apklausti 333 odontologijos įstaigos vadovų, jų pavaduotojų, kitų darbuotojų susijusių su KVS diegimu ir palaikymu įstaigoje.

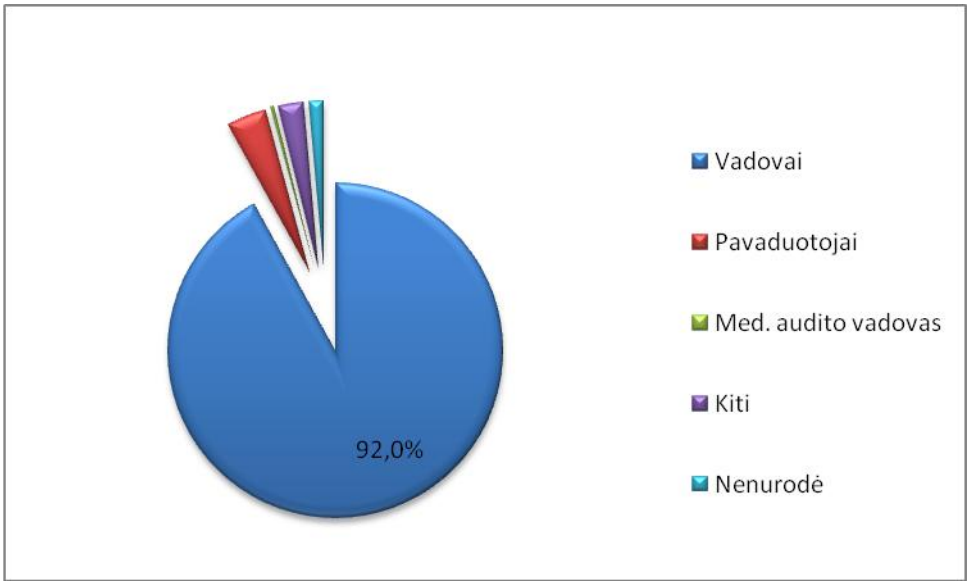
Siekiant sumažinti informacijos rinkimo proceso klaidas, prieš tyrimą buvo atliktas bandomasis tyrimas. Bandomojo tyrimo tikslas – išsiaiškinti, ar sudaryti klausimai yra aiškūs ir suprantami. Apklausta 20 atsitiktinai pasirinktų odontologijos įstaigų 2007 m. pavasarį. Bandomojo tyrimo metu išaiškėjo, kad dalis klausimų netinkamai suformuluoti, todėl anketa buvo pakoreguota.

Apklausa buvo atlikta 2007 m. pavasarį – rudenį. Iš viso buvo išdalinta 350 anketų visuose LR odontologų rūmų teritorinių skyrių vykusiuose renginiuose po 1 kartą (Kaunas, Klaipėda, Panevėžys, Šiauliai, Vilnius). Tokiu būdu buvo užtikrinta, kad respondentai nesidubliuotų. Atgal teisingai užpildytos sugrįžo 286 anketos, kas sudaro 81,7% nuo visų išplatintų. Statistinės duomenų analizės metodai. Anketų duomenys buvo apdoroti ir analizuojami statistinio duomenų analizės paketo SPSS 13.0 versija ir MS Excel. Statistinis

duomenų reikšmingumas buvo tiriamas naudojant chi kvadrato ($\chi 2$) kriterijų, laisvės laipsnių skaičių (df) bei statistinį reikšmingumą (p). Rezultatai laikomi statistiškai patikimais, kai $p<0,05$.

4. TYRIMO REZULTATAI

Apklausoje dalyvavo 263 įstaigų vadovai, 11 – įstaigos pavaduotojų, 1 – medicininio audito grupės vadovas ir 11 kitų įstaigos darbuotojų (žr. 12 pav.). Pažymėtina, kad visas įstaigas, kuriose dirba 1-4 specialistai, atstovavo įstaigų vadovai. Didesnių įstaigų respondentai pagal pareigas pasiskirstę sekančiai: vadovai – 48,6%, pavaduotojai – 29,7%, lokalaus medicininio audito grupės vadovas – 2,7% ir kita – 18,9%. Detaliau respondentų socialinės demografinės charakteristikos pateiktos 3 lentelėje.



12 pav. Apklausos dalyviai pagal pareigas

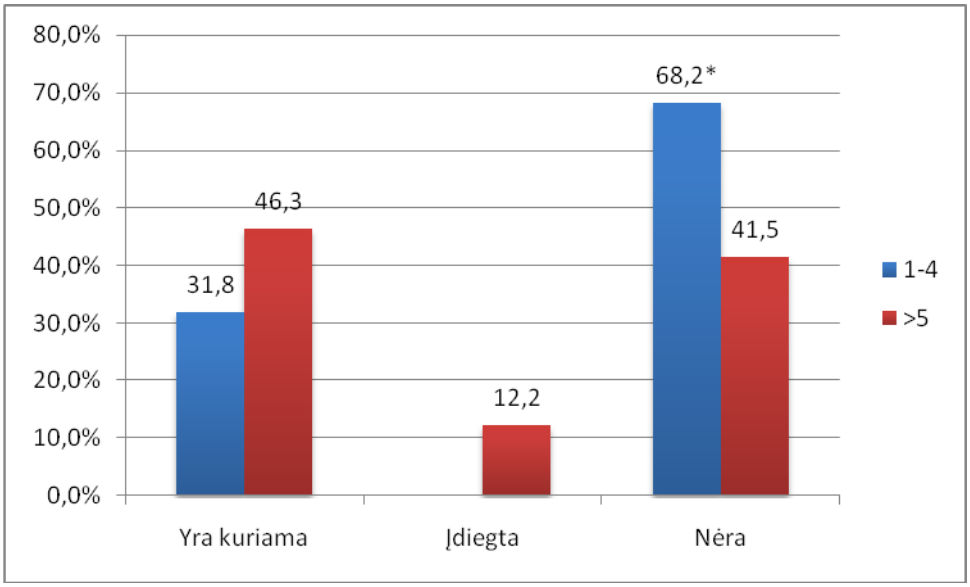
3 lentelė. Respondentų charakteristikos pagal pareigas, darbo stažą

Charakteristika	Absoliučiais skaičiais	Procentais
Pareigos		
Vadovas	263	92
Pavaduotojas	11	3,8
Lokalaus med.audito vadovas	1	0,3
Kita	11	3,8
Stažas		
1-5 metai	39	13,6
6-10 metų	57	19,9
11-15 metų	148	51,7
15-20 metų	2	0,7
Nenurodė	40	14
Nuo kada veikia įmonė		
1991-1995	165	57,7
1996-2000	81	28,3
2001-2006	28	9,8
Nenurodė	12	4,2

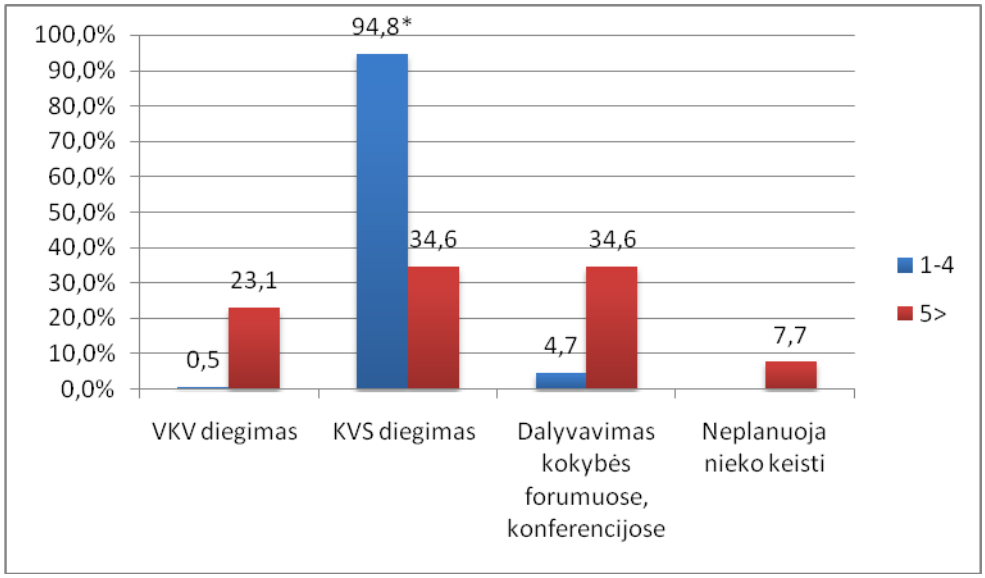
Taigi galime daryti išvadą, kad odontologijos įstaiga – tai sveikatos priežiūros įstaiga, teikianti ambulatorines odontologijos paslaugas, kurioje dirba 1-4 odontologijos specialistai. Nagrinėdami kokybės sistemų diegimą ir diegimo problemas odontologijos praktikoje turime atsižvelgti į specifinius mažoms sveikatos priežiūros įstaigoms keliamus reikalavimus ir darbo sąlygas.

4.1. Kokybės vadybos sistemos būklė odontologijos įstaigose

Įdomi situacija susidaro nagrinėjant KVS diegimą, pagal įstaigos dydį. Nė viena maža įstaiga KVS įsidiegus neturi (žr. 13 pav.), 31,8% apklaustųjų teigia, kad šiuo metu ji yra kuriama (χ^2=35,95; lls=2;p=0,000). Tačiau net 94,8% visų mažų įstaigų respondentų atsakė, kad jie planuoja diegti KVS savo įstaigoje (χ^2=43,37; lls=1;p=0,000). Pažymėtina, kad nėra nė vienos mažos įmonės, kuri neplanuoja nieko keisti kokybės srityje (žr. 14 pav.). KVS įdiegusios turi tik 5 didesnės įstaigos, tame tarpe ir įstaiga, kurioje dirba 100 darbuotojų. Dar 19 įstaigų ji kuriama. 22% didesnių įstaigų nurodo, kad KVS diegimas jau yra jų kokybės planuose (žr. 13, 14 pav.).



13 pav. KVS diegimas odontologijos įstaigose
(χ^2=35,95; lls=2;p=0,000, *-p<0,05, lyginant su didesnėmis įstaigomis)

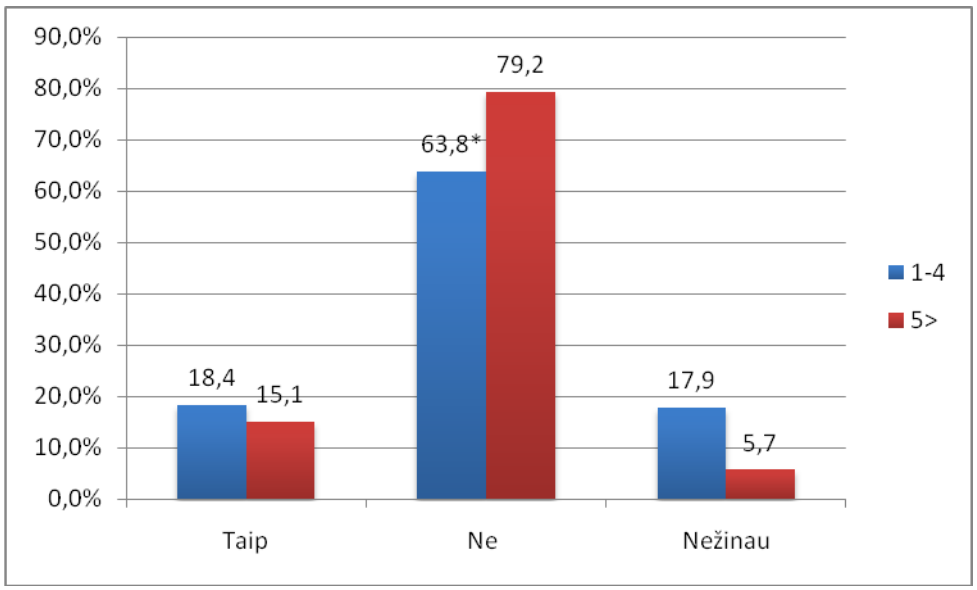


14 pav. Kokybės planai odontologijos įstaigose

(χ^2=43,37; lls=1;p=0,000, *-p<0,05, lyginant su didesnėmis įstaigomis)

63,8% mažų ir 79,2% didelių (χ^2=22,07; lls=2;p=0,000) įstaigų nenaudoja jokių papildomų kokybės užtikrinimo ir tobulinimo programų (žr. 15 pav.). Keistai atrodo apklausoje dalyvavę 37 mažų įstaigų vadovai, kurie net nežino ar naudoja kitas kokybės užtikrinimo ir tobulinimo programas.

