BY-NC-ND

ISSN 2029-3569 PRINT
ISSN 2029-9001 ONLINE
SVEIKATOS POLITIKA IR VALDYMAS
HEALTH POLICY AND MANAGEMENT
2016, 1(9) p. 0–00

LIGONIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS RODIKLIŲ VERTINIMO MODELIS

Danguolė Jankauskienė

Mykolo Romerio universiteto Sveikatos tyrimų laboratorija
Politikos ir vadybos fakulteto Politikos mokslų institutas
Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius, Lietuva
Telefonas (+ 370 6) 8727722
Elektroninis paštas djank@mruni

Pateikta 2015 m. rugsėjo 14 d., parengta spausdinti 2015 m. lapkričio 13 d.

DOI:10.13165/SPV-16-1-9-03

Santrauka

Siekiant gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pacientams bei motyvuoti sveikatos priežiūros įstaigas siekti efektyvumo bei veiksmingesnio valdymo, reikia ieškoti naujų vadybinių instrumentų. Straipsnyje pateikiamas vienas iš autorės sukurtų instrumentų – ligoninių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis.

Modelis sukurtas atliekant keturių etapų tyrimą pagal tokią logiką: pagrindu pasirinkti 26 Lietuvoje patvirtinti ligoninių kokybės vertinimo rodikliai. Pirmajame etape išnagrinėta kitų šalių taikomų ligoninių kokybės vertinimo modelių praktika ieškant pagrindinių dimensijų, iš kurių pasirinktos kokybė ir efektyvumas. Antrajame ir trečiajame etape buvo kuriamas matematinis rodiklių vertinimo modelis. Antrasis etapas buvo modeliuojamas iš trijų žingsnių. Pirmiausia buvo daroma prielaida, kad didžiausias balų skaičius, kurį galėtų surinkti idealiai įvertinta ligoninė, galėtų būti 1000 balų, o mažiausias balų skaičius galimas 333. Tuomet antruoju žingsniu apskaičiuojamas kiekvienos dimensijos (kokybės ir efektyvumo) lyginamasis svoris. Kokybei, kaip svarbesnei vertinamajai dimensijai, buvo suteikiama du trečdaliai arba 75 proc. svorio, o efektyvumui – vienas trečdalis arba 25 proc. lyginamojo svorio. Trečiasis antrojo etapo žingsnis – apskaičiuojama vieno iš priskirtų atskiroms dimensijoms rodiklių vertė priklausomai nuo dimensijos lyginamojo svorio ir rodiklių skaičiaus dimensijoje (kokybės – 15 rodiklių; efektyvumo – 11). Rodikliams suteikti vienodi svoriai. Trečiajame eta-

pe buvo įvertinamas kiekvieno kokybę ir efektyvumą atspindinčio rodiklio, kurį pristatė konkrečios atskiros ligoninės, reikšmės dydis. Šis dydis buvo vertinamas 3 balų skalėje, čia; 1 balas – mažiau nei Lietuvos vidurkis; 2 – atitinka Lietuvos vidurkį; 3 – daugiau nei Lietuvos vidurkis. Ketvirtajame etape kiekvienai ligoninei buvo apskaičiuojama visų gautų balų vertės suma pagal kiekvieną iš 26 rodiklių ir ligoninės buvo išreitinguojamos nuo didžiausios iki mažiausios pagal balų vertę.

Reikšminiai žodžiai: *sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, vertinimo modelis, ligoninių kokybės rodikliai, reitingavimas.*

Įvadas

Vienas pagrindinių veiksnių sveikatos priežiūros įstaigos veiklos kokybei gerinti yra jos veiklos kokybės įvertinimas. Lietuvoje sveikatos priežiūros įstaigų kokybės vertinimo sistemomis pradėta domėtis nuo Nepriklausomybės atgavimo. Pirmiausia buvo akcentuojamas sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kiekybinis įvertinimas, vėliau kokybinis. Šia tema domėjosi Janušonis, Popovienė (2004)[1], Ruževičius (2007)[2], Jankauskienė(2011)[3] ir kt. Tarptautiniu mastu sveikatos politikoje sveikatos priežiūros kokybės vadybos teorijos pradininku laikomas Averidis Donabedianas, kuris sukūrė kokybės sistemos modelį, pagrįstą organizacine struktūra, procesais ir veiklos rezultatais[4].

Lietuvoje siekiant gerinti stacionarinių sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybę, pacientų informavimą apie asmens sveikatos priežiūros paslaugas 2012 m. lapkričio 29 d. buvo išleistas Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“, o 2015 m. rugpjūčio 10 d. įsakymu Nr. V-929 patvirtintas jo pakeitimas. Patvirtintas ligoninių veiklos kokybės ir efektyvumo 26 rodiklių sąrašas. Įsakymas numato, kad įstaigos turi sekti ir kiekvienais metais teikti rodiklių duomenis Sveikatos apsaugos ministerijai ir Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklos tarnybai prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Pirmieji duomenys paskelbti jau 2012 m. Tačiau kol kas neatlikta jokia išsami ligoninių, pateikusių rezultatus, veiklos kokybės vertinimo analizė, todėl neįmanoma palyginti jų rezultatų. O ligoninių veiklos kokybės vertinimo kriterijams nenumatyta nei aiški vertini-

---

1 Vinsas, J.; Popovienė, J. 2004. *Kokybės sistemos: kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijose. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė.*

2 Ruževičius, J. 2007. *Kokybės vadybos metodai ir modeliai. Vilnius: Vilniaus universitetas.*

3 Jankauskiene, D.; Jankauskaitė, I. 2011. Access and quality of health care system by opinion of patients in ten European countries. *Management in health*. ISSN 1453-4541, 15(3), p. 31–39. Prieiga internete: http://journal.managementinhealth.com/index.php/rms/article/viewFile/200/574.

4 Donabedian, A. 2003. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care.* Oxford: Oxford University Press.

mo sistema, nei pats vertinimo modelis. Kokybės politikoje gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę labai svarbu palyginti jos rezultatus ir lygiuotis bei semtis patirties iš pasiekusiųjų geriausių rezultatų. Tai paskatino šio straipsnio autorę ieškoti mokslinio pagrindimo, kaip sukurti stacionarinių paslaugų kokybės rodiklių vertinimo modelį, t. y. sistemą rezultatams palyginti, pagal kurią būtų galima įvertinti priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybę tarp įstaigų, nustatyti geriausiai dirbančias įstaigas, jas paskatinti bei paraginti kitas pasitempti ir lygiuotis į geresnes.

Tyrimo tikslas. Remiantis Sveikatos apsaugos ministerijos Tarpinstitucinės darbo grupės sukurtais Lietuvos ligoninių teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo rodikliais, sukurti šių rodiklių vertinimo modelį pagal mokslo įrodymais pagrįstą praktiką. Tyrimo uždaviniai: išnagrinėti užsienio šalių atitinkamus vertinimo modelius, tinkančius Lietuvos praktikai, aprašyti Lietuvos ligoninių kokybės vertinimo praktiką ir sukurti šioje praktikoje nusistovėjusių rodiklių vertinimo modelį tam, kad būtų galima lengvai palyginti rezultatus tarp ligoninių.

Tyrimo medžiaga ir metodika

Kuriant modelį, taikyti mišrūs metodai atskirais jo etapais derinant aprašomuosius, lyginamuosius ir empirinius statistinius bei modeliavimo metodus. Buvo remiamasi samprata, kad vertinimo modelis paprastai suprantamas kaip reiškinio pavaizdavimas lentelės, paveikslo arba kitokiu būdu ir atspindi išskirtinius šio reiškinio elementus. Pagal šią prasmę vertinimo modelis visada yra tam tikro autoriaus arba grupės autorių požiūrio į vertinimą abstrakcija[5] ir tam tikras sisteminis etapinis įvertinimas. Autoriai Alkin ir Chritie (2004) modeliui geriau suprasti pavartojo medžio metaforą, kurio vainiką sudaro trys pagrindinės šakos: vertinimo informacijos panaudojimas, vertinimo metodai ir vertintojo vaidmuo[6]. Modernioje šiuolaikinėje vadyboje pastaruoju metu dominuoja vertinimo modeliai orientuoti į rezultatus. Todėl, kuriant modelį, buvo laikomasi šių metodologinių principų: svarbiausia, remiantis kitų šalių praktika, išskirti pagrindinius jo elementus (medžio šakas), kurie yra artimiausi Lietuvos praktikai, kad nereikėtų keisti Lietuvoje nusistovėjusios rodiklių rinkimo tvarkos; surasti bei sukurti paprastą ir visiems suprantamą rodiklių vertinimo būdą, nereikalaujantį didelių finansinių ir žmogiškųjų resursų; pritaikyti Darbo grupėje patirtį konsultuojantis su patyrusiais šalies ekspertais.

Kaip minėta, kuriant ligoninių kokybės vertinimo modelį, pirmiausia buvo pasinaudota Lietuvos sveikatos apsaugos ministerijos Tarpinstitucinės darbo

[5] Segolovičienė, I. 2011. Vertinimas viešajame valdyme: samprata ir modeliai. *Viešoji politika ir administravimas*. ISSN 2029-2872, 10(3), p. 437–450.

