

Suvestinė redakcija nuo 2005-11-13 iki 2007-09-07

Įsakymas paskelbtas: Žin. 2004, Nr. [144-5268](#), i. k. 1042250ISAK000V-642

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO

**Į S A K Y M A S
DĖL SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS UŽTIKRINIMO 2005–2010 M.
PROGRAMOS PATVIRTINIMO**

2004 m. rugsėjo 14 d. Nr. V-642
Vilnius

Vadovaudamasis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. vasario 21 d. įsakymu Nr. 91 „Dėl Sveikatos programų rengimo, finansavimo, įgyvendinimo ir kontrolės tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 2002, Nr. [26-947](#)) ir atsižvelgdamas į Sveikatos apsaugos ministerijos kolegijos 2004 m. rugpjūčio 26 d. nutarimą Nr. 3/1,

t v i r t i n u Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programą (pridedama).

SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

JUOZAS OLEKAS

PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro

2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymu Nr. V-642

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS UŽTIKRINIMO 2005–2010 M. PROGRAMA

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programa (toliau – Programa, SPKUP) skirta įgyvendinti Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepciją, patvirtintą sveikatos apsaugos ministro 2002 m. spalio 10 d. įsakymu Nr. 495 (Žin., 2002, Nr. [101-4523](#)).

2. Šioje Programoje vartojamos sąvokos ir trumpinimai:

Sąvokos:

- *akreditavimas* – įstaigos savanoriškai inicijuotas įvertinimas, ar ji atitinka nustatytus sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybės standartus, ir akreditavimo pažymėjimo išdavimas;

- *įrodymais pagrįsta medicina* – mokslinių tyrimų įrodymų, klinikinės patirties ir paciento vertybių integracija medicinos praktikoje¹;

- *klinikinės praktikos rekomendacijos* – šiuolaikines biomedicinos mokslo žinias apibendrinantis dokumentas, padedantis praktikuoti ir pacientui nuspręsti apie tinkamą sveikatos priežiūrą konkrečiomis klinikinėmis aplinkybėmis²;

- *kokybės nuolatinis gerinimas* – organizacijos ketinimas sukurti organizacijos kultūrą (klimatą), kurioje pokyčiai ir tobulėjimas yra pripažintos normos; kurioje tikima, kad pagerinti procesai sudaro pagrindą tolimesniam tobulėjimui aukštesniam kokybės lygiui siekti;

- *kokybės rodiklis* – kiekybiškai įvertinamas sveikatos priežiūros proceso ar rezultato matas;

- *kokybės užtikrinimas* – visi veiksmai, kuriais siekiama sukurti, saugoti, skatinti ir gerinti sveikatos priežiūros kokybę³;

- *kokybės vertinimas* – nustatymas, kaip teikiama sveikatos priežiūra atitinka nustatytus dabartinius reikalavimus, o taip pat, kaip tenkina paciento poreikius;

- *nepageidaujamas įvykis* – įvykis, įvykęs dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išeitį (rezultatą) pacientui, daugiau dėl medicininės pagalbos teikimo ir organizavimo, negu dėl paties paciento ligos ar būklės. Nepageidaujamą įvykį paprastai sukelia ne vienas veiksnys, bet daugybės aplinkybių ir įvykių tarpusavio sąveika;

- *pacientas* – asmuo, kuris naudojasi sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis, nesvarbu, ar jis sveikas, ar ligonis;

- *pacientų pasitenkinimas gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis* – paciento nuomonė, kokių laipsniu sveikatos priežiūros paslaugos atitinka jo lūkesčius, poreikius ar norus;

- *pacientų sauga* – sveikatos priežiūros struktūros ir procesai, kurių taikymas sumažina nepageidaujamų įvykių, atsirandančių dėl sveikatos priežiūros sistemos poveikio, tikėtinumą;

- *rizikos valdymas* – sveikatos priežiūros įstaigos vadybinė ir klinikinė veikla, skirta nustatyti, įvertinti ir sumažinti nepageidaujamų įvykių riziką pacientams, sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančiam personalui ir šios įstaigos lankytojams bei nuostolių riziką pačiai įstaigai⁴;

- *sistema* – tarpusavyje susijusių elementų, veikiančių vienas kitą siekiant bendro tikslo, visuma. Šiuos elementus sudaro žmonių, finansiniai, materialūs ir kiti ištekliai;

- *sveikatos priežiūros technologijos* – metodai, metodikos, procedūros, įranga, vaistai, kuriuos naudoja sveikatos priežiūros specialistai, teikdami sveikatos priežiūros paslaugas pacientams; taip pat pagalbinės technologijos sveikatos priežiūros paslaugų teikimui bei sveikatos priežiūros organizavimas;

- *sveikatos priežiūros technologijų vertinimas* – sveikatos politikos tarpdisciplininių tyrimų forma, sistemiškai analizuojanti sveikatos priežiūros technologijų taikymo medicininės, socialinės, etinės ir ekonominės pasekmes ir suteikianti moksliskai pagrįstą informaciją, reikalingą sprendimų priėmėjams.

Trumpinimai:

- SP – sveikatos priežiūra,
- SPI – sveikatos priežiūros įstaiga,
- SPK – sveikatos priežiūros kokybė,
- SPKU – sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas,
- SPKUP, Programa – Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programa,
- SPT – sveikatos priežiūros technologijos,
- SPTV- sveikatos priežiūros technologijų vertinimas.

3. Šioje Programoje iš daugelio mokslinėje literatūroje naudojamų pasirinkta JAV Medicinos instituto pateikta sveikatos priežiūros (toliau – SP) kokybės (toliau – SPK) samprata, atspindinti pagrindinius SPK aspektus:

Sveikatos priežiūros kokybė – laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę^{5, 6}. Šiame apibrėžime:

- *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;

- *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;

- *pageidaujami sveikatos rezultatai* – tai sveikatos priežiūros ir jos poveikio sveikatai tikslas, kurio siekiama pacientą informavus apie galimas alternatyvias sveikatos priežiūros intervencijas ir galimus rezultatus. Ši sąvoka apima ir pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūra;

- *didesnė pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybė* reiškia, kad kokybė nėra tapati teigiamiesiems 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;

- *dabartinės profesinės žinios* pabrėžia, kad sveikatos priežiūros specialistai turi teikti sveikatos priežiūros paslaugas, atitinkančias šiuolaikinius nuolat kintančius medicinos mokslo teorijos ir praktikos pasiekimus.

4. Programoje SPK užtikrinimas ir nuolatinis gerinimas įgyvendinamas per šias pagrindines *kokybės dimensijas*, atspindinčias sveikatos priežiūros:

4.1. *orientaciją į pacientą* (aktyvų paslaugų vartotoją): SP paslaugų vartotojo ir visuomenės įtraukimas į SP paslaugų planavimą, teikimą ir vertinimą, užtikrinant paciento teisę gauti informaciją, pateikiamą jam suprantama forma ir reikalingą priimti sprendimams dėl savo sveikatos priežiūros bei galimybę suteikti grįžtamąjį ryšį apie gautas SP paslaugas;

4.2. *priimtinumą* – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančias sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitikimą;

4.3. *prieinamumą* – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančias sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtumą asmeniui ir visuomenei;

4.4. *tinkamumą* – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančias sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą;

4.5. *teisumą* – lygių visiško sveikatos potencialo siekimo galimybių kiekvienam asmeniui sudarymas paskirstant sveikatos priežiūros išteklius bei panaikinant kliūtis bei skirtumus, kuriuos lemia neteisingais traktuojami veiksniai;

4.6. *tęstinumą* – laipsnį, kuriuo paciento priežiūra yra koordinuojama tarp sveikatos priežiūros specialistų ir įstaigų;

4.7. *veiksmingumą* – sveikatos priežiūros intervencijų galimybes pasiekti užsibrėžtus sveikatinimo veiklos tikslus ir rezultatus įprastoje aplinkoje;

4.8. *ekonomiškai pagrįstą efektyvumą* – aukščiausios kokybės sveikatos priežiūros bei SP paslaugų derinio, duodančio geriausius sveikatos rezultatus, užtikrinimas mažiausiais kaštais;

4.9. *saugumą* – užtikrinant saugią SP ir jos aplinką pacientams bei SP sektoriuje dirbantiems darbuotojams, įdiegiant vieningą nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemą, formuojant naujovišką specialistų požiūrį į nepageidaujamus įvykius, jų valdymą.

5. Atsižvelgiant į tai, kad sveikatos priežiūros kokybę įtakoja ir lemia dauguma nacionaliniame, apskričių, savivaldybių bei sveikatos priežiūros įstaigų lygmenyse vykdomų intervencijų bei programų sveikatos priežiūros ir kituose sektoriuose, o taip pat kiti išorinės aplinkos faktoriai (tradicijos, susiformavusios praktikos ir kt.), šia Programa nesiekama apimti kitomis SP kokybę įtakančiomis programomis vykdomų ar suplanuotų vykdyti priemonių, bet siekiama nustatyti silpnąsias SPK vietas, numatyti ir įgyvendinti priemonių sistemą joms stiprinti, o taip pat koordinuoti įvairių institucijų vykdomas veiklas sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo (toliau – SPKU) srityje. Programoje ypatingas dėmesys skiriamas svarbiausiems ir aktualiausiems šiuo metu Lietuvai šiems sveikatos priežiūros kokybės aspektams: sveikatos priežiūros saugumui, prieinamumui, tęstinumui ir tinkamumui. Sveikatos priežiūros struktūriniai pertvarkymai ir plėtra, vykdomi įgyvendinant Lietuvos sveikatos programą⁷, joje nustatytas nacionalines sveikatos programas, kitas strategijas, programas ir teisės aktus, turi būti planuojami ir įgyvendinami norint užtikrinti ir nuolat gerinti SPK.

6. Efektyvios intervencijos gerinant kurį nors SPK komponentą teigiamai veikia ir kitus komponentus, o teigiami pokyčiai keliuose komponentuose sinergetiškai sumuojasi.

II. PROBLEMOS SVARBA

7. SPK, jos užtikrinimas bei nuolatinis gerinimas tampa daugelio valstybių kasdienine praktika, ypatingą dėmesį skiriant sveikatos priežiūros prieinamumui, tęstinumui, teisingumui, veiksmingumui, efektyvumui, pacientų saugai bei kitiems komponentams. Europos Sąjungos šalys narės ir kandidatės įgyvendina kokybės užtikrinimo strategijas, kadangi kai kurios sveikatos priežiūros sistemos nesaugios, yra ryškūs veiklos, praktikų ir rezultatų skirtumai, neefektyvus sveikatos priežiūros technologijų panaudojimas, dideli nuostoliai dėl blogos kokybės, vartotojų nepasitenkinimas, nevienodas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, nepakeliami kaštai visuomenei⁸.

8. SP kokybei didelį dėmesį skiria tarpvyriausybinių organizacijų: Europos Taryba, Europos Komisija, PSO Europos regioninis biuras bei tarptautinės nevyriausybinių organizacijų: Europos sveikatos priežiūros kokybės draugija, Europos kokybės organizacija, Europos kokybės vadybos fondas, Cochrane bendradarbiavimas ir kt.:

- *PSO programinio dokumento „Sveikata 2000“*, numatančio pagrindinius PSO visuomenės SP principus Europos regione, 31 tikslas skelbia, kad „iki 2000 metų visos valstybės narės turi turėti reikiamas struktūras ir procesus, užtikrinančius nuolatinį sveikatos priežiūros kokybės gerinimą ir tinkamą sveikatos technologijų naudojimą bei plėtrą“⁹. PSO nustatė šiuos sveikatos priežiūros kokybės tikslus: aukštą profesionalumą, efektyvų išteklių panaudojimą, minimalią riziką pacientams, pacientų pasitenkinimą, galutinį poveikį sveikatai¹⁰.

- *PSO programinio dokumento „Sveikata 21“* 16 tikslas „Sveikatos priežiūros kokybės valdymas“ orientuotas į rezultatus, kaip galutinį kokybės matą: „iki 2010 metų šalys narės turėtų užtikrinti, kad sveikatos sektorius, nuo gyventojų reikėmis paremtų programų iki individualaus ligonio priežiūros klinikinio lygiu, bus orientuotas į sveikatos priežiūros rezultatus“¹¹.

