

KAUNO MEDICINOS UNIVERSITETAS

VISUOMENĖS SVEIKATOS FAKULTETAS

SOCIALINĖS MEDICINOS KATEDRA

Aistė Giedraitienė

**Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo sistemos analizė
ir tobulinimas**

MAGISTRO DIPLOMINIS DARBAS

VISUOMENĖS SVEIKATOS VADYBA

Mokslinis vadovas: doc. dr. L. Bagdonienė

KAUNAS, 2006

SANTRAUKA

Visuomenės sveikatos vadyba

Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo sistemos analizė ir tobulinimas

Magistro diplominio darbo autorė: Aistė Giedraitienė.

Magistro diplominio darbo mokslinė vadovė: doc. dr. Liudmila Bagdonienė, KTU

Kauno medicinos universitetas, Visuomenės sveikatos fakultetas, Socialinės medicinos katedra. Kaunas; 2006, p.73.

Darbo tikslas: išanalizuoti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo ypatumus ir pasiūlyti tobulinimo kryptis.

Metodika: lietuvių ir užsienio autorių mokslinės literatūros šaltinių analizė, teisinių reglamentuojančių dokumentų analizė, PSPĮ vadovų anketinės apklausos analizė, ekspertų interviu analizė.

Tyrimo objektas: *pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimas*

Pagrindiniai rezultatai: Dažniausiai pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinime Lietuvoje sutinkamas kokybės vertinimas ir administruojančių institucijų vykdomas vertinimas. Nustatyta, kad renkami PSPĮ veiklos duomenys tik fragmentiškai atspindi atskiras PSPĮ vertintinas veiklos sritis. Nepatenkina apklaustų PSPĮ vadovų poreikių siekiant užsibrėžtų įstaigos tikslų. PSPĮ veiklos vertinimas nėra dinamiškas ir pastoviai pritaikomas prie besikeičiančių sąlygų. Ekspertai vieningai nurodė dabartinės PSPĮ veiklos vertinimo sistemos tobulinimo būtinumą ir unifikavimo naudą.

Darbo išvados ir praktinės rekomendacijos:

1. Atlikus mokslinės literatūros analizę, nustatyta, jog veiklos vertinimo metodologinės problemos nagrinėjamos daugiau verslo nei viešame sektoriuje. Organizacijos kompleksinio veiklos vertinimo sistema apima veiklos pasiekimų, veiklos kokybės ir tobulinimo pasiekimų įvertinimo sistemas. Kompleksinio veiklos vertinimo sistema sudaro galimybes įvertinti įvairių organizacijos hierarchinių lygių veiklą pagal konkrečius kriterijus ir rodiklius bet kuriuo laiko momentu ir, jei reikia, atlikti koreguojančius veiksmus bei taip užtikrinti nepertraukiamą veiklos tobulinimą organizacijoje.

2. Antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimas remiasi daugiau atskiro atvejo – sveikatos sutrikimo – nagrinėjimu. Prioritetine laikoma pirminė sveikatos priežiūros sfera neturi jokių vieningai pripažintų veiklos vertinimo svertų. Pirminės sveikatos priežiūros veiklos kompleksinis vertinimas padėtų racionaliau naudoti sveikatos priežiūrai skirtus išteklius, skatintų efektyviau vykdyti sveikatos palaikymo ir profilaktikos funkcijas pirminės sveikatos priežiūros grandyje.

3. Vertinant pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklą Lietuvoje dažniausiai apsiribojama kokybės vertinimu. Administruojančių institucijų vertinamos tos pačios veiklos sritys, todėl neišvengiama dubliavimosi, o kitos veiklos sritys lieka nevertinamos arba vertinimo rezultatai analizuojami nepakankamai. Apklaustų PSPĮ vadovų ir ekspertų nuomone, galima teigti, jog dabartiniu metu Lietuvoje nėra vieningos, konkrečiai PSPĮ veiklai vertinti pritaikytos ir įteisintos veiklos vertinimo sistemos, kuri padėtų išmatuoti ir kompleksiškai įvertinti, kaip veikia šio lygio įstaigos.

4. Siūloma PSPĮ įdiegti kompleksinio veiklos vertinimo modelį, kuris tenkina kompleksinei vertinimo sistemai keliamus reikalavimus ir apima vadovų veiklos vertinimą, suinteresuotųjų PSPĮ veikla grupių nustatymą ir jų poreikių bei lūkesčių įvertinimą, PSPĮ veiklos, veiklos kokybės pasiekimų (rezultatų) vertinimą, tobulinimo veiklos pasiekimų (rezultatų) vertinimą bei veiklos vertinimo sistemos keitimo poreikio nustatymą.

SUMMARY

Public health management

ANALYSIS OF THE ASSESSMENT SYSTEM OF PRIMARY HEALTH CARE ORGANIZATIONS PERFORMANCE AND WAYS FOR IMPROVEMENT

Author: Aistė Giedraitienė.

Supervisor: doc. dr. Liudmila Bagdonienė, KTU.

Kaunas University of medicine, Faculty of Public Health, Department of Social Medicine – Kaunas, 2006. p.73.

Aim of the paper: to analyze performance peculiarities of primary health care organizations (PHCO) and to propose possible ways for improvement.

Methods: the analysis of scientific literature of Lithuanian and foreign authors, analysis of legal regulating documents, analysis of the results of the questionnaire of managers of PHCO, analysis of the results of the interview with experts.

The object of research: performance assessment of primary health care organizations.

Results: PHCO quality assessment and assessment performed by administrative organizations are the most often types of PHCO assessment in Lithuania. The results of the research show that data evaluating PHCO performance are fragmented and reflect only certain areas of PHCO activities. The quantity of the data does not correspond to the needs of PHCP managers in the strategic planning and implementation process. The assessment of PHCO performance is not dynamic and adjusted to the changing environment conditions. Experts unanimously pointed the need for the development of present PHCO performance assessment system and the need for its unification.

Conclusions and practical recommendations:

1. Having done the analysis of scientific literature, we may conclude that problems of performance assessment are most often analyzed in business than in public sectors. The complex view to organization activities allows to analyze not only results of the organization, quality of performance but also to identify areas for improvement. Evaluation criteria are important for assessment organization activities at any moment and to take certain actions for improvement.
2. Though assessment of health care is one of the priorities in health care politics, the results of the analysis show that there are models evaluating secondary and tertiary health care organizations based on the case analysis of health disorder. Despite of the fact that primary health care is considered to be the priority field of health care system in Lithuania, there is no methodology for assessment of primary health care organizations. The complex assessment of PHCO would allow more rational use of the resources of the health care, would promote health maintenance and prophylactics.
3. In most often cases only quality of performance is assessed in PHCO in Lithuania. In most often cases administrating organizations duplicate the collected data, though in most cases areas for improvement are not identified. The results of the questionnaire of the PHCO managers and experts show that there is no complex PHCO assessment system in Lithuania.
4. The author of the master thesis proposes the implementation of the complex PHCO performance assessment model, which would contain assessment of performance of managers, identification of stockholders groups, their needs and expectations, assessment of PHCO activities results in all the organization levels, evaluation of quality achievements and identification.

TURINYS

ĮVADAS	7
1. KOMPLEKSNIO ORGANIZACIJOS VEIKLOS VERTINIMO PAGRINDINIAI BRUOŽAI	9
2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ VEIKLOS VERTINIMO TEORINIAI ASPEKTAI	21
2.1. VEIKLOS VERTINIMO POLITIKA SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOJE	21
2.2. ANTRINES IR TRETINES PASLAUGAS TEIKIANČIŲ ĮSTAIGŲ VEIKLOS VERTINIMO SISTEMOS YPATUMAI.....	24
2.3. PIRMINES SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS TEIKIANČIŲ ĮSTAIGŲ VEIKLOS VERTINIMO SPECIFIKA.....	30
3. LIETUVOS PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ VEIKLOS VERTINIMO REGLAMENTAVIMAS IR PRAKTIKA	38
3.1 LIETUVOS PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS RAIDA.....	38
3.2 LIETUVOS PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ VEIKLOS VERTINIMO REGLAMENTAVIMAS IR PRAKTIKA	41
4. PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ VEIKLOS ESAMOS VERTINIMO SISTEMOS TYRIMO METODIKA IR REZULTATŲ ANALIZĖ	51
4.1 TYRIMO METODIKA	51
4.2 TYRIMO REZULTATAI	53
5. PSPĮ VEIKLOS VERTINIMO TOBULINIMAS	57
5.1 PSPĮ VEIKLOS VERTINIMO TOBULINIMO PROCESINIS MODELIS	57
5.2 PSPĮ VEIKLOS VERTINIMO TOBULINIMAS: ATSAKOMYBĖ, METODAI IR PERIODIŠKUMAS.....	66
IŠVADOS IR PASIŪLYMAI	68
LITERATŪRA	70
1 PRIEDAS	73
2 PRIEDAS	74

SANTRUMPOS

BPG – bendrosios praktikos gydytojas

EKVF – Europos kokybės vadybos fondas

GMP - greitoji medicinos pagalba

LLRI – Lietuvos laisvos rinkos institutas

LSIC – Lietuvos sveikatos informacijos centras

NST - Nacionalinė sveikatos taryba

PSO – pasaulinė sveikatos organizacija

PSP – pirminė sveikatos priežiūra

PSPC – pirminės sveikatos priežiūros centras

PSPĮ – pirminės sveikatos priežiūros įstaiga

SAM – sveikatos apsaugos ministerija

SPS – sveikatos priežiūros sistema

SPĮ – sveikatos priežiūros įstaiga

TLK – teritorinės ligonių kasos

VĮS – veiklos įvertinimo sistema

VKĮS – veiklos pasiekimų, veiklos kokybės ir tobulinimo veiklos vertinimo sistema

LENTELĖS

1.1 lentelė. Keleto į kokybę orientuotų veiklos įvertinimo sistemų skirtumai.....	18
2.1 lentelė. Sveikatos priežiūros sistemos veiklos indikatoriai.....	22
2.2 lentelė. Veiklos sričių vertinimo pavyzdžiai ir palyginimas.....	25
2.3 lentelė. Pagrindinės ligoninės veiklos sritys.....	26
2.4 lentelė. Vertinamų veiklos sričių ir teorinių prielaidų ryšys.....	26
2.5 lentelė. Vertinamos ligoninės veiklos sritis ir rodikliai.....	27
2.6 lentelė. Ligoninių veiklos vertinimo rodiklių rūšys pagal pobūdį.....	29
2.7 lentelė. Ryšys tarp pirminės sveikatos priežiūros išvystymo, gyventojų pasitenkinimo, išlaidų sveikatos priežiūrai ir visuomenės sveikatos rodiklių.....	32
2.8 lentelė. EKVF tobulumo modelio vertinimo kriterijai.....	36
3.1 lentelė. PSPĮ tinklas Lietuvoje 2003-2005m.....	39
3.2 lentelė. Aprūpinimas BPG Lietuvoje 1996-2005 m. (metų pabaigoje).....	40
3.3 lentelė. Pagrindinės SAM vertinamos ambulatorinės veiklos sritys ir rodikliai.....	47
3.4 lentelė. Ambulatorinės sveikatos priežiūros vertintinos sritys ir rodikliai.....	48
3.5 lentelė. Ambulatorinės sveikatos priežiūros vertintinos sritys ir rodikliai pateikiami LSIC.....	49
5.1 lentelė. PSPĮ vadovų veiklos vertinimo rodikliai.....	59
5.2 lentelė. Bendri PSPĮ veiklos pasiekimų rodikliai.....	60
5.3 lentelė. Pagrindiniai PSPĮ procesai ir jų rodikliai.....	61
5.4 lentelė. Bendri PSPĮ veiklos kokybės kriterijai.....	64
5.5 lentelė. Nepertraukiamo PSPĮ tobulinimo veiklos pasiekimų kriterijų pavyzdžiai.....	65
5.6 lentelė. PSPĮ veiklos vertinimo metodai, informacijos šaltiniai ir periodiškumas.....	66

PAVEIKSLAI

1.1 pav. VKIŠ veikimo užtikrinimas.....	13
1.2 pav. Į kokybę orientuotos veiklos vertinimo formos.....	15
1.3 pav. Europos kokybės vadybos fondo tobulumo.....	17
2.1 pav. Sveikatos priežiūros sistemos funkcijos ir tikslai.....	22
2.2 pav. Sveikatos priežiūros stacionariųjų įstaigų veiklos vertinimas.....	28
2.3 pav. Įtaka šeimos gydytojų darbui.....	35
3.1 pav. Funkcionuojanti kokybės vadybos sistema.....	44
3.2 pav. PSPĮ atsiskaitomybė.....	46
5.1 pav. PSPĮ veiklos vertinimo tobulinimo procesinis modelis.....	58

Išvadas

Esama situacija bei temos aktualumas. Lietuvai tapus Europos Sąjungos nare, vykstantys pokyčiai visuomenėje, įvairiose ją aptarnaujančiose struktūrose verčia peržiūrėti nusistovėjusią tvarką, imtis reformų, kurios visai ekonomikai padėtų transformotis į kitą, konkurenciniu ir kokybės požiūriu, naują lygį. Ne išimtis ir sveikatos priežiūros sritis.

Siekiant reformuoti iki tol valstybės griežtai kontroliuotą sveikatos priežiūros sritį, pradėta sveikatos priežiūros sistemos reforma, kurios tikslas – optimizuoti Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą, keičiant senąjį modelį nauju pagrįstu užsienio šalių patirtimi. Vadybinio požiūrio į reformą, jos dalyvių, siekiamus gauti rezultatus stoka įtakojo procesų nenuoseklumą, skubotus, neapgalvotus sprendimus. Tai sąlygojo skaudžių klaidų atsiradimą, o šios savo ruožtu – didelius materialinius, laiko ir kokybės nuostolius.

Viena iš svarbiausių sveikatos priežiūros sistemos dalių – pirminė sveikatos priežiūra. Tinkamai organizuota, kokybiška ir savalaikė pirminė sveikatos priežiūra padeda užtikrinti ligų prevenciją ir gyventojų sveikatos kokybę. Pirminės sveikatos priežiūros institucijos – svarbi grandis, nukreipiant ir paskirstant pacientus aukštesnio lygio sveikatos priežiūros institucijoms, nuo jų darbo efektyvumo ir kokybės priklauso, kiek ir kaip pacientai patenkins pirminius sveikatos priežiūros poreikius.

Sveikatos priežiūros sistemos reformoje didelis dėmesys skiriamas pirminės sveikatos priežiūros institucijų funkcijų išgryninimui, šių institucijų struktūriniais pokyčiais. Tačiau nepaisant įvykdytų pertvarkymų, dažnai sutinkama nuomonių, kad pirminę sveikatos priežiūros sistemą reikia toliau tobulinti. Vieningos koncepcijos, kaip gerinti pirminės sveikatos priežiūros institucijų veiklą nėra. Tą galima būtų paaiškinti tuo, kad valstybės mastu pirminė sveikatos priežiūra suprantama kaip viena sistema, kurioje vyksta sveikatos priežiūros procesai. Tai padeda užtikrinti sveikatos priežiūros funkcijų teikimą valstybės mastu, tačiau neužtikrina atskirų pirminės sveikatos priežiūros institucijų veiklos efektyvumo. Trūksta informacijos apie pirminės sveikatos priežiūros institucijų valdymą, jų veiklos efektyvumą.

Mokslinėje literatūroje, siekiant gerinti atskirų organizacijų veiklą, siūloma diegti ir tobulinti organizacijų veiklos vertinimo sistemas. Kompleksinė veiklos vertinimo sistema leidžia surinkti informaciją apie atskiras organizacijos veiklos sritis, jų efektyvumą, taip pat leidžia pažvelgti sistemiškai į organizacijų veiklą, taip pat suformuluoti išvadas ir pateikti pasiūlymus organizacijos veiklos tobulinimui.

Pirminės sveikatos priežiūros institucijos veiklos vertinimo požiūriu yra specifinės ir skiriasi nuo verslo organizacijų. Pirmiausia dėl to, kad pirminės sveikatos priežiūros institucijos

užtikrina gyventojų sveikatos kokybę, o ne parduoda tam tikras paslaugas, taip pat jos yra valstybės socialinio sektoriaus dalis, o ne verslo vienetai, orientuoti į pelno gavimą. Nesant atskaitomybės akcininkams, stokojama prievartinio mechanizmo, kuris sudarytų prielaidas nuolatiniam pirminės sveikatos priežiūros institucijų veiklos tobulinimui. Dažnai keliamas klausimas, ar apskritai įmanoma įvertinti pirminės sveikatos priežiūros institucijų veiklą.

Kaip rodo mokslinės literatūros analizė kompleksinis sveikatos priežiūros veiklos vertinimas yra būtinas siekiant užtikrinti efektyvų pirminės sveikatos priežiūros institucijų valdymą, jų teikiamų paslaugų kokybę ir tobulinimo galimybes.

Lietuvoje pirminės sveikatos priežiūros organizacijų veiklos vertinimas yra fragmentinis. Egzistuoja atskiros veiklos kokybės, statistinių veiklos duomenų, finansų panaudojimo efektyvumo vertinimo sistemos. Tik pastaraisiais metais pripažinta pacientų poreikių tenkinimo tyrimų, kurie iš dalies leidžia įvertinti organizacijų teikiamų paslaugų kokybę, nauda. Tačiau vieningos kompleksinės pirminių sveikatos priežiūros institucijų veiklos vertinimo sistemos nėra.

Šio darbo tikslas - išanalizuoti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo ypatumus ir pasiūlyti jo tobulinimo kryptis.

Darbo uždaviniai

1. Išanalizuoti teorinius kompleksinio organizacijos veiklos vertinimo bruožus;
2. Išanalizuoti teorinius sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo aspektus;
3. Išanalizuoti Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo praktiką;
4. Parengti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo tobulinimo procesinį modelį.

Metodai: lietuvių ir užsienio autorių mokslinės literatūros šaltinių analizė, teisinių dokumentų analizė, PSPĮ vadovų anketinė apklausa, ekspertų interviu.

Mokslinis naujumas ir praktinė reikšmė. Nustačius, jog Lietuvoje nėra įdiegta vieningos pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo sistemos ir įvertinus, kad ją diegiant būtina atsižvelgti į pirminės sveikatos priežiūros ypatumus, darbe siūlomos pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo tobulinimo kryptys. Įdiegus vieningą kompleksinę veiklos vertinimo sistemą, palengvėtų kontrolė ir sprendimų priėmimas valstybės mastu, atsirastų prielaidos pirminės sveikatos priežiūros sistemos tobulinimui, būtų skatinamas įstaigų konkurencingumas ir galiausiai būtų užtikrinama aukštos kokybės pacientų priežiūra.

1. Kompleksinio organizacijos veiklos vertinimo pagrindiniai bruožai

Apie kompleksinį veiklos vertinimą galima kalbėti bent keliais aspektais:

- kuo svarbus sisteminis požiūris į organizacijos veiklos vertinimą?
- kuo ypatingas ir reikšmingas kompleksinis veiklos vertinimas?

Slatkevičienės (2001) teigimu, *niekas negali organizacijai patarti, ką ir kaip daryti – verslas yra per daug dinamiškas, kad jį galima būtų valdyti iš anksto paruoštais sprendimais. Veiklos įvertinimo atveju galima pasiūlyti tik logiškų veiksmų tvarką, kuri prisidėtų prie organizacijos mokymosi proceso. Tam, kad įmonė sėkmingai veiktų ne tik dabar, bet ir ateityje ir gautų ilgalaikį pelną, įmonei būtina nuolat tobulinti savo veiklą. Šiam nuolatinio tobulinimo procesui valdyti reikalinga adekvati veiklos įvertinimo sistema (VIS)“*.

Kiekviena organizacija turi pribrešti, suvokti ir imtis pirmų žingsnių norėdama kažką pakeisti savo viduje, ypač jei prioritetu laikoma mokymasis, augimas ir tobulėjimas. Ne išimtis ir PSP įstaigos. Pokyčių priežastys organizacijoje gali būti tiek vidinės, tiek išorinės. Siekiant efektyvios organizacijos veiklos, pokyčius inicijuoti gali pačios įstaigos vadovai. PSPĮ atveju pokyčių kryptys gali būti nurodytos administruojančių institucijų, suinteresuotų gerais PSPĮ pasiekimais, kokybiškų paslaugų teikimo užtikrinimu. Pasikeitimai organizacijoje ar visoje sistemoje yra procesas, susidedantis iš keleto žingsnių.

Dažnai ieškoma greitų sprendimų ir jiems parengti neskiriama pakankamai laiko. Toliau kalbant apie veiklos vertinimą kiekvienai organizacijai, jos vadovams yra svarbu, kodėl duotoje organizacijoje veiklos vertinimo sistemos įdiegimas yra reikalingas, kokie bus rezultatai ir koks tų rezultatų svoris lyginant su indėliu. Veiklos pasiekimų matavimai yra nepertraukiamo tobulinimo pradžia - be žinojimo, kur mes esame, negalima planuoti ko mes norime. Slatkevičienė (2001) teigia, jog planavimo procesui reikalinga informacija kuri ne tik būtų savalaikė, tiksli, pastovi, bet ir kiek įmanoma sugestyvi galimų patobulinimų atžvilgiu. Be to, veikla turi būti matuojama, kad būtų galima įvertinti kokie yra veiklos pasiekimai.

Informacijos apie veiklą įvertinimas pradedamas nuo informacijos apie veiklą rinkimo. Viena iš pagrindinių valdymo funkcijų yra informacijos apie organizacijos veiklą rinkimas. Informacija, pagrįsta tikrais faktais, pritaikius teorines žinias turėtų būti taikoma tolimesniuose valdymo žingsniuose, pavyzdžiui, valdymo sprendimams priimti.

Daugelyje įstaigų vadovavimas veiklai apsiriboja intuicija ar praeities patirtimi. Organizacijos veiklos įvertinimas yra neatsiejamas nuo valdymo funkcijos, nes valdyti galima tik tai, ką galima įvertinti. Pavyzdžiui, jeigu organizacijoje įvertinami tik finansiniai rodikliai, tai

organizacijos strategija grindžiama tik organizacijos veiklos finansiniais rezultatais. O taip yra daugelyje "klasikiniais" vadybos metodais pagrįstų organizacijų. Tačiau geras kažkurių metų pelnas negarantuoja, jog organizacijos išsilaikys rinkoje netgi artimoje ateityje. Vien tik įmonės dabartinės padėties matavimas ir įvertinimas yra neefektyvus, nes praeities faktų įvertinimas neparodo įmonės galimybių veikti sėkmingai ateityje (Slatkevičienė, 2001).

Todėl atliekant vertinimą organizacijos lygmeniu ar vertinant kelias ta pačia veikla užsiimančias įstaigas, labai svarbus yra sisteminis požiūris. Sisteminis požiūris kaip atskira sritis pradėta nagrinėti XX amžiaus šeštame dešimtmetyje, JAV. Janušonis (2000) pabrėžia, jog *sisteminio požiūrio esmė* - dėmesys visai sistemai, o ne jos daliai. Dėmesys visai sistemai skiriamas tik tada, kai analizuojami atskirų jos dalių pokyčiai, nes kai kurias sistemos ypatybes galima suvokti tik visumos požiūriu. Sistemą mes suprantame kaip tarpusavyje su išorine aplinka sąveikaujančių sudėtingų elementų, kuriuos jungia bendri funkcionavimo dėsniai, visumą. Sisteminiu požiūriu objektas nagrinėjamas nuo tikslų iki rezultatų. Sisteminio požiūrio algoritmą galima suformuluoti taip:

- a) nagrinėjamo objekto priklausomumas sistemai,
- b) sistemos elementų nustatymas,
- c) sistemos problemų išsiaiškinimas,
- d) sistemos elementų tarpusavio ryšių, santykių ir savybių nustatymas,
- e) sistemos struktūrų ir struktūrinių ryšių nustatymas.

Dažniausiai matuojami atskirų įmonės funkcijų veiklos pasiekimai parodo tų funkcijų dabartinę sėkmę, tarp atskirų matų dažniausiai nebūna tarpusavio koordinacinio veiksnio. Įmonės atskirų funkcijų veiklos pasiekimų matavimas nėra efektyvus dėl šios priežasties - atskirų funkcijų geri pasiekimai dar negarantuoja bendros įmonės sėkmės. Pasak Slatkevičienės (2001), orientavimasis tik į savo srities sėkmę, nesiorientuojant į visos organizacijos sėkmę gali net pabloginti įmonės padėtį. Tam, kad organizacija sėkmingai veiktų, tai yra, pasiektų užsibrėžtų tikslų, turi būti valdomi visų funkcijų pasiekimai per bendrai priimtus tikslus.

Buivydo (1998) manymu, įstaigos veiklos vertinime veiklos sąvoka apima tą veiklos dalį, kurią norime kontroliuoti. Veiklos vertinimas visose organizacijose, nepriklausomai nuo veiklos pobūdžio, yra vienas iš pagrindinių ir sudėtingiausių darbų. O *veiklos įvertinimo sistema* - tai informacinė sistema, skirta informacijai apie veiklą surinkti, analizuoti ir panaudoti priimant sprendimus (Slatkevičienė, 2001). Kad kontrolė būtų efektyvi, veiklos vertinimas turi būti efektyvus ir geriausiai tikti tiriamajai situacijai.

Pasaulyje organizacijos veiklos įvertinimas nėra naujas dalykas. Tai patvirtina šiai problematikai skirtų mokslinių darbų bei naudojamų veiklos įvertinimo sistemų gausa.

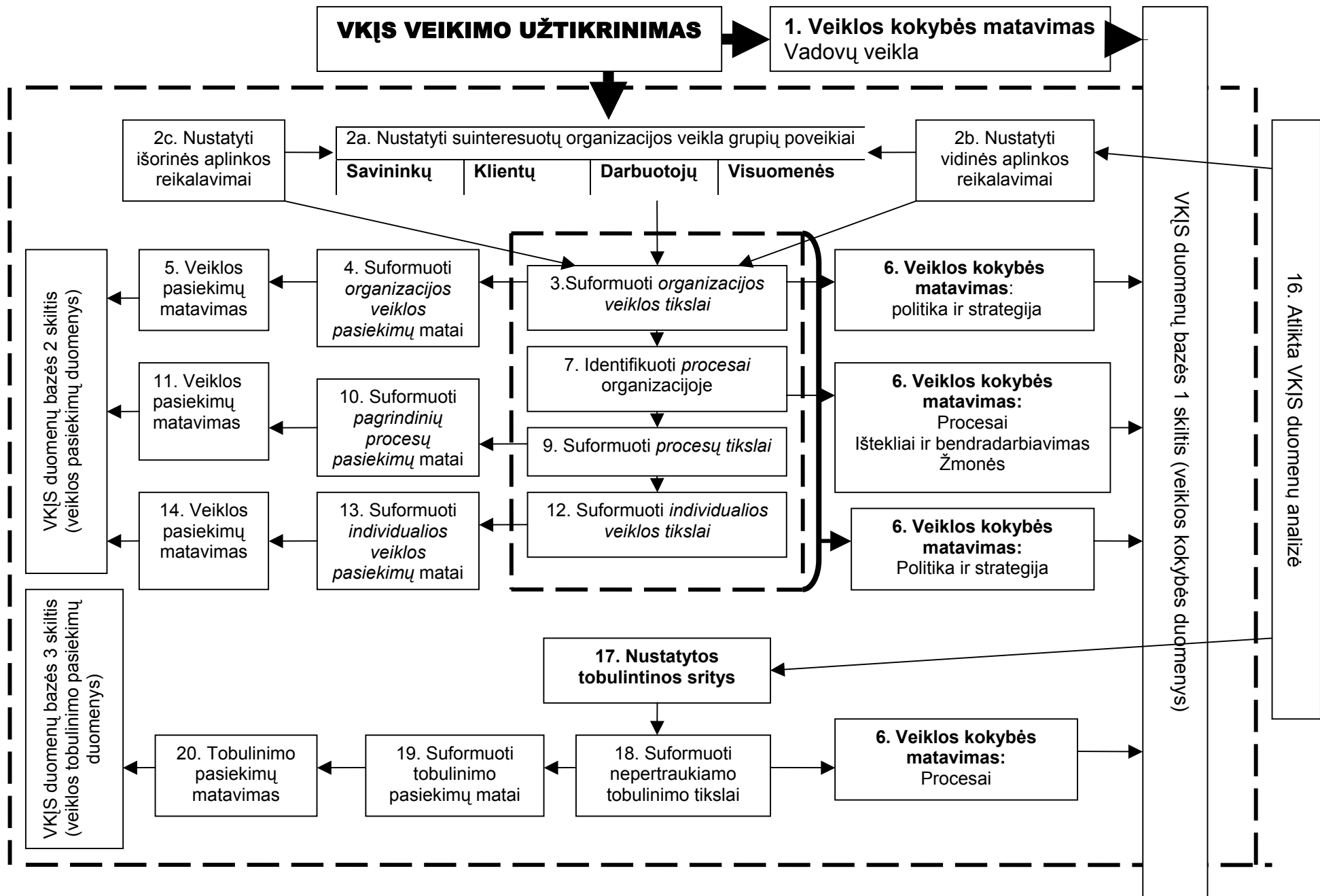
Viena iš svarbiausių nepertraukiamo organizacijos veiklos tobulinimo laidavimo priemonių yra veiklos įvertinimas. Yra daug mokslinių darbų, kuriuose analizuojami įvairių veiklos funkcijų, sričių bei aspektų matavimo ir įvertinimo metodai. Tačiau mokslinėje literatūroje mažai dėmesio skiriama įvairių funkcijų, sričių bei aspektų veiklos įvertinimo integravimui, siekiant surinkti informaciją, būtiną veiklos nepertraukiamam tobulinimui užtikrinti

Slatkevičienė (2001) nurodo, kad įmonės ateities sėkmei svarbių veiksmų išmatavimas ir atskirų funkcijų veiklos pasiekimų matų sujungimas į vieną sistemą galimas *veiklos pasiekimų, veiklos kokybės ir tobulinimo pasiekimų įvertinimo sistemos (VKIS)* dėka, kur jungiamasis kriterijus - veiklos pasiekimų ir veiklos kokybės matavimas tikslu pastoviai ir sistemingai tobulinti įmonės veiklą. Svarbu dar kartą pabrėžti, kad integruojant atskirus veiklos įvertinimo metodus ar rodiklius VKIS išskirtos trys duomenų grupės: veiklos pasiekimų, veiklos kokybės, tobulinimo veiklos pasiekimų. Kur veiklos pasiekimai atspindi dabartinę įstaigos padėtį, veiklos kokybė parodo įstaigos galimybę išlikti konkurentabiliai ateityje, o įvertinus veiklos pasiekimus ir veiklos kokybės rezultatus, formuojami tikslai nepertraukiamo tobulinimo veiklai bei matuojami nepertraukiamo tobulinimo pasiekimai (1.1 pav.).

