

**KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS  
SOCIALINIŲ, HUMANITARINIŲ MOKSLŲ IR MENŲ FAKULTETAS  
VIEŠOSIOS POLITIKOS IR ADMINISTRAVIMO INSTITUTAS**

**Laimutė Kapčiuvienė**

**ODONTOLOGINIŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS UŽTIKRINIMAS SVEIKO  
MIESTO KONTEKSTE**

**Magistro darbas**

**Darbo vadovas**

**Lekt. dr. Donata Jovarauskienė**

**KAUNAS 2015**

**KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS  
SOCIALINIŲ, HUMANITARINIŲ MOKSLŲ IR MENŲ FAKULTETAS  
VIEŠOSIOS POLITIKOS IR ADMINISTRAVIMO INSTITUTAS**

**ODONTOLOGINIŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS UŽTIKRINIMAS SVEIKO  
MIESTO KONTEKSTE**

**Miestų ir regionų vystymo magistro darbas  
Studijų programa 621S33001**

**Darbo vadovas**

(parašas)

**Lekt. dr. Donata Jovarauskienė  
2015-01-05**

**Recenzentas**

(parašas)

**DOC J.SINKIENĖ**

**2015-01-14**

**Atliko**

(parašas)

**SMTV-3/1 gr. stud.**

**L. Kapčiuvienė**

**el. paštas:**

**laimute.kapciuviene@ktu.edu**

**2015-01-05**

## PATVIRTINIMAS APIE MAGISTRO BAIGIAMOJO DARBO SAVARANKIŠKUMĄ

Patvirtinu, kad parengtas **magistro darbas**

Odontologinių paslaugų kokybės užtikrinimas sveiko miesto kontekste

\_\_\_\_\_  
(įrašyti pavadinimą)

- atliktas savarankiškai ir jo dalys arba visas darbas nėra nukopijuotas nuo kitų autorių darbų;
- nebuvo pateiktas atsiskaitymui šiame ar kitame KTU fakultete arba kitoje aukštojoje mokykloje;
- pateiktos nuorodos į visus kitų autorių darbus, kurių medžiaga pasinaudota.

Laimutė Kapčiuvienė

\_\_\_\_\_  
Vardas, pavardė

\_\_\_\_\_  
Parašas

2015-01-06

Data

Kapčiuvienė, L., *Odontologinių paslaugų kokybės užtikrinimas sveiko miesto kontekste*. Miestų ir regionų vystymo magistro darbas. Studijų programa 621S33001. Vadovas lekt. dr. D. Jovarauskienė. Kaunas: Kauno technologijos universitetas, Socialinių, humanitarinių ir menų fakultetas, 2015, 66 psl.

## SANTRAUKA

, Visuomenės burnos sveikata yra nacionalinis turtas ir kapitalas, kurio saugojimas ir puoselėjimas yra svarbiausias valstybės tikslas užtikrinantis šalies socialinę ir ekonominę plėtrą. Odontologinių paslaugų kokybės gerinimas yra kiekvienos valstybės sistemos ir medicinos pagalbos uždavinys. Dainavos poliklinikoje teikiamų odontologinių paslaugų kokybė netenkina pacientų. Darbo objektas. Odontologinių paslaugų kokybė. Darbo tikslas. Ištirti Kauno Dainavos poliklinikoje teikiamų odontologinių paslaugų kokybę ir parengti jų gerinimo planą. Tikslui pasiekti iškelti šie uždaviniai: 1. Išanalizuoti visuomenės sveikatos priežiūros odontologinių paslaugų kokybės sampratą ir klasifikavimą. 2. Ištirti odontologinių paslaugų teikimą Lietuvoje. 3. Aptarti odontologinių paslaugų kokybės užtikrinimo teisinį reglamentavimą. 4. Ištirti Dainavos poliklinikos odontologinių paslaugų kokybę ir parengti jos gerinimo kryptis. Rengiant magistro diplominį darbą naudoti šie metodai: mokslinės literatūros ir teisinių dokumentų analizė, anketinė apklausa, statistinė duomenų analizė. Darbą sudaro trys skyriai: Pirmame skyriuje nagrinėjamos problemos, susijusios su paslaugos ir kokybės sąvokomis, paslaugų teikimo kokybe, kokybės modeliais ir vertinimo kriterijais vartotojo požiūriu. Antrame skyriuje analizuojami odontologinių paslaugų kokybės ypatumai, teisinis reglamentavimas. Trečiame – atliktas odontologinių paslaugų kokybės tyrimas viešosios įstaigos Kauno Dainavos poliklinikoje, pateikiama tyrimo metodika, organizavimas, rezultatai ir išvados. Odontologinių paslaugų kokybės vertinimą pacientų požiūriu nulemia šių paslaugų savybės, kurias vertinant pacientas pasitelkia bendruosius ir specifinius kriterijus: odontologo kompetenciją, procedūrų nemalonumą, nerimą, skausmo laipsnį, jų įtraukimą į gydymo sprendimų priėmimą. Kauno Dainavos poliklinikos Odontologinio skyriaus paslaugų kokybę pacientai vertina teigiamai (vertinimų vidurkis 4,16 balo iš 5 balų). Daugiau nei pusė apklaustųjų naudodamiesi Dainavos poliklinikos odontologinėmis paslaugomis jokių sunkumų nepatyrė. VšĮ Kauno Dainavos poliklinikos odontologinio skyriaus teikiamų paslaugų kokybės pacientų požiūriu gerinimas sietinas su šiomis kryptimis: vadovavimo stiprinimu; odontologinio skyriaus personalo kvalifikacijos ir gebėjimų dirbti su pacientais tobulinimu; odontologinio skyriaus materialinės bazės gerinimu.

Kapčiuvienė, L. *The Assurance of Dental Care Quality in the Context of Healthy City*. Master's final work- Urban and regional development. Study program 621S33001. Scientific manager lect. dr. D. Jovarauskienė. Kaunas: Kaunas University of Technology, Faculty of Social Sciences, Arts and Humanities, 2015, 66 pages;

## SUMMARY

Oral hygiene of society is national wealth and fund, which must be cherished and protected by the state ensuring country's social and economic development. Improvement quality of dental services is the task of every state's system and medical assistance. Patients are not satisfied with The quality of the services provided by the Department of Odontology of the public enterprise Kaunas 'Dainava' clinic. Object of the work. The quality of the odontology services. The aim of the work. Investigate the quality of the services provided by the Department of Odontology of the public enterprise Kaunas 'Dainava' clinic and prepare the plan for their improvement . The tasks: 1. Analyze conception and qualification of the quality of the public health care odontology services. 2. Investigate provision of odontology services in Lithuania. 3. Discuss juridical regulation of the quality of odontology services. 4. Investigate the quality of the odontology services provided by the Department of Odontology of the public enterprise Kaunas 'Dainava' clinic and directions for improvement. The methods of final work: Analysis of scientific literature and legal documents, questionnaire survey, statistical analysis of data. The work consists of three sections: In the first section are analyzed problems related with concepts of service and quality, the quality of the services, models of quality, assessment criteria from the consumer's viewpoint. In the second - analyzed peculiarities of odontology services quality, legal regulation. In the third – research methodology, organization and results. Conclusions. The evaluation of the odontology service quality from the point of view of the patient is determined by the characteristics of these services that are evaluated by the patient using various criteria: expertise of the odontologist, discomfort caused by the treatment, anxiety, degree of pain and taking these factors into account when making decisions on treatment methods. The quality of the services provided by the Department of Odontology of Kaunas 'Dainava' clinic was evaluated positively by the clients (average evaluation was 4.16 out of 5). More than half of the respondents experienced no discomfort from the odontology services provided by Kaunas 'Dainava' clinic. The quality of the odontology services provided by the Department of Odontology of the public enterprise Kaunas 'Dainava' clinic should be improved in the following fields: strengthening of management; enhancement of qualification and patient oriented skills of the Department of Odontology staff; and improvement of material facilities within the Department of Odontology.

## TURINYS

Lentelių sąrašas.....	7
Paveikslų sąrašas.....	8
ĮVADAS .....	10
1. ODONTOLOGINIŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS IR JOS VERTINIMO VARTOTOJŲ POŽIŪRIU TEORINIŲ ASPEKTŲ ANALIZĖ .....	12
1.1. Odontologinių paslaugų reikšmė formuojant sveiko miesto koncepciją.....	12
1.2. Odontologinės paslaugos samprata ir klasifikavimas.....	15
1.3. Odontologinių paslaugų kokybė ir jos užtikrinimo modeliai.....	17
1.4. Odontologinių paslaugų kokybės vertinimo vartotojo požiūriu kriterijai.....	22
2. TEIKIAMŲ ODONTOLOGINIŲ PASLAUGŲ ORGANIZAVIMAS IR REGLAMENTAVIMAS KOKYBĖS ASPEKTU .....	27
2.1. Odontologija - sudėtinė bendrosios medicinos dalis .....	27
2.2. Odontologinių paslaugų kokybės užtikrinimo ypatumai.....	30
2.3. Odontologinių paslaugų kokybę reglamentuojantys teisės aktai Lietuvoje .....	32
3. ODONTOLOGINIŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS TYRIMAS KAUNO DAINAVOS POLIKLINIKOJE .....	34
3.1. Kauno Dainavos poliklinikos Odontologijos skyriaus pristatymas .....	34
3.2 Tyrimo metodika .....	37
3.3. Tyrimo rezultatų analizė ir jų pritaikymas kokybės gerinimo sprendimams priimti .....	39
3.4. Odontologinių paslaugų kokybės gerinimo kryptys pacientų požiūriu.....	50
LITERATŪRA .....	58
PRIEDAI.....	62
1 Priedas .....	62
2 Priedas .....	66

## Lentelių sąrašas

1 lentelė. Prekių ir paslaugų savybės.....	16
2 lentelė. Sveikatos priežiūros kokybės matmenys.....	18
3 lentelė. Paslaugų kokybės vertinimo vartotojų požiūriu kriterijai.....	23
4 lentelė. Paslaugų kokybės vertinimo kriterijai .....	24
5 lentelė. A. Parasuraman, V. Zeithaml, ir L. Berry išskirti kokybės kriterijai.....	24
6 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kriterijai pagal Servqual metodiką.....	26
7 lentelė. Tiriamųjų charakteristikos .....	39
8 lentelė. Koreliacija tarp pasitenkinimo paslaugomis ir jų kokybės aspektais.....	49

## Paveikslų sąrašas

1 pav. Bendrai suvokta paslaugos kokybės modelis (Grönroos, 2007).....	20
2 pav. Paslaugų kokybės spragų modelis.....	21
3 pav. Dantų ir burnos ertmės sveikatos vertinamo (pacientų požiūriu) skirstinys.....	40
4 pav. Odontologinio skyriaus paslaugų, kuriomis naudojosi pacientai skirstinys.....	41
5 pav. Pasitenkinimo odontologinėmis paslaugomis skirstinys.....	42
6 pav. Plombinių medžiagų kainų vertinimas, už kurias turi susimokėti pacientas.....	43
7 pav. Odontologinių paslaugų kokybės atskirų aspektų vertinimas ( <i>*-tarpusavyje nesiskiria, bet statistiškai patikimai (<math>p&lt;0,05</math>) skiriasi nuo likusių aspektų vertinimo</i> ).....	43
8 pav. Paslaugų kokybės aspektų vertinimas pagal socialinę-profesinę tiriamųjų padėtį ( <i>*-<math>p&lt;0,05</math>, lyginant su kitais, **-<math>p&lt;0,05</math>, lyginant su pensininkais</i> ).....	44
9 pav. Fizinės aplinkos vertinimas amžiaus aspektu ( <i>*-<math>p&lt;0,05</math> lyginant su likusiomis, išskyrus 41-50 m., amžiaus grupėmis</i> ).....	45
10 pav. Odontologinių paslaugų kokybės atskirų aspektų lyginimas demografiniu požiūriu: šeimininės padėties aspektu ( <i>*-<math>p&lt;0,05</math> lyginant su kitais</i> ).....	46
11 pav. Pacientų, (kurie patyrė sunkumus, t.y 19 proc.), patirtų sunkumų vertinimas ( <i>*-<math>p&lt;0,05</math>, lyginant su kitais</i> ).....	47
12 pav. Patirtų sunkumų (nesklandumų) odontologiniame skyriuje vertinamas lyties aspektu ( <i>*-<math>p&lt;0,05</math> lyginant su vyrais</i> ).....	48
13 pav. Patekimo pas gydytoją nurodytu laiku (vertinimas pagal respondentų pajamas 1-am šeimos nariui per mėnesį) ( <i>*-<math>p&lt;0,05</math> lyginant su likusiomis 501-1000 Lt grupe</i> ).....	48
14 pav. Patirtų sunkumų (nesklandumų) vertinimas pagal respondentų šeimininę padėtį ( <i>*-<math>p&lt;0,05</math> lyginant, su išsituokusiais ir našliais, **-<math>p&lt;0,05</math> lyginant su susituokusiais</i> ).....	49



## Santrumpos

**OR** – Odontologų Rūmai;

**HN** – Higienos norma;

**MN** – Medicinos norma;

**F** – apskaitos forma;

**LK** – Forma Nr. 025/a – LK

Patvirtinta 1998 11 26 SAM įsakymu Nr. 687;

**SAM** – Sveikatos apsaugos ministerija;

**IR** – Lietuvos respublika

**PSO** – Pasaulinė sveikatos organizacija

**SP** – sveikatos priežiūra

**SPI** – sveikatos priežiūros įstaiga

**SPK** – sveikatos priežiūros kokybė

**TLK** – teritorinė ligonių kasa

**LNSS** – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema

**LSIC** -LIETUVOS SVEIKATOS INFORMACINIS CENTRAS

**CED** -EUROPOS ODONTOLOGŲ TARYBA

**FDI** – pasaulinis odontologų kongresas

**KVS** – kokybės vadybos sistema

## IVADAS

**Temos aktualumas.** Odontologinė sveikata yra žmogaus vertybė ir gyvenimo pagrindas, kuris turi būti pakankamai tvirtas, kad būtų sėkmingai sprendžiami kasdienio gyvenimo klausimai, įveikiami socialiniai ir ekonominiai iššūkiai. Visuomenės burnos sveikata yra nacionalinis turtas ir kapitalas, kurio saugojimas ir puoselėjimas yra svarbiausias valstybės tikslas, užtikrinantis šalies socialinę ir ekonominę plėtrą. Sveiki ir darbingi žmonės – šalies ekonomikos augimo ir tvaraus vystymosi garantas, todėl Europos šalies gyventojų odontologinės sveikatos išsaugojimui ir stiprinimui turi būti skiriamas ypatingas dėmesys. Odontologinė gyventojų sveikata yra tiesioginis darbingumą lemiantis veiksnys. Sveikesnė visuomenė galėtų prisidėti prie darbo našumo, šalies ekonomikos augimo ir konkurencingumo, dėl to mažėtų socialinė atskirtis, sveikatos netolygumai.

Geroji tarptautinė praktika ir Lietuvos patirtis rodo, kad tvarus šalies gyventojų odontologinės sveikatos lygio pagerėjimas gali būti pasiektas kompleksiskai naudojant visus pagrindinius sveikatinimo veiksnius.

Odontologinių paslaugų kokybės gerinimas yra kiekvienos valstybės sistemos ir medicinos pagalbos uždavinys. Pacientų nuomonė apie jų patirtį naudojantis odontologinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis tampa svarbiu sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo stebėsenos ir tobulinimo įrankiu. Pacientų nuomonė plačiai tyrinėjama mūsų šalyje ir įgauna vis didesnę reikšmę priimant sprendimus. Kaip pabrėžia tarptautinės organizacijos kaip Ekonominio bendradarbiavimo ir vystymosi organizacija bei Pasaulio sveikatos organizacija pacientų pasitenkinimo odontologinių paslaugų kokybe matavimai yra svarbi sveikatos apsaugos sistemos vertinimo dalis bei pagrindas nacionalinės sveikatos politikos formavimui. Taip pat ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygmenyje nuolatinis odontologinių paslaugų kokybės valdymas turėtų remtis patikima informacija apie pacientų lūkesčius bei pasitenkinimą naudojantis odontologinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis.

Pastaraisiais metais įvairiose šalyse atliekama daugybė pacientų pasitenkinimo tyrimų. Kai kuriose šalyse vykdoma nuolatinė sisteminga pasitenkinimo stebėseną (pvz. Danijoje, Didžiojoje Britanijoje, JAV, Kanadoje, Norvegijoje, Nyderlanduose). Kitose šalyse (pvz. Airijoje, Čekijoje, Estijoje, Ispanijoje, Izraelyje, Slovėnijoje, Lietuvoje) atliekami pavieniai pasitenkinimo tyrimai nacionaliniu arba atskirų asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygmeniu. Tokie pavyzdžiai liudija, kad informacija apie pacientų patirtį yra pripažinta ir plačiai naudojamas paslaugų kokybės matas. Plačios apimties tarptautiniai tyrimai, matuojantys pacientų pasitenkinimą odontologinių paslaugų kokybe sulaukia vis daugiau dėmesio, visgi dauguma atliekamų tyrimų yra nacionaliniai, t. y. pritaikyti tos šalies, kurioje atliekamas tyrimas, specifikai. Taigi, nacionaliniu lygmeniu atliktų tyrimų rezultatų palyginimą tarptautiniame kontekste apsunkina ne tik kultūriniai bei socio-ekonominiai aspektai (pvz.

požiūris į sveikatą, nedarbo lygis, finansų krizės ir pan.), kurie yra svarbūs ir nacionalinio lygmens tyrimuose, bet ir skirtingi lūkesčiai sveikatos priežiūros paslaugų atžvilgiu, nacionalinės sveikatos sistemos modelio ypatumai ir kt. Tyrimas atliktas Sveikatos apsaugos ministerijos užsakymu, vykdant projektą „Pacientų ir odontologinių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos atlikimas ir analizės parengimas“. Nežiūrint šių metodologinių apribojimų, pacientų patirties naudojantis odontologinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis palyginimas skirtingose šalyse yra ypač svarbus ir aktualus tobulinant nacionalines sveikatos apsaugos sistemas ir noras pasimokyti iš „gerosios praktikos“. Kita vertus, Valstybinio audito ataskaitos duomenimis, Lietuvoje dar nėra sukurtos bendros asmens sveikatos priežiūros ir odontologinių paslaugų kokybės užtikrinimo sistemos ir patvirtintų sveikatos priežiūros kokybės rodiklių, neatlikta būklės analizė, gautų rezultatų vertinimas, ateities veiksmų planavimas. Autorių nuomone, pažymėtinas ir sisteminio požiūrio trūkumas tobulinant šalies sveikatos sistemą.

**Tyrimo problema.** Dainavos poliklinikoje teikiamų odontologinių paslaugų kokybė netenkina pacientų.

**Darbo objektas.** Odontologinių paslaugų kokybė.

Šio darbo **tikslas** – ištirti viešosios įstaigos *Kauno Dainavos poliklinikos* teikiamų odontologinių paslaugų kokybę ir parengti jų gerinimo planą.

Tiksliui pasiekti išskelti šie **uždaviniai**:

- 1) Išanalizuoti visuomenės sveikatos priežiūros odontologinių paslaugų kokybės sampratą ir klasifikavimą.
- 2) Ištirti odontologinių paslaugų teikimą Lietuvoje.
- 3) Aptarti odontologinių paslaugų kokybės užtikrinimo teisinį reglamentavimą.
- 4) Ištirti Dainavos poliklinikos odontologinių paslaugų kokybę, aptarti jos gerinimo kryptis.

Rengiant magistro diplominį darbą naudoti šie **metodai**:

Mokslinės literatūros ir teisinių dokumentų analizė, anketinė apklausa, statistinė duomenų analizė.

Darbą sudaro trys **skyriai**: Pirmame skyriuje nagrinėjamos problemos, susijusios su paslaugos ir kokybės sąvokomis, paslaugų teikimo kokybe, kokybės modeliais ir vertinimo kriterijais vartotojo bei odontologinių reikšmė, formuojant sveiko miesto koncepciją.

Antrame skyriuje analizuojami odontologinių paslaugų kokybės ypatumai, teisinis reglamentavimas. Trečiame – atliktas odontologinių paslaugų kokybės tyrimas viešosios įstaigos Kauno Dainavos poliklinikoje. Pateikiama tyrimo metodika, organizavimas ir rezultatai.

Atsižvelgiant į atlikto tyrimo duomenis, gautus rezultatus, pateikiamos išvados ir praktinės rekomendacijos.

# 1. ODONTOLOGINIŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS IR JOS VERTINIMO VARTOTOJŲ POŽIŪRIU TEORINIŲ ASPEKTŲ ANALIZĖ

## 1.1. Odontologinių paslaugų reikšmė formuojant sveiko miesto koncepciją

Regionų plėtros procesams odontologinių paslaugų kokybei užtikrinti vien politinių priemonių nepakanka. Regionų plėtra turi būti įsisauganti visuomenės būtinybė, lemianti jos kasdienes pasirinkimus ir įtaką ekonominiams ir politiniams sprendimams. Ji reikalauja ne tik ekonominių ir socialinių struktūrų pokyčių, bet ir esminio mąstymo pasikeitimų bei aktyvaus dalyvavimo darnaus vystymosi procesuose. Viena esminių regionų plėtros prielaidų yra platus visuomenės dalyvavimas sprendimų priėmimo, gerinant odontologines paslaugas. Darniajam vystymuisi užtikrinti svarbu visų darnaus vystymosi procesuose dalyvaujančių suinteresuotų asmenų supratimas, nuostatos, valia, naudos ir atsakomybės pripažinimas. Tam reikalingas glaudus partneryste pagrįstas bendradarbiavimas ir aktyvus dalyvavimas. Dalyvavimas taip pat apibrėžiamas kaip procesas, kuriame žmonės įgalinami būti aktyviais ir iš tikrųjų įtrauktai į procesus, kai sprendžiami jiems aktualūs klausimai, priimami sprendimai, susiję su jų gyvenimui įtakos darančiais veiksniais, rengiant ir įgyvendinant politikas, planuojant odontologines paslaugas ir jas įgyvendinant, taip pat siekiant pokyčių (WHO, 2002). Bendruomenės dalyvavimas ypač svarbus rengiant, įgyvendinant ir vertinant odontologines programas bei intervencijas, kurių paskirtis – gerinti gerovę ir gyvenimo kokybę, stiprinti odontologinę sveikatą ir saugoti aplinką. Visuomenės apklausos ir jų nuomonės išklausymas apie aplinkos įtaką gali labai padėti atkreipti dėmesį esant skirtingiems požiūriams į šią problemą, o laisva prieiga prie aktualios informacijos ir alternatyvių ekspertizės šaltinių gali būti geru pagrindu viešai diskutacijai kilti (Our Common Future, 1987). Suinteresuotų asmenų įtraukimas yra visos integruotos vadybos sistemos visuose etapuose pagrindas (Aaltonen, 2009). Jis taip pat svarbus mažinant socialinius, tarp jų odontologinės sveikatos netolygumus bei socialinę atskirtį ir atvirkščiai didinant socialinę įtrauktį.

Nemažiau svarbu, kad jaunimas aktyviai dalyvautų priimant sprendimus, darančius įtaką jo dabartiniam gyvenimui ir ateičiai. Greta intelektualinio indėlio ir bendradarbiavimo galimybių, jaunimas turi unikalias ateities perspektyvas, į kurias būtina atsižvelgti. Pavyzdžiui, vaikai aktyviai dalyvauja odontologinės sveikatos stiprinimo procesuose ne tik artimiausioje aplinkoje, bet taip pat jie gali tapti savotiškais agentais vietos bendruomenės lygiu, ypač tuomet, kai susiduria su realaus gyvenimo problemomis ir kuomet jiems suteikiama parama (Simovska, 2012).

Integracinės strategijos pabrėžimas bei į ilgalaikės trukmės terminus orientuotas socialinis, ekonominis ir aplinkos vystymasis parodo sąsajas tarp „Sveikų miestų“ projekto ir tarptautinės ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos „Ekologinio miesto“ projekto (Tsouros, 1996), kuriame akcentuojama odontologinės aplinkos būklė ir aplinkos sąlygos. Tačiau „sveikų miestų“ projektu siekiama minėtus klausimus įtraukti į politikos darbotvarkę, sukurti struktūras bei išplėtoti

procesus, siekiant aplinkos būklės pagerinimo per odontologinei sveikatai įtaką darančius veiksniai. Į darnų vystymąsi orientuoti „Sveikų miestų“ tikslai. Vienas iš šešių strateginių „Sveikų miestų“ tikslų yra – „skatinti politiką ir veiksmus, nukreiptus į burnos sveikatą ir darnų vystymąsi vietos lygmeniu ir visame PSO Europos regione“ (WHO European healthy cities network, 2009). Principų integralumas: skurdas, socialinė įtrauktis, demokratija, partnerystė, dalyvavimas (WHO European healthy cities network, 2009, ES TVS, 2006). Sveikatos ir darnaus vystymosi sąsajos pirmą kartą dar 1987 metais Jungtinių Tautų Aplinkos ir plėtros komisijos ataskaitoje „Mūsų bendra ateitis“ (Our Common Future, 1987) apibrėžtoje darnaus vystymosi sąvokoje pažymėta integrali darnaus vystymosi prigimtis. Nors šioje ataskaitoje didžiausias dėmesys skirtas aplinkos problemoms, pabrėžta, kad dėmesys odontologinių paslaugų kokybei, skurdo mažinimui, ekonomikos plėtra ir teisingumo garantijos yra tokie pat būtini, kaip ir rūpestis dėl aplinkos. Kartu pažymėta, kad „vien įstatymais negalima įgyvendinti visų interesų, tam daugiausia reikia bendruomenės žinių ir palaikymo, reiškiančio didesnę visuomenės dalyvavimą sprendimuose, kurie daro įtaką aplinkai“. Visuomenės dalyvavimas, kuriuo siekiama sustiprinti piliečių dalyvavimą priimant sprendimus, įmonių ir socialinių partnerių dalyvavimas, siekiant sustiprinti socialinį dialogą, įmonių socialinę atsakomybę ir privačiojo bei viešojo sektorių partnerystę skatinant bendradarbiavimą ir bendrą atsakomybę vieni pagrindinių Europos Sąjungos ir Lietuvos darnaus vystymosi politikos principų (ES TVS, 2006; Nacionalinė DV strategija, 2003, 2009).