- *PSO Liublijanos chartijos* pagrindiniai principai, numatantys, kad sveikatos priežiūros sistema turi vadovautis žmogiškojo orumo, teismo, solidarumo ir profesinės etikos vertybėmis, turėti aiškius sveikatos tikslus, būti skirta žmonėms, orientuota į kokybę, pagrįsta protingu finansavimu, ir orientuota į pirminę sveikatos priežiūrą¹²;

- *PSO Europos regioninio biuro programos „Sveikata visiems XXI a.“* pagrindiniuose prioritetuose ir tiksluose teigiama, kad šalyse turi būti sukurta nuolatinio sveikatos priežiūros kokybės tobulinimo nacionalinė politika, sveikatos sektoriaus valdymas turi būti orientuotas į

sveikatos rezultatus, visos šalys turi turėti mechanizmą stebėti ir tobulinti sveikatos priežiūros kokybę, o procesų ir jiems reikalingų išteklių planavimas turi būti pagrįstas sveikatos rezultatų, pacientų pasitenkinimo ir ekonominio efektyvumo pagrindu. x¹ PSO Europos regioninis biuras pripažįsta, kad visos šalys, reformuodamos savo sveikatos priežiūros sistemas ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, susiduria su iššūkiais, kaip užtikrinti SP prieinamumą, teisumą, saugą, pacientų dalyvavimą ir kaip plėtoti įgūdžius, technologijas ir įrodymais pagrįstą mediciną turimų išteklių ribose¹³.

- *Europos Sąjungos kokybės skatinimo politika;*

- *Europos Komisijos 2000 m. priimtos Naujos visuomenės sveikatos strategijos* 48 paragrafe nurodyta: „Pagrindinis akcentas (...) turėtų būti gerai sveikatos priežiūros praktikai, t. y. pastarojo meto geriausiems įrodymams apie skirtingų požiūrių į sveikatos stiprinimą, ligų prevenciją, diagnostiką ir gydymą; SP saugumą, našumą, veiksmingumą ir ekonominį efektyvumą (...). Šis darbo tikslas – stiprinti ir suvienyti šalių narių veiklą įrodymais pagrįstos medicinos, kokybės užtikrinimo ir gerinimo, intervencijų tinkamumo ir sveikatos technologijų vertinimo srityje. Bus remiamas ir įformintas darbo šioje srityje koordinavimas, kad būtų sukaupta šalių narių centrų patirtis, renkant ir dalijantis informacija, skatinant tarptautinius tyrimus ir gerinant rezultatų skleidimą.“

- *Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija),* priimta 1997 m. ir Lietuvos ratifikuota 2002-09-19, apima lygiateisio sveikatos priežiūros prieinamumo ir priežiūros kokybės (3 str.), profesinių standartų (4 str.), sutikimo (II skyrius) ir kitus SPK aspektus¹⁴.

9. *Europos Sąjungos direktyvos ir kiti dokumentai,* nustatantys reikalavimus SP ir kitose srityse, kuriuos Lietuva privalo įgyvendinti: sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų rengimo kokybę reglamentuojančios Europos Sąjungos sektorinės direktyvos 93/16/EEB, 77/453/EEB, 78/687/EEB, 80/155/EEB, 85/432/EEB ir 85/433/EEB; pacientų, vartotojų ir kitų asmenų saugą, susijusią su medicinos prietaisais, reglamentuojančios Europos Sąjungos medicinos prietaisų direktyvos 93/42/EEB, 98/79/EEB, 2000/70/EB, 2001/104/EB, 2002/364/EB; kt.

10. Lietuvoje, ypač pastaruoju metu, sveikatos priežiūros kokybei skiriamas nemažas dėmesys. Kaip ir daugelyje pasaulio šalių, atskiri SPK komponentai (dimensijos) yra reglamentuoti specialiuosiuose teisės aktuose, reglamentuojančiuose sveikatos politikos planavimą ir įgyvendinimą. Nors ir yra parengti ir patvirtinti SPK reglamentuojantys būtini esminiai teisės aktai, tačiau dalis teisės aktų nuostatų įgyvendinamos neefektyviai ar netolygiai, nereti teisės aktų nuostatų tarpusavio prieštaravimai, kai kurios teisės aktų nuostatos yra moraliai pasenusios. Atkreiptinas dėmesys į tai, kad yra *nepakankamai koordinuojama* SP dalyvių veikla SPK gerinti tiek nacionaliniame, tiek vietiniame lygmenyse; stebimi sisteminiai institucinės sąrangos, administracinių gebėjimų ir SPK užtikrinimui ir nuolatiniam gerinimui skiriamų išteklių trūkumai; nepakankamai skaidrūs sveikatos politikų, vadybininkų ir administratorių priimami sprendimai. Lietuvoje iki šiol nėra suformuoto vieningo supratimo apie sveikatos priežiūros kokybę, nacionaliniu lygiu aptarto ir sutarto sisteminio požiūrio į SPK vadybą, šios srities terminijos.

III. SITUACIJOS ANALIZĖ

11. LR Konstitucijoje, SP sektorių reglamentuojančiuose įstatymuose (Sveikatos sistemos, Sveikatos priežiūros įstaigų, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo) bei Civiliniame kodekse nustatytos gyventojų teisės sveikatinimo srityje: teisė į prieinamą įstatymų ir teisės aktų numatytą, valstybės laiduojamą (nemokamą) ir savivaldybių remiamą kvalifikuotą sveikatos priežiūrą, teisė gauti informaciją apie sveikatos priežiūros įstaigas, jų teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas ir galimybes jomis pasinaudoti, teisė gauti informaciją apie savo sveikatą pacientui suprantama forma arba jos atsisakyti bei teisė į šios informacijos konfidencialumą, teisė pasirinkti sveikatos priežiūros specialistą, sveikatos priežiūros įstaigą, sveikatos priežiūros rūšį, teisė atsisakyti gydymo, lygios teisės gauti teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, teisė į asmens privatumą bei privataus gyvenimo neliečiamumą, teisė skųstis ir gauti atlyginimą už padarytą žalą. Šių ir kitų, SPK

reglamentuojančių, teisės aktų įgyvendinimas turėtų pacientą padaryti centrine sveikatos priežiūros figūra.

12. Nors anksčiau minėtos pacientų teisės sveikatos priežiūroje yra pripažįstamos, bet ne visuomet tinkamai įgyvendinamos. Iki šiol tarp sveikatos priežiūros specialisto ir paciento vyrauja susiformavęs paternalistinis santykis, nepripažįstantis pastarojo kaip aktyvaus ir lygiaverčio partnerio, jo vaidmens sveikatos priežiūros procese svarbos. Pacientas vis dar nėra pakankamai informuotas ir aktyvus sveikatos priežiūros dalyvis. Tai patvirtina Kauno medicinos universitete atlikto Utenos ir Kaišiadorių rajonų tyrimo, kuriuo buvo siekiama išsiaiškinti pacientų nepasitenkinimo sveikatos priežiūra priežastis, rezultatai: pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugų kokybe didžiaja dalimi lemia geras, pagarbus, dėmesingas gydytojo elgesys su pacientu ir informacijos pacientui apie jo sveikatos priežiūrą suteikimas.¹⁵ Lygiavertės partnerystės, tarpusavio bendradarbiavimo, pagarbaus bendravimo, komunikacijos abipusiai suprantama kalba ir aktyvaus paciento dalyvavimo priimant sprendimus principai pamažu keičia susiformavusių santykių tarp SP paslaugų teikėjų ir šių paslaugų gavėjų stereotipus.

13. Didėjant informacijos sveikatos klausimais srautui (įvairūs leidiniai sveikatos mokymui, informacija žiniasklaidoje, internete ir kt.), pacientai įgyja vis daugiau žinių sveikatos klausimais ir tikisi būti aktyviais sveikatos priežiūros dalyviais, gaunančiais jiems reikalingą suprantamai pateikiamą informaciją ir turinčiais galimybes pareikšti savo nuomonę. Taigi, siekiant užtikrinti ir nuolat gerinti SPK, *būtina sveikatos priežiūrą orientuoti į pacientą, ypatingą dėmesį kreipiant į jo poreikius ir lūkesčius sveikatos priežiūros srityje*.¹⁶ Taip pat svarbu nustatyti aiškią, skaidrią ir pacientui saugią skundų dėl nekokybiškų paslaugų teikimo ir nagrinėjimo tvarką, siekiant išvengti situacijų, kai pacientas nedrįsta skųstis, bijodamas prarasti galimybę gauti paslaugas, ar nuogąstaudamas, kad ateityje gaus blogesnės kokybės paslaugas. Tokia tvarka sudarytų sąlygas efektyvesniam korupcijos atvejų išaiškinimui bei jų prevencijai SP sektoriuje.

14. Vienu svarbiausių sveikatos priežiūros kokybės komponentų laikoma *sveikatos priežiūros sauga (saugumas)*. Sparti medicinos mokslo, praktikos ir technologijų, informacinių technologijų plėtra bei nuolatinė kaita daro sveikatos priežiūrą sudėtingesne, ir, siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros saugumą, veiksmingumą bei efektyvumą, reikalaujančia naujų SP organizavimo bei teikimo žinių ir įgūdžių.

15. Pacientas turi teisę gauti saugias SP paslaugas. SP specialistas turi pareigą teikti saugias bei teisę saugiai teikti pacientui SP paslaugas. Tačiau paskutinį dešimtmetį pasaulyje pasirodžiusios publikacijos rodo, kad nepageidaujami įvykiai sveikatos priežiūroje yra pakankamai dažni ir sukelia didelius ekonominius, socialinius, psichologinius, moralinius nuostolius. 1991m. Harvardo universitete (JAV) atliktos medicinos praktikos tyrimo metu buvo išanalizuota 30000 hospitalizacijos atvejų iš Niujorko valstijoje atsitiktinai parinktos 51 ligoninės: 3,7% hospitalizacijos atvejų įvyko nepageidaujami įvykiai, iš kurių tik 27,6 % buvo dėl praktikos klaidų, o 58% – dėl kitų su sveikatos priežiūra susijusių įvykių. Dauguma šių nepageidaujamų įvykių sukėlė iki 6 mėnesių trukusią negalią, 2,6% – negrįžtamą negalią, o 1,36% baigėsi mirtimi.¹⁷ Panašūs rezultatai gauti 1992 m. JAV atlikto kito tyrimo metu buvo nustatyti 2,9% nepageidaujamų įvykių tarp visų hospitalizacijos atvejų¹⁸. Apskaičiuota, kad Jungtinėje Karalystėje nepageidaujami įvykiai, sukeliantys žalą pacientams, įvyksta apie 10% nuo visų hospitalizacijos atvejų. Australijoje – 16,6 %^{19, 20}. Pastaruoju metu atlikti moksliniai tyrimai bei užsienio šalių patirtis rodo, kad daugumos nepageidaujamų įvykių galima išvengti, jeigu pripažįstama, kad klaidos gali įvykti ir iš jų mokomasi.

16. Lietuvoje sveikatos priežiūros kokybę bandant užtikrinti kontrolės principais, nepageidaujamų įvykių problema dažniausiai sprendžiama mažai veiksmingu prevencine prasme „gaisrų gesinimo“ būdu: nustatant klaidą padariusį asmenį, jį nubaudžiant, pacientui atlyginant žalą (jeigu tokia įvyko ir pacientas kreipėsi į teismą), tačiau nesigilinant į tikrąsias tokių įvykių priežastis. Kaip rodo tyrimai, nepageidaujami įvykiai dažniausiai atsitinka susisumavus daugeliui juos nulėmusių vadybinių-organizacinių ir klinikinių priežasčių. „Žmogiškojo faktoriaus“ nulemtos klaidos sudaro tik nedidelę dalį nepageidaujamų įvykių. Bausmės ne tik nepadedą išvengti klaidų ir jų padarinių, bet, priešingai, verčia SP vadybininkus ir specialistus bijoti bausmės bei slėpti klaidas,

o visuomenėje sukelia nepasitikėjimą sveikatos priežiūra. Siekiant pakeisti požiūrį į sveikatos priežiūros nepageidaujamų įvykių valdymą bei diegiant kokybės užtikrinimo ir nuolatinio gerinimo sistemą sveikatos priežiūroje, reikėtų tobulinti teisinę bazę bei keisti sveikatos priežiūros kontrolę ir priežiūrą vykdančių institucijų veiklos principus.