Šios sistemos pagalba veiklos pasiekimai išmatuojami nuosekliai, sisteminiu būdu. Įmonės veiklos įvertinimo nuoseklumas pagrįstas tikslų išskleidimo metodu nuo bendrų įmonės tikslų iki individualių, tai yra, žemesnio lygio tikslai veiklos pasiekimams yra kuriami atsižvelgiant į bendrus įmonės tikslus. Toks tikslų formavimo ir veiklos pasiekimų matavimo metodas kartu su procesu valdymo struktūra užtikrina įmonės veiklos tikslų suderinamumą visoje organizacijoje. Tokiu būdu veiklos pasiekimai parodo organizacijos bendrą padėtį, vienas kitam neprieštaraujami. Sistemoje įtraukti įmonės veiklos sėkmei ateityje svarbių veiksmų įvertinimas. Sistemos struktūra matuoti įmonės veiklos pasiekimus skirtinguose organizacijos lygiuose leidžia sužinoti apie įmonės padėtį bet kuriuo mus dominančiu momentu (Slatkevičienė, 2001).

Pagal Karapetrovic (2002), elementarus veiklos įvertinimas apima proceso *efektingumo* (angl. *effectiveness*), t.y. kaip įgyvendintos planuotos veiklos apimtys ir pasiekti planuoti rezultatai arba *efektyvumo* (angl. *efficiency*), t.y. santykis tarp pasiektų rezultatų ir panaudotų resursų matavimus, ir toliau sekantį proceso atlikimo ir iškeltų uždavinių palyginimą. Uždaviniai privalo būti dokumentuoti kaip standartai Įvertinimas vykdomas atliekant auditą ar vertinimą (angl. *assessment*) pagal kriterijus.

Paprastai tariant veiklos vertinimas yra vienas iš kontrolės proceso etapų (Janušonis, 2000). Bagdono ir Bagdonienės (2000) teigimu, be šio vertinimo negali efektyviai veikti nei viena organizacija,



1.1 pav. VKJS veikimo užtikrinimas (Slatkevičienė, 2001)

nes tik ji gali atsakyti, kaip organizacija siekia užsibrėžtų tikslų ir kaip prisitaiko prie besikaičiančių veiklos sąlygų. Veiklos vertinimo tikslas yra įvertinti organizacijos veiklą ir nustatyti veiklos ir sąnaudų pokyčius. Šis vertinimas patikrina buvusią ir esamą veiklą bei leidžia lyginti savo ir kitų pasiekimus, mokytis iš kitų.

Slatkevičienė (2001) apibendrinus informacijos apie organizacijos veiklą paskirtį teigia, jog teisingai valdant informaciją apie organizacijos veiklą pasiekiami šie organizacijai aktualūs tikslai:

- sužinomas vartotojų pasitenkinimo organizacijos produktų ir paslaugų kokybe lygis;
- remiantis informacija apie organizacijos veiklą atlyginama už darbą;
- sužinomas tikslus tobulėjimo tempas visuose organizacijos lygiuose;
- sužinoma apie koregavimo būtinybę;
- sumažinami veiklos kaštai, nes, remiantis tikrais faktais, yra efektyviau planuojama.

Tačiau mūsų tikslas aptarti bei įvardinti kuo ypatingas kompleksinis veiklos vertinimas. Plačiaja prasme *veiklos kokybės, veiklos pasiekimų bei tobulinimo pasiekimų įvertinimo sistema* - tai veiklos kompleksinio įvertinimo sistema, kurią naudojant galima įvertinti įvairių organizacijos hierarchinių lygių veiklos kokybę, veiklos pasiekimus bei tobulinimo pasiekimus pagal konkrečius kriterijus bei rodiklius, bet kuriuo laiko momentu, taip užtikrinant nepertraukiamą veiklos tobulinimą organizacijoje (Slatkevičienė, 2001). Bagdonas ir Bagdonienė (2000) siūlo, prieš pradėdant vertinti atsakyti į tris pagrindinius klausimus:

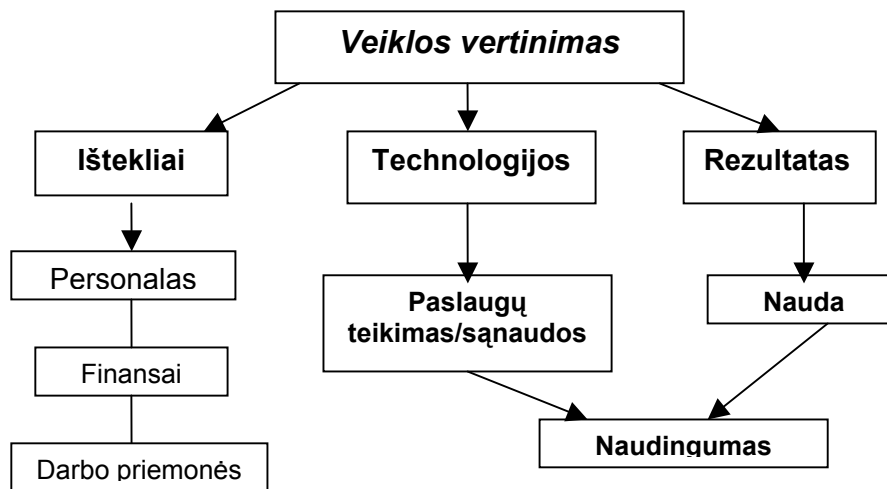
1. Kaip dažnai turi būti vertinama veikla (kas mėnesį, kas ketvirtį, kas metus)? Dažniausiai, jei norima tikrinti organizacijos veiklą, vertinama kas metai, o jei kalbame apie įstaigos padalinių veiklą, kas ketvirtį.
2. Kokia forma vertinama veikla? (Vertinimo formos gali būti: priežiūra, ataskaitos, testai)
3. Kas vertins? (Geriausia, kad vertintu nepriklausomas ar, mažai organizacijos įtakojamas, asmuo, ar organizacija. Svarbiausia, kad vertinimas būtų lengvai atliekamas, pigus, o vertinimo esmė gerai suprantama.)

Vienas iš svarbiausių vertinimo reikalavimų yra efektyvumas. Siekiant efektyvumo keliami sekantys reikalavimai:

1. Standartizuoti veiklos vertinimo dokumentai (vienodos ataskaitos ir reglamentuotas jų užpildymas).
2. Veiklos dokumentai turi būti tiksliai užpildyti (geriausia iš pirminės dokumentacijos).

3. Nustatyti terminai (konkrečiais, apibrėžtais tiek dokumento pateikimo, tiek veiklos vertinimo periodais).
4. Aiškūs ir suprantami rezultatai pateikiami standartizuotoje formoje.

Kaip įvairių veiklos sričių, funkcijų bei aspektų įvertinimo integravimo pavyzdžius Slatkevičienė (2001) nurodo verslo tobulumo modelius, kurie yra skiriami organizacijų veiklai įvertinti, siekiant jas skatinti nuolat tobulinti veiklos kokybę. Žymiausi verslo tobulumo modeliai yra Deming prizui (įsteigtas Japonijoje, 1951), Malcolm Baldrige nacionaliniam kokybės apdovanojimui (įsteigtas JAV, 1987) gauti ir Europos verslo tobulumo modelis (1991), kuri patobulinus sukurtas Europos kokybės vadybos fondo tobulumo modelis (1999). Šie modeliai pateikia bendrus organizacijos veiklos įvertinimo kriterijus, juos kuriant modeliuose vadovaujamosi principu, jog veiklos pasiekimus nulemia veiklos kokybė. Norint gerinti veiklos pasiekimus, reikia žinoti, ką patobulinti pačioje organizacijos veikloje. Norint identifikuoti tobulintinas organizacijos veiklos sritis, reikia įvertinti organizacijos veiklos kokybę - organizacijos galimybes ateityje pasiekti gerų rezultatų klientų, darbuotojų, visuomenės bei savininkų požiūriu. Remiantis Bagdonu ir Bagdonienė (2000), paprastai tokios į kokybę orientuotos veiklos vertinimo formos vertina išteklius, technologijas ir rezultatus (1.2 pav.).



1.2 pav. Į kokybę orientuotos veiklos vertinimo formos

Analizuojant mokslinėje literatūroje sutinkamus požiūrius į kokybę, išskiriama trys požiūrių į kokybę klasifikavimo metodai: pagal tai, iš kieno pozicijų vertinama kokybė, pagal produktų ar paslaugų kokybės kategorijas ir pagal kliento požiūrį visose produkto gyvavimo stadijose. Iš to seka, kad produkto atitikimas kokybei vienu iš požiūrių negarantuoja tinkamos kokybės kitu. Tad veiklos kokybė – tai organizacijos galimybės pasiekti gerų rezultatų klientų, darbuotojų, visuomenės bei savininkų požiūriu. Tai reiškia, jog vienas pagrindinių visuotinės kokybės principų yra maksimaliai patenkinti

klientų dabartinius ir numatomus poreikius, išpildomas į nepertraukiamo veiklos tobulinimo veiklą įtraukiant visas suinteresuotąsias organizacijos veikla grupes (Slatkevičienė, 2001).

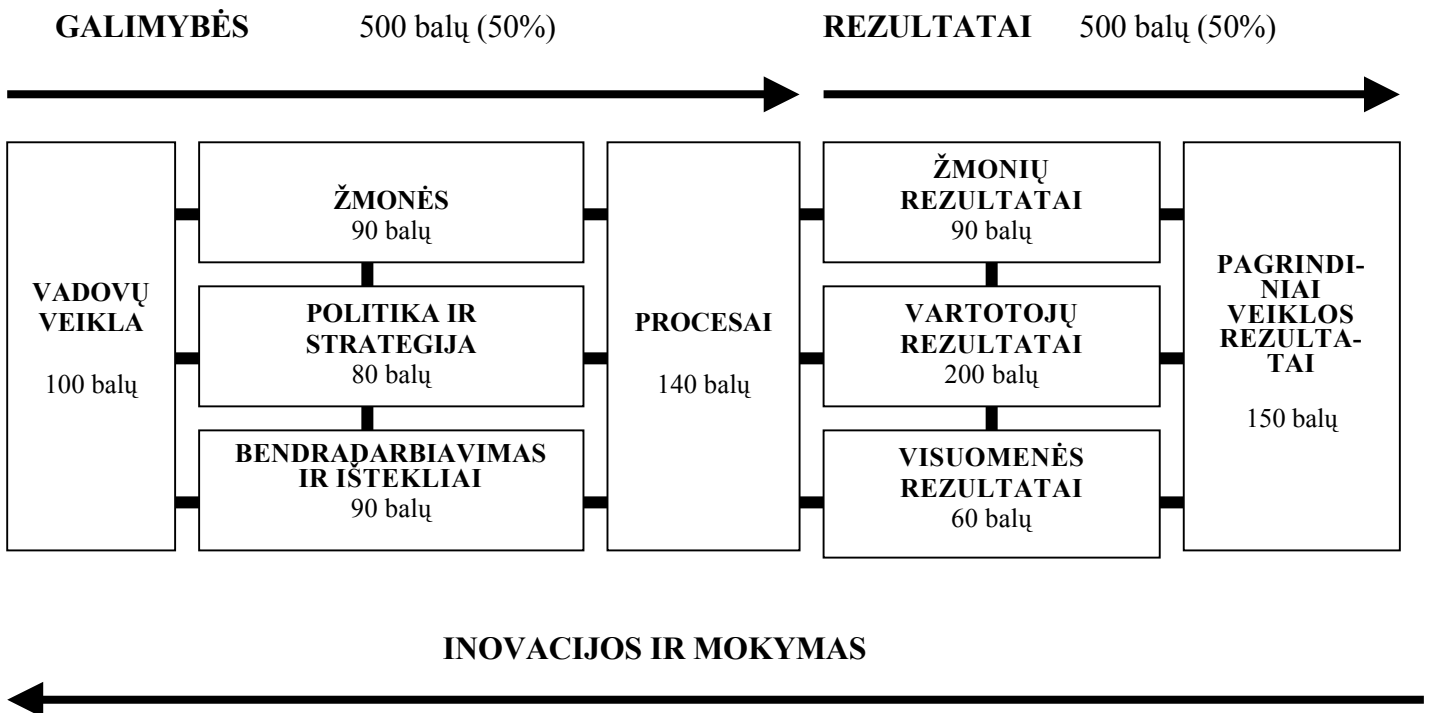
Prireiks tam tikro laiko, kol kokybės gerinimas taps akivaizdžia ir esmine profesinės kasdienybės dalimi ir gaus pakankamą finansavimą iš valstybės. Tačiau konkretūs veiksmai numatyti kokybės cikle ir jau naudojami kai kuriose srityse, tarnauja kaip puikus pavyzdys, kaip galima identifikuoti ir išspręsti problemas. Net SPS suvokiama, kad kažkokios vienos srities pagerinimas negali garantuoti sveikatos priežiūros kokybės, tačiau tai gali tapti svarbiu pirmu žingsniu einant į kokybės užtikrinimą (Kalda ir kt., 2000).

Užsienio šalių rinkoje susiformavo nauja problema. Organizacijoms orientuotoms į kokybės sistemas ir pasikiovusioms tik audito standartais iškilo poreikis tolesniam tobulėjimui, nes tradicinė kokybės audito metodologija jau nepakankamai užtikrina veiklos gerinimo procesą. Todėl esant nors mažytei abejonei, kad sisteminis auditas yra tobulas įrankis nepriklausomam, objektyviam ir sisteminiam vertinimui pagal standartus, nebus abejonės, kad tam tikri pokyčiai yra neišvengiami. Galima išskirti tam tikras problemas, klibinančias audito statusą. Tai dalyvių motyvacijos stoka, menkas dėmesys kokybės užtikrinimo garantavimui ir kitos. Bet Karapetrovic (2002) siūlo kitą koncepciją, kad „savęs–auditas“ (angl. *self-audit*) yra vidinio audito ir savianalizės metodologijų samplaika. Jo stipriosios pusės palyginus su tradiciniu auditu yra mažiau griežtas vertinimas, maža išorinė kontrolė laikantis kertinių procedūrų ir oficialių direktyvų bei galimybė identifikuoti tobulintinas sritis darbo vietoje. Svarbiausias „savęs – audito“ tikslas yra įvertinti ir patobulinti veiklą nepertraukiamai vertinant ir veiklos vykdytoją ir pasiektus rezultatus. Be to, pagrindinė mintis yra ta, kad atsakingas už veiklą asmuo ar padalinys ar netgi savininkas tokį auditą atlieka proceso atlikimo vietoje. Šis metodas gali būti siūlomas kaip vienintelis praktiškai pritaikomas vertinimo metodas tinkamiausias mažam verslui, kur vadovas, auditorius ir audituojamas paprastai yra tas pats asmuo. Nes kita vertus dabartinio audito objektyvumo principas reikalauja mažiausiai dviejų vidinių auditorių organizacijoje, nepriklausomai nuo jos dydžio. Tai galėtų būti patraukli vertinimo sistema galvojant apie taikymą PSP grupinės praktikos modeliui.

Heijnen ir kt. (1999) teigimu, pasaulyje dar populiarėja ir veiklos vertinime naudojamas palyginamosios analizės metodas. Jo esmė - veiklos vertinimo procese gauti, rezultatai lyginami su prieš tai buvusiais organizacijos veiklos vertinimo rezultatais (*vidinė palyginamoji analizė*) ir lyginama su atitinkamo sektoriaus veiklos rezultatų vidurkiais ir/ar geriausiais rezultatais (*išorinė palyginamoji analizė*). Šis metodas leidžia įvertinti ne tik organizacijos veiklą bei pokyčius organizacijos viduje, bet ir parodyti organizacijos vietą rinkoje bei identifikuoti organizacijos *stipriąsias* ir *silpnąsias* puses, lyginant su konkurentais, ir mokytis iš kitų organizacijų. Tai, kokie matavimo vienetai bus naudojami

atliekant palyginimus, priklauso nuo vartotojo, situacijos ir turimų duomenų (Bagdonas ir Bagdonienė, 2000).

Slatkevičienės ir kitų jos nagrinėtų autorių išvadose atsispindi, kad iš gausybės verslo pasauly egzistuojančių pažangių veiklos įvertinimo sistemų įvairių trūkumų turi visos. Laikoma, kad mažiausiai trūkumų turi *Europos kokybės vadybos fondo tobulumo modelis* (1.3 pav.). Trumpai aptarsime šio modelio veiklos vertinimo kriterijus:



1.3 pav. Europos kokybės vadybos fondo tobulumo (Slatkevičienė, 2001)

Vadovų veiklos kriterijumi įvertinama kaip vadovai kuria viziją ir misiją, padeda jas įgyvendinti, kuria vertybes reikalingas ilgo laikotarpio sėkmei ir jas diegia savo veiksmais ir elgesiu. Jie yra individualiai atsakingi užtikrinant, jog kuriama ir įgyvendinama organizacijos valdymo sistema misijai ir vizijai įgyvendinti.

Politikos ir strategijos kriterijumi įvertinama kaip organizacija įdiegia savo misiją ir viziją strategijos, orientuotos į suinteresuotas organizacijos veikla grupes, pagalba.

Žmonių kriterijumi įvertinama kaip organizacija valdo, plėtoja ir panaudoja dirbančiųjų žinias ir potencialą individualiame, komandų ir organizacijų lygyje, ir planuoja šią veiklą, užtikrinant politikos, strategijos bei procesų efektyvų veikimą.

Bendradarbiavimo ir išteklių kriterijumi įvertinama kaip organizacija planuoja ir valdo savo partnerystės ryšius ir išteklius, užtikrinant politikos, strategijos ir procesų efektyvų veikimą.

Procesų kriterijumi įvertinama kaip organizacija kuria, valdo ir tobulina procesus, užtikrinant politikos ir strategijos veikimą pilnai patenkinant klientus ir kitas suinteresuotas organizacijos veikla grupes.

Klientų rezultatų kriterijumi įvertinama ką organizacija pasiekia savo išorinių klientų atžvilgiu.

Žmonių rezultatų kriterijumi įvertinama ką organizacija pasiekia savo žmonių atžvilgiu.

Visuomenės rezultatų kriterijumi įvertinama ką organizacija pasiekia visuomenės atžvilgiu.

Pagrindinių veiklos rezultatų kriterijumi įvertinama ką organizacija pasiekė planuotų pasiekimų atžvilgiu.

Europos kokybės vadybos fondo tobulumo modelio išbaigtumas ir patrauklumas atsispindi ir Vokietijos pasirinkime, adaptuojant jį savo šalies sveikatos priežiūros sistemai (2.2 poskyris).

Teoriškai išanalizavus kelis jau naudojamus SPS ar, mano nuomone, artimesnius SPS, o ypač PSP organizacijoms veiklos vertinimo metodus, apibendrinant dar galima pateikti tokį šių metodų palyginimą (1.1 lentelė):

1.1 lentelė. Keleto į kokybę orientuotų veiklos įvertinimo sistemų skirtumai

Kriterijai	Išorinis auditas	Vidinis auditas	Savęs-auditas	Savianalizė
Apibrėžimas	Sisteminis, nepriklausomas ir dokumentuotas procesas siekiant gauti audito parodymus ir įvertinti jo objektyvumą sprendžiant kurie kriterijai įvykdyti.	Sisteminis specifinių reikalavimų pasiekimo masto įvertinimas.	Metodas savyje talpina vidinio kokybės audito, savianalizės ir palyginamosios analizės (benchmarking) savybes.	Išsamus, sisteminis ir reguliarus organizacijos veiklos ir rezultatų patikrinimas remiantis biznio tobulumo modeliu (EKVFM 1999).
Tikslas	Kokybės sistemos registravimas.	Produkto, proceso ar sistemos kontrolė.	Proceso stipriųjų ir silpnųjų pusių identifikacija.	Biznio tobulumo pasiekimas per stipriųjų pusių identifikavimą ir tobulinimo galimybes.
Sritis	Standartų reikalavimai (pvz. ISO 9001).	Pagal administracijos direktivas (pvz. įmonė/padaliny).	Tiksliai apibrėžta veiklos atsakomybės sritis.	Pagal administracijos direktivas ir pagal konkurso dėl prizo rekomendacijas.
Pritaikomumas	Registravimo procedūra.	Iš esmės stambiose iš daugelio padalinių susidedančiose kompanijose.	Bet kokio dydžio ar pramonės šakos kompanijose.	Taikoma, kuomet tikslas yra biznio tobulumas.
Užsakovas	Pageidaujantis klientas ar civilinių aktų registratorius.	Administracija.	Administracija ir proceso valdytojas.	Administracija ir suinteresuotieji asmenys.
Auditorius	Sertifikuoti profesionalai.	Paskirti ir apmokyti darbuotojai.	Sankcionuotas ir apmokytas proceso valdytojas.	Apmokyti vidiniai menedžeriai ar išorinių ekspertų

				komanda.
Audituojamieji	Kompanijos darbuotojai.	Kontroliuojanti administracija.	Proceso valdytojas, atsakingas asmuo.	Administracija ir vadovas.
Audito proceso kriterijai	Atitikimas paskelbtiems audito standartams.	Dokumentuotos ir sankcionuotos procedūros.	Atitinkamas veiklos vertinimo metodas (pvz. kontrolinis sąrašas).	Dokumentuotas išsamus veiklos vertinimas ir analizė.
Ataskaitos ir tąsa	Formali ataskaita ir tolimesni administracijos žingsniai.	Ataskaita skirta administracijai ir jos sprendimams.	Atiduodami svarstymui tobulinimo pasiūlymai.	Ataskaita administracijai (vidinė) ir konkurso dėl prizo komitetui.

Adaptuota iš Karapetrovic ir Willborn (2001)

Kiekvienas metodas savaip patrauklus. Kai kurie jau adaptuoti ir taikomi SPS. Pavyzdžiui, savęs-auditas patogus savo pritaikomumu bet kokio dydžio organizacijai, galvojant, jog Lietuvos PSPĮ tarpe dominuoja PSPC ir ambulatorijų tipo įstaigos (3.1 lentelė). Tai yra įstaigos, kuriose BPG skaičius svyruoja nuo 1 iki 10, retesniais atvejais nežymiai daugiau. EKVF tobulumo modelis jau naudotas užsienio SPĮ veiklos vertinimui, o kokybės vadybos sistemos įdiegimas Lietuvos SPĮ šiuo metu yra vienas pagrindinių sveikatos politikos uždavinių.

Slatkevičienės (2001) teigimu, nė viena veiklos įvertinimo sistemų nepasiūlo algoritmo koku nuoseklumu įvertinti organizacijos veiklos kokybę, pasiekimus ir tobulinimo pasiekimus kiekvienu laiko momentu. Tačiau yra siūlomas tam tikras kompleksas pagrindinių įvertinimo sistemoms keliamų reikalavimų grupių, kurių dalis atsispindi 1.1 paveiksle. :

- Organizacijos veiklos įvertinimo sistemos pagrindu turėtų būti orientacija į suinteresuotųjų organizacijos veikla grupių poreikių patenkinimą, nuolatinį tobulėjimą bei lankstumą;
- Matų integracijai veiklos įvertinimo sistemoje keliami reikalavimai:
 - turi būti vertikali visų veiklos matų integracija. Tai turi būti pasiekta tikslų iškleidimo būdu,
 - turi būti horizontali matų integracija,
 - visuose organizacijos lygiuose veiklos pasiekimų matai turi būti vienodos orientacijos;
- VĮS turi būti priemonė tobulintinioms vietoms identifikuoti ir skatinti nepertraukiamą veiklos tobulinimą;
- VĮS turi būti orientuota į organizacijos procesus;
- VĮS turi sudaryti matai vienodi visoms organizacijoms dėl veiklos pasiekimų palyginimo galimybės ir kiekvienai organizacijai unikalūs matai, priklausantys nuo organizacijos tikslų ir aplinkos;
- VĮS turi būti dinamiška laiko ir aplinkos sąlygų atžvilgiu;

- VĮS šalia kiekybinių matų turi egzistuoti kokybiniai matai;
- VĮS , kuri skatintų nepertraukiamą veiklos tobulinimą turi būti orientuojamasi į nefinansinius matus. Finansinė informacija VĮS gali būti naudojama veiklos pasiekimų palyginimui tarp atskirų padalinių, organizacijų paskirstyti biudžetą atskiroms veikloms;
- VĮS turi egzistuoti tik keli pagrindiniai veiklos pasiekimų matai;
- VĮS turi integruoti veiklos kokybės, veiklos pasiekimų bei tobulinimo pasiekimų įvertinimą .

Aptarti esminiai kompleksinio veiklos vertinimo aspektai, tikintis, kad tai padės geriau suprasti šios naujovės svarbą ir laukiančius aktualius PSP efektyvumo užtikrinimo uždavinius. Be abejo, yra ir kitų veiklos vertinimo aspektų, kurie čia liko neaptarti.

Teoriškai išanalizavus kai kurias verslo pasauly naudojamas VĮS, galima išskirti tokias pagrindines PSPĮ veiklos vertinimo metodikai taikytinas ypatybes:

- 1) PSPĮ VĮS formavimo pagrindu turėtų būti sisteminis požiūris į visą SPS ir jos dalyvius.
- 2) Turi būti nustatytos suinteresuotųjų PSPĮ veikla grupės ir jų poreikius.
- 3) PSPĮ turi būti nustatyti ir įvardinti vykstantys procesai.
- 4) VĮS turi integruoti veiklos kokybės, veiklos pasiekimų bei tobulinimo pasiekimų įvertinimą.
- 5) Veiklos vertinimas turėtų vykti PSP įstaigos, joje vykstančių procesų ir individualiame lygmenį.
- 6) Veiklos vertinimas – ne vienkartinis veiksmas, o procesas.
- 7) PSPĮ VĮS turi sudaryti matai vienodi visoms PSPĮ dėl veiklos pasiekimų palyginimo galimybės ir kiekvienai organizacijai unikalūs matai, priklausantys nuo organizacijos tikslų ir aplinkos.
- 8) Pagrindiniai vertinimo principai:

a) *Prasmingumas* – vertinimo rezultatai prasmingi PSPĮ veiklai tobulinti; vertinimo duomenys reikšmingi PSPĮ klientams ir SPS politikai, reikšmingi šalies SPS monitoringui.

b) *Praktiškumas ir naudingumas* remiasi aiškiais vertinimo metodikomis ir technologijomis, su PSP susijusių grupių poreikiais ir teikia jiems rūpimas išvadas. Patogi naudoti įvairaus dydžio įstaigose, nebrangi.

c) *Tikslumas ir patikimumas* – taikomos tikslios vertinimo procedūros; yra pakankama vertintojų kompetencija; vertinimo metodai atitinka pasirinktas vertinimo sritis; patikimos tyrimų metodologijos ir duomenų analizės technikos; duomenys integruojami.

d) *Realumas* – aprėpiamos realiai įvertinamos PSPĮ veiklos sritys; skiriamas realus vertinimo laikas; PSPĮ taikomi jos paskirtį atitinkantys vertinimo kriterijai.

e) *Etiškumas* neatsiejamas nuo SPS dėl subtilios informacijos vertinimo; vertinama laikantis įstatymų ir kitų norminių aktų; vertinama išlaikant gerus santykius su suinteresuotomis grupėmis; vertinimo duomenys naudojami etiškai.

Remiantis šiais kriterijais, dėmesį galima sutelkti į EKVF tobulumo modelį ir jo pagrindu Slatkevičienės suformuotą VKĮS. Šių metodų pritaikymas galėtų užtikrinti Lietuvos PSPĮ veiklos vertinimo tobulinimo poreikį.

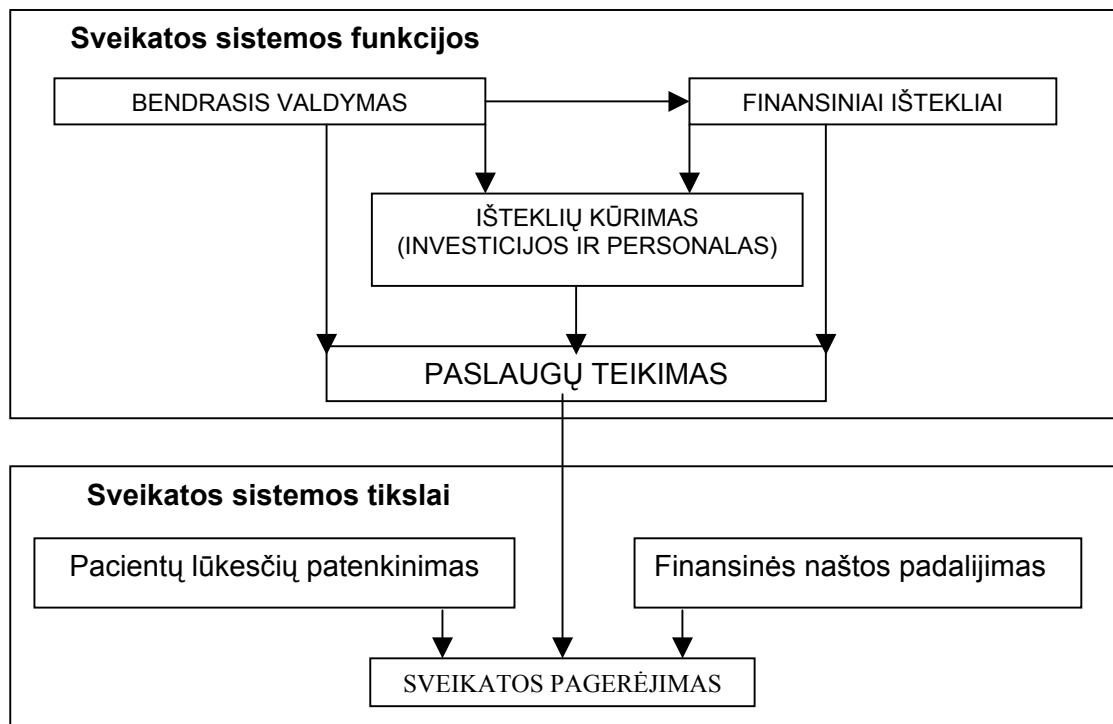
2. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo teoriniai aspektai

2.1. Veiklos vertinimo politika sveikatos priežiūros sistemoje

Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams tenka dirbti susikertant švietimo, ekonomikos, administravimo, visuomenės ir asmeninei aplinkoms. Rekomendacijų (kurios gali būti laikomos kaip sveikatos politika gydytojams praktikams) harmonija su aplinkos poveikiu apspręs ar pirmosios bus realizuotos. Praktiškai rekomendacijos yra lengviau įgyvendinamos kai daug aukštos kokybės informacijos iš įvairių šaltinių paremia veiklą ar kitu atveju neveiklumą, kai tai finansiškai paskatinama, kuomet viešas spaudimas neegzistuoja ar veikla yra remiama, be to įsijungia ir asmeninė patirtis. Paprastai yra remiamasi trimis veiksniais norint paaiškinti veiklą (neveiklumą) plėtojant politiką legislatyviame (angl. *legislative - įstatymų leidžiamoji valdžia*) lygyje : interesais (kas laimi ir kas pralaimi), institucija (taisyklės sprendimų priėmimui), idėjomis (vertinimas ir tyrinėjimas) (The world health report, 2002). Sveikatos priežiūros politikos idėjų šaltinis, kaip nurodo PSO ekspertai turi būti SPS bei jos įstaigų veiklos vertinimas ir tyrinėjimas. Ir tik sekantis etapas turėtų būti sprendimų priėmimas.