[6] Alkin, M. 2004. *Evaluation Roots – Tracing Theorists' Views and Influences*. Sage Publications.

grupės sukurtais ligoninių teikiamų paslaugų kokybės vertinimo rodikliais, patvirtintais Sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymu Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ ir 2015 m. rugpjūčio 10 d. įsakymu Nr. V-929 patvirtintu jo pakeitimu. Toliau buvo atliekamas keturių etapų tyrimas pagal tokią logiką: pirmajame etape išnagrinėta kitų šalių taikomų vertinimo modelių praktika ieškant pagrindinių dimensijų, iš kurių buvo sudarytos vertinimo modelio pagrindinės dalys ieškant apibendrintų sudedamųjų dalių. Nagrinėjamų šalių dimensijų atrankos kriterijais buvo pasirinkta kokybė ir efektyvumas. Šios dimensijos pasirinktos todėl, kad geriausiai atitinka tiek kokybės apibrėžimą, tiek Lietuvoje taikomą ligoninių kokybės rodiklių vertinimo praktiką. Tik tie modeliai, kurie savo struktūroje turėjo šias sudėtines dalis, buvo plačiau nagrinėjami. Žemiau bus pateikiami trumpi Jungtinės Karalystės, Švedijos, Škotijos, Vokietijos, Norvegijos pavyzdžiai. Taip pat buvo remiamasi tarptautinių organizacijų atliktomis sisteminėmis apžvalgomis ir studijomis, kuriose išnagrinėti ir įvertinti taikomi kokybės vertinimo modeliai. Atskirai aprašytas Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) sukurtas ligoninių veiklos vertinimo modelis (PATH – angl. *performance assessment framework for hospitals*), kuris artimiausias taikomajam Lietuvoje, ir Europos vartotojų sveikatos indekso apskaičiavimo modelis. Šiame etape apskaičiuoti visi rodikliai sąraše, priskirti kokybei – jų iš viso 15 (3 lentelė), o efektyvumui – 11 rodiklių (4 lentelė).

Antrajame ir trečiajame etape buvo kuriamas matematinis rodiklių vertinimo modelis. Buvo naudojama modifikuota Vartotojų sveikatos indekso apskaičiavimo metodika pagal 3 balų kiekvieno rodiklio įvertinimo sistemą[7]. Antrasis etapas buvo modeliuojamas iš trijų žingsnių Pirmiausia antrajame etape buvo daroma prielaida, kad didžiausias balų skaičius, kurį galėtų surinkti idealiai įvertinta ligoninė galėtų būti 1000 balų, o mažiausias balų skaičius galimas 333. Tuomet antrasis žingsnis – ligoninių veiklos kokybės vertinimo modelyje apskaičiuojamas kiekvienos dimensijos (kokybės ir efektyvumo) lyginamasis svoris. Kokybei, kaip svarbesnei vertinamai dimensijai buvo suteikiama du trečdaliai arba 75 proc. svorio, o efektyvumui – vienas trečdalis arba 25 proc. (5 lentelė) lyginamojo svorio. Trečiuoju antrojo etapo žingsniu buvo apskaičiuojama vieno iš priskirtų atskiroms dimensijoms rodiklių vertė priklausomai nuo dimensijos lyginamojo svorio ir rodiklių skaičiaus dimensijoje. Siūloma suteikti rodikliams vienodą vertę (svorį), vertinant rodiklius kaip vienodai reikšmingus vertinime[8]. Pagal tai kiekvienas kokybę apibrėžiantis rodiklis maksimaliai (jei įvertinamas 3 balais) gali būti įvertintas 50 balų (750/15), o minimaliai – 16,6 (vieno balo ver-

[7] Bjornberg, A. 2014. *Euro Health Consumer Index 2014. Health Consumer Powehouse. Prieiga internete:* http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf

[8] Ateityje galima diskutuoti, kad kažkuris rodiklis yra svarbesnis ir vertinamas aukščiau.

tė – 16,6). Analogiškai efektyvumo rodikliai vertinami maks. 22,7 balų (250/11) (vieno balo vertė – 7,6), (5 lentelė).

Trečiajame etape buvo įvertinama kiekvieno kokybę ir efektyvumą atspindinčio rodiklio, kurį pristatė konkrečios atskiros ligoninės, reikšmės dydis. Šis dydis vertinamas 3 balų skalėje, čia; 1 balas – mažiau nei Lietuvos vidurkis, 2 – atitinka Lietuvos vidurkį, 3 – daugiau nei Lietuvos vidurkis (ateityje Lietuvos vidurkio reikšmei, t.y. 2 balams rekomenduotina taikyti intervalus).

Ketvirtajame etape kiekvienai ligoninei siūloma apskaičiuoti visų gautų balų verčių sumą pagal kiekvieną iš 26 rodiklių. Ligoninės buvo išreitinguojamos, t. y. išdėstomos nuo didžiausios iki mažiausios surinkusios balų sumos.

Tyrimo rezultatai

1. Kai kurių užsienio šalių patirtis

Siekiant susipažinti, kokie kokybės vertinimo modelio elementai ir pirmiausia kokybės dimensijos naudojamos kitų šalių praktikoje, remtasi kitų užsienio šalių patirtimi.

Prieš du dešimtmečius ligoninių veiklos vertinimas buvo inovatyvi ir nauja sritis, o veiklos vertinimo projektai tik buvo pradedami vykdyti. Šiuo metu daugumoje Europos šalių tai jau yra kasdienė praktika. Nemaža dalis tokių iniciatyvų buvo pasiūlyta ir tarptautinių organizacijų pvz., PSO ir Ekonominio bendradarbiavimo bei plėtros organizacijos. Tačiau visų jų tikslai bei strategija yra gana skirtingi. Nors nacionaliniu lygmeniu vykdomi projektai skirtingose šalyse pasižymi panašiais tikslais, tačiau, norėdamos vykdyti įsipareigojimus nacionaliniu lygmeniu, jos koreguoja savo strategijas priklausomai nuo laikmečio padiktuotų problemų, kurios, suprantama, šalyse yra skirtingos. Todėl, išnagrinėjus daugelį šiuo metu egzistuojančių ligoninių veiklos vertinimo iniciatyvų, toliau aptariamos kelios pagrindinės, kurios yra taikomos Europoje ir pasaulyje.

Kaip teigia Abramikaite (2015)[9], tik keturios tokių pasaulinių programų: Australijos sveikatos priežiūros standartų komisija (angl. *Australian Council on Health Care Standards)*, Jungtinė sveikatos priežiūros organizacijų akreditacijos komisija (angl. *Joint Commission Accreditation of Health Care Organization*), Ontorijo ligoninių asociacija (angl. *Ontario Hospital Association*), Kokybės indikatorių projektas (angl. *Quality Indicator Program*) ir viena Škotijoje vykdoma programa – klinikinių indikatorių rėmimo programa (angl. *Clinical Indicators Support Team Scotland*) buvo sukurtos iki 2000 m. O vienos iš naujausių iniciatyvų – tai Ligoninių veiklos rezultatų vertinimo ir gerinimo komisijos (pranc. *Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amelioration de la*

9 Abramikaitė, A. 2015. Ligoninių veiklos kokybės vertinimo modelis Lietuvoje. *Magistro baigiamasis darbas*. Mykolo Romerio universitetas.

Hospitaliere) ir PSO inicijuotas „Ligoninių veiklos kokybės vertinimo instrumentas veiklos gerinimui“ (angl. *Performance Assesment Tool of Quality inprovement in Hospitals*) iniciatyvos.

Visi šie projektai skiriasi tiek kiekybine, tiek kokybine apimtimi, visur ligoninių veiklos kokybei vertinti naudojami rodikliai. Jų skaičius svyruoja nuo 36 (Jungtinė sveikatos priežiūros organizacijų akreditacijos komisija) iki daugiau nei 300 (Australijos sveikatos priežiūros standartų komisija). „Ligoninių veiklos kokybės vertinimo instrumentas veiklai gerinti“ šiuo atžvilgiu gali būti išskirtas todėl, kad jame kriterijai grupuojami į dvi grupes (pirma grupė: pagrindiniai indikatoriai, privalomi visiems dalyviams; antra grupė: specifiniai indikatoriai, kuriuos ligoninės vertina pagal savo veiklos profilį, dydį ir tinkamumą jų veiklos kontekste. Kai kurie nacionaliniai projektai rodiklius dar skirsto pagal sritis, tačiau juos lyginti kitų projektų kontekste ypač sudėtinga.

Pastebėtina, kad ligoninių veiklos vertinimo kūrimo procese rodikliams parinkti buvo sudarytos specialios ekspertų grupės, tokios grupės sudarymo pavyzdys galėtų būti medicininis personalas, ligoninės valdybos nariai, draudimo įstaigų atstovai. Pirmajame etape ekspertų grupės vykdė mokslinę analizę, sisteminę literatūros apžvalgą, reitingavo įvairius metodus. Vis dėlto lieka neaišku, kaip giliai skirtingos iniciatyvos vertino naudojamų rodiklių psichometrinius parametrus. Projektai skiriasi ir tuo, kad atskiru atveju medicininis personalas, ligoninių administracija bei pacientai buvo įtraukiami į kriterijų atranką skirtingu mastu. Šia patirtimi pasinaudojo ir Lietuva 2011–2012 m. kurdama savo ligoninių kokybės vertinimo rodiklius.