Lietuvoje nėra sukurtos nacionaliniu lygiu funkcionuojančios vieningos nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūroje valdymo (registravimo, kaupimo, analizės ir prevencijos) sistemos, todėl nėra patikimų duomenų apie tai, kaip dažnai jie įvyksta, kokias pasekmes jie sukelia ar potencialiai galėjo sukelti. Remiantis pacientų skundų analize ir žiniasklaidoje aprašomais pacientams padarytos žalos atvejais galima teigti, kad praktikoje medicinos klaidos ar nepageidaujami įvykiai nėra reti. Atsižvelgiant į tai, kad Lietuvoje nėra suformuoto sisteminio požiūrio į nepageidaujamų įvykių ir jų keliamos rizikos SP valdymą, sudėtinga vykdyti šių įvykių efektyvią prevenciją, paremtą nuolatinio mokymosi iš klaidų ir nesėkmių principais.

Siekiant sumažinti nepageidaujamų įvykių skaičių didesnę dėmesį reikia skirti pacientų saugai, saugos reikalavimus įtraukti į kokybės reikalavimus, formuoti *sisteminį* požiūrį į nepageidaujamų įvykių analizę ir prevenciją, sukurti efektyvią nepageidaujamų įvykių valdymo sistemą, orientuotą į šių įvykių prevenciją, o ne postvenciją; skatinti viešas diskusijas apie klaidas²¹.

Atkreiptinas dėmesys ir į tai, kad diegiant vis sudėtingesnes sveikatos priežiūros technologijas, diegiant privalomą ir skatinant savanorišką nepageidaujamų įvykių registravimą, šių įvykių skaičius turėtų išaugti. Lietuvoje nėra atliktos išsamios mokslinės studijos apie nepageidaujamų įvykių struktūrą, jų poveikį pacientams ir SP specialistams, šių įvykių priežastis, jų prognostines tendencijas.

17. Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo (toliau – SPTV) sistema Lietuvoje dar nesukurta: nėra parengtos ir patvirtintos Asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros technologijų (toliau – SPT) įvertinimo ir aprobavimo tvarkos²²; nėra paskirtos ir pasirengusios vykdyti SPTV veiklos koordinavimą šalies lygiu institucijos; nėra bendros SPT registravimo sistemos Lietuvoje, o duomenys apie naudojamas sveikatos priežiūros technologijas nekaupiami; didelė dalis sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – SPĮ) naudojamos medicininės įrangos yra pasenusi ir neatitinka šiuolaikinių reikalavimų, keliamų funkcionalumui, ekonomiškumui ir saugumui; nėra sukurto aprobuotų sveikatos priežiūros technologijų registro; nėra bendros sveikatos priežiūros technologijų pirkimo strategijos; dažnai sąlygos sveikatos priežiūros įstaigose yra netinkamos atskirų sveikatos priežiūros technologijų naudojimui; SPĮ ir jose dirbantys specialistai neturi galimybių prieiti prie sisteminės informacijos, susijusios su sveikatos priežiūros technologijomis; nėra vieningos sveikatos informacinės sistemos, kuri integruotų SPTV registrus ar duomenų bazes.

Sveikatos priežiūros įstaigų ir Sveikatos sistemos įstatymai nustato privalumą naudoti tik tas sveikatos priežiūros technologijas, kurios yra nustatyta tvarka aprobuotos ir (ar) leistos naudoti Lietuvos Respublikoje bei draudimą naudoti neįvertintas ar neaprobuotas asmens sveikatos ir visuomenės sveikatos priežiūros technologijas, išskyrus įstatymų numatytais atvejais. Šiuo metu kelios institucijos SP sektoriuje fragmentiškai vykdo SPT vertinimą ir aprobavimą:

- Sveikatos apsaugos ministerija (toliau – SAM) koordinuoja eilę investicinių programų, skirtų sveikatos priežiūros įstaigų materialinės bazės atnaujinimui. Didelė dalis medicinos įrangos, reikalingos šiuolaikinėms diagnostikos ir gydymo paslaugoms, į SPĮ patenka pagal vykdomas investicines programas;

- Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie SAM (toliau – VASPVT) tvarko asmens sveikatos priežiūros įstaigų, fizinių asmenų licencijų ir sertifikatų užsiimti asmens sveikatos priežiūros veikla informacines duomenų bazes, organizuoja ir vykdo asmens sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimą bei laboratorijų atestavimą ir jų sąlygų laikymosi priežiūrą, organizuoja ir vykdo medicinos praktikos ir slaugytojų licencijavimą ir jų licencijų sąlygų laikymosi priežiūrą, registruoja parengtas ir SAM patvirtintas medicinos normas; atlieka šalyje įgaliosios institucijos funkcijas, susijusias su medicinos prietaisų atitikties valdymu: įteisina Lietuvos rinkai teikiamų medicinos prietaisų privalomuosius reikalavimus, parengtus pagal ES medicinos prietaisų direktyvas, vykdo Lietuvoje gaminamų medicinos prietaisų atitikties vertinimą, registravimą ir priežiūrą, teikiamą iš užsienio į Lietuvos rinką medicinos prietaisų atitikties

įvertinimo kontrolę, kontroliuoja medicinos prietaisų ikiklinikinių tyrimų kokybę ir apimtį, vertina ir išduoda leidimus dėl medicinos prietaisų tinkamumo naudoti klinikiškiems tyrimams, vykdo juridinių asmenų, vertinančių ir sertifikuojančių medicinos prietaisus, priežiūrą, vykdo medicinos prietaisų rinkos priežiūrą;

- Valstybinė medicininio audito inspekcija prie SAM (toliau – VMAI) vykdo visų nuosavybės formų juridinių ir fizinių asmenų teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės bei ekonominio efektyvumo kontrolę ir ekspertizę; kontroliuoja teikiamų SP paslaugų atitiktį teisės aktų reikalavimams pagal asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės aspektus: prieinamumą, tęstinumą, tinkamumą, saugumą, efektyvumą; SP personalo kompetenciją, racionalų išteklių naudojimą; tiria pacientų lūkesčių patenkinimą; atlieka priežastinių ryšių analizę ir priima sprendimus asmens SP paslaugų kokybei užtikrinti;

- Valstybinė ligonių kasa prie SAM (toliau – VLK) – joje įsteigtas Medicinos technologijų vertinimo skyrius atsako už medicinos prietaisų ir kai kurių medikamentų centralizuotą įsigijimą ir sveikatos priežiūros įstaigų aprūpinimą; atlieka sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų analizę, rengia pasiūlymus dėl paslaugų įkainių, paslaugų apmokėjimo; konsultuoja SPI dėl naujų medicinos technologijų įdiegimo;

- teritorinės ligonių kasos (toliau – TLK) vertina asmens SPI (turinčių sutartis su TLK) teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir tinkamumą (atitikimą teisės aktais nustatytiems reikalavimams) bei privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų panaudojimo pagrįstumą, perkant SPT;

- kitos institucijos, dalyvaujančios SPT vertinime ir aprobavime: Farmacijos departamentas prie SAM (toliau – FD), Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie SAM (toliau – VVKT), SPI, kt.

Šių institucijų vykdoma veikla iš dalies gali būti siejama su SPTV, nes apima teikiamų paslaugų saugumo, veiksmingumo klausimus, tačiau ši veikla nėra integruota, koordinuota ir vykdoma sistemškai. Dažnai ji neapima tokių aspektų kaip kaštų, laukiamo kaštų rezultatyvumo analizės bei gretutinių aspektų, tokių kaip techninio atlikimo ypatumai, indikacijos naudojimui, analizės, kiek SPT priimtina pacientui ir jos naudotojui, technologijos įsigijimo ir įdiegimo bei valdymo ypatumai.

18. SPK užtikrinimas apima tris pagrindines veiklas: kokybės apibrėžimą, kokybės matavimą ir kokybės gerinimą. Kokybę apibrėžti galima kokybės rodikliais, kurie turėtų atspindėti įvairias sveikatos priežiūros kokybės dimensijas. Tai gali būti klinikinės praktikos rekomendacijos, gydymo protokolai, procedūrų aprašymai, įvairūs SP rezultatų rodikliai. Kokybės rodikliai yra būtina sąlyga kokybei matuoti, stebėti ir gerinti. Lietuvoje nėra patvirtintų vieningų SP kokybės rodiklių ar reikalavimų, pagal kuriuos būtų galima vertinti SP paslaugų atitiktį.

19. SPK užtikrinti ir gerinti naudojami įvairūs kokybės vadybos principai ir metodai, siekiant nustatyti sisteminius trūkumus ir pagerinti sveikatos priežiūros struktūras ir procesus. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo ir gerinimo būdus galima suskirstyti į vidinius ir išorinius.

20. Lietuvoje kol kas vyrauja *išoriniai* sveikatos priežiūros kokybės reguliavimo metodai.

Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas ir poįstatyminiai teisės aktai nustato SPI veiklos, jos valstybinio reguliavimo pagrindus, reikalavimus struktūrai, privalomam licencijavimui ir savanoriškam akreditavimui bei kitas kontrolės ir priežiūros priemones, valdymo ir finansavimo ypatumus, investicinių lėšų naudojimą sveikatos priežiūros paslaugų asortimentui plėsti, prieinamumui ir kokybei gerinti.

Medicinos praktikos, Odontologijos praktikos, Slaugos praktikos, Farmacinės veiklos įstatymai ir poįstatyminiai aktai nustato atitinkamų specialistų teisės verstis medicinos praktika įgijimo ir įgyvendinimo sąlygas, licencijų išdavimo, įregistravimo, sustabdymo ir panaikinimo tvarką bei gydytojų pagrindines profesines teises, pareigas ir atsakomybę teikiant SP paslaugas.

Išorinį SPK vertinimą ir kontrolę vykdo kelios institucijos: VASPVT, VMAI, VVKT, Lietuvos bioetikos komitetas, VLK, TLK, kurių priežiūrinės funkcijos kartais dubliuojasi.

Sveikatos sistemos įstatymo 53 straipsnyje numatytas ir 1998-10-06 Lietuvos Respublikos SAM įsakymu Nr. 571 reglamentuotas lokalaus medicininio audito sveikatos priežiūros įstaigose įgyvendinimas susiduria su daugeliu sunkumų: trūksta metodinės pagalbos, žinių kokybės vadybos

klausimais, kokybės standartų, o ypačingai sveikatos priežiūros vadybininkų ir specialistų motyvacijos dalyvauti šioje SP gerinimo veikloje. Todėl galima teigti, kad SP vidaus ir išorės audito sistemos dar nėra pakankamai efektyvios ir būtinai tobulintinos, nustatant realistiškus laiko ir apimties atžvilgiu uždavinius bei reikalavimus.

21. Kol nėra apibrėžtų rodiklių SP kokybei vertinti, lyginti, stebėti ir gerinti, pacientai neturi galimybės pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigos, vadovaudamiesi informacija apie teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, o sveikatos priežiūros politiką formuojantys ir įgyvendinantys asmenys negali objektyviai vertinti SPK atskirose įstaigose ir, remiantis tokiu vertinimu, priimti tinkamus sprendimus.

22. SP vadybininkai ir specialistai tampa nepajėgūs aprėpti nuolat didėjančios ir kintančios informacijos, būtinos mokslo įrodymais ir gera praktika bei sveikatos technologijų vertinimu pagrįstiems sprendimams SP priimti. Sveikatos informacijos sisteminio valdymo (rinkimo, kaupimo, analizės, sklaidos) trūkumai riboja galimybę Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos veiklos užsakovams, sveikatinimo veiklos valdymo subjektams, sveikatos priežiūros vadybininkams ir specialistams priimti mokslu ir gera praktika pagrįstus sprendimus, lemiančius sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, o pacientams – jų teisę ir galimybę pasirinkti bei laiku gauti kokybišką SP.