Pagrindiniame Rio + 20 konferencijos dokumente „Ateitis, kurios norime“ 138 punkte išdėstyta nuostata apie pripažinimą, kad „gera“ odontologinė sveikata yra prielaida darniajam vystymuisi, yra jos rezultatas bei visų trijų darnaus vystymosi aspektų rodiklis“ (Resolution, 2012). atkreipiamas dėmesys į tai, kad burnos ligų poveikis neinfekcinėms ligoms yra labai didelis. Bendrosios burnos infekcijos yra labai susijusios su neinfekcinėmis ligomis (diabetu, širdies ir kraujagyslių, kvėpavimo ligomis, tam tikromis vėžio formomis), pabrėžiama, kad nesveika mityba, piktnaudžiavimas tabako gaminiais ar alkoholio vartojimas, prasta higiena, stresas, socialiniai ir ekonominiai skirtumai – tai bendri veiksniai, kurie sąlygoja tiek burnos ligų, tiek neinfekcinių susirgimų sąlygojančius veiksniai, taip pat remtą FDI parengtu dokumentu „Vizija 2020“, kuris propaguoja burnos sveikatą kaip gyvybiškai svarbią bendrosios sveikatos ir pilnaverčio gyvenimo dalį. Dėl burnos infekcijų kaip sisteminių ligų rizikos faktoriaus. Optimali burnos sveikata ir burnos/periodonto infekcijos bei uždegimo kontrolė turi tapti svarbia gydymo strategijos, kuri siekia sumažinti periodonto ligų vietinį ir sisteminių poveikį, dalimi. Rezoliucijoje pabrėžiama, kad Nacionalinės odontologų asociacijos, taip pat burnos priežiūros specialistai individualiai turi šviesti visuomenę, perteikdami jiems naujausius mokslo tyrinėjimus ir pasiekimus. Pabrėžiama, kad mokslas turi pasiekti visuomenę per gydytojus odontologus ir burnos priežiūros specialistus. FDI, bendradarbiaudama su Pasaulio sveikatos organizacija, turi siekti, kad burnos sveikata būtų įtraukta į vyriausybės politiką, susijusią su bendrąja

sveikata. Dėl seilių diagnostikos. Naujausiais tyrimais patvirtinta, kad seilės yra us bioskystis, turintis didelę reikšmę tikrinant, įvertinant riziką ir diagnozuojant burnos ir sisteminės ligas. Todėl gydytojais odontologai turi atkreipti ypatingą dėmesį į seilių tyrimų pritaikymą klinikinėje praktikoje. 5. Dėl bisfenolio-A dantų plombinėse ir profilaktinėse medžiagose. Pabrėžiama, kad bisfenolio-A nėra odontologinių medžiagų sudėtyje, tačiau jo minimalių likučių gali būti randama produktuose dėl gamybos proceso. Akcentuojama, kad FDI ir toliau rinks mokslinių tyrimų duomenis ir informuos odontologus apie tai, kaip bisfenolis-A yra absorbuojamas ir išvalomas iš organizmo. FDI ir ateityje skatins įvairias programas, skirtas skleisti informaciją apie dantų edukacines profilaktikos svarbą.

PSO „Sveikata – visiems“ principai ir Otavos sveikatos stiprinimo chartijos gairės sudaro „Sveikų miestų“ projekto pagrindą. Vienas šių principų yra visuomenės dalyvavimas. Be aktyvaus visuomenės dalyvavimo neįmanomas „Sveikų miestų“ projekto įgyvendinimas (WHO, 1997) 1987 metais kilusi Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) „sveikų miestų“ idėja suteikia holistinį (visuminį) požiūrį į sveikatą ir ją analizuoja per platų jai įtakos darančių veiksnių spektrą. Šie veiksniai dažniausiai yra už odontologinės sveikatos sektoriaus ribų ir todėl reikalauja tarpsektorinių veiksmų. Kartu PSO pabrėžia politinės valios ir konkrečių veiksmų svarbą (WHO European healthy cities network, 2009). Europos „Sveikų miestų“ projektas pradėtas, siekiant padėti miestams įgyvendinti politikas ir planus, grindžiamus „Sveikata – visiems“ (WHO, 1985) ir Otavos sveikatos stiprinimo chartija (WHO, 1986), kiek vėliau praplėsta ir Darbotvarkė 21 (UN, 1992) nuostatomis.

Nacionaliniai sveikų miestų tinklai yra galingas išteklius burnos sveikatai ir darniam vystymuisi Europoje (Klaus et. al, 2010). Europos „Sveikų miestų“ projektas gali būti apibūdinamas kaip socialinis judėjimas, apimantis nepaprastai plačią sritį intervencijų: politinių, socialinių, taip pat orientuotų į elgsenos pokyčius, reikalingų populiacijos odontologinei sveikatai gerinti ir ją išlaikyti (de Leeuw, 2009). „Sveikų miestų“ projektas pasižymi specifiniu įgyvendinimo mechanizmu. Jis įgyvendinamas laipsniškai. Jau pačioje pradžioje numatomi sprendimai. (Cornburn, 2009). Taip pat priskirtinas solidarumas ir draugiškumas (Zagreb Declaration, 2008), reiškiantis darbą partnerystėje su įvairiais suinteresuotais asmenimis ir skirtingose kultūrose, tarpsektorinių veiksmų sutelkimas sveiko miesto projekto iniciavimo fazėje (WHO, 1997).

Daugiadimensinė visuomenės sveikatos prigimtis reikalauja sutelkti įvairių sektorių pastangas ir į sveiko miesto kūrimo procesus įtraukti suinteresuotus asmenis. Todėl su dalyvavimo principu sietinas ir partnerystės principas. Šio principo taikymas svarbus dėl keleto priežasčių. Kaip teigia Green su bendraautoriais (2009), skirtingi sektoriai gali pasidalinti savo miesto bendrais interesais žmonių gerovės srityje, vietos lygmeniu yra daugiau galimybių tiesiogiai bendradarbiauti, palyginti su nacionaliniu lygmeniu, pakitusios darbo ir gyvenimo sąlygos miestuose reikalauja naujo valdymo ir atitinkamos struktūros (Green et al., 2009). Ir tai yra vienas svarbiausių privalomų sveiko miesto su sveikais dantimis projekto reikalavimų. Politiniai sprendimai, tarpsektoriniai veiksmai, visuomenės

dalyvavimas ir inovacijos sveiko miesto struktūros viduje, sąlygos, prisidedančios prie politikos yra prielaidos gerinti visuomenės burnos sveikatą (WHO, 1997). Anot Green ir bendraautorių (2009) didžioji dalis miestų, būdami Europos sveikų miestų tinklo dalimi, pakeitė procesus, susijusius su sprendimų priėmimu ir planavimu sveikatos labui, tradicinę ir moderniosios visuomenės sveikatos praktiką susiedami su ekonomikos ir aplinkos sektoriais.

Taigi, apibendrinus medžiagą galima teigti, jog visuomenės dalyvavimas – vienas esminių Sveikų miestų principų. Principas taip pat įtvirtintas politinėse deklaracijose, priimtose eilėje Euro22. Odontologija - savarankiška ir svarbi bendrosios medicinos šaka, padedanti kurti ne tik gražų, bet ir sveiką žmogų. Europos Sveikų miestų projektas skirtas padėti miestams įgyvendinti politikas ir planus, grindžiamus Sveikata – visiems, Otavos sveikatos stiprinimo chartija, Darbotvarkė 21 nuostatomis. Visuomenės dalyvavimas – vienas esminių Sveikų miestų principų. Principas taip pat įtvirtintas politinėse deklaracijose, priimtose eilėje Europos sveikų miestų konferencijų. Aktyviam visuomenės dalyvavimui užtikrinti būtinos prielaidos, tokios kaip visų darnaus vystymosi procesuose dalyvaujančių suinteresuotų asmenų supratimas, nuostatos, valia, naudos ir atsakomybės pripažinimas, taip pat visuomenės įgalinimo aktyviai dalyvauti procesas.

## 1.2. Odontologinės paslaugos samprata ir klasifikavimas

Norint išanalizuoti, kas laikytina paslaugų kokybe, pirmiausia būtina aptarti, kas yra paslauga. Mokslinėje literatūroje dažniausiai pateikiami paslaugos apibrėžimai: A. Palmer (1998) tvirtina, kad paslauga yra veiksmas arba veiksmų serija, pasireiškianti tarpusavyje bendraujant asmenims arba jiems kontaktuojant su fiziniu įrenginiu ar mašina ir suteikianti pasitenkinimą vartotojui. Pasak Ph. Kotler (1994), paslauga yra bet kokia nauda ar veikla (ji gali būti susieta ar nesusieta su fiziniu produktu), kurią viena šalis gali pasiūlyti kitai, pasižyminti neapčiuopiamumu ir nesuteikianti galimybės ką nors pasisavinti. Ch. Grönroos (1990) manymu, paslauga yra veikla ar nuoseklus jų junginys, daugiau ar mažiau neapčiuopiamos kilmės, kuri paprastai pasireiškia vartotojų ir paslaugos teikėjų ir (arba) fizinių išteklių ar prekių ir (arba) paslaugų teikėjo sistemų, kurios siūlomos vartotojo problemoms spręsti, sąveika. M. Gabbott ir G. Hagg (1998) teigia, kad paslauga yra daugiau ar mažiau nematerialios prigimties veikla ar veiklų rinkinys, kurios paprastai, nors nebūtinai, vyksta kaip sąveika tarp vartotojo ir paslaugą teikiančio asmens, fizinių išteklių ar prekių, kuriuos paslaugų teikėjas pateikia kaip vartotojo problemų sprendimą.

Nors paslaugos yra labai įvairios, jos turi ir bendrų savybių, padedančių atskleisti, kokia veikla priskiriama paslaugoms. J. S. Oakland ir J. A. Dotchin (1994) išskiria negendamumą, teikimo ir vartojimo vienalaikiškumą, heterogeniškumą; B. Vengrienė (1998) – paslaugų neapčiuopiamumą, neišsaugomumą, neatskiriamumą ir kliento dalyvavimą; R. Mažeikaitė (2002) – neilgaamžiškumą,

teikimo ir vartojimo neatskiriamumą ir nevienodumą; V. Kindurys (1998) – neapčiuopiamumą, nekaupiamumą, neatskiriamumą ir heterogeniškumą; E. Vitkienė (2004) – nematerialumą, vartojimo ir teikimo neatskiriamumą, heterogeniškumą, nekaupiamumą ir vartotojo dalyvavimą. Kaip matome, nors ir įvardindami skirtingai, visi minėti mokslininkai pažymi, jog paslaugos yra neapčiuopiamos, heterogeniškos, teikiamos ir vartojamos vienu metu, neturi nuosavybės ir svarbiausia ją teikiant privalo dalyvauti vartotojas. 1 lentelėje apibendrintos prekių ir paslaugų savybės.

Mokslinėje literatūroje teigiama, jog paslaugų kokybė ir jos vertinimas priklauso nuo paslaugų savybių. Neapčiuopiamumas sąlygoja, kad, vertinant paslaugą, vartotojas paprastai vadovaujasi savijauta, patirtimi, didelę įtaką daro pasitikėjimas ar nepasitikėjimas paslaugos teikėju. Kitaip tariant, didelį vaidmenį vertinant paslaugų kokybę dėl šios savybės atlieka subjektyvumas. Teikimo ir vartojimo vienalaikiškumas arba neatskiriamumas reiškia, kad paslauga yra ne statiška gėrybė, o procesas (veiksmų eilė). Ši savybė lemia vartotojo funkcijas paslaugos teikimo procese; šiame procese jis yra ir būtinas veiklos veiksnys, ir pilnateisis paslaugų proceso dalyvis. Taigi paslaugoms būdingas teikimo ir vartojimo procesų susijungimas.

*1 lentelė. Prekių ir paslaugų savybės.*

Autoriai	Paslaugos apibūdinimas
A.Palmer (1998)	Yra veiksmas arba veiksmų serija, pasireiškianti tarpusavyje bendraujant asmenims arba jiems kontaktuojant su fiziniu įrenginiu ar mašina ir suteikianti pasitenkinimą vartotojui.
Ph. Kotler (1994)	Yra bet kokia nauda ar veikla (ji gali būti susieta ar nesusieta su fiziniu produktu), kurią viena šalis gali pasiūlyti kitai, pasižyminti neapčiuopiamumu ir nesuteikianti galimybės ką nors pasisavinti.
Ch.Gronroos (1990)	Yra veikla ar nuoseklus jų junginys, daugiau ar mažiau neapčiuopiamos kilmės, kuri paprastai pasireiškia vartotojų ir paslaugos teikėjų ir (arba) fizinių išteklių ar prekių ir (arba) paslaugų teikėjo sistemų, kurios siūlomos vartotojo problemoms spręsti, sąveika.
M.Gabbott ir G.Hagg (1998)	Yra daugiau ar mažiau nematerialios prigimties veikla ar veiklų rinkinys, kurios paprastai, nors nebūtinai, vyksta kaip sąveika tarp vartotojo ir paslaugą teikiančio asmens, fizinių išteklių ar prekių, kuriuos paslaugų teikėjas pateikia kaip vartotojo problemų sprendimą.

Tuo atveju paslaugos kokybė, atsiskleidžianti vartojimo procese, nenutolsta nuo paslaugos teikėjo. Jis žino vartotojo nuomonę, pasitenkinimą ar nepasitenkinimą paslaugos kokybe ir gali operatyviai koreguoti paslaugą. Vartotojo vertinimo rezultatai įgalina teikėją projektuoti naujų savybių paslaugas ir taip gerinti paslaugų kokybę. Ši paslaugos savybė sąlygoja ir tai, kad formuojasi tam tikri



reikalavimai personalo, ypač kontaktinio, kvalifikacijai. Trečioji savybė – *heterogeniškumas*, kuris atsiranda dėl to, kad paslauga yra jos teikėjo ir vartotojo sąveikos rezultatas. Tai reiškia, kad paslauga vienam vartotojui nėra visiškai tokia pati kaip kitam jau vien dėl skirtingų santykių, susiklosčiusių tarp paslaugos teikėjo ir vartotojo. Netgi toje pačioje įmonėje dirbantys specialistai skiriasi savo žiniomis, patirtimi, sugebėjimais ir dar daugeliu kitų savybių. Tai reiškia, kad kiekvieno iš jų indėlis į paslaugos teikimą nėra tapatus. Panašūs skirtumai atsiranda ir dėl vartotojų santykio su paslauga. Visa tai sąlygoja, kad tos pačios paslaugos, kurias teikia tas pats asmuo, kokybę skirtingi vartotojai gali vertinti nevienodai. Be to, paslaugos heterogeniškumą, vadinasi ir skirtingus tos pačios paslaugos vertinimus, lemia ir paslaugos teikimo vieta, laikas ir kt. Kokybės vertinimui ypač svarbi *vartotojo dalyvavimo paslaugos teikimo procese* savybė, nes vartotojas aktyviai veikia paslaugos teikimo procesą ir daro įtaką jo eigai, rezultatui, o taip pat ir vertinimo procesui. Teikiant paslaugas labai svarbūs santykiai tarp teikėjo ir vartotojo, nes nuo jų taip pat priklauso, kaip vartotojas vertins paslaugų kokybę. Tai, ką vartotojas supranta ir jaučia, priklauso nuo kontaktinių darbuotojų (pavyzdžiui, gydytojų, slaugytojų, registratorių), fizinių produktų (pavyzdžiui, plombavimo medžiagų, įrangos ir kt.), sistemų (pavyzdžiui, registracijos protezavimui, skundų sprendimo ir kt.), o taip pat ir kitų vartotojų, kurie dalijasi savo patirtimi, duoda patarimus ir pan.

### **1.3. Odontologinių paslaugų kokybė ir jos užtikrinimo modeliai**

Atlikus odontologinių paslaugų kokybės ir jos vertinimo vartotojų požiūriu teorinių aspektų analizę, labai svarbu išanalizuoti šių paslaugų kokybės aspektus bei jos užtikrinimo modelius. Šiuolaikinėje konkurencinėje aplinkoje kokybiška paslauga yra bet kurios organizacijos, taip pat ir sveikatos priežiūros įstaigos, egzistencijos ir sėkmės prielaida. Paslaugose, kaip ir prekių gamyboje, kokybė tampa esmine šiuolaikinės organizacijos raidos kryptimi. Kaip teigia Ph. Crosby (1991), kokybė – tai atitikimas reikalavimams. Remiantis V. Janušoniu ir J. Popoviene (2004), kokybė – tai produkto ar paslaugos ypatumų ir charakteristikų visuma, suteikianti galimybę patenkinti išreikštus lūkesčius arba menamus poreikius. Tarptautinė standartizacijos organizacija (ISO) kokybę įvardija gaminio ar paslaugos charakteristikų ir savybių visumą, kuri atitinka išsakytus ir numanomas poreikius (Mikulis, 2007). Apibendrinant galima teigti, kad kokybė yra esybės charakteristika, kuri duotu laiko periodu santykinai tenkina vartotojų poreikius, kai kuriais atvejais ir pralenkia jų lūkesčius dėl nevisiško žinojimo apie duotos rūšies esybės tobulumo etaloną duotu laiko periodu. Kadangi, tobulėjant produktui, auga ir vartotojo poreikiai, šie du procesai nuolat tarpusavyje sąveikaudami skatina abipusį tobulėjimą.

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, nors ir labai dažnai nagrinėjama tarptautinėje medicinos literatūroje, negali būti apibrėžiama vienu terminu. M. Marshall ir kt. (2002) apibūdinimu, kokybė turi keletą skirtingų dimensijų. Pacientai, profesionalai ir vadybininkai suteikia skirtingą prasmę šiai

sąvokai. Sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas atskiromis dimensijomis laikomas vertingesniu procesu negu ieškojimas *absoliučios kokybės* apibrėžimo. Bandymai apibrėžti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę vienu terminu arba sakiniu dažniau klaidina negu padeda. Skirtingų kokybės dimensijų identifikavimas padeda nustatyti kokybės problemų prigimtį, potencialius sprendimus bei perspektyvas dirbančiųjų sveikatos priežiūroje bei jos paslaugų vartotojų. Be to, neretai subjektyvios paciento nuomonės tyrimas atskleidžia silpnąsias sistemos grandis ir galimus problemų sprendimo būdus. Todėl paciento pasitenkinimas (ar nepasitenkinimas) atskirais sveikatos priežiūros paslaugų aspektais tampa svarbia sveikatos priežiūros sistemos vertinimo dalimi bei vienu, nors ir subjektyviu, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodikliu.

Tačiau, norint suprasti, kas lemia šiuolaikinės organizacijos sėkmę, neužtenka vien tik žinoti, kas yra kokybė. A. Donabedian (1992) tvirtina, kad paslaugų vartotojai yra tinkamiausi žmonės tam, kad apibrėžtų, kas yra svarbiausia teikiant paslaugas, t.y. kokie yra lūkesčiai, kurie turėtų padėti nustatyti, kas yra prieinama, patogu, suteikta laiku. Tai tie žmonės, kurie gali pasakyti iki kokio laipsnio jie turi būti išklausomi, informuojami, kaip pagarbiai su jais elgiamasi. Tai pasakytina ir apie odontologinių paslaugų vartotojų suvokiamą kokybę. Pacientas renkasi tas paslaugas teikiančias įstaigas, kurios geriausiai atitinka jo poreikius. Pacientai skiriasi poreikiais, pajamomis, charakteriais ir kitomis ypatybėmis, todėl jų motyvacijos, poreikių, pajamų, prioritetų, elgsenos ir kitų požymių įvairovė sąlygoja būtinybę pritaikyti paslaugą skirtingoms pacientų grupėms. Tik ta paslauga, kuri kuriama atskiroms vartotojų grupėms, gali būti kokybiška. Be to, norint, kad paslauga būtų kokybiška, jos kūrimu turi būti suinteresuotas ne paslaugas teikiančioji pusė, bet ir vartotojas. Taigi norint, kad paslauga būtų kokybiška, ji turi būti sukuriama ir pateikiama vartotojams taip, kad jie liktų patenkinti.

Tai, kas, A. Donabedian (1992) nuomone, turėtų būti išmatuota ir įvertinta gydymo įstaigoje, pateikta 2 lentelėje.

2 lentelė. Sveikatos priežiūros kokybės matmenys.

<b>Struktūros rodikliai</b>	<b>Procesas</b>	<b>Rezultatai</b>
Ištekliai Personalas Įranga Patalpos Informacinės sistemos	Prevencinė priežiūra Diagnozės nustatymas Gydymas Reabilitacija Paciento informavimas ir mokymas	Sveikatos būklė Priežiūros rezultatai Paciento gerovė Paciento pasitenkinimas Išteklų panaudojimo efektyvumas

A. Donabedian (1992) teigia, kad vertinant ir gerinant sveikatos priežiūros kokybę, būtina vertinti tris jos sudėtines dalis:

- 1) Struktūrą – visa tai, kas leidžia pacientui patekti pas gydytoją, t.y. paslaugų prieinamumas geografinė ir finansinė prasme, visi sveikatos priežiūros ištekliai (pastatai, visos darbo priemonės, reikalingos įstaigose taikomoms diagnostinėms ir gydymo technologijoms, tinkamai kvalifikuotas personalas) ir tų išteklių valdymas;

- 2) Procesą – tai medicinos personalo vykdoma ligų prevencijos, diagnostikos, gydymo bei reabilitacijos veikla ir racionalus išteklių šiai funkcijai atlikti valdymas;
- 3) Rezultatą – tai paslauga, kurios kokybė siejama su įvykdytų sveikatos priežiūros uždavinių atitikimo paciento lūkesčiams bei tam tikros profesijos reikalavimams (standartams) laipsniu. Rezultatas atspindi paciento, visuomenės ir gydytojo lūkesčius.

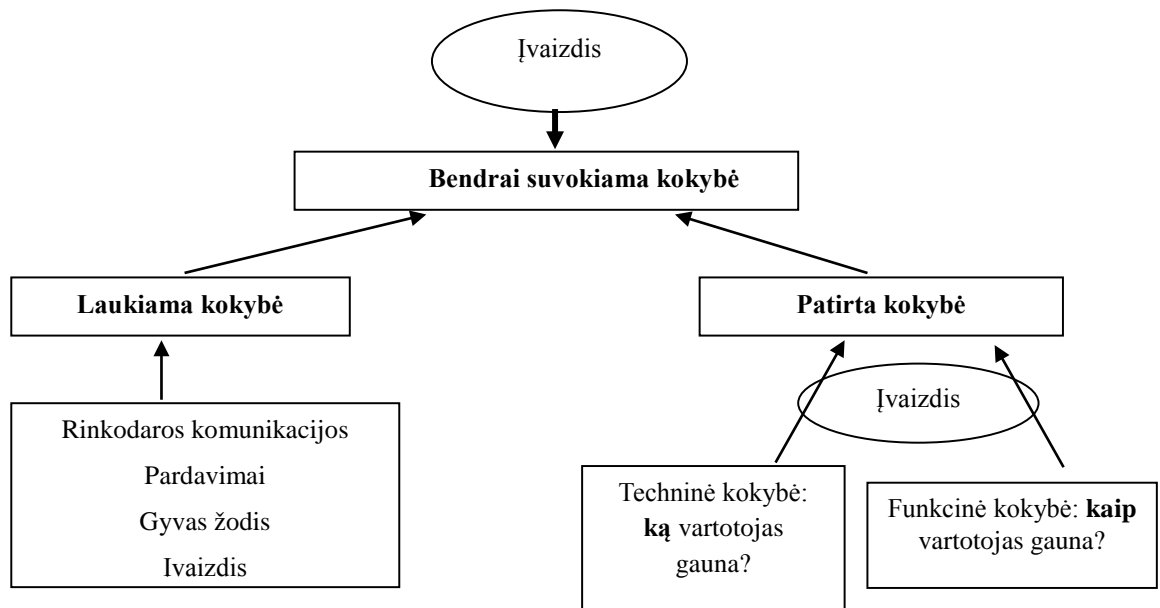
Atskleisti, tirti ir tobulinti paslaugų kokybę padeda modeliai, apjungiantys teoriją ir praktiką. Modelyje atsiribojama nuo mažai reikšmingų elementų ir išeksponuojami tik tie, kurie daro didžiausią poveikį kokybei. Pasak L. Bagdonienės ir R. Hopenienės (2004), mokslinėje literatūroje pateiktus modelius galima būtų skirstyti į tris grupes:

- 1) modelius, paaiškinančius, kaip vartotojas suvokia, kas yra kokybė;
- 2) modelius, atspindinčius kaip kokybė formuojasi visame paslaugos teikimo procese;
- 3) modelius, apimančius visą paslaugų teikimo sistemą ir atskleidžiančius jos sudėtinių dalių įtaką kokybei.

Įvertinant magistro diplominio darbo tyrimo objektą, čia aptarsiu pirmajai grupei priskiriamą Ch. Grönroos *bendrai suvoktos kokybės* modelį ir A. Parasuraman, V. A. Zeithaml ir L. Berry *kokybės spragų* modelį, kuris yra vienas iš svarbiausių antrosios grupės modelių.

*Ch. Grönroos bendrai suvoktos kokybės modelis* (1 pav.).

Pasak Grönroos (2007), bendroji kokybė turi dvi dimensijas: techninę ir funkcinę. Techninė kokybė atspindi tai, *kaip* vartotojas gauna paslaugos metu; tai – kokybės išorinė išraiška. Ji paprastai susijusi su materialinėmis paslaugos teikimo priemonėmis ir technologijomis, atitinkančiomis nustatytus standartus. Prieš teikiant paslaugą, apčiuopiamas priemones vartotojui galima pademonstruoti. Šių priemonių kokybė veikia būsimos paslaugos lūkesčius. Tačiau techninės kokybės parametrai savaime negarantuoja, kad vartotojui suteikta paslauga bus geros kokybės, net jei ji atitiktų išorinius teikėjo įsipareigojimus ir pažadus. Vartotojas jautriai reaguoja į tai, *kaip* teikiama paslauga. Tai antroji – funkcinė – kokybės dimensija.