Skirtingose šalyse, vertinant ligoninių veiklos kokybę vertinama nuo 3 iki 6 skirtingų dimensijų (1 lentelė). Pavyzdžiui, Jungtinėje Karalystėje vertinamos šios dimensijos: visuomenės sveikatos pagerėjimas, paslaugų prieinamumas, efektyvių sveikatinimo paslaugų teikimas, produktyvumas, pacientų nuomonė, gydymo baigtys.

Dar vienas iš dažnai naudojamų modelių – PSO naudojamas modelis[10], kur ligoninių veiklos kokybei vertinti pasirinktos šešios kriterijų grupės: klinikinis efektyvumas, sauga, orientacija į pacientą, produktyvumas, orientacija į personalą, atsakingas valdymas.

10 Veillard, J. et al. 2005. A performance assessment framework for hospitals: the WHO Regional Office for Europe PATH project. *International Journal of Quality Hospital Care.* p. 487–496.

1 lentelė. Ligoninių veiklos kokybės vertinimo dimensijos

Šalis	Vertinimo dimensijos
Jungtinė Karalystė, Sveikatos departamentas	Visuomenės sveikatos gerinimas Paslaugų prieinamumas Efektyvių sveikatinimo paslaugų teikimas Produktyvumas Pacientų nuomonė Gydymo baigtys
Pasaulio sveikatos organizacija, PATH projektas	Klinikinis efektyvumas Sauga Orientacija į pacientą Produktyvumas Orientacija į personalą Atsakingas valdymas
Švedija, Europos sveikatos vartotojų indeksas	Pacientų teisės ir informacija Prieinamumas, gydymo laukimo laikas Baigtys (rezultatai) Paslaugų apimtis ir prieinamumas Farmacija

Šaltinis: Veillard, J. at al. A performance assessment framework for hospitals: the WHO Regional Office for Europe PATH project. 2005.

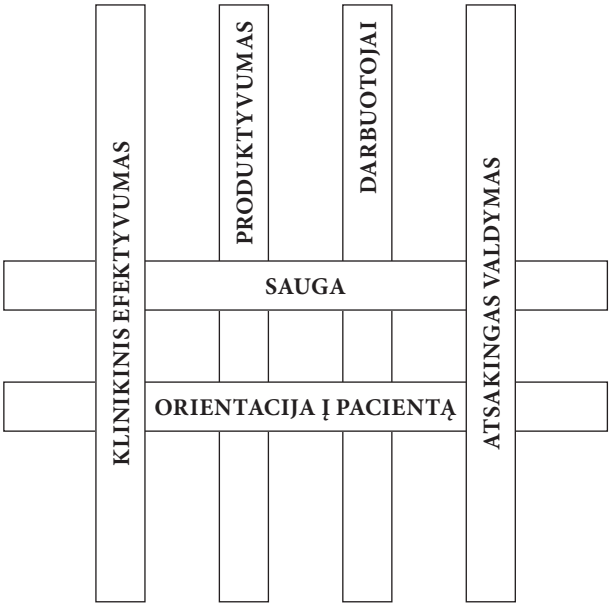
Pats rodiklių, indikatorių ligoninių veiklos kokybei vertinti procesas yra sudėtingas ir laiko reikalaujantis darbas. Dažniausias indikatorių parinkimo modelis – tai ekspertinis darbas, kurio metu sudaroma atitinkamų ekspertų grupė, ji atrenka reprezentatyvius indikatorius. Toliau gali būti vykdomas pilotinis tyrimas, kurio metu įvertinama, ar matuojami indikatoriai yra pakankami ligoninių veiklos kokybei vertinti.

Vertinant ligoninių veiklos kokybę, turi būti atsižvelgta ir į šalies populiaciją bei labiausiai susirūpinimą keliančias sritis, pvz., klinikines, rizikos grupių, pacientų dalyvavimo. Lietuvos atveju į kokybės vertinimo modelį taip pat turėtų būti įtrauktos prioritetinės sveikatos politikos vystymo sritys ir nebūtinai visos. Todėl autorė įvertimo tai, jog Sveikatos apsaugos ministerijos Darbo grupė 2011–2012 m. įdėjo labai daug ekspertų pastangų ir pasiekė susitarimo, sukurdama ligoninių kokybės matavimo rodiklius. Juos kuriant, labiausiai remtasi PSO Ligoninių veiklos vertinimo modeliu (angl. *A performance assessment framework for hospitals*).

1.1. Ligoninių veiklos vertinimo modelis (PATH)

Tai projektas, pradėtas vykdyti 2003 m., kurio iniciatorius yra PSO Europos regioninis biuras. Šio projekto tikslas – sukurti ir pateikti lankstų ir išsamų li-

goninių veiklos kokybės vertinimo instrumentą, kuris padėtų ligoninėms ne tik įvertinti savo veiklą, bet ją palyginti su kitų šalių rezultatais, o įvertinus savo rezultatus, kryptingai gerinti šalies ligoninių veiklą ne tik savo, bet ir kitų dalyvių ekspertų pastangomis. Pilotinis tyrimas 2004 m. pradėtas vykdyti aštuoniose Europos šalyse, įskaitant ir Lietuvą. Projekte naudoti metodai sukurti keturių praktinių seminarų metu, kuriuose dalyvavo ekspertai iš svarbiausių šalių dalyvių, turinčių ilgalaikės vertingos ligoninių veiklos vertinimo patirties. Taip pat atlikta išsami literatūros šaltinių analizė. Pradiniame etape buvo atrinkta 100 pagrindinių rodiklių, vėliau, jie buvo testuojami 20 Europos šalių. Ligoninių veiklos kokybei vertinti pasirinktos šešios kriterijų grupės: klinikinis efektyvumas, sauga, orientacija į pacientą, produktyvumas, orientacija į personalą, atsakingas valdymas. Šios pagrindinės dimensijos ir jų ryšys pavaizduotas 1 pav.



1 pav. PATH indikatorių dimensijos ir jų ryšys

Šaltinis: adaptuota pagal J. Veillard, F. Champagne ir kt. 2005. p. 489.

Taigi, kaip matome paveiksle, dvi skersinės dimensijos (sauga bei orientacija į pacientą) susijungia su kitomis keturiomis dimensijomis. Pavyzdžiui, sauga yra glaudžiai susijusi su klinikiniu efektyvumu (pacientų sauga), orientacija į personalą (personalo sauga) ir atsakingu valdymu (aplinkos sauga). Kita vertus, orientacija į pacientą susijusi su atsakingu valdymu (tęstinis gydymas), orientacija į

darbuotojus (pacientų apklausos metu stebimas pacientų pasitenkinimo lygis) ir klinikiniu efektyvumu (gydymo tęstinumas toje pačioje įstaigoje).

Tyrimo metu ligoninėse privalomai buvo vertinama 17 pagrindinių rodiklių. Papildomai gali būti vertinami dar 47 rodikliai, kurie būdingi tam tikriems apibrėžtiems kultūriniams, geografiniams, ekonominiams, struktūriniams kontekstams, kurioje ligoninė veikia.

2-oje lentelėje pateikiamas trumpas naudojamų kriterijų aprašymas.

2 lentelė. PATH kriterijų grupės, jų apibūdinimas ir rodikliai

Kriterijų grupės pavadinimas	Apibūdinimas	Rodikliai
Klinikinis efektyvumas	Klinikinis efektyvumas – tai proceso indikatorių grupė, nusakanti, ar ligoninė esamomis sąlygomis atitinkamai ir pakankamai teikia klinikinę priežiūrą ir paslaugas, taip pat pasiekia užsibrėžtų tikslų taip, kad pacientai gautų didžiausią naudą	Sveikatos priežiūros paslaugų atitikimas, sveikatos priežiūros paslaugų rezultatai, tinkama paslaugų kokybė
Produktyvumas	Produktyvumas – tai santykis tarp optimalių resursų panaudojimo ir produkto, paslaugos	Sveikatos priežiūros paslaugų tinkamumas, tinkamų technologijų taikymas
Orientacija į darbuotojus	Orientacija į darbuotojus apibrėžiama kaip sveikatos priežiūros darbuotojų atitinkama kvalifikacija teikti kvalifikuotas sveikatos priežiūros paslaugas. Taip pat nuolatinis darbuotojų kvalifikacijos kėlimas, užtikrintos reikalingos darbo priemonės, darbuotojai yra patenkinti darbu	Darbo aplinka, darbuotojų individualių poreikių vertinimas, sveikatinimo veikla bei iniciatyvos, elgesys bei sveikatos būklė
Atsakingas valdymas	Atsakingas valdymas – tai laipsnis, kuriuo ligoninė reaguoja į bendruomenės sveikatinimo poreikį, užtikrina koordinaciją tarp ligoninės ir ligoninės bendruomenės narių, skatina sveiką gyvenseną, yra inovatyvi, teikia paslaugas lyčių, rasių, fizinės, kultūrinės, socialinės, demografinės ekonominės lygybės pagrindu	Sistemos/bendruomenės integracija, orientaciją į visuomenės sveikatą
Saugumas	Saugumas yra proceso indikatorių grupė, nusakanti, ar įstaiga turi atitinkamą struktūrą, taip pat naudoja tokias paslaugų teikimo metodikas, kurios veiksmingai sumažina žalą ar riziką pacientams, darbuotojams ir aplinkai	Pacientų saugumas, darbuotojų saugumas, aplinkosauga

Kriterijų grupės pavadinimas	Apibūdinimas	Rodikliai
Orientacija į pacientą	Orientacija į pacientą apibūdina sveikatos priežiūros įstaigos veiklą, kurios ašis yra nukreipta į pacientų poreikius – paslaugos bei priežiūra teikiama atsižvelgiant į pacientų bei jų šeimos narių būklę, autonomiją, pageidavimus, taip pat galimybė jungtis prie paramos grupių, pakankama komunikacija, konfidencialumas, pagarba, galimybė pasirinkti paslaugas, teikėją ir poreikis gauti savalaikę, tinkamą paslaugą	Orientacija į pacientą, pagarba įstaigos pacientams

Šaltinis: sudaryta pagal J. Veillard, F. Champagne ir kt. 2005. p. 492.