23. Nepakankamos SP paslaugų teikėjų (SPĮ vadovų, vadybininkų, specialistų) žinios ir gebėjimai SP kokybės vadybos srityje iš dalies apsprendžia lėtą SP organizacijų kultūros ir palankaus klimato šioje srityje formavimąsi bei pasyvią rezistenciją pokyčiams, susijusiems su intervencijomis, užtikrinančiomis ir gerinančiomis SPK vadybą.

24. Apibendrinant anksčiau paminėtas aktualiausias problemines sritis, darančias neigiamą įtaką SP paslaugų kokybei, pažymėtina, kad Lietuvoje yra suformuotas teisinis-institucinis pagrindas SPK užtikrinimui ir nuolatiniam gerinimui, tačiau sisteminio požiūrio ir koordinavimo nebuvimas nulėmė nepakankamą atskirų kokybės gerinimo SP sektoriuje intervencijų efektyvumą ir veiksmingumą. Sisteminio požiūrio į sveikatos priežiūros kokybę, sveikatos priežiūros technologijų vertinimą suformavimas, visų suinteresuotų SPK pusių efektyvaus bendravimo ir bendradarbiavimo kultūros formavimas; „kokybės kultūros“ ir „nuolat besimokančios organizacijos“ principų SPĮ formavimas; pacientų, SPĮ vadovų, vadybininkų ir specialistų žinių ir įgūdžių formavimas bei nuolatinis stiprinimas šiose srityse; šias veiklas koordinuojančios institucijos efektyvi veikla neabejotinai gerins SPK, tuo pačiu ir gyventojų sveikatos būklę.

Šios programos tikslai, uždaviniai ir priemonės parengti remiantis atlikta probleminių sričių analize bei atsižvelgiant į ribotas išteklių galimybes.

IV. PROGRAMOS ATITIKTIS ŠAKOS STRATEGIJAI IR PRIORITETAMS BEI RYŠYS SU KITOMIS LIETUVOJE VYKDOMOMIS PROGRAMOMIS

25. Būtinybė nuolat gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę akcentuojama iš visuose strateginiuose sveikatos priežiūros sistemos ir viso Lietuvos ūkio tolimesnio vystymo dokumentuose – Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje, Lietuvos sveikatos programoje, Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001–2004 m. programoje, Valstybės ilgalaikės raidos strategijoje.

26. SPKUP yra viena iš programų, įrašytų į Lietuvos sveikatos programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII-833 (Žin., 1998, Nr. [64-1842](#)), svarbiausių sveikatos programų sąrašą.

27. Programos nuostatos atitinka Nacionalinės kokybės programos, kuriai pritarė Lietuvos Respublikos Vyriausybė 1999 m. sausio 12 d. nutarimu Nr. 33 „Dėl Nacionalinės kokybės programos“ (Žin., 1999, Nr. [7-153](#)), pagrindinius reikalavimus ir tikslus, Lietuvos Respublikos nacionalinės kovos su korupcija programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. sausio 17 d. nutarimu Nr. IX-711 (Žin., 2002, Nr. [10-355](#)), uždavinius, Pirminės sveikatos priežiūros plėtros programos, patvirtintos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. liepos 26 d. įsakymu Nr. 431, nuostatas, Lietuvos nacionalinės vaistų politikos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2003 m. birželio 5 d. nutarimu Nr. IX-1604 (Žin., 2003, Nr. [56-2488](#)), nuostatas, Sveikatos

priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimu Nr. 335 (Žin., 2003, Nr. [28-1147](#)), nuostatas ir sveikatos priežiūros sistemos tolimesnės plėtros kryptis²³.

V. PROGRAMOS VALDYMAS IR PERŽIŪRA

28. Programos strateginis tikslas ir tikslai – ilgalaikiai, nustatyti visam programos laikotarpiui, gali būti tikslinami 2010 m., jei, įvertinus programos efektyvumą ir naudą, bus nuspręsta programą tęsti.

29. Programos uždaviniai ir priemonės – vidutinės trukmės ir trumpalaikiai, bus tikslinami peržiūrint programą 2007 metais.

30. Programos įgyvendinimui koordinuoti ir Programai peržiūrėti sveikatos apsaugos ministras sudaro Programos koordinavimo tarybą teisės aktų nustatyta tvarka.

31. Pagrindinis Programos vykdytojas – Sveikatos apsaugos ministerija. Institucijos, dalyvaujančios Programos įgyvendinime: VASPVT, VMAI, VVSPT, VLK, TLK, VVKT, FD, Higienos institutas (toliau – HI), Vilniaus universitetas (toliau – VU), Kauno medicinos universitetas (toliau – KMU), Klaipėdos universitetas (toliau – KU), SPI, pacientų ir SP specialistų organizacijos.

VI. PROGRAMOS VIZIJA, TIKSLAI, UŽDAVINIAI, PRIEMONĖS

32. *Programos vizija* – saugi, į paciento ir visuomenės poreikius orientuota, tinkama, veiksminga, efektyvi, savalaikė ir prieinama visiems šalies gyventojams pagal jų poreikius ir lūkesčius sveikatos priežiūra, atitinkanti šiuolaikinio medicinos mokslo ir praktikos pasiekimus, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams ir pacientams bendraujant ir bendradarbiaujant lygiaverte partneryste ir abipuse pagarba pagrįstais principais.

33. *Programos strateginis tikslas* – siekiant geros šalies gyventojų sveikatos ir gyvenimo kokybės, suformuoti sisteminių požiūrį į sveikatos priežiūros kokybę, jos užtikrinimą ir nuolatinį gerinimą bei koordinuoti veiklą šioje srityje parengiant ir įgyvendinant priemonių sistemą Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijai, patvirtintai sveikatos apsaugos ministro 2002 m. spalio 10 d. įsakymu Nr. 495 „Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 101-4523), įgyvendinti.

34. *Programos tikslai:*

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

35. *Prognozuojami svarbiausi Programos rezultatai:*

- sutaupytos ir naujoms sveikatos priežiūros technologijoms diegti panaudojamos PSDF, SODROS, valstybės biudžeto lėšos ir investicijoms skirti asignavimai, informuojant ir mokant pacientus ligų profilaktikos, įdiegus nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėjimo ir prevencijos sistemą, racionaliai naudojant vaistus, diegiant įvertintas sveikatos priežiūros technologijas, kokybės vadybos sistemas SPI;

- pagerėjusi SP paslaugų kokybė, lemianti geresnius sveikatos rezultatus ir didesnę pacientų pasitenkinimą gaunamomis SP paslaugomis, išsamiai informuojant pacientus apie šalyje teikiamas SP paslaugas ir jų kokybės rodiklius, įdiegus skaidrią eilių stacionarinei pagalbai teikti valdymo sistemą;

- sumažėjusi nepageidaujamų įvykių rizika ir jų sukelta žala sveikatai pacientui naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis bei SP personalui, teikiančiam SP paslaugas, įdiegus nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėjimo ir prevencijos sistemą, suregulius SP specialistų darbo krūvius;

- pagerėjusi gyventojų sveikatos būklė;
- padidėjęs sveikatos priežiūros veiksmingumas ir efektyvumas;

- suformuotas sisteminis požiūris į kokybės vadybą SP sektoriuje bei „kokybės kultūra“ SP organizacijose, skatinanti ir palaikanti nuolatinį SPK gerinimą;

- racionaliai panaudojami SP ištekliai užtikrinant SP paslaugų prieinamumą, nustatius SP įstaigų veiklos kokybės rodiklius bei vykdant jų stebėseną, išsigyjant ir naudojant įvertintas ir (ar) aprobuotas SPT.

36. Probleminės sritys, tikslai, uždaviniai, priemonės, jų vertinimo kriterijai, įvykdymo terminai, preliminarus lėšų poreikis pagal metus, numatomi rezultatai pateikti šios Programos prieduose.

37. Bendrosios išlaidos Programai įgyvendinti buvo apskaičiuotos atsižvelgiant į konkrečios priemonės įgyvendinimui reikalingą darbo imlumą ir sąnaudas. Investicinių lėšų poreikis (naujų darbo vietų įrengimui ir SPI aprūpinimui kompiuterine ir programine įranga) buvo apskaičiuotas remiantis rinkos kainų lygiu.

38. Programos įgyvendinimo efektyvumas bus vertinamas įgyvendinus konkrečias Programoje numatytas priemones, taip pat atsižvelgiant į pagrindinių Lietuvos gyventojų sveikatos rodiklių – sergamumo, mirtingumo ir kt. bei išlaidų sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimui kitimą.

VII. LITERATŪROS SĄRAŠAS

¹ Crossing the Quality Chasm. A New Health System for 21st Century. IOM, 2003.

² Field M. J., Lohr K. N. Institute of Medicine: Guidelines for Clinical Practice. From Development to Use, 1992.

³ Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford University Press, 2003.

⁴ Health Care Quality Glossary. Quality Assurance Project, USAID, 1999.

⁵ Statement on Quality of Care (1998). National Roundtable on Health Care Quality. Ed. Molla S. Donaldson. Institute of Medicine. The National Academies Press.

⁶ Measuring the Quality of Health Care (1999). Institute of Medicine. The National Academies Press.

⁷ [\(http://www3.lrs.lt/cgi-bin/preps2.Condition1=60036&Condition2=\(Lietuvos sveikatos programa\)\)](http://www3.lrs.lt/cgi-bin/preps2.Condition1=60036&Condition2=(Lietuvos+sveikatos+programa)) (žiūrėta 2003-12-17).

⁸ Schweiger B. (ed). Quality Policy in the Health Care Systems of the EU Accession Countries. Vienna: Federal Ministry of Social Security and Generations, 2001.

⁹ Weil O, McKee M, Brodin M, Obele D. Priorities for public health action in the European Union. European Commission, 1999:77-86.

¹⁰ Blomhøj G, Hermann N, Neergaard D. Continuous Quality Development: Why and How. Danish Ministry of Health and Danish National Board of Health, 1993.

¹¹ SVEIKATA 21. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. LR sveikatos apsaugos ministerija.

¹² http://sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Priedai/Chatija.html (2003-12-17).

¹³ Charles D. Shaw, Isuf Kalo. A Background for National Quality Policies in Health Systems. World Health Organization. 2002.

¹⁴ Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija). Valstybės žinios, 2002, Nr. 97-4258.

¹⁵ Bankauskaite V. et al. Why are people dissatisfied with medical care services in Lithuania? A qualitative study using responses to open-ended questions. International Journal for Quality in Health Care 2003; vol. 15, No. 1: pp. 23-29.

¹⁶ Žėbienė E. Paciento lūkesčių įgyvendinimo svarba. Daktaro disertacija, Vilniaus universitetas, 2001.

¹⁷ Brennan, Troyen A.; Leape, Lucian L.; Laird, nan M., et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 324:370-376, 1991.

¹⁸ To Err is Human. Building a Safer Health System. Institute of Medicine. National Academy Press, 2003.

¹⁹ An organization with a memory. Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS Chaired by the Chief Medical Officer. London. The Stationary Office, 2000.

²⁰ Patient safety: towards sustainable improvement. Fourth report to the Australian Health Ministers' Conference. Australian council for safety and quality in health care. Commonwealth of Australia 2003.

²¹ Doing what Counts for Patient Safety: Federal Actions to Reduce Medical Errors and their Impact. Report of the Quality Interagency Coordination Task Force (Quic) to the President, 2000.

²² http://sec.lt/pages/alfdiskusijos/pages/discuss2/docs/nt_02-12.pdf. Nacionalinė sveikatos tarybos 2002-11-26 nutarimas „Dėl sveikatos priežiūros technologijų vertinimo“ (2003-12-18).

²³ <http://www3.lrs.lt/cgi-bin/preps2. Condition1=207037&Condition2=>. Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija. (2003-12-17).