*1 pav. Bendrai suvokta paslaugos kokybės modelis (Grönroos, 2007)*

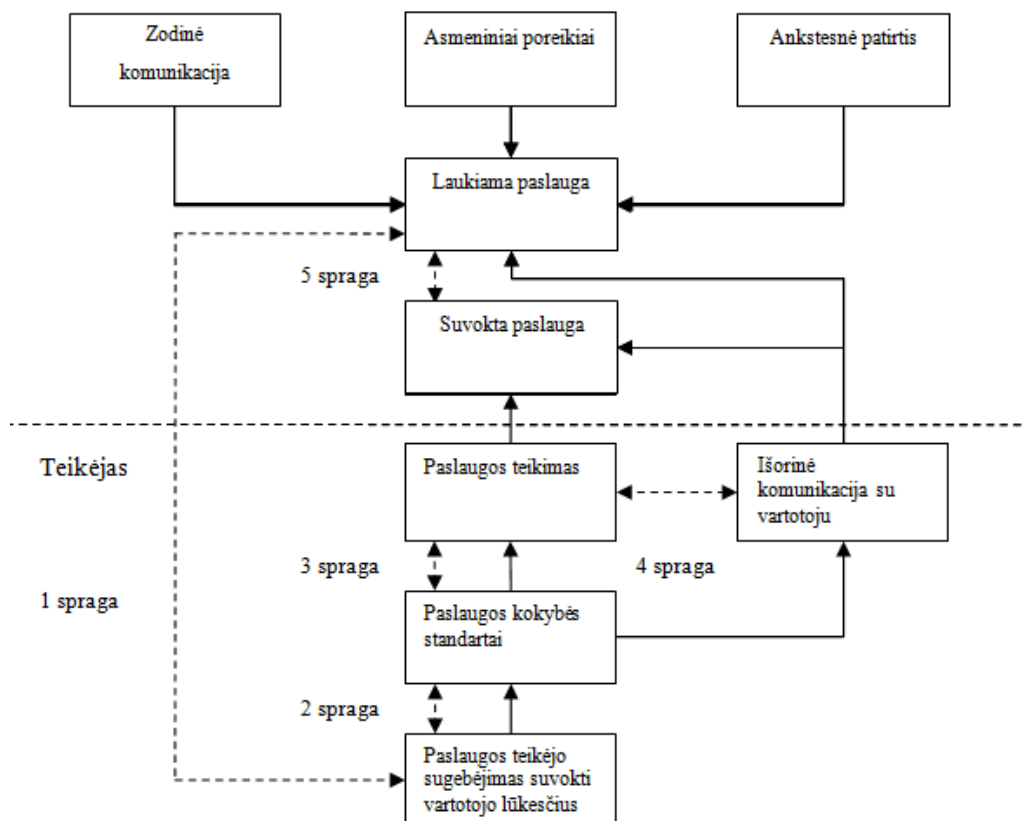
Vartotojo nuomonę apie kokybę formuoja teikėjo elgsena, kitų vartotojų teigiami ar neigiami atsiliepimai, žinios apie paslaugą ir kiti veiksniai. Ch. Grönroos atskleistos kokybės dimensijos labai svarbios metodologiniu požiūriu. Jos paaiškina, kad vartotojas, vadovaudamasis atitinkamais kriterijais, vertina ne tik galutinį paslaugos rezultatą, bet ir visą teikimo procesą. Pastarasis modelis paaiškina, kad bendrai suvoktai paslaugos kokybei įtaką daro tai, ko vartotojas tikėjosi, ir tai, ką jis patyrė naudodamasis paslauga. Kitaip tariant, tam tikri veiksniai sąlygoja, kad formuojasi du kokybės lygiai – laukiama ir patirta kokybė (L. Bagdonienė, R. Hopenienė, 2004). Laukiamą paslaugos kokybę veikia įvairūs veiksniai, besiskiriantys paslaugų organizacijos galimybe juos valdyti: rinkodaros komunikacijos, pardavimai, *gyvas žodis*, įvaizdis, viešieji ryšiai, vartotojo poreikiai ir vertybės.

Mokslininkai paslaugų kokybę apibūdina kaip skirtumą tarp vartotojų lūkesčių, kuriuos jie puoselėja dėl *geriausiojo* paslaugų teikėjo (pavyzdžiui, idealios gydymo įstaigos) aptarnavimo, ir *įprastinio* teikėjo siūlomos paslaugų kokybės. Jei paslauga viršija lūkesčius, vartotojas (pavyzdžiui, pacientas) tai vertina kaip idealią kokybę, ir atvirkščiai, – jei nepasiekia minimalaus lygio, kaip nepriimtina. Taigi laukiamos ir patirtos paslaugos kokybės vertinimo skirtumas atspindi vartotojo suvokiamą paslaugos kokybę.

*A. Parasuraman, V. A. Zeithaml, L. Berry kokybės spragų modelis (2 pav.).*

Šis modelis atskleidžia, kad paslaugų kokybei įtakos turi ir paslaugos teikėjas, ir paslaugos vartotojas.

## Vartotojas



2 pav. Paslaugų kokybės spragų modelis

Nubrėžta brūkšninė linija atskiria paslaugų įmonėje kuriamą kokybę nuo vartotojo suvokiamos kokybės. Pateikti penki skirtumai rodo priežastis, dėl kurių dažniausiai nukenčia įmonės kuriama paslaugų kokybė ir vartotojo suvokiama paslaugų kokybė (Mikalauskiene A., Tijūnaitė R., Vekterytė M., 2002). *1 skirtumas* (kitose mokslinės literatūros šaltiniuose skirtumas įvardijamas kaip spraga) – skirtumas tarp vartotojo lūkesčių ir vadovybės supratimo apie juos – atsiranda dėl to, kad įmonė dažnai nesuvokia, ko laukia bei tikisi vartotojas ir kaip jis vertina siūlomų paslaugų kokybę. *2 skirtumas* susidaro dėl tikslios informacijos apie vartotojų lūkesčius bei poreikius trūkumo. Dėl to nustatomi netinkami kokybės vertinimo standartai, tampa vertinimo kriterijais. Standartų nustatymo klaidos pasitaiko dėl tikslaus paslaugų kokybės apibrėžimo trūkumo, klaidingo paslaugų kokybės įvertinimo proceso, organizacijos tikslų neapibrėžtumo ir kt. *3 skirtumas* – tai skirtumas, susidarantis teikiant paslaugą vartotojui. Klaidų padaroma dėl paslaugų neapčiuopiamumo ir teikimo ir vartojimo neatskiriamumo. Rimta priežastis ta, kad personalas nežino paslaugų kokybės standartų (kriterijų), personalui nepakanka įgūdžių suteikti kokybišką paslaugą, personalas nelinkęs laikytis paslaugų kokybės standartų, techninės galimybės neleidžia suteikti paslaugos pagal nustatytus kokybės kriterijus. *4 skirtumas* – tai ryšių su rinka klaidos.

Vartotojų lūkesčius labiausiai veikia teikėjo reklaminiai pranešimai. Rinkodaros specialistai turi garantuoti, kad komunikuojant sukurtas paslaugos įvaizdis atitiktų realybę.

Vartotojai, vertindami paslaugų kokybę, lygina patirtą paslaugą su laukiama. Taigi paslaugų įmonei svarbu gebėti valdyti teikiamų paslaugų kokybę, t.y. minimizuoti paslaugų kokybės svyravimus, didinti esamų ir potencialių vartotojų skaičių, stiprinti įmonės konkurencingumą bei gerinti veiklos efektyvumą (A.Mikalauskienė, R.Tijūnaitė, M.Vekterytė 2002). Tam reikia gerai žinoti vartotojų poreikius, nustatyti vartotojams svarbius paslaugų kokybės standartus. Kokybiškų paslaugų teikimas įmanomas tik tuo atveju, kai kokybės tikslai apima visus organizacijos lygius ir funkcijas. Tai reiškia, kad kiekvienoje paslaugų įmonėje kiekvienas darbuotojas prisideda prie paslaugų kokybės užtikrinimo ir paslaugų produktyvumo didinimo.

#### **1.4. Odontologinių paslaugų kokybės vertinimo vartotojo požiūriu kriterijai**

Kaip minėjau, paslaugų kokybę vertina ir paslaugos teikėjai, ir vartotojai. Paslaugos kokybės vartotojų požiūriu svarbą apibrėžia šie teiginiai:

- Kokybė yra tai, kas vartotojui atrodo priimtina. Jos negali nulemti tik vadyba, nes įtakos turi ir vartotojų norai bei pageidavimai. Objektiviūs kokybės matai praktiškai neegzistuoja, nes tai daugiau ar mažiau subjektyvus vartotojo požiūris;
- Kokybė negali būti atskiriama nuo paslaugos teikimo proceso. Funkcinė kokybė, pasireiškianti per vartotojo ir teikėjo sąveiką, dažnai būna ne mažiau, o gal net ir svarbesnė už techninę kokybę;
- Kokybę užtikrina teisinga vartotojo ir paslaugos teikėjo sąveika, vykstanti tam tikroje jų sąveikos erdvėje, o ne įmonės funkcinuose skyriuose. Techniniai kokybės parametrai gali būti planuojami, bet organizacijos ir vartotojo ryšiai, padedantys išaiškinti vartotojui priimtinos kokybės kriterijus, klostosi spontaniškai;
- Kiekvienas darbuotojas daro įtaką, užtikrinant vartotojui priimtina kokybę. Tiesiogiai su vartotojais bendraujantys darbuotojai yra atsakingi už vartotojų patirtą paslaugos kokybę;
- Apie paslaugos kokybę turi būti informuojami visi paslaugų įmonės darbuotojai. Visi turi bendrai dirbti pagal numatytą kokybės gerinimo programą, už kurios įgyvendinimą atsakinga pati paslaugų įmonė;
- Išorinę rinkodarą būtina orientuoti į kokybės valdymą. Kokybė turi atitikti vartotojų lūkesčius. Tam turi įtakos įmonės sąveika su potencialiais vartotojais, siekiant išvengti nesėkmių, kurios atsiranda dėl neteisingos neigiamos informacijos apie paslaugų įmonę (Vitkienė, 2004).

Galima išskirti keturis paslaugų kokybės vertinimus:

- 1) bloga. Tai tokia kokybė, kai vartotojas gauna prastesnę nei tikėjosi paslaugą;
- 2) priimtina. Tai kokybė, kai paslauga atitinka lūkesčius;
- 3) gera. Gera kokybė reiškia, kad paslauga šiek tiek pranoksta lūkesčius;

4) aukšta (labai gera). Kai kokybė gerokai pranoksta tikėtiną paslaugos kokybę.

Pastaruoju atveju paslaugos vartotojas ir toliau palaikys santykius su paslaugų tiekėju ir skleis teigiamą informaciją. Taip paslaugų įmonė pasiekia savo tikslą – ne tik kuriamas teigiamas paslaugų įmonės įvaizdis, bet ir pritraukiami nauji vartotojai (Vitkienė, 2004).

Vartotojas, vertindamas paslaugas, remiasi tokiais kriterijais:

- Pasitikėjimo – tai žinios apie konkrečią paslaugą;
- Apčiuopiamumo – tai įranga, kaina, personalo apranga ir pan., kuriuos vartotojas gali vertinti prieš pasinaudodamas paslauga;
- Patirties – vartotojo įgyta patirtis naudojantis įmonės konkurentų teikiamomis paslaugomis;
- Patikimumo – tai paslaugų teikėjo pažadų tesėjimas;
- Reagavimo intensyvumo – paslaugos teikimo vartotojui greitis ir reakcija į vartotojo problemas;
- Jautrumo – tai individualus dėmesys kiekvienam vartotojui.

3 lentelėje pateikti šie ir kiti mokslinėse publikacijose sutinkami paslaugų kokybės vertinimo vartotoju požiūriu kriterijai ir jų turinio pavyzdžiai.

*3 lentelė. Odontologinių paslaugų kokybės vertinimo vartotojų požiūriu kriterijai*

<b>Kriterijai</b>	<b>Pavyzdžiai</b>
1. Reakcija	1. Paslaugos suteikimas nurodytu laiku
2. Kompetencija	2. Noras suteikti paslaugą
3. Pasiiekiamumas	3. Reikiamų įgūdžių ir žinių paslaugai suteikti turėjimas
4. Etiketis	4. Lengva susisiekti su paslaugą teikiančia institucija ir pan.
5. Bendravimas	5. Mandagumas, pagarba, draugiškumas
6. Pasitikėjimas	6. Klientai informuojami jiems suprantama kalba, jų patikinimas, kad jo problema bus išspręsta
7. Saugumas	7. Įsitikinimas, kad gerai suprantami kliento poreikiai, paslaugos teikėjai turi būti verti pasitikėjimo, sąžiningi ir pan.
8. Pastangos suprasti klientą	8. Pavojus, rizikos ar abejonės išvengimas
9. Išvaizda pristatymas	9. Pastangos suprasti kliento poreikius skiriant dėmesį kiekvienam klientui atskirai
	10. Fiziniai patogumai, personalo, naudojamų įrankių ir įrangos išvaizda ir pan.

A.Mikalauskienė, R.Tijūnaitė ir M.Vekterytė (2002) tvirtina, kad paslaugos teikėjas, vertindamas kokybę, vadovaujasi dviem standartų (kriterijų) grupėmis: vidiniais ir vartotojo. Vidiniai paslaugų

kokybės vertinimo kriterijai nustatomi įmonėje, o vartotojo – įvertinus jo požiūrį ir nuomonę apie įmonę ir jos teikiamas paslaugas (4 lentelė).

4 lentelė. Paslaugų kokybės vertinimo kriterijai

Kriterijai	Pavyzdžiai	Privalumai	Trūkumai
Vidiniai kriterijai	Paslaugų įmonės punktualumas Paslaugos teikimo trukmė	Nustatomos silpnosios ir stipriosios ypatybės Nustatomos sritys, kurias privalu tirti	Trūksta vartotojo nuomonės Gali būti nesvarbūs vartotojui
Vartotojo kriterijai	Vartotojo nuomonė Vartotojo pageidavimai Vartotojo skundai	Surenkama informacija apie vartotojų nusiteikimą Gaunama informacija apie vartotojų poreikius, nuostatas, vertybes	Neatspindi nuomonės individų, kurie nėra įmonės vartotojai. Neteikia palyginamosios informacijos Sudėtinga gauti neiškreiptą informaciją

Kadangi nagrinėjame paslaugų kokybę vartotojo požiūriu, tai daugiau dėmesio skirsime vartotojo kriterijams. *Vartotojo kriterijai* įmonei suteikia informaciją apie tai, kokia paslauga yra kokybiška. Tai padeda nustatyti įmonės stipriąsias ir silpnąsias savybes. Taip, išsiaiškinusi vartotojų nuomonę, organizacija gali geriau patenkinti jų poreikius. Tačiau be pateiktų privalumų, vartotojo kriterijai turi keletą trūkumų. Pirmiausia negaunama informacija iš individų, kurie nėra paslaugų organizacijos klientai, todėl vertindama savo paslaugų kokybę, organizacija gali būti neobjektyvi, nes negali atlikti lyginamosios analizės. Be to, sudėtinga gauti neiškreiptą informaciją. Paprastai informacija iškreipiama, kai duomenys renkami iš labai patenkintų arba, atvirkščiai, labai nusivylusių vartotojų.

A. Parasuraman, V. Zeithaml ir L. Berry (1990) empiriškai nustatė 10 paslaugų kokybės kriterijų, kuriuos vėliau sumažino iki penkių (5 lentelė).

5 lentelė. A. Parasuraman, V. Zeithaml, ir L. Berry išskirti paslaugų kokybės vertinimo kriterijai

1.	Apčiuopiamumas (angl. <i>tangibles</i> )	Visi fiziniai paslaugos aspektai, suvokiami jutimais
2.	Patikimumas (angl. <i>credibility</i> )	Sugebėjimas teikti paslaugas patikimai, ištesėti pažadus.
3.	Tikrumas (angl. <i>assurance</i> )	Apima paslaugumą, žinias, paslaugų teikėjo kūrybingumą.
4.	Reagavimas (angl. <i>responsiveness</i> )	Pasireiškia teikėjo noru padėti vartotojui neatidėliojant paslaugos.
5.	Empatija (angl. <i>empathy</i> )	Paslaugų teikėjo sugebėjimas suprasti vartotojo poreikius, rūpinimasis vartotojais, sugebėjimas įsijausti į vartotojo problemas.

Nepaisant to, kad paslaugos skiriasi apčiuopiamumo lygiu, pasak G. Garvin (1997), bendras visų paslaugų kokybės vertinimo kriterijus yra patikimumas.



Paslaugų, turinčių daug apčiuopiamų elementų, kokybė vertinama pagal šiuos kriterijus:

- atitikimą (angl. *performance*);
- savybes (angl. *features*);
- pritaikomumą (angl. *conformance*);
- tarnavimo laiką (angl. *durability*);
- patogumą ir estetiškes savybes.

Neapčiuopiamų paslaugų kokybei vertinti svarbūs šie kriterijai:

- reagavimas (angl. *responsiveness*);
- tikrumas (angl. *assurance*).

Ch. Grönroos (1990) apibendrina įvairiuose mokslinės literatūros šaltiniuose, įskaitant ir L. Berry, A. Parasuraman ir V. Zeithaml paskelbtus kokybės vertinimo kriterijus. Šios sintezės rezultatas - šeši kokybės kriterijai:

- profesionalumas ir įgūdžiai (angl. *professionalism and skills*);
- požiūris ir elgsena (angl. *attitudes and behavior*);
- prieinamumas ir lankstumas (angl. *accessibility and flexibility*);
- patikimumas ir tikrumas (angl. *reliability and trustworthiness*);
- nuostolių atlyginimas (angl. *recovery*);
- reputacija ir pasitikėjimas (angl. *reputation and credibility*).

Dauguma kokybės vertinimo kriterijų *persidengia*, nes vartotojai patys susikuria kokybės kriterijus ir jų prasmę suvokia savaip. Be to, skiriasi ir kokybės kriterijų svarba.

Taigi, viešajame sveikatos priežiūros sektoriuje ilgai vyravusią nuostatą, kad kokybė apibrėžiama remiantis profesiniais standartais ir specialistų vertinimais keičia naujas požiūris ir kaip kokybės sudedamąją dalį vis dažniau imama akcentuoti vartotojo perspektyvą, nes visuotinės kokybės vadybos kontekste vartotojas atlieka pagrindinį kokybės vertintojo vaidmenį. Paciento nuomonė apie jam teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, tame tarpe ir odontologines, vertinamos ne tik sveikatos priežiūros įstaigų, bet ir mokslininkų, siekiant pateikti tyrimais pagrįstas rekomendacijas šių paslaugų kokybei gerinti. Neabejojama, kad būtent pacientas turi vertinti, ar sveikatos priežiūros sistema orientuota į jo poreikius ir lūkesčius, kurių įgyvendinimas Pasaulio sveikatos organizacijos pripažintas vienu iš reikšmingų sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimo rodiklių. Paciento lūkesčiai svarbūs ne tik kaip jo nuomonė, jų pateisinimas turi įtakos paciento pasitenkinimui ne tik sveikatos priežiūros paslaugomis, bet ir gydymo rezultatais.

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybei vertinti dažnai taikomi *Servqual* metodika ir jos kriterijai (Kilbourne, Duffy, Duffy, 2004; Lim, Tang, 2000) (6 lentelė). Dovalienė A., Gadeikienė A. ir Piligrimienė Ž. (2007) teigia, kad odontologinių paslaugų vartotojai apie šių paslaugų kokybę

sprendžia vertindami patikimumą ir kompetenciją, apčiuopiamumą, tikslumą, pritaikymą individualiems poreikiams, empatiją, mandagumą, patrauklumą, bei panašumą ir teisingumą.

6 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kriterijai pagal Servqual metodiką.

Apčiuopiamumas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ modernios ir gerai prižiūrimos priemonės ir įranga,</li> <li>▪ švari ir patogi aplinka su gera aiškinamųjų ženklų ir nuorodų sistema</li> <li>▪ tvarkinga ir tinkama gydytojų ir kiti darbuotojų apranga,</li> <li>▪ informacinės brošiūros apie teikiamas paslaugas ir jų kainas</li> <li>▪ gydymo procedūrų privatumą garantuojančios priemonės</li> </ul>
Patikimumas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ paslaugų teikimas tiksliai nustatytu laiku,</li> <li>▪ tinkamas paslaugų teikimas iš pirmo karto</li> <li>▪ personalo kompetentingumas</li> <li>▪ įrašų dokumentuose tikslumas ir jų gavimas be kliūčių</li> <li>▪ paslaugų kainų pagrįstumas</li> </ul>
Operatyvumas (lankstumas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ skubus paslaugų teikimas</li> <li>▪ personalo atsakingumas</li> <li>▪ nustatyto laukimo laiko neviršijimas</li> <li>▪ personalo gebėjimai įkvėpti pacientui pasitikėjimą</li> </ul>
Tikrumas (garantijos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ personalo draugiškas nusiteikimas ir paslaugumas</li> <li>▪ kvalifikuoti, savo darbą išmanantys medikai,</li> <li>▪ pagarbus elgesys su pacientais,</li> <li>▪ tikslus ir kantrus išaiškinimas paciento sveikatos būklės ir gydymo išaiškinimas</li> </ul>
Empatija	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ grįžtamasis ryšys (klausiama pacientų nuomonės)</li> <li>▪ paslaugų teikimo nepertraukiamumas</li> <li>▪ pacientų interesams atsidavęs personalas,</li> <li>▪ pacientų specifinių poreikių supratimas</li> </ul>
Pasiekiamumas ir prieinamumas (Angl. <i>accessibility and Affordability</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ automobilių parkavimo aikštelės</li> <li>▪ gydymo įstaigos vieta lengvai pasiekiamą,</li> <li>▪ kainos prieinamos pacientams</li> </ul>

Sakalauskiene Ž., Mačiulskienė V. ir Šertvytytė A. (2005) odontologinių paslaugų kokybės vertinimo požiūriu kriterijus apjungė į tris grupes:

Profesinė odontologo kompetencija (pavyzdžiui, technikų modernumas, efektyvumas, t.y. maksimaliai galimas per vieną vizitą, procedūrų skaičius ir kt.);

Odontologo asmeninės savybės (pavyzdžiui, draugiškumas, dėmesingumas, pagarba ir kt.);

Paslaugos teikimo aspektai (pavyzdžiui, patogus laukiamasis, patogus darbo laikas, priėmimas tiksliai nurodytu laiku ir kt.)

Larsson B. L. ir Bergström K. (2005), tirdami ortodonto paslaugų kokybę nustatė, kad pacientai, vertindami kokybę, vertina geriausio susiklosčiusioje situacijoje gydymo prieinamumą ir pagarbą (šie kriterijai įvertinti aukščiausiai) ir galimybę dalyvauti priimant sprendimus (įvertinta prasčiausiai). Skaret E., Berg E., Raadal M. ir Kvale G. (2005) pažymi, kad, vertindami odontologinių paslaugų kokybę, pacientai atsižvelgia į tai, ar patyrė nerimą, skausmą, kiek nemalonus buvo procedūros.

Hakeberg M., Gustafsson J.-E., Berggren U. ir S. G. Carlsson (1995) nustatė, kad odontologinių paslaugų kokybės vertinimui įtakos turi paciento baimės ir fobijos.

Apibendrinant galima teigti, kad odontologinių paslaugų kokybei vertinti taikomus kriterijus būtų galima skirstyti į bendruosius, t.y. tuos, kurie svarbūs visoms sveikatos priežiūros paslaugoms, ir specifinius, kurie reikšmingi tik odontologinių paslaugų kokybei vertinti.

## **2. TEIKIAMŲ ODONTOLOGINIŲ PASLAUGŲ ORGANIZAVIMAS IR REGLAMENTAVIMAS KOKYBĖS ASPEKTU**

### **2.1. Odontologija - sudėtinė bendrosios medicinos dalis**

Sveikatos priežiūros paslaugos užima svarbią vietą šalies gyvenime. Kiekvienas pilietis kasdien gauna įvairios visuomenės informavimo priemonių perduodamos informacijos apie vykstančius pokyčius nacionalinėje sveikatos sistemoje. Masinis šių paslaugų charakteris reikalauja ypatingo visų valstybinių institucijų dėmesio ir atsakingų bei kvalifikuotų sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių asmenų veiksmų. Paslaugų prieinamumas ir kokybė iš esmės nulemia, ar gyventojai, jomis patenkinti.