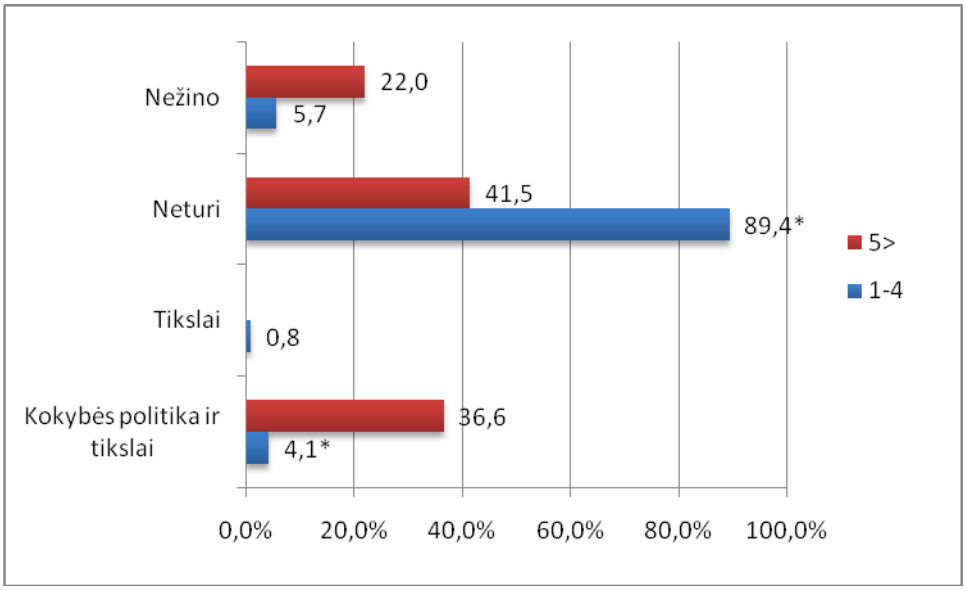
Tik 2 įstaigos turi lokalaus medicininio audito grupės vadovą. Vienoje įstaigoje yra 8 dirbantys, kitoje – 100.



15 pav. Kitų kokybiškos veiklos ir užtikrinimo programų naudojimas odontologijos įstaigose

(χ^2=22,07; lls=2;p=0,000, *-p<0,05, lyginant su didesnėmis įstaigomis)

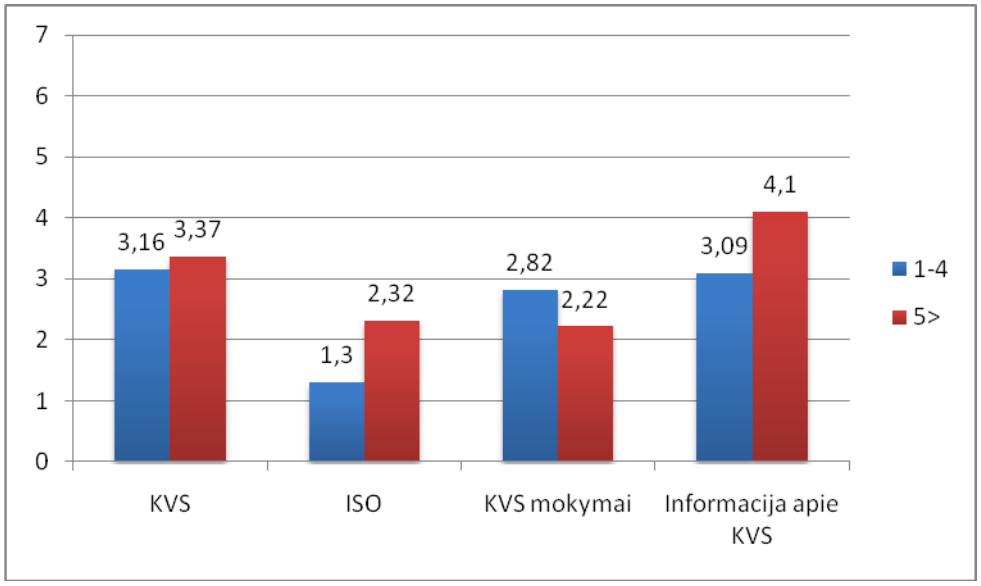
Ar jūsų įstaiga turi dokumentuotą kokybės politiką ir tikslus? Net 89,4% mažų įstaigų respondentų atsakė, kad neturi, 4,1% atsakė, kad turi kokybės politiką ir tikslus. Geresnė situacija yra didesnėse įstaigose, kur dokumentuotą kokybės politiką ir tikslus turi 36,6% , o neturi 41,5% (žr. 16 pav.). Neskirstant apklausoje dalyvavusių įstaigų pagal dydį matome, kad susidaro negera situacija dokumentuojant kokybės politiką ir tikslus, nes 82,5% įstaigų jos neturi, o turi tik 8,7% (χ^2=55,92; lls=1;p= 0,000)



16 pav. Ar dokumentuota kokybės politika ir tikslai įstaigoje, pagal įstaigos dydį (χ^2=55,92; lls=1;p= 0,000, *-p<0,05, lyginant su didesnėmis įstaigomis)

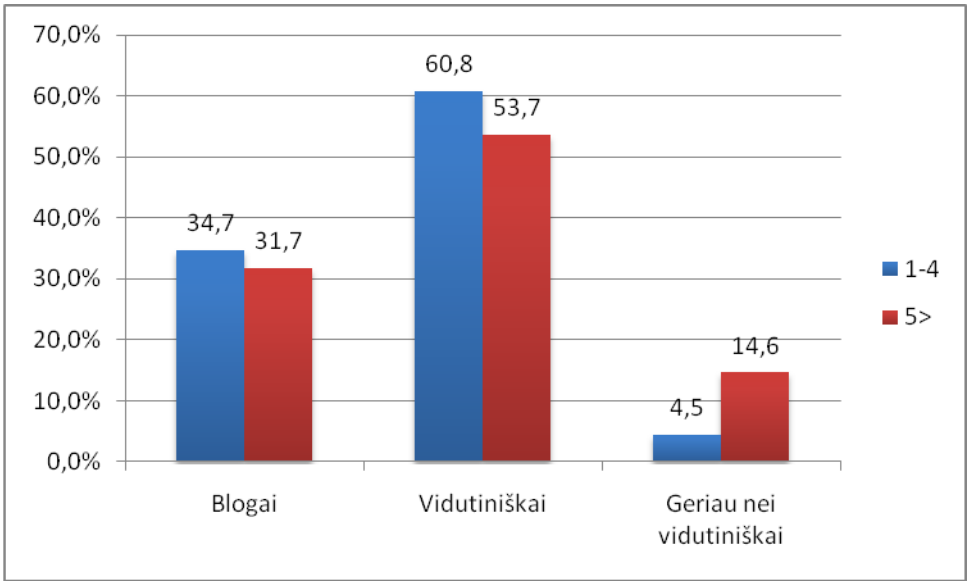
4.2. KVS, ISO standartų žinios ir dalyvavimas kokybės vadybos mokymuose.

Savo žinias KVS, ISO standartais, kitomis kokybės užtikrinimo sistemomis klausimais 7 balų skalėje absoliuti apklausos dalyvių dauguma įvertino kaip labai prastas ar vidutiniškas. Bendras susipažinusių su kokybės vadybos koncepcija lygio vidurkis 7 balų skalėje yra tik 3,19. Dar žemesnis lygis yra susipažinusių su ISO standartais - 7 balų skalėje 1,45. Dalyvavusių KVS mokymuose lygis 7 balų skalėje yra 2,73.



17 pav. KVS, ISO standartų žinios, dalyvavimas KVS mokymuose ir informacijos apie KVS pakankamumas

Akivaizdžių KVS žinių skirtumų lyginant įstaigas pagal dydį nėra. Vienintelis skirtumas yra tas, kad didesnių įstaigų respondentai beveik dvigubai geriau susipažinę su ISO serijos standartais, nors bendras žinių lygis išlieka labai žemas (žr. 17 pav.). 60,8% mažų ir 53,7% didesnių įstaigų respondentų savo žinias KVS srityje vertina vidutiniškai, 34,7% ir 31,7% – blogai, 4,5% ir 14,6% – gerai (χ^2=6,47; lls=2;p= 0,039, žr. 18 pav.). Tik 1 iš 11 apklausoje dalyvavęs pavaduotojas nurodė, kad jo žinios KVS klausimais yra blogos, visi kiti nurodė – kad vidutiniškos.



18 pav. Kokybės koncepcijos žinios
(χ^2=6,47; lls=2;p= 0,039)

249 apklausos respondentų savo žinias ISO standartų srityje įvertino kaip labai blogas ir tik 37 nurodė, kad vidutiniškai susipažinę (χ^2=23,76; lls=1;p= 0,000). Nagrinėjant anketų duomenis išryškėja, kad KVS, ISO standartų ir dalyvavusių mokymuose KVS klausimais skaičius nei nuo įstaigos dydžio, nei nuo užimamų pareigų ar darbo stažo nepriklauso.

Tik 7 iš 282 įstaigų respondentų, iš kurių 6 dirba įstaigose kur daugiau nei 5 darbuotojai, atsakė, kad mokymai KVS klausimais įstaigoje atliekami. Jie savo žinias KVS srityje vertina vidutiniškai ir mano, kad jos trūkumo nėra.

Informacijos apie kokybės vadybą vidutiniškai pakanka tik įstaigų pavaduotojams. Visiems kitiems apklausos dalyviams informacijos trūksta labiau. 7 balų skalėje vadovų informacijos trūkumo lygio vidurkis yra 3,19, pavaduotojų – 3,82, lokalaus medicininio audito grupės vadovo ir kitų darbuotojų – 2 (χ^2=39,04; lls=6;p= 0,000).

Išanalizavus duomenis matome, kad informacijos netrūksta tik 19,2% visų apklausoje dalyvavusių respondentų, jos vidutiniškai pakanka 38,1% ir nepakanka 42,7% respondentų.

4.3. Kokybės vadybos sistemos diegimas ir diegimo problemos

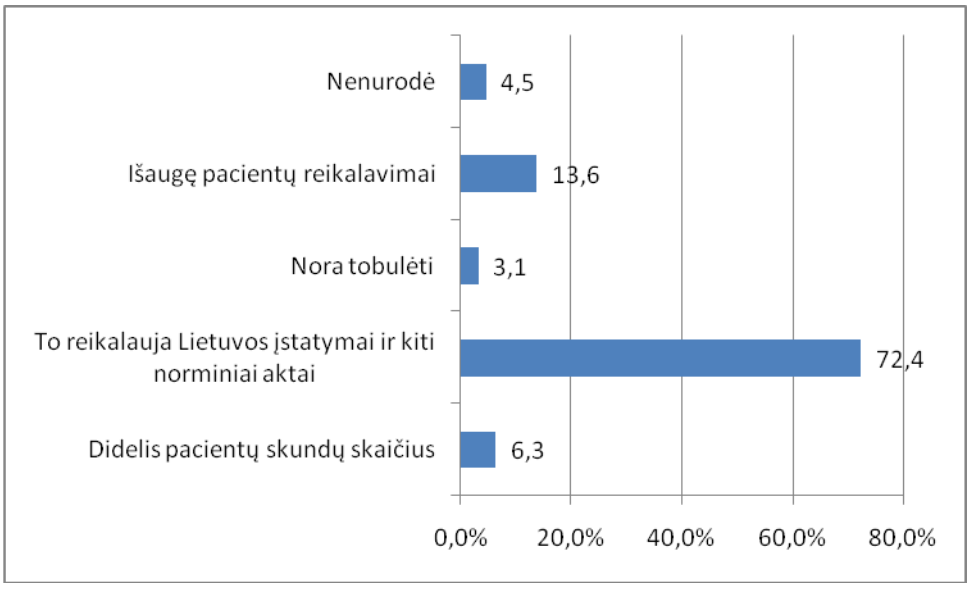
Nagrinėjant priežastis kodėl diegiama KVS įstaigoje matome, kad net 96,9% dabar diegiančių KVS įstaigų kaip pagrindinę priežastį įvardija Lietuvos įstatymų ir kitų norminių aktų reikalavimus. Tik 3,1% respondentų atsakė, kad priežastis yra didėjantis pacientų skundų skaičius.