Sveikatos priežiūros kokybės
užtikrinimo 2005–2010 m. programos
1 priedas

Esminės probleminės sritys	Programos strateginis tikslas, tikslai, uždaviniai
Nebuvimas sisteminio požiūrio į SPK, jos užtikrinimą ir nuolatinį gerinimą, SPT vertinimą bei koordinavimo įvairių institucijų vykdomų veiklų šiose srityse, iš dalies lemia nekokybiškos SP pasireiškimus, lemiančius sveikatos rezultatų potencialo netektis bei pacientų nepasitenkinimą gautomis SP paslaugomis.	Strateginis tikslas – siekiant geros šalies gyventojų sveikatos ir gyvenimo kokybės, suformuoti sisteminių požiūrį į sveikatos priežiūros kokybę, jos užtikrinimą ir nuolatinį gerinimą bei koordinuoti veiklą šioje srityje parengiant ir įgyvendinant priemonių sistemą Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijai, patvirtintai sveikatos apsaugos ministro 2002 m. spalio 10 d. įsakymu Nr. 495 „Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 101-4523), įgyvendinti
Sveikatos priežiūra nepakankami orientuota į pacientų ir visuomenės poreikius, vyrauja paternalistinis SP specialistų požiūris į pacientą ir jo dalyvavimą sprendimų priėmimo procese:	1. Orientuoti sveikatos priežiūrą į paciento ir visuomenės poreikius:
Mažas pacientų aktyvumas sveikatos priežiūroje. Vyraujantys paternalistinio pobūdžio santykiai tarp SP specialistų ir pacientų. Nepakankamas pacientų ir jų artimųjų informuotumas apie pacientui teikiamas ar galimas gauti SP paslaugas. Nepakankamas pacientų ir jų artimųjų mokymas ir informavimas apie gyvenseną sergant lėtinėmis ligomis, iš dalies lemiantis didelį komplikacijų skaičių bei gydymo išlaidas.	1.1. Skatinti pacientų ir jų artimųjų dalyvavimą SP procese.
Nepakankamas pacientų organizacijų, bendruomenių aktyvumas, sprendžiant SP kokybės klausimus. Nepakankamas pacientų organizacijų, SP specialistų ir vadybininkų bendravimas ir bendradarbiavimas sprendžiant SP kokybės klausimus.	1.2. Stiprinti visuomenės vaidmenį sprendžiant SP kokybės klausimus.
Pacientai nėra skatinami ir jiems nėra sudarytos palankios sąlygos reikšti savo nuomonę apie gautas SP paslaugas. Nepakankamai konstruktyvus dialogas tarp SP paslaugų teikėjų ir gavėjų.	1.3. Sudaryti sąlygas ir skatinti pacientus arba jų artimuosius (įstatyminius atstovus) vertinti SP paslaugų kokybę.
Neefektyviai veikianti pacientams padarytos žalos atlyginimo teisinė bazė.	1.4. Tobulinti pacientams padarytos žalos sveikatai atlyginimo sistemą.
Nepakankamai užtikrinamas SP prieinamumas, koordinavimas, tęstinumas ir sauga; nėra sisteminio požiūrio į SP nepageidaujamų įvykių registravimą ir prevenciją:	2. Gerinti pacientams teikiamų SP paslaugų saugą ir kokybę:
SP paslaugų prieinamumo netolygumai. Neefektyvus planinės stacionarinės sveikatos priežiūros (eilių) valdymas.	2.1. Gerinti SP paslaugų prieinamumą.
Nėra strategiškai ir sistemiškai planuojama, koordinuojama, organizuojama ir vykdoma veikla SP kokybei ir saugai užtikrinti. Nėra sisteminio, pagrįsto vienodais kriterijais ir bendra tvarka, nepageidaujamų įvykių SP registravimo, analizės ir prevencijos. Neteisingas, pagrįstas gėda, kalte, baime medikų ir visuomenės požiūris į nepageidaujamus įvykius (klaidas), skatinantis juos slėpti ar nutylėti, taip neturint galimybių vykdyti efektyvią šių įvykių prevenciją. Nevienoda SP kokybės ir saugos terminų samprata ir interpretacija, apsunkinanti informacijos apie šiuos įvykius registravimą, kaupimą, analizę. Nepakankama galimybė keistis įgyta patirtimi ir spręsti SP saugos ir kokybės problemas, skleisti geros praktikos patirtį; Nepakankamai racionalus ir saugus gydymas vaistais, ypač rizikingais. Nepakankamai saugi SP sektoriuje dirbančių darbuotojų darbo aplinka ir nesubalansuoti darbo krūviai.	2.2. Gerinti SP paslaugų saugą.

Nėra sistemos, užtikrinančios efektyvų keitimąsi SP informacija, SP paslaugų teikimo tęstinumą ir koordinavimą tarp SP specialistų ir įstaigų.	2.3. Užtikrinti SP tęstinumą ir koordinavimą.
Nepakankama SP kokybės vadyba:	3. Tobulinti sveikatos priežiūros kokybės vadybą:
Nepakankamos SP ir farmacijos specialistų kompetencija (žinios ir įgūdžiai) kokybės vadybos srityje. Nepakankama SPI vadovų ir vadybininkų kompetencija (žinios ir įgūdžiai) kokybės vadybos srityje.	3.1. Ugdyti SP žmonių išteklių administracinius sugebėjimus SP kokybės vadybos srityje.
Nėra sukurta SPT vertinimo sistema: nėra koordinuojamas ir organizuojamas moksliniais įrodymais pagrįstos SP praktikos diegimas ir SP technologijų vertinime dalyvaujančių institucijų veikla. Nesudaromos galimybės sveikatos politikams, vadybininkams ir specialistams priimti mokslu ar gera praktika pagrįstus sprendimus.	3.2. Skatinti mokslo įrodymais ir technologijų vertinimu pagrįstų sprendimų sveikatos priežiūroje priėmimą.
Medicinos mokslo ir kokybės vadybos pasiekimai nepakankamai integruojami į praktinę veiklą.	3.3. Gerinti mokslo ir praktikos sąsają bei tarptautinį bendradarbiavimą SP kokybės vadybos srityje.
Nepakankamos galimybės objektyviai ir statistiškai patikimai vertinti SP paslaugų kokybę, lyginti SP gerėjimo dinamiką.	3.4. Sukurti ir įdiegti informacinę sistemą SP reikmėms.
Išorės ir vidaus SP kokybės užtikrinimą reglamentuojančių teisės aktų netobulumas. Nėra svertų, skatinančių SPI diegti kokybės sistemas.	3.5. Tobulinti išorės ir vidaus SP kokybės užtikrinimo sistemas.

Sveikatos priežiūros kokybės
užtikrinimo 2005–2010 metų programos
2 priedas

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS UŽTIKRINIMO 2005–2010 METAIS
PROGRAMOS ĮGYVENDINIMO PRIEMONĖS**

Uždavinys, priemonė	Uždavinio, priemonės vertinimo kriterijus	Atsakingas vykdytojas; kiti vykdytojai	Įvykdymo terminas (metai, pusmetai)	Preliminarus lėšų poreikis (tūkst. litų)						Numatomi rezultatai, įgyvendinus uždavinį, priemonę
				2005 m.	2006 m.	2007 m.	2008 m.	2009 m.	2010 m.	
1. Orientuoti sveikatos priežiūrą į paciento ir visuomenės poreikius:										Į pacientų ir visuomenės poreikius orientuota sveikatos priežiūra; paternalistinių požiūrį į sprendimų priėmimą SP keičia SP specialistų ir paciento informuoto bendradarbiavimo ir partnerystės principai
1.1. Skatinti paciento ir jo artimųjų dalyvavimą SP procese:										Didesnis pacientų, jų artimųjų informuotumas apie teikiamas SP paslaugas, geresnė sergančiųjų gyvenimo kokybė, mažėjantis komplikacijų skaičius bei gydymo išlaidos
1.1.1. atlikti reprezentatyvius tyrimus apie pacientų dalyvavimą SP procese, apklausiant pacientus, jų artimuosius (įstatyminius atstovus) ir SP specialistus	Atlikti tyrimai	SAM; VU, KMU	2006 m. II pusm., 2008 m. II pusm., 2010 m. II pusm.		10		10		10	Įvertintas pacientų dalyvavimo SP procese aktyvumo bei SP specialistų požiūrio į pacientų dalyvavimą SP procese dinamika
1.1.2. parengti ir patvirtinti pavyzdines	Parengtos rekomenda	SAM	2005 m. II	2						Didesnis pacientų

rekomendacijas SP įstaigoms dėl paciento arba jo artimojo (įstatyminio atstovo) informavimo apie pacientui teikiamas SP paslaugas	cijos		pusm.							informuotumas apie jam teikiamas SP paslaugas; didesnės galimybės pacientams aktyviai dalyvauti priimant sprendimus dėl jų SP
1.1.3. parengti informacinius lankstinukus pacientams ir jų artimiesiems apie 10 labiausiai paplitusių lėtinių ligų, jų profilaktiką (pvz., diabeto, astmos, širdies kraujagyslių, depresijos)	Parengti, išleisti ir išplatinti informacinius lankstinukus (50–100 tūkst. tiražu); patalpinti SAM internetinėje svetainėje	VVSPT; visuomeninės pacientų ir SP specialistų organizacijos	2007 m. (2005 m. II pusm. – 2, 2006 m. ir 2007 m. – po 4)	8	16	16	8	8	8	Didesnis gyventojų informuotumas sveikatos srityje, todėl mažesnis komplikacijų skaičius ir gydymo išlaidos; geresnė sergančiųjų šiomis ligomis gyvenimo kokybė
1.1.4. parengti rekomendacijas pacientų mokymui, sergant tomis ligomis, kurių eigai ir gyvenimo kokybei mokymas turi reikšmingą įtaką (numatant pacientų mokymo tvarką ir organizavimo būdus)	Parengtos rekomendacijos	VVSPT; visuomeninės pacientų ir SP specialistų organizacijos	2006 m. II pusm.		2					Mažesnis komplikacijų skaičius ir gydymo išlaidos; geresnė sergančiųjų šiomis ligomis gyvenimo kokybė
1.1.5. parengti ir patvirtinti taisyklės SPI apie pacientų informavimą, užtikrinant SP tęstinumą ir koordinavimą	Patvirtintos taisyklės	SAM; VLK, TLK, VMAI	2005 m. II pusm.	2						Nepertraukiamas sveikatos priežiūra tarp SP specialistų ir įstaigų, užtikrinanti SP tęstinumą
1.2. Stiprinti visuomenės vaidmenį sprendžiant SP kokybės klausimus:										Didėja visuomenės informuotumas ir aktyvumas, stiprėja pacientų visuomeninių organizacijų, SP specialistų ir vadybininkų partnerystė sprendžiant SP kokybės klausimus
1.2.1. parengti ir patvirtinti rekomendacijas	Parengtos rekomendacijos	SAM; VVSPT, visuomeninės	2005 m. II pusm.	4						Didėja atskaitomybė visuomenei

apskritis ir savivaldybės gydytojų metinės ataskaitos rengimui ir formai apie bendruomenės sveikatos būklę ir priežiūrą		nės pacientų organizacijos								(bendruomenei), sudaroma galimybė susipažinti su esama situacija ir vykdoma sveikatos politika bei priimamų sprendimų įtaka visuomenės (bendruomenės) sveikatai; su visuomenės (bendruomenės) sveikatos pokyčių tendencijomis
1.2.2. rengti nacionaliniu mastu kasmetinius forumus SP kokybės klausimais, įtraukiant visų suinteresuotų šalių atstovus (sveikatos politikus, vadybininkus, administratorius, pacientų ir SP specialistų organizacijas)	Surengti kasmetiniai forumai	SAM; VVSPT	Nuo 2006 m., II pusm. – 2010 m.		20	10	10	10	10	Gerėja suinteresuotų šalių bendravimas ir bendradarbiavimas sprendžiant SP kokybės klausimus
1.2.3. rengti seminarus pacientų visuomeninių organizacijų aktyvumui skatinti	Surengti seminarai	SAM; pacientų visuomeninės organizacijos	2005 m. II pusm. – 2010 m.	2	2	2	2	2	2	Stiprėja ir tampa aktyvesnės pacientų visuomeninės organizacijos, didėja jų vaidmuo sprendžiant SP klausimus
1.3. Sudaryti sąlygas ir skatinti pacientus arba jų artimuosius (įstatyminius atstovus) vertinti SP paslaugų kokybę:										Pacientams sudaromos sąlygos dalyvauti vertinant ir gerinant SP paslaugų kokybę. Stiprėja dialogas tarp SP paslaugų teikėjų ir gavėjų – gerėja SP kokybė
1.3.1. tirti ir skleisti Lietuvos ir užsienio šalių patirtį apie pacientų dalyvavimą sveikatos priežiūroje	Renkama ir skleidžiama informacija	SAM; VMAI, pacientų visuomeninės organizacijos	2006–2010 m.		3	3	3	3	3	Formuojasi palankus požiūris į pacientų dalyvavimą sveikatos