Todėl formuojant sveikatos politiką, sveikatos priežiūros vertinimas yra neatsiejama sritis. Tam, kad sveikatos priežiūra vystytųsi pirmyn, buvusios, esamos ir būsimos situacijos analizė yra to pamatas. Shaw (2003) tvirtinimu, veiklos vertinimas turi būti apibrėžiamas susiejant jį tikslais. Tikslai

turi atitikti įprastines veiklos funkcijas. PSO 2000 metais nustatė bendrąsias sveikatos sistemos *funkcijas ir tikslus* (2.1 pav.) (The world health report, 2002).



2.1 pav. Sveikatos priežiūros sistemos funkcijos ir tikslai

Pačiu elementariausiu būdu *sveikatos sistemos veikla ar efektyvumas gali būti vertinami matuojant santykį tarp rezultatų ir panaudotų resursų jiems pasiekti*. Analizuojant reikia įvertinti sveikatos sistemos indėlį kaip ir indėlį, nesusijusį su sveikatos sistema, siekiant geresnės sveikatos. Yra pateikta ir platesnė sveikatos priežiūros sistemos veiklos įvertinimo struktūra, kur veiklą atspindi tikslų pasiekimo indeksas skaičiuojamas kaip penkių indikatorių suma (2.1 lentelė) (The world health report, 2002).

2.1 lentelė. Sveikatos priežiūros sistemos veiklos indikatoriai

Indikatorius	Struktūra
Ribos	a) visi resursai, b) organizacijos, c) sveikatos sistemos dalyviai
Tikslai	a) gerą sveikatą, b) sveikatos sistemos atsakomybę žmonėms, neturintiems su sveikata susijusių lūkesčių, c) finansinio indėlio teisingumą.
Funkcijos	a) finansavimas, b) sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, c) resursų generavimas, d) sveikatos sistemos valdymas
Veikla	Tikslų pasiekimo indeksas:

	<ol style="list-style-type: none"> 1) sveikatos lygis (<i>angl. level of health</i>) 2) sveikatos pasiskirstymas (<i>angl. distribution of health</i>) 3) atsakomybės lygis (<i>angl. level of responsiveness</i>) 4) atsakomybės pasiskirstymas (<i>distribution of responsiveness</i>) 5) finansinio indėlio teisingumas (<i>angl. fairness in financial contributions</i>)
--	--

Adaptuota iš The world health report, 2002

Iš 2.1 lentelės galima matyti, kaip tarpusavyje yra susiję SPS indikatoriai ir kaip svarbu užtikrinti jų teisingą įgyvendinimą. Tai įgyvendinti gali padėti vertikalus tikslų išskleidimas, tinkamas funkcijų delegavimas, o geras SPI veiklos vertinimas garantuotų grįžtamojo ryšio palaikymą.

Šiuo metu nusistovėjusi SPS prioritetinė kryptis kokybė ir vartotojas. Deklaruojant, jog sveikatos priežiūros sistema orientuojama į vartotoją, pirmiausiai reikia žinoti vartotojo sveikatos priežiūros paslaugų kokybei keliamus reikalavimus, išsiaiškinti, kiek teikiamos paslaugos juos atitinka. Įvairiuose literatūros šaltiniuose vartotojo sveikatos priežiūros paslaugų kokybei keliamų reikalavimų pateikiama daug. Paminėsime pagrindinius: efektyvumas, veiksmingumas, saugumas, prieinamumas, priimtinas, tinkamumas, teisingumas ir kt. (AAMC, 1993). Pagal Zollner ir kt. (2003), vartotojų poreikių patenkinimas, t.y. paslaugos kokybės atitikimas jai keliamiems reikalavimams, gali būti nustatomas vertinant sveikatos priežiūros paslaugų teikimo rezultata. Rezultato vertinimo rodikliai, padedantys nuspręsti, ar atlikti veiksmai yra efektyvūs, gali būti objektyvūs, t.y. poveikio sveikatai rodikliai ir subjektyvūs, t.y. vartotojų pasitenkinimo įvertinimas. Vartotojas dažnai gali nežinoti naujausių tendencijų, nesigilinti į savo reikmes, nemokėti jų apibūdinti, atpažinti ir atsikvošęjęs kaltinti paslaugų teikėją. Tačiau iš to sekant Lietuvos sveikatos apsaugos sistema ir atsidūrė dviprasmiškoje padėtyje, kai pacientai tapo „vartotojais“, o juk rinkos sąlygomis klientas visada teisingas. Tai ir yra vienas iš veiksnių, pastatęs gydytojus ir pacientus į skirtingas barikadų puses. Norint objektyvizuoti kokybės vertinimą būtina atsižvelgti iš kieno pozicijų tai atliekama. Optimaliausias rezultatas pasiekiamas derinant požiūrių skirtumus. Vadinasi sveikatos sektoriui trūksta platesnio, viską apimančio požiūrio į sveikatos priežiūros organizacijos veiklos vertinimą bei jo ypatumus.

Apžvelgiant visą SPS pagal savo funkciją ir struktūrą, ją galima pateikti kaip piramidę su trimis sluoksniais : pirminis, antrinis ir tretinis lygiai. Boerma (2003) teigimu, pirminė sveikatos priežiūra, piramidės pagrindas, yra atsakinga už nespacificinių ir bendrų didžiosios daugumos populiacijos sveikatos poreikių problemų sprendimą. Problemos, kurios reikalauja labiau specializuotos medicininės ekspertizės yra sprendžiamos antriniame lygyje (kuris susideda iš ambulatorinio ir stacionarinio skyrių). Tuo atveju reti ir labai komplikuoti atvejai yra nukreipiami į tretinio lygio ligonines.

Įsivaizduojant SPS struktūrą, sudėtingą veiklos aplinką ir jos funkcijas, nagrinėti sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo aspektus bus žymiai lengviau.

2.2. Antrines ir tretines paslaugas teikiančių įstaigų veiklos vertinimo sistemos ypatumai

Lietuvoje šiuo metu yra įgyvendinama restruktūrizavimo strategija, kuri nukreipta stacionariųjų paslaugų optimizavimo keliu, t.y. redukavimo. Pacientai ir juos į ligonines priimančios gydytojai reikalauja informacijos apie ligoninių darbo kokybę ir efektyvumą. Ligoninėse dirbantys gydytojai, slaugos personalas ir administracija reikalauja informacijos, kaip galima būtų gerinti paslaugų teikimą ir didinti pelną. Tam, kad galėtų reguliuoti pacientų srautus ir derėtis dėl paslaugų apimčių bei pinigų, sveikatos draudikams reikalinga informacija apie paslaugų kokybę ir galimybes didinti efektyvumą. Politiką formuojantiems valdininkams reikia informacijos apie sprendimus dėl pajėgumų ir investicijų, taip pat informacijos apie kontrolės funkcijas vis labiau nereguliuojamoje konkurencingoje aplinkoje.

Ligoninė, kaip viena iš sveikatos priežiūros sistemos dalių, taip pat yra organizacija, tačiau veiklos specifika įpareigoja ieškoti jos veiklos vertinimui tinkamų kriterijų. Ligoninės įvertinimas turi tarnauti pagrindiniam tikslui - gydymo ir slaugos kokybės gerinimui. Veiklos įvertinimui praktikoje taikomi keli metodai, (*angl. Methods of measuring hospital performance*) ar jų tam tikras derinys. Šie metodai gali būti tokie (Shaw, 2003):

- *inspekcija (patikrinimas)* - juo siekiama įvertinti, ar ligoninė tenkina minimalius pacientų ir personalo saugos reikalavimus; inspekcija nėra skirta (nukreipta) inovacijų skatinimui ar vartotojų informavimui;
- *vartotojų apklauso* - jomis siekiama sužinoti pacientų ir visuomenės nuomonę apie tam tikrus ligoninės veiklos aspektus. Klausimynai gali būti standartizuoti šalies mastu;
- *trečiosios šalies įvertinimai* vykdomi per standartus ar įstaigų akreditaciją. Šie metodai nusako kas turi būti patobulinta ir kokie rodikliai turi būti pasiekti. Ligoninės stengiasi pasiekti ir vykdyti nusakytus reikalavimus. Taigi šie metodai iš esmės nukreipti į išorę, tačiau neaišku, kokią naudą gauna pacientas ir kiek realiai pagerėja gydymo ir slaugos procesas;
- *statistiniai rodikliai* gali padėti įvertinti valdymo bei gydymo ir slaugos kokybę, tačiau reikalauja kruopštaus tyrimo ir sugebėjimo juos interpretuoti. Akivaizdu, kad rodikliai remiasi ataskaitiniais ar specialiuoju tyrimų duomenimis. Sukauptas patyrimas rodo, kad kai kurie rodikliai gali būti naudojami palyginimui su kitomis įstaigomis ir leidžia įvertinti kokiose srityse ligoninė pralenkia kitas įstaigas, o kuriose atsilieka. Suprantama, kad didelį dėmesį reikia skirti duomenų kokybei (metodologijos ir metodikų vienovei). Nėra įrodyta kiek statistinių rodiklių panaudojimas analizei ir valdymo sprendimams priimti įtakoja ligoninės veiklos sėkmingumą.

- *vidinis veiklos įvertinimas*

Ligoninės veiklos vertinimu dažniausiai siekiama padidinti jos veiklos naudingumą ir veiklumą, rečiau norima atskleisti atskirus trūkumus.

Išnagrinėjus sveikatos priežiūros valdymą pateiktos trys matuotinos dimensijos: organizacijos struktūra, procesas ir rezultatai. Tai atitinka sisteminiam požiūriui, kuris, beje, apskritai tinka kiekvienos sistemos efektyvumui matuoti. Be to, Shortell ir kt. (2000) mano, kad būtina skirtingai vertinti ligoninės veiklos sritis. Kaip pavyzdį jie pateikia tris veiklos sritis: klinikinę priežiūrą, finansų ir žmogiškųjų išteklių valdymą (2.2 lentelė). Natūralu, kad kiekvienai veiklos sričiai gali būti parinkti vis kitokie rodikliai, jie gali būti skirtingi ir atskirose gydymo ir slaugos fazėse ar atspindėti organizacijos struktūros ypatybes.

Kaip rodo 2.2 lentelė, kai kurie rodikliai gali būti apskaičiuoti remiantis atskaitomybės duomenimis, kiti nustatyti anketinės apklausos ar interviu būdais. Atskirų veiklos fazių vertinimai nėra visai atsieti vieni nuo kitų. Taigi toks modelis įgalina įvertinti atskirų veiklos fazių ar tarnybų veiklą, bet neparodo priežastinių ryšių, jam trūksta kompleksiško. Suprantama, kad tokia vertinimo sistema daugiau skirta vidiniam naudojimui ir valdymo sprendimų priėmimui. PSO ekspertai skiria didelį dėmesį tobulesnių matavimo ir vertinimo sistemų sukūrimui.

2.2 lentelė. Veiklos sričių vertinimo pavyzdžiai ir palyginimas

Dimensija	Klinikinė priežiūra	Finansų valdymas	Žmogiškųjų išteklių valdymas
Struktūra	<p>Efektvumas Aktyvių sertifikuotų gydytojų procentas JCHO akreditacija Rezidentų ir užimtų etatų skaičius Kokybės planavimo tarybos buvimas</p>	<p>Efektvumas Finansų departamento tarnautojų kvalifikacija Yra integruota klinikinės ir finansinės informacijos sistema</p>	<p>Efektvumas Gebėjimas pasikviesti diplomuotas reikiamos kvalifikacijos slaugytojas ar kitus specialistus Gydytojų atlyginimų dydis ir jo augimas Atlyginimo dydžiai lyginant su konkurentais Kvalifikacijos kėlimo galimybės įstaigoje</p>
Procesas	<p>Efektvumas Gydymo vaistais klaidų dažnis Hospitalinių infekcijų dažnis Pooperacinių žaizdų infekcijų dažnis Normalių audinių pašalinimo dažnis</p> <p>Naudingumas Paciento gulėjimo trukmės ir slaugytojų skaičiaus santykis Priimtų pacientų skaičius tenkantis vienam asmeniui Vizitacijų skaičius tenkantis vienam gydytojui</p> <p>Našumas Vidutinės sąnaudos pacientui Vidutinės sąnaudos konsultacijai</p>	<p>Efektvumas Atsiskaitymų trukmė dienomis Nepatentuotų vaistų naudojimas Rinkos dydis Rinkos dydžio augimas</p> <p>Naudingumas Kapitalo prieaugis vienam darbuotojui</p> <p>Našumas Debitorinio ir kreditorinio įsiskolinimo santykis</p>	<p>Efektvumas Nusiskundimai Paaukštėjimai Organizacijos klimatas</p> <p>Naudingumas Valdymo norma</p> <p>Našumas Naujo darbuotojo samdos sąnaudos</p>

Rezultatai	Efektyvumas Su ligos sunkumu susijęs mirtingumas Pacientų pasitenkinimas Pacientų funkcinės sveikatos būklė	Efektyvumas Turto pelningumas Pelno norma Kvalifikacijos kėlimo ir mokslinių tyrimų finansavimo dydis	Efektyvumas Personalo kaita Personalo pasitenkinimas darbu
-------------------	---	---	---

Adaptuota iš Shortell ir kt. (2000)

Pastaba: JHCO-Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organisations

Barselonoje PSO Europos biuro 2003 m. organizuotas praktinis seminaras savo rekomendacijose nurodė, kad būtina susitarti dėl ligoninės veiklos efektyvumo matavimo modelio. Modelis turi nusakyti, kokios veiklos sritys (angl. *Dimension*) turi būti matuojamos. Ekspertai sutarė, kad vertėtų išskirti šešias pagrindines vertinamas veiklos sritis (2.3 lentelė) (Measuring hospital performance, 2003).

2.3 lentelė. Pagrindinės ligoninės veiklos sritys

Veiklos sritys	Apima
Slaugos ir gydymo efektyvumas (angl. <i>Clinical effectiveness</i>)	Techninę kokybę, gerą praktiką ir organizavimą, sveikatos būklės pagerėjimą (angl. <i>Health gain</i>), rezultatus
Orientacija į pacientą (angl. <i>Patient centeredness</i>)	Orientacija į pacientą: dėmesys jam, socialinė pagalba, malonus elgesys, galimybė rinktis paslaugos teikėjus; pacientų pasitenkinimas; paciento patirtis (pagarba, paslapčių išsaugojimas, autonomija, bendravimas)
Veiklos naudingumas (angl. <i>Production efficiency</i>)	Išteklių ir finansų, personalo, technologijų panaudojimo
Saugumas (angl. <i>Safety</i>)	Pacientų ir personalo saugą
Personalas (angl. <i>Staff orientation</i>)	Sveikatos būklė, apmokėjimas, tobulėjimo galimybės
Tinkamas vadovavimas (angl. <i>Responsive governance</i>).	Orientacija į bendruomenės poreikių tenkinimą (poreikių ir paklausos patenkinimas, paslaugų prieinamumas, strateginės nuostatos į sveikatos gerinimą)

Adaptuota iš Measuring hospital performance, 2003

Atskiros veiklos sritys paremtos skirtingomis teorinėmis prielaidomis (2.4 lentelė). Tai sudaro galimybę parinkti tos teorijos aprobuotus matavimo metodus ir tinkamus vertinimo rodiklius.

2.4 lentelė. Vertinamų veiklos sričių ir teorinių prielaidų ryšys

Veiklos sritys	Teorinės sėkmingumo prielaidos
Slaugos ir gydymo efektyvumas	Medicinos mokslo pasiekimai ir profesinė patirtis
Orientacija į pacientą	Pacientų pasitenkinimas ir jo patirtis
Veiklos naudingumas	Išteklių panaudojimo efektyvumo ekonominės teorijos
Saugumas	Nelaimingų atsitikimų išvengimo koncepcija
Personalas	Žmogiškųjų santykių teorijos
Tinkamas vadovavimas	Strateginės nuostatos ir socialinis egzistencijos teisėtumas

Adaptuota iš Measuring hospital performance, 2003

Praktiniams tikslams nepakanka tik apibrėžti veiklos sritis, tikslinga aptarti jų reikšmingumą, (angl. *Relevance*) veiklos vertinimui ir galimybę išmatuoti (angl. *Feasibility*). PSO ekspertų pasiūlyti kai kurie pradiniai rodikliai pateikti 2.5 lentelėje (Measuring hospital performance, 2003). Kaip rodo 2.5 lentelė PSO ekspertai numatė ne visus rodiklius, kitų rodiklių, nors jų prasmingumas neginčytinas, šiandien nežinoma kaip patikimai išmatuoti. Daugiausia dėmesio skirta klinikiniais rodikliams, orientacijai į pacientą bei saugumo klausimams.

2.5 lentelė. Vertinamos ligoninės veiklos sritis ir rodikliai

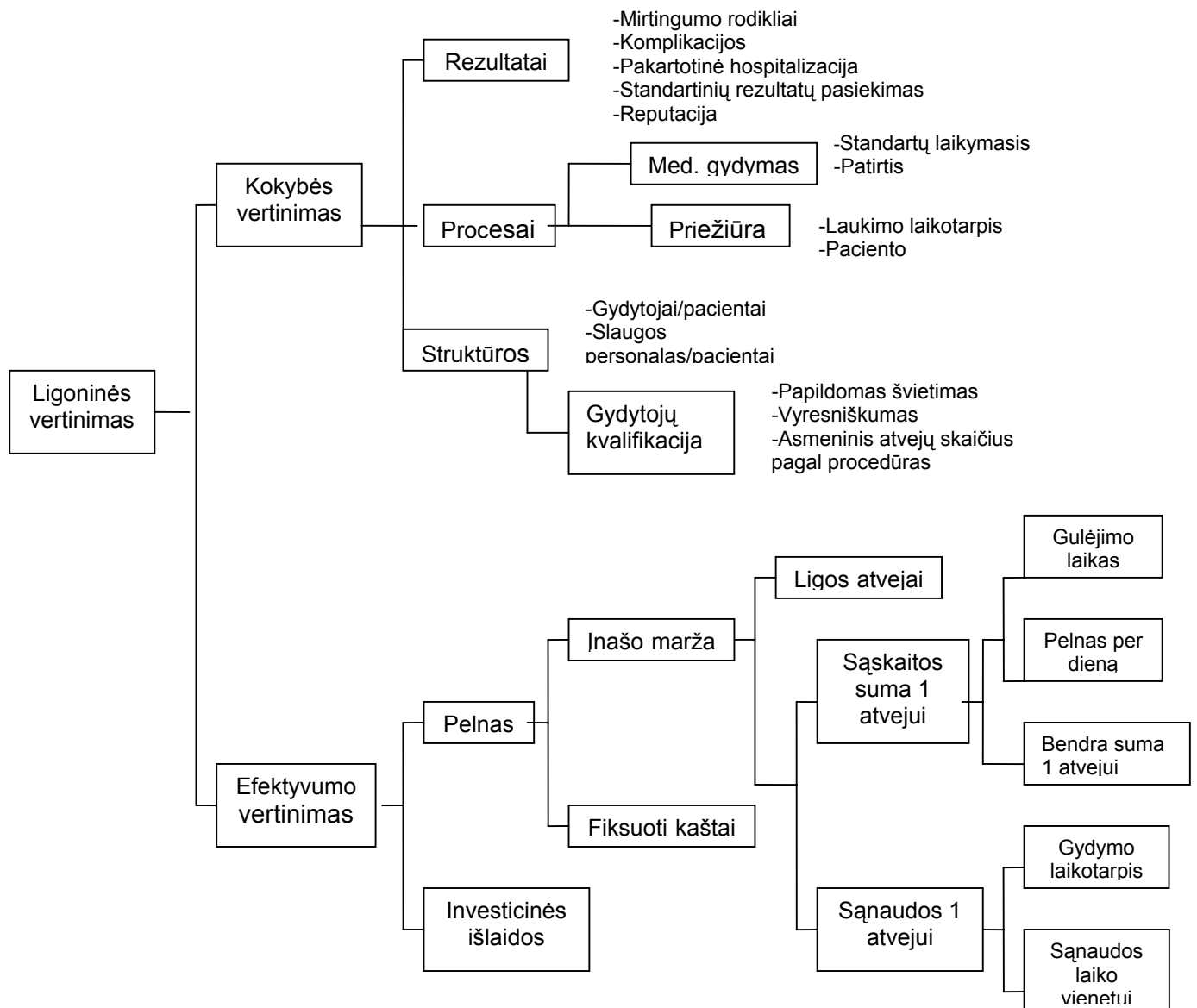
Veiklos sritis ir rodikliai	Reikšmingumas	Išmatuojamumas
Slaugos ir gydymo efektyvumas		
Rehospitalizacijos trukmė	***	***
Mirtinumas	***	*
Komplikacijų (pooperacinių) laipsnis	***	
Tinkamumas	***	
Gulėjimo trukmė pagal patologijas	***	***
Kokybės pagerėjimas	***	**
Kiti rodikliai		
Orientacija į pacientą		
Laukimo laikas (pvz., operacijos)	***	*
Prieinamumo lygybė	***	
Pacientų teisės	***	*
Pacientų pasitenkinimas	***	*
Veiklos naudingumas		
Gulėjimo trukmė pagal patologijas	***	***
Saugumas		
Hospitalinės infekcijos	***	
Nelaimingi atsitikimai	***	*
Praquilos	***	*
Personalas		
Kaita	***	***
Neatvykimai	***	***
Tinkamas vadovavimas		

Adaptuota iš Measuring hospital performance, 2003

Pastaba. Be žvaigždutės nereikšminga, trys žvaigždutės labai reikšminga; be žvaigždutės neišku kaip matuoti, trys žvaigždutės išmatuoti galima tiksliai.

Pagal Heijinen ir kt. (1999) praktikoje dar naudojami parametrai skirstomi į kokybinius palyginimo rodiklius ir efektyvumo palyginimo rodiklius (2.2 pav.). Palyginamieji rodikliai padeda palyginti šiuos rodiklius su kitų ligoninių atitinkamais rodikliais. Pasaulyje sveikatos priežiūros organizacijų veiklos vertinimui plačiausiai naudojama HCIA & Mercer (JAV) konsultacinės kompanijos metodika, kurią nuo 1995 metų rekomenduoja PSO (Heijinen ir kt., 1999). Kokybiniais rodikliais yra matuojami veiklos rezultatai, organizacijos struktūros veikla ir veiklos procesas. Efektyvumo rodikliai skirti ligoninės pelno bei sąnaudų situacijai įvertinti. Palyginamieji rodikliai naudojami kokybės ir efektyvumo rodiklių palyginimui tarp ligoninių, jų išlaikymo, pacientų ligų istorijų ar ligų atvejų palyginimui. Kokybės ir efektyvumo rodikliai kartu yra naudojami galimo

produktyvumo įvertinimui: kokius rezultatus gausime panaudoję vieną ar kitą požymių grupę (Heijinen ir kt., 1999).



2.2 pav. Sveikatos priežiūros stacionariųjų įstaigų veiklos vertinimas (Health for all, 2002)

Šiandien dar nėra sukurtas stacionarinės veiklos palyginimo modelis, apimantis visus kokybės ir efektyvumo rodiklius. Analizuojant užsienio šalių akreditavimo tarnybų ligoninių veiklos protokolus, matoma, kad ligoninių veiklai vertinti naudojami labai įvairūs veiklos rodikliai, o pačios vertinimo metodikos skiriasi iš esmės (www.achs.org.au, www.aihw.gov.au, www.cihi.ca). Ligoninių veiklos vertinimo schemoje pabandyti sugrupuoti veiklos vertinimui naudojami rodikliai (2.6 lentelė).

2.6 lentelė. Ligoninių veiklos vertinimo rodiklių rūšys pagal pobūdį

Veiklos rodikliai	Rodiklio rūšis	Rodiklio pobūdis
A. Kokybiniai rodikliai		
1. Žmogiškieji ištekliai	1.1. Personalo sudėtis.	Struktūros rodiklis
	1.2. Personalo (fizinių asmenų/etatu) užimtumas.	Proceso rodikliai
	1.3. Personalo struktūra pagal amžių.	Struktūros rodiklis
	1.4. Personalo struktūra pagal stažą.	Struktūros rodiklis
	1.5. Personalo kvalifikacijos kėlimas.	Struktūros rodiklis
2. Materialiniai ištekliai	2.1. Ligoninės teritorija ir pastatai.	Struktūros rodiklis
	2.2. Ligoninės struktūra.	Struktūros rodiklis
	2.3. Ligoninės veikla.	Proceso rodikliai
	2.4. Gydomo komplikacijos ir mirštamumas.	Rezultato rodikliai
	2.5. Diagnozių nesutapimas	Rezultato rodikliai
	2.6. Pagrindinių diagnostikos tyrimų skaičius	Proceso rodikliai
	2.7. Ankstyvos reabilitacijos (fizioterapijos) procedūrų skaičius	Proceso rodikliai
	2.8. Pagrindinių gydymo ir diagnostikos aparatų skaičius ir naudojimo trukmė.	Proceso rodikliai
	2.9. Ligoninės ambulatorinės-konsultacinės veiklos rodikliai	Proceso rodikliai
3. Finansiniai ištekliai.	3.1. Finansavimo šaltiniai ir pajamų struktūra.	Struktūros rodiklis
	3.2. Išlaidų struktūra	Proceso rodikliai
	3.3. Ligoninės turtas ir įsipareigojimai.	Proceso rodikliai
B. Efektyvumo rodikliai		
1. Finansinis veiklos rezultatas	1.1. Finansinis rezultatas (pelnas).	Proceso rodikliai
	1.2. Ligos gydymo sąnaudos	Proceso rodikliai
	1.3. Investicijos	Rezultato rodikliai

Adaptuota iš www.achs.org.au, www.aihw.gov.au, www.cihi.ca.

Pasak Heijinen ir kt (1999), ligoninės veiklos vertinimas turi vykti pastoviai. Remiantis užsienio šalių praktika ir patirtimi, siekiant Lietuvoje efektyviai panaudoti ribotus sveikatos priežiūros finansinius resursus ir moksliskai pagrįsti reformą Lietuvoje bei kontroliuoti, reikiamai koreguoti jos eigą mūsų šalyje būtina pradėti vertinti ligoninių ir PSPĮ veiklą.

Išnagrinėtose stacionariųjų SPĮ veiklos vertinimui naudojamose metodikose yra pasiūlytos stacionariųjų SPĮ veiklos vertinimo sritys, pagrindiniai kiekybiniai ir kokybiniai rodikliai. Vertinamos sritys skaidomos į struktūrinius, proceso, rezultato rodiklius. Tačiau stacionariųjų SPĮ

veiklos vertinimui naudojamos metodikos neatitinka pagrindinių kompleksiniam veiklos vertinimui keliamų reikalavimų, nes jos pilnai neintegruoja veiklos pasiekimų, veiklos kokybės ir tobulinimo veiklos pasiekimų įvertinimo. Vienos yra labiau orientuotos į finansinius pasiekimus, kitų pagrindu laikomas kokybės vertinimas. Trūksta išbaigtumo, nėra nustatyta kaip patikimai išmatuoti visus rodiklius. Opiausia sritis kaip ir kitų veiklos vertinimo metodikų yra nepertraukiamumo išlaikymas ir vertinimo periodiškumas.

Remiantis išnagrinėtais stacionarines paslaugas teikiančių įstaigų veiklos vertinimo kriterijais, atsižvelgiant į PSP, valstybės, visuomenės poreikius, specifiką, lūkesčius, Europos ir pasaulio SPS organizacijų dabartinės raidos tendencijas ir ateities iššūkius, galima siūlyti ir pagrindines PSPĮ veiklos vertinimo kūrimo gaires (tikslus ir uždavinius, vertinamas sritis ir pagrindinius rodiklius).

2.3. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklos vertinimo specifika

PSP įtaka racialesniam sveikatos išteklių vartojimui

Europos PSP organizacijos skiriasi. Jos auga, sudėtingėja daugėjant gydytojų, slaugytojų, socialinių darbuotojų bei kitų, kurie turi dirbti efektyviai kaip komanda. Sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos įvairioje aplinkoje įskaitant ir pacientų namus, mokyklas, darbo vietas bei klinikas. Tokia įvairiaspalvė praktika reikalauja ir tinkamos infrastruktūros. Tai apima ir pastatus, ir įrangą taip pat informacines sistemas. Manau, jog Vinickienės (2000) nuomonė, kad ligų prigimtis senstančioje visuomenėje reiškia didžiausią resursų nukreipimą į žmones su daugialypėmis problemomis, iš kurių didžioji dalis yra lėtinės prigimties, atspindi ne tik Lietuvai būdingus bruožus. Nei vienas specialistas, nei vienas sektorius pilnai nepatenkina visų reikmių. Tad kokybę nukenčia dėl komunikacijos ir koordinacijos stokos. Tai kaip tik ir yra svarbi PSP užduotis koordinuoti šiuos poreikius. Kaip tai pasiekti varijuoja priklausomai nuo pasirinktos sistemos.