#### **Odontologinė pagalba**

Organizuojant odontologinę priežiūrą steigiamos odontologinės priežiūros įstaigos, užtikrinama ir plėtojama jų veikla – teikiamos odontologinės priežiūros paslaugos, skiriamos lėšos priežiūrai. Viešųjų ASPĮ veiklą organizuoja ir palaiko jų steigėjai – savivaldybės, SAM, apskričių viršininkai, privačių įmonių veiklą – jų steigėjai (savininkai). Odontologų rūmai vykdo odontologinės priežiūros licencijavimą – išduoda licencijas odontologinei praktikai ir odontologinei priežiūrai vykdyti. VLK ir TLK užtikrina valstybės laiduojamą (nemokamą) odontologinę priežiūrą, kurios paslaugos apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų. Savivaldybės organizuoja Lietuvos sveikatos programos, kitų programų ir sveikatinimo veiklos teisės aktų įgyvendinimą. Vadovaudama odontologinei priežiūrai SAM rengia ir priima atitinkamus teisės aktus, tvirtina įstaigų veiklos statistikos formas, apskaitos ir atskaitomybės tvarką, vykdo paslaugų kainų valstybinį reguliavimą (nustato LNSS įstaigų teikiamų paslaugų kainas). SAM nustato sveikatos priežiūros tinkamumo ir priimtinumą reikalavimus, prognozuoja specialistų poreikį. SAM analizuoja gyventojų sveikatos būklę ir jos raidos prognozę, prisideda nustatant sveikatinimo veiklos tikslus, valstybės siekiamos sveikatos lygio rodiklius ir įgyvendinant Lietuvos sveikatos programą. Savivaldybės užtikrina privalomąjį sveikatinimo veiklos lygį savivaldybės teritorijoje, nustato savivaldybės reguliavimo sričiai priskirtų įstaigų įgaliojimus sveikatinimo veikloje. Odontologų rūmai sprendžia odontologinės veiklos gerinimo klausimus – siūlo ir pateikia SAM teisės aktų projektus, rengia metodinius leidinius, kokybės vadovus, dalyvauja SAM darbo grupių Gyventojai pagal esamą sveikatos priežiūros organizavimo tvarką pasirenka pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigą ir šeimos gydytoją. Pasirinkta ASPĮ turi

užtikrinti prisirašiusių (aptarnaujamų) gyventojų pirminę odontologinę priežiūrą. Daugiausia valstybės laiduojamos (nemokamos) odontologinės priežiūros paslaugų yra teikiama pirminės sveikatos priežiūros lygmenyje. Mokėjimo asmens sveikatos priežiūros įstaigoms už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas būdas yra bazinis mokėjimas už įrašytą į sąrašą aptarnaujamų gyventojų skaičių (nepaisant to, kiek suteikta paslaugų). SAM nustatyta tvarka gyventojai, išskyrus vaikus ir paauglius iki 18 metų ir gaunančius socialinę pašalpą asmenis, gaudami odontologines paslaugas moka už plombines ir vienkartines medžiagas .

Valstybinėje ligonių kasoje kompiuterizuota privalomuoju sveikatos draudimu apdraustųjų įskaita. VLK pateikė duomenis apie aptarnaujamų gyventojų, už kurių pirminę sveikatos priežiūrą buvo mokama, skaičių ir duomenis apie PSDF biudžeto lėšas, šalies mastu skirtas pirminei odontologinei priežiūrai. Nuo 2006 m. vieno iki 18 m. amžiaus gyventojų pirminei odontologinei priežiūrai per metus skiriama 36,4 Lt, o vieno per 18 m. amžiaus gyventojų pirminei odontologinei sveikatos priežiūrai per metus –29,3 Lt. Akivaizdu, kad šių lėšų gydymui nepakanka ir gyventojai apmoka už paslaugas. Vaikams, kaip ir suaugusiesiems, nustatyta teikti pirminę odontologinę priežiūrą, nustatytas pirminės odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugų mastas (sudėtis). SAM nustatė profilaktinių sveikatos tikrinimų tvarką ir numatė atitinkamus profilaktinius vaikų sveikatos tikrinimus. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos atliekant profilaktinius sveikatos tikrinimus apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos – iš nustatytos metinės vieno gyventojų pirminės sveikatos priežiūros bazinės kainos – t. y. vykdant pirminę odontologinę priežiūrą odontologų atliekami profilaktiniai sveikatos tikrinimai apmokami iš pirminei odontologinei priežiūrai skirtų lėšų. Vaikų ir paauglių sveikatos tikrinimo tvarkoje nustatyta, kad odontologas tikrina vaikus 1,5 m. Pažymėtina, kad 2007 m. rugsėjo 5 d. sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-717 patvirtinta Pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcija ypatingai mažai dėmesio skiria odontologinei dantų priežiūrai, nors pastaroji yra viena iš sudėtinių pirminės asmens sveikatos priežiūros dalių. Odontologijos įstaigos turi keletą savitų bruožų, kurios jos veiklą skiria iš kitų sveikatos priežiūros įstaigų:

- įstaigos darbui nereikalingi sudėtingi, ilgi ir brangūs tyrimai ar tyrimų metodai;
- plataus profilio gydytojas odontologas daug ką gali atlikti pats vienoje darbo vietoje, tam turi pakankamai žinių ir įgūdžių;
- įstaigai nereikia daug pagalbinio personalo;
- susirgimų diagnostika nėra sudėtinga daugumos susirgimų galima išvengti (jei pacientas supratingas);
- profilaktinės priemonės dažnai duoda teigiamų rezultatų;
- ūmių susirgimų metu taip pat gana greitai pasiekiami teigiamų rezultatų;
- retai reikalingas paciento sekimas ištiesą parą;

- odontologiniai susirgimai retai būna mirtini;
- daugumos susirgimų atvejų galimas pilnas funkcijos atstatymas (pvz.: ištraukus dantį, protezavimo būdu galima pilnai atstatyti kramtymo funkciją) [25].

Remiantis Lietuvos sveikatos informacijos centro (LSIC) statistiniais duomenimis, Lietuvoje 2013-12-31 buvo 1553 privačios odontologijos įstaigos, 343 dantų technikų laboratorijos ir 258 viešosios odontologinės priežiūros įstaigos. Dirbo 2763 odontologai. Apsilankymų pas odontologus skaičius padidėjo nuo 3435,9 tūkst. 2012 m. iki 3844,7 tūkst. 2013 m. Vienam gyventojui teko vidutiniškai 1,3 apsilankymų pas odontologą. Tačiau dėl nepilno privačių odontologinių įstaigų atsiskaitymo, šie skaičiai gali būti didesni. Praktikuojančių odontologų skaičius 100 000 gyventojų pastaraisiais metais Lietuvoje augo labai sparčiai ir dėl absoliutaus odontologų skaičiaus augimo ir dėl spartaus gyventojų skaičiaus mažėjimo. Pastaruoju metu odontologų skaičius šiek tiek didėjo visose ES šalyse. Lietuvoje buvo daugiau odontologų (2013 m. 91 odontologas - 100 000 gyventojų) nei ES šalyse, ypač naujosiose ES šalyse. Labai svarbus rodiklis yra slaugytojų skaičius tenkantis vienam gydytojui. Jis parodo kaip efektyviai panaudojami žmogiškieji resursai. Šis rodiklis Lietuvoje yra mažesnis nei kitų ES šalių rodiklių vidurkiai ir mažėja jau daug metų 2002- 2013 m. privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų personalas padidėjo beveik trigubai - 2,9 karto. Panašiai padidėjo gydytojų (2,7 karto) ir specialistų su aukštuoju ar aukštesnioju medicinos išsilavinimu (ne gydytojų), įskaitant slaugytojus, skaičius (2,7 karto). Odontologų skaičius išaugo 2,2 karto, daugiausia, beveik 4 kartus padidėjo kitų darbuotojų skaičius. Dirbančių privačioje įstaigoje pagrindiniame darbe skaičiai didėjo lėčiau - gydytojų padidėjo 2,2 karto, specialistų su aukštuoju ar aukštesnioju medicinos išsilavinimu (ne gydytojų), įskaitant slaugytojus - 2,5 karto, odontologų - 1,7 karto. Dirbantys privačioje įstaigoje pagrindiniame darbe gydytojai 2013 m. sudarė tik 9,4 procento visų aktyvių gydytojų (2002 m. - 4,3 procento), specialistai su aukštuoju ar aukštesnioju medicinos išsilavinimu (ne gydytojai), įskaitant slaugytojus - 12 procentų (2002 m. - 4,1 procento), odontologai - 58,2 procento (2002 m. - 41 procentas). 2013 m. privačiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose pagrindiniame darbe dirbo 28,1 procento įstaigoje įdarbintų gydytojų, 59,1 procento odontologų, 73,9 procento specialistų su aukštuoju ar aukštesnioju medicinos išsilavinimu (ne gydytojų), įskaitant slaugytojus. Apibendrinant esamą sveikatos sistemos būklę ir jos pokyčius, tendencijas per pastarąjį dešimtmetį, tenka konstatuoti, kad Lietuvos rodiklių atotrūkis nuo ES vidurkio iš esmės nepasikeitė, o pagal kai kuriuos rodiklius atsilikimas nuo ES net pablogėjo. Taigi, galima daryti išvadą, kad 83 proc. visų odontologijos įstaigų Lietuvoje yra privačios. Reikėtų pažymėti, kad odontologijos įstaigomis laikomi odontologijos klinikos ir kabinetai bei dantų protezų gamybos laboratorijos. Remiantis išanalizuota literatūra, galima teigti, jog Lietuvoje dominuoja privati odontologinė praktika, kurios plėtra pastaraisiais metais yra akivaizdi. Tokia tendencija skatina labiau domėtis šia sveikatos priežiūros sritimi, su ja susijusiomis iškytančiomis problemomis.

## 2.2. Odontologinių paslaugų kokybės užtikrinimo ypatumai

Lietuvos sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2010 - 2015m. programoje pateikiama JAV Medicinos instituto suformuota sveikatos priežiūros kokybės samprata atspindi pagrindinius sveikatos priežiūros kokybės aspektus. Dokumente rašoma, kad *sveikatos priežiūros kokybė – tai laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę*. Šiame apibrėžime akcentuojamos:

- 1) Sveikatos priežiūros paslaugos apima sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, pacientų gydymo, reabilitacijos ir kitas paslaugas, kurias teikia sveikatos priežiūros specialistai sveikatos priežiūros įstaigose ir pacientų namuose;
- 2) asmenys ir visuomenė – svarbi ne tik atskiro asmens sveikatos priežiūros kokybė, bet ir visos sveikatos priežiūros sistemos kokybė: ar visiems gyventojams yra prieinama ir laiku suteikiama jiems reikalinga sveikatos priežiūra, ar gerėja jų sveikata;
- 3) Pageidaujami sveikatos rezultatai – tai sveikatos priežiūros ir jos poveikio sveikatai tikslas, kurio siekiama pacientą informavus apie galimas alternatyvas sveikatos priežiūros investicijas ir galimus rezultatus. Ši sąvoka apima ir pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūra;
- 4) Didesnė pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybė reiškia, kad kokybė nėra tapati teigiamiems rezultatams. Nepaisant geros priežiūros, rezultatai gali būti blogi, ir priešingai, pacientai gali pasveikti, net blogai prižiūrimi. Tikimybė – nežinomas sveikatos priežiūros aspektas, todėl vertinant kokybę, reikia atkreipti dėmesį ir į priežiūros procesą, ir į jo rezultatus;
- 5) Dabartinės profesinės žinios; tuo pabrėžiama, kad sveikatos priežiūros specialistai turi teikti sveikatos priežiūros paslaugas, atitinkančias šiuolaikinius nuolat kintančius medicinos mokslo teorijos ir praktikos pasiekimus.

B.Einars (2005) teigia, kad kaip niekad anksčiau sveikatos priežiūros paslaugų kokybė tampa labai aktuali tema. Ypač todėl, kad 2000 m. įsigaliojo 1998-10-06 SAM ministro įsakymas Nr.571 „Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų“, kur numatyta, kad sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų vadovams privalo diegti kokybės sistemas ir vykdyti paslaugų kokybės kontrolę pagal patvirtintus lokalaus medicininio audito nuostatus. Tai reiškia, kad sveikatos priežiūros įstaigos turi pasitvirtinti įstaigos kokybės vadovą, suformuoti lokalaus medicininio audito grupę ir atlikti periodinius sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimus.

Nors šiame įsakyme taikymo sritis neapibrėžta, tačiau žodžiai „asmens sveikatos priežiūros vadovai“ vienareikšmiškai nurodo, kad šio įsakymo nuostatas privalo vykdyti visos sveikatos priežiūros įstaigos, nesvarbu kas yra steigėjas, t. y. tiek valstybinės, tiek privačios.

Paskutiniu metu daug ginčų kyla tarp pacientų ir odontologijos įstaigų vadovų, kadangi dažniausia šios įstaigos yra privačios ir pacientai tikisi iš jų „išsireikalauti žalą“. Specialistai teigia, kad

kokybės sistemos diegimas padėtų pakeistų, nes įgalintų sveikatos priežiūros įstaigas ir organizacijas užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Be minėto SAM ministro įsakymo, kokybės sistemų diegimo odontologijoje reglamentuoja ir šie ministro įsakymai: 2012-10-10 Nr.495 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos patvirtinimo“; 2013-09-14 Nr. V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo“.

Šiandieniniai reikalavimai kokybės vadybos sistemai nustatyti tarptautiniame standarte LST EN ISO 9001:2001. Pagal šiuos standarto reikalavimus, kokybės vadybos sistema (toliau-KVS) gali būti sukurta ir sertifikuota bet kokio tipo ir dydžio įmonėje.

Įdiegus KVS odontologijos įstaigoje naudą galima būtų apibrėžti taip:

- 1) Organizacijos vadybos efektyvumo gerinimas: aiškiai aprašyti procesai, aiškus atsakomybių pasiskirstymas, tvarkingi, lengvai surandami dokumentai, nustatyti ir užtikrinti vidiniai ryšiai, sutrumpėjęs naujų darbuotojų įsitraukimo į darbą laikas, greitesnis problemų identifikavimas ir efektyvių sprendimų radimas.
- 2) Išlaidų mažinimas ir efektyvumo didinimas: darbo našumo didinimas, darbo sąlygų ir darbuotojų saugos gerinimas, pastovaus kokybės lygio paslaugų teikimas, neatitikčių/nusiskundimų sumažėjimas, nuolatinis tobulėjimas.
- 3) Pranašumas tarp konkurentų: galimų vartotojų (užsakovų, klientų) pritraukimas ir esamų pasitikėjimo išlaikymas, organizacijos įvaizdžio gerinimas, didesnės galimybės integruotis į pasaulinę ar Vakarų Europos rinką.

Kokybės sistemų diegimas odontologijos praktikoje apima šiuos pagrindinius veiksmus:

- 1) Pasiruošimas.
- 2) Kokybės vadybos sistemos modelio sukūrimas.
- 3) Kokybės vadybos sistemos dokumentų įforminimas.
- 4) Kokybės vadybos sistemos įdiegimas.
- 5) Kokybės vadybos sistemos sertifikavimas.

Reikėtų nepamiršti, kad nuo 2005m. sausio 1d. įsigaliojo naujas „Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymas“, pagal kurio reikalavimus (16 str. 1p.) sveikatos priežiūros įstaigos privalo drausti savo civiline atsakomybe už pacientams padarytą žalą. 2005m. sausio 6d. SAM įsakymu Nr. v-6 buvo patvirtintos „Sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo taisyklės, kuriose numatoma, kad jei įstaigoje nebus laikomasi asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą reglamentuojančių teisės aktų reikalavimų, patvirtintų diagnostikos ir gydymo metodikų (Sudėtinės kokybės vadybos sudėtinės dalys), žalą pacientui turės atlyginti pati sveikatos priežiūros įstaiga.

Susidūrus su KVS diegimu odontologijos įstaigose pastebima, kad nebuvo atsižvelgta į smulkių ir vidutinių sveikatos priežiūros įstaigų galimybes vykdyti šių norminių aktų reikalavimus, jau

nekalbant apie odontologijos sritį atskirai. Siekiant palengvinti odontologijos įstaigų vadovų galimybes vykdyti savo pareigas, LR odontologų rūmai ieško galimų sprendimų. Dalyvauja susitikimuose su šios srities specialistais, svarsto metodinių rekomendacijų ir pavyzdžių kūrimą, kurie būtų prieinami LR odontologų rūmų nariams.

### **2.3. Odontologinių paslaugų kokybę reglamentuojantys teisės aktai Lietuvoje**

Tarptautiniame kontekste taikoma kokybės techninio, ekonominio ir teisinio reglamentavimo sistema. Ją sudaro:

1. Standartai (ISO, IEC, EN, LST ir t.t.);
2. Tarptautinis teisinis reglamentavimas (tarptautinės konvencijos, sutartys, kodeksai, ES direktyvos, techniniai reglamentai, praktikos nuostatai ir t.t.);
3. Nacionalinis teisinis reglamentavimas (įstatymai, nutarimai, įsakymai, techniniai reglamentai, higienos normos HN, medicinos normos MN ir kt.);
4. Produktų kokybės laidavimas ir sertifikavimas (privalomasis, savanoriškas, aplinkosauginis, tiekėjo atitikties deklaracija ir t.t.);
5. Įmonių veiklos kokybės sertifikavimas (pvz.: savanoriškasis: kokybės vadybos sistemos ISO 90001 ir kt.);
6. Papildomas kokybės reglamentavimas komercinio kontrakto sąlygose.
7. Visuomenės reikalavimai

Lietuvoje 1991 m. spalio 31 d. Atkuriamojo Seimo patvirtinta Nacionalinė sveikatos koncepcija apibrėžė šalies sveikatos priežiūros kokybės politikos pagrindus. Pagal šią koncepciją vykdoma sveikatos apsaugos sistemos reforma. Jos pagrindu buvo sukurta Nacionalinė sveikatos taryba, skirta formuoti šalies sveikatos politiką. Sveikatos politikos ir sveikatos priežiūros kokybės politikos sąvokos tarpiai susijusios. Odontologinės klinikos teikiamų paslaugų kokybės vertinimas pacientų ir personalo požiūriu 26.

Sveikatos politika – tai suderintas visų visuomenės politinių, socialinių, ekonominių sektorių veiklos planas, skirtas gyventojų sveikatai ugdyti, stiprinti, ligų prevencijai bei savalaikiai efektyviai medicinos pagalbai teikti. Sveikatos priežiūros ir jos kokybės politika akcentuoja sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kainą, nes tai, manoma, svarbiausia pacientui. Tačiau jeigu sveikatos priežiūra bus neetiška, nepadės pacientams – jie tokios priežiūros nenorės, nors ji bus pigi ir lengvai prieinama. Problemoms, susijusioms su sveikatos priežiūros paslaugų kokybe bei politika, spręsti rengiama ir tvirtinama nemažai naujų teisės aktų. Lietuvos sveikatos priežiūrą ir paslaugų kokybę reglamentuoja eilė įstatymų, iš kurių svarbiausi:

- Sveikatos sistemos įstatymas. Sveikatos sistemos įstatymas reglamentuoja Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą, jos struktūrą, sveikatos saugos, sveikatos stiprinimo ir sveikatos atgavimo



santykių teisinio reguliavimo ribas, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros organizavimo, valstybės ir savivaldybių laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros užtikrinimo, valdymo, sveikatos rėmimo, sveikatinimo veiklos sutarčių sudarymo pagrindus, atsakomybės už sveikatinimo veiklos teisės normų pažeidimus pagrindus, gyventojų, sveikatinimo veiklos subjektų teises ir pareigas. Jis reikalauja, kad būtų užtikrintas sveikatos priežiūros prieinamumas, priimtinas ir tinkamas, kad būtų naudojamos tik aprobuotos medicininės technologijos, taip pat numato kontrolę vykdančias įstaigas, jų funkcijas, lokalaus medicininio audito vykdymą, kitų sveikatos priežiūros kokybę užtikrinančių priemonių įgyvendinimą.

- Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. Šis statymas nustato sveikatos priežiūros įstaigų klasifikaciją, jų steigimo, reorganizavimo, likvidavimo, veiklos, jos valstybinio reguliavimo pagrindus, kontrolės priemones, valdymo ir finansavimo ypatumus, Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų nomenklatūrą, sveikatos priežiūros įstaigų ir pacientų santykius, atsakomybės už šio įstatymo pažeidimus pagrindus. Jis nustato sveikatos priežiūros įstaigų struktūros, licencijavimo ir akreditavimo reikalavimus bei kitas kontrolės priemones, valdymo ir finansavimo ypatumus. Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija. Ji siekia gerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą bei optimizuoti teikiamų paslaugų apimtį ir struktūrą pagal gyventojų sveikatos priežiūros poreikius.
- Kokybės sistemos diegimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarka ir lokalaus medicininio audito nuostatai nusako būtinus kokybės sistemos dokumentus bei audito grupės darbo organizavimą, planavimą ir atlikimą. Odontologinės klinikos teikiamų paslaugų kokybės vertinimas pacientų ir personalo požiūriu.
- Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcija siekiama suvienyti pastangas, skatinama laikytis vieningos kokybės strategijos. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2015 - 2020 metų programa skirta Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijai įgyvendinti, suformuojant sisteminių požiūrį į sveikatos priežiūros kokybę, jos užtikrinimą ir nuolatinį gerinimą bei koordinuojant veiklą šioje srityje.
- Lokalaus medicininio audito nuostatai Vadovaujantis šiuo įsakymu asmens sveikatos priežiūros įstaigose pradėta atlikti lokalius medicininius auditus, kurie prilygsta kokybės sistemų vidaus auditams: asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų vadovai turi diegti kokybės sistemas ir vykdyti paslaugų kokybės kontrolę pagal patvirtintus lokalaus medicininio audito nuostatus.
- Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas apibrėžia paciento teisę į kokybišką sveikatos priežiūrą, jos prieinamumą ir priimtinumą, teisę pasirinkti gydytoją ir sveikatos priežiūros įstaigą, teisę į informaciją, teisę rinktis diagnostikos ir gydymo metodikas, atsisakyti

gydymo, teisę nežinoti, teisę į privataus gyvenimo neliečiamumą, paciento teisę skųstis, taip pat paciento teisę į žalos atlyginimą.

Visi paminėti Lietuvoje galiojantys įstatymai reglamentuoja apskritai visos šalies sveikatos priežiūros sistemą bei su ja susijusią kokybės politiką. Odontologijos sritis – tai šios sistemos dalis, kuriai galioja tie patys bendri teisės aktai bei kai kurie specifiniai: LR odontologų rūmų įstatymas, LR odontologijos praktikos įstatymas bei specifinės higienos, medicinos normos.

Išanalizavus mokslinę literatūrą, galima teigti, kad odontologinė kokybė pagal rezultatyvumo, efektyvumo, prieinamumo, priimtimumo, teisingumo, saugumo dimensijas regionų, šalies mastu neanalizuojama ir nevertinama. Dėl šios priežasties odontologinės kokybės užtikrinimo strategiją formuojančios institucijos negali turėti tikslios informacijos apie asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimo lygmenį ASPĮ, regionuose, šalies mastu, jiems sudėtinga nustatyti prioritetinius uždavinius kokybei gerinti, o paslaugų gavėjai negali lyginti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės atskirose ASPĮ ir pasirinkti paslaugas, labiausiai tenkinančias jų poreikius. Dėl išvardintų priežasčių kyla tam tikros paslaugų vartotojo, paslaugų teikėjo ir pirkėjo (TLK) problemos. Paslaugų vartotojai neturi pakankamai objektyvių kriterijų, pagal kuriuos galėtų pasirinkti SP įstaigą, taip pat neturi galimybės gauti pakankamos informacijos apie teikiamų paslaugų krepšelį. Paslaugų teikėjai (ASPĮ) neturi objektyvių kriterijų palyginti savo veiklą su kitomis įstaigomis, neturi pakankamai kriterijų įvertinti savo darbuotojų darbą, neturi pakankamos motyvacijos nuolatiniam kokybės gerinimui. Paslaugų pirkėjas (TLK) neturi pakankamai indikatorių, pagal kuriuos galėtų pirkti kokybiškas paslaugas ir derėtis dėl tokių paslaugų pirkimo, už skirtingas suteiktų paslaugų apimtis ir rezultatus mokama pagal vienodą apmokėjimo tvarką. Pateikta informacija parodo, kad sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje susiduria su pakankamai opiomis odontologinės kokybės vertinimo problemomis, kurios per šalies nepriklausomybės laikotarpį vis dar nėra išspręstos, nors odontologinių paslaugų kokybės aspektas minimas daugelyje sveikatos priežiūros sistemos dokumentų ir nurodomas kaip siekiamybė.

### **3. ODONTOLOGINIŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS TYRIMAS KAUNO DAINAVOS POLIKLINIKOJE**

#### **3.1. Kauno Dainavos poliklinikos Odontologijos skyriaus pristatymas**

Kauno miesto savivaldybės 2013 m. lapkričio 27d. sprendimu Nr. A-3153 ir 2013 gruodžio 12d. ir VŠĮ *Kauno Dainavos poliklinika* direktoriaus įsakymu Nr. 1-170 patvirtinta poliklinikos struktūra, kurioje Pirminės odontologinės priežiūros ir specializuotos odontologinės priežiūros skyriai sujungti į Odontologijos skyrių.

Odontologijos skyriuje veikia 14 odontologinių kabinetų, čia dirba 25 bendrosios praktikos gydytojai odontologai 0,8 etato krūviu ir 4 gydytojai odontologai 0,5 etato krūviu, 3 burnos higienistės, 14 gyd. odontologų padėjėjų ir 4 valytojos. Visi darbuotojai turi reikiamą išsilavinimą, kvalifikaciją, galiojančias licencijas. Skyriaus personalas teikia būtinąją medicininę pirminę, specializuotą odontologinę pagalbą ir gydymą pagal savo kompetenciją bei mokamas paslaugas. Skyriui vadovauja vyresn. ordinatorius, slaugos ir jaunesniojo personalo darbuotojai – skyriaus administratorė.

Odontologinės priežiūros skyrius turi autonominę registratūrą. Skyriaus darbo laikas yra nuo 7.30 iki 20.00 kasdien, išskyrus šeštadienius ir sekmadienius.

20012 06 29 VšĮ *Kauno Dainavos poliklinika* gavo sertifikatą, kuris patvirtina, kad įmonė įstaiga įdiegė ir dirba pagal kokybės vadybos sistemą šiose srityse:

- Pirminio ir antrinio lygio ambulatorinis sveikatos priežiūros teikimas vykdant diagnostikos, gydymo, slaugos, reabilitacijos paslaugas;
- Visuomenės sveikatos ugdymas ir mokymas.

Šis sertifikatas (Nr. 33302946) galioja iki 2015m. birželio 28 d.