		jos, VU, KMU							priežiūroje; pacientai aktyviau dalyvauja SP procese, gerėja gydymo rezultatai
1.3.2. parengti ir patvirtinti rekomendacijas SP įstaigoms pacientų apklausų organizavimui SP paslaugų kokybei vertinti, pacientų siūlymų, pastabų skatinimui, pateikimui ir vertinimui	Parengtos rekomendacijos	SAM; VMAI, pacientų visuomeninės organizacijos, VU, KMU	2005 m., II pusm.	2					Sudaroma galimybė pacientams saugiai reikšti savo nuomonę apie gautas paslaugas SP įstaigoje, o įstaigoms – gerinti teikiamų paslaugų kokybę įvertinus pacientų nuomonę, poreikius, siūlymus
2. Gerinti pacientams teikiamų SP paslaugų saugą ir kokybę:									Saugesnė ir kokybiškesnė sveikatos priežiūra pacientams, geresnis SP prieinamumas, koordinavimas ir tęstinumas; saugesnė ir sėkmingesnė SP darbo aplinka; sumažėjęs medicinos klaidų skaičius
2.1. gerinti SP paslaugų prieinamumą:									Geresnis SP paslaugų prieinamumas
2.1.1. parengti ir patvirtinti SP paslaugų prieinamumo rodiklius	Patvirtintas SP paslaugų prieinamumo rodiklių sąrašas	SAM	2006 m. I pusm.		3				Galimybė objektyviai planuoti ir vertinti SP paslaugų prieinamumą
2.1.2. ištirti netolygaus (nepakankamo) pirminės SP prieinamumo priežastis	Atliktas tyrimas	SAM; VLK, VU, KMU, visuomeninės pacientų ir SP specialistų organizacijos	2007 m. I pusm.		5	5			Nustatytos pagrindinės pirminės SP nepakankamo prieinamumo priežastys
2.1.3. ištirti netolygaus (nepakankamo) SP specialistų ambulatorinių	Atliktas tyrimas	SAM; VLK, VU, KMU, visuomeninės	2007 m. I pusm.		5	5			Nustatytos pagrindinės specialistų ambulatorinių

konsultacijų prieinamumo priežastis		nės pacientų ir specialistų organizacijos								konsultacijų nepakankamo prieinamumo priežastys
2.1.4. ištirti netolygaus (nepakankamo) stacionarinės SP prieinamumo priežastis	Atliktas tyrimas	SAM; VLK, VU, KMU, visuomeninės pacientų ir specialistų organizacijos	2007 m. II pusb.		5	5				Nustatytos pagrindinės stacionarinės SP nepakankamo prieinamumo priežastys
2.1.5. parengti rekomendacijas SP prieinamumui gerinti	Parengtos rekomendacijos	SAM; visuomeninės pacientų ir specialistų organizacijos	Ne vėliau kaip iki 2008 m. pusb.		2	2	2			Sudarytos geresnės galimybės gerinti SP paslaugų prieinamumą planuojant ir įgyvendinant SP plėtrą
2.1.6. parengti ir patvirtinti eilių planinei stacionarinei pagalbai teikti SP įstaigose valdymo tvarką	Patvirtinta tvarka	VLK	2006 m. II pusb.		2					Geriau valdoma planinė stacionarinė sveikatos priežiūra, mažėja eilių, kaip prielaidos korupcijai pasireikšti, skaičius
2.2. gerinti SP paslaugų saugą:										Saugesnė sveikatos priežiūra pacientams ir SP sektoriuje dirbantiems darbuotojams
2.2.1. išplėsti SAM Sveikatos priežiūros išteklių valdymo skyrių (SPIVS, įsteigiant 4 etatus, skirtus SP kokybės ir saugos veiklai koordinuoti (numatant 2007 m. sukurti atskirą skyrių)	Išplėstas SAM SPIVS	SAM	2006 m. (2005 m. ir 2006 m. po 2 etatus)	80	80					Strategiškai planuojama, koordinuojama, organizuojama ir vykdoma veikla SP kokybei ir saugai užtikrinti
2.2.2. įvertinti pacientų ir SP specialistų nuostatą dėl nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūroje ir šios problemos mastą:										Įvertintos pacientų ir SP specialistų nuostatos dėl nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūroje ir šios problemos mastas Lietuvoje

2.2.2.1. atlikti pacientų ir SP specialistų požiūrio į nepageidaujamus įvykius ir jų priežastis tyrimą	Atliktas reprezentatyvus tyrimas	SAM; VU, KMU,	2005 m. II pusm.	10						Išsiaiškinti pacientų ir specialistų požiūriai į nepageidaujamus įvykius ir jų priežastis SP sistemoje.
2.2.2.2. atlikti pacientų prašymų ir skundų, susijusių su SP paslaugų teikimu, retrospektyvinę analizę	Atlikta analizė	SAM; VMAI	Nuolat nuo 2005 m.	2	2	2	2	2	2	Išaiškintos nepakankamos SP saugos ir kokybės esminių priežasčių grupės
2.2.2.3. parengti pacientų prašymų (skundų) dėl nekokybiškos SP teikimo ir nagrinėjimo tvarką	Patvirtinta tvarka	SAM; VMAI	2005 m. II pusm.	2						Sistemiškas ir aiškus, subsidiarumo principu pagrįstas pacientų skundų dėl nekokybiškos SP teikimo ir nagrinėjimas
2.2.2.4. atlikti tyrimą siekiant nustatyti ypač rizikingas (nesaugias pacientui ir specialistui) SP technologijas	Atliktas tyrimas	SAM; VU, KMU, SP specialistų organizacijos	2006 m. II pusm.		10					Nustatytos ypač rizikingos (pacientui ir specialistui nesaugios) technologijos, reikalaujančios padidintų saugos priemonių ir atitinkamų intervencijų
2.2.3. sukurti ir įdiegti šalies mastu vieningą <i>privalomų ir savanoriškai registruojamų nepageidaujamų įvykių</i> registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemą:										Sistemiškai, vadovaujantis vienodais kriterijais ir bendra tvarka, SP įstaigose registruojami nepageidaujami įvykiai, stebima jų kitimo dinamika nacionaliniu, apskrities, savivaldybės ar įstaigos lygiu; sudarytos sąlygos sistemai parengti ir efektyviai taikyti atitinkamas prevencines priemones
2.2.3.1. parengti <i>privalomų registruoti</i>	Patvirtintas sąrašas	SAM	2006 m. I pusm.		2					Sudarytos galimybės

nepageidaujamų įvykių sąrašą										vadovaujantis vieningais kriterijais registruoti privalomus registruoti nepageidaujamus įvykius, bei prielaidos sukurti vieningą šių įvykių prevencijos sistemą
2.2.3.2. parengti kompiuterinę <i>privalomų registruoti</i> nepageidaujamų įvykių registravimo ir analizės programą, ją išbandant atrinktose SP įstaigose	Sukurta kompiuterinė programa, išbandyta atrinktose 2 SP įstaigose	SAM	2006 m. II pusr.		30					Kompiuterizuotas privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių registravimas, padedantis sukurti vieningą šių įvykių analizės ir prevencijos sistemą
2.2.3.3. parengti ir patvirtinti <i>privalomų registruoti</i> nepageidaujamų įvykių registravimo, analizės ir prevencijos tvarką bei metodiką šiai tvarkai įgyvendinti	Patvirtinta tvarka ir metodika, išplatintos SP įstaigoms	SAM	2007 m. I pusr.			4				Geresnis ir objektyvesnis privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių registravimas ir analizė bei efektyvesnė šių įvykių prevencija SP įstaigose
2.2.3.4. parengti ir įgyvendinti <i>privalomų registruoti</i> nepageidaujamų įvykių registravimo ir analizės bandomąjį projektą atrinktose SP įstaigose	Įgyvendintas bandomasis projektas (atrinktose 5 SP įstaigose)	SAM	2007 m. II pusr.			6				Formuojamas SP specialistų naujoviškas požiūris į nepageidaujamus įvykius; tikėtina, išaugsiantis nepageidaujamų įvykių skaičius, tačiau tuo pačiu mažės neregistruotų (paslėptų) nepageidaujamų įvykių skaičius
2.2.3.5. parengti ir patvirtinti <i>savanoriškai registruotinų</i> nepageidaujamų įvykių registravimo, motyvavimo registruoti, analizės ir	Parengtos rekomendacijos ir išplatintos SP įstaigoms	SAM	2007 m. I pusr.			4				Geresnis ir objektyvesnis savanoriškai registruotinų nepageidaujamų įvykių registravimas ir

prevencijos rekomendacijas										analizė bei efektyvesnė šių įvykių prevencija SP įstaigose
2.2.3.6. parengti ir įgyvendinti <i>savanoriškai registruotinių</i> nepageidaujamų įvykių registravimo ir analizės bandomąjį projektą atrinktose SP įstaigose	Įgyvendintas projektas (atrinktose 5 SP įstaigose)	SAM	2007 m. II pusm.			6				Formuojamas SP specialistų naujoviškas požiūris į nepageidaujamus įvykius; tikėtina išaugsiantis jų skaičius, tačiau tuo pačiu mažės neregistruotų (paslėptų) nepageidaujamų įvykių skaičius
2.2.3.7. rengti mokomuosius seminarus SP kokybės koordinatoriams ir vadybininkams apie privalomų registruoti ir savanoriškai registruotinių nepageidaujamų įvykių registravimo, analizės ir prevencijos būdus bei metodus, įgyvendinant atitinkamas nepageidaujamų įvykių analizės ir prevencijos metodikas	1 seminaras per ketvirtį (atrinktose 5 SPĮ)	SAM	Nuo 2008 m. I pusm.				12	12	12	Geresnis SPĮ darbuotojų informuotumas bei įgūdžiai nepageidaujamų įvykių valdymo klausimais
2.2.4. gerinti SP specialistų ir visuomenės informuotumą SP saugos klausimais ir skatinti sveikatos saugos kultūros formavimąsi:										
2.2.4.1. parengti SP kokybės ir saugos terminų žodyną	Parengtas terminų žodynas	SAM; KMU, VU	2008 m. II pusm.				10			Vienoda SP kokybės ir saugos terminų samprata ir interpretacija
2.2.4.2. papildyti SAM internetinę svetainę sritimi SP kokybės ir saugos klausimais	Papildyta SAM internetinė svetainė	SAM	2005 m. II pusm.							Galimybė keistis įgyta patirtimi, susipažinti su naujausia informacija ir vykdomais projektais SP kokybės srityje
2.2.4.3. leisti kasmetinius informacinius leidinius	Išleisti 2 leidiniai per metus: 1 –	SAM	Nuo 2006 m. II		20	20	20	20	20	Sudarytos geresnės galimybės

pacientams ir SP specialistams SP saugos ir kokybės klausimais	pacientams, 1 – specialistams		pusm.							pacientams ir specialistams susipažinti su aktualiais SP saugos ir kokybės klausimais ir vykdomais projektais, SP dalyvių teisėmis ir pareigomis, sprendžiant su SP kokybe ir sauga susijusius klausimus
2.2.4.4. rengti kasmetines mokslines – praktines konferencijas SP saugos ir kokybės klausimais SP specialistams	Surengta 1 konferencija per metus	SAM; VU, KMU	2006–2010 m.		20	10	10	10	10	Galimybė platesniame rate aptarti išskylančias SP saugos ir kokybės problemas, ieškoti jų sprendimo būdų, skleisti geros praktikos patirtį
2.2.4.5. parengti ir išplatinti patarimų pacientams informacinius lapelius apie pacientų vaidmenį užtikrinant SP kokybę ir saugą	Parengti ir išplatinti informaciniai lapeliai 100 tūkst. tiražu	SAM; VMAI savivaldybių ir apskričių gydytojai, visuomeninės pacientų organizacijos	2007 m. II pusm.			8				Aktyvesnis pacientų dalyvavimas sprendžiant SP kokybės ir saugos klausimus
2.2.4.6. parengti rekomendacijas pacientų ir darbuotojų saugai SP įstaigose (pragulų, kritimų, hospitalinės infekcijos prevencijos bei kitais aktualiais klausimais)	Parengtos rekomendacijos	SAM	2006 m. II pusm.		2					Geresnė nepageidaujamų įvykių prevencija SP įstaigose
2.2.4.7. parengti SP įstaigoms rekomendacijas hospitalinių infekcijų valdymui	Parengtos rekomendacijos	SAM; HI	2007 m. I pusm.			2				Mažėjantis hospitalinių infekcijų skaičius SP įstaigose ir mažesnės pacientų gydymo išlaidos
2.2.5. siekti racionalaus vaistų skyrimo ir vartojimo:										Veiksmingesnis, racionalesnis ir saugesnis gydymas (-sis) vaistais, ypač rizikingais