Zollner ir kt. (2003) tikinimu, SPS gali skirtis priklausomai nuo šalies, bet yra tam tikri požymiai, kurie yra svarbūs sveikatos ekonomikos požiūriu. Daugumai antrinio ir tretinio lygio paslaugų, BPG atstovauja kaip „vartininkai“. Besiskirianti tarp šalių PSP veikla gali duoti kažkiek pranašesnį efektą paskirstant išlaidas ir pajamas. Pavyzdžiui, sprendimas persiųsti pacientą su krūtinės angina gali turėti esminį poveikį antrinio ir tretinio lygio paslaugų poreikiui ir teisingumui, pagal kurį šie resursai yra naudojami. Abu efektai ir poreikis, ir teisingumas yra svarbūs.

Iš Preston ir kt. (1999) atliktos analizės tampa aišku, kad daugelyje šalių sveikatos priežiūros reformos vykdomos dėl vienos iš pagrindinių priežasčių - atsiradusio poreikio kontroliuoti sveikatos apsaugai skiriamas lėšas, tuo pačiu užtikrinant efektyvią paciento priežiūrą tuose sveikatos priežiūros lygiuose, kurie pakankamai kokybiškai ir mažiausiomis sąnaudomis suteiks reikalingas paslaugas. Kitas labai svarbus reformų uždavinys - nukreipti pastangas ligų profilaktikai ir sveikatos palaikymui.

Nuo *Sveikatos 21* priėmimo dėmesys sufokusuotas į PSP. Iš tiesų pasaulyje PSP skaičiuoja ne vieną dešimtmetį, o SPS vis tiek daugiausia investuoja į antrinį bei tretinį lygį. Daug žinovų yra pastebėję, kad daugumos SP sričių nauda yra neįrodyta ar tiesiog yra žinoma, kad jos neefektyvios. Galingesnės jėgos šią struktūrą remia, todėl yra būtinas praktinis pagrindimas pagal kurį galėtų prasidėti pokyčiai. Identifikuojama daugybė veiksnių trukdančių sistemos pusiausvyros pokyčiams. Jie apima:

- blogai apibrėžtą procesų prigimtį PSP,
- didesnę pagarbą skirtą specialistams,
- kartais ilgus intervalus tarp intervencijų ir rezultatų,
- asmeninių interesų stoką dirbant viešajame sveikatos sektoriuje,
- platų aukštųjų technologijų taikymą antriniame ir tretiniame lygyje.

Tad kokios galimybės yra įtvirtinti pirminės sveikatos priežiūros statusą? Tokie pokyčiai, kokie numatyti „*Sveikata 21*“ dokumentuose - tai nėra tik paėmimas iš vieno sektoriaus ir davimas kitam, bet turi būti visos sistemos reorientacija į PSP. Neabejotinai PSP savo viduje dar netobula. Ji turi būti pagrįsta geresnėmis sveikatos priežiūros paslaugomis. Pagal Zollner ir kt. (2003), tai priklausys tiek nuo mažesnių išlaidų ar išaugusio efektyvumo, tiek ir abiejų kartu. Kur PSP buvo įmanoma pasiekti rentabilumą (*angl. cost - effectiveness*), ten PSP dažnai tampa gan patrauklia SPS dalimi.

Lyginant atskirų šalių sveikatos priežiūros sistemas, jų efektyvumą, priklausomai nuo paslaugų organizavimo ir jų prieinamumo gyventojams, pastebėti kai kurie skirtumai. Egzistuoja tam tikras ryšys tarp skirtingų šalių investicijų į pirminę sveikatos priežiūrą ir šių šalių sveikatos sistemos efektyvumo. Kai kurie atlikti tyrimai pateikė įrodymų, kad ambulatorinės grandies decentralizacija ir pirminės sveikatos priežiūros plėtra sąlygoja antro sveikatos priežiūros lygio konsultacijų ir hospitalizacijos sumažėjimą (Starfield, 1991; Kekki, 1982), o tuo pačiu santykinai mažina išlaidas sveikatos priežiūrai. Taip pat yra tyrimų įrodančių priešingą hipotezę, kad pirminės sveikatos priežiūros plėtra padidina medicininių paslaugų, įskaitant antro sveikatos priežiūros lygio, vartojimą ir išlaidas sveikatos priežiūrai (Feldstein, 1968). Šioje srityje turbūt ir neįmanomas vienintelės ir visiems teisingos tiesos egzistavimas. O pasirinktos sveikatos

politikos strategijos efektyvus, savalaikis, konkretus įgyvendinimas visada atsipirks su minimaliais nuostoliais. Ir mūsų šalyje vykstantys pokyčiai kelia sumaištį. Žvirblienė (2004) cituodama S. Gendvilį pabrėžė, kad šiandieninių įstatymų medikų visuomenės suskaldymas į skirtingus paslaugų teikimo, organizavimo lygius, skirtingus steigėjus, paslaugų kainodaros principus sukėlė medikų visuomenės susipriešinimą, trukdantį spręsti sveikatos sistemos problemas .

Strategijų, nukreiptų į pirminės sveikatos priežiūros plėtrą, bei šeimos gydytojo specialybės įvedimo pagrįstumą įrodo išsamus tarptautinis B. Starfield (1991) tyrimas. Lygindama dešimties pasaulio šalių sveikatos priežiūros sistemas pagal charakteristikas, atspindinčias pirminės sveikatos priežiūros išvystymo lygį ji įrodo, kad devynioms šalims iš dešimties egzistuoja ryšys tarp šalių pirminės sveikatos priežiūros išvystymo, visuomenės sveikatos rodiklių, visuomenės pasitenkinimo sveikatos priežiūros sistema, bei išlaidų šalies sveikatos priežiūrai. Kuo didesnis pirminės sveikatos priežiūros išvystymo indeksas, tuo geresni šalies visuomenės sveikatos rodikliai ir visuomenės pasitenkinimas sveikatos priežiūros sistema (2.7 lentelė). JAV reitingas žemas visais trimis rodikliais. Vokietija, Belgija taip pat pasižymi palyginti žemais, tuo tarpu Kanada, Švedija ir Olandija palyginti aukštais rodikliais. Ryšio tarp Jungtinės Karalystės atitinkamų rodiklių nebuvimas gali būti sąlygojamas palyginti mažo finansavimo skiriamo socialinei pagalbai ir visuomenės mokymui.

2.7 lentelė. Ryšys tarp pirminės sveikatos priežiūros išvystymo, gyventojų pasitenkinimo, išlaidų sveikatos priežiūrai ir visuomenės sveikatos rodiklių

Šalis	Pirminės sveikatos priežiūros išvystymo indeksas	Gyventojų pasitenkinimo išlaidų sveikatos priežiūrai indeksas	Visuomenės sveikatos indikatoriai (vieta kitų šalių atžvilgiu)	
			Pirmaujančių trejete	Paskutiniame trejete
Australija	1,1	2,1	3	0
Belgija	0,8		0	9
Kanada	1,2	7,6	5	0
Danija	1,5		0	3
Suomija	1,5		5	6
Vokietija	0,5	2,9	1	7
Nyderlandai	1,5	9,0	10	0
Švedija	1,2	4,3	10	0
Didžioji Britanija	1,7	2,1	0	8
JAV	0,2	0,2	1	7

Adaptuota iš Starfield (1991)

B. Starfield pirminės sveikatos priežiūros išvystymo indeksą išvedė, atsižvelgiant į dvi grupes charakteristikų: 1) susijusios su pirmine sveikatos priežiūra sveikatos priežiūros sistemos pobūdis - sveikatos priežiūros sistemos rūšis - privati ar valstybinė, kaip reguliuojama; kokios specializacijos gydytojai vykdo pirminę sveikatos priežiūrą; sveikatos priežiūros paslaugų

prieinamumas ir jų apmokėjimo tvarka (koku laipsniu ribojamas specializuotos priežiūros prieinamumas); specialistų procentas nuo visų gydytojų; PSP gydytojų ir gydytojų specialistų atlyginimų santykis; pirminės sveikatos priežiūros organizavimas teritorine prasme; labiausiai paplitęs PSP organizacijos vienetas (monopraktikos, polipraktikos, sveikatos centrai, poliklinikos 2) charakteristikos apibūdinančios pirminės sveikatos priežiūros praktiką, pagal pagrindinių PSP principų įdiegimą - pirmas kontaktas (vartininko vaidmuo); tęstinumas; visapusiškumą koordinacija; orientacija į šeimą; orientacija į bendruomenę. Gyventojų pasitenkinimo sveikatos priežiūros sistema ir sveikatos priežiūros išlaidų indeksas išskaičiuotas gyventojų pasitenkinimo sveikatos priežiūros sistema indeksą (palaikančių ir nepalaikančių esamą sistemą santykis) dalinant iš išlaidų, tenkančių sveikatos priežiūrai vienam vidutiniam šalies gyventojui.

Todėl visai pagrįstas dėmesys pirminei sveikatos priežiūrai XX amžiaus paskutiniaisiais dešimtmečiais. PSO rekomendacijos stiprinti pirminę sveikatos priežiūros grandį atsirado, turint mokliškai pagrįstus įrodymus, kad pirminės sveikatos priežiūros plėtra padeda racionaliau panaudoti sveikatos priežiūrai skiriamus išteklius bei stiprinti dėmesį sveikatos palaikymui, ligų profilaktikai. Tai atspindi svarbiausiuose strateginiuose sveikatos priežiūros dokumentuose (European health care reforms, 1996; Framework for professional and administrative development of general practice, 1998; Report of the International Conference on Primary health care Alma-Ata, 1978).

O pirminės sveikatos priežiūros įvertinimas yra svarbus norint atsakyti į tam tikrus klausimus. Toks įvertinimas privalo atspindėti plačią įvairovę paslaugų teikiamų pirminėje grandyje, pradedant nuo pirmo kontakto, teikiant priežiūrą pacientams tiek su nesudėtingom, tiek su kompleksinėm sveikatos problemomis, sveikatos mokymo ir profilaktinės veiklos, siuntimų sekančiam lygiui ir sveikatos priežiūros koordinacijos. Taip pat turi apimti tarpasmeninio bendravimo tarp pacientų ir jų gydytojų įvertinimą. Keating ir kt. (2003) tvirtina, jog plėtojant įrodymais grįstą pirminę sveikatos priežiūrą bei vertinant jos veiklą ir kokybę taikant patikimus naujus metodus būtų pasiektas esminis tikslas pagerinti pacientų sveikatą ir pasitenkinimą.

Pagrindinis faktas yra, kad svarių mokslinių darbų, įrodančių PSP naudą racionaliai naudoti SPS lėšas valstybės mastu atlikta. Tačiau norint teigiamai įtakoti šį procesą Lietuvoje reikalinga kontrolė ir veiklos vertinimas pradedant nuo žemiausios grandies.

PSPĮ veiklos vertinimo galimybės

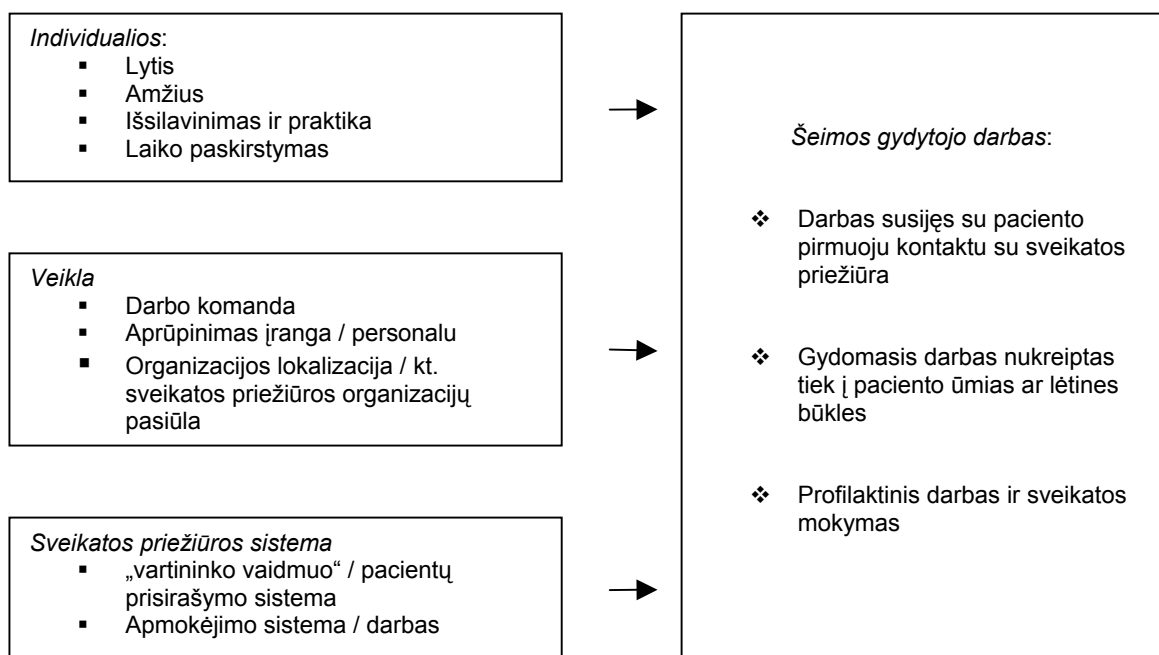
Kaip jau buvo minėta visa SPS yra labai įvairialypė tiek savo tikslais, tiek funkcijomis ar struktūra. Pakankamai sudėtinga ir aplinka, kurioje veikia SPS organizacijos. PSP yra viena

specifiškiausių SPS sričių. Zollner ir kt. (2003) išskiria, jog PSP atstovai funkcionuoja kompleksinėje aplinkoje, kur daugybė veiksnių veikia sprendimus. Šie veiksniai yra:

- visuomenės ir pacientų lūkesčiai,
- gydytojų žinių ir patirties lygis,
- finansinių apmokėjimų mechanizmas ir paskatinimai,
- gydytojų tolerancija nepastovumui,
- ekspertinis valdymas (angl.*expert guidance*),
- tiekėjų marketingas (angl.*marketing by providers*),
- profesionalų konsultacijos (angl.*professional guidance on appropriate roles*).

Visi šie veiksniai kinta. Sveikatos sistema privalo aktyviai atsižvelgti į veiksnių gausą ir susidaryti tam tikrą planą su tikslu juos valdant gauti didesnės naudos sveikatos sistemai patiriant mažesnes išlaidas. Tačiau minėtus veiksnius ne visada įmanoma teisingai numatyti. Pavyzdžiui, padidėjęs gydytojų apmokymas ir žinių bagažas gali įtakoti padidėjusių siuntimų skaičių, nes daugiau tyrimų ir intervencijos galimybių yra numatoma. Nors turėtų būti priešingai, daugiau problemų sprendžiant pirminiam lygmeny, sumažėtų siuntimų skaičius specialistams. Visais atvejais svarbu nuspręsti ar pokyčiai yra tinkami ar ne

Boerma (2003) išskiria tris lygius sąlygų, kurios gali įtakoti šeimos gydytojų darbą, kurie iš dalies gali paaiškinti kylančius skirtumus tarp jų teikiamų paslaugų. Jas galima įvardinti kaip individualias, susijusias su gydytojo asmenybe, priklausančias nuo veiklos ypatybių ir nacionalinio lygio. Pastarosios apspręstos sveikatos priežiūros sistemos bruožų (2.3 pav.).



2.3 pav. Įtaka šeimos gydytojų darbui (Boerma, 2003)

Identifikavus sferas, kurios įtakoja PSP, reikia apibendrinti ir vidines problemas. Įvairių inovacijų prigijimas sveikatos priežiūroje įvertinimo procesą daro problematišką. Dar jį komplikuoja tendencija, jog centrinės valdžios sprendimų priėmimas remiasi interpretacijomis decentralizavimo ar centralizavimo srityse. Leese ir kt.(2001) patarimu, norint vertinti pirminę sveikatos priežiūrą tenka atsižvelgti į tokias jos charakteristikas:

- *aiškiai suformuluotų tikslų stoka.* Viena problemų yra tai, kad tikslai dažnai yra nespacificiniai, kas apsunkina sprendimą, ar laukti rezultatai buvo pasiekti, kaip pavyzdžiui tikslo - „pagerinti paciento sveikatą“ įvertinimas;
- *laiko limitai.* Sveikatos politikos inovacijų vertinimas yra kompleksinis ir todėl dažnai yra teigiama, jog neįmanoma įvertinti tokių iniciatyvų poveikio dėl laiko trukmės, kuri turi praeiti, kad išmatuojami pokyčiai atsirastų. Dažnai kai kurie pokyčiai patys sveikatos priežiūros neįtakoja, bet yra reikalingi kaip sąlyga tolimesnei sėkmei;
- *tikslų nevienalytiškumas:* skirtumai tarp padėties ir galimybių. Dėl nespacificinio vadovavimo ir trumpo laiko keičiantis veiklos kryptims, tikslai, o iš tiesų besikeičiančios organizacijos tampa heterogeniškomis savo padėtimi ir galimybėmis.

Visi šie veiksniai ir problemos įtakoja ir PSPĮ veiklos vertinimo galimybes. Tai ir tolimi rezultatai laiko atžvilgiu, ir sunkiai apibrėžiami rodikliai, ir kt. Visi šie vidiniai ir išoriniai veiksniai apsunkina PSPĮ veiklos vertinimą.

Atsiradus daug painiavos kišantis į „mikro“ lygį, daugelis šalių priima modernesnius būdus, kurdami valdomas sveikatos priežiūros koncepcijas. Šie modernesni metodai į paciento sveikatos priežiūrą žvelgia per skirtingas prizmes ir padeda surasti kelią, kaip sistemiškai pateikti įrodymus dėl sveikatos priežiūros rutininio valdymo ir monitoravimo. Tokie integruoti metodai gali egzistuoti veikiant išvardintiems veiksniams kartu. Zollner ir kt., 2003 teigimu, jie gali sistemą padaryti efektyvesnę.

PSP sistemoje bet kokią įsikišimą yra labai sudėtinga standartizuoti; sunku apibrėžti bei pagrįsti išlaidas, jos gali reikšmingai skirtis; rezultatai dažnai yra nekonkretūs, neužtikrinti laiko atžvilgiu bei apima platesnį poveikio diapazoną negu tik pacientas; gali būti pakankamai platūs aplinkos svyravimai, kas gali apsunkinti rezultatų apibendrinimą. Todėl sunku aiškiai apspręsti, kokius ir kada rezultatus galima matuoti ir apibendrinti. Iš tikrųjų nė vienas iš šių taškų nėra unikalus PSP, bet jie sudaro unikalų kompleksą ir yra svarbūs.

Daug diskutuota dėl įvairių veiklos vertinimo modelių SPS pritaikymo klausimo. Dauguma ekonominių analizių pasikliauna specifinių procesų rezultatų vertinimu ir tuomet pritaikant tam tikrą

analizės rūšį atliekamas palyginamasis darbas bei sprendimų priėmimas. Kitais žodžiais, analitikas siekia identifikuoti kaip panaudoti resursus norint gauti geriausius rezultatus įvairiose srityse. Tačiau žinoma, kad kasdieniniame gyvenime specialistai taip negalvoja ir neveikia pagal tokį modelį. Jie valdo eilę įvertinimų, kurie ir įtakoja sprendimus bei rezultatus. Sveikatos ekonomika gali informuoti sprendimų priėmėjus, bet pati sprendimų nepriima.

Ekonominis SPS antrinio lygio įvertinimas dažnai remiasi atskiro atvejo nagrinėjimu. Tik tada vertinami tokio proceso ribiniai kaštai ir rezultatai. Bet PSP nėra tokia instancija kaip pirmoji, kuri kišasi tik į atskirus sveikatos sutrikimus. Ji rūpinasi žmonių gyvenimu ir gyvenimo kokybe apskritai. BPG užtikrina sveikatos priežiūros tęstinumą, paslaugos teikiamos visą gyvenimą. Be to, žmogų visą gyvenimą lydi ir šeima, draugai bei visuomenė. Todėl pagal Zollner (2003), tai ir yra problemos pagrindas norint atlikti PSP analizę, nes visumoje yra pavojus atitolti nuo plačiosios sveikatos priežiūros sąvokos bei gyvenimo kokybės kiekvienam individui.

Nepaisant visų išnagrinėtų sunkumų Vokietijos sveikatos ministerija vykdydama ES projektą apibrėžė Europos kokybės vadybos fondo (EKVF) tobulumo modelį kaip perspektyviausią sveikatos priežiūros sistemoje. EKVF tobulumo modelis buvo pritaikytas kaip *savianalizės* modelis (angl. *self-assesment*) (Moeller ir kt., 2001) (2.8 lentelė).

2.8 lentelė. EKVF tobulumo modelio vertinimo kriterijai

Kriterijai	Subkriterijai
1. Vadovų veikla	<ul style="list-style-type: none"> a. vadovai kuria misiją, viziją ir vertybes bei organizacijos kultūrą siekiant tobulumo. b. vadovai asmeniškai užtikrina organizacijos valdymo sistemos plėtojimą, įgyvendinimą ir tęstinumą. c. vadovai palaiko ryšius su klientais, partneriais ir visuomenės atstovais. d. vadovai gerai pažįsta savo organizacijos žmones, juos motyvuoja ir palaiko.
2. Politika ir strategija	<ul style="list-style-type: none"> a. politika ir strategija yra paremta dabartinais ir būsimais suinteresuotųjų asmenų poreikiais ir lūkesčiais. b. politika ir strategija paremtos informacija gauta iš veiklos vertinimo ir analizės, mokymosi ir kūrybiškumo. c. politika ir strategija yra formuojama, tikrinama ir atnaujinama. d. politika ir strategija yra paskleista pagrindinių procesų struktūroje. e. politika ir strategija yra suprantama ir realizuojama.
3. Žmonės	<ul style="list-style-type: none"> a. žmoniškieji resursai yra suplanuoti, valdomi ir gerinami. b. dirbančiųjų žinios ir kompetencija yra identifikuojamos, ugdomos ir palaikomos. c. žmonės turi įgaliojimų ir teisių. d. žmonės ir organizacija palaiko dialogą. e. žmonės yra pripažįstami, skatinami ir globojami.
4. Bendradarbiavimas ir ištekliai	<ul style="list-style-type: none"> a. valdoma išorinė partnerystė b. valdomi pastatai, įranga ir kitas materialus turtas. c. valdomos technologijos. d. valdoma informacija ir žinios.
5. Procesai	<ul style="list-style-type: none"> a. procesai sistemaiškai planuojami ir valdomi. b. visi procesai yra gerinami naudojant inovacijas norint užtikrinti ir didinti vertę. c. produktai ir paslaugos planuojami ir plėtojami atsižvelgiant į klientų poreikius ir lūkesčius. d. produktai ir paslaugos pateikiamos pristatomos ir aptarnaujamos.

	<i>e. klientų santykiai valdomi ir stiprinami.</i>
6. Klientų rezultatai	<i>a. suvokimo rodikliai b. veiklos rodikliai</i>
7. Žmonių rezultatai	<i>a. suvokimo rodikliai b. veiklos rodikliai</i>
8. Visuomenės rezultatai	<i>a. suvokimo rodikliai b. veiklos rodikliai</i>
9. Pagrindiniai veiklos rezultatai	<i>a. pagrindinės veiklos pasekmės b. pagrindiniai veiklos rodikliai</i>

Adaptuota iš Moeller ir kt., 2001.

EKVF tobulumo modelyje nuo pirmo iki penkto pateikiami kriterijai atspindintys organizacijos galimybes. Jie apsprendžia dalykus, kurie priverčia sveikatos priežiūros organizaciją funkcionuoti (vadovavimas, politika ir strategija, žmoniškieji resursai, bendradarbiavimas, resursai, sveikatos priežiūros rinkos žinojimas) bei susiję su organizacijos procesais (ligų diagnozavimu ir gydomąja veikla, kuri sudaro sveikatos priežiūrą, paslaugomis, vadybos procedūromis). Nuo šešto iki devinto punkto tobulumo modelio kriterijai – tai rezultato kriterijai. Jie susiję su pasiekimais. Visi devyni kriterijai yra dar suskaidyti į 32 subkriterijus.

Tačiau nepaisant sėkmės taikant šį modelį susidurta ir su tam tikrais barjeriais organizacijų viduje. Pastarąją vertinimo sistemą naudojant praktikoje stigo laiko, buvo juntama personalo atsidavimo ir kompetencijos stoka, tarpusavio bendradarbiavimo ir konfidencialumo stoka, taip pat metodo adaptavimą apsunkino terminologijos netinkamumas SPS.

Tačiau Vokietijos pavyzdys rodo, jog savianalizė yra sisteminės kokybės vadybos užtikrinimas norint įgyti pirmenybę konkuruojant. Tobulumo modelis yra aukštai vertinamas ir patikimas. Be to, jis nėra vyriausybiniis ar primestas finansinių grupių. Adaptuotas egzistuojantiems klinikinių patikrinimų mechanizmais taptų tinkamu. Šis metodas leidžia išvengti trukdžių dėl išskylančių dilemų tarp gydytojų, slaugytojų ir administracijos ir nepaliečia profesinės autonomijos. Galiausiai EKVF metodas yra sėkmės lygio ir gauto įvertinimo rezultato indikatorius. Be to, kaip jau minėta, šiuo modeliu pagrįstas ir nagrinėtas 1 skyriuje kompleksinis veiklos vertinimas.

Kaip pamatėme, remiantis užsienio praktika, ligoninių veiklos vertinimas nors ir su trūkumais, tačiau yra. Tad PSO ekspertai gali žengti į naują lygmenį – stacionarines paslaugas teikiančių įstaigų veiklos vertinimo sistemų tolimesnį tobulinimą. PSPĮ veiklos vertinimas visuotinai dar iki šiol neapibrėžtas. Todėl šioje srityje Lietuvos atveju teks labiau remtis verslo organizacijų veiklos vertinimo sistemomis.

3. Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo reglamentavimas ir praktika

3.1 Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros raida

1991 m. sukurta Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcija numato, kad medicinos tarnybų struktūra dirba koordinuotai ir nedubliuoja vienas kitos darbo. Kvalifikuota medicinos pagalba maksimaliai teikiama pirminėje grandyje, o labiau specializuotos sistemos grandys dirba referaciniu principu (t.y. brangi specializuota medicinos pagalba teikiama pacientams, atrinktiems bendro profilio medicinos tarnybose, kad medicinos pagalbos prieinamumas užtikrinamas, stiprinant ir plėtojant pirminę medicinos pagalbą. Ir Jurgaitienė (2004) pastebi, kad Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje pagrindinis dėmesys skiriamas pirminei sveikatos priežiūrai ir svarbiausiai figūrai – šeimos gydytojo institucijai. Šiame lygyje numatoma išspręsti iki 80 - 90 % sveikatos problemų. Darbui pirminėje sveikatos priežiūroje pradėti rengti bendrosios praktikos (šeimos) gydytojai, pagal specialiai parengtas šeimos gydytojų rezidentūros programas. Lietuvos Nacionalinėje Sveikatos koncepcijoje taip pat numatyta, kad, reformuojant sveikatos apsaugos tarnybų struktūrą bei jų finansavimą, prioritetas teikiamas pirminės grandies gydymo įstaigų bazės stiprinimui, šios grandies medicinos personalo kvalifikacijos kėlimui, jų suinteresuotumui dirbti efektyviau skatinimui, tam panaudojant ekonominius švertus.

Keičiantis požiūriui į žmogų kaip į visumą, atitinkamai turi sureaguoti ir SPS struktūra. Sveikatos sistemai pertvarkyti būtini ir mentaliteto pokyčiai, ir vadybos mokslo pagrindai, ir tam skiriamos lėšos. Nežiūrint numatytos sveikatos priežiūros strategijos, ženklesni pasikeitimai praktinėje pirminėje sveikatos priežiūroje iki 1997 metų, kada pradėjo veikti sveikatos draudimo sistema, nevyko..

1999 12 16 buvo patvirtinta BPG norma, apibrėžianti BPG teises pareigas, kompetenciją ir atsakomybę. Šis dokumentas gali būti traktuojamas kaip vienas iš pagrindinių BPG darbo įrankių bei pagalbinių. Ši norma, numato, kad *BPG turi diagnozuoti, gydyti dažniausiai praktikoje pasitaikančias ligas, mokėti bei atlikti veiksmus ir manipuliacijas, nurodytas šioje normoje, aiškinti ir mokyti pacientus, jo šeimos narius sveikos gyvensenos, sveikatos ugdymo ir ligų profilaktikos.* Taigi, galima pastebėti, kad BPG kompetencija yra labai plati. Šių gydytojų teikiamos paslaugų spektras ypač įvairus. Jis apima tiek klinikinę sferą (diagnostiką, gydymą), kur BPG privalo atlikti minimalias chirurgines ir akušerines manipuliacijas, tiek profilaktinę veiklą bei sveikatos mokymą. Tačiau dėl tokių faktorių kaip sveikatos sistemos reformos įgyvendinimo vėlavimas, reformos

lyderių kaita, įstatyminės bazės trūkumai, strategijos konkretumo stoka ir kita, PSP Lietuvoje kelia skinasi sunkiai konkuruodama su kitomis specialybėmis. Kita vertus ir pacientai nėra įpratę prie naujos BPG rolės. Tai kaip tik ir paveikė paslaugų kurias galėtų teikti bendrosios praktikos gydytojais spektrą (Buivydas ir kt., 1998).