1.2. Europos sveikatos vartotojų indeksas (angl. *Euro Health Consumer Index*)

Sveikatos vartotojų indeksas pradėtas taikyti nuo 2005 m. Švedijos Nacionalinės sveikatos tarybos iniciatyva, jį remia įvairios organizacijos ir jau daugelį metų pripažįsta bei palaiko Europos Komisija. Tarptautiniu mastu projektą koordinuoja Sveikatos sistemos vartotojų asociacija (angl. *Health Consumer Powerhouse*) (Bjornberg, 2014)[11]. Tyrimo tikslas – surinkti ir palyginti Europos šalių sveikatos sistemas bei jų veiklos kokybę remiantis nustatytais kriterijais. Duomenys renkami bei vertinami kasmet, surinktų duomenų pagrindu pateikiamos Europos šalių lyginamosios ataskaitos bei rekomendacijos kiekvienai šaliai, dalyvaujančiai projekte. Duomenys vertinami remiantis rodikliais, suskirstytais į penkias grupes: 1) pacientų teisių ir informacijos; 2) sveikatos priežiūros prieinamumo; 3) gydymo rezultatyvumo; 4) prevencijos; 5) farmacijos. Ekspertų grupė vertina kiekvieną rodiklį balais, maksimali galima taškų suma – 1000. Tyrimas, aišku, turi ir apribojimų, nes labai priklauso nuo gaunamų duomenų kokybės. Tyrimo duomenimis, kaip teigia jo autoriai, beveik per 10 vertinimo metų Europoje fiksuojami stebėtinai pastovūs sveikatos rodikliai. Kai kurie jų yra stebėtinai teigiamos dinamikos: teigiami veiklos pokyčiai gerėja kas metus tokiose srityse, kaip stipresnė pacientų įtaka, prieinamumas, medicininių klaidų skaičiaus mažėjimas, geresni gydymo rezultatai, didesnė valstybės laiduojamų sveikatos priežiūros paslaugų dalis. Kita vertus, griežtos valstybių taupymo tendencijos turėjo įtakos ilgesnėms eilėms laukiant kvalifikuotos pagalbos kai kuriose šalyse bei ilgesniam inovatyvios įrangos bei vaistinių preparatų pritaikymui rinkai. 2015 m. duomenimis, pirmąją vietą užima Nyderlandai, antrąją bei trečiąją dalinasi atitinkamai Šveicarija bei Norvegija. Net aštuonios šalys viršija

[11] Bjornberg, A. 2014. *Euro Health Consumer Index 2014. Health Consumer Powehouse. Prieiga internete:* http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf

daugiau nei 800 balų ribą, o papildomai rodo stiprią Vakarų bei Vidurio Europos sveikatos priežiūros sistemą. Lietuva tarp dalyvavusių Europos valstybių užima 25 vietą tarp 35 valstybių, priekyje palikdama savo kaimynę Estiją ir turi didelių problemų su duomenų teikimu (ką reikėtų sutvarkyti pirmiausia).

1.3. Škotijos nacionalinė ligoninių veiklos kokybės vertinimo sistema

Jungtinė Karalystė yra vieną garsiausių Beveridžo sveikatos priežiūros sistemų turinčių valstybių. Visgi Škotija bei Anglija taiko skirtingas ligoninių veiklos kokybės vertinimo bei stebėsenos sistemas. Škotijos sveikatos sistema sudaro atskirą Jungtinės Karalystės nacionalinės sveikatos sistemos padalinį, kuriame taikoma veiklos kokybės strategija[12]. Joje pateikiama strateginė kokybės indikatorių kryptis, kuri taip pat atsispindi Vietinių paslaugų teikimo ir Nacionaliniame Škotijos paslaugų teikimo plane. Strategijoje pažymima sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės bei paslaugų teikimo svarba siekiant ilgalaikio veiklos bei paslaugų kokybės gerinimo. Tuo tikslu sukurtas Kokybės gerinimo modelis (angl. *Quality Measurement Framework*). Šis modelis sudarytas iš trijų lygmenų: 1 lygmuo: Nacionaliniai kokybės rezultatų indikatoriai (tai rinkinys aukšto sudėtingumo indikatorių, susijusių su pagrindiniais siekiniais (pasitenkinimas sveikatos priežiūra, skubios pagalbos teikimas, paliatyvi pagalba ir slauga, hospitalinės infekcijos paplitimas, standartizuotas ligoninės mirtingumo rodiklis, paciento gydymo baigtis, priešlaikinės mirtys, paciento sveikatos įsivertinimas). Tai ilgalaikiai siekiniai, nacionaliniu lygmeniu peržiūrimi kas 1–2 metus. 2 lygmuo: trumpalaikiai 1–3 metų trukmės siekiniai, susiję su ligoninių veiklos valdymu. 3 lygmuo: kiti indikatoriai ir rodikliai (įvairūs kiti kintami rodikliai gaunami ir vertinami tiek nacionaliniu, tiek vietiniu lygmeniu). Ligoninės reitinguojamos taip pat pagal bendrąją ligoninės rodiklių sistemą – Nacionalinę ligoninės efektyvumo ir produktyvumo rezultatų lentelę (angl. *National efficiency and productivity Score card)*. Reitingavimo tikslas – palyginti ligoninių rezultatus vietiniu lygmeniu bei pastebėti pirmuosius įstaigos veiklos kokybės blogėjimo rezultatus. Ligoninės rezultatų kortelės pagrindiniai indikatoriai: standartizuotas ligoninės mirtingumo rodiklis; pakartotinė hospitalizacija; pakartotinė chirurginių pacientų hospitalizacija; gydymo stacionare trukmė; chirurginių pacientų gydymo trukmė; skubiosios pagalbos suteikimo laikas; *clostridium-difficile* infekcijos paplitimas; *staphylococcus aureus* infekcijos paplitimas; pacientų pasitenkinimo lygis. Reitingavimas vykdomas kas ketvirtį, rezultatai skelbiami internetiniuose tinklapiuose, tačiau prieinami tik sistemos darbuotojams arba vyriausybinių organizacijų atstovams.

[12] Abramikaitė, A. 2015. Ligoninių veiklos kokybės vertinimo modelis Lietuvoje. *Magistro baigiamasis darbas*. Mykolo Romerio universitetas.

1.4. Vokietijos nacionalinė ligoninių veiklos kokybės vertinimo sistema.

Vokietija pasižymi viena unikaliausių ligoninių veiklos kokybės vertinimo sistemų Europoje. Tokie sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės vertinimo (1800 ligoninių visoje Vokietijoje) viešai skelbiami rezultatai šaliai padeda ne tik gerinti valdymo, sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, bet ir mažinti nacionaliniu lygmeniu pastebimus netolygumus.

Veiklos kokybės sistema remiasi tam tikrų procedūrų (pvz., apendektomijų) metu surinktais pacientų duomenimis, kurie vertinami grupe rodiklių. Visi duomenys yra perduodami Centrinei agentūrai (AQUA sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo ir tyrimų institutas), taip pat žemių valstybiniams kokybės užtikrinimo ofisams, kur surinkti duomenys analizuojami. Šio proceso metu griežtai laikomasi duomenų konfidencialumo.

Analizės rezultatai perduodami tyrime dalyvavusioms ligoninėms, taip pat savo duomenis gali pasiekti internetinėse duomenų bazėse, kuriose gali palyginti savo ir kitų įstaigų veiklos rezultatus. Tai padeda įstaigoms laiku imtis reikiamų veiklos kokybės gerinimo priemonių. Duomenų analizę taip pat vykdo Valstybinė komisija, kuri, remdamasi gautais duomenimis, gali inicijuoti dialogą su pačia įstaiga, jei rezultatai yra nepatenkinami. Vokietijoje taip pat veikia Federalinis jungtinis komitetas (angl. *Federal Joint Committee*), kurio jurisdikcijoje yra kontroliuoti ligoninių veiklos kokybę ir sudaryti viešai skelbiamų duomenų sąrašus. Veiklos kokybės vertinimo metu vertinama apie 300 kokybės rodiklių, kuriuos privalomai vertina kiekviena su Statutiniu sveikatos draudimu sutartis sveikatinimo paslaugoms teikti sudariusi ligoninė. 2012 m. ataskaitoje „German Hospital Quality Report 2012“ įvertinti net 464 kokybės indikatoriai.