2.2.5.1. kasmet tirti vaistų skyrimo ir vartojimo racionalumą atrinkose SP įstaigose	Atlikti kasmet tyrimai	SAM; VVKT, VU, KMU	Nuolat, nuo 2005 m. II pusm.	5	5	5	5	5	5	Nustatytos vaistų skyrimo ir vartojimo problemos
2.2.5.2. parengti rekomendacijas ir atmintinę racionaliam ir saugiam vaistų (ypač rizikingų) skyrimui ir vartojimui	Parengtos rekomendacijos	SAM; VVKT	2005 m. II pusm.		-					Saugesnis gydymas vaistais
2.2.5.3. įvertinti specialistų, užtikrinančių saugų, efektyvų ir racionalų vaistų vartojimą ir gydymą vaistais (klinikinių farmakologų ir klinikinių vaistininkų), poreikį ir rengimo būdus	Parengtos išvados sveikatos apsaugos ministrui	SAM; FD, VU, KMU	2005 m. II pusm.	-						Nustatytas poreikis ir numatyti specialistų rengimo būdai
2.2.5.4. parengti specialistų, kurie užtikrins saugų, efektyvų ir racionalų vaistų vartojimą ir gydymą vaistais, studijų programas	Parengtos studijų programos	SAM; KMU, VU	2006 m. II pusm.		-					Sudarytos sąlygos rengti specialistus, kurie dirbdami SP įstaigose ir vaistinėse identifikuos ir eliminuos nesaugius ir neefektyvius vaistų skyrimo atvejus
2.2.5.5. išplėsti informacinę sistemą apie vaistus pacientams ir specialistams	Išplėsta informacinė sistema	VVKT	2005 m. II pusm.	-						Didesnė galimybė specialistams ir pacientams gauti informaciją apie vaistus
2.2.6. parengti 1998-09-21 sveikatos apsaugos ministro įsakymo Nr. 529 „Dėl profesinių klaidų asmens sveikatos priežiūros įstaigose nagrinėjimo tvarkos patvirtinimo“, 2002-01-28 sveikatos apsaugos ministro įsakymo Nr. 58 „Dėl sveikatos priežiūros specialistų profesinės kompetencijos patikrinimo tvarkos“ pakeitimus	Patvirtinti teisės aktų pakeitimai	SAM	2005 m. II pusm.	-						Parengti teisės aktų pakeitimai skatins nepageidaujamų įvykių deklaravimą ir efektyvų jų valdymą, mažins kaltės ir bausmės faktorių lemiamą šių įvykių slėpimą
2.2.7. gerinti SP sektoriuje dirbančių darbuotojų darbo saugos sąlygas, kuriant saugią ir sveikatą										Saugi sveikatą stiprinanti SP sistemoje dirbančių darbuotojų

stiprinančią darbo aplinką:										darbo aplinka, skatinanti ir gerinanti SP saugą ir kokybę. Padidėjęs SP specialistų pasitenkinimas darbu
2.2.7.1. atlikti SP specialistų darbo krūvių tyrimą	Atliktas tyrimas	SAM; HI, SPI steigėjai, VU, KMU	2006 m. I pusm.		10					Išaiškinti SP specialistų, gydytojų internų ir gydytojų rezidentų darbo krūviai bei galimi virškrūviai, mažinantys specialistų teikiamų SP paslaugų saugumą
2.2.7.2. parengti SP darbuotojų Profesinės sveikatos ir saugos rekomendacijas SP įstaigoms	Parengtos rekomendacijos	SAM; VVSPT, HI	2007 m. I pusm.			2				Saugesnė sveikatą stiprinanti SP sektoriuje dirbančių darbuotojų darbo aplinka; mažėjantis nesaugios darbo aplinkos ir nesubalansuoto darbo krūvio sąlygojamų nepageidaujamų įvykių skaičius; mažėjantis darbuotojų sergamumą
2.2.7.3. atlikti rizikos faktorių ir jų poveikio SP darbuotojams tyrimus, parengti rekomendacijas jų prevencijai	Atlikti tyrimai, parengtos rekomendacijos	SAM; VVSPT, HI	2005 m. II pusm.	3						Saugesnės darbo sąlygos SP specialistams
2.2.7.4. atlikti krauju perduodamų infekcijų (pvz., hepatito C, ŽIV ir kt.) paplitimo tarp SP darbuotojų analizę ir parengti rekomendacijas jų prevencijai	Atlikta analizė, parengtos rekomendacijos	SAM; VVSPT, HI	2005 m. II pusm.	3						Mažesnė krauju perduodamų infekcijų paplitimo rizika SP specialistams
2.2.7.5. parengti rizikos grupių SP sistemoje imunoprofilaktikos tvarką	Patvirtinta tvarka	SAM; VVSPT	2006 m. I pusm.		2					Saugesnės darbo ir studijų sąlygos SP specialistams ir besimokantiems

2.3. užtikrinti SP tęstinumą ir koordinavimą:										Pagerės sveikatos paslaugų teikimo tęstinumas
2.3.1. įdiegti keitimosi SP informacija sistema, užtikrinančią paslaugų teikimo tęstinumą ir koordinavimą	Įdiegta sistema	SAM	2010 m. II pusm.						40	Geresnis SP paslaugų tęstinumas ir koordinavimas
2.3.2. sveikatos priežiūros įstaigose skleisti ir įgyvendinti SP tęstinumo ir koordinavimo geros praktikos pavyzdžius	Įgyvendinti geros praktikos pavyzdžiai	SAM; SPI	Nuolat nuo 2007 m.			2	2	2	2	Geresnis SP paslaugų tęstinumas ir koordinavimas tarp SP paslaugų teikėjų
3. Tobulinti sveikatos priežiūros kokybės vadybą:										Geresnė SP kokybės vadyba bei specialistų ir vadybininkų bendradarbiavimas užtikrinant SP saugą ir kokybę
3.1. ugdyti SP žmonių išteklių administracinius gebėjimus SP kokybės vadybos srityje:										Padidėję SP specialistų administraciniai gebėjimai kokybės vadybos srityje
3.1.1. parengti ir patvirtinti SP kokybės vadybos mokymo modulius SP ir farmacijos specialistų ikidiplominėse studijose	Patvirtinti mokymo moduliai	SAM; VU, KMU, KU	2005 m. II pusm.	3						Suteikiamos SP ir farmacijos specialistams bazinės SP kokybės vadybos žinios ikidiplominėse studijose
3.1.2. parengti ir patvirtinti nuolatinio profesinio tobulinimosi SP kokybės vadybos programą SP įstaigų administratoriams ir vadybininkams	Patvirtinta mokymo programa	SAM; VU, KMU, KU	2005 m. II pusm.	3						Pagerėjusi SP administratorių kompetencija SP kokybės vadybos srityje
3.1.3. parengti ir patvirtinti SP ir farmacijos specialistų nuolatinio profesinės kvalifikacijos tobulinimo SP kokybės vadybos programą	Patvirtinta tobulinimo programa	SAM; VU, KMU, KU	2005 m. II pusm.	3						Pagerėjusi SP ir farmacijos specialistų kompetencija SP kokybės vadybos srityje
3.1.4. parengti SP kokybės vadybos koordinatoriaus kvalifikacijos įgijimo tvarką	Patvirtinta programa ir tvarka	SAM; VU, KMU	2005 m. II pusm.	4						Geriau organizuojama SP kokybės vadyba SP įstaigose,

									apimant ir korupcijos prevenciją bei kontrolę
3.1.5 įgyvendinti SP specialistų ir administratorių kokybės vadybos mokymą pagal parengtas programas	20 specialistų po 36 val. kasmet	SAM; VU; KMU	Nuo 2005 IV	50	50	50	50		Pagerėjusi SP ir farmacijos specialistų bei administratorių ir vadybininkų kompetencija ir bendradarbiavimas kokybės vadybos srityje; mažėjantis nepageidaujamų įvykių skaičius
3.2. pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir efektyvumą, sukuriant SPT vertinimo sistemą; skatinti mokslo įrodymais ir technologijų vertinimu pagrįstų sprendimų sveikatos priežiūroje priėmimą:									Priimami moksliniai įrodymais ir technologijų vertinimu pagrįsti sprendimai, racionaliai naudojamos lėšos sveikatos priežiūros technologijoms įsigyti; kokybiškesnė ir saugesnė sveikatos priežiūra
3.2.1. išplėsti SAM Sveikatos priežiūros išteklių valdymo skyrių (SPIVS), įsteigiant 2 etatus, skirtus koordinuoti SPT vertinimo veiklą	Išplėstas SAM SPIVS	SAM	2006 m. (2005 m. ir 2006 m. po 1 etatą)	40	40				Koordinuojamas ir organizuojamas įrodymais pagrįstos SP praktikos diegimas; koordinuojama dalyvaujančių sveikatos priežiūros technologijų vertinime institucijų (VASPVT, VLK, VU, KMU, Sveikatos priežiūros nepriklausomos agentūros, kt.) veikla
3.2.2. parengti SPT vertinimo sistemos sukūrimo Lietuvoje metmenis	Patvirtinti metmenys	SAM; VASPVT, VLK	2007 m. I pusm.			2			Sudaromos sąlygos sistemiškai planuoti ir organizuoti sveikatos priežiūros

									technologijų vertinimą
3.2.3. parengti asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros technologijų įvertinimo ir aprobavimo tvarką	Patvirtinta tvarka	SAM; VASPVT, VLK	2007 m. II pusm.			4			Sudaromos sąlygos priimti mokslu pagrįstus, skaidrius sprendimus įsigyjant ir naudojant efektyvias, saugas ir veiksmingos sveikatos priežiūros technologijas, bei atsisakant neefektyvių, nesaugių ir neveiksmingų, užtikrinant racionalų išteklių panaudojimą
3.2.4. parengti bendruosius reikalavimus moksliniais įrodymais ir/ar praktika pagrįstoms klinikinėms rekomendacijoms/metodikoms adaptuoti ir įgyvendinti	Patvirtinti reikalavimai	SAM; VASPVT	2007 m. II pusm.			3			Naudojamos praktikoje efektyvios ir veiksmingos mokslu pagrįstos klinikinės rekomendacijos, metodikos
3.2.5. parengti rekomendacijas SP įstaigoms diagnostikos ir gydymo protokolams rengti	Parengtos rekomendacijos	SAM	2007 m. I pusm.			3			Vienodais principais vadovaujantis rengiami diagnostikos ir gydymo protokolai SP įstaigose
3.3. gerinti mokslo ir praktikos sąsają bei tarptautinį bendradarbiavimą SP kokybės vadybos srityje:									Medicinos mokslo ir kokybės vadybos pasiekimai integruojami į praktinę veiklą
3.3.1 sudaryti sąlygas SP specialistams naudotis tarptautinėmis įrodymais pagrįstos praktikos duomenų bazėmis:									SP ir farmacijos specialistams sudarytos geresnės sąlygos naudotis tarptautinėmis įrodymais pagrįstos praktikos duomenų bazėmis:
3.3.1.1 įsteigti	Įsteigti	SAM; SPI	2007 m.			400			Galimybė SP ir