2000 m. lapkričio 22 d. Nacionalinės sveikatos tarybos (NST) posėdyje aptariant Lietuvos sveikatos reformą, jos dabartį ir ateitį, buvo priimta rezoliucija, kurioje išreikšta nuostata stiprinti BPG instituciją, skatinti privačių BPG veiklos plėtrą, decentralizuoti pirminę sveikatos priežiūros sistemą, laipsniškai nuo PSPC modelio pereinant prie savarankiškų nepriklausomo rangovo įstaigų kūrimosi. NST siekė paskatinti konkurencijos atsiradimą kaip pagrindinę kokybės prielaidą sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje. PSP paslaugų pobūdis nereikalauja sudėtingų technologijų, brangios aparatūros, be to, leidžia sėkmingai dirbti ir labai mažoms įstaigoms, todėl centralizuotas vertikalusis valdymas ne tik nereikalingas, bet ir žalingas (Jurgaitienė, 2004). Tuo yra grindžiamas siekis, vykdant Lietuvos SPĮ restruktūrizavimą, gerinti SP paslaugų kokybę ir prieinamumą, optimizuoti teikiamų paslaugų apimtį ir struktūrą remiantis gyventojų poreikiais (Nutarimas dėl SPĮ restruktūrizavimo strategijos, 2003).

Taip pat ir Lietuvos sveikatos programos 1997–2010 metams artimieji uždaviniai (iki 2005 m.) įpareigoja plėtoti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, steigti kabinetus bei diegti grupinę praktiką, ypatingą dėmesį skirti pirminei sveikatos priežiūrai kaimo vietovėse. Kokie tikslų ir uždavinių pasiekimai iliustruoja 3.1 lentelėje pateikiami 2003-2004-2005m. duomenys apie sveikatos priežiūros įstaigų tinklą Lietuvoje.

3.1 lentelė. PSPĮ tinklas Lietuvoje 2003-2005m.

Įstaigos tipas	Įstaigų skaičius		
	2003	2004	2005
<i>Ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos</i>	445	432	437
iš jų:			
- poliklinikos	91	89	88
- pirminės sveikatos priežiūros centrai	89	91	90
- ambulatorijos	190	181	183
- bendrosios praktikos gydytojo kabinetai	22	25	30
<i>Medicinos punktai</i>	906	868	839
<i>Privačios sveikatos priežiūros įstaigos</i>	-	518	709
iš jų:	-		
- pirminės sveikatos priežiūros įstaigos	-	149	163

Adaptuota iš Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla(2003,2004,2005)

Kaip matyti iš 3.1 lentelės duomenų, BPG kabinetai steigiasi gan ribotai, daug išlieka poliklinikinio tipo įstaigų, o privačios PSP įstaigos tesudaro ketvirtadalį jų. Bendrosios praktikos gydytojų institucija kaimo ir atokiose vietovėse nėra pakankamai išplėta, todėl sudėtinga užtikrinti tolygų šių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Kyla sunkumų steigiant ir modernizuojant BPG

kabinetus tokiuose regionuose. Sveikatos priežiūros įstaigų turima įranga yra nepakankama, kompiuterizacijos lygis žemas. Monopraktika Lietuvoje nepopuliari. Nors pastaraisiais metais BPG skaičius Lietuvoje ir augo, jie imtis individualios praktikos neskatinami (3.2 lentelė).

3.2 lentelė. Aprūpinimas BPG Lietuvoje 1996-2005 m. (metų pabaigoje)

Aprūpinimas BPG	Metai									
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<i>BPG skaičius (fiziniai asmenys)</i>	181	248	268	504	692	897	1150	1500	1665	1730
<i>BPG skaičius tenkantis 10000 gyv.</i>	0.50	0.70	0.76	1.44	1.98	2.58	3.32	4.35	4.86	5.08

Adaptuota iš „Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2004 m“

O kadangi duomenys apie Lietuvos BPG pateikiami parodant fizinių asmenų skaičių, todėl sunku spręsti apie gydytojų krūvį, t.y. kiek vienam BPG etatui tenka prirašytų gyventojų. Nėra aišku ir kuri šių BPG dalis yra persikvalifikavę specialistai.

Tai tik pavienės spragos reformos kelyje, kurios konkrečiai PSP sričiai trukdo užimti tinkamas pozicijas Lietuvos SPS ir bent vienu laipteliu pakilti specialybių skalėje.

Dėl reformos spragų pokyčiai PSP sistemoje vyksta lėtai, numatyta vizija lieka tik popieriuje, užduoti tikslai vėluoja ne vieneriais metais. Neesant pakankamai kvalifikuotų BPG, aktyvios orientuotos į visuomenę, pagrįstos komandiniu darbu pirminės sveikatos priežiūros, gyventojai negalėjo pilnai pajusti pirminės sveikatos priežiūros privalumų, išliko visuomenės orientacija į hospitalinę priežiūrą, bei sureikšmintas antro lygio paslaugų poreikis. Visuomenei taip pat nepakankamai buvo pateikiama informacija apie vykdomos reformos uždavinius, tvirtina Jurgaitienė (2000), todėl dažnai neteisingai buvo interpretuojama šeimos gydytojo specialybė, suvokiant ją kaip atskirų specialistų aritmetinė suma.

Akivaizdu, kad vykdoma reforma, kaip ir bet kuris kitas su finansinių bei darbo jėgos išteklių persikirstymu susijęs procesas, sulaukia daugybės oponentų.

Gera sveikatos apsaugos sistema iš asmens pozicijos yra tuomet, kai teikiamos kokybiškos paslaugos laiku ir pigiai, o visuomenės požiūriu – visiems teikiamos reikiamos kokybiškos paslaugos laiku ir pigiai. *“Tačiau taip būti negali. Todėl sveikatos sistemos architektai, turėdami ribotus finansinius išteklius, daro politinius kompromisus, kurių rezultatas – nepatenkintųjų minia, nes paslaugas gauna arba ne visi, arba negreitai, arba nekokybiškas. Biudžetą skirsto politikai, SAM nustato ne kainas, o tik kompensacijas. Efektyviausiai ištekliai pasiskirsto rinkoje, ir būtent privati*

veikla vyksta rinkos sąlygomis, t.y. konkuruojant. Jei taip nėra, visuomenėje kyla stiprios iniciatyvos sukurti konkurencines sąlygas. Tiesiausias kelias pagerinti Lietuvos sveikatos sistemos efektyvumą, stabilumą ir jautrumą vartotojui yra sudaryti palankias sąlygas plėtotis privačioms sveikatos paslaugoms ir finansavimui”, – akcentavo LLRI viceprezidentė (Rapolevičiūtė, 2004). Tačiau rinkos elementų atsiradimas sveikatos priežiūros paslaugų sektoriuje buvo įvardytas kaip chaosas. Ir tik valdiškų įstaigų vadovų lobizmo pasekme, reikėtų laikyti sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 17 str. pataisą, įpareigojančią savivaldybes reguliuoti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų steigimąsi. Jurgaitienės (2004) tvirtinimu, šis įstatymo papildymas pažeidžia net kelis konkurencijos įstatymo pirmuosius straipsnius.

Investicijos į žmogų tiesiogiai įtakoja ekonominius šalies rodiklius. Sveikatos sistema ir rinkos ekonomika iš kai kurių pozicijų neapjungiami elementai. Vien statusas, jog sveikata neįkainuojama vertybė, įgalina ją rūpintis besąlygiškai. Tuo tarpu sveikatos apsauga Lietuvoje labai pamažu atitrūksta nuo monopolį šioje srityje išlaikančios valstybės. Valdžia remiasi esamos situacijos analize, tačiau nenurodo jos esminių punktų, kuriais vadovaujasi priimdama sprendimus. Nustato prioritetus sveikatos priežiūroje, tačiau nesukuria algoritmo, kuriuo vadovaujantis galima pasiekti keliamą tikslą. Neužtikrina žmogiškųjų išteklių valdymo - iki šio momento nėra optimizuoto specialistų ruošimo poreikį jaučiančioms sritims. Kelis pastaruosius metus jaučiamas vis didėjantis BPG trūkumas periferijoje. Opiausia tema išlieka resursų skirstymas. Prioritetinė PSP, kuri turėtų išspręsti apie 80 proc. visų sveikatos priežiūros problemų, o uždirba triskart mažiau lėšų negu stacionarines paslaugas teikiantis lygis. SPĮ restruktūrizavimo strategijos įgyvendinimas stringa dėl nepakankamai išsamiai suformuotų gairių skirtų savivaldybėms. Neišsprendžiamas PSP paslaugų kiekio užauginimas, kad po to galėtų sekti stacionarinių paslaugų redukavimas. Visa tai šalies mastu įtakoja finansiškai neefektyvią SPS. Iki šiol nesukuriamas tinkamas kontrolės mechanizmas, besiremiantis realiais faktais, kurio pagrindu galėtų būti SPSĮ veiklos vertinimas, tame tarpe ir PSPI.

3.2 Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo reglamentavimas ir praktika

Kokybės vadybos sistemos įdiegimo Lietuvoje reglamentavimas ir praktika

Pagrindiniuose sveikatos politikos dokumentuose – “Sveikata visiems-2000” ir „Sveikata 21 amžiuje” nagrinėjamos Europos regionui aktualios problemos bei siūlomos priemonės jas spręsti. Šiuose dokumentuose galima rasti ir pirminės sveikatos priežiūros tikslus ir jų įgyvendinimo priemones. Lietuva, kaip Europos valstybė, nėra išimtis siekiant tobulos sveikatos sistemos, todėl vienas svarbiausių tikslų turi būti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kontrolė ir tobulinimas.

Lietuvos narystė Europos Sąjungoje, sparčiai tobulėjančios medicinos technologijos, didesnis visuomenės informuotumas kelia aukštesnius reikalavimus sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui ir kokybei. Todėl vienas iš strateginių Lietuvos sveikatos apsaugos ministerijos tikslų yra asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos tobulinimas, siekiant užtikrinti prieinamą ir kokybišką sveikatos priežiūrą.

Vadovaujantis sveikatos apsaugos ministro 1998 m. įsakymu „*Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų*“, sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas ir gerinimas taip pat yra ir sveikatos priežiūros reformos prioritetas. Sveikatos priežiūrą reglamentuojantys įstatymai leidžia įdiegti ir efektyviai funkcionuoti kokybės sistemoms asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Diegiamų kokybės sistemų tikslas - užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę. Keliami įstaigos veiklos kokybės uždaviniai, turi būti aiškūs, išmatuojami ir apibrėžti laiku.

Remiantis 2005m. asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programa, privalu gerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, saugą ir kokybę bei užtikrinti jų atitikimą ES standartams. Siekiant užtikrinti pacientų teises į prieinamą ir kokybišką sveikatos priežiūrą, vykdoma asmens sveikatos priežiūros paslaugų valstybinė kontrolė ir ekspertizė. Įgyvendinant šią programą turi būti stiprinamas kokybės valdymas sveikatos priežiūros įstaigose, kontroliuojama, kaip diegiamos kokybės vadybos sistemos ir vidaus medicinos auditas.

Sveikatos priežiūros kokybę gali būti vertinama skirtingais keliais ir skirtingais tikslais. Įvertinant kitų šalių patirtį, paprastai kokybės gerinimas yra pagrįstas veiklos peržvelgimu ir aiškių taikinių gerai klinicinei praktikai nustatymu (Kalda ir kt., 2000). Qvretveit nuomone, kokybę gali būti apibrėžiama ir pagal paslaugos ypatybes: *prieinamumą, atitikimą poreikiams, teisingumą, socialinį priimtinumą, efektyvumą*.

Lietuvoje vienas sveikatos priežiūros kokybės tikslų yra tenkinti vartotojo (paciento) poreikius bei lūkesčius. Gali atrodyti, kad SP įstaigos turėtų jautriai reaguoti į vartotoją. Tačiau ar pacientas visada yra kompetentingas spręsti, kas jam yra geriausia. Jis dažnai gali nežinoti naujausių tendencijų, nesigilinti į savo reikmes, nemokėti jų apibūdinti. Todėl turint omeny kompleksinį veiklos vertinimą toks apibrėžimas per siauras. Medicinos praktikoje paciento poreikių tenkinimas turi atitikti ir klinikinius standartus, ir visuomenės poreikius bei nesikirsti su kitų suinteresuotųjų grupių interesais. Tačiau sveikatos priežiūra visada bus orientuota į savo vartotoją, t.y. pacientą, kadangi būtent tai diktuoja pokyčiai Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje.

Kaip rodo sveikatos priežiūrą reglamentuojančių dokumentų analizė, kokybės vadybos sistemos įdiegimas Lietuvos sveikatos priežiūroje jau yra prasidėjęs. Šį žingsnį galima būtų vertinti teigiamai remiantis kitų šalių praktika ir atliktais moksliniais darbais. Daugelyje mokslinių darbų, susijusių su kokybės sistemomis sveikatos apsaugoje, deklaruojama apie akivaizdžią kokybės

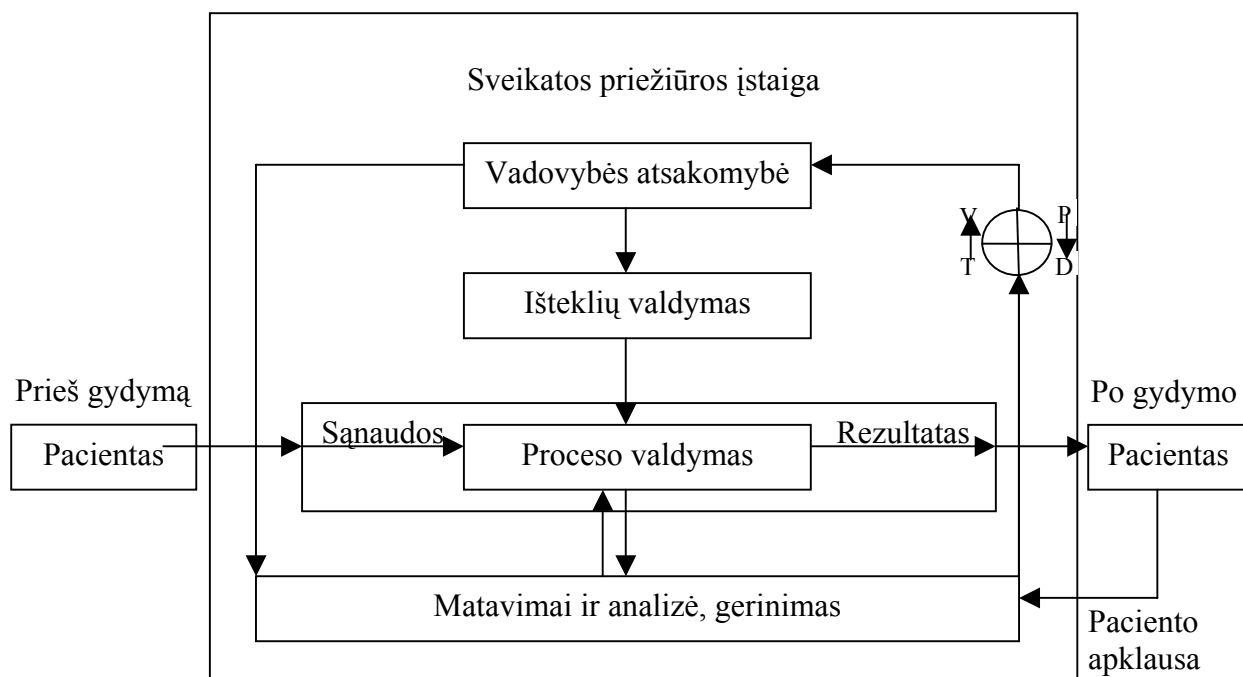
vertinimo naudą tiek ir pirminėje grandyje, tiek ir kitose sveikatos sistemos lygiuose, rekomenduojama tai pradėti taikyti savanoriškai (Kalda ir kt, 2000; Mandel ir kt.,2003).

Lietuvoje SPI apsibrėžia ir formaliai išreiškia kokybės politiką, kuri nurodo įstaigos bendrus ketinimus kokybės srityje ir tai koku būdu įstaiga numato tuos ketinimus įgyvendinti. Kokybės politika tai yra pareiškimas, kuriame nurodyti išpareigojimai pacientų saugai ir paslaugų kokybei (Rekomendacijos kokybės vadybos sistemoms, 2000). Norint pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimą ir jų kokybę, reikia įvertinti ir veikti struktūrą, procesą ir padarinius. Be to, Valiaus (2003) manymu, klinikinės praktikos efektyvumas priklauso ne tik nuo gydytojų praktinių įgūdžių ir teorinių medicinos žinių, bet ir nuo SPI to darbo organizavimo. Toks požiūris yra artimas ir platesnei veiklos vertinimo sąvokai. SPS privalo suderinti bei užtikrinti savo vartotojų ir personalo poreikius, vadovautis pagrindiniais norminiais aktais ir suteikti kokybiškas paslaugas.

Mūsų šalyje, SPS diegiamoje kokybės vadybos sistemoje, *procesas* reiškia personalo veiklą diagnozuojant ir gydant pacientus su racionalių resursų, reikalingų šiai funkcijai atlikti, panaudojimu. Todėl visi SPI vykstantys procesai turi būti valdomi. Pagrindinius sveikatos priežiūros procesus, tiesiogiai susijusius su pacientui teikiamomis paslaugomis, sudaro sveikatos stiprinimas, prevencija, diagnostika, gydymas ir rehabilitacija..

Šis užbaigtas kokybės vadybos sistemos procesų modelis grafiškai parodo visų keturių standarto paragrafų vertikalų ir horizontalų sujungimą į uždara kokybės *kilpą* (3.1 pav.). Pavyzdžiui, vertikalioje *kilpoje* vadovybė nustato reikalavimus (*vadovybės atsakomybė*), nusprendžia skirti reikalingus išteklius. Ištekliai panaudojami (*išteklių valdymas*), nustatomi ir įgyvendinami procesai (*procesų valdymas*); rezultatai matuojami, analizuojami ir gerinami (*matavimai, analizė ir gerinimas*). *Kilpą* uždaro *vadovybinė analizė*, kai ciklas grįžta į vadovybės atsakomybę, įgaliojant vykdyti pakeitimus ir pradėdant gerinimą. Pagrindinėje horizontaliojoje *kilpoje* pripažįstamas faktas, kad vartotojas vaidina svarbų vaidmenį savo poreikiais ir reikalavimais (*proceso sąnaudoms*), po to vykdomi nustatyti paslaugos realizavimo procesai ir vertinamas kliento patenkinimas (*proceso rezultatas*). Rezultato duomenys yra naudojami kliento sąnaudoms (poreikiai ir reikalavimai) pagerinti, kas ir uždaro horizontalią proceso *kilpą* (Rekomendacijos kokybės vadybos sistemoms, 2000).

Nurodoma, kad kiekvienos įstaigos kokybės vadybos sistema turi būti unikali, atitinkanti įstaigos struktūrą, vykstančius procesus bei numatomus pasiekti veiklos rezultatus. Centrine viso kokybės standarto figūra yra pacientas. Kokybės gerinimas užtikrinamas per procesą. Norint įtakoti procesą, rekomenduojama nusistatyti *procedūras*, t. y. eilę veiklų/darbų su nurodyta seka ir apibrėžtomis atsakomybėmis. Įsakyme dėl lokalaus medicininio audito nuostatų (1998) yra išskirtos



3.1 pav. Funkcionuojanti kokybės vadybos sistema

P.s.: raidės P, D, T ir V reiškia atitinkamai: "Planuok", "Daryk", "Tikrink", "Veik".

dvi pagrindinės SPI procedūrų grupės: organizacinės ar vadybinės ir klinikinės. Rekomendacijose (2000) nurodomos keturios:

- 1) *pacientų srautų procedūros*, t.y., kuriose fiziškai dalyvauja pacientas ir kurių veikla skirta tiesiogiai pacientui (diagnostikos, gydymo ir kt. procesai);
- 2) *pacientų srautų organizavimo procedūros* yra administraciniai pacientų srautų planavimo ir parengtiniai procesai (gydymo, diagnostikos ir kt. procesų užtikrinimo tvarka);
- 3) *klinikines administracines procedūros* (pacientų apklausa, personalo mokymas, pirkimai, med. įrangos naudojimas ir priežiūra ir t.t.)
- 4) *kokybės vadybos sistemos procedūros* (neatitinkčių registravimas, dokumentų valdymas, audito procesas, vadovybinė analizė) .

Procedūrų tikslas yra pasiekti tokį pat rezultatą kiekvieną kartą. Tačiau toks požiūris išspraudžiant veiklos pasiekimus į standartus iš dalies gali būti laikomas ir stabdžiu visos įstaigos nepertraukiamo tobulėjimo ir augimo procese.

Tačiau nuolatinis kokybės gerinimas yra nauja sveikatos priežiūros kokybės suvokimo tendencija. Tai išsamus, integruotas ir dinaminis požiūris į kokybės gerinimą. Jis taikomas įvairiuose sveikatos priežiūros sistemos lygiuose, apima įvairius sveikatos priežiūros veikėjus ir yra nukreiptas į priežiūros struktūrą, procesą ir rezultatus. Nuolatinis sveikatos priežiūros kokybės gerinimas suprantamas kaip ištisinis procesas, apimantis pasikartojančius kokybės užtikrinimo standartus, ir praktikos keitimą. Šį procesą turėtų užtikrinti paslaugų teikėjai, kurie galėdami vertinti ir nuolat

stebėti pačių teikiamų paslaugų kokybę, tampa vis atsakingesni už kokybės gerinimą. Įstaiga, teikianti sveikatos priežiūros paslaugas, stebi kokybę, kontroliuoja ir ją gerina.

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas – svarbiausias būdas sveikatos priežiūros teikėjams tapti nuolatiniais sveikatos politikos formavimo ir sprendimų priėmimo dalyviais. Sveikatos priežiūros kokybės gerinimo svarbą pripažino ir patys gydytojai. Nors sveikatos priežiūros darbuotojai atlieka svarbiausią vaidmenį tobulinant sveikatos priežiūros kokybę, sėkmė priklauso ne tik nuo jų, bet ir nuo pacientų, vadybininkų, sveikatos valdininkų ir draudėjų koordinuotos veiklos. Įstatymais sudarant palankias savireguliacijos sąlygas, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimą galima skatinti labiau.

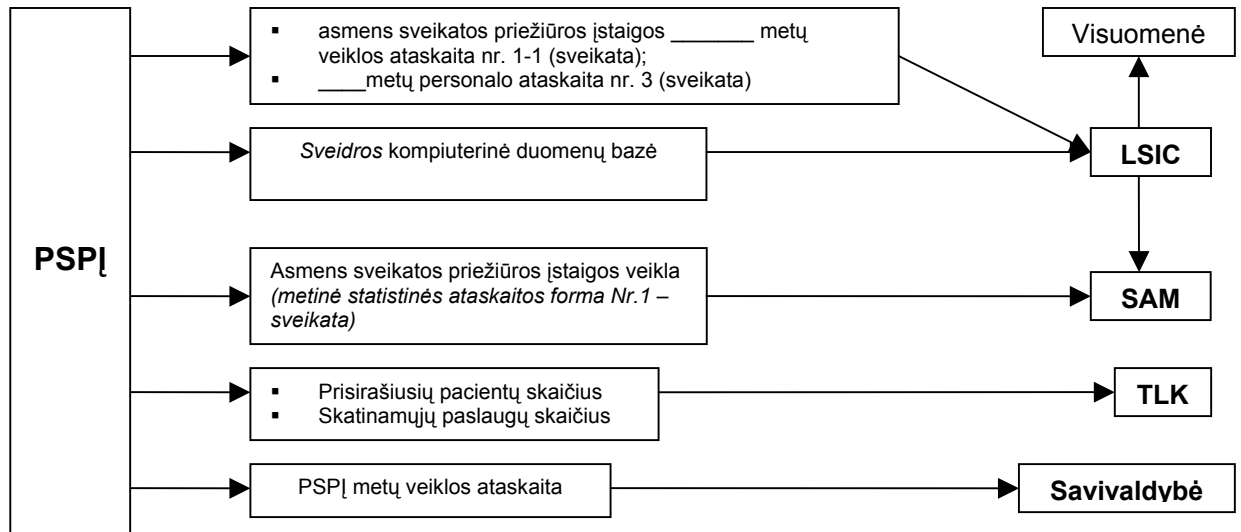
Įvertinus Lietuvos SPS kokybės vadybos reglamentavimą ir praktiką, nustatyta, kad PSPĮ patirtis kokybės vadybos srityje dar nesiekia aštuonių metų. Tačiau sistema jau veikia, nors ir ne visuotinai, bet atneša rezultatus. Tad tokią patirtį vertėtų įjungti į PSPĮ veiklos vertinimo sistemos tobulinimo gaires. Tačiau vis tik trūksta mechanizmo skatinančio kokybiškų paslaugų teikimą, nes tai lieka daugiau PSPĮ vidaus apsisprendimo reikalas. PSPĮ nėra suinteresuotos konkuruoti šioje srityje. Tai yra sąlygota viešumo stokos, nes vartotojai neturi galimybės palyginti PSPĮ veiklos kokybės rezultatų. Tam prielaidas sukūrė PSPĮ palikta laisvė kuriant savo įstaigų kokybės sistemas. Todėl jų keliami standartai gali skirtis. O mechanizmas įpareigojantis PSPĮ pateikti savo veiklos kokybės rezultatus suinteresuotoms grupėms nesukurtas. Nėra ir mechanizmo, kuriuo naudojantis PSPĮ administruojančios institucijos galėtų skatinti paslaugų kokybės gerinimą įstaigose ar kontroliuoti kokybės standartų nesilaikymą.

Be to, mūsų analizės rezultatai parodė, kad norint sulaukti esminių pokyčių prioritentinėje PSP srityje, taip pat visoje SPS, ties kokybės vadybos sistemomis sustoti nevalia. Juk kokybės vertinimas, kas atsispindi 1 skyriuje, tėra tik kompleksinio veiklos vertinimo dalis, kuri padeda užtikrinti aukščiausio lygio paslaugas.

Administruojančių institucijų vykdomo pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo sritys ir rodikliai

Sveikatos priežiūros valdymo sistemai svarbu ištirti sveikatos priežiūros veiklą ir įvertinti veiksnius, kurie turi įtakos racialesniam išteklių naudojimui. PSPĮ yra atskaitingos administruojančioms institucijoms: steigėjų statusą turinčioms savivaldybėms, paslaugų pirkėjams - teritorinėms ligonių kasoms (TLK) ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai (SAM). Todėl toliau aptarsime, kokia forma ir kokius pagrindinius veiklos rodiklius PSPĮ privalo pateikti ją

administruojančioms institucijoms (3.2 pav.). Tarpininko vaidmuo apdorojant ir pateikiant duomenis priskirtas Lietuvos sveikatos informacijos centrai (LSIC).



3.2 pav. PSPĮ atsiskaitomybė

Visos ataskaitos yra metinės. LSIC ir SAM skirtos ataskaitos yra bendros visoms ASPĮ, t.y. įstaiga pateikia tik tuos rodiklius, kurie atspindi jos veiklos pobūdį. Tad tolimesniam nagrinėjimui išskirsime administruojančių institucijų vertintinas PSPĮ veiklos sritis ir rodiklius.

Savivaldybės daugiau yra suinteresuotos PSPĮ finansine būkle ir struktūriniais rodikliais, kas atspindi PSPĮ pateikiamuose veiklos rezultatuose ir rodikliuose:

- finansiniame balanse,
- apsilankymų skaičiuje pirminėse ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigos,
- bendrosios praktikos gydytojų (BPG) skaičiuje,
- BPG aptarnaujamų gyventojų skaičiuje ,
- slaugos specialistų skaičiuje,
- pacientų apsilankymų skaičiuje.

Remiantis šia informacija jos sprendžia apie įstaigų veiklos efektyvumą, sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų pasiskirstymą, paslaugų poreikio patenkinimą bei restruktūrizavimo rezultatus. Savivaldybės įvertinę pagrindinius rezultatus, savo nuožiūra gali pareikalauti papildomų veiklos vertinimo rodiklių pateikimo.

TLK mokėdama už prisirašiusius gyventojus gali sukontroliuoti prisirašiusių pacientų skaičių bei taip netiesiogiai įtakoti prieinamumo lygį ir paslaugų kokybę. Be to, PSP įvesta nauja kategorija atsiskaitymo už paslaugas, t.y. *skatinamosios paslaugos*, už kurias apmokama po

paslaugos suteikimo. Tuo siekiama PSPĮ paskatinti išplėsti savo paslaugų spektrą pagal BPG kompetencijos ribas. Iš esmės skatinamosios paslaugos yra nukreiptos į profilaktinę PSPĮ veiklą.

SAM, kaip sveikatos politiką formuojanti ir priimanti valdymo sprendimus institucija, informaciją apie ASPĮ veiklą gauna metinių ataskaitų forma. Buvo atrinktos vertinimo sritys artimos PSPĮ (3.3 lentelė). Taipogi jai prieinami *Sveidros* duomenų bazėje kaupiami duomenys.

3.3 lentelė. Pagrindinės SAM vertinamos ambulatorinės veiklos sritys ir rodikliai

Veiklos sritys	Rodikliai
<i>Istaigos teikiamos paslaugos</i>	a) ambulatorinės paslaugos (lygis); b) sveikatos punktų skaičius (etatų skaičius/apsilankymų skaičius).
<i>Istaigos profilaktinis darbas</i>	a) profilaktinių patikrinimų skaičius; b) patikrinimų dėl tbc ir sifilio skaičius; c) mirties liudijimų skaičius.
<i>Istaigos veikla</i>	
1) Gydyimo darbas	a) apsilankymų pas gydytojus skaičius; b) gydytojų apsilankymų namuose skaičius; c) stebėtų ligonių struktūra; d) moterų kontracepcijos struktūra;
2) Susirgimų skaičius	a) susirgimų skaičius (pagal amžių/patologiją); b) diagnozė nustatyta pirmą kartą gyvenime;
3) Vaikų (iki 15 m. imtinai) sergamumas ir dispanserizavimas	a) susirgimų skaičius/struktūra; b) diagnozė nustatyta pirmą kartą gyvenime; c) invalidumų skaičius;
4) Chirurginis darbas	a) atliktų operacijų skaičius.
<i>Pagalbinių skyrių (kabinetų) darbas</i>	a) atliktų tyrimų skaičius.