Problemos su kuriomis susiduriama diegiant KVS įstaigoje. Net 59,8% respondentų, šiuo metu diegiančių KVS, nenurodė diegimo problemų, todėl daryti išvadas būtų sudėtinga. Tačiau iš atsakiusiųjų į klausimą matome, kad pagrindinės problemos yra šios:

- ✓ kokybės politikos apibrėžimas – 48,7%,
- ✓ procedūrų aprašymai – 33,3%,
- ✓ kokybės uždavinių nustatymas – 17,9%.

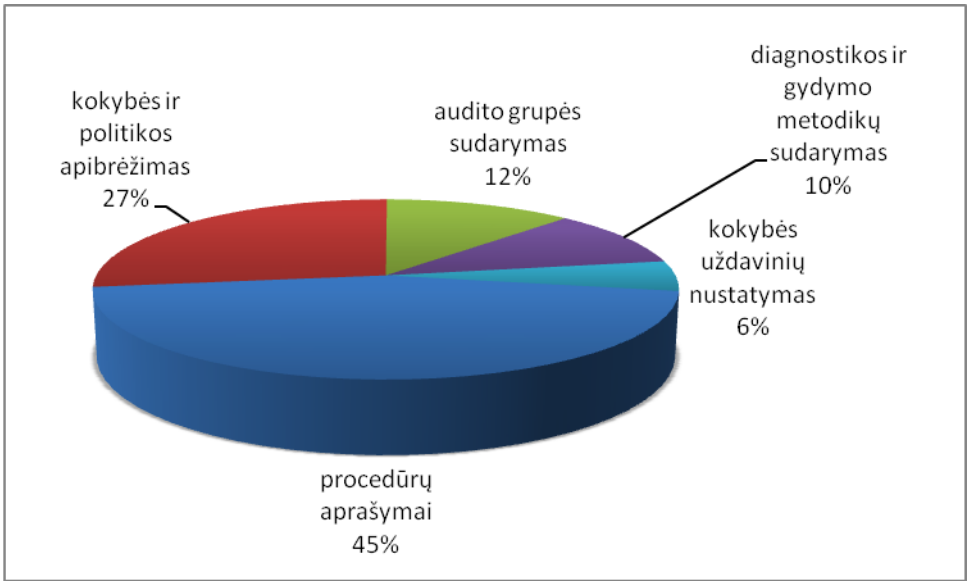
Dar 1 problema įstaigoms, jau įdiegusioms KVS, yra jos išlaikymas (100%).

Nagrinėjant klausimą plačiau matome, kad respondentai nenurodę, kad šiuo metu diegia KVS savo įstaigoje taip pat susiduria su įvairiomis problemomis, susijusiomis su KVS diegimu. Akivaizdu, kad jie taip pat nors ir dalinai, diegia KVS savo įstaigose. 72,4% respondentų atsakė, kad to reikalauja Lietuvos įstatymai ir kiti norminiai aktai. Kitos dvi priežastys yra išaugę pacientų reikalavimai ir didėjantis pacientų skundų skaičius, atitinkamai 13,6% ir 6,29%. Tik 3,15% respondentų pareiškė, kad juos skatina noras tobulėti (žr. 19 pav.). Matome, kad priežasčių diegti KVS yra daugiau.



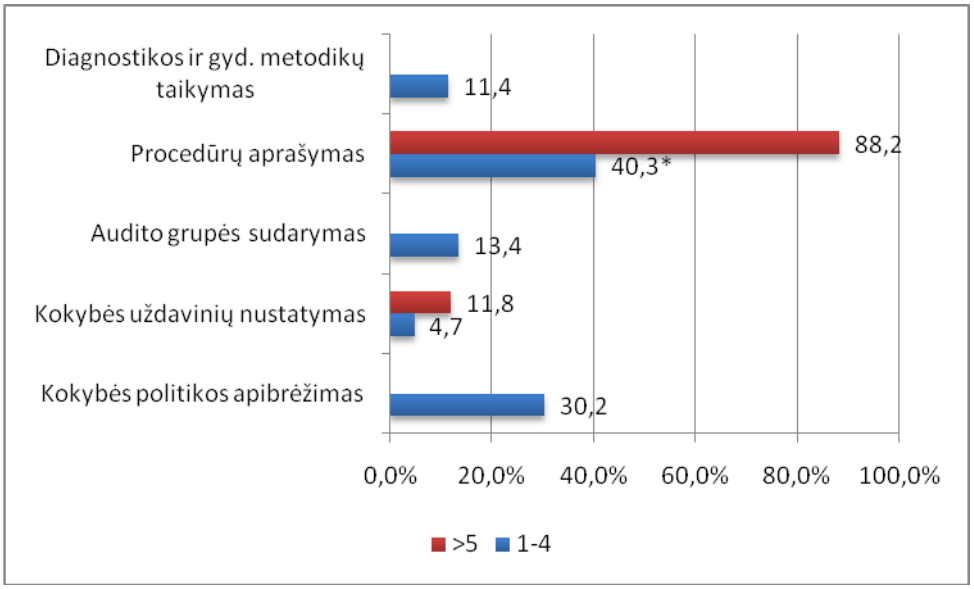
19 pav. Priežastys kodėl diegiama KVS

Problemų, su kuriomis susiduriama diegiant KVS, struktūra irgi kinta. Visi atsakiusieji respondentai kaip pagrindines problemas įvardijo sekančiai (žr. 20 pav.): procedūrų aprašymai (45,2%), kokybės politikos apibrėžimas (27,1%), audito grupės sudarymas (12%), diagnostikos ir gydymo metodikų sudarymas (10,2%), kokybės uždavinių nustatymas (5,4%). Nagrinėjant klausimą lyginant pagal susipažinimo lygį su kokybės vadybos koncepcija matome, kad problemos išlieka tos pačios. Tačiau, įstaigos jau turinčios KVS, diegimo proceso metu susidūrė tik su 1 problema – procedūrų aprašymai.



20 pav. Problemos diegiant KVS

Panašią situaciją matome, kai nagrinėjame KVS diegimo problemas pagal įstaigų dydį (žr. 21 pav.). Tik čia dar labiau išryškėja procedūrų aprašymo problema. Net 88,2% įstaigų turinčių daugiau nei 5 darbuotojus procedūrų aprašymą įvardija, kaip pagrindinę problemą.



21 pav. Problemos diegiant KVS, pagal įstaigų dydį

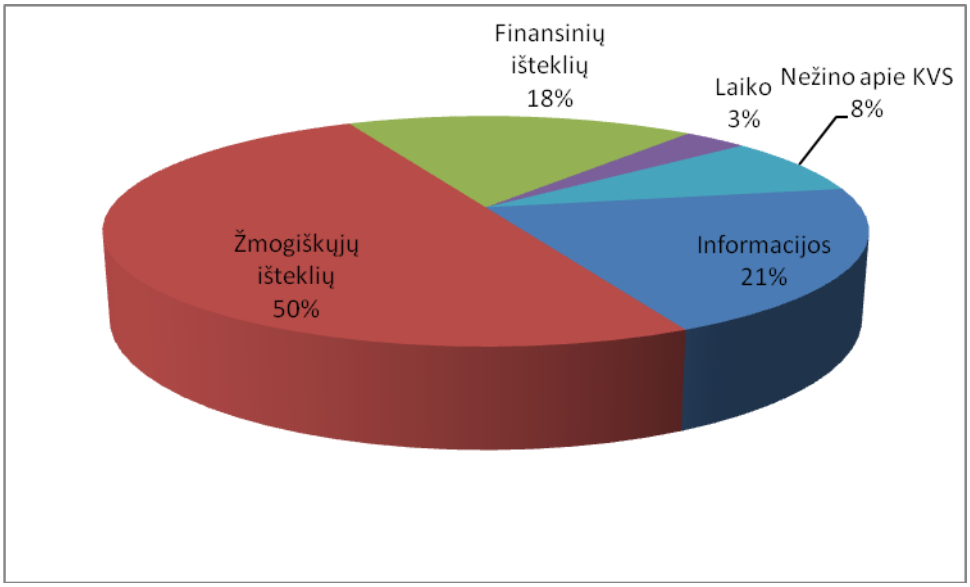
(χ^2=18,53; lls=6;p= 0,001, *-p<0,05, lyginant su didesnėmis įstaigomis)

Turbūt geriausiai KVS diegimo problemas iliustruoja nagrinėjant klausimą pagal tai, kas rengė procedūras ir kokios iškilo problemos. 4 lentelėje matome, kad procedūrų aprašymas yra pati didžiausia problema, išskyrus tuos atvejus, kai procedūros buvo perimtos iš kitų įstaigų. Kita rimta iškylanti problema yra kokybės politikos apibrėžimas, tačiau tai būdinga tik įstaigoms, perėmusioms procedūras iš kitų įstaigų.

Nagrinėjant KVS diegimo problemas odontologijos įstaigose būtina atsižvelgt ir į trikdžius, neleidžiančius ar trukdančius diegti KVS. Įstaigos, kuriuos nėra įdiegusios KVS kaip esmines priežastis, kodėl nediegia nurodo informacijos, žmogiškųjų išteklių ir finansinių išteklių trūkumą (žr. 22 pav.). Dar kaip priežastys nurodomos laiko stoka ir kad nieko apie KVS nežino.

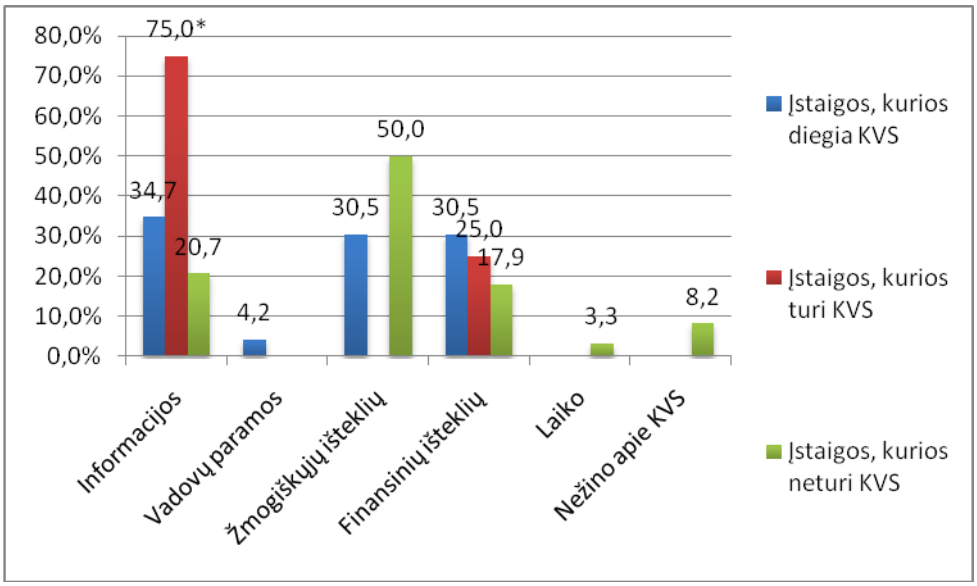
4 lentelė. Problemos diegiant KVS pagal tai kas rengė procedūras (χ^2=38,82; lls=3;p= 0,000).