Pirminį ir specializuotą odontologinį gydomąjį, diagnostinį ir profilaktinį darbą skyriuje vykdo darbuotojai, vadovaudamiesi LR SAM patvirtintomis normomis: Lietuvos medicinos norma MN 46:2005 „Dantų technikas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“, Lietuvos medicinos norma MN 24:2007 „Gydytojo odontologo padėjėjas. Teisės, pareigos ir atsakomybė“, Lietuvos medicinos norma MN 35:2012 „Burnos higienistas. Teisės, pareigos ir atsakomybė“, Lietuvos medicinos norma MN 45:2009 „Gydytojas vaikų odontologas. Teisės pareigos, kompetencija ir atsakomybė“, Lietuvos medicinos norma MN47:1997 „Gydytojas, stomatologas ortodontas. Funkcijos, teisės pareigos, kompetencija ir atsakomybė“, Lietuvos medicinos norma MN 49:2009 „Gydytojas endodontologas. Teisės pareigos, kompetencija ir atsakomybė“, Lietuvos medicinos norma MN 48:2010 „Gydytojas odontologas ortopedas. Teisės pareigos, kompetencija ir atsakomybė“, Lietuvos medicinos norma MN 42:2011 „Gydytojas odontologas. Teisės pareigos, kompetencija ir atsakomybė“.

Lietuvos higienos norma HN 47:2012 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Infekcijų kontrolės reikalavimai“, HN 66: 2008 *Medicininė atliekų tvarkymo saugos reikalavimai*, vidaus tvarkos taisyklėmis ir poliklinikos darbo nuostatais.

Gyventojai, išskyrus vaikus ir paauglius iki 18 m., moka už plombines medžiagas, atsižvelgiant į sunaudotą šių medžiagų kiekį ir tuo metu galiojančias kainas. Vaikai ir paaugliai iki 18 m. moka tik už šviesoje kietėjančias plombas (paslaugoms, kurioms reikia šių medžiagų, teikiamos tik pacientui ar jo tėvams, globėjams, įtėviams pageidaujant ir raštiškai sutikus; kaina priklauso nuo sunaudotų medžiagų kiekio ir tuo metu galiojančių kainų).

Gydytojai odontologai pildo šią dokumentaciją: F Nr. 025/a, F Nr. 027/a, F Nr. 028/a, F Nr. 025/a – LK, F Nr. 037/a, F Nr. 039 – 2/a, Nr. 039/a, Nr. 094/a nedarbingumo pažymėjimą; gydytojo

odontologo padėjėjos pildo darbo su sterilizatoriais žurnalą F Nr. 257 / -a; burnos higienistė – F Nr. 025 / a, F Nr. 039 – 2 / a.

Pacientai registruojami atvykus į polikliniką ir telefonu. Pacientai registruojami pas bet kurį pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią gydytoją odontologą. Jei pacientas pageidauja tik tam tikro gydytojo paslaugų, jis priimamas tik to specialisto darbo metu, pacientui tinkamu laiku. Registruojantis išduodamas priėmimo pas nurodytą gydytoją talonas, kuriame nurodomas priėmimo pas gydytoją laikas, eilės numeris ir kabinetas (remiantis VŠĮ *Kauno Dainavos poliklinika* direktoriaus įsakymu *Dėl pacientų prieinamumo poliklinikoje* 2007 04 16d. Nr. 51). Pacientas priimamas per tris dienas. Kreipdamasis į registratūrą pacientas privalo pateikti asmens tapatybę patvirtinantį dokumentą (pasą, asmens tapatybės kortelę, gimimo liudijimą) ir draustumą patvirtinantį dokumentą (valstybinio socialinio draudimo pažymėjimą, pensininko pažymėjimą, invalido pažymėjimą ir kt.).

Paaiškėjus, kad pacientas buvo pasirinkęs kitą gydymo įstaigą, o dabar norėtų lankytis šioje poliklinikoje, jis užpildo patvirtintos formos *Prašymą gydytis pasirinktoje pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigoje*. Tokiu atveju pacientui užvedama atskira asmens sveikatos istorija ir asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelė. F Nr. 025/a ir F Nr.025/a – LK.

Neapsidraudusiems ir prie poliklinikos neprisirašiusiems pacientams nemokamai teikiama tik būtinoji pagalba. Mokamos paslaugos teikiamos ir neprisirašius, užvedus atskirą asmens sveikatos istoriją ir asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelę. F Nr. 025/a ir F Nr. 025/a – LK, mokant pacientui už visas paslaugas.

Be eilės priimami asmenys, kuriems nustatyti dideli specialūs poreikiai ir 0 - 25% darbingumo lygis bei vaikai su sunkia negalia, asmenys, kurie kreipėsi dėl būtiniosios medicinos pagalbos. Neatidėliotina pagalba pacientui suteikiama remiantis SAM 2004 04 08d. įsakymu Nr. V – 208 ir papildymais *Dėl būtiniosios medicinos pagalbos ir būtiniosios medicinos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo*.

Savo darbe VŠĮ *Kauno Dainavos poliklinika* pirminės odontologinės sveikatos priežiūros darbuotojai vadovaujasi Kokybės politika, kuri patvirtinta 2012 02 09 direktoriaus įsakymu Nr. 24. Joje išskelti tikslai: teikti kvalifikuotas, kokybiškas ir savalaikes pirmines ir antrines ambulatorines sveikatos priežiūros (paslaugas, atitinkančias pacientų lūkesčius). Šiems kokybės tikslams pasiekti numatytos tokios priemonės:

- ligų prevencijos, diagnostikos, gydymo, slaugos ir reabilitacijos veiklos vykdymas,
- gyventojų sveikatos mokymas, siekiant geriausio galutinio poveikio pacientų sveikatai;
- pacientų ir medicinos darbuotojų tarpusavio pasitikėjimo skatinimas;
- racionalus sveikatos priežiūrai skirtų išteklių panaudojimas;
- nuolatinis medicinos personalo kvalifikacijos kėlimas;
- nuolatinis kokybės vadybos sistemos tobulinimas ir rezultatyvumo gerinimas.

Vertinant darbo rezultatus, naujų darbo priemonių, medžiagų naudojimo efektyvumą dalyvauja visas personalas.

Poliklinikos vadovybė įsipareigoja suteikti sveikatos priežiūros personalui tinkamas darbo sąlygas, gerinti teikiamų sveikatos paslaugų administravimą, pripažinti darbuotojų nuopelnus ir skatinti juos tobulinti teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, kreipti ypatingą dėmesį, keliant medicinos personalo kvalifikaciją ir kasmet peržiūrėti kokybės politiką, kad ji nuolat išliktų tinkama.

### 3.2 Tyrimo metodika

*Empirinio tyrimo tikslas* – ištirti, kaip pacientai vertina Kauno Dainavos poliklinikos odontologinių paslaugų kokybę. Šiam tikslui pasiekti pasirinktas anketinės apklausos metodas.

Apklausos metodas yra ypač paplitęs ir plačiai naudojamas rinkodaros ir socialiniuose tyrimuose (Pranulis, 1998). Šis tyrimo metodas leidžia ne tik sužinoti ir išsiaiškinti priežastis, sąlygojančias pacientų sprendimus ir veiksmus, vertinant paslaugos kokybę, bet ir pacientų vertinimą bei informaciją apie pačius pacientus.

Tyrimo instrumentas. Plačiausiai naudojamas instrumentas paslaugų kokybei tirti pacientų požiūriu yra SERVQUAL skalė (Piligrimienė, Bučiūnienė, 2008). Anglų mokslininkai Parasuraman, Zeithaml ir Berry sukūrė modelį, kuris palygina vartotojų lūkesčius su realiai vartotojui suteikta paslauga. Šis modelis buvo pavadintas SERVQUAL modeliu. Modelis prasideda nuo prielaidos, kad paslaugos kokybę nustato skirtumas tarp vartotojų lūkesčių ir faktinės teikiamos paslaugos (Piligrimienė, Bučiūnienė, 2008), pagal penkias modelio dimensijas (Poškutė, Bivainienė, 2011). Penkios modelio dimensijos yra:

- apčiuopiamumas – paslaugų realumą patvirtinantys fiziniai elementai;
- patikimumas – duotų pažadų tesėjimas, tinkamas paslaugos suteikimas iš pirmo karto, teisingos sąskaitos, tikslūs jų įrašai;
- kompetencija – personalo žinios, įgūdžiai ir organizacijos galimybės;
- jautrumas – personalo noras ir pasirengimas aptarnauti vartotoją, aptarnavimo operatyvumas;
- empatija – kontaktinio personalo gebėjimas suprasti vartotojo poreikius.

Ž. Piligrimienės ir I. Bučiūnienės (2005) teigimu, SERVQUAL metodas ir įvairios jo modifikacijos yra labai konkretus kokybės vertinimo instrumentas, tačiau didžiausia problema yra siaura jo interesų sritis (t.y. dėmesys tik paslaugų gavėjų nuomonei, vertinamos daugiausiai tik funkcinės kokybės dimensijos; ignoruojama klinikinių rezultatų svarba ir t.t.). SERVQUAL metodika atstovauja požiūrį, kad svarbiausia tai, kaip paslaugų kokybę supranta vartotojai (Poškutė, Bivainienė). Anketa yra patogus pirminių duomenų rinkimo metodinis instrumentas. Šiuo būdu surinkta informacija leidžia sužinoti ir spręsti, kaip ir kokias priemones tikslinga naudoti siekiant žadinti palankią pacientų

reakciją, išsaugoti jau esamus pacientus bei įgyti naujų. Anketų naudojimas tyrimuose taip pat padeda struktūrizuoti renkamus duomenis, todėl žymiai lengviau juos apdoroti ir analizuoti.

Anketos klausimyno sudarymui naudoti uždaro tipo dichotominiai ir multichotominiai klausimai (anketa pateikta 1 priede). Trumpai aptarsiu anketų sudarymo logiką.

Odontologinio skyriaus pacientams skirtą anketą sudaro 20 klausimų, suskirstyti į 4 prasminius blokus:

- demografiniai klausimai (15-20 klausimai). Jų suteikta informacija padeda geriau pažinti tiriamųjų kontingentą ir yra svarbi sudarant respondentų grupes, kai siekiama išsiaiškinti įvairių demografinių veiksnių įtaką vertinimams;
- skyriaus teikiamų paslaugų ir darbuotojų įvertinimo klausimai – 1, 5, 6, 7, 8, 9 klausimai. Teigiamai vertinama įstaigos veikla, ypač kokybiškos paslaugos, yra svarbi prielaida suformuojanti pacientų nuostatą palaikyti ilgalaikius santykius su paslaugas teikiančia įstaiga, todėl atsakymai į šiuos klausimus parodys, ar apklaustieji gali tapti ilgalaikiais skyriaus pacientais;
- respondentų elgseną (ketinimai pakartotinai naudotis paslaugomis, atsisakymas naudotis konkurentų paslaugomis ir ketinimai rekomenduoti įstaigą pažįstamiems) apibūdinantys klausimai – 10, 11, 12, 13, 14.
- paciento vertę ilgalaikių santykių palaikymo požiūriu atskleidžiantys klausimai – 1, 2, 3, 5, 6, 7, 10. Atsakymai į šiuos klausimus suteiks informaciją apie tai, kokia dalis apklaustųjų gali būti laikoma ištikimais poliklinikos pacientais;

Apklausa atlikta 2014 m. gegužės mėnesį.

Tiriamos imties dydis nustatytas pagal šią formulę:

$$n = \frac{t^2 V(1-V)N}{\Delta^2 N + t^2 V(1-V)}; \quad (\text{Bagdonas, 2004}) \quad (1)$$

čia  $n$  - imties dydis;

$t$  – patikimumo koeficientas,  $t = 2$ , prie tikimybės  $p = 0,954$ ;

$V(1-V)$  – dalies dispersija;

$\Delta$  – atrankos paklaida, maksimaliai leistina sociologiniam tyrimui, t.y. 5 proc.;

$N$  – populiacijos dydis.

2014 m.. Kauno Dainavos poliklinikoje odontologijos skyriuje gydėsi 12000 pacientų. Taigi paskaičiavus nustatyta, kad reikia apklausti 387 respondentus.

Išdalinta 390 anketų, grįžo 200 anketų. Atsako dažnis 52 proc. Toks grįžusių anketų skaičius užtikrina ne didesnę kaip 7 proc. paklaidą.

Respondentai atrinkti parankios netikimybinės atrankos būdu, t.y. apklausti tie, kurie apklausos vykdymo metu odontologijos skyriuje gydėsi ir sutiko dalyvauti tyrime. *Apklaustos rezultatai taikomi tik tyrime dalyvavusiems respondentams, o ne visai populiacijai.*

Anketiniai duomenys apdoroti ir analizuojami naudojant statistinį duomenų analizės paketą SPSS 9.0. Hipotezės apie dviejų požymių nepriklausomumą tikrinamos naudojant  $\chi^2$  (chi kvadrato) kriterijų. Hipotezė apie dviejų nepriklausomų imčių proporcijų lygybę buvo tikrinama naudojant Z-kriterijų (Čekanavičius, 2002) ir 95proc. pasikliautinuosius intervalus (PI). Hipotezė apie dviejų nepriklausomų imčių vidurkių lygybę buvo tikrinama naudojant Mano-Vitnio kriterijų, o daugiau nei dviems nepriklausomoms imtims taikytas Kruskalio-Volison(52) kriterijus ir 95% pasikliautinuosius intervalus (PI).

Dviejų priklausomų imčių lyginimui taikytas Vilkoksono kriterijus, o daugiau nei dviems priklausomoms imtims taikytas Frydmano kriterijus.

Hipotezių tikrinimui *pasirinktas* reikšmingumo lygmuo lygus 0,05. Hipotezės apie lygybę buvo atmetamos (skirtumai buvo laikomi statistiškai reikšmingais, patikimais), kai paketo apskaičiuotoji **p\_reikšmė** neviršijo 0,05. Rodiklių skirtumai laikyti statistiškai reikšmingais, kai  $p < 0,05$ .

### 3.3. Tyrimo rezultatų analizė ir jų pritaikymas kokybės gerinimo sprendimams priimti

Apklausoje dalyvavusių pacientų, kuriems buvo suteiktos odontologinės paslaugos, charakteristikos apibendrintos 7 lentelėje.

7 lentelė. Tiriamųjų charakteristikos

Požymiai	Grupės	Respondentų	
		skaičius	dalis (proc.) bendrame skaičiuje
Lytis	Vyras	55	27,5
	Moteris	144	72,0
Amžius	30 m. ir jaunesni	44	22,0
	31-40	42	21,0
	41-50	54	27,0
	51-60	28	14,0
	61 ir vyresni	32	16,0
Išsilavinimas	Nebaigtas vidurinis	19	9,5
	Vidurinis	66	33,0
	Aukštesnysis	60	30,0
	Aukštasis	54	27,0
Socialinė – profesinė grupė	Moksleivis (studentas)	14	7,0

	Darbdavys (dirbantis sau)	11	5,5
	Samdomas asmuo	119	59,5
	Laikiniai nedirbantis	12	6,0
	Pensininkas	40	20,0
Pajamos 1-am šeimos nariui per mėnesį	Iki 500 Lt	43	23,0
	Nuo 501 iki 1000 Lt	86	46,0
	Nuo 1001 iki 2000 Lt	44	23,5
	Daugiau nei 2001 Lt	14	7,5
Šeimyninė padėtis	Nesusituokę	39	19,5
	Susituokę	114	57,0
	Išsituokę	29	14,5
	Našlys, našlė	13	6,5

Kaip matome iš 7 lentelės didžiąją dalį apklausoje dalyvavusių respondentų sudaro moterys; pagal amžių vyrauja 41-50 m. respondentai. Didžiausioji apklausoje dalyvavusių respondentų dalis (33,0 proc.) turi vidurinį išsilavinimą. Pagal socialinę - profesinę respondentų padėtį daugiausia apklausta samdomų darbuotojų (59,5 proc.), pagal pajamas vyrauja respondentai, kurių pajamos vienam šeimos nariui sudaro nuo 501 iki 1000 Lt; didžioji apklausoje dalyvavusių respondentų dalis yra susituokę asmenys.

Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad ilgiausiai – daugiau nei ketverius metus lankosi 71,5 proc. respondentų, 3 - 4 metus – 17 proc., 1-2 metus gydos 7 proc., trumpiausiai, t.y. mažiau nei metus – 7,5 proc. apklaustųjų.

Į klausimą ar šios poliklinikos odontologijos skyriuje gydos 75 proc. respondentų šeimos nariai, teigiamai atsakė 75 proc. tiriamųjų.

82,2 proc. tiriamųjų rekomenduoju šią polikliniką savo artimiesiems ir pažįstamiems, ir tai statistiškai nesujie su demografiniais rodikliais.

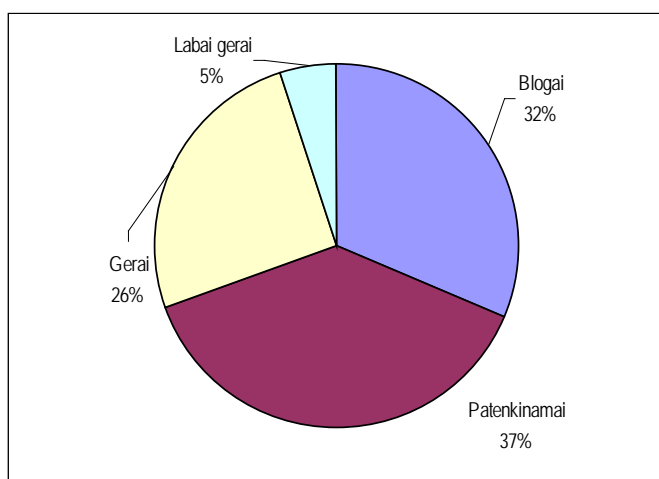
Mokslinėse publikacijose teigiama, kad paslauga patenkintas vartotojas noriai rekomenduoja ją pažįstamiems, bei tai, kad renkantis gydymo įstaigą, didelę reikšmę turi artimųjų rekomendacijos. Tačiau apklausos rezultatai leidžia teigti, kad tik mažumos tiriamųjų pasirinkimą lėmė draugų rekomendacijos, dar mažiau įtakos turėjo reklama žiniasklaidoje. Dauguma (56 proc.) respondentų nurodė, jog šią polikliniką pasirinko tik todėl, kad ji yra patogioje jiems vietoje.

Analizuojant pacientų apklausos duomenis, nustatyta, kad daugumai respondentų ši odontologinių paslaugų įstaiga yra ne pirmoji: 41 proc. iš apklaustų anksčiau buvo tekę gydytis privačioje klinikoje, 25 proc. apklausoje dalyvavusiųjų anksčiau gydėsi kitoje viešojoje sveikatos priežiūros įstaigoje. Tik truputį mažiau nei trečdalis iš apklaustų neturi gydymosi kitoje įstaigoje



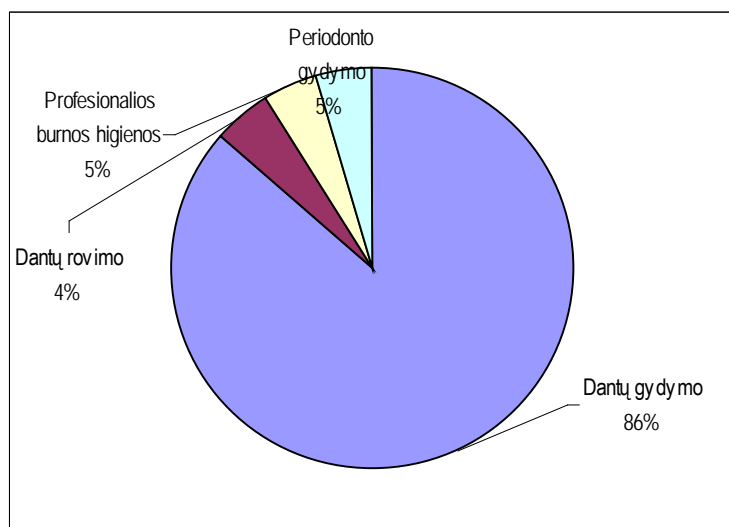
patirties, nes Dainavos poliklinikoje jie gydomi visą laiką, todėl būtų galima teigti, kad tai netiesiogiai rodo teikiamų paslaugų kokybę.

Pacientų burnos sveikatos būklė sąlygoja lankymosi sveikatos priežiūros įstaigose dažnumą ir tuo pačiu paslaugos kokybės vertinimus. Tik trečdalis respondentų savo dantų būklę vertina labai gerai ir gerai, likę respondentai (69 proc.) mano, kad jų burnos būklė tik patenkinama arba net bloga (4 pav.). Tokie rezultatai rodo, kad apklaustiesiems reikalingos dantų gydymo, rovimio, profesionalios burnos higienos arba periodonto ligų gydymo paslaugų.



3. pav. Dantų ir burnos ertmės sveikatos vertinimo pacientų požiūriu skirstinys

Didžioji dauguma tiriamųjų naudojami dantų gydymo paslaugomis (5 pav.). Kaip matome iš 6 pav. tik nedidelė dalis respondentų kreipiasi į polikliniką profesionalios burnos higienos paslaugų. Galima daryti prielaidą, kad toks ne visai atsakingas apklaustųjų požiūris į burnos ertmės sveikatą, kai kreipiamasi tik esant rimtesnėms problemoms, apsunkina paslaugų teikimą ir gali daryti įtaką paslaugų kokybei bei jos vertinimui.

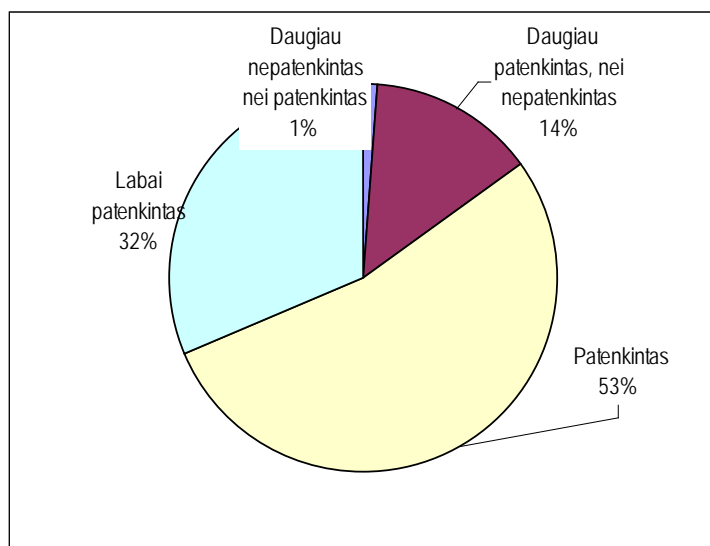


4 pav. Odontologinio skyriaus paslaugų, kuriomis naudojami pacientai, skirstinys

Nors ir prastai vertina savo burnos ertmės sveikatą, tačiau apklausti pacientai pas gydytoją odontologą lankosi vos vieną kartą metuose (taip nurodė trečdalis tiriamųjų). Kartą per pusmetį lankosi 30 proc., rečiau nei kartą į metus – 27,5 proc., o kas mėnesį tik 12 proc. tyrime dalyvavusių pacientų.

Siekiant aukštesnės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės, svarbu nustatyti ir įvertinti pacientų pasitenkinimą odontologijos skyriuje teikiamomis paslaugomis, kadangi sveikatos priežiūroje yra daug rizikos veiksnių, o galima žala susijusi su pagrindinėmis teisinėmis vertybėmis – žmogaus sveikata ir gyvybe. Teisės normos įpareigoja kiekvieną visuomenės narį elgtis atsargiai, dėmesingai ir savo veiksmais nepadaryti žalos kitam asmeniui. Atskirų profesijų atstovams (advokatams, gydytojams) yra keliami reiklesni atidumo, rūpestingumo, dėmesingumo standartai.

Pacientų apklausa atskleidė, jog bendras pasitenkinimo Dainavos poliklinikoje teikiamomis odontologinėmis paslaugomis balo vidurkis tiriamųjų tarpe yra 4,16. Tai reiškia, kad apklausti pacientai yra daugiau nei vidutiniškai patenkinti odontologinėmis paslaugomis (5 pav.).



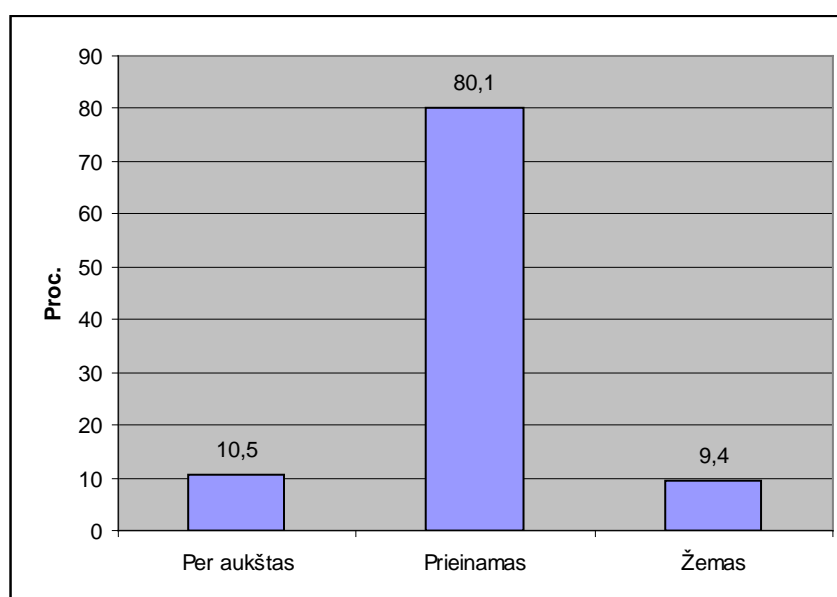
5pav. Pasitenkinimo odontologinėmis paslaugomis skirstinys.

53 proc. apklaustųjų nurodė, kad yra patenkinti odontologinėmis paslaugomis, 32 proc. tiriamųjų labai tenkino odontologinio skyriaus darbas ir tik 1 proc. buvo nepatenkintų odontologinio skyriaus teikiamomis paslaugomis.