Adaptuota iš statistinės ataskaitos metinės formos „*Asmens sveikatos priežiūros istaigos veikla*“, www.lsic.lt

Vieni iš pirmųjų punktų SAM ataskaitose pateikiami profilaktinės veiklos duomenys. Tai atspindi, kad profilaktinė veikla yra viena svarbiausių SPS prioritetinių sričių. Tačiau renkamų duomenų pasirinkimo aspektai bei jų informatyvumas abejotini. Pavyzdžiui, atrodytų, kad sergančiųjų Tbc skaičiaus didėjimas įtakojo tuberkuliozės dispanserių ir ftiziatro specialybės panaikinimą Lietuvoje. Gydomąjį darbą atspindi tik susirgimų struktūra ir pacientų apsilankymų skaičius bei gydytojų apsilankymų namuose skaičius. Chirurginį darbą išskyrčiau todėl, kad tam tikra chirurginė pagalba priskirta ir BPG kompetencijai, nors ataskaitoje skaičiuojamas stambių operacijų kiekis ambulatoriniame lygyje.

Dalis informacijos apie PSPĮ veiklą yra pateikiama Lietuvos sveikatos informacijos centrai (LSIC). *Sveidros* informacinėje bazėje, kaupiami duomenys užfiksuoti ambulatorinio tyrimo bei gydymo epizode (kreipimesi). Jame atsispindi priklausomybė amžiaus grupei, ligos kodas, kreipimosi tikslas, siuntimo aukštesnio lygio specialistui faktas ir galiausiai, iš dalies, gydytojo taktika. Tačiau ši informacinė bazė neturi atgalinio ryšio, nes visų *Sveidros* duomenų pati įstaiga savo reikmėms naudoti negali.

Remiantis *Statistikos vadovu* (2003), yra išskirtos 4 ambulatorinę sveikatos priežiūrą charakterizuojančios sritys (3.4 lentelė). Vieni rodikliai skaičiuojami absoliučiais skaičiais, kiti – santykiniais dydžiais. Pastarieji skaičiavimo metodai dažnai nukreipti į regionų palyginimą, o ne į vidinį įstaigos veiklos įvertinimą ar įstaigų tarpusavio palyginimą. Iš esmės, daugumą rodiklių galima pritaikyti ir PSPĮ veiklą vertinant kompleksiskai.

3.4 lentelė. Ambulatorinės sveikatos priežiūros vertintinos sritys ir rodikliai

Veiklos sritys	Rodikliai
<i>Bendrieji ambulatorinės sveikatos priežiūros rodikliai</i>	a) apsilankymai pas medicinos personalą (gydytojus/slaugytojus).
<i>Ambulatorinės pagalbos organizavimas</i>	a) vidutinis gydytojo vienos valandos darbo krūvis, b) apsilankymų pas gydytoją skaičius vienam epizodui, c) ambulatorinių ligonių ištyrimo apimtys (laboratoriniai tyrimai), d) apsilankymų pas BPG struktūra (ištyrimo, gydymo, profilaktikos, vaistų išrašymo ir kt.), e) BPG apsilankymų ligonių namuose skaičius, f) BPG siuntimų konsultuoti skaičius kitiems specialistams, g) hospitalizuotų ligonių skaičius.
<i>Profilaktinė ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veikla (įskaitant motinos ir vaiko sveikatos priežiūrą)</i>	a) profilaktinio sveikatos tikrinimo apimtys, b) ilgalaikio ligonių stebėjimo apimtis / susirgimų struktūra / profilaktinių priemonių taikymas / ligos paūmėjimų skaičius , c) moterų kontracepcijos rūšys ir apimtys, d) nėščiųjų priežiūros savalaikiškumas, e) ekstragenitalinių ligų dažnumas, f) abortai, g) naujagimių sveikatos priežiūra (sergamumas, mirtingumas, priežiūros savalaikiškumas, natūralus maitinimas), h) vaikų sveikatos priežiūra (profilaktinių patikrinimų apimtys, tam tikri sutrikimai, skiepijimai).
<i>Ambulatorinės sveikatos priežiūros kokybė</i>	
1) <i>Pacientų sveikatos priežiūros poreikių tenkinimas</i>	a) pacientų nuomonė (<i>laukimo laikas, nuomonė apie medicinos personalo darbą, nuomonė apie priverstinį neformalų apmokėjimą</i>), b) skundų skaičius
2) <i>Teikiamų paslaugų profesionalumas</i>	a) išvengiamas mirtingumas, b) klinikinių ir patologoanatominių diagnozių sutapimas, c) kai kurių ligų diagnozavimo savalaikiškumas ir jais sergančiųjų išgyvenamumas.
3) <i>Valdymo kokybė</i>	a) apsilankymų skaičius tenkantis 1 epizodui, b) laukimo laikas (nuo užsiregistravimo iki paslaugos gavimo), c) išteklių (finansinių, personalo ir t.t) skaičius ligoniui, procedūrai, tyrimui.
<i>Sveikatos priežiūros ištekliai</i>	a) žmoniškieji ištekliai, b) sveikatos priežiūros finansavimas ir išlaidos.

Aadaptuota iš „Statistikos vadovo“ (2003)

Kiti, nepaminėti bendrieji ambulatorinės sveikatos priežiūros rodikliai, dalinai atspindi ambulatorinės pagalbos prieinamumą teritoriniu atžvilgiu. Motinos ir vaiko sveikatos priežiūra *Statistikos vadove* (2003) parodyta atskirame skyriuje, nes autorių nuomone, šiuos rodiklius būtina akcentuoti dėl nepalankios demografinės situacijos. Čia daugiau nagrinėjamos profilaktinės sveikatos priežiūros apimtys, todėl 3.4 lentelėje ji priskirta prie profilaktinės sveikatos priežiūros.

Papildomai LSIC ataskaitos forma duomenis pateikia ir tos įstaigos, kurios naudojasi *Sveidros* duomenų baze (3.5 lentelė). Atlikus rodiklių, fiksuojamų SAM ataskaitoje, *Sveidros* duomenų bazėje ir LSIC ataskaitoje, palyginimą pastebėta pasikartojimo tendencija.

3.5 lentelė. Ambulatorinės sveikatos priežiūros vertintinos sritys ir rodikliai pateikiami LSIC-ui

Veiklos sritys	Rodikliai
<i>Įstaigos teikiamos paslaugos</i>	➤ ambulatorinės paslaugos (lygis)
<i>Ambulatorinė įstaigos veikla</i>	
1) Įstaigos profilaktinis darbas	a) Vaikų profilaktinių patikrinimų skaičius; b) patikrinimų dėl tbc ir sifilio skaičius; c) kūdikių skaičius; d) kūdikių natūralaus maitinimo struktūra; e) mirties liudijimų skaičius;
2) Ligonių ilgalaikis stebėjimas	➤ stebimų asmenų skaičius ir struktūra;
3) Dantų priežiūra	➤ apsilankymų skaičius/struktūra;
4) Operacinė ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų (padalinių) veikla (rodomos tik operacijos)	➤ atliktų operacijų skaičius.
<i>Nėščiųjų ir gimdyvių priežiūra</i>	a) nėščiųjų skaičius; b) įskaitos savalaikiškumas; c) žinios apie naujagimius.
<i>Pagalbinių skyrių (kabinetų) darbas</i>	➤ atliktų tyrimų skaičius.
<i>Medicinos prietaisai</i>	➤ veikiančių aparatų skaičius.

Adaptuota iš LSIC statistinės ataskaitos metinės formos „asmens sveikatos priežiūros įstaigos _____ metų veiklos ataskaita“, www.lsic.lt

Rodikliai išrinkti tuo pačiu principu kaip ir iš SAM ataskaitos. Tik čia rastas išskirtas ir įtrauktas dantų priežiūros poskyris, nes PSPĮ privalo užtikrinti pirminio lygio odontologinės pagalbos teikimą.

Atskira ataskaitos forma renkami duomenys apie įstaigos personalą. Privaloma pateikti duomenis apie įvairaus išsilavinimo darbuotojus kaip fizinius asmenis ir užimamus etatus.

Įdiegta *Sveidros* informacinė bazė neužtikrina pačios PSPĮ veiklos vertinimo ir analizavimo poreikio, o skirta tik valdančioms institucijoms. Be to, ir renkami rodikliai nėra pakankamai išsamūs PSPĮ veiklos vertinimui. Visos SPĮ, naudojančios *Sveidros* informacinę bazę, dar įpareigtos pateikti ataskaitas, kurių kai kurie rodikliai dubliuoja į *Sveidros* duomenų bazę suvedamus rodiklius. Šios ataskaitos skirtos toms pačioms administruojančioms instancijoms. Reikėtų paminėti, kad nagrinėtos ataskaitos formos iš esmės nesikeičia jau apie keturias dešimtis metų. Kai kurie duomenys nors ir renkami, pavyzdžiui chirurginio darbo rezultatai, tačiau mechanizmo, kad jis kompetencijos ribose būtų atliekamas PSPĮ, nėra. Pirmas žingsnis norint užtikrinti nors kai kurias PSPĮ privalomas paslaugas yra padarytas – tai skatinamųjų paslaugų įvedimas.

Atlikus PSP administruojančių institucijų veiklos vertinimo tikslais renkamų duomenų analizę, galime apibendrinti, kad šie duomenys renkami išanksto nenustačius aiškių analizės tikslų, todėl yra gana chaotiški, tik fragmentiškai atspindintys atskiras PSPĮ vertintinas veiklos sritis. Be to daug kur besidubliuojantys, taip apkraudami ir medicinos personalą papildomu darbu.

Administruojančių institucijų atliekamam PSPĮ veiklos vertinimui stinga sisteminio požiūrio į jų vertinamas PSPĮ veiklos sritis, neužtikrinamas kompleksinis veiklos įvertinimas. Vertinant pagal kompleksinio veiklos vertinimo sistemos reikalavimus, esamas PSPĮ veiklos vertinimas iš dalies integruoja tik dvi kompleksinio veiklos vertinimo sistemos sritis, tai įstaigos veiklos pasiekimų vertinimas ir veiklos kokybės vertinimas. PSPĮ veiklos pasiekimo rezultatus atspindi renkami statistiniai rodikliai, o kokybės vadybos sistema užtikrina kokybės įvertinimą įstaigoje. Galima spręsti, kad PSPĮ veiklos tobulinimas nevertinamas, todėl ir neužtikrinamas. Taip pat nagrinėtame PSPĮ veiklos vertinime neatsispindi orientacija į PSPĮ veikla suinteresuotas grupes, nebent tik pacientus. Faktas, kad PSPĮ veiklos vertinimo ataskaitos nekinta dešimtmečiais, rodo, jog PSPĮ veiklos vertinimas nėra dinamiškas ir pastoviai pritaikomas prie besikeičiančių sąlygų, kurios kelis pastaruosius dešimtmečius pasikeitė kardinaliai pereinant nuo vieno sveikatos priežiūros sistemos modelio prie kito.

Vienas iš pirminės sveikatos priežiūros 2000–2004 metų programos uždavinių buvo efektyvaus PSP planavimo, finansavimo ir valdymo modelio įgyvendinimas. Numatyta pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų ir asmens sveikatos priežiūros sistemos valdymą, tiriant ASPĮ veiklą ir įvertinant veiksnius, įtakančius sveikatos priežiūros išteklių racionalių panaudojimą ir efektyvumo didėjimą. Tai buvo ketinama pasiekti sukūriant prielaidas informaciniams Sveikatos apsaugos ministerijos poreikiams tenkinti, naudojant duomenų bazę „Sveidra“. Turėjo būti pasiūlyti sveikatos priežiūros efektyvumo rodikliai ir įvertinti efektyvumo skirtumai. Tokiu būdu būtų įvertintas sveikatos priežiūros prieinamumas ir pacientų pasitenkinimas paslaugomis, išanalizuoti ir nustatyti gyventojų naudojimosi asmens sveikatos priežiūros paslaugomis netolygumai, įvertinti sveikatos priežiūros įstaigų personalo darbo apimčių netolygumai ambulatorinėje ir stacionaro grandyse. Tačiau ši programa nebuvo pilnai įgyvendinta, nes jos įgyvendinimui neskirtas numatytas finansavimas, todėl planuoti darbai neatlikti, programos tikslai, numatyti sveikatos priežiūros organizavimo tobulinimo būdus ir priemonės, racionaliau paskirstant ir naudojant turimus išteklius, nepasiekti.

Lietuvoje efektyvaus PSP planavimo, finansavimo ir valdymo modelio įgyvendinimo iniciatyvos nesulaukia pakankamo dėmesio. Tai yra viena iš priežasčių įtakančių PSPĮ veiklos efektyvumo ir kokybės netobulumą. Tai dar kartą įrodo, jog PSP sistemos veiklos vertinimo tobulinimo pokyčiai Lietuvoje praktiškai įgyvendinami labai vangiai.

4. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos esamos vertinimo sistemos tyrimo metodika ir rezultatų analizė

4.1 Tyrimo metodika

Teoriškai pagrindus PSP kaip SPS unikalumą, išanalizavus esamą Lietuvos PSPĮ veiklos vertinimo sistemą, galima teigti, jog dabartiniu metu nėra vieningos, konkrečiai PSPĮ orientuotos ir įteisintos jos veiklos vertinimo sistemos. Atskiros institucijos, kurios vertina skirtingas arba tas pačias veiklos sritis, dažnai dubliuoja viena kitos darbą, tačiau kai kurios veiklos sritys vis tiek lieka nevertinamos arba vertinamos ir analizuojamos nepakankamai. Šiuos trūkumus galėtų pašalinti įdiegtas PSPĮ kompleksinis veiklos vertinimas. Tokios veiklos vertinimo sistemos atsiradimas Lietuvos PSPĮ padidintų organizacijų galimybes sėkmingiau konkuruoti rinkoje, skatintų kokybės gerėjimą per nepertraukiamą savo veiklos tobulinimą, optimizuotų resursų paskirstymą visoje SPS.

Siekiant išsiaiškinti kaip esamą Lietuvos PSPĮ veiklos vertinimą įvertina patys Lietuvos PSP sistemos atstovai ir kokias jie numato dabartinės PSPĮ veiklos vertinimo sistemos tobulinimo galimybes, kad ji būtų kompleksinė ir apimtų visas PSPĮ veiklos sritis ir pasiekimus, atliktas dviejų etapų tyrimas:

- *pirmajame etape* atlikta PSPĮ vadovų anketinė apklausa telefonu;
- *antrajame etape* atlikta ekspertų apklausa naudojant interviu metodą.

Toliau remiantis teorine analize ir atliktu praktiniu tyrimu, numatyta patobulinti PSPĮ veiklos vertinimo sistemą atsižvelgiant į organizacijų kompleksinio veiklos vertinimo koncepciją, EKVF tobulumo modelio siūlomas gaires, integruojant jau esamus PSPĮ veiklos vertinimo rodiklius bei atsižvelgiant į apklaustų ekspertų pasiūlymus.

Pirmas etapas. Norint atskleisti, kaip veiklą vertina pačios PSPĮ, atliktas kokybinis žvalgomasis tyrimas. Jo metu išsiaiškinta dalies Lietuvos PSPĮ vadovų nuomonės, ar dabartinė veiklos vertinimo sistema patenkina jų poreikius įgyvendinant įstaigos tikslus. Siekiant išsiaiškinti PSPĮ veiklos vertinimo tobulinimo prielaidas PSPĮ vadovų požiūriu, pasirinkta anketinė apklausa telefonu.

Sudaryta anketa iš 8 klausimų, kurie leistų išsiaiškinti, kokios veiklos vertinimo sistemos jų vadovaujamoje PSPĮ egzistuoja ir ar tai tenkina jų dabartinius poreikius (1 priedas). Taip pat buvo norima sužinoti PSPĮ vadovų nuomonę dėl vieningos Lietuvos mastu PSPĮ veiklos vertinimo sistemos įdiegimo, jos viešumo ir kas tokios vertinimo sistemos sukūrimą ir įdiegimą turėtų inicijuoti. Papildomai pasiteirauta apie vadovo darbo stažą ir PSPĮ dirbančiųjų BPG skaičių. Ši informacija padeda nustatyti, kaip tai įtakoja PSPĮ vadovų nuomonę apie PSPĮ veiklos vertinimo pobūdį. 4

klausimai buvo uždaro tipo su galimybe pakomentuoti savo nuomonę, 2 klausimai su išvardintais keliais galimais atsakymais ir 2 atviro tipo klausimai.

Apklausti Kauno apskrities PSPĮ vadovai. Numatyta klausimus pateikti šešių PSPC, šešių ambulatorijų bei trijų privačių PSPĮ vadovams. Parinktos 15 PSP įstaigų iš Kauno savivaldybės internetiniame puslapyje pateikto ASPĮ sąrašo, apklausta 10 PSPĮ vadovų, nes vienas iš 15 vadovų atostogavo, o kiti dėl įvairių priežasčių atsisakė dalyvauti apklausoje.

Antras etapas. Papildomos informacijos apie esamą PSPĮ veiklos vertinimą surinkimui, jau turimų žinių susistemimui ir išgryninimui, svarių pasiūlymų dėl PSPĮ kompleksinio veiklos vertinimo sistemos būtinybės, pasirinktas kokybinis tyrimas - *ekspertų vertinimas*.

Ekspertų vertinimo metodas (lot. expertus – prityręs, įgudęs) – specialiai parinktos grupės žmonių, kurie išmano tam tikrą sritį, specifinės rūšies apklausa, arba tinkamų specialistų parinkimas, apklausos organizavimas, ekspertizės rezultatų tinkamas apdorojimas, daugelio loginių ir statistinių procedūrų taikymas, t.y. visų šių procedūrų visuma (Tidikis, 2003). Šio vertinimo metodo esmė – ekspertai logiškai analizuoja kurią nors problemą, kokybiškai vertindami ir formaliai apdorodami duomenis. Ekspertų vertinimo pagrindu nustatomas jų nuomonių atitikimas tiriamuoju klausimu bei ekspertų išvadų objektyvumas, kurį lemia esminiai, realūs faktų ir reiškinių ryšiai.

Tidikio (2003) tvirtinimu, atliekant ekspertinį vertinimą būtina:

- 1) iškelti problemą, numatyti ekspertizės tikslus ir uždavinius, jos ribas ir pagrindinius etapus;
- 2) parengti ekspertizės procedūrą;
- 3) atrinkti ekspertus;
- 4) surengti ekspertų apklausą;
- 5) formalizuoti gautą informaciją, apdoroti, atlikti analizę ir interpretaciją.

Tiriant PSPĮ veiklos vertinimo sistemos tobulinimo galimybes suformuluota *problema* - kodėl reikia tobulinti dabartinę PSPĮ veiklos vertinimo sistemą.

Kaip ekspertizės atlikimo metodas pasirinktas *interviu*. Iš jo tikimasi gauti maksimali ir detali informacija apie tiriamąjį objektą. Yra galimybė respondentui paaiškinti vieno ar kito klausimo ar atsakymo prasmę. Galima gauti išsamius atsakymus, pateikti papildomų klausimų kylančių iš konteksto.

Pasirinktas struktūrizuotas, standartizuotas interviu. Kiekvienam pokalbiui yra naudojama ta pati interviu struktūra, kurioje numatyti ir pateikiami tie patys klausimai ta pačia tvarka. Bet pasiekama galimybė leisti respondentams laisvai analizuoti klausimą - taip jie gali pateikti svarbios papildomos informacijos. Jis palankus tuo, kad griežtai neformalizuojamas pašnekesys ir tarp tyrėjo su respondentu būna laisvesnė atmosfera.

Interviu klausimyną sudaro dvi dalys. *Pirmoji* skirta išsiaiškinti esamoms PSPĮ veiklos vertinimo problemoms ekspertų požiūriu ir numatyti galimas tobulinimo kryptis bei naudą, *antroji* dalis - surinkti ekspertų pasiūlymus, skirtus PSPĮ kompleksinio veiklos vertinimo sistemos kūrimui. Interviu klausimynas buvo formuojamas taip, kad pradžioje respondentas išanalizuotų esamą PSPĮ veiklos vertinimo sistemą ir nurodytų sistemos tobulinimo kryptis. Toliau galėtų pateikti detalesnius pasiūlymus atskiroms PSPĮ kompleksinio veiklos vertinimo sistemos dalims. I dalyje pateikti 7 ir II dalyje 6 atviro tipo klausimai (tyrimui naudojama interviu forma pateikta 2 priede).

Be to, atskleidžiami ekspertų požiūrių ir pasiūlymų skirtumai atsižvelgiant į jų atstovaujamos institucijos ryšio su PSPĮ veiklos vertinimu pobūdį.

Ekspertais pasirinkti asmenys, kurie dėl savo profesinės ir gyvenimo patirties turi didžiausią kompetenciją ir patikimą bei pakankamai išsamią informaciją apie tiriamą problemą. Respondentų pasirinkimo kriterijai:

- 1) *pozicija hierarchijoje*. Pagal šį požymį parinkti aukščiausios grandies PSPĮ vadovai
- 2) *darbo stažas*. Pagal šį kriterijų parinkti asmenys, turintys ne mažiau kaip 5 metų vadovaujančio darbo patirtį.
- 3) *funkcijos PSP sistemoje*. Pagal šį kriterijų į ekspertų grupę paritetiniais pagrindais įeis ir PSPĮ paslaugas administruojančių instancijų atstovai.

Numatyti apklausti ekspertai atitinkantys ekspertų pasirinkimo kriterijus iš TLK, savivaldybės ir PSPĮ. Iš pradžių su šių institucijų atstovais buvo telefonu susitarta dėl susitikimo informuojant apie tyrimo tikslą. Interviu dalyvauti sutiko ekspertai, atstovaujantys PSP paslaugų teikėjams (PSPĮ), PSP paslaugų užsakovams (TLK) ir PSPĮ steigėjams (savivaldybė). Ekspertų interviu, gavus sutikimą, įrašomas į diktofoną. Kiekvienas interviu vidutiniškai užtruko apie 45 min. interviu metu pokalbis buvo įrašinėjamas į diktofoną bei tam tikros pastabos pasižymimos raštu.

Surinkta informacija apdorojama keliais etapais. Atliekama įrašo turinio analizė. Toliau informacija surūšiuojama, daromi apibendrinimai ir išvados.

4.2 Tyrimo rezultatai

Pirmas etapas. Visi apklausti PSPĮ vadovai patikino, jog jų įstaigose jau įdiegta ar šiuo metu diegiama kokybės vadybos sistema. Pirmosios PSPĮ kokybės vadybos sistemos pradėtos diegti 1999m. Be to, tirtose PSPĮ naudojama finansinė, valdymo ir rodiklių statistinė analizė. Konkurentų ir rinkos analizę teigė atliekanti viena iš privačių PSPĮ. Tačiau visų įstaigų vadovai pripažino, kad jų PSPĮ egzistuojančios duomenų bazės, veiklos pasiekimų matavimai ir įvertinimo sistemos nepatenkina poreikio gauti reikiamos informacijos siekiant įgyvendinti įstaigos tikslus. Be to, visi, išskyrus vieną respondentą, sutiko, jog yra reikalinga vieninga PSPĮ veiklos vertinimo sistema. Vienintelis PSPĮ

vadovas suabejojo, ar tokią sistemą įmanoma sukurti. Tas pats respondentas nematė reikalo ir PSPĮ veiklos vertinimo duomenis skelbti viešai. Kiti respondentai teigiamai atsiliepė apie viešumą, tačiau jiems buvo svarbu, kas bus skelbiama. Buvo pasiūlymų tokius duomenis skelbti internete.

Labiausiai PSPĮ vadovų nuomonės išsiskyrė dėl institucijos, kuri privalėtų inicijuoti PSPĮ veiklos vertinimo tobulinimą ir vieningos sistemos įdiegimą. Vyravo nuomonė, jog PSPĮ veiklos vertinimo sistemos tobulinimas yra daugiau bendras kontroliuojančių ir PSP paslaugas teikiančių institucijų reikalas. Vienas iš respondentų komandinio darbo iniciatoriaus rolę priskyrė SAM.

Apklaustų PSPĮ vadovų darbo stažas yra nuo keturių iki septyniolikos metų. PSPĮ dirbančių BPG skaičius varijavo nuo dviejų iki dvylikos.

Apibendrinant PSPĮ vadovų telefoninės apklausos duomenis, galima teigti, kad esama PSPĮ veiklos vertinimo sistema nepatenkina apklaustų Kauno apskrities PSPĮ vadovų poreikių gauti reikiamos informacijos siekiant įgyvendinti įstaigos tikslus. PSPĮ neatliekamas išorinės aplinkos tyrimas gali atspindėti menką konkurencijos laipsnį tarp įstaigų, kuri sąlygoja vykdoma SP politika, neskatinanti konkuruoti nei atliekamų paslaugų kiekiu, nei jų kokybe. Respondentai palaikytų komandiniu principu sukurtos vieningos PSPĮ veiklos vertinimo sistemos įdiegimą ir duomenų viešą skelbimą. Respondentų nuomonei įtakos neturėjo nei jų darbo stažas, nei PSPĮ dydis, nei PSPĮ nuosavybės forma.

Antras etapas. Ekspertai vienbalsiai teigia, kad esama PSPĮ veiklos vertinimo sistema yra nepakankama ir netiksli. Abejojama ar atliekama surinktų duomenų analize. Ekspertai, turintys PSPĮ vadovavimo patirtį, išsamiausiai apibrėžė dabartinius veiklos vertinimo rodiklius. Ekspertai, atstovaujantys TLK ir savivaldybei, į PSPĮ veiklos vertinimą žvelgė per savo institucijų vykdomą su PSPĮ susijusią kontroliuojančią veiklą. Tačiau tik vieno eksperto atstovaujančio PSPĮ nebuvo užmirštas kokybės vertinimas Lietuvos PSPĮ. Buvo iškelta mintis, jog dabartinė sistema yra daugiau pritaikyta bausti, o ne skatinti.

Apibendrinant ekspertų nuomonę, PSPĮ veiklos vertinimas turi būti svarbus pacientams, savivaldybei, pačiai įstaigai ir TLK. Dažniausiai minėta savivaldybė, pacientai ir įstaiga. Tik vienintelis respondentas nurodė, kad PSPĮ veiklos vertinimo rezultatai svarbūs **valstybei**.

Daugiausiai sumaišties respondentams sukėlė kompleksinio veiklos vertinimo sąvoka. Bet kaip esminiai į kompleksinio veiklos vertinimo sistemą įeinantys elementai nurodyti *veiklos rezultatų nagrinėjimas ir kokybės įvertinimas*. Vieno iš respondentų nuomone ir dabar naudojamų veiklos vertinimo rezultatų nagrinėjimas visumoje, o ne atskiromis dalimis išskirstant administruojančioms instancijoms jau galėtų būti prielaida kompleksiniam PSPĮ veiklos įvertinimui. Kitas ekspertas pasigedo **individualaus** lygio veiklos vertinimo, kuris jo manymu, yra neatsiejama kompleksinio

veiklos vertinimo sritis. TLK atstovo teigimu, kompleksiniame veiklos vertinime turi atsispindėti suteiktų paslaugų apimčių ir sąnaudų nagrinėjimas.

PSPĮ kompleksinio veiklos vertinimo įdiegimo naudos suvokimas tarp ekspertų pasidalino pagal einamas pareigas ir jų atsakomybės sritis. PSPĮ vadovai išvelgė naudą nustatant silpnąsias įstaigos darbo grandis, veiklos trūkumus. Ekspertas, atstovaujantis steigėjus, teigė, jog tai turėtų sudaryti prielaidas konkurencijos skatinimui tarp PSPĮ, galėtų užtikrinti grįžtamąjį ryšį tarp įstaigos, pacientų, administruojančių institucijų. Respondentas iš TLK numatė galimybę taip pagrįsti ekonominių PSPĮ paslaugų įkainį. Vienas iš ekspertų, atstovaujantis paslaugų teikėjus, tikisi vienodos paslaugų kokybės užtikrinimo visoje šalyje. Jo nuomone, būtų aiškiau apibrėžtos gydytojų pareigos bei vertinimo aspektai. Kitas ekspertas, atstovaujantis paslaugų teikėjus, nurodė galimybę pagerinti SPS efektyvumą šalies mastu.

Sulaukta visiškai skirtingų versijų, kas turėtų inicijuoti PSPĮ veiklos vertinimo tobulinimą. Negalima teigti, jog visos institucijos bandė nusimesti šios pareigos našta. Po vieną respondentą nurodė paslaugų teikėjus, steigėjus ir TLK, kaip paslaugų pirkėjus ar užsakovus. Tik TLK atstovas manė, kad iniciatoriaus vaidmens gali imtis bet kuri iš šių institucijų. O vienas iš vadovų apibendrina, jog tai turėtų atlikti visi kartu.

Dar vienu klausimu buvo sulaukta bendros nuomonės. Visiems ekspertams pasirodė būtina vieninga PSPĮ veiklos vertinimo sistema Lietuvoje. Tačiau tokios sistemos įdiegimas, respondentų manymu, gali sulaukti gausybės įvairaus pobūdžio trukdžių. Buvo išskirtos įstatyminės bazės spragos, lėšų, patirties stoka, netobula *Sveidros* duomenų bazė, interesų nesuderinamumas, viešumo baimė, net ir sąžiningumo stoka.

Ekspertai sutaria ir dėl to, kad PSPĮ veiklos vertinimą įstaigoje turėtų užtikrinti vadovas ir administracija savo jėgomis arba šią funkciją deleguojant kitiems darbuotojams ar net profesionalams. Papildomai nurodytos galimybės veiklos vertinimą atlikti patiems užsakovams ar steigėjams. Apibendrinant galima sakyti, kad, ekspertų manymu, vis tik turėtų likti panaši PSPĮ veiklos vertinimo tvarka į dabartinę, t.y. kelių lygių.

Dauguma atsakymų apie suinteresuotų PSPĮ veikla grupių išskyrimą buvo labai išsamūs. Tik vienas ekspertas, atstovaujantis paslaugų teikėjus, apsiribojo PSPĮ *personalu ir pacientais*. Kiti dar įvardino ir *savivaldybę, ir TLK, ir SAM*. Nė vienas ekspertas nepaminėjo *visuomenės*. Sveikatos politikos formavimas neatsižvelgiant į visas suinteresuotas grupes, galėtų paaiškinti ir kylantį visuomenės nepasitenkinimą SPS. *Partnerius* paminėjo taip pat tik vienas respondentas. O juk PSPĮ susijusios su farmacinėmis, medicinine aparatūra prekiaujančiomis kompanijomis, taip pat geri tarpusavio santykiai tarp gydymo įstaigų atspindėtų gerą marketingo įvaldymą.