Kas rengė KVS procedūras?		Problemos diegiant KVS				
		Kokybės politikos apibrėžimas	Kokybės uždavinių nustatymas	Audito grupės sudarymas	Procedūrų aprašymas	Diagnostikos ir gydymo metodikų naudojimas
Audito grupės vadovas	absoliučiais sk.	0	9	0	7	0
	proc.	0,0%	56,3%	0,0%	43,8%	0,0%
Personalas, kuris dirba įmonėje	absoliučiais sk.	0	0	20	11	0
	proc.	0,0%	0,0%	64,5%	35,5%	0,0%
Perimta iš kitų gydymo įstaigų	absoliučiais sk.	45	0	0	6	17
	proc.	66,2%	0,0%	0,0%	8,8%	25,0%
Kita	absoliučiais sk.	0	0	0	51	0
	proc.	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%
Viso	absoliučiais sk.	45	9	20	75	17
	proc.	27,1%	5,4%	12,0%	45,2%	10,2%



22 pav. Ko trūksta, kad būtų įdiegta KVS įstaigose, kurios neturi KVS

Išnagrinėjus visų dalyvavusių apklausoje nuomones matome (žr. 23 pav.), kad didžiausi trikdžiai įdiegti KVS yra 1) žmogiškųjų išteklių trūkumas – 121 respondentas, 2) informacijos trūkumas – 74 ir 3) finansinių išteklių trūkumas – 63 respondentai. Įstaigų jau įdiegusių KVS respondentai, kaip pagrindinį trikdį nurodo informacijos trūkumą (75%). Jiems pritaria ir dabar diegiančių KVS respondentai (34,7%). Pažymėtina, kad 15 respondentų nežino nieko apie KVS.



23 pav. Ko trūksta, kad būtų įdiegta KVS

(χ^2=21,35; lls=6;p= 0,002, *-p<0,05, lyginant su įstaigomis neturinčiomis KVS)

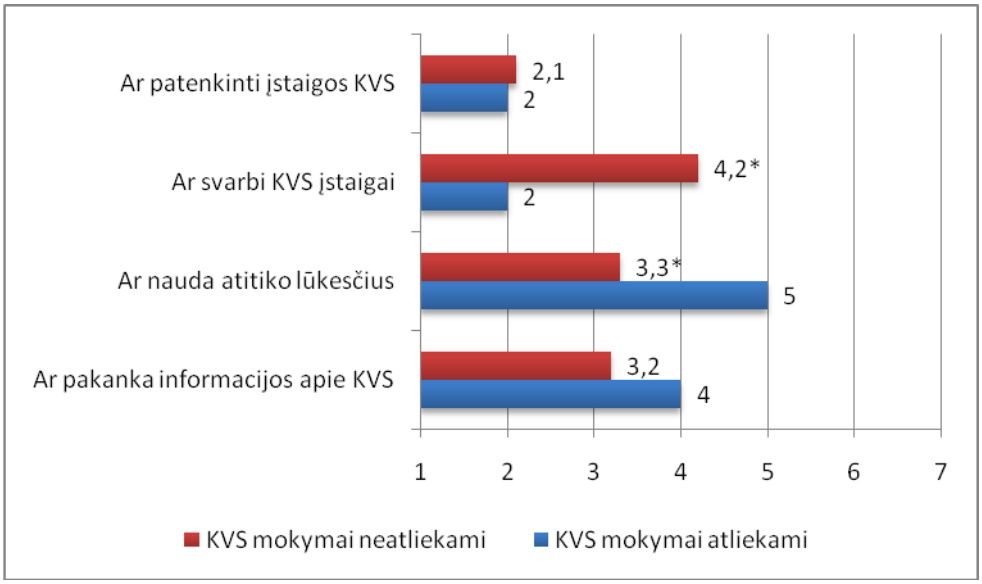
4.4. Kiti KVS diegimo aspektai

Įstaigose, kuriose organizuojami mokymai KVS klausimais, į klausimą kiek nauda atitinka lūkesčius, įvertino geriau nei tie, kurie mokymų neatlieka (statistiškai patikimas skirtumas). Kur mokymai KVS klausimais įstaigos viduje atliekami, gaunama nauda iš KVS įvertinama vidutiniškai 5 balais iš 7, o tų kurie to nedaro tik 3,34 iš 7 balų (žr. 24 pav.).

Pasitenkinimas įstaigoje esančia KVS yra labai žemas tiek tų įstaigų, kurios organizuoja mokymus įstaigos viduje, tiek ir tų įstaigų, kurios to nedaro. Respondentai pasitenkinimą įstaigos KVS vertina tik 2 balais iš 7.

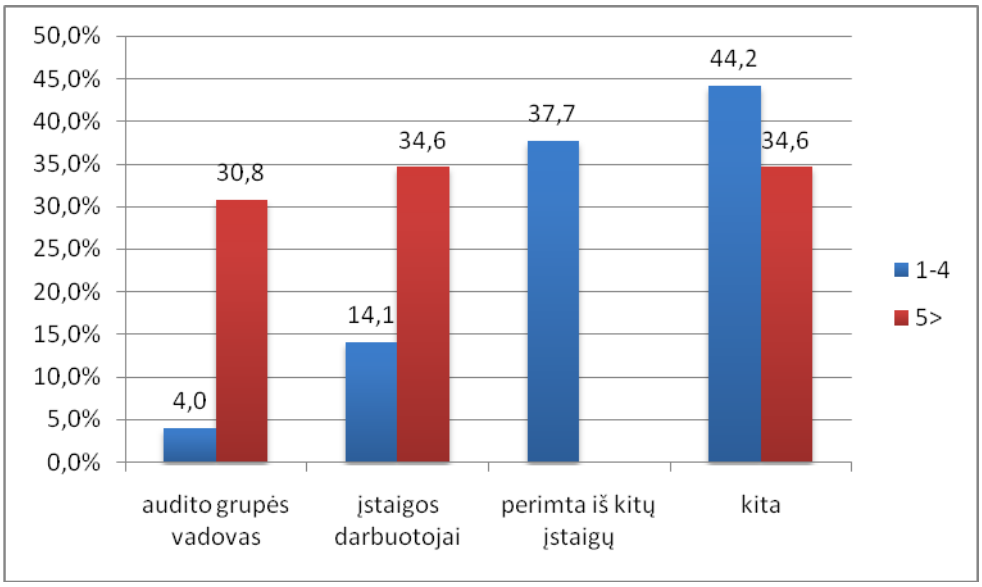
Tačiau statistiškai patikimą skirtumą matome tarp įstaigų, organizuojančių ir neorganizuojančių mokymus įstaigos viduje KVS svarbos klausimu. Įstaigos atliekančios mokymus mano, kad KVS yra nesvarbi įstaigai – vidurkis 2 balai iš 7. Įstaigos neatliekančios mokymų įstaigos viduje mano, kad KVS yra daugiau nei vidutiniškai svarbi – vidurkis 4,17 balo iš 7. Tai atitinka bendrą visų respondentų nuomonę, kurie KVS svarbą įvertina 4,1 balo iš 7, t.y. vidutiniškai svarbu (žr. 24 pav.).

Informacijos apie KVS vidutiniškai užtenka įstaigų darbuotojoms, kuriose mokymai atliekami. Nors informacijos apie KVS pakankamumo esminio skirtumo tarp įstaigų nėra – bendras įvertinimas 3,23 balo iš 7.



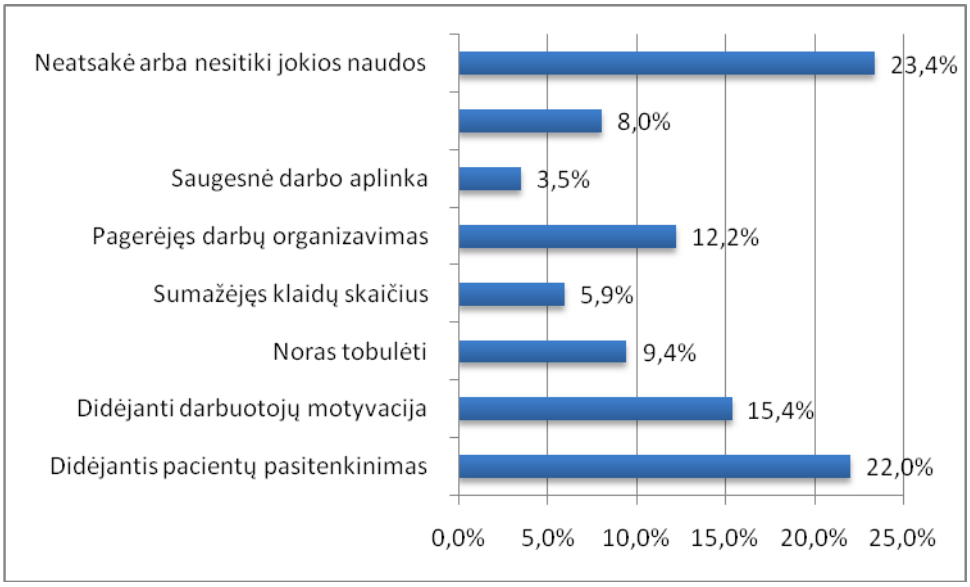
24 pav. Informacijos pakankamumo, lūkesčių ir naudos santykis bei KVS svarba ir pasitenkinimas ja, pagal KVS mokymus įstaigos viduje

Į klausimą kas rengė/rengia KVS procedūras atsakė 225 respondentai. 7,1% atsakė, kad procedūras rengė audito grupės vadovas, įstaigos darbuotojai – 16,4%, perimta iš kitų gydymo įstaigų – 33,3%, kita – 43,1% respondentų (χ^2=39,33; lls=3;p= 0,000). Kaip matome 25 pav., mažos įstaigos labiau linkusios adaptuoti kitų įstaigų KVS procedūras arba naudotis kitais šaltiniais. Didesnės įstaigos linkusios KVS procedūrų kūrimui pasitelkti įstaigos darbuotojus ir/ar samdomus auditorius, taip pat pasitelkiant kitais konsultantais, bet visiškai nesistengia adaptuoti kitų įstaigų KVS procedūras.



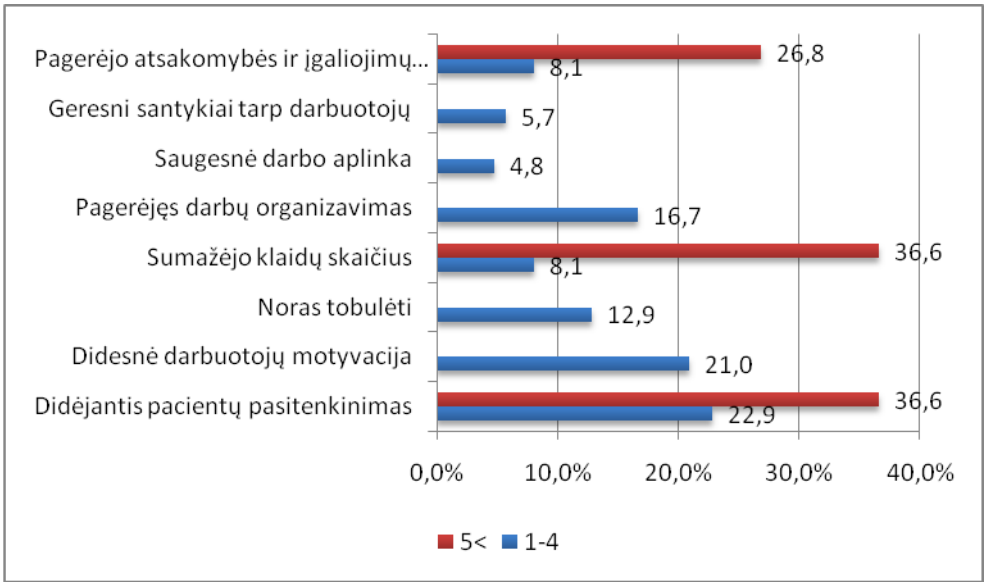
25 pav. Kas rengė/rengia KVS procedūras, pagal įstaigų dydį (χ^2=39,33; lls=3;p= 0,000)

Naudos, kurias gauna ar tikisi gauti įstaigos įsidiegusios KVS (žr. 26 pav.): didėjantis pacientų pasitenkinimas – 63 respondentai, didėjanti darbuotojų motyvacija – 44, pagerėjęs darbų organizavimas – 35, noras tobulėti – 27, pagerėjęs atsakomybės ir įgaliojimų paskirstymas - 23, sumažėjęs klaidų skaičius – 17, saugesnė darbo aplinka – 10. Pažymėtina, kad 67 respondentai nenurodė arba nesitiki jokios naudos įdiegus KVS įstaigoje.