1.5. Norvegijos nacionalinė ligoninių veiklos kokybės vertinimo sistema

Norvegijos sveikatos priežiūros sistemoje 2003 m. įvesta ligoninių veiklos kokybės vertinimo sistema. Ligoninių vertinami tokie veiklos kokybės kriterijai: pacientų pasitenkinimas, hospitalinės infekcijos, tam tikrų ligų gydymo trukmė ir kai kurių operacijų laukimo laikas[13].

Deja, dėl patikimos statistinės informacijos stygiaus ir viešai prieinamos informacijos kiekio gauti ligoninių veiklos vertinimo rezultatai nebuvo tinkamai apdorojami. Taigi, nuo 2011 m. sausio mėn. Norvegijos sveikatos apsaugos ministras patvirtino naują, visoms viešosioms ligoninėms privalomą, ligoninių veiklos kokybės vertinimo programą. Kai kurie indikatoriai joje perkelti iš ankstesnės programos, tačiau įstaigoms nebuvo taikomos baudos už pavėluotai pateiktus

[13] Health system in transition Norway. *WHO European Observatory on health systems and policies*. 2013. Prieiga internete: https://www.regjeringen.no/en/dokumenter/Health-System-in-Transition-Norway/id766477/. [žiūrėta 2015-08-15].

duomenis. Remiantis Norvegijos pacientų teisių įstatymu, pacientai turi teisę pasirinkti pageidaujamą sveikatos priežiūros įstaigą. Taigi, pacientams prieiga prie duomenų apie ligoninių veiklos kokybės rezultatus gali turėti įtakos jų pasirinkimui. Vis dėlto ligoninių viešai pateikiama veiklos kokybės vertinimo informacija skiriasi, dažnai nepateikiami visi duomenys. Teikiami tokie ligoninių veiklos kokybės vertinimo rodikliai: epikrizė laikas (tai yra laikotarpis, per kurį epikrizė iš ligoninės pasiekia paciento šeimos gydytoją arba bendrosios praktikos gydytoją); ne palatose statomų ligoninės lovų skaičius (tai yra tais atvejais, kai pacientai jau yra paguldyti į ligoninę, bet ligoninėje esančių vietų skaičius yra mažesnis nei ligoninės lovų skaičius); Cezario pjūvių dažnis; vaikų reabilitacijos planų skaičius; priešoperacinis laukimo laikas šlaunikaulio lūžių atvejais; hospitalinių infekcijų skaičius; atidėtas planinių operacijų skaičius; storosios žarnos vėžinių ligų operacijos laukimo laikas; pacientų pasitenkinimo lygis (pacientų vertinama: priežiūros kokybė, suteikta informacija, organizuotumas, dėmesys artimiesiems, techniniai standartai); artimųjų pasitenkinimas (vertinami tie patys kriterijai kaip aukščiau); psichologinės konsultacijos laukimo laikas; vaikų su diagnozuotu hiperaktyvumo sutrikimu individualus gydymo planas; šeimos gydytojo, bendrosios praktikos gydytojo sprendimas dėl psichologinės konsultacijos poreikio (skaičius).

Apibendrinus apžvelgtas užsienio ligoninių vertinimo iniciatyvas, galima teigti, kad kol kas Europoje taikomos įvairios metodikos ligoninių veiklos kokybei vertinti. Deja, egzistuoja daug kritinių, diskutuotinų veiklos kokybės vertinimo aspektų (tiek dėl kriterijų parinkimo, apimties, tiek jų interpretacijos). Kita vertus, šiuo metu ne tik tobulinamos, bet ir kuriamos naujos ligoninių veiklos kokybės vertinimo iniciatyvos.

2. Lietuvos ligoninių kokybės vertinimo patirtis

LR Sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymu Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ buvo patvirtintas ligoninių veikos kokybės rodiklių sąrašas. 2015 m. rugpjūčio 10 d. įsakymu Nr. V-929 patvirtintas jo pakeitimas ir rodiklių sąrašas peržiūrėtas ir atnaujintas bei patikslintas.

Remiantis šiais įsakymais, asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, įsipareigoja nuo 2013 m. kasmet iki einamųjų kalendorinių metų kovo 10 d. pateikti Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir SAM praėjusių kalendorinių metų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės vertinimo rodiklius, nurodytus žemiau lentelėse. Nemažai rodiklių yra renkama centralizuotu būdu ir gaunama iš Privalomojo sveikatos draudimo informacinės duomenų sistemos SVEIDRA.

3 lentelė. Lietuvos ligonių veiklos kokybės vertinimo rodiklių sąrašas (patvirtintas LR Sveikatos apsaugos ministro 2015 m. rugpjūčio 10 d. įsakymu Nr. V-929)

Rodiklio Eil. Nr.	Rodiklio pavadinimas	Pateiktini rodiklio duomenys/jų skaičiavimas ir vertinimas	Teisės aktai, kuriuose nustatyti rodikliu vertinamos veiklos reikalavimai, duomenų šaltiniai
1.	Cezario pjūvių dažnis	Cezario pjūviu baigtų gimdymų skaičiaus ir bendro asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (toliau – ASPĮ) vykusių gimdymų skaičiaus santykis (procentais)	Duomenų šaltinis – Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA (toliau – SVEIDRA)
	Mirštamumas aktyvaus gydymo ASPĮ metu	ASPĮ nuo tam tikros ligos mirusių pacientų skaičiaus ir visų nuo tam tikros ligos gydytų pacientų skaičiaus santykis (procentais)	Duomenų šaltinis – SVEIDRA
2.	Nuo miokardo infarkto	ASPĮ nuo miokardo infarkto mirusių pacientų skaičiaus ir visų nuo miokardo infarkto gydytų pacientų skaičiaus santykis (procentais)	Duomenų šaltinis – SVEIDRA
3.	Nuo galvos smegenų insulto	ASPĮ nuo galvos smegenų insulto mirusių pacientų skaičiaus ir visų nuo galvos smegenų insulto gydytų pacientų skaičiaus santykis (procentais)	Duomenų šaltinis – SVEIDRA
	Pragulų atsiradimų dažnis		
4.	ASPĮ aktyvaus gydymo padaliniuose	Aktyvaus gydymo atvejų, kai gydymo ASPĮ metu atsirado pragulų, skaičiaus ir visų ASPĮ aktyvaus gydymo atvejų skaičiaus santykis (procentais)	Duomenų šaltinis – ASPĮ duomenų registravimo sistema
5.	Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas teikiančiuose ASPĮ padaliniuose	Palaikomojo gydymo ir slaugos atvejų, kai gydymo ASPĮ metu atsirado pragulų, skaičiaus ir visų ASPĮ palaikomojo gydymo ir slaugos atvejų skaičiaus santykis (procentais)	Duomenų šaltinis – ASPĮ duomenų registravimo sistema

Rodiklio Eil. Nr.	Rodiklio pavadinimas	Pateiktini rodiklio duomenys/jų skaičiavimas ir vertinimas	Teisės aktai, kuriuose nustatyti rodikliu vertinamos veiklos reikalavimai, duomenų šaltiniai
6.	Paliatyviąją pagalbą teikiančiuose ASPĮ padaliniuose	Paliatyviosios pagalbos atvejų, kai gydymo ASPĮ metu atsirado pragulų, skaičiaus ir visų ASPĮ paliatyviosios pagalbos atvejų skaičiaus santykis (procentais)	Duomenų šaltinis – ASPĮ duomenų registravimo sistema
7.	Infekcijų kontrolės užtikrinimo lygis	1. ASPĮ lovų skaičius, tenkantis vienam infekcijų kontrolės gydytojui ar specialistui, dirbančiam visu etatu. 2. ASPĮ lovų skaičius, tenkantis vienam infekcijų kontrolės gydytojo arba specialisto padėjėjui, dirbančiam visu etatu	Duomenų šaltinis – ASPĮ duomenų registravimo sistema
8.	Pacientų pasitenkinimo lygis	Rodiklio duomenys: 1. Vidutinis ASPĮ gydomų pacientų skaičius per metus 2. Apklaustų pacientų skaičius 3. Anketinių duomenų analizės rezultatai bei apskaičiuotas ASPĮ pacientų pasitenkinimo suteiktomis paslaugomis lygis balais Rodiklio apskaičiavimas: apskaičiuojamas visų stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje ASPĮ per kalendorinius metus užpildytų Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketų (Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės vertinimo rodiklių sąrašo (toliau – anketa) balų sumos aritmetinis vidurkis. Anketos atsakymas: „taip“ vertinamas 2 balais, „iš dalies (galbūt)“ – 1 balu, „ne“ – 0 balų Vertinamos tik visiškai užpildytos anketos.	Duomenų šaltinis – ASPĮ duomenų registravimo sistema Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymu Nr. V-338 „Dėl Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“