Apklaustųjų pasitenkinimo vertinimai nepriklauso nuo poliklinikos pasirinkimo pobūdžio. Tiriant, ar pasitenkinimą odontologinėmis paslaugomis veikia apklaustų pacientų lankymosi trukmė poliklinikoje, analizuojant tiek Spirmeno koreliacijos koeficientą ( $r_s$  - -0,074;  $p$  – 0,296), tiek  $X^2$  kriterijų ( $X^2$  – 3,663;  $lks$  – 9;  $p$  – 0,932), statistiškai reikšmingo ryšio nerasta. Tas pats pasakytina apie pasitenkinimo odontologinėmis paslaugomis ir gydymosi kitose gydymo įstaigose patirties ryšį ( $X^2$  – 7,167;  $lks$  – 6;  $p$  – 0,306) – statistiškai reikšmingos priklausomybės nėra.

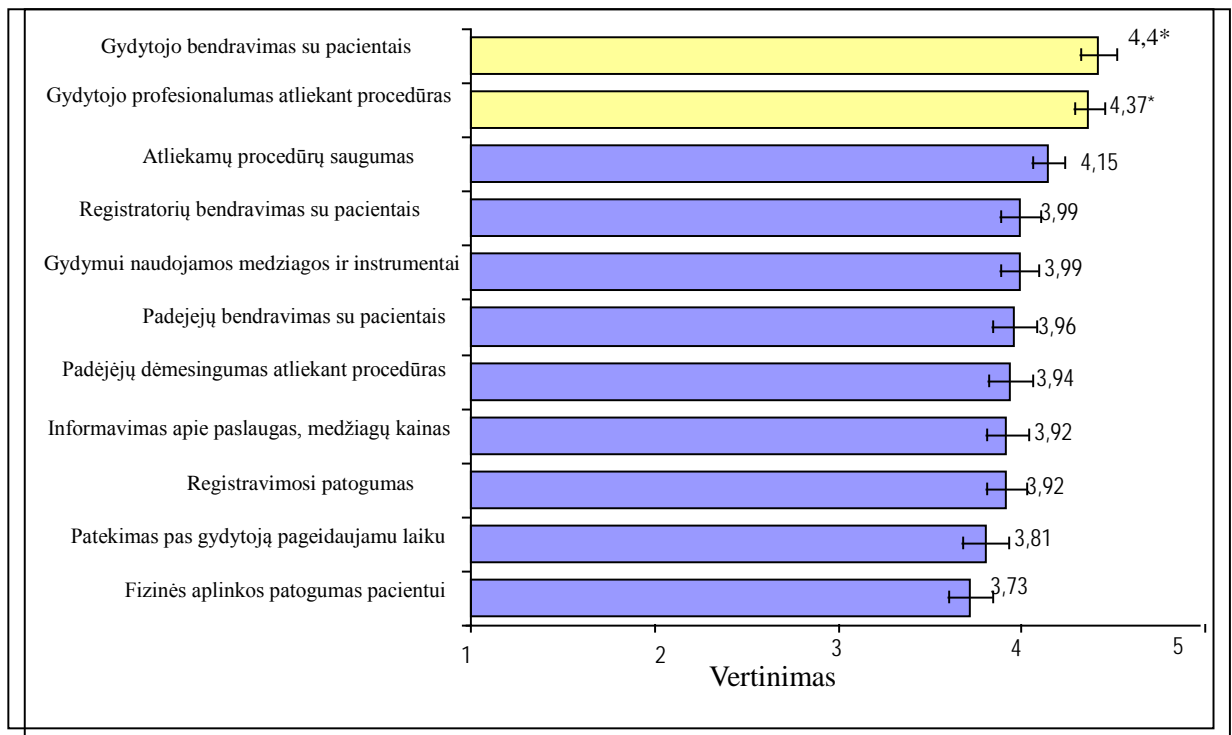
Analizuojant odontologinių paslaugų kokybę ir jų ryšį su demografiniais rodikliais: amžiumi ( $X^2 - 15,895$ ; IIs – 15; p – 0,389), lytimi ( $X^2 - 1,4$ ; IIs – 3; p – 0,692), pajamomis ( $X^2 - 8,447$ ; IIs – 9; p – 0,490), šeimynine padėtimi ( $X^2 - 3,979$ ; IIs – 6; p – 0,679), išsilavinimu ( $X^2 - 4,188$ ; IIs – 6; p – 0,651) statistiškai reikšmingos priklausomybės nerasta.

Pagal iki šiol galiojantį 1999m. liepos 30d. Sveikatos apsaugos ministro įsakymą Nr.583 viešosiose sveikatos priežiūros įstaigose pacientai, išskyrus vaikus ir paauglius, privalo mokėti už plombines medžiagas pagal tuo metu galiojančias kainas. Privačiuose odontologiniuose kabinetuose visos paslaugos yra mokamos: nuo konsultacijos iki skubios pagalbos suteikimo. Iš 200 respondentų grupės 76,5 proc. mano, jog plombinių medžiagų kainos, už kurias reikia susimokėti patiems, yra prieinamos (6 pav.).



6 pav. Plombinių medžiagų kainų vertinimas, už kurias turi susimokėti pacientas.

Aptariant odontologinių paslaugų kokybės atskirų aspektų vertinimų pasiskirstymą galima teigti, jog tyrimo rezultatai (7 pav.) rodo, jog gydytojo bendravimas su pacientais ir gydytojo profesionalumas vertinami patikimai aukščiau nei kiti su odontologinių paslaugų kokybe susiję aspektai. Antras pagal vertinimus – gydytojo profesionalumas, nes pacientams sunku įvertinti šią mediko savybę ir tai kuo ji išoriškai pasireiškia.



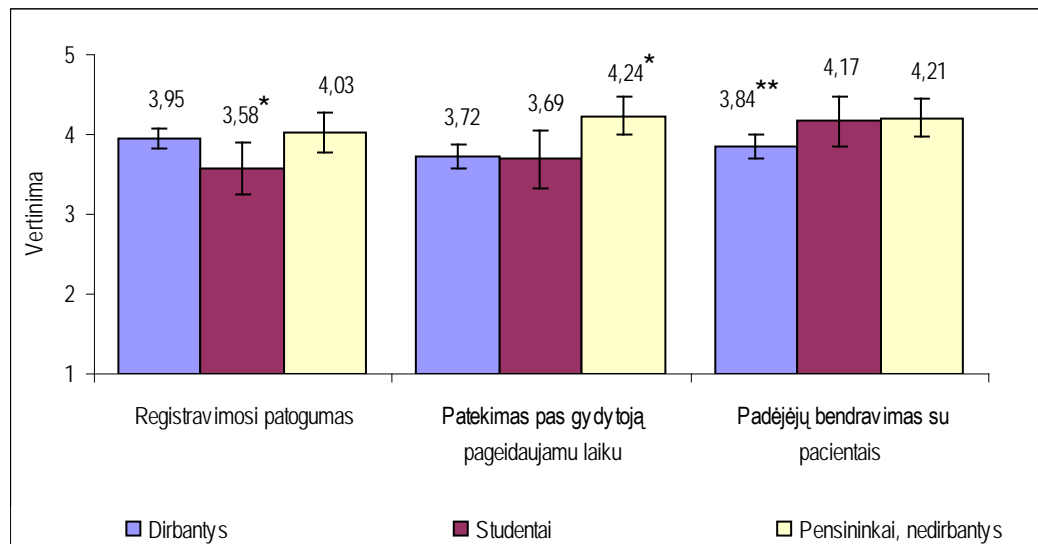
7 pav. Odontologinių paslaugų kokybės aspektų vertinimas. (\*-tarpusavyje nesiskiria, bet statistiškai patikimai ( $p < 0,05$ ) skiriasi nuo likusių aspektų vertinimo)

Galima teigti, jog tinkamai bendraujantis odontologas gali atsakyti į visus pacientui iškilusius klausimus. Pacientas negali įvertinti kai kurių odontologinių procedūrų, tarkim, dantų šaknų gydymo.

Jei po gydymo danties neskauda, pacientas tikisi esąs sveikas, tačiau tai gali būti laikina būklė. Jei kanalai išgydyti nekokybiškai, dantį gali pradėti skaudėti vėliau arba visai neskaudėti, bet organizme tūnos grėsmingas infekcijos židynys. Kokybiškas bendravimas su pacientu, gebėjimas jam patarti, atsakyti į rūpimus klausimus, pakomentuoti gydymo ar procedūros eigą, suformuoja paciento nuomonę apie paslaugos kokybę.

Kadangi aptartų paslaugų kokybės aspektų vertinimą gali įtakoti tiriamųjų lytis, amžius, išsilavinimas, pajamos 1-am šeimos nariui per mėnesį, šeimyninė padėtis, socialinė - profesinė padėtis, lankymosi pas odontologą trukmė, aptarsiu gautus tyrimo rezultatus, atsižvelgiant į minėtus veiksnius.

Apibendrinant tyrimo metu gautus rezultatus pagal socialinę-profesinę padėtį (8 pav.), galima teigti, jog ženklų skirtumų vertinant registravimosi patogumus, patekimą pas gydytoją pageidaujamu laiku bei padėjėjų bendravimą su pacientais nėra.



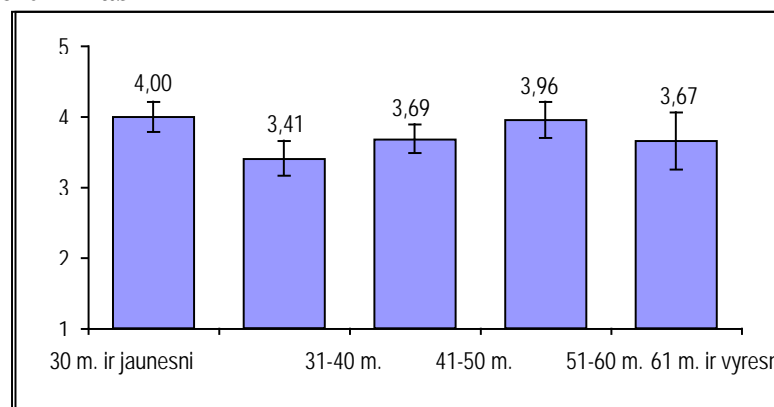
8 pav. Paslaugų kokybės aspektų vertinimas pagal socialinę-profesinę tiriamųjų padėtį

(\*- $p < 0,05$ , lyginant su kitais, \*\*- $p < 0,05$ , lyginant su pensininkais)

Rezultatų analizė rodo, jog registravimosi patogumą studentai vertino patikimai, nors ir nežymiai, žemiau, negu dirbantys bei pensininkai. Tuo tarpu patekimą pas gydytoją pageidaujama laiku pensininkai ir nedirbantys vertino patikimai geriau nei studentai bei dirbantys. Pensininkai geriau negu dirbantys vertina ir bendravimą su pacientais. Manychiau, jog pačios respondentų grupės, kurios dalyvavo tyrime, yra skirtingos savo nuostata į odontologinių paslaugų kokybę, nes studentai, kaip naujos kartos žmonės, įpratę prie šiuolaikinių technologijų teikiamų patogumų, norėtų registruotis internetu, o ne registratūroje stovėti eilėje. Priešingai, pensininkams registratūra atlieka dar ir konsultanto vaidmenį: čia pacientai išsako savo nusiskundimus ir negalavimus, po to jie nukreipiami pas atitinkamą gydytoją odontologą (danties gydymui ar rovimui), t.y. jie tuo pat metu patenkina ne tik funkcinius, bet ir socialinius poreikius. Dirbantieji respondantai panašiai vertina visus tris minėtus aspektus: registravimosi patogumus (3,95 balo), patekimą pas gydytoją pageidaujama laiku (3,72 balo) bei padėjėjų bendravimą su pacientais (3,84 balo).

Aptariant odontologinių paslaugų kokybės vertinimus respondentų amžiaus aspektu (9 pav.), galima teigti, jog ženklų skirtumų vertinant fizinę aplinką nėra.

**Vertinimas**

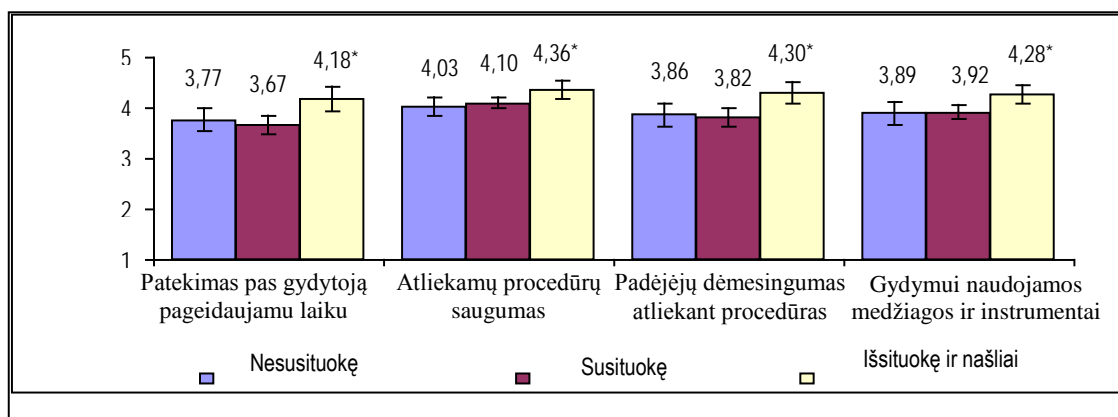


9 pav. Fizinės aplinkos vertinimas amžiaus aspektu  
 (\*- $p < 0,05$  lyginant su likusiomis, išskyrus 41-50 m., amžiaus grupėmis).

Tyrimo rezultatai leidžia teigti, jog 31-40 metų amžiaus grupėje fizinę aplinką apklausti pacientai linkę vertinti vidutiniškai, kai tuo metu kitų amžiaus grupių apklaustieji vertina gerai. Manychiau, jog 31-40 metų amžiaus grupės tiriamieji – tai žmonės, turintys asmeninę bei profesinę patirtį, pastabūs ir reiklūs išorinei aplinkai. Tai patvirtina ir jų pastebėjimai, jog odontologinio skyriaus laukiamasis seniai remontuotas: koridoriaus sienos atsilupinėjusiais dažais, grindyse žioji linoleumo skylės, suolai ir kėdės prastos išvaizdos. Faktinė fizinės aplinkos būklė atitinka vertinimą: tik kai kurie kabinetai renovuoti, o kitų estetinis vaizdas ne koks, nes neseniai buvo keičiami poliklinikos langai, o po to nebuvo atliktas sienų remontas.

Analizuojant tyrimo metu gautus rezultatus (10 pav.), susijusius su odontologinių paslaugų kokybės atskirų aspektų lyginimu demografiniu požiūriu, aptarsiu kaip vertina patekimą pas gydytoją pageidaujama laiku, atliekamų procedūrų saugumą, padėjėjų dėmesingumą atliekant procedūras, gydymui naudojamas medžiagas ir instrumentus vertina mūsų tyrime dalyvavę skirtingos šeimyninės padėties pacientai.

**Vertinimas**

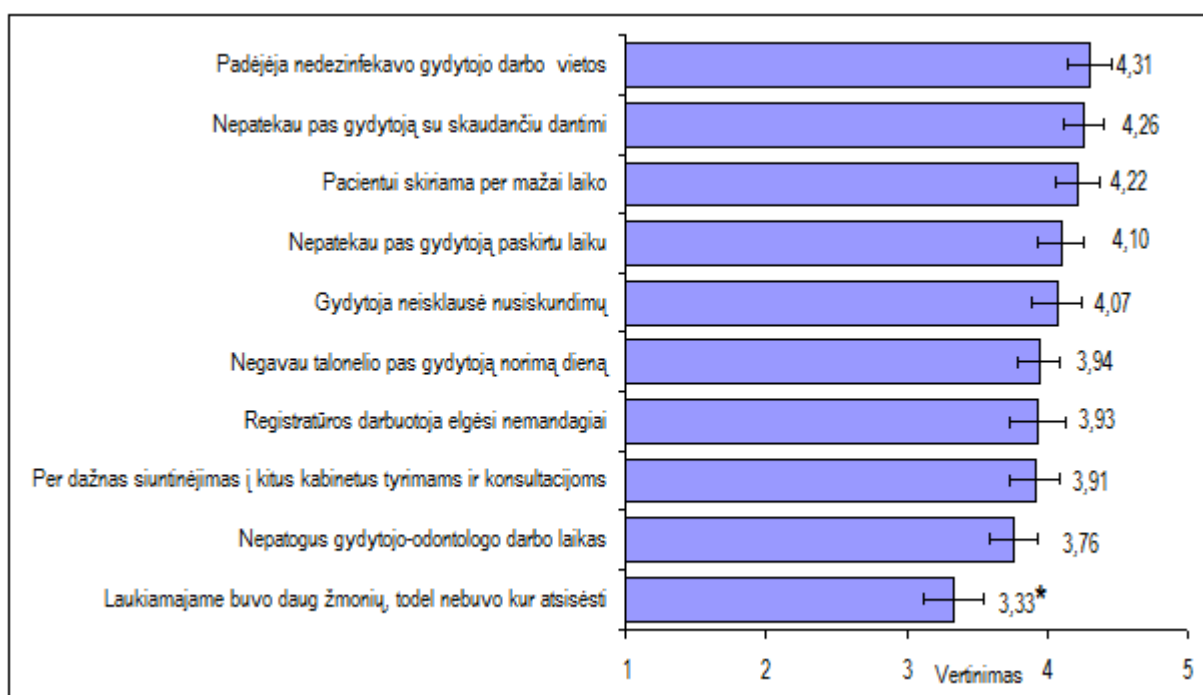


10 pav. Odontologinių paslaugų kokybės atskirų aspektų lyginimas demografiniu požiūriu: šeimyninės padėties aspektu (\*- $p < 0,05$  lyginant su kitais).

Tyrimo rezultatai rodo, kad išsituokę ir našliai tokius paslaugų kokybės aspektus kaip patekimą pas gydytoją pageidaujama laiku, atliekamų procedūrų saugumą, padėjėjų dėmesingumą atliekant procedūras, gydymui naudojamas medžiagas ir instrumentus vertina, nors iš esmės ir nežymiai, bet patikimai geriau negu kiti tiriamieji. Respondentai suvokia, jog odontologas, dirbdamas nesteriliais instrumentais, gali pacientą užkrėsti C hepatitu, AIDS. Apsilankymo pas odontologą metu jie dažniau ir reikliau nei kiti stebi, kaip padėjėja ruošia instrumentus, dezinfekuoja gydytojo odontologo darbo vietą. Tiriamajame odontologijos skyriuje trūksta gydytojų odontologų padėjėjų: vienam gydytojui tenka 0,3 etato odontologo padėjėjos. Tai pastebi ir pacientai, nes šių specialistų stygius kai kuriuose odontologinio ligonio gydymo etapuose trikdo darbą.

Įdomu pastebėti, kad daugiau nei pusė (58 proc.) tiriamųjų gydydamiesi Dainavos poliklinikos odontologiniame skyriuje nepatyrė jokių sunkumų. Beveik penktadalis (19 proc.) tiriamųjų patyrė vienokio ar kitokio pobūdžio nesklandumų. 42 proc. apklaustų pacientų, mano jog susidūrę su išvardintais sunkumais (nesklandumais) į nieką nesikreiptų, nes nuo to, jų nuomone, niekas nesikeistų. Savo pasyvų elgesį jie linkę aiškinti nusivylimu ir baime, kad ir ateityje teks naudotis tų pačių sveikatos priežiūros įstaigų paslaugomis.

Paciento patirtų sunkumų svarba paslaugų kokybei yra neabejotina, tačiau vertinama skirtingai. Apklausos metu gauti rezultatai (11 pav.) rodo, jog anketoje išvardintus sunkumus, patirtus odontologiniame skyriuje, pacientai vertina 3,33 – 4,31 balo ribose, o vertinimų rezultatai statistiškai patikimai nesiskiria.

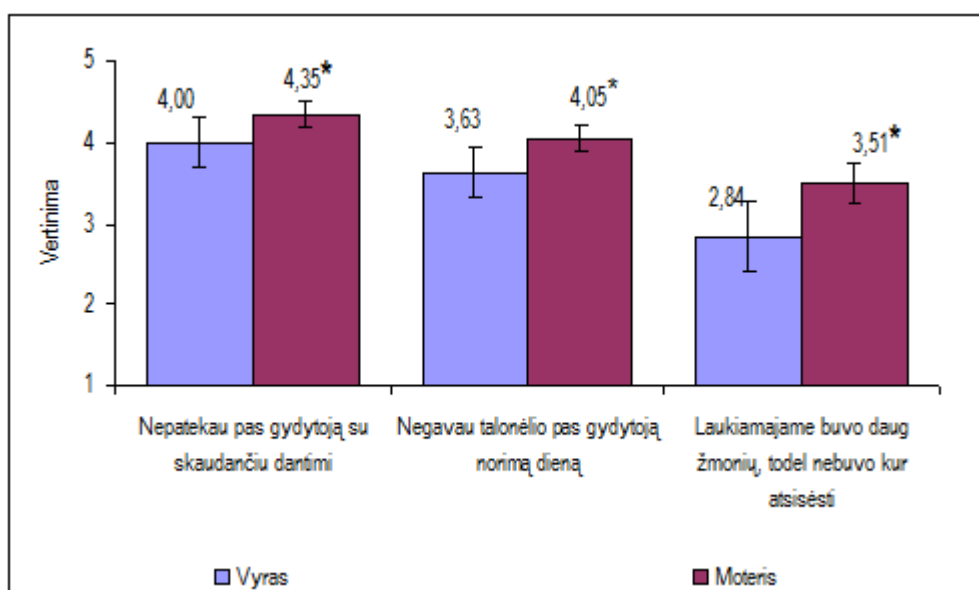


11 pav. Pacientų, (kurie patyrė sunkumus t.y. 19 proc.), patirtų sunkumų vertinimas (\*- $p < 0,05$ , lyginant su kitais)

Žemiausiai vertinama fizinė aplinka – laukiamajame buvo daug žmonių ir apklaustieji neturėjo kur atsistėti (3,33 balo) ir nepatogų gydytojo odontologo darbo laiką (3,76). Dainavos poliklinikos odontologinio skyriaus laukiamasis yra pakankamai erdvus, tačiau „piko“ valandomis (11-13 val. ir 17-19 val.) pacientai priversti stovėti prie odontologinių kabinetų durų. Reikšmingesnis tiriamųjų vertinimu yra aplinkybė, jog padėjėja nedezinfekavo gydytojo darbo vietas (4,31 balo), kad pacientas nepateko pas gydytoją su skaudančiu dantimi (4,26 balo), ir tai, kad pacientui skiriama per mažai laiko (4,22 balo).

Analizuojant tyrimo metu gautus rezultatus, susijusius su patirtų sunkumų (nesklandumų) odontologiniame skyriuje moterų ir vyrų požiūriu (12 pav.), galima teigti, jog moterys, palyginti su vyrais, tokius sunkumus, kaip nepatekimą pas gydytoją su skaudamu dantimi, talonėlio pas gydytoją

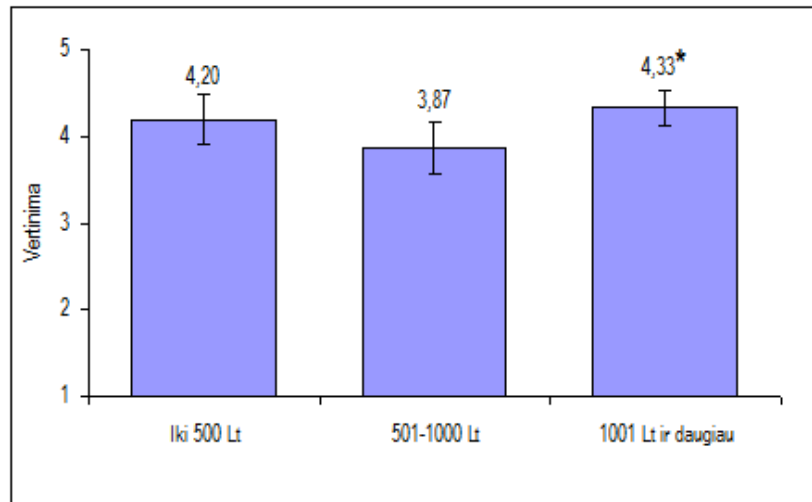
norimą dieną negavimą, patogumus laukiamajame vertina geriau negu tirtieji vyrai (vertinimai statistiškai patikimai skiriasi). Manychiau, jog tokio pobūdžio vertinimų skirtumus įtakoja moterų psichosocialiniai ypatumai. Mokslininkų manymu, moters smegenys apdoroja informaciją apie žmones kitaip nei vyro; jos apdovanotos gebėjimu greitai, intuityviai įvertinti žmogų, esant bet kokiam konfliktui, gali išvelgti abiejų pusių teisumą, net ir tuomet, kai į konfliktą yra įtraukiama ir pati. Vyrai yra linkę kiek atsiriboti nuo aplinkos, o tvirčiausiai jaučiasi ne su žmonėmis, o su negyvais objektais. Minėtus faktus patvirtina mano tyrimo metu gauti patirtų sunkumų (nesklandumų) odontologiniame skyriuje vyrų vertinimai: prasčiausiai (2,84 balo) įvertinti nepatogumai laukiamajame, kuriame laukiant nebuvo kur atsisėsti.



12 pav. Patirtų sunkumų (nesklandumų) odontologiniame skyriuje vertinamas lyties aspektu (\*- $p < 0,05$  lyginant su vyrais.)

Kaip jau minėjau anksčiau, mano tyrime dalyvavę pacientai pagal pajamas 1-am šeimos nariui per mėnesį, suskirstyti į keturias grupes: pirmosios tiriamųjų grupės pajamos iki 500Lt per mėnesį (23 proc.), antrosios grupės – nuo 501 iki 1000 Lt per mėnesį (46 proc.), trečios grupės – nuo 1001 iki 2000 Lt (23,5 proc.) ir ketvirtos – daugiau nei 2000 Lt (7,5 proc.). Analizuojant respondentų patirtų sunkumų (nesklandumų) odontologiniame skyriuje dėl galimybės patekti pas gydytoją nurodytu laiku, vertinimus pagal respondentų pajamas 1-am šeimos nariui per mėnesį, galima teigti, jog apklausti pacientai gaunantys pajamas (daugiau nei 1000 Lt), patekimą pas gydytoją paskirtu laiku vertina reikšmingai geriau negu gaunantys vidutines pajamas, nors iš esmės ir nežymiai (13pav.)