26 pav. Nauda įdiegus KVS

Jei vertinsime naudas, kurias ar tikisi gauti įstaigos pagal įstaigų dydį matome, kad jos yra skirtingos (žr. 27 pav.). Kaip didžiausias naudas, kurias gauna ar tikisi gauti įstaigos įvardijo: didesnės – 33,6% didėjantį pacientų pasitenkinimą, 36,6% sumažėjusią klaidų tikimybę ir 26,8% gerėjantį atsakomybės ir įgaliojimų pasiskirstymą; o mažos - didėjantį pacientų pasitenkinimą 22,9%, didėjančią darbuotojų motyvaciją 21% ir pagerėjusį darbų organizavimą (χ^2=54,92; lls=6;p= 0,000).



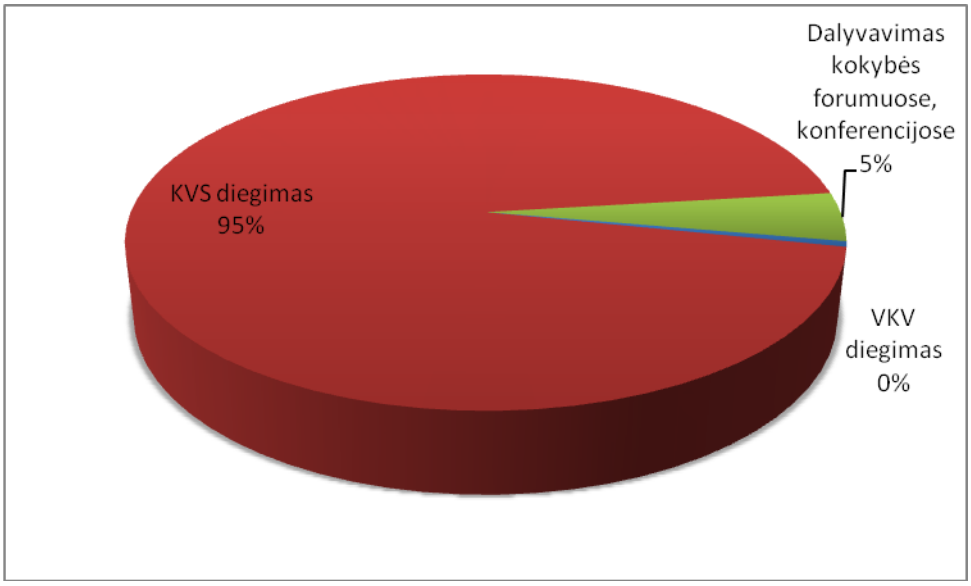
27 pav. Nauda įdiegus KVS, pagal įstaigų dydį

(χ^2=54,92; lls=6;p= 0,000)

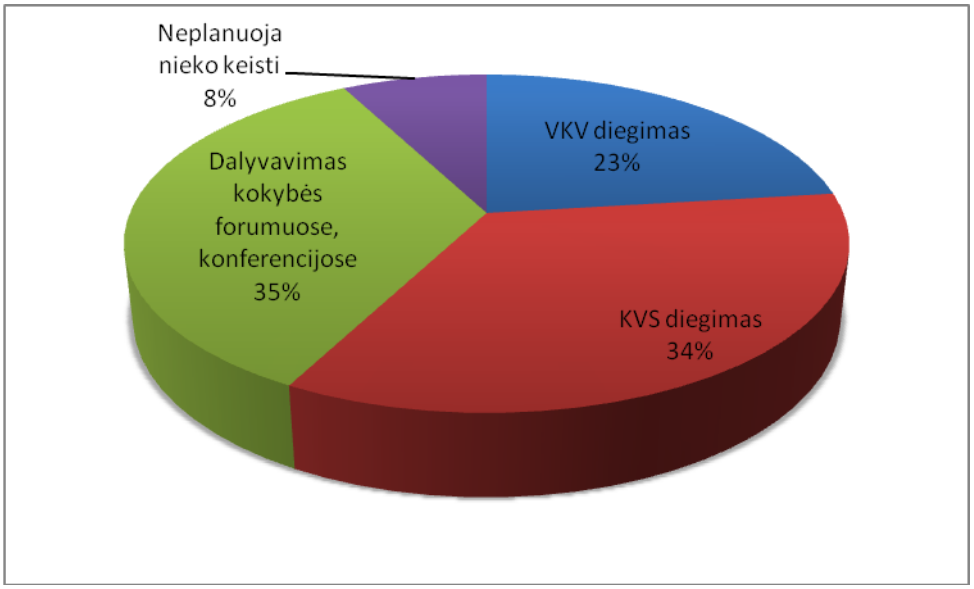
Įstaigos, neturinčios KVS mano, kad įsidiegus KVS didės pacientų pasitenkinimas – 24,2%, pagerės darbų organizavimas – 22,3%, didės darbuotojų motyvacija – 15,9%. Labiausiai įstaigas, kurios šiuo metu diegia KVS mano, kad didės pacientų pasitenkinimas – 35,1%, didės darbuotojų motyvacija – 33,3% ir pagerės atsakomybės ir įgaliojimų pasiskirstymas – 19,3%. Įstaigos jau įdiegusios mano, kad didžiausia nauda, kurią jie gauna yra pacientų pasitenkinimas (χ^2=49,15; lls=12;p= 0,000).

Nežiūrint įvairių problemų susijusių su KVS diegimu, įstaigos kurios jau įsidiegė KVS, kaip pagrindinį kokybės planą įvardija visuotinės kokybės vadybos diegimą. Bendrai kokybės planai yra įvardijami sekančiai: KVS diegimas – 53,8%, dalyvavimas kokybės forumuose, konferencijose – 6,3%, visuotinės kokybės vadybos diegimas – 2,5% ir tik 0,7% respondentų atsakė, kad neplanuoja nieko keisti. 23,8% apklausoje dalyvavusių respondentų į klausimą apie kokybės planus neatsakė.

Vertinant pagal įstaigų dydį, kokybės planai pavaizduoti 28 ir 29 paveiksluose. Nors nė vienoje iš mažų įstaigų KVS neįdiegta, tačiau net 94,8% apklausoje dalyvavusių įstaigų ją diegia dabar. Pažymėtina, kad 4,7% mažų įstaigų respondentų ir 34,6% didesnių planuoja dalyvauti kokybės forumuose, konferencijose, o 23,1% įstaigų, turinčių daugiau nei 5 darbuotojus, planuoja diegti VKV.



28 pav. Įstaigų, turinčių 1-4 darbuotojus, kokybės planai



29 pav. Kokybės planai įstaigose kur dirba 5 ir daugiau darbuotojų

Apibendrinant galima teigti, kad KVS būklė, diegimas ir diegimo problemos odontologijos įstaigose, nepriklausomai nuo jų dydžio, yra labai panašios. Diegiant kokybės sistemą odontologijos praktikoje būtina atsižvelgti ne tik į finansines galimybes, bet ir šios sistemos nenutrūkstamą funkcionavimą bei darbuotojų, reikalingų kokybės sistemą prižiūrėti ir tobulinti, mokymą bei planavimą. Akivaizdu, kad įstatyminė bazė, reikalaujanti vykdyti medicininio audito nuostatų reikalavimus ir diegti kokybės sistemas visose odontologijos įstaigose yra neįmanomas dėl įstaigų dydžio, nepakankamo finansavimo ir kvalifikuotų darbuotojų trūkumo.

5. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS

5.1. KVS diegimo odontologijos įstaigose eiga.

Iš atlikto tyrimo matome, kad pagrindinis aspektas, kuriuo remiantis nagrinėjama KVS diegimas odontologijos įstaigose yra įstaigos dydis. Įvertinus tyrimo metu gautus rezultatus darome išvadą, kad 82,7% tyrimo odontologijos įstaigų Lietuvoje yra mažos įstaigos, kuriose dirba 1-4 odontologai, burnos priežiūros ir kiti specialistai. Tyrime dalyvavusių odontologijos įstaigų apklausos rezultatai rodo dar didesnį tokių įstaigų skaičių – net 85,7%. Odontologijos praktikoje „didelė“ įmonė yra laikoma ta, kurioje yra daugiau nei 5 darbuotojai. Atitinkamai tyrimo rezultatai analizuojami šiuo aspektu, kad *maža* odontologijos įmonė – 1-4 darbuotojai, *didelė* – 5 ir daugiau darbuotojų. Atkreiptinas dėmesys, kad odontologijos įstaigų skaičius per pastaruosius 3 metus ženkliai padidėjo. Daugiau nei dvigubai (105,4%) padaugėjo mažų odontologijos įstaigų ir 88,5% daugiau didelių.

Apklausoje dalyvavo 263 įstaigų vadovai, 11 – įstaigos pavaduotojų, 1 – medicininio audito grupės vadovas ir 7 kiti įstaigos darbuotojai, 4 asmenys savo pareigų nenurodė. Pabrėžtina tai, kad mažas įstaigas atstovavo tik įstaigos vadovai. Labai dažnai mažose įmonėse įstaigos vadovas ir gydytojas yra vienas ir tas pats asmuo.

Nė vienoje mažoje įstaigoje kokybės vadybos sistema nėra įdiegta, tačiau net 31,8% respondentų atsakė, kad šiuo metu ją kuria. 46,3% įstaigų, kuriose dirba daugiau nei 5 darbuotojai, respondentų atsakė, kad KVS diegiama, 12,2% nurodė, kad jau įdiegta (χ^2=35,95; lls=2;p=0,000). 2005 m. I. Bučiūnienės, S. Malčiankinos ir kt. (25, 54) atlikto tyrimo rezultatai rodo panašius rezultatus ir kituose sveikatos priežiūros įstaigų sektoriuose. KVS buvo diegiama 46,6% Lietuvos palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėse. Statistiškai patikimas skirtumas yra tarp KVS neįdiegusių įstaigų: 68,2% mažos ir 36,1% didelės. Akivaizdu, kad KVS diegimas odontologijos srityje yra dar tik pradiniame etape ir praktiškai nevykdomas. Tik 1,7% odontologijos įstaigų Lietuvoje turi įdiegusios KVS. Statistiškai patikimas skirtumas matomas ir kokybės planuose. Mažos įstaigos aktyviau siekia diegti ar diegia KVS – 94,8% visų mažų įstaigų respondentų atsakė, kad jie planuoja diegti KVS savo įstaigoje. Tuo tarpu didesnės įstaigos (5 ir daugiau darbuotojų) diegti KVS ruošiasi ne taip aktyviai – tik 34,6% (χ^2=43,37; lls=1;p=0,000). Pabrėžtina, kad 23,1% didelių įstaigų planuoja siekti VKV.

Vertinant ar įstaigos naudoja kitas kokybės užtikrinimo ar tobulinimo sistemas ryškaus skirtumo tarp mažų ir didelių įstaigų nėra. Atsakymai pasiskirstę maždaug vienodai – 71,5%

odontologijos įstaigų nenaudoja jokių kitų kokybės užtikrinimo sistemų. Statistiškai patikimą skirtumą matome tarp įstaigų turinčių ir neturinčių dokumentuotą kokybės politiką ir tikslus. Apklausos metu nustatyta, kad iš net 89,4% mažų įstaigų nėra dokumentuotos kokybės politikos ir tikslų, tik 4,1% jas turi, dar 0,8% turi tik tikslus (χ^2=55,92; lls=1;p= 0,000). Tuo tarpu įstaigose, kuriose dirba daugiau nei 5 darbuotojais šie skaičiai ženkliai skiriasi: turi dokumentuotą kokybės politiką ir tikslus – 36,6%, neturi – 41,5%, nežino – 22% (χ^2=22,07; lls=2;p=0,000). Kadangi duomenys statistiškai patikimi, galima daryti išvadą, kad darbų organizavimas, procedūrų dokumentavimas priklauso nuo įstaigos dydžio.