Daugelis ekspertų, išsakydami savo požiūrį į pagrindines vertintinas PSPĮ veiklos sritis, minėjo pavienes PSPĮ veiklas ar jų rodiklius. Vienas iš ekspertų, atstovaujantis paslaugų teikėjus ir steigėjų atstovas labai konkrečiai nurodė, kad tokios sritys turi būti *klinikinė – diagnostinė ir ūkinė – finansinė*. Pagal esamus SPS prioritetus, kai kurie respondentai siūlė išskirti ir profilaktiką bei kokybę. Paminėta ir PSPĮ struktūros įvertinimo svarba. Įvardindami svarbiausius PSPĮ vykstančius procesus ekspertai nurodė gan skirtingus procesus: profilaktiką, sveikatos mokymą, diagnostiką, ilgalaikį ligonių stebėjimą, slaugą. Kitus ekspertų paminėtus procesus, vertėtų laikyti pagrindinių procesų sudedamosiomis dalimis. Tai - chirurginių paslaugų suteikimas, laboratorinių tyrimų atlikimas, darbas bendruomenėje, saugos užtikrinimas, bendradarbiavimas, pacientų aptarnavimas, siuntimų išrašymas, kompensuojamų vaistų išrašymas, kvalifikacijos kėlimas.

Kaip esminius PSPĮ veiklos vertinimo rodiklius ekspertai nurodė apsilankymų skaičių, siuntimų į aukštesnį lygį skaičių, laboratorinių tyrimų skaičių. Kiti ekspertų nurodyti rodikliai buvo pavieniai atskirų procesų įvertinimai. Didesnis dėmesys skirtas profilaktikai, kokybei pacientų požiūriu. Tai rodo ekspertų dėmesio sukonzentravimą valstybės nustatytoms prioritetinėms sritims. Dar vienas pastebėjimas, jog buvo paminėti trijų rūšių rodikliai: struktūriniai, proceso ir rezultato.

Ekspertų nuomonė sutapo, kad pagrindinis ir išsamus PSPĮ veiklos vertinimas būtinas kasmet. Tai buvo pagrįsta nuomone, jog tokius duomenis lengva lyginti ir analizuoti tarp šalies PSPĮ. Tačiau norint išlaikyti tęstinumą nuolatinio PSPĮ veiklos tobulinimo srityje, ekspertų teigimu, pasirinktų rodiklių savianalizę reikia atlikti kas mėnesį ar ketvirtį ar pusmetį.

Apibendrinant ekspertų nuomones ir pasiūlymus galima matyti aukštą respondentų profesionalumo lygį savo atsakomybės srityje. Esminiai respondentų požiūrių skirtumai atsiskleidė per atliekamą PSPĮ veiklos vertinimo analizę savo kompetencijos ribose. Pasigesta platesnio sisteminio požiūrio į PSPĮ veiklos vertinimo sritį. Vieningas požiūris nurodė dabartinės PSPĮ veiklos vertinimo sistemos tobulinimo poreikį. Atsižvelgiant į ekspertų nuomones, galima tvirtinti, kad PSPĮ veiklos vertinimo sistemos unifikuojimas yra būtinas bei naudingas.

5. PSPĮ veiklos vertinimo tobulinimas

5.1 PSPĮ veiklos vertinimo tobulinimo procesinis modelis

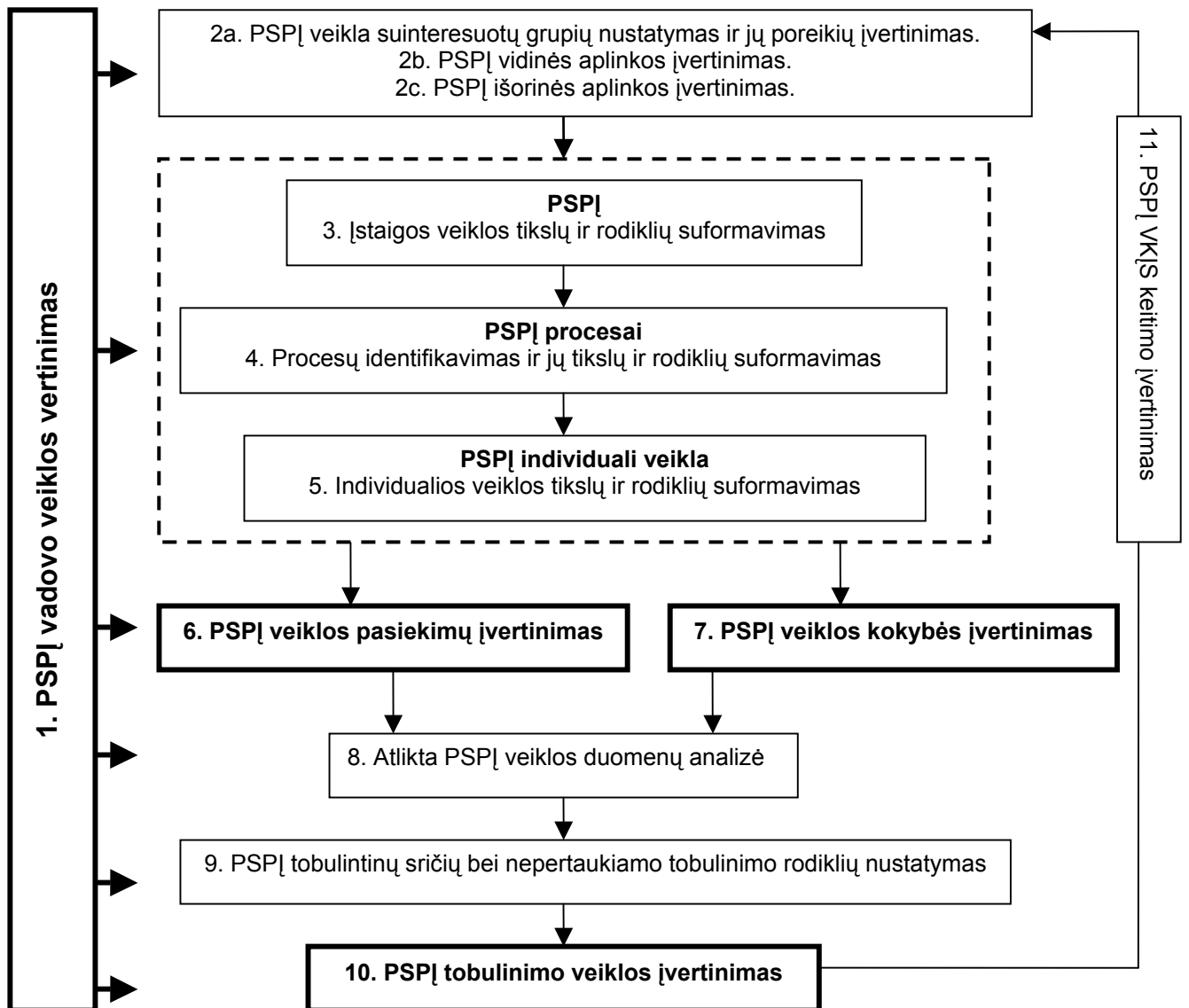
Kaip rodo atliktas tyrimas, Lietuvos PSPĮ neturi kompleksinio veiklos vertinimo sistemos. Atskiroms sritims vertinti atliekama statistinė rezultatų analizė, finansinė apskaita, atliekami vartotojų tyrimai ar įdiegta kokybės vadybos sistema. Paprastai jais matuojamos atskiros sritys, veiklos pasiekimai, kurie iš dalies parodo esamą įstaigos būklę. Tačiau analizuojant pavienius PSPĮ veiklos rodiklius trūksta sisteminio požiūrio.

Nėra atliekamas veiklos vertinimo planavimas, kuris leistų nustatyti veiklos vertinimo tikslus, reikalingus išteklius ir siekiamus gauti rezultatus. Vertinimas turi būti išsamus, tikslus bei realus turimų išteklių ir veiklos atžvilgiu. Todėl būtinas atskirų PSPĮ veiklos vertinimo metodikų sujungimas ir patobulinimas, kuris leistų pastoviai ir sistemingai tobulinti organizacijos veiklą siekiant jos užsibrėžtų tikslų. Tai integruota sistema, apimanti įvairias vertinimo sritis ir metodus bei galimybes.

PSPĮ kompleksinio veiklos vertinimo sistema turėtų apimti sritis, kurių tinkama tarpusavio sąveika priverčia sveikatos priežiūros organizaciją funkcionuoti. Tokia sistema turi būti skirta informacijai apie PSPĮ vykdomą veiklą surinkti, analizuoti ir panaudoti priimant sprendimus ir ne vien tik įstaigos lygmenyje. Tokia analizė turi būti atliekama ir šalies mastu.

Kokybiškas PSPĮ veiklos vertinimas turėtų būti pritaikytas įstaigos tikslams, procesams ir organizacijos veikla suinteresuotoms grupėms. Taip pat turėtų skatinti pagrįstus faktais valdymo sprendimus bei atspindėti nepertraukiamą mokymąsi, skatinti inovacijas, bendradarbiavimą ir nepertraukiamą tobulinimą. Teorinėje darbo dalyje pristatyta veiklos kompleksinio įvertinimo sistema atitinka šiuos reikalavimus. Ji apima *veiklos pasiekimų, veiklos kokybės pasiekimų ir tobulinimo veiklos pasiekimų įvertinimą* (žr.1.1 pav.). Taip pat remsimės EKVF tobulumo modelyje siūlomais veiklos vertinimo rodikliais.

Tad kaip vieną iš PSPĮ veiklos vertinimo tobulinimo galimybių galima pasiūlyti VKĮS, EKVF tobulumo modelio, rekomendacijų kokybės vadybos sistemoms Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose, plačiai naudojamą statistinių rodiklių analizę, ekspertų rekomendacijų sujungimą. PSPĮ kompleksinio veiklos įvertinimo sistema turi būti orientuota į suinteresuotas jos veikla grupes, apimanti *veiklos pasiekimų, veiklos kokybės pasiekimų ir tobulinimo veiklos pasiekimų įvertinimą*, garantuojanti nepertraukiamą PSPĮ veiklos tobulinimą ir užtikrinanti šios sistemos dinamiškumą ir grįžtamąjį ryšį (5.1 pav.). PSPĮ kompleksinis veiklos įvertinimas turi apimti tris lygius: įstaigos, PSPĮ vykstančių procesų ir individualų.



5.1 pav. PSP veiklos vertinimo tobulinimo procesinis modelis

PSP vertinimo duomenys gali padėti nustatyti įstaigos poreikį pokyčiams, kuriant tobulinimo strategiją, inicijuojant tobulinimo procesą bei vykdymą, kaupiant PSP duomenų bazę ir teikiant duomenis SAM, steigėjams, TLK ar informuojant visuomenę. Galiausiai PSP VKIS duomenų pagrindu gali būti suformuotas PSP sistemos monitoringas.

Toliau pristatysime atskiras PSP kompleksinio veiklos įvertinimo sistemos dalis ir jų įdiegimo etapus.

1. PSP vadovų veiklos vertinimas

Įstaigos veiklos įvertinimas turėtų būti pradedamas nuo vadovų veiklos vertinimo, nes tik nuo vadovo išvalgumo, požiūrio, diktuojamos politikos galimas organizacijos kryptingas ėjimas tobulinant įstaigos veiklą. PSPĮ vadovas ne išimtis. Vadovas geriausiai žino savo įstaigos esamą būklę, išsigilinęs į besikeičiančius įstatymus, yra suinteresuotas ir jos veiklos tobulėjimu ateityje, siekiant PSPĮ pasirinkto tikslo. Pagrindinis dėmesys vadovavimui skiriamas ir EKVF tobulumo modelyje. Juo remiantis pateikiami PSPĮ vadovų veiklos kriterijai (5.1 lentelė):

5.1 lentelė. PSPĮ vadovų veiklos vertinimo rodikliai

PSPĮ vadovų veiklos vertinimo rodikliai
<p>Galima vertinti ar PSPĮ vadovas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>kuria misiją, viziją ir vertybes bei organizacijos kultūrą siekiant tobulumo:</i> <ol style="list-style-type: none"> a) kuria PSPĮ misija ir vizija, b) kuria vertybes, kuriomis remia PSPĮ kultūros kūrimą, c) pats aktyviai tobulinasi, d) veikia remdamasis tobulinimo veiklos rezultatais. 2) <i>asmeniškai užtikrina organizacijos valdymo sistemos plėtoją, įgyvendinimą ir tęstinumą:</i> <ol style="list-style-type: none"> a) sutvarkyta PSPĮ struktūra taip, kad ja būtų galima paskleisti politiką ir strategiją, b) užtikrina, kad PSPĮ būtų įdiegti pagrindinių rezultatų matavimo, peržiūros ir tobulinimo procesai, c) užtikrina, patobulinimų skatinimo, identifikavimo, planavimo ir įdiegimo procesus. 3) <i>palaiko ryšius su vartotojais, partneriais ir visuomenės atstovais:</i> <ol style="list-style-type: none"> a) išsiaiškina, patenkina ir reaguoja į suinteresuotų PSPĮ veikla grupių poreikius ir lūkesčius, b) kuria ir palaiko partnerystes, c) dalyvauja profesiniuose susirinkimuose. 4) <i>gerai pažįsta savo organizacijos žmones, juos motyvuoja ir palaiko:</i> <ol style="list-style-type: none"> a) sudaro PSPĮ darbuotojams galimybę kreiptis į jį ir reaguoja į darbuotojų nuomonę, b) padeda žmonėms siekti savo tikslų, c) pripažįsta ir vertina kiekvieno PSPĮ darbuotojo ir komandų pastangas visose įstaigos lygiuose.

Adaptuota iš Moeller ir kt. (2001) ir Slatkevičienės (2001)

Šiuos rodiklius galima būtų vertinti nustatant kiekvieno iš šių punktų egzistavimą arba ne PSPĮ bei tai pagrindžiant įrodymais.

2. Suinteresuotų PSPĮ veikla grupių identifikavimas ir poreikių nustatymas bei PSPĮ aplinkos ištyrimas

Kitas etapas yra suinteresuotų PSPĮ veikla grupių identifikavimas. Lietuvoje suinteresuotomis PSPĮ veikla grupėmis galima įvardinti *vartotojus* - pacientus, jų šeimas, apibendrinant - bendruomenę, *darbuotojus* (gydytojus, slaugytojas, jų padėjėjas, registratores ir t.t.), *administruojančias institucijas* (savivaldybės, TLK, SAM), *tiekėjus* (farmacinės įmonės, medicininės įrangos gamintojai ir t.t.), *visuomenę*. Identifikuojant suinteresuotąsias grupes remtasi ekspertų pasiūlymais. Turint omeny privačių PSPĮ steigimąsi, reiktų paminėti ir *savininkus*.

PSPĮ veikla turi būti grindžiama suinteresuotųjų grupių poreikių patenkinimu. Tuo tikslu yra būtinas jų poreikių ir vertybių nustatymas ir PSPĮ vidinės bei išorinės aplinkos ištyrimas. Siūlomi panaudoti **metodai**: rinkos tyrimai, apklausa, nusiskundimų turinio analizė, pokalbiai su suinteresuotomis PSPĮ veikla grupėmis, informacija iš publikuojamų leidinių, technologinių naujovių ieškojimai, įstatyminės aplinkos sekimas, konkurentų analizė, dalyvavimas konferencijose, informacinių šaltinių analizė. Vidinę PSPĮ aplinką atspindi PSPĮ VKĮS duomenų įvertinimas ir analizė. Iš dalies išorinės aplinkos vertinimo kriterijų gairės yra nurodytos restruktūrizavimo strategijoje (2003). Rekomenduojama savivaldybėms PSPĮ išsidėstymą planuoti pagal gyventojų išsidėstymo tankumą, gyventojų amžiaus struktūrą, sveikatos būklės rodiklius, laiką, per kurį pacientas gali pasiekti PSPĮ, transporto tinklo išdėstymą, atstumą iki PSPĮ, kitus gyventojų traukos centrus.

3. PSPĮ veiklos tikslų ir pasiekimų rodiklių suformavimas

Nustačius suinteresuotų PSPĮ veikla grupių poreikius turi būti suformuluoti ilgalaikiai bendri PSPĮ tikslai. Vienaip ar kitaip PSPĮ, kaip SPS sistemos dalies, tikslas turės atspindėti siekimą gerinti ir palaikyti sveikatą. Todėl toliau PSPĮ lygmenyje yra siūloma tokia veiksmų seka:

- 1) ranguoti nustatytus suinteresuotųjų grupių poreikius,
- 2) pasirinkti veiklos pasiekimų rodiklius, kurie atspindėtų tuos poreikius.

EKVF tobulumo modelio pasiekimų rodikliai laikomi labiausiai išbaigtais ir, kaip minėta, jau taikyti SPI. Pateikiami PSPĮ veiklos vertinimo sritys ir rodikliai (5.2 lentelė)

5.2 lentelė. Bendri PSPĮ veiklos pasiekimų rodikliai

Veiklos vertinimo sritis	Pasiekimų rodikliai PSPĮ gali būti vertinama:
1. PSPĮ vartotojų rezultatai	<ul style="list-style-type: none"> • <i>bendras įvaizdis</i>: prieinamumas, lankstumas, reagavimas į vartotojo poreikius; • <i>įstaigos paslaugos</i>: atitikimas kokybės reikalavimams, saugumas, konkurencingumas, klaidų skaičius; • <i>paslaugos suteikimas ir pagalba po to</i>: vartotojams teikiama informacija, elgesys dėl skundų; • <i>vartotojų lojalumas</i>: ketinimas ir toliau lankytis šioje PSPĮ, noras rekomenduoti įstaigą kitiems, .
2. PSPĮ darbuotojų rezultatai	<ul style="list-style-type: none"> • <i>darbuotojų motyvacija</i>: karjeros siekimas, įsitraukimas į sprendimų priėmimą, galimybė mokytis ir siekti asmeninių tikslų, pripažinimas įstaigoje, pasitenkinimas įstaigos politika, skatinimas būti kūrybišku ir iniciatyviu; • <i>poreikių ir lūkesčių patenkinimas</i>: darbo sąlygos, santykiai su darbuotojais, premijos ir kiti paskatinimai, dalyvavimas įstaigos vadyboje; • <i>darbuotojų produktyvumas</i>: apyvartos dalis tenkanti vienam darbuotojui.

3. Visuomenės rezultatai	<ul style="list-style-type: none"> • <i>pilietinių pareigų vykdymas</i>: etiškas elgesys, lygių galimybių praktika, poveikis vietiniam sveikatos lygiui; • <i>dalyvavimas bendruomenėje, kur PSPĮ veikia</i>: įsitraukimas į mokymą ir švietimą, dalyvavimas laisvalaikio ir sporto renginiuose, prezentacija vietinėje spaudoje, gauti apdovanojimai už veiklą.
4. Pagrindiniai PSPĮ veiklos rezultatai	<ul style="list-style-type: none"> • <i>finansiniai</i>: bendras augimas, pelnas; • <i>nefinansiniai</i>: rinkos dalis, paslaugų apimtys.

Adaptuota iš Slatkevičienės (2001) ir Moeller ir kt.(2001)

Būtina priminti, kad paprastai bendri įstaigos matai būdingi visoms organizacijoms.

4. PSPĮ procesų identifikavimas ir rodiklių suformavimas

Toliau seka, svarbiausių PSPĮ procesų identifikavimas. Procesas yra tiek VKĮS, tiek ir kokybės vadybos sistemos dėmesio centre. Patogumo dėlei, atsižvelgiant į stacionariųjų SPI veiklos vertinimo metodikas bei norint įtraukti jau atliekamą statistinę veiklos rodiklių analizę, pirmiausiai išskirsime svarbiausias vertintinas veiklos sričių grupes.

Remiantis ekspertais ir siūlomomis vertinti ligoninių veiklos sritimis, *klinikinė – diagnostinė ir ūkinė – finansinė* yra PSPĮ esminės veiklos sritys. Įstaigos mastu ar net individualiame lygmeny *klinikinę – diagnostinę* veiklos sritį apibūdintų pacientų apsilankymų skaičius be to apsilankymų struktūra pagal amžiaus grupes, patologijos pobūdį, apsilankymo tikslą.

Sekantis uždavinys yra apibrėžti svarbiausius PSP įstaigos procesus. Jeigu veiklos sritis galima išskirti bendras visoms PSPĮ, tai tuo tarpu procesai jau gali skirtis nuo įstaigos teikiamų paslaugų spektro. Nurodomi du procesų tipai: *pagrindiniai*, kurių metu kuriama vertė klientui ir *pagalbiniai*, reikalingi paremti pagrindinius procesus (Slatkevičienė, 2001). *Finansinės – ūkinės* veiklos procesai yra priskirti pagalbiniam procesams. Todėl PSPĮ procesus reikia identifikuoti, klasifikuoti ir prioritetizuoti. Iš ekspertų pasigirdo tam tikrų abejonių dėl mirtingumo ar sergamumo rodiklių dėl to, kad šie rodikliai nėra vien tiesioginis PSPĮ veiklos atspindys. Jie didele dalimi yra ir paciento bei aplinkos veiksnių padariniai. Kiti siūlomi pagrindiniai PSPĮ procesai sudaryti remiantis esamais ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rodikliais, ekspertų siūlymais, stacionarines paslaugas teikiančių įstaigų veiklos rodikliais, verslo organizacijų veiklos rodikliais ir išvardinti 5.3 lentelėje.

5.3 lentelė. Pagrindiniai PSPĮ procesai ir jų rodikliai

Pagrindiniai procesai	Rodikliai
Gydomoji veikla	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prisirašiusiųjų struktūra (amžius, sveikatos būklė, invalidumas), ▪ apsilankymų struktūra, ▪ vienam epizodui tenkantis apsilankymų skaičius, ▪ vienos konsultacijos metu aptartų problemų skaičius, ▪ suteiktų chirurginių paslaugų skaičius ir pobūdis,

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ suteiktų ginekologinių paslaugų skaičius ir pobūdis, ▪ suteiktų odontologinių paslaugų skaičius ir pobūdis, ▪ atliktų otoskopijų/oftalmoskopijų/tonometrijų skaičius, ▪ vizitų į namus skaičius, struktūra, ▪ GMP iškvietimų skaičius ir pobūdis pacientams prisirašiusiems prie PSPĮ, ▪ Siuntimų į aukštesnį lygį skaičius, pasiskirstymas, ▪ kompensuojamųjų vaistų kiekis ir struktūra, ▪ nedarbingumų pobūdis ir trukmė.
Profilaktinė veikla (Sveikatos mokymas)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profilaktinių sveikatos tikrinimų skaičius/struktūra, ▪ naujų išvengiamų susirgimų skaičius/pobūdis, ▪ skiepijimų skaičius/struktūra, ▪ profilaktinių programų (skatinamųjų paslaugų) vykdymo skaičius/naujai išaiškinti susirgimai, ▪ profilaktinio kabineto veikla (mokymo, informacinių priemonių kiekis, apsilankymų skaičius), ▪ naujagimių, kūdikių ir vaikų priežiūros savalaikiškumas, naujai išaiškintų susirgimų skaičius, dispanserizavimų skaičius, natūralaus maitinimo struktūra, ▪ nėščiųjų skaičius/priežiūros savalaikiškumas, ▪ šeimos planavimo mokymas (naudojamos kontracepcijos struktūra, abortų skaičius).
Diagnostinė veikla	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Siuntimų skaičius , ▪ diagnozių sutapimas su aukštesniu lygiu, ▪ laboratorinių tyrimų skaičius,
Ilgalaikis stebėjimas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientų skaičius/struktūra, ▪ apsilankymų skaičius/pobūdis, ▪ ligos paūmėjimų skaičius, ▪ siuntimų skaičius/tikslas, ▪ stacionarizavimų skaičius.
Slauga	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Slaugomų pacientų skaičius ir struktūra, ▪ gydytojų ir slaugytojų vizitų į namus skaičius, ▪ atliktų procedūrų skaičius.
Pagalbiniai procesai	
Išorinių partnerysčių valdymas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partnerių skaičius/pobūdis (farmacinės firmos, greitosios medicinos pagalbos stotys, laboratorijos, kt.), partnerių įnašo pripažinimas.
Informacijos ir žinių valdymas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kaupiama ir saugoma medicininė informacija (asmens sveikatos priežiūros ambulatorinės kortelės, epizodai, registracijos žurnalai ir t.t), ▪ rengiamų seminarų konferencijų skaičius, dalyvavimas jose.
Technologijų valdymas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kompiuterizuotų procesų skaičius.
Pastatų, įrangos ir medžiagų valdymas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostinės aparatūros skaičius, panaudojimas, gedimų skaičius, nusidėvėjimas, ▪ turto dydis/struktūra (med. punktų skaičius, automobiliai, kt.), panaudojimo lygis, ▪ pagalbinių priemonių panaudojimo lygis.
Finansinių išteklių valdymas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Finansavimo šaltiniai ir pajamų struktūra, ▪ išlaidų struktūra, ▪ finansinis rezultatas (pelnas), ▪ kapitalo prieaugis vienam darbuotojui.
Personalo valdymas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personalo struktūra (pareigos, fiz. asmenys, etatai, darbo laikas), ▪ paaukštinimai, ▪ gydytojo vienos valandos darbo krūvis, ▪ gydytojų atlyginimų dydis ir jų augimas, ▪ atlyginimo dydžiai lyginant su konkurentais, ▪ kadrų kaita, ▪ neatvykimai į darbą ir ligos, ▪ tobulinimosi įvertinimas, ▪ personalo pasitenkinimas darbu.

5. Individualios veiklos tikslų ir rodiklių suformavimas

Sekančiame PSPĮ veiklos vertinimo etape, tęsiant PSPĮ tikslų integravimą, nustatomos individualios veiklos ir jų rodikliai. Iškilus klausimui ką individualaus lygmens įtraukimas duos PSPĮ, reikia pasakyti, kad gydytojai ir kitas personalas dalyvaudami vertinant veiklą bus gerai informuoti apie realią visų PSPĮ veiklos sričių būklę, o pats veiklos vertinimo procesas sustiprins PSPĮ bendruomenės narių nuosavybės jausmą ir atsakomybę už visos įstaigos veiklą, bus įvertinama PSPĮ darbuotojų kompetencija, numatomos profesinio tobulėjimo kryptys, veiklos vertinimo procesas padės aiškiau apibrėžti darbuotojų funkcijas ir atsiskaitomumo tvarką, darbuotojai turės galimybę priimti sprendimus ir dalyvauti planuojant PSPĮ plėtrą bei bus sudarytos sąlygos išsiskleisti jų potencialui.

Jau buvo paminėta, jog veikla ir jos rodikliai individualiame lygyje yra specifiniai kiekvienai įstaigai. Todėl ir PSPĮ kurdama veiklos pasiekimų rodiklius, turi procesų tikslus paversti į kiekvieno darbuotojo prisidėjimą įvykdant tuos tikslus ir suformuoti jo veiklos pasiekimų rodiklius, gauti žmonių, kurių veiklos pasiekimai matuojami patvirtinimą, jog jie supranta dėl ko reikia matuoti ir, kad taip tiesiogiai gali paveikti savo veiklos rezultatus bei proceso ar įstaigos pasiekimus. PSPĮ šie tikslai ir rodikliai gali atsispindėti pareiginėse instrukcijose.

7. PSPĮ veiklos kokybės vertinimas

Diegiant PSPĮ kompleksinį veiklos vertinimo modelį galima tikėtis ir kokybės standartų suvienodėjimo viešumo atsiradimo, atsakomybės formavimosi už šią sritį bei prielaidų konkurencijai. Tai sąlygotų pačios kokybės lygio gerėjimą. Todėl esamą kokybės vadybos sistemą įtraukiant į PSPĮ VKĮS bereiktų adaptuoti atsiradusiems naujiems ir pakoreguotiems seniems procesams ar veiklos sritims. Papildomai reikėtų vertinti tikslų formavimo, procesų valdymo, politikos ir strategijos išskleidimo, duomenų analizės ir tobulinimo veiklos kokybę.

Norint siekti skaidrumo ir konkurencijos tarp PSPĮ kokybės srityje, reikėtų išskirti pagrindinius PSPĮ veiklos kokybės pasiekimų rodiklius bendrus visoms PSPĮ ir užtikrinti šių rezultatų prieinamumą suinteresuotoms PSPĮ veikla grupėms. Kaip bendrus PSPĮ veiklos kokybę atspindinčius kriterijus galima pasiūlyti EKVF tobulumo modelio kriterijus, parodančius organizacijos galimybes (5.4 lentelė)

5.4 lentelė. Bendri PSPĮ veiklos kokybės kriterijai

Kriterijai	PSPĮ galėtų būti vertinama ar:
1) Politika ir strategija	<ul style="list-style-type: none"> a) politika ir strategija yra paremta dabartiniais ir būsimais suinteresuotųjų asmenų poreikiais ir lūkesčiais. b) politika ir strategija paremtos informacija gauta iš veiklos vertinimo ir analizės, mokymosi ir kūrybiškumo. c) politika ir strategija yra formuojama, tikrinama ir atnaujinama. d) politika ir strategija yra paskleista pagrindinių procesų struktūroje. e) politika ir strategija yra suprantama ir realizuojama.
2) Žmonės	<ul style="list-style-type: none"> a) žmoniškieji resursai yra suplanuoti, valdomi ir gerinami. b) dirbančiųjų žinios ir kompetencija yra identifikuojamos, ugdomos ir palaikomos. c) žmonės turi įgaliojimų ir teisių. d) žmonės ir organizacija palaiko dialogą. e) žmonės yra pripažįstami, skatinami ir globojami.
3) Bendradarbiavimas ir ištekliai	<ul style="list-style-type: none"> a) valdoma išorinė partnerystė b) valdomi pastatai, įranga ir kitas materialus turtas. c) valdomos technologijos. d) valdoma informacija ir žinios.
4) Procesai	<ul style="list-style-type: none"> a) procesai sistemiškai planuojami ir valdomi. b) visi procesai yra gerinami naudojant inovacijas norint užtikrinti ir didinti vertę. c) produktai ir paslaugos planuojami ir plėtojami atsižvelgiant į klientų poreikius ir lūkesčius. d) produktai ir paslaugos pateikiamos pristatomos ir aptarnaujamos. e) klientų santykiai valdomi ir stiprinami.

Adaptuota iš Moeller ir kt. (2001)

Kaip vieną iš bendrų PSPĮ kriterijų grupių siūloma įtraukti ir vadovų veiklos vertinimo kriterijus (5.1 lentelė).