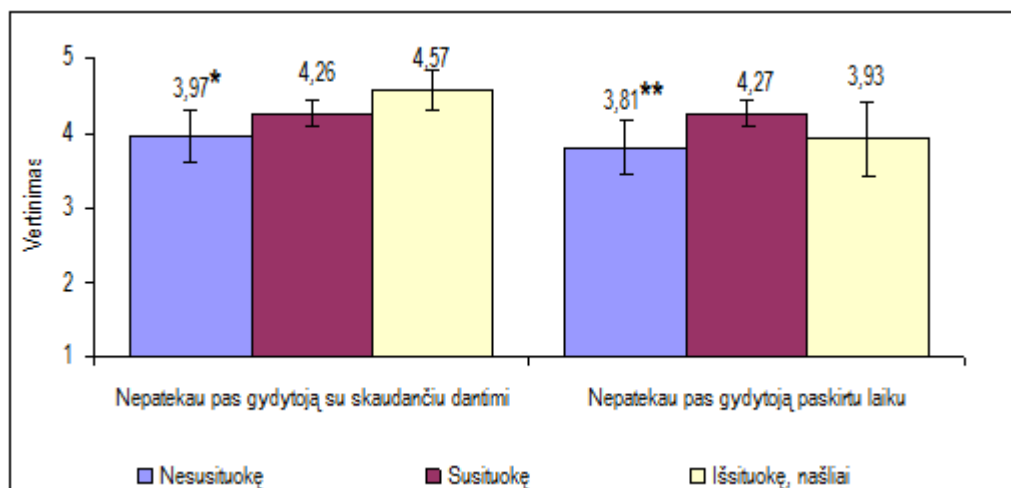


13 pav. Patekimo pas gydytoją nurodytu laiku (vertinimas pagal respondentų pajamas 1-am šeimos nariui per mėnesį) (\*- $p < 0,05$  lyginant su likusiomis 501-1000 Lt grupe)

Analizuojant patirtus sunkumus (nesklandumus) patirtus odontologiniame skyriuje šeimyninės padėties aspektu, galima teigti, jog ypatingai svarbūs du momentai:

- nepatekimas pas gydytoją, kai skauda dantį – vertinimas svyruoja nuo 3,97 iki 4,57 balo; aukščiausiu balu vertina tiriamieji išsituokę arba našliai;
- nepatekimas pas gydytoją paskirtu laiku – vertinimas svyruoja nuo 3,81 iki 4,27 balo. Aukščiausiu balu vertina tiriamieji, kurie yra susituokę.

Kaip matyti iš 14 pav. nesusituokę respondentai susidūrė su sunkumais, kai reikėjo gauti gydytojo pagalbą skaudant dantį (šios respondentų grupės atsakymai statistiškai reikšmingai skiriasi nuo išsituokusių ar našlių) ir negalėdami patekti pas gydytoją nurodytu laiku (atsakymai statistiškai reikšmingai skiriasi nuo susituokusių respondentų).



14 pav. Patirtų sunkumų (nesklandumų) vertinimas pagal respondentų šeimyninę padėtį (\*- $p < 0,05$  lyginant, su išsituokusiais ir našliais, \*\*- $p < 0,05$  lyginant su susituokusiais)

Skaičiuojant Spirmeno koreliacijos koeficientą buvo tirta priklausomybė pasitenkinimu odontologinėmis paslaugomis ir jų kokybės aspektais. Rezultatai pateikti 8 lentelėje.

8 lentelė. Koreliacija tarp pasitenkinimo paslaugomis ir jų kokybės aspektais

Paslaugų kokybės aspektai	Ryšys su pasitenkinimu paslaugomis	
	Rs	Ryšio stiprumas
Gydytojų profesionalumas atliekant procedūras	0,43	Vidutinis
Gydymui naudojamos medžiagos ir instrumentai	0,42	Vidutinis
Atliekamų procedūrų saugumas	0,42	Vidutinis
Patekimas pas gydytoja pageidaujama laiku	0,39	Silpnas
Padėjėjų dėmesingumas atliekant procedūras	0,34	Silpnas
Registravimosi patogumas	0,33	Silpnas
Padėjėjų bendravimas su pacientais	0,30	Silpnas
Informavimas apie paslaugas, medžiagų kainas	0,29	Silpnas
Registratorių bendravimas su pacientais	0,25	Silpnas
Fizinės aplinkos patogumas pacientui	0,25	Silpnas
Gydytojo bendravimas su pacientais	0,20	Silpnas

Pasitenkinimo ir paslaugų kokybės vertinimo ryšys parodo, kad kuo labiau pacientai patenkinti odontologo paslaugomis, tuo labiau jie patenkinti visais kokybės aspektais.

Kaip rodo tyrimo rezultatai, didėjant pasitenkinimui paslaugomis, visų paslaugų aspektų kokybės vertinimai turi tendencijų didėti. Skiriasi tik ryšio stiprumo lygis. Vidutinio stiprumo ryšys nustatytas su gydytojų profesionalumu, atliekant procedūras, gydymui naudojamas medžiagas ir instrumentus, atliekamų procedūrų saugumu. Silpniausias ryšys buvo nustatytas registratorėms bendraujant su pacientais, fizinės aplinkos patogumu bei gydytojo bendravimu su pacientais.

Apibendrinant svarbiausius empirinio tyrimo rezultatus galima teigti, kad VŠĮ Kauno Dainavos poliklinika odontologinio skyriaus teikiamų paslaugų kokybę apklausti pacientai vertina teigiamai.

### 3.4. Odontologinių paslaugų kokybės gerinimo kryptys pacientų požiūriu.

Lotyniška sentencija *primum non nocere* (pirmiausia – nepakenk) priskiriama Hipokratui ir sudaro Hipokrato priesaikos esmę. Šis teiginys nusako gydytojo profesijos moto: esame tam, kad pagerėtų pacientų sveikata, o ne tam, kad ji pablogėtų dėl mūsų netinkamos veiklos (veikimo ar neveikimo). Paciento gerovė visad turi būti aukščiau už kitus tikslus. Joks paslaugų sektorius nėra toks sudėtingas, kaip sveikatos priežiūros.

VŠĮ Kauno Dainavos poliklinika odontologinio skyriaus teikiamų paslaugų kokybės pacientų požiūriu gerinimas sietinas su šiomis kryptimis:

- vadovavimo tobulinimas sveikatos priežiūros įstaigoje, strategijos kūrimas;
- odontologinio skyriaus personalo kvalifikacija ir gebėjimų dirbti su pacientais tobulinimas;
- ryšiai su visuomene, įstaigos populiarumas, įvaizdžio kūrimas;

- odontologinio skyriaus materialinės bazės gerinimas.

Natūralu, kad visi minėti veiksniai yra glaudžiai susiję tarpusavyje, priklauso vienas nuo kito, todėl kartais sunku nustatyti vieno ar kito veiksnio ribas. Įvaizdžio formavimas susijęs su reklama, vykdomas per ryšį su visuomene kanalus ir t.t., todėl į priimamus sprendimus reikėtų žvelgti būtent kaip į strateginę visumą, kai nuo kiekvieno atskiro punkto veiksmingumo priklauso bendra sėkmė, ir atvirkščiai.

Sveikatos priežiūros įstaigos vadovas – pagrindinė ašis, idėjų ir projektų generatorius. Nuo įstaigos vadovo didžiaja dalimi priklauso ir įstaigos veiklos strategijos įgyvendinimas. Sveikatos priežiūros įstaigos vadovas turi galimybes kurti ir įgyvendinti įstaigos veiklos strategiją, ieškoti paramos ir kontaktų užsienyje, gerinti paslaugų kokybę, optimaliai išnaudoti turimą materialinę bazę, ieškoti papildomų įstaigos pajamų šaltinių tam, būtų galima motyvuoti darbuotojus ir populiarinti įstaigą visuomenėje.

Pirmasis žingsnis būtų objektyviai (galima su audito kompanijos pagalba), įvertinti esamą sveikatos priežiūros įstaigos odontologinio skyriaus padėtį, nustatyti silpniausias vietas, reikalaujančias ypatingo ir pirmutinio dėmesio, numatyti artimiausius veiklos planus ir būtinus pakeitimus. Įvertinus esamą padėtį, turėtų būti numatomos struktūrinės permainos, leisiančios gerinti teikiamų paslaugų kokybę.

Skyriuje yra skirtingos konfliktinių situacijų sprendimo alternatyvos. Konfliktų sprendimo eiga ir metodai, psichologinės prievartos prevencija dar nėra pakankami veiksniai, skatinantys darbuotojus gerinti darbo rezultatus, analizuoti nuveiktą darbą. Kolektyve yra būtina taikyti darbuotojų skatinimą, kuris gerintų darbo rezultatus ir skatintų darbuotojus prisidėti prie bendros skyriaus veiklos.

Nuoseklus darbas su personalu (nuo registratūros darbuotojų iki gydytojų) leistų pagerinti aptarnavimo kokybę, skatintų gydytojų norą tobulėti ir siekti geresnių rezultatų. Darbuotojams turi būti sudaromos karjeros galimybės, skatinamas kvalifikacijos kėlimas, naujų gydymo metodų darbo procese taikymas, galimybė stažuotis užsienyje. Kilni sveikatos priežiūros įstaigų misija – gydyti pacientus, turėtų būti svari priežastis kelti aptarnavimo kokybę.

Ryšų su visuomene plėtojimas – raktas į daugelio problemų sprendimą, todėl tam būtina taikyti įvairius komunikacijos metodus. Tiriamoji poliklinika turėtų skirti didelį dėmesį informacijos teikimui apie odontologinio skyriaus veiklą, gydytojų darbą, naujas gydymo tendencijas, numatomas struktūrinės permainas. Tiriami pacientų poreikiai ir jų nepasitenkinimo priežastys. Pacientui reikėtų pateikti informaciją apie tyrimų rezultatus ir esamų problemų šalinimo žingsnius.

Bendradarbiavimas su kitomis sveikatos priežiūros įstaigomis leistų keistis naudinga patirtimi, bendrai spręsti specialistų deficito problemas, vykdyti šviečiamąjį darbą visuomenėje, ruošti įvairias programas bei seminarus apie burnos ligų prevenciją, kartu su užsienio specialistais, pažengusiais šioje

sirtyje, rengti gydytojams taikomosios psichologijos kursus, kurių metu įgyta praktika praverstų kasdiniame bendravimo su pacientais procese.

Odontologinių paslaugų reklama tiesiogiai susijusi su bendra įstaigos veiklos strategija. Viešųjų įstaigų veiklos specifika verčia ieškoti kaip originalių įstaigos reklamavimo formų, taip ir naudotis jau tapusiais klasikiniiais reklamos metodais. Reklamos psichologinis efektyvumas priklauso didele dalimi nuo to, kaip pateikiama informacija realiai atitinka tikrovę. Viešajai įstaigai būtų galima siūlyti tokius populiarinimo būdus:

Įstaigos populiarinimas – tai ir priminimas apie įstaigą žiniasklaidos kanalais; bendros informacijos apie organizacijos odontologinio skyriaus paskirtį, darbo laiką, gydytojų odontologų valandas – veiksmingiausia būtų pateikti šią informaciją per vietinį radiją ir vietinę spaudą; odontologinio skyriaus informacija apie naujas paslaugas ir paslaugų teikimo sąlygos – įstaigos internetiniame puslapyje, vietinėje spaudoje, per įvairius visuomeninius renginius, informuojant potencialius klientus; platesnis informavimas apie konkrečią odontologinę paslaugą (pvz., silantų programos vykdymas) – leidžiant reklaminius bukletus, platinant informaciją elektroninių technologijų pagalba.

Apklaustos rezultatai rodo, kad dalis apklaustų pacientų tvirtina, jog jiems nepatogus registravimosi laikas, kad negali patekti pas gydytoją pageidaujama dieną, jiems patogiu laiku arba net ir tuo atveju, kai skauda dantį. Tokie atsakymai įpareigoja galvoti apie paslaugų teikimo laiko koregavimą. Kadangi nemaža dalis poliklinikos pacientų – dirbantys žmonės, todėl negali pasinaudoti odontologinio skyriaus paslaugomis, nes jų darbo laikas sutampa su poliklinikos ir skyriaus darbo laiku. Vadinasi patogesnis pacientams odontologinio skyriaus darbo laikas padidintų šių paslaugų prieinamumą ir galėtų pritraukti naujų pacientų.

Kitas sprendimas, galintis pagerinti kokybės vertinimą pacientų požiūriu, yra pacientų srautų reguliavimas. Kaip rodo apklaustos rezultatai, pacientai yra priversti sugaišti daug laiko eilėse pas gydytoją. Eilių valdymas – įstaigos vadybininkų rūpestis. Tam būtina užtikrinti sklandžią pacientų išankstinę registraciją telefonu, registratūros darbuotojų ir gydytojų padėjėjų darbų pasidalijimą, laikytis talonuose nurodyto priėmimo laiko. Ir registruotojams, ir kiti darbuotojai, turi aiškinti pacientui, kad svarbu atvykti talone nurodytu laiku. Kai priėmimas užtrunka, reikėtų kad ir laukiantiems eilėje, būtų paaiškinta, kodėl pažeidžiamas talonuose nurodytas priėmimo laikas. Tyrimais įrodyta, kad tokie veiksmai ženkliai sumažina vartotojų nepasitenkinimą.

Būtų galima siūlyti diferencijuoti odontologinio skyriaus paslaugų laiką pagal pacientų priklausymą tam tikrai socialinei grupei. Kitaip tariant, ankstyvąjį ir vėlyvąjį gydytojų priėmimo laiką skirti dirbantiesiems, o dienos metu – pensininkams ir besimokantiems.

Paslaugų kokybė didele dalimi priklauso nuo materialinės įstaigos bazės. Siekiant gerinti paslaugų kokybę, būtina keisti pasenusią odontologinę įrangą, higieninių reikalavimų neatitinkančius

autoklavus, aprūpinant darbuotojus naujausiomis darbo priemonėmis ir medžiagomis, diagnostine įranga.

Svarbus paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu gerinimo šaltinis – fizinės aplinkos tinkamas sutvarkymas. Dar vienas svarbus kokybės subjektyviam vertinimui aspektas – darbuotojo apranga. Ji suteikia tam tikro apčiuopiamumo paslaugai. Manychiau, kad skirtingų grupių odontologinio skyriaus darbuotojų aprangai reikėtų nustatyti reikalavimus ir jų griežtai laikytis. Apranga drausmina, įpareigoja darbuotoją, yra informacijos nešėjas, bei tam tikra prasme parodo pacientui, kad paslauga bus teikiama kokybiškai.

Odontologinių paslaugų kokybės suvokimą ir vertinimą didele dalimi lemia personalas, todėl skyriaus vadovybė turėtų atkreipti dėmesį į medicinos ir aptarnaujančio personalo elgesį su pacientais. Nepaisant palankaus odontologinio skyriaus personalo vertinimo, iš tikrųjų personalas, skirtingai nei privačių įstaigų, sunkiai įveikia stereotipinį mąstymą ir galvoja, kad jie yra reikalingi pacientams, o ne atvirkščiai. Atsakingi už skyriaus veiklą vadovai turėtų analizuoti, kodėl medikai nesistengia arba negali bendrauti su pacientais taip, kad šie būtų patenkinti. Formalus mandagumas, kai darbuotojas atlieka viską, ką turėtų atlikti pagal procedūros standartus, bet nesistengia įsigilinti į paciento poreikius ir lūkesčius, pacientą paprastai nuteikia nepalankiai. Dėl to gali nukentėti ir bendras kokybės vertinimas. Taigi viena kokybės gerinimo prielaidų yra personalo ugdymas.

Didelę įtaką paslaugos kokybės vertinimui daro pasitikėjimas gydytoju odontologu. Pasitikėjimas gydytoju taip pat ugdo vartotojo ištikimybę pasirinktai gydymo įstaigai. Vartotojo nepasitikėjimą gali nulemti menki gydytojų komunikaciniai gebėjimai. Pacientai būtų labiau patenkinti, jei gydytojai odontologai, padėjęs, bendraudami su jais atsisakytų profesinės terminijos ir skirtų pakankamai laiko paaiškinimui apie burnos ligų gydymą.

Atliktas tyrimas atskleidė svarbiausias priežastis, dėl kurių vartotojai lieka nevisai patenkinti gautomis odontologinėmis paslaugomis. Viešosios įstaigos vadybininkams reikėtų atkreipti dėmesį į tai, kad daugiausia vartotojų skundžiasi tuo, kad jiems skiriama per mažai laiko. Tokia nuomonė susidaro dėl skubančių pacientus apžiūrėti ir dokumentus užpildyti gydytojų bei procedūras atliekančių padėjėjų. Vartotojui skiriamo laiko stoka gali būti susijusi ne tik su gydytojų ir kito personalo krūviais, bet ir prastu darbo organizavimu.

## IŠVADOS

1. 1987 metais kilusi Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) „sveikų miestų“ idėja suteikia holistinį (visuminį) požiūrį į sveikatą ir ją analizuoja per platų jai įtakos darančių veiksnių spektrą. Šie veiksniai dažniausiai yra už odontologinės sveikatos sektoriaus ribų ir todėl reikalauja tarpsektorinių veiksmų. Europos „Sveikų miestų“ projektas pradėtas, siekiant padėti miestams įgyvendinti politikas ir planus, grindžiamus „Sveikata – visiems“ (WHO, 1985) ir Otavos sveikatos stiprinimo chartija (WHO, 1986), kiek vėliau praplėsta ir Darbotvarkė 21 (UN, 1992) nuostatomis Nacionaliniai sveikų miestų tinklai yra galingas išteklius burnos sveikatai ir darniam vystymuisi Europoje (Klaus et. al, 2010). Europos „Sveikų miestų“ projektas gali būti apibūdinamas kaip socialinis judėjimas, apimantis nepaprastai plačią sritį intervencijų: politinių, socialinių, taip pat orientuotų į elgsenos pokyčius, reikalingų populiacijos odontologinei sveikatai gerinti ir ją išlaikyti (de Leeuw, 2009). Politiniai sprendimai, tarpsektoriniai veiksmai, visuomenės dalyvavimas ir inovacijos sveiko miesto struktūros viduje, sąlygos, prisidedančios prie politikos yra prielaidos gerinti visuomenės burnos sveikatą (WHO, sveikų miestų judėjimas skatina sistemingą strategiją bei sveikatos planavimą ir pabrėžia, kad reikia: spręsti sveikatos nelygybės ir miestų skurdo, pažeidžiam grupių prekių tenkinimo problema; įtraukti visuomenę dalyvauti valdyme.

2. Odontologinių paslaugų kokybė mokslinėje literatūroje apibrėžiama kaip sudėtinga, apjungianti daugybę bruožų, reikalaujanti daugelio rodiklių analizavimo bei vertinimo sistema, kurioje pagrindinė ašis – patenkintas vartotojas. Patenkintas vartotojo (paciento) lūkesčius, bus patenkintas jo kokybės suvokimo lygis ir padidės tikimybė, kad jis ir toliau naudosis pasirinktos sveikatos priežiūros įstaigos paslaugomis. Vertinant odontologinių paslaugų kokybę labai svarbu pasirinkti tinkamą kokybės vertinimo modelį, kuris padėtų tinkamai atskleisti esamas problemas, tirti ir tobulinti paslaugų kokybę. Mokslinėje literatūroje galima stebėti daugelyje modelių besikartojančius veiksnius, kurie įtakoja ir yra svarbūs vertinant kokybę: tai – prieinamumas, dėmesingumas, paslaugumas, rūpestingumas, bendravimas, kompetencija, patikimumas, švara ir tvarkingumas, pagarba, saugumas.

3. Odontologinių paslaugų kokybė vertinama daugelyje gydymo įstaigų, tačiau Lietuvoje standartizuotos odontologinių paslaugų kokybės vertinimo sistemos pagal rezultatyvumo, efektyvumo, prieinamumo, priimtimumo, teisingumo, saugumo dimensijas nėra. Apibendrinant analizuotus duomenis galima teigti, kad įstaigos pačios nustato kokių kokybės standartų laikytis, kuria ir atlieka niekur neregamentuotas apklausas, pagal kurias numato kokybės gerinimo kryptis. Vien pagal įstaigos teoriškai deklaruojamus kokybės standartus, tikslus ir veiklos kryptis neįmanoma spręsti apie teikiamų odontologinių paslaugų kokybę, juo labiau negalima palyginti įstaigų paslaugų kokybės tarpusavyje regiono ar šalies mastu.

4. Kokybės vadovas ir tipinių odontologijos procedūrų sąrašas. Kokybės vadovas – tai dokumentų rinkinys, būtinas kiekvienoje odontologijos paslaugas teikiančioje įstaigoje. Kokybės vadybos sistemos diegimą odontologijos praktikoje reglamentuoja pagrindiniai Sveikatos apsaugos ministro įsakymai. Sukurta, įforminta dokumentais, prižiūrima bei atnaujinama kokybės vadybos sistema rengiama pagal Sveikatos apsaugos ministerijos rekomendacijas. Atsižvelgiama į LST EN ISO 9001:2001 standarto reikalavimus procesiniam veiklos organizavimui. Kokybės vadove aprašoma įstaigos kokybės sistema, kuri yra privaloma visiems darbuotojams, o ypač turintiems tiesioginę įtaką teikiamų paslaugų kokybei. Kokybės vadove aprašytų elementų įgyvendinimu įstaigos vadovybė užtikrina kokybės sistemos veiksmingumą ir parodo savo ypatingą kokybės sąmoningumą bei atsakomybę prieš pacientus. Įstaiga užtikrina kokybišką pacientų odontologinę priežiūrą, kuri paremta profesine darbuotojų kvalifikacija, tinkama medicinos įranga, vaistais, medžiagomis bei medicinine etika. Kokybės sistema leidžia sudaryti saugias diagnostikos, gydymo ir protezavimo sąlygas pacientams, užtikrina efektyvų pacientų skundų ir pageidavimų vertinimą. Kokybės vadybos sistema garantuoja saugias darbo vietas darbuotojams, užtikrina aplinkos apsaugą. Įstaigos vadovas garantuoja, kad darbuotojai nepatirs netinkamo vidinio ar išorinio komercinio, finansinio ar kitokio spaudimo bei įtakos, galinčios paveikti atliekamų darbų kokybę. Visi Lietuvoje galiojantys įstatymai reglamentuoja apskritai visos šalies sveikatos priežiūros sistemą bei su ja susijusios kokybės politiką. Odontologijos sritis – tai šios sistemos dalis, kuriai galioja tie patys bendri teisės aktai bei kai kurie specifiniai: LR odontologų rūmų įstatymas, LR odontologijos praktikos įstatymas bei specifinės higienos, medicinos normos.

5. Kauno Dainavos poliklinikos Odontologinio skyriaus paslaugų kokybę pacientai vertina teigiamai (vertinimų vidurkis 4,16 balo iš 5). Aukščiausiai vertinamas gydytojų bendravimas su pacientais, profesionaliai atliekamos procedūros ir jų saugumas, žemiausiai – informavimas apie paslaugas ir medžiagų kainas, registravimosi patogumas, pateikimas pas gydytoją pageidaujama laiku ir fizinė aplinka. Tiriant atskirų kokybės aspektų vertinimus nustatyta, kad respondentų demografiniai duomenys turėjo įtakos jų vertinimui: registravimosi patogumą, pateikimą pas gydytoją pageidaujama laiku ir gydytojų padėjėjų bendravimą su pacientais – socialinė-profesinė padėtis; fizinę aplinką – amžius; pateikimą pas gydytoją pageidaujama laiku, atliekamų procedūrų saugumą, padėjėjų dėmesingumą atliekant procedūras, gydymui naudojamas medžiagas ir instrumentus – šeimyninė padėtis. Didžioji dauguma apklaustųjų naudojamų medžiagų kainas vertina kaip prieinamas, todėl šis veiksnys paslaugų kokybės vertinimams neigiamos įtakos neturėjo.

Remiantis atlikto tyrimo duomenimis daugiau nei pusė apklaustųjų, naudodamiesi Dainavos poliklinikos odontologinėmis paslaugomis, su jokiais sunkumais nesusidūrė. Tie, kurie patvirtino, kad odontologinių paslaugų teikimo metu nesklandumų pasitaikė, nurodė šiuos: fizinės aplinkos nepatogumas (laukiamajame nėra kur atsisėsti), nepatogus gydytojo darbo laikas, per dažnas

siuntinėjimas į kitus kabinetus konsultacijoms ir nemandagus registratūros darbuotojų elgesys (visi šie aspektai įvertinti mažiau nei 4 balais). Tiriant patirtų nesklaidumų vertinimų ryšį su respondentų demografiniais duomenimis nustatyta, kad respondento lytis daro įtaką vertinant nepatekimą pas gydytoją pageidaujamą dieną ir su skaudamu dantimi, nepatogumus laukiant; respondento pajamos 1-am šeimos nariui ir šeimyninė padėtis – nepatekimą pas gydytoją talonėlyje nurodytu laiku; sunkumus gaunant pagalbą skaudant dančiui – šeimyninė padėtis.

VšĮ *Kauno Dainavos poliklinika* Odontologinio skyriaus teikiamų paslaugų kokybės pacientų požiūriu gerinimas sietinas su šiomis kryptimis: vadovavimo tobulinimu, odontologinio skyriaus personalo kvalifikacijos ir gebėjimų dirbti su pacientais tobulinimu; rinkodaros stiprinimu (ryšiai su visuomene, odontologinio skyriaus populiarinimas, įvaizdžio kūrimas); odontologinio skyriaus materialinės bazės gerinimu. Visos išvardytos paslaugų kokybės gerinimo kryptys yra glaudžiai susijusios.