Savo žinias kokybės srityje įstaigų vadovai vertina labai panašiai, tačiau didelių įstaigų vadovai yra geriau pasiruošę kokybės klausimais. 14,6% didelių įstaigų vadovai savo žinias vertina geriau nei vidutiniškai ir 53,7% kaip vidutiniškas. Absoliuti dauguma odontologijos įstaigų, nepriklausomai nuo jų dydžio, KVS mokymų įstaigos viduje neatlieka. Pažymėtina, kad 6 įstaigos iš 7, atliekančių mokymus KVS klausimais įstaigos viduje yra didelės. Tyrimo rezultatai rodo, kad informacijos trūksta 20,7% apklaustųjų. KVS žinių vidurkis 7 balų skalėje yra tik 3,19, net 75% visų respondentų nieko nežino apie ISO standartus, 23% - niekada nedalyvavo KVS mokymuose ir 7,3% - nežino nieko apie kokybės vadybos koncepciją. Įdomus faktas, kad tyrime dalyvavo tik 1 lokalaus medicininio audito grupės vadovas ir jo nuomone informacijos KVS klausimais tikrai trūksta.

Visgi dauguma respondentų nurodė, kad KVS įstaigai yra svarbus. 22% visų respondentų nurodė, kad kokybės vadybos sistema yra vidutiniškai svarbi, o 41,2% – svarbi. Kad KVS yra visiškai nesvarbi nenurodė nė vienas respondentas (χ^2=15,20; lls=4;p= 0,004).

Apibendrintai būtų galima teigti, kad tiek KVS būklė įstaigoje, tiek jos diegimas ir diegimo problemos yra labai panašios, nepriklausomai nuo įstaigos dydžio. Esminis skirtumas tame, kad nedidelis procentas didesnių įstaigų jau yra įdiegusios KVS bei jų KVS žinios yra geresnės. Tačiau akivaizdus KVS žinių nepakankamumas, įvairios problemos bei trikdžiai, darbuotojų stygius neleidžia tinkamai diegti kokybės vadybos sistemos odontologijos įstaigose.

5.2. Esminės problemos, diegiant KVS odontologijos įstaigose.

Prieš pradedant nagrinėti esmines problemas diegiant KVS, reikia įvertinti kodėl įstaigos diegia KVS. Kaip pagrindinę priežastį, kodėl turi būti diegiama KVS odontologijos įstaigose, 72,4% apklausos respondentų nurodė, kad tai yra Lietuvos įstatymai ir kitų norminių dokumentų reikalavimai. Dar 13,6% mano, kad tai yra išaugę pacientų reikalavimai

arba didelis pacientų skundų skaičius 6,3%. Tik 3,2% respondentų mano, kad KVS turi būti diegiama siekiant tobulėti. Labai panaši situacija stebima ir kitose SPĮ (25). Mokslininkai teigia, kad KVS diegimas visų pirma turėtų būti savanoriškas, kilti iš poreikio gerinti teikiamų paslaugų kokybę, darbo organizavimą ir darbuotojų motyvaciją. Šiuo atveju matome, kad KVS diegimas odontologijoje yra prievartinis procesas, siekiant gerinti bendrus Lietuvos sveikatos kokybės politikos ir sistemos tikslus.

Tiek mokslininkai, tiek praktikai teigia, kad net pažangiausias planavimas negarantuoja, kad projektas vyks sklandžiai. Darbuotojai, kurie pasirodys esą tinkamiausi kokybės sistemai diegti, paprasčiausiai negalės šio darbo atlikti, nes jiems bus per didelis darbo krūvis. Kad jie galėtų rūpintis kokybės vadybos sistemos įgyvendinimo projektu odontologijos įstaigoje, turėtų būti atleisti nuo kurių nors pareigų ir kasdienių darbų. Kaip rodo atliktas tyrimas, didžiausia problema trukdanti įdiegti KVS odontologijos įstaigoje yra *žmogiškieji ištekliai*. 50% apklausos respondentų, kurių įstaigose nėra KVS, žmogiškuosius išteklius įvardijo kaip pagrindinę problemą. Akivaizdu, kad įstaiga, kurioje dirba 1-4 specialistai, visų darbų, susijusių su darbo organizavimu ir tiesioginių pareigų atlikimu, atlikti neįmanoma. Tuo labiau, kad tam reikia ir atitinkamų žinių, ką respondentai ir įvardija, kaip kitą svarbiausią problemą.

Tyrimo rezultatai rodo, kad informacijos trūksta 20,7% apklaustųjų. KVS žinių vidurkis 7 balų skalėje yra tik 3,2, 75% visų respondentų nieko nežino apie ISO standartus, 23% - niekada nedalyvavo KVS mokymuose ir 7,3% - nežino nieko apie kokybės vadybos koncepciją. Tik 37 įstaigų vadovai ir 10 pavaduotojų savo žinias KVS srityje įvertino kaip vidutiniškas. Todėl nieko nuostabaus, kad informacijos KVS klausimais trūksta. Tačiau mokymai įstaigos viduje taip pat neatliekami. Nepriklausomai nuo įstaigos dydžio 97,6% įstaigų vidaus mokymai KVS klausimai neatliekami. Tik 6 įstaigos, iš kurių 7 kuriose dirba daugiau nei 5 darbuotojai, atsakė, kad mokymai atliekami. Jie savo žinias KVS srityje vertina vidutiniškai ir mano, kad jos pakanka. Atlikus tyrimą galima teigti, kad įstaigos vadovo pavaduotojai yra geriau pasirengę KVS klausimais, tačiau įstaigų, kurios galėtų juos išlaikyti skaičius yra labai mažas, o *informacijos trūkumas* KVS klausimais viena iš esminių problemų, trukdančių įdiegti KVS odontologijos įstaigose.

Dar viena problema trukdanti įdiegti KVS odontologijos įstaigose, 17,9% respondentų manymu, yra *finansiniai ištekliai*. Maža įmonė negali sau leisti samdyti KVS konsultantų ar įstaigų, kadangi šios paslaugos paprastai yra pakankamai brangios. Kaip teigia mokslininkai, įstaigoms, turinčioms gerą kokybės reputaciją, yra pavykę įtikinti savo darbuotojus tvarkytis abiejose sferose, lygiagrečiai aptarnaujant pacientus ir rengiant projektą, tačiau mažoje

įstaigoje tą padaryti, be išorinės pagalbos praktiškai neįmanoma. Įstaigos, jau įdiegusios KVS vieningai teigia, kad problema yra jos išlaikymas. Kaip rodo kiti atlikti tyrimai, problemos trukdančios diegti KVS odontologijos įstaigose yra būdingos ir kitoms Lietuvos SPĮ (25, 54). Tam tikrų žingsnių, susijusių su KVS diegimu ir taikymu, jau yra ėmęsi LR odontologų rūmai, išleidę kokybės vadovą ir bazines procedūras odontologijos įstaigoms ir dantų protezų gamybos laboratorijoms. Tačiau tai tik pirmieji žingsniai. Atkreiptinas dėmesys, kad 77,9% šiuo metu veikiančių odontologijos įstaigų yra privačios. Nesant tinkamo valstybinio odontologijos paslaugų apmokėjimo, privačios įstaigos skirti lėšų KVS diegimui ir vystymui turi mažiau galimybių nei valstybinės.

Kaip teigia mokslininkai ir praktikai, žmonės paprastai yra konservatyvūs. Todėl daugumoje įstaigų gali būti jaučiamas priešinimasis pasikeitimams. Tačiau žvelgiant į šį reiškinį iš priešingos pusės matome, kad darbuotojai linkę tenkinti pacientų poreikius ir norus. Tokiu atveju tiesiog privalu, kad kokybės siekimas yra klientų sąlygotas reikalavimas. Be to tikslingas naudoti aktyvių projekto dalyvių materialinio skatinimo ir psichologinio poveikio priemones (21, 41).

Mokslininkų teigimu, kokybės vadybos sistemos diegimas sveikatos priežiūros įstaigose nėra lengvas. Susiduriama su eile trikdžių, kurie apsunkina šį ir taip nelengvą procesą – personalo pasipriešinimas, kokybės įvertinimo problemos, investicijų į kokybę atsiperkamumo įrodymų sudėtingumas, išorinės ir vidinės aplinkos pokyčiai (11, 12). Padaryta analizė leidžia teigti, kad diegiant KVS odontologijos įstaigose trikdžius sąlygoja:

- ✓ Nesistemingas informacijos kaupimas. Odontologijos įstaigos buvo pirmosios sveikatos priežiūros įstaigos, kurios po Lietuvos nepriklausomybės atkūrimo perėjo iš valstybinio finansavimo į privatų. Nei pereinamuoju laikotarpiu, nei šiandien neatliekamas statistikos ar informacijos, susijusios su privačių odontologijos įstaigų veikla, tikslingas kaupimas, o ta informacija kuri sukaupiama yra netiksli (šią problemą nustatė ir Valstybės auditas, pateikęs savo išvadas dėl odontologinės veiklos Lietuvoje 2008 m. pavasarį).
- ✓ Nepakankamas ir nenuolatinis kvalifikacijos kėlimas. Vadovaujantis SAM įsakymais gydytojai odontologai ir burnos priežiūros specialistai privalo pastoviai kelti savo profesinę kvalifikaciją. Tačiau šis kvalifikacijos kėlimas susijęs tik su medicinine kvalifikacija, o šiuolaikinės medicinos vadybos žinios paprastai įgyjamos klaidų ir „gyvenimiškų pamokų“ pagrindu. Net 23% apklausos respondentų niekada nedalyvavo KVS mokymuose, 75% nieko nežino apie ISO standartus, o 7,3% respondentų nieko nėra girdėję apie kokybės vadybos koncepciją.

✓ Įstaigos vadovų vadybinio išsilavinimo ir patyrimo stoka. Kaip jau minėta anksčiau, daugumoje odontologijos įstaigų yra tik 1-4 darbuotojai, odontologijos specialistai. Tai yra gydytojai, jų padėjėjai ir dantų technikai. Specializuotų vadybos žinių universitetuose ir mokymo įstaigose jie gauna nepakankamai, o kvalifikacijos tobulinimas dažniausiai vyksta tik medicinos srityje. Samdyti profesionalius vadybininkas yra ekonomiškai nuostolinga ir neefektyvu dėl darbo specifikos. Tik stambesnės odontologijos įstaigos, turinčios daugiau nei 10 medicinos specialistų gali sau leisti samdyti vadybininkas ar vadovus turinčius vadybinį išsilavinimą, tačiau tokių odontologijos įstaigų Lietuvoje yra tik 6,2%.

✓ Nepakankamas profesionalių konsultantų ir kokybės vadybos specialistų skaičius ir pasiruošimas. Dar tik dešimtmetį Kauno medicinos universitetas ruošia sveikatos priežiūros vadybos specialistus. Dėl to natūralu, kad dar nepakankamai yra paruošta šios srities specialistų bei konsultantų. Daug besimokiusiųjų pirmaisiais metais buvo sveikatos priežiūros įstaigų vadovai, o dėl nedidelės odontologijos paslaugų teikimo apimties odontologijos vadybos specialistų nėra iš vis.

✓ Nepakankamas kvalifikuotų (ir ne tik) darbuotojų, galinčių kurti ir diegti KVS įstaigoje. Mažas darbuotojų skaičius odontologijos įstaigose sukuria preteksto neturinčią situaciją, kai privaloma, bet neįmanoma vykdyti LR SAM įsakymus ir kitus norminius aktus bei diegti kokybės vadybos sistemas jose. Tam trūksta žmogiškojo potencialo, finansų ir žinių.