Rodiklio Eil. Nr.	Rodiklio pavadinimas	Pateiktini rodiklio duomenys/jų skaičiavimas ir vertinimas	Teisės aktai, kuriuose nustatyti rodikliu vertinamos veiklos reikalavimai, duomenų šaltiniai
		ASPĮ užtikrina, kad būtų užpildytas reprezentatyvus anketų skaičius (rekomenduojama reprezentatyviosios imties dydį nustatyti atsižvelgiant į 5 proc. paklaidą, ir naudoti Paniotto formulę: n=1/(Δ2 +1/N), čia: n – atvejų skaičius atrankinėje grupėje, N – generalinė aibė, Δ – paklaidos dydis (0,05)) ASPĮ vadovo sprendimu į anketą gali būti įtraukta ir papildomų klausimų, bet jų vertinimas neįskaičiuojamas į anketos balų sumą ASPĮ vadovo pasirašytinai įgaliotas asmuo kartą per kalendorinius metus atlieka visiškai užpildytų anketų duomenų analizę ir apskaičiuoja ASPĮ pacientų pasitenkinimo suteiktomis paslaugomis lygį (balais) Anketos saugomos ASPĮ vadovo nustatyta tvarka ne trumpiau kaip penkis metus	
9.	Periodinės infekcijų ir jų rizikos veiksnių epidemiologinės priežiūros užtikrinimo lygis	Rodiklio duomenys: 1. ASPĮ vadovo patvirtinta hospitalinių infekcijų epidemiologinės priežiūros tvarka (įsakymo Nr., priėmimo data) 2. Infekcijų ir jų rizikos veiksnių paplitimo tyrimo data 3. Infekcijų ir jų rizikos veiksnių paplitimo tyrimo duomenų pateikimo Higienos institutui data Vertinimas: Teigiamai vertinama, jeigu per kalendorinius metus atliktas infekcijų ir jų rizikos veiksnių paplitimo tyrimas ir jo duomenys pateikti Higienos institutui	Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 14 d. įsakymu Nr. V-1110 „Dėl hospitalinių infekcijų epidemiologinės priežiūros ir valdymo“

Rodiklio Eil. Nr.	Rodiklio pavadinimas	Pateiktini rodiklio duomenys/jų skaičiavimas ir vertinimas	Teisės aktai, kuriuose nustatyti rodikliu vertinamos veiklos reikalavimai, duomenų šaltiniai
10.	Antibiotikams atsparių mikroorganizmų paplitimo stebėsenos užtikrinimo lygis	Rodiklio duomenys: 1. ASPĮ vadovo patvirtinta atsparių antibiotikams mikroorganizmų paplitimo stebėsenos tvarka (įsakymo Nr., priėmimo data) 2. Atsparių antibiotikams mikroorganizmų paplitimo stebėsenos rezultatai (ataskaita) Vertinimas: Teigiamai vertinama, jei ASPĮ turi vadovo patvirtintą atsparių antibiotikams mikroorganizmų paplitimo stebėsenos tvarką	Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 14 d. įsakymu Nr. V-1110
11.	Vaistinių preparatų nuo infekcijų skyrimo pagrįstumo užtikrinimo lygis	Rodiklio duomenys: ASPĮ vadovo patvirtinta racionalaus vaistinių preparatų nuo infekcijų skyrimo tvarka (įsakymo Nr., priėmimo data) Vertinimas: Teigiamai vertinama, jei ASPĮ turi vadovo patvirtintą racionalaus vaistinių preparatų nuo infekcijų skyrimo tvarką	Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 14 d. įsakymu Nr. V-1110
12.	Nepageidaujamų įvykių registravimo ir analizės plėtros apimtis	Rodiklio duomenys: 1. Papildomi registruojami nepageidaujami įvykiai (sąrašas) 2. Vidaus dokumentas, reglamentuojantis šių įvykių registravimą ir analizę 3. Registruojamų nepageidaujamų įvykių priežasčių analizės rezultatai	Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymu Nr. V-401

Rodiklio Eil. Nr.	Rodiklio pavadinimas	Pateiktini rodiklio duomenys/jų skaičiavimas ir vertinimas	Teisės aktai, kuriuose nustatyti rodikliu vertinamos veiklos reikalavimai, duomenų šaltiniai
		Vertinimas: Teigiamai vertinama, jei ASPĮ registruoja ir analizuoja daugiau nepageidaujamų įvykių nei numatyta Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakyme Nr. V-401 „Dėl Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“	
13.	Naujagimiams palankių sąlygų užtikrinimo lygis (vertinamos tik akušerijos paslaugas teikiančios ASPĮ)	Rodiklio duomenys: 1. Data, kada įstaiga pripažinta naujagimiams palankia ligonine 2. Numatyto pakartotinio vertinimo data Vertinimas: Teigiamai vertinama, jei ASPĮ pripažinta naujagimiams palankia ligonine arba siekia tokia tapti	Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2013 m. gruodžio 27 d. įsakymu Nr. V-1251 „Dėl stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vertinimo pagal naujagimiams palankios ligoninės reikalavimus tvarkos aprašo patvirtinimo“
14.	Miokardo infarkto diagnostikos ir gydymo tinkamumo užtikrinimo lygis	Rodiklio duomenys: Vidaus audito ataskaitos išvados ir rekomendacijos dėl miokardo infarkto diagnostikos ir gydymo atitikties teisės aktų reikalavimams Vertinimas: Teigiamai vertinama, jei ASPĮ kasmet atlieka vidaus auditą dėl miokardo infarkto diagnostikos ir gydymo atitikties teisės aktų reikalavimams	Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 17 d. įsakymu Nr. V-1078 „Dėl Ūminio miokardo infarkto su ST segmento pakilimu (TLK-10 I 21, I 22) diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ bei Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 17 d. įsakymu Nr. V-615 „Dėl Ūminių išeminių

Rodiklio Eil. Nr.	Rodiklio pavadinimas	Pateiktini rodiklio duomenys/jų skaičiavimas ir vertinimas	Teisės aktai, kuriuose nustatyti rodikliu vertinamos veiklos reikalavimai, duomenų šaltiniai
			(koronarinių) sindromų, nesant ST segmento pakilimo (nestabiliosios krūtinės anginos (TLK-10-AM I20.0) ir miokardo infarkto (TLK-10-AM I 21, I 22), diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo patvirtinimo“
15.	Personalo rankų higienos užtikrinimo lygis	Rodiklio duomenys: Vidaus audito ataskaita dėl personalo rankų higienos atitikties ASPĮ vadovo nustatytai procedūrai Vertinimas: Teigiamai vertinama, jei ASPĮ kasmet atlieka vidaus auditą dėl personalo rankų higienos atitikties ASPĮ vadovo nustatytai procedūrai	Vertinamos veiklos reikalavimai nustatyti Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2012 m. spalio 19 d. įsakymu Nr. V-946 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 47-1:2012 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Infekcijų kontrolės reikalavimai“ patvirtinimo“

4 lentelė. Lietuvos ligoninių veiklos efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašas
(patvirtintas LR Sveikatos apsaugos ministro 2015 m. rugpjūčio 10 d. įsakymu Nr. V-929)

Rodiklio Eil. Nr.	Rodiklio pavadinimas	Rodiklio apibūdinimas ir apskaičiavimas*	Rodiklio duomenų šaltinis
Vidutinė gydymo trukmė atliekant:			
1.	Klubo sąnario pirminio endoprotezavimo operaciją	Vidutinė gydymo trukmė atliekant klubo sąnario pirminio endoprotezavimo operaciją – gydymo asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (toliau – ASPĮ) trukmės vidurkis atliekant klubo sąnario pirminio endoprotezavimo operaciją (dienų skaičius)	Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA (toliau – SVEIDRA)
2.	Kelio sąnario pirminio endoprotezavimo operaciją	Vidutinė gydymo trukmė atliekant kelio sąnario pirminio endoprotezavimo operaciją – gydymo ASPĮ trukmės vidurkis atliekant kelio sąnario pirminio endoprotezavimo operaciją (dienų skaičius)	SVEIDRA
Dienos chirurgijos paslaugų dalis atliekant:			
3.	Kataraktos operacijas	Kataraktos operacijų, atliktų ASPĮ dienos chirurgijos sąlygomis, skaičiaus ir visų ASPĮ atliktų planinių kataraktos operacijų skaičiaus santykis (procentais)	SVEIDRA
4.	Cholecistektomijos operacijas	Cholecistektomijų, atliktų ASPĮ dienos chirurgijos sąlygomis, skaičiaus ir visų ASPĮ atliktų planinių cholecistektomijų skaičiaus santykis (procentais)	SVEIDRA
5.	Flebektomijos operacijas	Flebektomijų, atliktų ASPĮ dienos chirurgijos sąlygomis, skaičiaus ir visų ASPĮ atliktų planinių flebektomijų skaičiaus santykis (procentais)	SVEIDRA
6.	Adenoidektomijos operacijas	Adenoidektomijų, atliktų ASPĮ dienos chirurgijos sąlygomis, skaičiaus ir visų ASPĮ atliktų planinių adenoidektomijų skaičiaus santykis (procentais)	SVEIDRA