## REKOMENDACIJOS

### Nacionaliniu lygmeniu:

1. Odontologinėms paslaugoms finansuoti reikėtų pritraukti papildomų lėšų, kurios galėtų būti iš papildomo sveikatos draudimo, apibrėžiant jo objektą. Valstybei iš PSDF lėšų reikėtų finansuoti tik vaikų odontologinių ligų gydymą.
2. Taikyti tiesioginį gyventojų prisirašymą prie odontologinių sveikatos priežiūros įstaigų (ne per pirminės sveikatos priežiūros įstaigą) ir skirti joms PSDF lėšas, neatsižvelgiant į tai, ar tai valstybinė, ar privati įstaiga.
3. Jei nepavyktų įvesti papildomo sveikatos draudimo, tuomet reikėtų labiau diferencijuoti prie pirminės sveikatos priežiūros įstaigos prirašyto gyventojų odontologinių paslaugų kainą priklausomai nuo jo amžiaus.
4. Siekiant pagerinti darbo efektyvumą, pakeisti finansavimo metodiką, įvedant papildomai skatinimas paslaugas (profilaktiniai patikrinimai). Vaikų odontologinių ligų profilaktikos programa ir vaikų bei pensijinio amžiaus neturtingų žmonių dantų protezavimo programa turi būti remiama iš valstybės biudžeto (ne iš PSDF).
6. Įpareigoti medicinos mokslo srities universitetus įstatymiškai per karjeros centrus vykdyti savo socialinę misiją – aprūpinti specialistai kaimo teritorijas, nepaliekant šio rūpesčio tik Sveikatos apsaugos ministerijos atsakomybei.
7. Siūlyti Odontologų rūmams įsteigti odontologinių paslaugų kokybės prizą, kasmet skiriamą nuominuotai ir geriausiai teisingumo principą propaguojančiai įstaigai.

### Regioniniu ir vietiniu lygmeniu:

1. Pradėti odontologinės pagalbos kokybės vertinimo iniciatyvas apskrityse. Vertinant sveikatos priežiūros įstaigų veiklą, įvesti teisingumo principą apibrėžiančius rodiklius ir reikalauti teisingumo principo, kaip pagrindinės sveikatos politikos vertybės, laikymosi ir gerėjimo tendencijų įrodymų. Pradžioje siūloma pasirinkti nedidelį rodiklių skaičių, pvz.: suteiktos profilaktinės paslaugos ir jų didėjimo procentas, prieinamumo pagerėjimo įrodymai (vaikų ir pagyvenusių žmonių aptarnavimų padidėjimo procentas), edukacijos gydymo komplikacijų mažėjimas (atvejai ir procentai).
2. Skatinti odontologų kvietimus dirbti kaimo teritorijose, labiau rūpinantis jų socialinėmis garantijomis, būstu, skiriant darbo užmokesčio priedą.
3. Kasmet savivaldybėse visuomenei parengti odontologinių paslaugų teikimo atsakaitą, pabrėžti teisingumo principo laikymosi tendencijas.

## LITERATŪRA

1. Aaltonen S., Kreutz E. (2009) *Engage your stakeholders. Stakeholder involvement toolkit for local authorities*. UBC Com-mission on Environment (EnvCom).
2. Apalainienė A. (2000). *Paslaugų sektoriaus vystymosi tendencijos*. Ekonomika ir vadyba. K.:Technologija,
3. Athens Declaration for Healthy Cities. 23 June 1998. – WHO. Prieiga per internetą: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/90664/E93730.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/90664/E93730.pdf)
4. Bagdonienė L., Hopenienė R. (2004). *Paslaugų marketingas ir vadyba*. Vadovėlis K.:Technologija,
5. Balčiūnienė I., Pūrienė A. (1998). *Dantų ligų profilaktika*. Vilnius,
6. Barczyk C.C. (1999). *Visuotinės kokybės vadyba*. Vilnius; Eugrimas,
7. Belfast Declaration for Healthy Cities. The power of local action. 18 October 2003. Prieiga per internetą: WHO. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/101486/Belfast\\_DEC\\_E.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/101486/Belfast_DEC_E.pdf)
8. Berry L.L. (1995). *On great service – a framework for action*. New York,
9. Bradshaw J., Hoelscher P. and Richard-son D. 2007. An index of child well-being in the European Union. – Social Indica-tors Research. 80 (1), 133-177.
10. Corburn J. 2009. *Toward the Healthy City: People, Places and the Politics of Urban Planning*. – Massachusetts Insti-tute of Technology, ISBN 978-262-01331-4.
11. Cronin J., Taylor S. (1992) *Measuring SQ: a re-examination and extension*. Journal of marketing., Vol. 56, July 55-68.
12. Crosby Ph. (1991) *Quality Without Tears*. NewYork: McGraw Hill,
13. David V., McQueen et al. 2012. Intersec-toral Governance for Health in All Poli-cies. Structures, actions and experiences. – World Health Organization.
14. Davis K.R. (1981) *Marketing management. Forth Editon*. NewYork: Willy and sons,
15. Donabedian A. (1992) *Quality assurance in HeaLth Care: Consumer's Role*. Quality in HeaLth Care.
16. Dovalienė A., Gadeikienė A., Piligrimienė Ž. (2007) *Customer Satisfaction and its Importance for Long-Term Relationships with Service Provider: the Case of Odontology Services/ ENGINEERING ECONOMICS.. No 5 (55), pp. 59-67.*
17. ES. Europos Sąjungos darnaus vystymo-si strategija: nuo ekonomikos plėtros – link darnaus vystymosi. 2001,
18. Fung A. 2006. Varieties of participation in complex governance. – Public Admi-nistration Review, 66:66–75.
19. Gabbott M., Hagg G. (1998) *Customers and services*. John Wiley&Sons,
20. Grönroos Ch. (1990). *Service management and marketing: a customer relationship management approach*. Toronto: Lexington Books,
21. Grönroos Ch. (2007). *Service management and marketing. Customer management in Service Competition*. John Wiley &Sons,
22. Grönroos Ch. (1990). *Service management and marketing. Managing the moments of truth in service competition*. Maxwell Macmillan International Editon,
23. Gummesson E. (1993). *Quality management in service organizations. An interpretation of the service quality phenomenon and a synthesis of international research*. ISQA,

24. Hakeberg M., Gustafsson J.-E., Berggren U. ir S. G. Carlsson. Multivariate analysis of fears in dental phobic patients according to a reduced FSS-II scale/ *European Journal of Oral Sciences*, October 1995, Vol. 103, Issue 5, pp. 339-344.
25. Informacija apie LPGD bendrijos Tarybos veiklą. *Stomatologijos praktika*. 1998, Nr. 4, p.3.
26. JT Europos ekonomikos komisijos Konvencija „Dėl teisės gauti informaciją, visuomenės dalyvavimo priimant sprendimus ir teisės kreiptis į teismus aplinkosaugos klausimais“ // Valstybės žinios: 2001-08-24 Nr.73-2572; 2009-01-22 Nr.8-273; 2009-01-24 Nr.9 (atitaisy-mas).
27. JT Generalinės asamblėjos rezoliucija „Ateitis kokios norime“ A/RES/66/288 (2012-09-11), 2012.
28. Jurkauskas A. (2006) *Visuotinės kokybės vadyba*. Kaunas: Technologija,
29. Kinduryš V. (1998) *Paslaugų marketingas : teorija ir praktika : monografija*. V.Vilniaus universiteto leidykla,
30. Kilbourne, W.E., Duffy, J. A., Duffy M., Giarchi, G. (2004), *The applicability of SERVQUAL in cross-national measurements of health-care quality*//*Journal of Services Marketing*, No.7
31. Klaus D. Plümer K. D., Kennedy L. and Trojan A. 2009. Evaluating the implementation of the WHO Healthy Cities Programme across Germany (1999–2002) *Health Promot. Int.* (2010) 25 (3): 342-354.
32. Krištaponytė I. *Visuotinės kokybės vadyba kaip organizacijos sėkmės garantas spartėjančios globalizacijos sąlygomis. Kokybės vadyba Lietuvos integracijos į ES procese*. Respublikinės konferencijos pranešimų medžiaga. K.:Technologija, 2002.
33. Kotler Ph. Armstrong G. (1994) *Principles of Marketing*. New Jersey: Prentice Hall,
34. Larsson B. L. ir Bergström K. *Adolescents' perception of the quality of orthodontic treatment / Scandinavian Journal of Caring Sciences*, June 2005, Vol. 19, pp. 95-101.
35. Langvinienė N., Vengrinė B. (2005). *Paslaugų teorija ir praktika*. Kaunas: Technologija,
36. de Leeuw E. Evidence for Healthy Ci-ties: ref lections on practice, method and theory. *Health Promot. Int.*, 24 (suppl 1): i19-i36.
37. Lawrence R. J. 1996. Urban Environment, Health and the Economy: Cues for con-ceptual clarification and more effective policy implementation. In. Price Ch. and Tsouros A. *Our Cities, Our Future. Poli-cies and Action Plans for Health and Su-stainable Development*. WHO. p. 38-64.
38. Lietuvos Respublikos Konstitucija. Vilnius: Teisės informacijos centras prie Teisingumo ministerijos, 1994.
39. Lietuvos Respublikos odontologijos praktikos įstatymas. *Stominfo. Informacinis leidinys stomatologams*. 2004, Nr. 1, p. 25-30.
40. Lietuvos Respublikos odontologų rūmų statutas. *Odontologijos sąsiuvinis 2007*. Nr. 1, p. 3-9.
41. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo,
42. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004m.rugsėjo 14d. Įsakymas Nr. V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010m. programos patvirtinimo“ pakeitimo. Valstybės žinios, 2007m. rugsėjo 7d., p. 80-90.
43. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998m. spalio 6d. įsakymas Nr. 571 „Dėl lokalaus medicinos audito nuostatų“.
44. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“,

45. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų plano patvirtinimo“,
46. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“
47. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. rugsėjo 11 d. nutarimas Nr. 1160 „Dėl Nacionalinės darnaus vystymosi strategijos patvirtinimo ir įgyvendinimo“ //Valstybės žinios. 2003, Nr. 89-4029.
48. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. rugsėjo 16 d. nutarimas Nr. 1247 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. rugsėjo 11 d. nutarimo Nr. 1160 „Dėl nacionalinės darnaus vystymosi strategijos patvirtinimo ir įgyvendinimo“ pakeitimo“// Valstybės žinios. 2009, Nr. 121-5215.
49. Lim, P. Ch., Tang, N. K. H. (2000). The development of a model for quality healthcare // Mnaging Service Quality, No. 2
50. Lovelock Ch. (2002). *Principles of service marketing and management*. Upper Saddle River: Prentice-Hall,
51. Mikulskienė B., Pitrėnaitė B., Jankauskienė D. 2012. Darbo grupių vieta sveikatos apsaugos ministerijos organizacijoje struktūroje. – Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai. Mykolo Romerio universitetas.1(4),64-83.
52. Majkgard A. (1998). *Experiential knowlence in the internationalization process of service firm*. Upsala,
53. Marshale M., Campbell S., Hacker J., Roland M., editors. (2002). *Quality indicators for General practice. A practical guide to clinical quality indicators for primary care health professionals and managers*. Royal Society of Medicine Press Ltd.;
54. Mažeikaitė R. (2002). *Paslaugų marketingo pagrindai*. V.:UAB Infosiūlas,
55. Mikalauskienė A., Tijūnaitė R., Vekterytė M. (2002). *Paslaugų kokybės valdymo strateginiai aspektai*. Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos. Šiauliai:ŠU leidykla.
56. Mikulis J. *Kas yra ISO? Peržiūrėta 2014 kovo 27, adresu: <http://verslas.banga.lt/Lt/patark.full/3c0ba1fc08897>*
57. Misevičienė I., Dregval L. (2002). *Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę*. Medicina, Nr. 38(11).
58. Oakland J.S., Dotchin J.A. (1994). *Total Quality Management in Services*. International Journal of Quality and Reliability Management. Volume 11. N0.3,
59. Oakland J.S. (2001). *Total quality management: text with cases*. Pacific rim ed. Oxford : Butterworth – Heinemann, □etc
60. Odontologų profesinės etikos kodeksas. *Stominfo. Informacinis leidinys stomatologams*. 2004, Nr. 2, p. 39-42.
61. Odontologų rūmų garbės teismo nuostatai. *Stominfo. Informacinis leidinys stomatologams*. 2004, Nr. 2., p.36-38.
62. Odontologų rūmų žinios. 2009, Nr. 1 (17).
63. Odontologų rūmų žinios. 2009, Nr. 3 (18).
64. Odontologų rūmų žinios. 2011, Nr. 2 (25).
65. Odontologų rūmų žinios. 2013, Nr. 2 (32).
66. Odontologų rūmų žinios. 2013, Nr. 4 (34).
67. Odontologų rūmų žinios. 2014, Nr. 1 (35).
68. Oliver G. (1998) *Marketing Today*. Prentice-Hall, Englewood Clitts,
69. Palmer A. (1998) *Principles of Service marketing*. McGraw – Hill,

70. Our Common Future, Report of the Brundtland Commission. 1987. Prieiga per internetą: <http://www.un-documents.net/wced-ocf.htm> DARNAUS VYSTYMOŠI STRATEGIJA IR PRAKTIKA / Mokslo darbai | 141
71. Potter C. and Brough R. Systemic capa-city building: a hierarchy of needs. He-alth policy and planning, 2004, 19(5): 336–345.
72. Price Ch., Lipp A, Priestley R. 2009. Partnership structures in the WHO Eu-ropean Healthy Cities project. Health Promotion International. Vol. 24, No.S1, i37-i44.
73. Resolution of United Nations „The fu-ture we want“. 2012. Res/66/288. Prieiga per internetą: [http://www.un.org/ga/serch/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/66/288](http://www.un.org/ga/serch/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/288) ,
74. Rowe G & Frewer LJ. 2005. A typology of public engagement mechanisms. – Science, Technology, & Human Values, 30(2):251–290.
75. Simovska V. 2012. Case Study of a Parti-cipatory Health-Promotion Intervention in School. Democracy and Education. Vol. 20: Iss. 1, Article 4. Prieiga per internetą: <http://democracyeducationjournal.org/home/vol20/iss1/4>
76. Starkutė S. 2012. Sveikų miestų projektas ir jo įgyvendinimas didžiuosiuose Lietuvos miestuose. Magistro baigiamasis darbas. (nepublikuota).
77. Tsouros A. D. 1996. Networking for Action on Sustainability and Health. In. Price Ch. and Tsouros A. Our Cities, Our Future. Policies and Action Plans for Health and Sustainable Development. WHO. p. 5-9.
78. UN. Agenda 21. The Rio Declaration on Environment and Development. The United Nations Conference on Environ-ment and Development, Rio de Janeiro 3-14 June 1992, Prieiga per internetą: <http://habitat.igc.org/agenda21/>,
79. WHO. Phases I-V of the WHO Euro-pean Healthy Cities Network. Prieiga per internetą: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/he-alth-topics/environment-and-health/urbanhealth/activities/healthy-cities/who-european-healthy-cities-network/phases-iv-of-the-who-european-he-althy-cities-network>
80. WHO. 1997. Twenty steps for developing a Healthy Cities project. – Third edition. EUR/ICP/HSC. – WHO: Regional Office for Europe,. 644 (2).
81. WHO. 2002. Community participation in local health and sustainable deve-lopment. Approaches and techniques. European Sustainable Development and Health Series: 4.
82. WHO. 2009. European healthy ci-ties network. Phase V (2009–2013) of the WHO European Healthym Cities Network: goals and requirements. Prieiga per internetą: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/100989/E92260.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/100989/E92260.pdf),
83. WHO. Terms and reference and appli-cation for accreditation for membership in the Network of European National Healthy. Cities Networks in Phase V (2009-2013). – Copenhagen, 2009.
84. Wituk S. et al. A Participatory Process Involving People with Development Di-sabilities in Community Development. Journal of Development and Physical Desabilities. August 2007, Volume 19, Is-sue 4, 323-335.
85. Zagreb deklaration for Healthy Cities. Prieiga per internetą: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/](http://www.euro.who.int/_data/assets/)

## PRIEDAI

### 1 Priedas

#### Odontologinių paslaugų kokybės vertinimas pacientų požiūriu

##### **Gerb. respondente,**

KTU socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakulteto viešosios politikos ir administravimo instituto magistrantė Laima Kapčiuvienė rengia diplominį darbą: Odontologinių paslaugų kokybės užtikrinimo galimybės: Kauno Dainavos poliklinikos atvejis ir tuo tikslu atlieka pacientų apklausą. Jūsų atsakymai į anketos klausimus padės nustatyti, kaip pacientai vertina odontologinių paslaugų kokybę. Ši informacija bus naudinga tobulinant Jums siūlomų paslaugų kokybę ir aptarnavimą.

Perskaite klausimą Jums priimtina atsakymą pažymėkite *kryželiu*.

Anketa **anoniminė**. Gauti rezultatai bus panaudoti tik diplominiam darbui rengti. Nuoširdžiai dėkoju už pagalbą.

##### 1. Kiek metų Jūs lankotės (esate prisirašę) šioje poliklinikoje?

- mažiau nei 1 m.;
- 1 – 2 m.;
- 3 – 4 m.;
- daugiau nei 4 m.;

##### 2. Ar teko gydytis kitoje odontologinėje poliklinikoje?

1. taip, privačioje;
2. taip, viešojoje;
3. ne;

##### 3. Kaip pasirinkote šią polikliniką? *Gali būti keli atsakymai*

- 1) pagal reklamą spaudoje;
- 2) atsitiktinai;
- 3) rekomendavo pažįstami;
- 4) čia perėjo dirbti gydytojas, pas kurį gydžiausi anksčiau;
- 5) poliklinika yra man patogioje vietoje;
- 6) kita \_\_\_\_\_ (įrašyti)

##### 4. Kaip vertinate savo burnos ir dantų būklę?

- 1) labai gerai – esu sveikas, kreipiuosi į gydytoją tik profilaktiškai;
- 2) gerai – tik kartais vargina dantų skausmas;
- 3) patenkinamai – dažnokai (iškrenta plombos, lūžinėja dantys);
- 4) blogai – turiu rimtų odontologinių problemų (dantenu uždegimas, daug kiaurymių dantyse, šaknų);

##### 5. Kaip dažnai paprastai lankotės pas gydytoją-odontologą?

- 1) kiekvieną mėnesį;
- 2) kartą per pusmetį;
- 3) kartą per metus;
- 4) rečiau nei kartą per metus;

##### 6. Ar šios poliklinikos odontologijos skyriuje gydosi kiti Jūsų šeimos nariai?

1. taip;
2. ne;

**7. Kokiomis šios poliklinikos odontologijos skyriaus paslaugomis paprastai n naudojātės?**

- 1) dantų gydymo;
- 2) dantų rovimos;
- 3) profesionalios burnos higienos;
- 4) periodonto ligų gydymo;

**8. Ar esate patenkintas (-a) šioje odontologijos klinikoje teikiamomis paslaugomis?**

- 1) labai patenkintas (-a);
- 2) patenkintas (-a);
- 3) daugiau patenkintas (-a) nei nepatenkintas (-a);
- 4) daugiau nepatenkintas (-a) nei patenkintas (-a);
- 5) labai nepatenkintas (-a);

**9. Kaip vertinate medžiagų už kurias privalote susimokėti pats (pati), kainas?**

- 1) kainos per aukštos;
- 2) kainos prieinamos;
- 3) kainos žemos;
- 4) mokėti nereikia;

**10. Ar rekomenduojate šią odontologinę kliniką savo pažįstamiems, artimiesiems ?**

- 1) taip;
- 2) ne;

**11. Kaip vertinate šio odontologinio skyriaus paslaugų kokybės atskirus aspektus?**

	La bai gerai	Ge rai	Viduti niškai	Blo gai	La bai blogai
Registravimosi pas gydytoją patogumas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informavimas apie paslaugas, medžiagų kainas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fizinės aplinkos patogumas pacientui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patekimas pas gydytoją pageidaujama laiku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gydytojų profesionalumas atliekant procedūras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atliekamų procedūrų saugumas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padėjėjų dėmesingumas atliekant procedūras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gydymui naudojamos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kokybiškos medžiagos ir instrumentai						
Registratūros	darbuotojų					
bendravimas su pacientais		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padėjėjų	bendravimas su					
pacientais		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gydytojų	bendravimas su					
pacientais		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Ar lankantis šiame odontologiniame skyriuje patyrėte sunkumų?

1) Taip;

2) Ne;

13. Prašome pažymėti su kokiais sunkumais Jūs susidūrėte ir kiek jie svarbūs paslaugų kokybei?

	La bai svarbu	Sv arbu	Viduti niškai svarbu	Nes varbu	Visi škai nesvarbu
Nepatogus gydytojo - odontologo darbo laikas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nepatekau pas gydytoją su skaudamu dantimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negavau talonėlio pas gydytoją norimą dieną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nepatekau pas gydytoją paskirtu laiku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registratūros darbuotoja elgėsi nemandagiai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padėjėja nedezinfekavo gydytojo odontologo darbo vietas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacientui skiriama per mažai laiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per dažnas siuntinėjimas į kitus kabinetus tyrimams ir konsultacijoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gydytojas neišklausė	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



---

nusiskundimų

---

Laukiamajame buvo daug       
žmonių, todėl nebuvo kur atsisėsti

---

**14. Kaip elgiatės susidūręs (-usi) su išvardytais sunkumais?**

- 1) atvirai išdėščiau savo nuomonę gydytojui (slaugytojai, registratorei);
- 2) kreipiausi į skyriaus vedėją;
- 3) į nieką nesikreipiau, nes nemanau, kad nuo to, kas nors pasikeis;
- 4) į nieką nesikreipiau, nes ko galima norėti iš viešosios sveikatos priežiūros įstaigos ir jos personalo;
- 5) galvoju, kad reikėtų pasikeisti gydantį gydytoją;
- 6) galvoju, kad reikėtų pakeisti polikliniką;
- 7) galvoju, kad reikėtų pereiti į privačią kliniką;

**Prašome pateikti kai kurią informaciją apie save**

**15. Lytis**

- 1) vyras;
- 2) moteris;

**16. Amžius \_\_\_\_\_**

(įrašykite)

**17. Išsimokslinimas**

- 1) nebaigtas vidurinis;
- 2) vidurinis;
- 3) aukštesnysis;
- 4) aukštasis;

**18. Pajamos 1-am šeimos nariui per mėnesį**

- 1) iki 500 Lt;
- 2) nuo 501 iki 1000 Lt;
- 3) nuo 1001 iki 2000 Lt;
- 4) daugiau nei 2001 Lt;

**19. Šeiminė padėtis:**

- 1) nevedęs, netekėjusi;
- 2) vedęs, ištekėjusi;
- 3) išsiskyęs, išsiskyrusi;
- 4) našlys, našlė;

**20. Socialinė-profesinė padėtis**

1. darbdavys (dirbantis sau);
2. samdomas darbuotojas;
3. studentas (moksleivis);
4. pensininkas (-ė);
5. laikinai nedirbantis;

## 2 Priedas

### LIETUVOS ODONTOLOGIJOS RŪMŲ STRUKTŪRA IR FUNKCIJOS

Rūmai ne tik atlieka savo narių ar įmonių licencijavimą, bet ir vykdo licencijuojamos veiklos sąlygų laikymosi kontrolę. Svarbus licencijuojamos veiklos sąlygų laikymosi kontrolės momentas yra nuolatinio Rūmų narių profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir klinikinės praktikos kontrolė. Buvo atsisakyta prievartinio, už paties specialisto lėšas, 60% profesinės kvalifikacijos tobulinimo švietimo institucijose. Tokios praktikos nėra nė vienoje Europos Sąjungos valstybėje, ir tai žeidė specialisto orumą bei neteisėtai ribojo jo pasirinkimo laisvę.

Norminių aktų rengimo komisija nuo 2004 m. rugpjūčio 6 d. yra nuolat veikianti. Komisija, vykdanči Rūmų tarybos nustatytas funkcijas ir pavedimus, rengia odontologijos priežiūrą ir praktiką reglamentuojančių teisės aktų pakeitimo arba papildymo projektus gydytojų odontologų, burnos priežiūros specialistų ir odontologijos priežiūros veiklos gerinimo klausimais. Savo darbe ir veikloje Komisija vadovaujasi odontologijos priežiūrą ir praktiką reglamentuojančiais įstatymais ir teisės aktais, sveikatos apsaugos ministro įsakymais Odontologų rūmų įstatymu, Odontologų profesinės etikos kodeksu, Odontologų rūmų statutu ir Komisijos darbo reglamentu.

Viešųjų ryšių komisija – tai LR odontologų rūmų organas, kurio pagrindinis tikslas – atstovauti Odontologų rūmams, palaikyti ryšį su visuomene. Viešųjų ryšių komisijos nuostatus tvirtina ir keičia Rūmų taryba. Komisija vadovaujasi LR odontologinės priežiūros įstatymu, LR odontologų rūmų įstatymu, LR odontologų rūmų statutu.

Viešųjų ryšių komisijos uždaviniai ir funkcijos:

- informuoti visuomenę apie odontologų rūmų veiklą;
- palaikyti grįžtamąjį ryšį su visuomene, reaguoti į visuomenės poreikius;
- palaikyti bendradarbiavimo ryšius su kitomis Lietuvos bei užsienio institucijomis;
- jei reikia, atstovauti odontologų rūmams tarptautiniuose odontologų forumuose;
- viešųjų ryšių komisija veikia kaip rūmų atstovaujamas organas ir informaciją visuomenei teikia, ją suderinusi su rūmų taryba.

Odontologų rūmų profilaktikos koordinavimo komisija (toliau – komisija) priklauso Lietuvos Respublikos odontologų rūmams. Rūmų tarybos sprendimu ji yra įgaliota įgyvendinti paskirtus uždavinius ir tikslus. Svarbiausias komisijos tikslas – vaikų dantų ėduonies profilaktikos programos rengimas ir įgyvendinimas Lietuvoje bei kitų burnos sveikatos programų koordinavimas.

Aprobavimo komisija – tai viena iš pagrindinių Lietuvos Respublikos odontologų rūmų (toliau – Rūmai) komisijų. Svarbiausia veikla – atlikti odontologinės įrangos, instrumentų, medžiagų ir burnos priežiūros higieninių produktų aprobaciją.