✓ Per mažas valstybinių institucijų dalyvavimas kokybės sistemų diegimo problemų sprendime. Neadaptuoti įstatyminiai aktai, nepakankamas dėmesys jau esančių sveikatos priežiūros sistemų sprendime, ilgai trunkančios sveikatos priežiūros reformos ir per mažas ir neaktyvus sveikatos priežiūros mokslininkų dalyvavimas įstatymų kūrime sąlygoja nepakankamą dalyvavimą problemų sprendime.

✓ Valstybinių institucijų įstatymai ir kiti norminiai dokumentai neadaptuoti Lietuvos sveikatos sistemos įstaigoms. Šiandien LR SAM kuria ir taiko Europos sąjungos (ES) teisės aktų reikalavimus, tačiau jų neadaptuoja ir nediferencijuoja pagal įstaigų veiklos apimtis ir darbuotojų skaičių. Tokiu būtu stengiamasi tenkinti ES reikalavimus, bet dėl jų gausos, LR SAM nespėja ir nesigilina į Lietuvos sveikatos sistemos problemas, neieško jų sprendimo, o jei ir ieško tai labai neefektyviai. Tokiu pavyzdžiu galėtu būti Lietuvos sveikatos priežiūros užtikrinimo 2005-2010 m. programa. Ji pradėtas kurti 1992-1993 m., o tikslą pasiekė tik praėjus dešimtmečiui. Tai vyksta dėl nepakankamo Lietuvos sveikatos priežiūros vadybos specialistų skaičiaus ir kvalifikacijos.

Įstaigos, kurios šiuo metu diegia KVS įstaigose, akcentuoja, kad didžiausios problemos diegiant KVS yra *kokybės politikos apibrėžimas* (48,7%) *bei procedūrų aprašymai* (33,3%). Taip pat aktuali problema yra audito grupės sudarymas (17,9%). Dėl mažo respondentų aktyvumo nagrinėjant diegimo problemas buvo įvertinta visų apklausoje dalyvavusių respondentų nuomonė. Kitų respondentų aktyvumas įvardijant pagrindines problemas rodo, kad nors ir dalinai, bet KVS diegimo procesas vykdomas ir įstaigose, kurios nenurodė, kad KVS kuriama. Matome, kad KVS diegimo pagrindinės problemos išlieka tos pačios, tačiau jos pasiskirsto skirtingai, atsiranda naujų pozicijų: *procedūrų aprašymai* (45,2%), *kokybės politikos apibrėžimas* (27,1%), *audito grupės sudarymas* (12%), *diagnostikos ir gydymo metodikų sudarymas* (10,2%), *kokybės uždavinių nustatymas* (5,4%). Nagrinėjant klausimą lyginant pagal susipažinimo lygį su kokybės vadybos koncepcija matome, kad problemos išlieka tos pačios. Tačiau, įstaigos jau turinčios KVS, diegimo proceso metu susidūrė tik su 1 problema - diagnostikos ir gydymo metodikų sudarymas. Vertinant KVS diegimo problemas pagal įstaigos dydį matome, kad pagrindine problema tampa procedūrų aprašymas. Net 88,2% (χ^2=18,53; lls=6;p= 0,001) įstaigų turinčių daugiau nei 5 darbuotojus procedūrų aprašymą įvardija, kaip pagrindinę problemą. Statistiškai patikimas skirtumas lyginant su mažomis įstaigomis leidžia daryti prielaidą, kad procedūrų rengimas didesnėse įstaigose yra sudėtingesnis, apima daugiau procesų, sudėtingiau paskirstyti įgaliojimus ir atsakomybes. Kaip rodo kitų autorių tyrimai, KVS diegimo problemos būdingos ir kitoms SPĮ (25, 54).

KVS procedūrų aprašymas glaudžiai susijęs su asmenimis, kurie šiuos dokumentus ruošia. Tik 21,5% respondentų atsakė, kad procedūras ruošė/ruošia su įstaiga susiję asmenys - 7,1% atsakė, kad procedūras rengė audito grupės vadovas, 16,4% - įstaigos darbuotojai. Didžioji dalis respondentų nurodė, kad procedūros buvo adaptuotos iš kitų įstaigų arba išvis nenurodė: perimta iš kitų gydymo įstaigų – 33,3%, kita – 43,1%. Atlikus tyrimą aišku, kad mažos įstaigos labiau linkusios adaptuoti kitų įstaigų KVS procedūras arba naudotis kitais šaltiniais, didesnės įstaigos linkusios KVS procedūrų kūrimui pasitelkti įstaigos darbuotojus ir/ar samdomus auditorius, taip pat pasitelkiant kitais konsultantais, bet visiškai nesistengia adaptuoti kitų įstaigų KVS procedūras. Tiek mokslininkai, tiek praktikai sutinka, kad visos veiklos organizacinės procedūros būtų kuriamos įstaigos darbuotojų, siekiant teisingiau aprašyti įstaigoje vykstančius procesu, tinkamai paskirstyti atsakomybes ir kt. Taigi galime daryti išvadą, kad įstaigoms trūksta *pasirengimo KVS klausimais, kvalifikacijos ir kvalifikuotų sveikatos priežiūros konsultantų šioje srityje*.

Apibendrinant būtų galima teigti, kad įvairių problemų ir trikdžių gausa, susijusių su KVS diegimu, tik skatina įstaigų vadovus keisti savo požiūrį į įstaigos valdymą, siekti geresnių veiklos rezultatų, teikti kokybiškas, įrodymais pagrįstas paslaugas. KVS diegimo problemų panašumas, lyginant su kitų autorių atliktais tyrimais, leidžia daryti prielaidą, kad jos būdingos visoms SPĮ Lietuvoje. Nežiūrint didelio nenoro ir valstybiniu lygiu primestos nuomonės, 87,6% įstaigų dalyvavusių apklausoje diegia arba planuoja įdiegti kokybės vadybos sistemas, 8,3% dalyvaus mokymuose KVS klausimais. Tik 0,9% respondentų neplanuoja nieko keisti.

5.3. Kokybės vadybos sistemos diegimo nauda

Kalbant apie naudą, kurią gali gauti įstaigos įsidiegusios KVS, apklausos respondentai nebuvo kategoriški. Tik 23,4% respondentų į klausimą kokios naudos tikisi iš KVS, neatsakė arba nesitiki jokios naudos. 22% respondentų mano, kad padidės pacientų pasitenkinimas, 15,4% mano, kad padidės darbuotojų motyvacija ir 12,2% - kad pagerės darbų organizavimas. Dar 9,4% respondentų mano, kad viena iš naudų būtų atsiradęs noras tobulėti. Ne mažiau svarbus nenoro diegti KVS įstaigoje aspektas yra tai, kad į klausimą ar įstaigai yra svarbu turėti KVS 23,8% respondentų neatsakė, o atsakiusiųjų bendra nuomonė kad tai tik vidutiniškai svarbu (4,1 balo 7 balų skalėje). Įdomu tai, kad įstaigos atliekančios KVS mokymus įstaigos viduje mano, kad KVS nesvarbus įstaigai (2 balai 7 balų skalėje).

Jei vertinsime naudas, kurias ar tikisi gauti įstaigos pagal įstaigų dydį matome, kad jos yra skirtingos. Kaip didžiausias naudas, kurias gauna ar tikisi gauti įstaigos įvardijo: didesnės – 36,6% didėjantį pacientų pasitenkinimą, 36,6% sumažėjusią klaidų tikimybę ir 26,8% gerėjantį atsakomybės ir įgaliojimų pasiskirstymą; o mažos - didėjantį pacientų pasitenkinimą 22,9%, didėjančią darbuotojų motyvaciją 21% ir 16,7% pagerėjusį darbų organizavimą (χ^2=54,92; lls=6;p= 0,000). Įstaigos, neturinčios KVS mano, kad įsidiegus KVS didės pacientų pasitenkinimas – 24,2%, pagerės darbų organizavimas – 22,3%, didės darbuotojų motyvacija – 15,9%. Labiausiai įstaigas, kurios šiuo metu diegia KVS mano, kad didės pacientų pasitenkinimas – 35,1%, didės darbuotojų motyvacija – 33,3% ir pagerės atsakomybės ir įgaliojimų pasiskirstymas – 19,3%. Įstaigos jau įdiegusios mano, kad didžiausia nauda, kurią jie gauna yra pacientų pasitenkinimas (χ^2=49,15; lls=12;p= 0,000).

Kanados odontologijos įstaigų, įdiegusių KVS pagal tarptautinius ISO standartų reikalavimus, patirtis rodo, kad pagrindinė priežastis skatinanti diegti KVS yra pacientų

pasitenkinimo įstaigos teikiamomis paslaugomis siekimas (29, 41). Kaip rodo atliktas tyrimas, Lietuvos odontologijos įstaigų siekiai yra panašūs.

Apibendrinus respondentų nuomonę galima teigti, kad kokybės vadybos sistemos diegimas yra naudingas, pagrindiniai tai atspindintys rodikliai yra didėjantis pacientų pasitenkinimas, sumažėjęs klaidų skaičius ir pagerėjęs atsakomybės ir įgaliojimų pasiskirstymas.

IŠVADOS

1. Kokybės vadybos sistema Lietuvos odontologijos įstaigose beveik neįdiegta. Mažiau nei pusė įstaigų ją diegia dabar. Mažose įstaigose stebimas didesnis pasiryžimas diegti KVS, nei didesnėse. Tik 1 odontologijos įstaigoje sudaryta medicininio audito grupė, 2 įstaigose yra medicininio audito grupės vadovas. Dokumentuotą kokybės politiką ir tikslus turi 36,6% didesnių ir 4,1% mažų įstaigų. Odontologijos įstaigų vadovams trūksta informacijos KVS klausimais didžioji dalis įstaigų vadovų nieko nežino apie ISO standartus, o ketvirtadalis niekada nedalyvavo KVS mokymuose. 83,2% įstaigų vidaus mokymai KVS klausimais neatliekami.

2. Kokybės vadybos sistemos diegimas ir problemos glaudžiai susiję su odontologijos įstaigų dydžiu. Esminės problemos, diegiant KVS - procedūrų aprašymai, kokybės politikos apibrėžimas, audito grupės sudarymas, diagnostikos ir gydymo metodikų sudarymas. Įstaigoms jau įdiegusioms KVS didelė problema yra jos išlaikymas. Pagrindiniai trikdžiai KVS diegimui įstaigoje yra žmogiškųjų išteklių, informacijos ir finansinių išteklių trūkumas.

3. Didėjantis pacientų pasitenkinimas, sumažėjusi klaidų tikimybę ir gerėjantis atsakomybės ir įgaliojimų pasiskirstymas įvardintas kaip naudos, kurias gauna didesnės įstaigos iš KVS. Mažose įstaigose - didėja pacientų pasitenkinimas, darbuotojų motyvacija, gerėja darbų organizavimas. Įstaigos jau įdiegusios KVS mano, kad didžiausia nauda, kurią jie gauna yra pacientų pasitenkinimas.

REKOMENDACIJOS

1. Įtraukti į gyd. odontologų ir burnos priežiūros specialistų mokymo ciklus universitetuose ir kolegijose kokybės vadybos sistemos ir tobulinimo klausimais.
2. Atsižvelgiant į odontologijos įstaigų dydį (83% visų įstaigų yra mažos, 1-4 darbuotojų įstaigos), diferencijuoti kokybės sistemų diegimo apimtis pagal sveikatos priežiūros įstaigų dydį.
3. Sukurti moksliškai pagrįstas metodines rekomendacijas odontologijos paslaugų kokybės valdymui ir unifikuotus odontologijos procedūrų standartus, atitinkančius Europos sąjungos (ES) ir profesinių sąjungų kokybės reikalavimus. Juos suderinti su mokslininkais, dirbančiais Lietuvos universitetuose bei patvirtinti Lietuvos Respublikos norminių aktų nustatyta tvarka.
4. Deleguoti odontologijos įstaigų veiklos kokybės kontrolę Lietuvos Respublikos odontologų rūmams, kaip savivaldos organizacijai, tokiu būdu užtikrinant, kad teikiamų paslaugų ir veiklos kokybė bus vertinama tinkamai ir teisingai.
5. Leisti LR odontologų rūmams, atsižvelgiant į odontologijos srities ypatumus kurti odontologijos priežiūros (pagalbos) kokybės strategiją ir programą, vadovaujantis Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtinta „Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programa“ bei kitais norminiais aktais.