Rodiklio Eil. Nr.	Rodiklio pavadinimas	Rodiklio apibūdinimas ir apskaičiavimas*	Rodiklio duomenų šaltinis
7.	Hernioplastikos operacijas	Hernioplastikų, atliktų ASPĮ dienos chirurgijos sąlygomis, skaičiaus ir visų ASPĮ atliktų planinių hernioplastikų skaičiaus santykis (procentais)	SVEIDRA
8.	Kelio artroskopines operacijas	Kelio artroskopinių operacijų, atliktų ASPĮ dienos chirurgijos sąlygomis, skaičiaus ir visų ASPĮ atliktų kelio artroskopinių operacijų skaičiaus santykis (procentais)	SVEIDRA
9.	Laparoskopines ginekologines operacijas	Laparoskopinių ginekologinių operacijų, atliktų ASPĮ dienos chirurgijos sąlygomis, skaičiaus ir visų ASPĮ laparoskopinių ginekologinių operacijų skaičiaus santykis (procentais)	SVEIDRA
10.	Dienos chirurgijos planinių paslaugų, atliktų pirmąją hospitalizavimo dieną, dalis	Dienos chirurgijos planinių paslaugų, atliktų pirmąją hospitalizavimo dieną, dalis skaičiuojama pagal formulę: $\frac{\textit{Kortelių Etapų skaičius, kai intervencija atlikta 1-ąją hospitalizavimo dieną}}{\textit{Kortelių Etapų skaičius, kai atlikta intervencija}} \times 100\ \%$	SVEIDRA
11.	Operacinės užimtumo vidurkis	Vidutinis vienoje operacinėje atliekamų chirurginių operacijų valandų skaičius per parą. ASPĮ registruoja, kiek valandų buvo dirbama kiekvienoje operacinėje per parą Operacinės užimtumas per parą apskaičiuojamas pagal formulę: $\frac{\textit{Laikas, kai pacientas yra operacinėje}}{\textit{Bendras operacinės darbo laikas}} \times 100\ \%$ Po to apskaičiuojama, kiek valandų per parą vidutiniškai buvo užimta viena operacinė per kalendorinius metus	ASPĮ duomenų registravimo sistema

Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie Sveikatos apsaugos ministerijos nuo 2013 m. pavesta kasmet parengti praėjusių kalendorinių metų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės vertinimo rodiklių suvestinę. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba savo internetinėje svetainėje skelbia šias duomenų suvestines, tačiau dėl vertinimo modelio nebuvimo jos yra neinformatyvios. Valstybinė ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos iki 2014 m. balandžio 1 d. turi pateikti praėjusių kalendorinių metų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kiekybinių vertinimo rodiklių sąrašo rodiklių duomenis Sveikatos apsaugos ministerijai. Tačiau sveikatos apsaugos ministerija dėl vertinimo modelio trūkumo duomenų neskelbia. Sveikatos apsaugos ministerijos Sveikatos priežiūros išteklių ir inovacijų valdymo departamento Sveikatos paslaugų stebėsenos, inovacijų ir informacinių sistemų valdymo skyriui, įvertinus gaunamus asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos efektyvumo ir kokybės vertinimo rodiklių duomenis, pavesta nuo 2015 m. kasmet iki spalio mėnesio pabaigos organizuoti asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos efektyvumo ir kokybės vertinimo rodiklių sąrašų aptarimą su asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, atstovais. Tačiau, neturint vertinimo modelio, tik tuo ir apsiribojama tikintis, jog sveikatos priežiūros įstaigos pačios imsis priemonių kokybei ir efektyvumui gerinti. Taigi, galima teigti, kad objektyviai įvertinti, kurioje ligoninėje geriau teikiamos paslaugos, remiantis visais rodikliais, kol kas neįmanoma, nors atskirų rodiklių atžvilgiu tai akivaizdu.

3. Ligoninių kokybės vertinimo modelio kūrimas

Apibendrinus užsienio patirtį, modeliuoti nuspręsta kaip pagrindą pasitelkus du modelius: PSO PATH – rodiklių dimensijas sujungiant į du pagrindinius kriterijus: kokybė (taip pat sauga, orientacija į pacientą ir darbuotojus) bei efektyvumas (taip pat produktyvumas ir atsakingas valdymas) bei Health Consumer Powerhouse Sveikatos vartotojų indeksą.

Pirmiausia buvo pasinaudota darbu grupėje ir pasiektu rezultatu, jog LR Sveikatos apsaugos ministro 2015 m. rugpjūčio 10 d. įsakymu Nr. V-929 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ patvirtinti ligoninių 26 veiklos kokybės rodikliai buvo priskiriami ekspertų pagal atitinkamas dimensijas arba kokybei, arba efektyvumui (3 ir 4 lentelės). Taigi, 15 rodiklių Lietuvoje šiuo metu rodo ligoninių kokybę, 11 rodiklių – efektyvumą.

Toliau padaryta prielaida, jog kiekviena sveikatos priežiūros įstaiga gali surinkti didžiausią balų skaičių iki 1000 balų, o mažiausią 333. Sąmoningai nė vienas rodiklis nebuvo vertinamas 0 balų dėl kelių priežasčių: pirma, negali būti tokios licencijuotos sveikatos priežiūros veiklai įtaigos įstaigos, kuri dirbtų labai blogai, antra, matematiniuose veiksmuose dalyba iš 0 negalima.

Kiekvienai iš abiejų dimensijų kokybei ir efektyvumui nustatytas jos lyginamasis svoris, kur kokybė vertinama 750 balų, efektyvumas – 250 balų svoriu (t. y. 75/25 proc.) (5 lentelė). Kokybės lyginamasis svoris sąmoningai pasirenkamas didesnis, nes pats vertinimo tikslas yra kokybės vertinimas. Visgi veiklos kokybės vertinime negalime apsieiti ir be efektyvumo.

Toliau ligoninių veiklos kokybės vertinimo modelyje apskaičiuojama vieno rodiklio maksimali vertė atitinkamame kriterijuje priklausomai nuo rodiklių skaičiaus dimensijoje. Siūloma suteikti rodikliams vienodus svorius, kaip vienodai reikšmingus (ateityje galima diskutuoti, jog kažkuris yra svarbesnis ir aukščiau vertinamas): (750/15) ir (250/11). Gauname, kad maksimalus kokybės rodiklio įvertis galėtų būti 50, o efektyvumo – 22,7 (tokia rodiklių balo vertė galėtų būti tuomet, jei jie viršytų Respublikos vidurkį, t. y. būtų įvertinti maksimaliu balu).

Kitu žingsniu jau kiekvienas iš 15 kokybę ir 11 efektyvumą apibrėžiančių rodiklių vertinamas 3 balų skalėje, čia:

1 balas – mažiau nei Lietuvos vidurkis.

2 balai – Lietuvos vidurkis.

3 balai – daugiau nei Lietuvos vidurkis.

Pastaba: ateityje rekomenduotina susitarti dėl Lietuvos vidurkio intervalų kiekvienam rodikliui atskirai.

Nustatę maksimalią 3 balų vertę kiekvienos dimensijos rodikliams, turime nustyti ir 1 balo vertę. Kokybės 1 balas bus lygus 50/3, t. y. 16,6, o efektyvumo 1 balas bus lygus 22,7/3, t. y. 7,6 (5 lentelė).

Tuomet jau konkrečiai įvertiname kiekvieno rodiklio 1, 2 ir 3 balų vertes, kurios atitinkamai gali būti kokybės 1 balas – 16,6; 2 balai – 33,2; 3 balai – 50. Efektyvumui 1 balas 7,6; 2 balai – 15,2; 3 balai – 22,7.

5 lentelė. Ligoninių veiklos kokybės vertinimo modelis

Kriterijus	Lyginamasis svoris tarp dimensijų	Rodiklių skaičius dimensijoje	Rodiklių maksimali vertė dimensijoje	Rodiklio vertės (RV)			1 balo vertė (BV)
Kokybė	750	15	50 (maks. 3 balų rodiklio įvertis)	1 – Mažiau nei Lietuvos vidurkis	2 – Lietuvos vidurkis	3 – Daugiau nei Lietuvos vidurkis	16,6
Efektyvumas	250	11	22,7 (maks. 3 balų rodiklio įvertis)	1 – Mažiau nei Lietuvos vidurkis	2 – Lietuvos vidurkis	3 – Daugiau nei Lietuvos vidurkis	7,6
Bendras skaičius	1000	26	–	–	–	–	

Kai kiekvienos ligoninės kiekvienas kokybės ir efektyvumo dimensijos rodiklis įvertinamas atitinkamu balų skaičiumi ir jie padauginami iš kiekvieno balo vertės, tuomet kiekvieno rodiklio balo vertės dimensijoje susumuojamos:

- Kokybės kriterijaus balų vertės skaičius = KV (Kokybės 1+2+3+4+5+6+7+8 +9+10+11+12+13+14+15 rodiklių balų vertės)
- Efektyvumo kriterijaus balų vertės skaičius = EV(efektyvumo 1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11 rodiklių balų vertės)
- Kokybės kriterijaus balų vertės skaičius + efektyvumo kriterijaus balų vertės skaičius = Ligoninės bendras balų skaičius.

Toliau ligoninės išdėstomos balų mažėjimo tvarka. Taip galima analizuoti rezultatus ir gilintis į juos, ypač dinamikoje.