8-9. PSPĮ veiklos duomenų analizė ir nepertraukiamo tobulinimo veiklos rodiklių suformavimas

Gauti PSPĮ veiklos pasiekimų ir veiklos kokybės pasiekimų duomenys kaupiami ir analizuojami. Remiantis PSPĮ veiklos pasiekimų ir veiklos kokybės įvertinimo analize yra nustatomos tobulintinos sritys. Tai yra, jei įstaigos veiklos rezultatai nėra patenkinami, ieškoma priežasčių žemesniuose veiklos pasiekimų lygiuose, remiantis veiklos kokybės įvertinimo analize. Tobulinimo veiklos pasiekimai ir jų vertinimas būtų ta, PSPĮ trūkstama ir jungianti veiklos pasiekimų ir veiklos kokybės, grandis. Reiškia, kad įvedus į PSPĮ veiklos vertinimo sistemą nepertraukiamą tobulinimą, būtų vertinamas ir pastovus mokymasis, inovacijos ir tobulinimas, kaip vieni iš svarbiausių įstaigos veiklos sėkmės veiksnių.

Nepertraukiamą tobulinimą PSPĮ rekomenduojama vykdyti procesų lygyje, būtinai įvertinant kaip patobulinimai žemesniuose PSPĮ lygiuose įtakos aukštesnių įstaigos lygių pasiekimus (5.5

lentelė). Išvedus tokį grįžtamąjį ryšį tampa aišku, kaip patobulinimai žemiausioje grandyje, plisdami per visą PSPĮ hierarchiją atneša ir finansinę naudą.

5.5 lentelė. Nepertraukiamo PSPĮ tobulinimo veiklos pasiekimų kriterijų pavyzdžiai

Organizacijos lygis	Rodikliai
Individualiame lygyje	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasiūlymų veiklos patobulinimams skaičius, ▪ įsitraukimas į procesų gerinimo grupes, ▪ mokymo ir tobulinimo procesų skaičius, ▪ reikalavimai kompetencijai lyginant su turima kompetencija.
Procesų lygyje	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Įgyvendintų pasiūlymų tobulinimams skaičius, ▪ patobulinimų įgyvendinimo tempo atitikimas numatytam, ▪ naujos paslaugos sukūrimo laikas, patekimas į rinką, ▪ paslaugos sukūrimo kaštai, ▪ laiko tarpas reikalingas apmokyti organizacijos darbuotojus iki naujo kompetencijos lygio, ▪ darbuotojų motyvavimo įsitraukti į tobulinimo veiklą procesui: <ul style="list-style-type: none"> ○ tobulinimo pasiūlymų skaičius tenkantis vienam darbuotojui, ○ įdiegtų pasiūlymų skaičius
Įstaigos lygyje	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tobulinimo pasiūlymų skaičius tenkantis vienam darbuotojui, ▪ įdiegtų pasiūlymų atnešta nauda (išreikšta kaštais, kokybe, laiku ir produktyvumu), ▪ procesų, kurie tobulėja numatytu laiku procentas, ▪ darbuotojų pasitenkinimo augimas, ▪ darbuotojų išsaugojimo augimas, darbuotojų produktyvumo augimas

Adaptuota iš Slatkevičienės (2001)

Pati tobulinimo veikla pagrįsta ilgalaikėmis investicijomis, todėl dažnai pirmieji rezultatai pasirodo po ilgo laikotarpio. Remiantis Slatkevičienės (2001) pateiktu pasiūlymu, į kurias nuolatinio tobulinimo sritis reikia pastoviai investuoti, PSPĮ turėtų didesnę dėmesį skirti darbuotojų galimybėms, jų idėjų generavimo skatinimui, požiūrio ir kompetencijos kokybiniais pokyčiams. Šiam tikslui pasiekti PSPĮ turi būti diegiamos apmokymo programos, darbuotojai motyvuojami skatinant įsitraukti į tobulinimo veiklą, įgaliojimų jiems suteikimu. Labai svarbi PSPĮ investicijų sritis turi būti informacinių sistemų galimybių plėtimas.

11. PSPĮ VKĮS keitimo įvertinimas

Kelis dešimtmečius praktiškai nekinta PSPĮ administruojančioms institucijoms teikiamos ataskaitų formos ir tai nurodo visišką sąstingį SPS veiklos vertinimo tobulinimo sferoje. Kadangi VKĮS privalo būti dinamiška ir pastoviai pritaikoma prie besikeičiančių aplinkos sąlygų, turi būti numatytas ir jos adekvatumo įvertinimas. Turint omeny, PSPĮ gyvavimą besikeičiančių reikalavimų ir įstatymų aplinkoje, prisitaikymą prie vartotojų bei kitų suinteresuotų grupių besikeičiančių ir augančių poreikių, atsižvelgiant į tai PSPĮ naudojamos VKĮS elementai turi būti tobulinami pastoviai. Pagrindinis PSPĮ VKĮS keitimo rodiklis būtų naudojamos sistemos tinkamumo ir jos rodiklių

adekvatumo esamai situacijai nustatymas, remiantis suinteresuotų PSPĮ veikla grupių poreikių pokyčiais, besikeičiančios išorinės ir vidinės aplinkos įvertinimu.

Apibendrinant, ši PSPĮ kompleksinio veiklos vertinimo sistema pasiūlo algoritmą, koku nuoseklumu įvertinti PSPĮ veiklos kokybę, pasiekimus ir tobulinimo pasiekimus. Ji atitinka ir pagrindiniams, pirmame skyriuje iškeltiems, kompleksinio veiklos vertinimo sistemos reikalavimams. Belieka paskirstyti atsakomybę, apsibrėžti metodus ir periodiškumą.

5.2 PSPĮ veiklos vertinimo tobulinimas: atsakomybė, metodai ir periodiškumas

Nustačius PSPĮ veiklos vertinimo kriterijus, informacija apie juos renkama vertinant patį procesą ir pasikimo rezultatus. Metodo pasirinkimas priklauso nuo vertinamos veiklos srities, tyrimo tikslo ir vertinamo rodiklio. Atsakomybės už PSPĮ veiklos vertinimą pasidalijimas turėtų priklausyti nuo įstaigos dydžio. Kaip svarbiausias asmuo, užtikrinantis PSPĮ VKĮS nepertraukiamą veikimą ir jos rezultatų analizavimą, turi būti vadovas. Jei tai didesnė PSPĮ, į šį procesą turi būti įtraukta ir administracija. Turint galvoje individualios veiklos vertinimą, į PSPĮ kompleksinį veiklos įvertinimą yra įtrauktas ir kiekvienas įstaigos darbuotojas.

Kaip ir stacionarinės veiklos vertinimo pavyzdžiuose, rodiklių pobūdis gali būti *kokybinis* ir *kiekybinis*. Kiekybiniai išreiškiami skaičiais, o kokybiniai – sutartiniais požymiais.

Apibendrinant PSPĮ kompleksinį veiklos įvertinimą, kyla vienas svarbiausių klausimų, koku periodiškumu atlikti matavimus. Stacionarines paslaugas teikiančių įstaigų veiklos vertinimo metodikos atsakymo į šį klausimą nepateikia. Kitos nagrinėtos veiklos vertinimo sistemos taip pat turi šį trūkumą. Daugelio ekspertų manymu, veiklos vertinimas kas metai yra pakankamas. Bet jis susiveda į retrospektyvų PSPĮ veiklos vertinimą pasibaigus ūkiniams metams, kuris neatitinka nuolatinio veiklos vertinimo ir tobulinimo koncepcijos. Siūlomi apibendrinti PSPĮ kompleksinio veiklos vertinimo metodai ir periodiškumas 5.6 lentelėje.

5.6 lentelė. PSPĮ veiklos vertinimo metodai, informacijos šaltiniai ir periodiškumas

Vertinama sritis	Metodai ir informacijos šaltiniai	Periodiškumas
PSPĮ vadovų veikla	PSPĮ dokumentų analizė, statistinė rezultatų analizė, anketinės apklausos.	Kas metai
PSPĮ veiklos pasiekimai a) PSPĮ veiklos pasiekimai b) PSPĮ procesų pasiekimai c) Individualios veiklos pasiekimai	PSPĮ dokumentų analizė, statistinė rezultatų analizė, anketinės apklausos, interviu, diskusinės grupės.	a) Kas ketvirtį, kas pusmetį arba vieną kartą metuose; b) kas ketvirtį, kas mėnesį; c) kas mėnesį, pastoviai, proceso metu.
PSPĮ veiklos kokybė	PSPĮ dokumentų analizė, anketinės	Kas pusmetį arba vieną kartą metuose

	apklausos, interviu, diskusinės grupės.	
PSPĮ tobulinimo veiklos pasiekimai	PSPĮ dokumentų analizė, statistinė rezultatų analizė, anketinės apklausos, interviu, diskusinės grupės.	Pagal numatytus tobulinimo terminus
PSPĮ VK[S keitimas	Rinkos tyrimai, apklausos, nusiskundimų tyrimai, pokalbiai, informacija iš publikuojamų leidinių, technologinių naujovių ieškojimai, įstatyminės aplinkos sekimas, konkurentų analizė, informacinių šaltinių analizė, PSPĮ dokumentų analizė.	Kas metai

Laiko tarpai tarp matavimų turėtų priklausyti nuo PSPĮ veiklos pobūdžio ir jos poreikių. Galima pridurti, kad PSPĮ gali atsižvelgti ir į savo gyvavimo etapą, t.y., jei tai besikurianti įstaiga, matavimai turėtų būti dažnesni, tai padėtų greičiau tobulėti ir siekti konkurencingumo visose srityse.

Nustatant PSPĮ veiklos vertinimo periodiškumą reikia paminėti ir šio proceso galimybes. Jeigu būtų patobulinta ir šiandieninei aplinkai ir poreikiams pritaikyta *Sveidros* duomenų bazė, t.y. PSPĮ veiklos duomenų rinkimas ir analizavimas pilnai kompiuterizuotas, PSPĮ vadovai savo įstaigos veiklos pagrindinius rodiklius galėtų sekti kasdien. Duomenis apdorojus LSIC, kasmet galėtų būti užtikrintas vieningos ir išsamios informacijos pateikimas suinteresuotoms PSPĮ veikla grupėms. Atsirastų galimybė palyginti ir kontroliuoti PSPĮ veiklos rodiklius. Savivaldybėms būtų patogiau įvertinti ir palyginti savo regiono PSPĮ bei imtis žingsnių norint išsiaiškinti ir padėti atsiliekančioms PSPĮ. Kaip paskatinimas valstybės mastu galėtų būti įsteigtas prizas pirmaujančiai PSPĮ. Tarp PSPĮ atsirastų dar viena konkurencijos prielaida. TLK galėtų palyginti PSPĮ darbo ir teikiamų paslaugų netolygumus. Vartotojams atsivertų PSPĮ palyginimo ir lengvesnė įstaigos pasirinkimo laisvė.

Pirminiame etape kas mėnesį ar ketvirtį PSPĮ turėtų vertinti pati save pagal numatytus pagrindinius kriterijus. Kas metai turėtų atlikti PSPĮ kompleksinį veiklos įvertinimą. Antrame – administruojančių institucijų lygmeny - būtų vertinami kas metai įstaigų pateikiami kompleksinio veiklos vertinimo rezultatai. Jie esant poreikiui patikrinami, kadangi savikontrolė paprastai yra mažiau griežta veiklos vertinimo forma, tačiau sudaro galimybes identifikuoti tobulintinas sritis darbo vietoje. Vertinimas administruojančiame lygmenyje leistų palyginti PSPĮ rezultatus su kitomis įstaigomis, įvertinant kokiose srityse įstaiga pralenkia kitas, o kuriose atsilieka. Tai leistų įvertinti ne tik veiklą bei pokyčius PSPĮ viduje, bet ir identifikuoti jos vietą PSP paslaugų teikimo rinkoje.

IŠVADOS IR PASIŪLYMAI

1. Atlikus mokslinės literatūros analizę, nustatyta, jog veiklos vertinimo metodologinės problemos nagrinėjamos daugiau verslo nei viešame sektoriuje. Atliekant vertinimą organizacijos lygmeniu mokslininkai pataria remtis sisteminiu požiūriu ir vertinti veiklą kompleksiskai. Organizacijos kompleksinio veiklos vertinimo sistema apima veiklos pasiekimų (rezultatų), veiklos kokybės ir tobulinimo pasiekimų (rezultatų) įvertinimo sistemas. Kompleksinio veiklos vertinimo sistema sudaro galimybes įvertinti įvairių organizacijos hierarchinių lygių veiklą pagal konkrečius kriterijus ir rodiklius, bet kuriuo laiko momentu ir, jei reikia, atlikti koreguojančius veiksmus bei taip užtikrinti nepertraukiamą veiklos tobulinimą organizacijoje.

2. Išanalizavus teorinius sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo aspektus, išskirta viena iš prioritetinių sveikatos priežiūros politikos krypčių – sveikatos priežiūros įstaigų vertinimas, kuris padeda įgyvendinti sveikatos priežiūros tikslus ir užtikrinti sveikatos priežiūros sistemos veiklos efektyvumą. Stacionarines paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimas remiasi daugiau atskiro atvejo – sveikatos sutrikimo – nagrinėjimu. Literatūroje sutinkama eilė siūlomų stacionarines paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo modelių, tame tarpe ir pasiūlytų pasaulinės sveikatos organizacijos ekspertų. Siūlomi veiklos vertinimo kriterijai yra labai įvairūs, o vertinimo metodikos skiriasi iš esmės, nėra susitarta ir dėl vertinimo periodiškumo. Tai sudaro rimtų sunkumų vertinant ligoninių veiklą. Tačiau dar rimtesnių problemų kyla dėl nesančios pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo metodologijos. Prioritetine laikoma pirminė sveikatos priežiūros sfera neturi jokių vieningai pripažintų veiklos vertinimo svertų. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kompleksinis vertinimas padėtų racionaliau naudoti sveikatos priežiūrai skirtus išteklius, skatintų efektyviau vykdyti sveikatos palaikymo ir profilaktikos funkcijas pirminės sveikatos priežiūros grandyje.

3. Vertinant pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklą Lietuvoje dažniausiai apsiribojama kokybės vertinimu. Kokybės vadybos sistemos orientuotos į teikiamų paslaugų kokybę vartotojų požiūriu. Tačiau orientacija tik į vartotoją, užtikrinant paslaugų kokybę, negarantuoja kokybės specialistų ir valdymo požiūriu. Kai kurias kontrolės ir vertinimo funkcijas vykdo ir administruojančios institucijos (SAM, TLK, savivaldybė). Išanalizavus, ką vertina šios institucijos nustatyta, kad neretai vertinamos tos pačios veiklos sritys (pavyzdžiui, pagalbinių kabinetų darbas, gydymo darbas ir kt.), todėl neišvengiama dubliavimosi. O kitos veiklos sritys (pavyzdžiui, slauga,

sveikatos mokymas ir kt.) lieka nevertinamos arba vertinimo rezultatai analizuojami nepakankamai. Visa tai leidžia teigti, kad renkami duomenys tik fragmentiškai atspindi atskiras PSPĮ veiklos sritis, neužtikrina sisteminio požiūrio į PSPĮ veiklą.

Atlikus esamos PSPĮ veiklos vertinimo praktikos analizę, remiantis apklaustų PSPĮ vadovų ir ekspertų nuomone, galima teigti, jog dabartiniu metu Lietuvoje nėra vieningos, konkrečiai PSPĮ veiklai vertinti pritaikytos ir įteisintos veiklos vertinimo sistemos, kuri padėtų išmatuoti ir kompleksiškai įvertinti, kaip veikia šio lygio įstaigos. Ekspertai vieningai nurodė dabartinės PSPĮ veiklos vertinimo sistemos tobulinimo būtinumą ir unifikavimo naudą.

Analizuojant kompleksinio veiklos vertinimo požiūriu esamas PSPĮ veiklos vertinimas integruoja tik dvi vertintinas sritis – įstaigos veiklos pasiekimų (rezultatų) vertinimą ir kokybės vertinimą, tačiau nevertinami įstaigų veiklos tobulinimo pasiekimai (rezultatai). PSPĮ veiklos vertinimo praktika ilgą laiką nekinta, nėra nustatyti vertinimo tikslai ir įgyvendinimo mechanizmai.

4. Mokslinės literatūros analizės ir esamos pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo praktikos analizės pagrindu parengtas PSPĮ kompleksinio veiklos vertinimo procesinis modelis, kuris tenkina kompleksinei vertinimo sistemai keliamus reikalavimus (sistemiškumo, nepertraukiamumo, aiškaus atsakomybių pasiskirstymo, savalaikio atsinaujinimo) ir apima vadovų veiklos vertinimą, suinteresuotųjų PSPĮ veikla grupių nustatymą ir jų poreikių bei lūkesčių įvertinimą, PSPĮ veiklos (įvairių sričių ir procesų visuose organizacijos lygiuose) pasiekimų vertinimą, veiklos kokybės pasiekimų (rezultatų) vertinimą, tobulinimo veiklos pasiekimų (rezultatų) vertinimą bei veiklos vertinimo sistemos keitimo poreikio nustatymą. Šio konceptualaus kompleksinio veiklos vertinimo procesinio modelio formalizavimas ir įdiegimas galėtų padidinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų galimybes sėkmingiau konkuruoti rinkoje, skatintų kokybės gerėjimą per nepertraukiamą veiklos tobulinimą, optimizuotų išteklių paskirstymą visoje SPS. Inicijatyva sukurti ir įdiegti kompleksinį ASPĮ veiklos vertinimą turėtų kilti iš SAM, kaip aukščiausio sveikatos priežiūros sistemos organo, o dalyvauti rengimo procese turėtų gydymo įstaigų, TLK ir savivaldybės atstovai. Komandinio darbo būtinybę ir pranašumus akcentavo apklausti ekspertai ir PSPĮ vadovai. Kompleksinio PSPĮ veiklos vertinimo sistemos kūrimas turėtų vykti keliais etapais. Pirminė situacijos analizė, dalyvaujant suinteresuotų grupių atstovams, turėtų būti atliekama darbo grupėje, sudarytoje iš PSPĮ vadovų (administratorių), geriausiai žinančių įstaigų vidinius procesus, įtraukiant į šį darbą ir vadybos profesionalus. Šiame etape būtų sukurtas PSPĮ veiklos kompleksinio vertinimo sistemos projektas. Antrasis etapas – kompleksinio vertinimo sistemos tinkamumo tikrinimas pasirinktose PSPĮ. Trečiajame etape, išanalizavus, ar pasiūlyta sistema tenkina suinteresuotų grupių interesus ir atlikus reikiamus pataisymus, ją būtų galima diegti visose pirminės sveikatos priežiūros įstaigose.

LITERATŪRA

1. **AAMC** Policy on generalist physician // Acad. Med,- 1993, vol.68, N 1, p.1-6.
2. **Bagdonas E., Bagdonienė L.** Administravimo principai.- Kaunas: Technologija, 2000.
3. **Buivydas R., Černiauskas G.** Finansinės sveikatos priežiūros įstaigų valdymas ir apskaita. Vilnius: PHARE.- 1998: 25-51.
4. **Boerma W .G. W.** Profiles of General Practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners.- NIVEL, 2003.
5. European health care reforms. The Ljubljana Charter on reforming health care / WHO Regional office for Europe. - Copenhagen. 1996
6. **Feldsteih M. S.** Economic analysis of health services efficiency. Economic studies of the British National Health Service.- Chicago: Mankham Publ. Co., 1968.
7. Framework for professional and administrative development of general practice / family medicine in Europe / WHO.- 1998.
8. **Gaižauskienė A., Petrauskienė J., Kalėdienė R., Cicėnienė V., Žemulienė J.** Sveikatos statistikos vadovas. 2 leidimas, 2003.
9. Health for all 2000 / WHO Regional office for Europe.- Copenhagen, 1999.
10. Health for all. Statistical database. Regional Office for Europe. WHO. Copenhagen. 2002 version. www.who.dk
11. Health 21: The Health for all Policy Framework for the WHO European Region / WHO Regional office for Europe.- Copenhagen, 1999.
12. **Heijinen S. Schneider M.** Ligoninių restruktūrizavimo planas. Pasaulio banko projektas: Basy, TNO. Vilnius. 1999: 4-29.
13. **Jankauskienė D.** Sveikatos sistemos reformos Lietuvoje 1990 - 1998 m. įvertinimas: Dr. disert. santr.- Kaunas, 2000.
14. **Janušonis V.** Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas: XXI amžių pasitinkant. Monografija. Klaipėda; 2000.
15. **Jurgaitienė L.,** Bendrosios praktikos gydytojo vaidmuo: padėtis ir perspektyva // Gydytojų menas 2004 m. Nr. 8.
16. **Kalda R., Lember M.** Setting national standards for practice equipment. Presence of equipment in Estonian practices before and after introduction of guidelines with feedback. International journal for quality in health – 2000, vol. 12, p.59-63.

17. **Karapetrovic S., Willborn W.** Self – audit of process performance // IJQRM – 2002, vol. 19, N1, p. 24-45.
18. **Keating L. N., Ayanian J. Z.**, challenges and opportunities for primary care evaluation // international journal for quality in health care – 2003, vol. 15, N5. p. 371-373.
19. **Kekki P.** Primary care physicians and use of health services in Finland // Scand. J. Prim. Health Care. -1983, vol. 1, N 1, p. 25-31.
20. Lietuvos Nacionalinė Sveikatos Konceptcija.- Vilnius, 1991
21. LR sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas „dėl lokalaus medicininio audito nuostatų“ 1998 m. spalio 6 d. Nr. 571, Vilnius, www.sam.lt
22. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas“ Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:1999 “Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė” patvirtinimo // 1999 m. gruodžio 16 d. Nr. 553, Valstybės žinios.- 1999, Nr.109.
23. LR sveikatos apsaugos ministerijos programos aprašymas: asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas, 2005, www.sam.lt
24. LR sveikatos apsaugos ministerija. Lietuvos sveikatos informacijos centras. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2004 metais, 2005.
25. Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė. Valstybinio audito ataskaita. Pirminė sveikatos priežiūra. 2005 m. birželio 30 d. Nr. 2010-2-78, Vilnius.
26. LR vyriausybės nutarimas. Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo, 2003 m. kovo 18d. Nr. 335, Vilnius.
27. **Leese B., Baxter K., Goodvin N., Scott J., Mahon A.** Measuring the success of primary care organizations: is it possible? // Journal of Management in Medicine - 2001, Vol. 15, No. 2, pp. 172-180
28. **Mandel D., Amital H., Zimlichman E., Wartenfeld R., Benyamini L.**, etc. Quality assessment program in primary care clinics: a tool for quality improvement. 2003.
29. **McPherson K.** International Differences in Medical Care Practices // Health Care Systems in Transition. The Search for Efficiency. OECD. -Paris, 1990, p. 17 – 28.
30. Measuring hospital performance to improve the quality of care in europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions. Report on a WHO Workshop. Barcelona, Spain, 10-11 January 2003. www.euro.who.int/document/e78873.pdf.
31. **Moeller J., Sonntag A. K.** Evaluation of health services organisations - German experiences with the EFQM excellence approach in healthcare.// The TQM Magazine – 2001, vol.13, N 5, p.361-366.
32. **Preston C, Cheater F., Baker R., Hearnshaw H.** Left in limbo: patients' view on care across the

- primary/secondary interface // Qual. Health Care. -1999, vol.8, N 1, p. 16-21.
33. **Øvretveit J.** What are the best strategies for ensuring quality in hospitals? www.who.dk
 34. **Rapolevičiūtė A.,** Privačios medicinos perspektyvos Lietuvos sveikatos sistemoje // Gydytojas 2004 m. Nr. 6.
 35. Rekomendacijos kokybės vadybos sistemoms Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose.- Valstybinė medicininio audito inspekcija, Vilnius, 2000.
 36. **Slatkevičienė G.** Organizacijos veiklos kompleksinio įvertinimo sistemos formavimo metodologiniai pagrindai: dr disert., Kaunas, 2001.
 37. Sveikata visiems XXI amžiuje. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione/ Sveikatos apsaugos ministerija
 38. **Shaw C.** How can hospital performance be measured and monitored? August 2003 Health Evidence Network (HEN) synthesis report on hospital performance.
 39. **Shortell S. M., Kaluzny A. D.** Health Care Management: organisation design and behavior. Fourth edition. Delmar series in health services administration. 2000. 356-389
 40. **Startfield B.** Primary Care and Health. A cross-national comparison // JAMA.-1991, vol. 266, N16,p.2268-2271
 41. **Tidikis R.** Socialinių mokslų tyrimų metodologija; Vilnius: Lietuvos teisės universiteto leidybos centras, 2003.
 42. The world health report 2002. Health systems performance assessment methods. www.who.int/
 43. **Valius L.** Šeimos medicinos pagrindai; KMU.- Kaunas: Vitae litera, 2003.
 44. Valstybės sektoriaus išlaidos sveikatos priežiūrai. Parengė J. Žemulienė soc.m.dr., LSIC specialistė analizei. 2001.
 45. **Vinickienė V., Liaudanskienė R., Šinkūnaitė R.** Vartotojų poreikių tenkinimo tyrimai. Valstybinė medicininio audito inspekcija. Pranešimas, 2000.
 46. WHO. Primary health care. Report of the International Conference on Primary health care Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 .-Geneva: World Health Organization, 1978.
 47. **Zöllner H., Stoddart G., Selby Smith C.** Learning to live with Health Economics. WHO Regional Office for Europe Copenhagen, 2003. www.euro.who.int
 48. **Žvirblienė V.,** Pirminės asmens sveikatos priežiūros aktualijos // Gydytojas 2004 m. Nr. 3.
 49. www.lsic.lt
 50. www.achs.org.au
 51. www.aihw.gov.au
 52. www.cihi.ca

1 PRIEDAS

PSPĮ vadovų telefoninės apklausos anketa

PSPĮ veiklos vertinimo analizė nebus išbaigta, nežinant Lietuvos PSPĮ vadovų nuomonės, ar dabar naudojamos veiklos vertinimo metodikos patenkina jų poreikius įgyvendinant įstaigos tikslus. Tyrimo pasėkoje norime išsiaiškinti, ar reikalingas PSPĮ veiklos vertinimo tobulinimas PSPĮ vadovų požiūriu.

1) Ar įstaigoje diegiama kokybės vadybos sistema? **TAIP** **NE** (metais _____)

Komentaras

2) Kurios iš išvardintų veiklos pasiekimų matavimo sistemų egzistuoja jūsų įstaigoje:

- a) finansinės apskaitos
- b) valdymo apskaitos
- c) rodiklių statistinė analizė
- d) kokybės valdymo
- e) konkurentų ar rinkos analizės
- f) vartotojų tyrimų
- g) kita

3) Ar jūsų įstaigoje egzistuojančios duomenų bazės, veiklos pasiekimų matavimo ir įvertinimo sistemos patenkina Jūsų poreikius įgyvendinant įstaigos tikslus? **TAIP** **NE**

Komentaras

4) Ar reikalinga, jūsų manymu, vieninga veiklos vertinimo sistema adaptuota PSPĮ?

TAIP **NE**

Komentaras

5) Kas, jūsų nuomone, tokios vertinimo sistemos sukūrimą ir įdiegimą turėtų inicijuoti?

- a) SAM
- b) Savivaldybė
- c) TLK
- d) PSPĮ
- e) Visi kartu
- f) Kita

6) Ar, jūsų manymu, PSPĮ veiklos vertinimo duomenis reikėtų skelbti viešai? **TAIP** **NE**

Komentaras

7) Vadovo darbo stažas (____)

8) PSP įstaigos dydis – BPG skaičius? (____)

2 PRIEDAS

PSPĮ veiklos vertinimo sistemos ir tobulinimo galimybių tyrimo

Pusiau struktūrizuoto ekspertų interviu klausimynas

Nustačius Lietuvos PSPĮ veiklos vertinimo sistemos tobulinimo poreikį, siekiama, išsiaiškinti jų tobulinimo kryptis ir kelius bei tikimasi išskirti esminius skirtumus tarp PSPĮ veiklos vertinimą atliekančių institucijų požiūrių.

Atlikus šį tyrimą ir vadovaujantis ekspertų rekomendacijomis galima būtų pateikti PSPĮ veiklos vertinimo sistemos patobulinimo gaires.

1. Apklausiamojo pareigybė ir atsakomybės sritis.

I dalis. PSPĮ veiklos vertinimo problemos, kriterijai ir nauda

1. Kaip apibūdintumėte dabartinę PSP įstaigų veiklos vertinimo sistemą?
2. Kam, Jūsų nuomone, svarbus PSP įstaigų veiklos vertinimas?
3. Jūsų nuomone, ką turėtų apimti kompleksinio veiklos vertinimo sistema?
Ką, Jūsų nuomone, reiškia *kompleksinio veiklos vertinimo* sąvoka?
4. Kokios, Jūsų nuomone, naudos galima tikėtis įdiegus veiklos vertinimo sistemą PSP įstaigose?
5. Kas turėtų inicijuoti PSP įstaigų veiklos vertinimo sistemos tobulinimą – paslaugų teikėjai ar pirkėjai, ar įstaigų steigėjai?
6. Ar reikalinga, Jūsų nuomone, vieninga PSP įstaigų veiklos vertinimo sistema Lietuvoje?
7. Kokie, Jūsų nuomone, galimi sunkumai norint įdiegti PSP įstaigų veiklos vertinimo sistemą?

II dalis. PSPĮ kompleksinio veiklos vertinimo metodikos ypatumai

1. Kas, Jūsų manymu, PSP įstaigoje turėtų atlikti veiklos vertinimą?
2. Kokias *suinteresuotąsias PSPĮ veikla grupes* galėtumėte nurodyti?
3. Kokios, Jūsų nuomone, pagrindinės PSPĮ *veiklos sritys* turėtų būti vertinamos?
4. Kokius, jūsų nuomone, svarbiausius *procesus* vykstančius PSPĮ galėtumėte įvardinti?
5. Kokius, Jūsų nuomone, esminius *rodiklius* kiekviena PSP įstaiga privalėtų vertinti?
6. Kokiu *periodiškumu* rekomenduotumėte vykdyti veiklos vertinimą PSP įstaigose?