LITERATŪRA

Knygų aprašas

1. Adomėnas V, Ramanauskas AP, Vaišvila A ir kt. Vidaus audito taikymas vadybos sistemoms gerinti. Lietuvos ir Europos Sąjungos kokybės gerinimo ir teisinio reglamentavimo derinimas. Kaunas: Technologija; 2003.
2. Barczyk CC. Visuotinės kokybės vadyba. Vilnius: Eugrimas; 1999.
3. Bagdonas E, Bagdonienė L. Administravimo principai. Kaunas: Technologija; 2000.
4. Bagdonienė L, Bagdonas E, Kazlauskienė E, Zemblytė J. Organizacijų vadyba. Kaunas: Technologija; 2004.
5. Bagdonienė L, Hopenienė R. Paslaugų marketingas ir vadyba. Kaunas: Technologija; 2004.
6. Butkus FS. Vadyba: organizacijos veiklos operatyvaus valdymo pagrindai. Vilnius: Eugrimas; 2003.
7. Čereška A, Pauža V. Kokybės analizė ir valdymas: Mokomoji knyga. Vilnius: Technika; 2005.
8. Dikavičius V, Stoškus S. Visuotinės kokybės vadyba: Mokomoji knyga. Kaunas: Technologija; 2003.
9. Donabedian A. An introduction to quality assurance in healthcare. New Yourk: Oxford University Press; 2003.
10. Janušonis V. Medicinos pagalbos kokybė ir valdymas. Vilnius: Mokslas; 1990.
11. Janušonis V. Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas. Klaipėda: Lietuvos rytas; 2000.
12. Janušonis V, Popovienė J. Kokybės sistemos. Kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijose. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė; 2004.
13. Europos komitetas prie LRV, LR ūkio ministerija. Verslo Europos Sąjungos bendrojoje rinkoje vadovas. Vilnius: A. Jakšto spaustuvė; 2002.
14. Lietuvos standartizacijos departamentas. Lietuvos standartas. LST EN ISO 9000:2000. Kokybės vadybos sistemos. Pagrindai, terminai, apibrėžimai. Vilnius: Lietuvos standartizacijos departamentas; 2001.
15. Lietuvos standartizacijos departamentas. Lietuvos standartas. LST EN ISO 9001:2000. Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai. Vilnius: Lietuvos standartizacijos departamentas; 2001.

16. Lietuvos standartizacijos departamentas. Lietuvos standartas. LST EN ISO 9004:2000. Kokybės vadybos sistemos. Veiklos gerinimas. Rekomendacijos. Vilnius: Lietuvos standartizacijos departamentas; 2001.
17. Montagu D. Accreditation and other external quality assesment systems for healthcare. London: Health system resource centre; 2003.
18. Neverdauskas B, Rastenis J. Vadybos pagrindai. Kaunas: Technologija; 2001.
19. Stoner JAF, Freeman RE, Gilbert RD Jr. Vadyba. Kaunas: Poligrafija ir informatika; 2000.
20. Valstybinė medicininio audito inspekcija. Rekomendacijos kokybės vadybos sistemoms Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose. Vilnius: Valstybinė medicininio audito inspekcija; 2000.
21. Vanagas P. Visuotinės kokybės vadyba. Kaunas: Technologija: 2004.
22. World Health Organisation. The world Health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: WHO Press; 2000
23. World Health Organisation. Quality of care. A process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO Press; 2006.
24. Zakarevičius P. Vadyba: genezė, dabartis, tendencijos. Kaunas: VDU leidykla; 2002.

Daktaro disertacija, jos santrauka, magistro diplominis darbas

25. Malčiankina S. Kokybės vadybos sistemos diegimas Lietuvos palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėse: magistro diplominis darbas. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2005 m.

Straipsnių knygoje, žurnale, konferencijos medžiagoje aprašas

26. Abramavičius, Š. (2001). ISO 9001 serijos standartų ir visuotinės kokybės vadybos santykio problema organizacijos konkurencinio pranašumo įgijimo perspektyvos aspektu. Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai, 24, p. 17-21.
27. Adomėnas, V. (2002). Procesinio požiūrio taikymas kokybės vadybos sistemoje. Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai, 21, p. 8-13.
28. Calfon Ph. (2007). Standartization and quality in dentistry. 2007 FDI Annual World Dental Congress [2007-10-24/27]

29. Casas MJ, Kenny DJ, Johnson DH. (2003). Experience of 2 dental clinics registered to ISO 9002. J Can Dent Assoc 2003, 69 (4), p. 215-218.
30. Chadwick R. G. (2002). Quality assurance by service quality – an industrial approach to monitoring course delivery. BDJ 2002, 182 (5), p. 285-288.
31. Dianiskova S. (2007). Quality management system in dentistry. 2007 FDI Annual World Dental Congress [2007-10-24/27]
32. Engel P. (2007). Quality assurance and improvement in dentistry. 2007 FDI Annual World Dental Congress [2007-10-24/27]
33. Grabauskas, V. (1997). Sveikatos politikos formavimas Lietuvoje. Medicina, 33 (11), p. 3-10.
34. Grol, R. (2001). Improving the quality of medical care. Building bridges among professional price, payer profit, and patient satisfaction. JAMA, 286, p. 2578-2585.
35. Jakušovaitė I., Darulis Ž. (2004). Medicinos ir sveikatos priežiūros tikslai ir vertybės. Medicina 2004, 40 (9), p. 825-832.
36. Janušonis V, Popovienė J. Sveikatos priežiūros kokybės vadyba Europos Sąjungos plėtros kontekste. Tiltai, 2003; 13 (1): 177-181.
37. Janušonis V. Sveikatos priežiūros organizacijų kokybės sistemų valdymas. Sveikatos mokslai 2004, 1: 69-73.
38. Janušonis V, Popovienė J. Comparison of patients‘, hheir relatives and evidence-based indicators of healthcare quality evaluation: the more congruency there is, the higher healthcare quality is. Sveikatos mokslai 2004, 3: 60-65.
39. Kaziliūnas A. (2004). Procesinis požiūris vadyboje ir viešajame administravime. Viešoji politika ir administravimas 2004, 8, p. 37-47.
40. Kaziliūnas A. (2008). Problems of auditing using quality management systems for sustainable development of organizations. Technological and economic development of economy 2008, 14 (1), p. 64-75.
41. Kenny D. J., Conway R. M., Johnson D. H. (1999). The development of ISO 9002 quality management standarts for canadian dental practices. J Can Dent Assoc 1999, 65 (2), p. 105-108.
42. Morgan R. G. (2001). Quality evaluation of clinical records of a group of general dental practioners entering a quality assurance programme. BDJ 2001, 181 (8), p. 436-441.
43. Pivoras, V. (2004). KVS vidaus auditorių mokymų metodinė medžiaga. Medicininėms įstaigoms: Praktinio seminaro mokymų medžiaga [2004-11-18/19]. Kaunas: TÜV-Uolektis.

44. Parasurman A., Zeithaml V. A., Berry L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. Journal of marketing, 1985, 49, p. 41-50.
45. van Ossel G. Measuring customer satisfaction/servines management. An integrated approach. Ei. Van Loby B., van Dierdonck R., Gemmel P. (1998). Financial Times Publishing, 125, p. 149.
46. Rampersadas H. (2003). Kokybės matas – klientų pasitenkinimas. 75 aktualūs klausimai apie jūsų kliento pasitenkinimą. // Vadovo pasaulis. 2003, Nr. 1. – P. 40.
47. Vanagas, P. (2004). Kokybės vadyba – lemiamas konkurencingumo veiksnys XXI amžiuje. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valdymas Lietuvoje: mokslinės praktinės konferencijos medžiaga [2004-05-21]. Palanga: Lietuvos sveikatos apsaugos vadybos draugija, p. 5-6.
48. van Weert, C. (2000). Developments in professional quality assurance towards quality improvement. Int. J. Quality Health Care, 12, p. 239-242.

Įstatymų, nutarimų, įsakymų aprašas

49. Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. spalio 6 d. įsakymas Nr. 571. Vilnius: Valstybės žinios 1998;89-2469.
50. Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos patvirtinimo. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. spalio 10 d. įsakymas Nr. 495. Vilnius: Valstybės žinios 2002;101-4523.
51. Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2004 m. rugsėjo 14 d. Nr. V-642. Vilnius: Valstybės žinios (2004, 144-5268).
52. Dėl Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2008 m. balandžio 29 Nr. V-338. Vilnius: Valstybės žinios 2008;53-1993.

Elektroninių dokumentų aprašas

53. 12manage – E-learning community on management. What is Kaizen? Definition. [žiūrėta 2008 m. sausio 21 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.12manage.com/methods_kaizen.html>.

54. Bučiūnienė I, Malčiankina S., Lydeka Z., Kazlauskaitė R. Managerial attitude to the implementation of quality management systems in Lithuanian support treatment and nursing hospitals. [žiūrėta 2008 m. sausio 26 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-6-120.pdf>
55. Council of European dentists. EU dental manual of dental practice. [žiūrėta 2008 m. sausio 21 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.eudental.eu/index.php?ID=2746>.
56. European Foundation for Quality Management. Mision & Vision. [žiūrėta 2007 m. lapkričio 17]. Prieiga per internetą: <http://www.efqm.org/Default.aspx?tabid=60>.
57. European Organization for Quality. Towards a European Vision of Quality. The way forward. [žiūrėta 2007 m. sausio 21 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.eoq.org/BROCHURE%20EOQ%20VERSION%202.0.pdf>.
58. European organization for quality. Sharing success: moving towards a new vision. [žiūrėta 2007 m. sausio 21 d.]. Prieiga per internetą: http://www.eoq.org/EOQ%2016%20pages2001.pdf>
59. European Organization for Quality. Europe Quality week. [žiūrėta 2007 m sausio 21 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.eoq.org/EuropeanQualityWeek.html>.
60. Euroverslas. ISO kokybės vadybos sistemos ir jų sertifikavimas. [žiūrėta 2006 m. gruodžio 21d.]. Prieiga per internetą: <www.euroverslas.lt/?1309445036>.
61. Joel E. Quality circles. Encyclopedia of small bussiness [žiūrėta 2008 m. sausio 21 d.]. Prieiga per internetą: < http://www.referenceforbusiness.com/small/Op-Qu/Quality-Circles.html>.
62. Lietuvos kokybės vadybos asociacija. Misija, vizija ir strateginiai tikslai. [žiūrėta 2006 m. lapkričio 26 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.lkva.lt/n.php?m=105&l=lt>.
63. LR ūkio ministerija. Nacionalinė kokybės sistema. Vilnius: [žiūrėta 2007 m. vasario 1 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.ukmin.lt/index.php/lt/pramoneirverslas/Kokybesinfrastruktura/new-page1/>.
64. LR valstybės kontrolė. Valstybinio audito ataskaita. [žiūrėta 2008 m. balandžio 30 d.]. Prieiga per internetą: < www.vkontrole.lt/auditas_ataskaita.php?2288>.
65. McBridge D. The 7 manufacturing wastes. EMS Consulting group [žiūrėta 2008 m. sausio 15 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.emsstrategies.com/dm090203article2.html>.
66. Schillie SF. Quality Improvement in Healthcare. Medscape public health & prevention, 2007 [žiūrėta 2008 m. sausio 15 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.qualitydigest.com/mar98/html/cover.html>.

67. Simmons DA. Examining ISO 9000 in Health Care. Quality digest magazine, 1998 [žiūrėta 2008 m. sausio 15 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.qualitydigest.com/mar98/html/cover.html>.