Diskusija

Ligoninių veiklos kokybės vertinimo modelis, išreitinguojant ligonines pagal surinktą balų skaičių, yra paprastas, jį nesudėtinga taikyti. Aišku, modelis turi ir teigiamų, ir neigiamų pusių. Jį galima lengvai modeliuoti keičiantis rodiklių skaičiui dimensijose. Rodikliai, suprantama, rodo atitinkamo laikotarpio sveikatos politikos aktualijas ir yra kintantys atskirais periodais. Vienas kitas rodiklis gali būti keičiamas netgi kas keletą metų. Akivaizdu, kad nūdienos sveikatos politika siekia padidinti sveikatos priežiūros efektyvumą padidinant dienos chirurgijos ir sumažinant stacionarinės chirurgijos apimtis, todėl rodiklių sąraše šios pozicijos dominuoja. Tačiau po keleto metų galimai rodiklių sąrašas vėl keisis.

Remiantis šio vertinimo modelio rezultatais, galima aiškiai ir tiksliai įvertinti ligoninių veiklos kokybę ir motyvuoti jas pasitempti. Vertinimo rezultatai galėtų būti skelbiami viešai, o įstaigų reitingai skelbiami kiekvienos ligoninės elektroninėje svetainėje. Reitingavimas yra vienas iš vadybinių būdų, didinantis sveikatos priežiūros įstaigų efektyvumą. Visgi galima diskutuoti, jog rodiklių kiekis dar labai paviršutiniškai atspindi visą ligoninių sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Tačiau pačioje pradžioje pradėję vertinimą su dideliu rodiklių kiekiu, labai rizikuotume įklimpti į sudėtingą ir daug resursų reikalaujantį procesą. Todėl geriau pradėti nuo paprastos ir aiškios sistemos su nedideliu rodiklių skaičiumi.

Vertinimas, žinoma, turi apribojimų, nes labai priklauso nuo rodiklių kokybės. Rodiklių monitoringo problema išlieka ir dar labiau tampa aktuali, nes įstaigos, matydamos savo vertinimus viešojoje erdvėje, ims labai aktyviai reaguoti ir ieškoti vertinimo metodologinių problemų. Akivaizdu, jog kurie kokybės rodikliai dabartiniame SAM įsakyme kiek iškrenta iš trijų balų vertinimo sistemos, nes jiems tinka tik dvibalė jų vertinimo sistema (pvz., periodinės infekcijų ir jų rizikos veiksnių epidemiologinės priežiūros užtikrinimo lygis, antibiotikams atsparių mikroorganizmų paplitimo stebėsenos užtikrinimo lygis, antibiotikams atsparių mikroorganizmų paplitimo stebėsenos užtikrinimo lygis arba nepageidaujamų įvykių registravimo ir analizės plėtros apimtis ir kt). Jie matuojami pažymint, ar įstaigos yra įdiegusios šias sistemas ir jų priemones, ar ne. Visgi, autorės manymu, ir toks dvibalis vertinimas būtų galimas atskiriems rodikliams, tik tuomet reikėtų susitarti, kad teigiamai vertinami rodikliai atitinka 3 balus, o neigiamai – 1 balą. Dar geriau būtų taikyti ir 2 balų vertinimą, t. y., už tam tikras pastangas įvesti atitinkamas kokybės gerinimo priemones atitnkamo rodiklio srityje.

Geriausiai, prieš pradedant vertinimą, vertėtų atlikti keletą pilotinių kai kurių ligoninių vertinimų ir išbandyti modelį realybėje, kad jis neatrodytų vien teorinis.

Išvados

1. Europoje taikomos įvairios metodikos ligoninių veiklos kokybei vertinti ir egzistuoja daug kritinių, diskutuotinų veiklos kokybės vertinimo aspektų (tiek dėl kriterijų parinkimo, apimties, tiek dėl jų interpretacijos). Šiuo metu ne tik tobulinamos, bet ir kuriamos naujos ligoninių veiklos kokybės vertinimo iniciatyvos, kurių vienas iš pavyzdžių pristatomas ir Lietuvoje.
2. Lietuvos ligoninių kokybės vertinimo praktika dar labai nauja, tačiau pagirtina už pastangas, ją kuriant. Trapdisciplininėje darbo grupėje, remiantis užsienio patirtimi. Visgi ligoninių kokybės vertinimo modelis nebaigtas kurti: iki šiol stokojama pagrindinio procese apibendrinančio įvertinimo elemento.

3. Autorės sukurtas ligoninių kokybės vertinimo modelis remiasi kokybės ir efektyvumo dimensijų rodiklių etapiniu vertinimu pagal keturių etapų sistemą; pirmajame etape nustatant dimensijos kokybės ir efektyvumo lyginamąjį svorį; antrajame ir trečiajame apskaičiuojant rodiklių svertines vertes dimensijoje ir kiekvieno rodiklio vertės bei jo dydžio vertinime, o ketvirtajame etape aritmetiniu sudėties veiksmu apskaičiuojant kiekvienos ligoninės surinktą vertinimo balą galiausiai – sureitinguojant ligonines mažėjimo tvarka.

Rekomendacijos

1. Tikslinga atlikti sukurto modelio pilotinį bandymą su 2015 m. ligoninių veiklos kokybės rodikliais ir išanalizuoti praktines vertinimo problemas.
2. Pritaikyti pasiūlytą vertinimo modelį Lietuvos praktikoje.
3. Įsteigti SAM Rodiklių vertinimo komisiją, kuri galėtų padėti organizuoti metines konferencijas, būtų atsiskaitoma ir išnagrinėjami rezultatai, o vėliau viešai skelbiami konferencijoje ir tinklapyje.

Literatūra

1. Abramikaitė, A. 2015. Ligoninių veiklos kokybės vertinimo modelis Lietuvoje. *Magistro baigiamasis darbas*. Mykolo Romerio universitetas.
2. Alkin, M. 2004. *Evaluation Roots – Tracing Theorists' Views and Influences*. Sage Publications.
3. Bjornberg, A. 2014. Euro Health Consumer Index 2014. Prieiga internete: http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf [žiūrėta 2015-08-15].
4. Donabedian, A. 2003. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press.
5. Health system in transition Norway. *WHO European Observatory on health systems and policies*. 2013. Prieiga internete: https://www.regjeringen.no/en/dokumenter/Health-System-in-Transition-Norway/id766477/ [žiūrėta 2015-08-15].
6. Jankauskienė, D.; Jankauskaitė, I. 2011. Access and quality of health care system by opinion of patients in ten European countries. *Management in health*. ISSN 1453-4541, 15(3), p. 31–39. Prieiga internete: http://journal.managementinhealth.com/index.php/rms/article/viewFile/200/574.
7. Janušonis, V.; Popovienė, J. 2004. *Kokybės sistemos: kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijose*. Monografija. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė.
8. Ruževičius, J. 2007. *Kokybės vadybos metodai ir modeliai*. Vilnius: Vilniaus universitetas.
9. Segolovičienė, I. 2011. Vertinimas viešajame valdyme: samprata ir modeliai. *Viešoji politika ir administravimas*. ISSN 2029-2872, 10(3), p. 437–450.
10. Veillard, J. et al. 2005. A performance assessment framework for hospitals: the WHO Regional Office for Europe PATH project. *International Journal of Quality Hospital Care*. 17, p. 487–496.

Hospital health care quality evaluation model

Danguolė Jankauskienė
Mykolas Romeris University, Lithuania

Summary. *In order to improve the quality of healthcare services and motivate health care institutions to achieve efficiency new management methods are to be found. This article offers one of the instruments created by the author – hospital health care quality evaluation model.*

The model is developed during a four-stage study. 26 hospital health care quality assessment indicators, approved in Lithuania, were chosen as the basis of the study. In the first stage of the study, foreign hospital quality assessment models being practiced in other countries were analysed finding key dimensions which were later identified as quality and efficiency. In the second and third stages of the study, mathematical model for the assessment of indicators was developed. The second stage was simulated in three steps. It was firstly presumed that the maximum number of points assembled by a perfectly assessed Hospital could be 1,000 points, whereas, the lowest score possible being estimated to be – 333. During the second step, relative weight for each dimension (quality and efficiency) was calculated. Quality, as being more substantial dimension, has been given two-thirds, or 75 percent of the relative weight and efficiency accounted for one third, or 25 percent of the relative weight. The third step of the second stage consists of the calculation of value for each specific benchmark indicators assigned to the individual dimensions (quality – 15 indicators; efficiency – 11). All indicators have constant weight. The third step of the study was the assessment of size of each quality and efficiency indicator presented by a particular hospital. This size was measured in 3-point scale, where 1 point means less than the Lithuanian average, 2 – the average of Lithuania, 3 – more than the Lithuanian average. During the fourth stage of the study, the total value of points obtained by each of the 26 indicators was calculated for each hospital and hospitals were ranked from high to low scores by this total value.

Keywords: *health care quality, assessment model, hospital quality indicators, ranking.*

Danguolė Jankauskienė, Mykolo Romerio universiteto Sveikatos tyrimų laboratorijos vadovė, Politikos mokslų instituto profesorė, biomedicinos mokslų daktarė. Mokslinių tyrimų kryptys: sveikatos politika, sveikatos sistemos administravimas ir veiklos valdymas, e. sveikata.

Danguolė Jankauskienė, Doctor of Biomedicine and Social sciences, is Head of Health reseach laboratory, Professor at the Institute of Political Sciences, Mykolas Romeris University. Research interests: health policy, healh system governance, e-health.