[illegible]

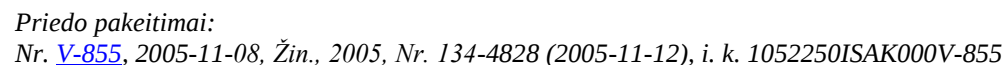
sistemos:										nuolatiniam SP kokybės gerinimui
3.5.1. patobulinti SP įstaigų licencijavimo taisyklės	Parengtos taisyklės	SAM; VASPVT	2005 m. II pusm.	2						Užtikrinama reikalavimus atitinkanti SP paslaugų sauga ir kokybė
3.5.2. patobulinti laboratorijų atestavimo tvarką	Patobulinta tvarka	VASPVT	2005 m. II pusm.	2						Užtikrinama reikalavimus atitinkanti tyrimų kokybė
3.5.3. parengti SP įstaigų akreditavimo reikalavimus ir tvarką	Patvirtinti akreditavimo reikalavimai ir tvarka	VASPVT; VVSPT, VU, KMU,	2007 m. I pusm.			10				Skatinamas nuolatinis paslaugų kokybės gerinimas SP įstaigose
3.5.4. parengti ir patvirtinti minimalius kokybės vadybos reikalavimus SP įstaigoms	Patvirtinti reikalavimai	SAM; VMAI, VASPVT, VLK, VVSPT	2005 m. II pusm.	2						Geresnis SP paslaugų kokybės valdymas įstaigose
3.5.5. Susieti SPI apmokėjimą (sudarant sutartis su TLK) už suteiktas paslaugas su priemonėje 3.4.1.1 nustatytais kokybės rodikliais		SAM; VLK	2006 m. II pusm.		2					Atsiras ekonominiai svertai, skatinantys SPI teikti kokybiškas paslaugas
3.5.6. sukurti elektroninį keitimosi geros kokybės vadybos patirtimi forumą SAM interneto svetainėje	Funkcionuojantis forumas	SAM	2007 m. II pusm.				2	2	2	Galimybė keistis nuomonėmis ir patirtimi kokybės vadybos srityje
3.5.7. parengti teisės aktą, skatinantį SP įstaigas diegti vidaus kokybės vadybos sistemas	Patvirtintas teisės aktas	SAM; VLK	2006 m. I pusm.		2					Didėja motyvacija gerinti teikiamas SP paslaugas
3.5.8. parengti ir įdiegti SP darbuotojų apmokėjimo už darbą ir kitų motyvaciją skatinančių svertų sistemą, susietą su kokybės pasiekimais, panaudojant geros praktikos pavyzdžius	Įdiegta darbo apmokėjimo sistema	SAM; VLK	2006 m. II pusm.		2					SP specialistų teikiamų paslaugų kokybės gerėjimą skatinanti darbo apmokėjimo ir kitų motyvacijos svertų sistema

Preliminarus lėšų poreikis (tūkst. litų):

2005 m.	2006 m.	2007 m.	2008 m.	2009 m.	2010 m.	Iš viso
184	319	599	156	134	184	1576

Finansavimo šaltiniai – valstybės ir savivaldybių biudžetai, PSDF lėšos, Europos Sąjungos struktūriniai fondai, labdaros ir paramos fondai ir kiti teisėti lėšų šaltiniai. Tikėtina, kad lėšų poreikis gal keistis dėl eurointegracinių procesų, todėl jį numatoma koreguoti 2006 m., peržiūrint Programos uždavinius ir priemones.

Sveikatos priežiūros kokybės
užtikrinimo 2005-2010 m.
programos
3 priedas



SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS UŽTIKRINIMO 2005–2010 METAIS PROGRAMOS ĮGYVENDINIMO SWOT (PTGG) ANALIZĖ

Pranašumai (stiprybės)	Trūkumai (silpnybės)
1. Programa parengta atlikus Lietuvos ir užsienio šalių teisės aktų, tyrimų ir literatūros šaltinių meta- analizę. 2. Programos tikslai, uždaviniai ir priemonės parengti atsižvelgiant į atliktą Programos objekto probleminių sričių analizę; yra struktūrizuoti, konkretūs, išmatuojami, todėl sudaro geras prielaidas sėkmingai įgyvendinti Programą. 3. Programą rengė ir ją įgyvendinant dalyvaus įvairūs specialistai (SPĮ, SAM ir jai pavaldžių institucijų, universitetų, SP specialistų organizacijų, pacientų organizacijų, kt. institucijų atstovai), turintys įdirbį kokybės vadybos srityje. 4. Įdirbį kokybės užtikrinimo sveikatos priežiūros srityje turinčių institucijų: VASPVT, VMAI, VLK, TLK, VVKT, FD ir kt. patirtis šioje srityje, jų narystė tarptautinėse organizacijose, bendradarbiavimas su tarptautiniais partneriais. 5. Programos strateginio tikslo ir Programos tikslų tęstinumas programos laikotarpiu sudarys programos staburą ir užtikrins jos stabilumą. 6. Programoje numatytas Programos tarpinis peržiūrėjimas ir Programos vidutinio ir trumpo laikotarpio uždavinių ir priemonių koregavimas sudarys galimybę papildyti Programą efektyvesnėmis priemonėmis ir atsisakyti mažiau efektyvių, t. y. Programa bus dinamiška, sudarytos galimybės lanksčiai reaguoti į aplinkos pokyčius, sunkiai nuspėjamus programos rengimo metu. 7. Bendradarbiavimas su 9 sveikatos priežiūros sistemos įstaigomis, įdiegusiomis ISO 9001:2001 standartą, padės skleisti gerą praktiką ir išvengti klaidų. 8. Lietuvoje parengti aukštos kvalifikacijos sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistai, gebantys naudotis šiuolaikinėmis informacinėmis ir sveikatos priežiūros technologijomis bei imlūs naujovėms.	1. Administracinių gebėjimų ir išteklių trūkumas, dažna žmonių išteklių kaita sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo srityje dirbančiose institucijose gali nepalankiai paveikti programos įgyvendinimą. 2. Trūkumas specialistų, įgijusių išsimokslinimą kokybės vadybos srityje, galinčių profesionaliai užtikrinti Programos priemonių efektyvų įgyvendinimą; 3. Trumpas laiko tarpas, skirtas Programai parengti, ir ypač galimybės Programos projektą pateikti pagrįstam laikui plačiai visuomenės ir sveikatos priežiūros specialistų diskusijai (pastaboms, pasiūlymams) gali sąlygoti programos įgyvendinimo sunkumus. 4. Nepakankamai koordinuojama sveikatos priežiūros technologijų vertinime dalyvaujančių institucijų (VASPVT, VMAI, VLK, VU, KMU, Sveikatos priežiūros nepriklausomos agentūros ir kt.) veikla; dubliuojasi šių institucijų funkcijos kokybės užtikrinimo srityje, bendravimo ir tarpinstitucinio bendradarbiavimo stoka. 5. Nepakankamas tarpžinybinis bendradarbiavimo lygis neužtikrina mokslo ir praktikos pasiekimų sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo srityje diegimo SPĮ. 6. Nepakankami ištekliai sveikatos priežiūros kokybės koordinavimo veiklai užtikrinti. 7. Nepakankamas pacientų organizacijų, bendruomenių aktyvumas, sprendžiant SP kokybės klausimus. 8. Nepakankamai konstruktyvus dialogas tarp SP paslaugų teikėjų ir jų gavėjų. Nepakankami teisiniai, ekonominiai bei kiti SP vadybininkų ir specialistų motyvaciją užtikrinti kokybišką SP didinantys svertai, skatinantys SPĮ diegti kokybės sistemas.
Galimybės	Grėsmės (Pavojai)
1. Esama LR teisinė sistema sudaro teises prielaidas sveikatos paslaugų kokybei ir saugumui užtikrinti SP sektoriuje. Įgyvendinamos ES kokybės skatinimo politikos, PSO programinių dokumentų „Sveikata 20“ ir „Sveikata 21“, Liublijanos chartijos, LRV 2000-2004 m. programos, Nacionalinės sveikatos koncepcijos, Lietuvos sveikatos programos, Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos, Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos, Nacionalinės kokybės programos, Pirminės sveikatos priežiūros plėtros programos, Nacionalinės vaistų politikos ir eilės kitų Europos Sąjungos ir Lietuvos strateginių ir programinių dokumentų nuostatos sudaro geras sąlygas tolesnei SP kokybės užtikrinimo veiklos plėtrai. 2. Sveikatos priežiūros restruktūrizavimas ir valdymo sistemos efektyvinimas skatins sveikatos priežiūros	1. Nėra suformuota Nacionalinės sveikatos priežiūros kokybės politika ir strategija. 2. Gyventojų sveikata, sveikatos priežiūros kokybė ir sauga nėra tapusi ilgalaikiu valstybės interesu ir prioritetine investicijų sritimi, taip pat nėra strategiškai planuojama, koordinuojama, organizuojama ir vykdoma veikla sveikatos priežiūros kokybei ir saugai užtikrinti. 3. Nebus įsteigta Sveikatos priežiūros kokybės ir saugos institucija, nebus užtikrintas jos veiklos finansavimas. 4. Nepakankamas SP finansavimas gali silpninti SPĮ gebėjimą tenkinti augančius gyventojų poreikius sveikatos paslaugų kokybei ir saugumui; gali neigiamai paveikti SP kokybės struktūros, procesų, o

optimizavimą, prisidės prie Programos priemonių efektyvaus įgyvendinimo. 3. Galimybė gauti ir efektyviai panaudoti ES struktūrinių fondų paramą SP kokybės problemoms spręsti. 4. Tarptautinio bendradarbiavimo sveikatos srityje vystymas Lietuvai įstojus į ES, didesnės dalyvavimo tarptautiniuose projektuose, ekspertų ir konsultantų pagalbos ir patirties perėmimo galimybės. 5. Investicinių sąlygų ir galimybių didėjimas, stiprėjant ekonominei situacijai Lietuvoje, augant BVP. 6. Efektyvesnio bendradarbiavimo su pacientų visuomeninėmis organizacijomis, specialistų draugijomis, ministerijos specialistais konsultantais, universitetais ir kitomis mokslo įstaigomis galimybės. 7. Informacinių technologijų plėtros sveikatos sistemoje perspektyvos įgyvendinant e- sveikatos strategiją, vykdant Lietuvos sveikatos projektą ir Informacinės sveikatos sistemos plėtros programą. 8. Didėjantis pacientų, visuomenės informuotumas apie teikiamas SP paslaugas, stiprėjantis dialogas tarp SP paslaugų teikėjų ir gavėjų, aktyvesnis pastarųjų dalyvavimas sprendžiant SP kokybės ir saugos klausimus. 9. Galimybė keisti ir formuoti šiuolaikišką visuomenės ir SP specialistų požiūrį į nepageidaujamų įvykių SP prevenciją ir valdymą. 10. Gerėjanti SP dirbančiųjų darbo aplinka, skatinanti ir gerinanti SP saugą ir kokybę. 11. Didėjantys SP specialistų ir vadovų administraciniai gebėjimai kokybės vadybos srityje.	taip pat ir rezultatų komponentus. 5. Neadekvatus Programos finansavimas gali komplikuoti sisteminį programos priemonių plano įgyvendinimą. 6. Lėtas „kokybės kultūros“ ir „nuolat besimokančios organizacijos“ klimato ir kultūros, skatinančios nuolatinį SPK gerinimą, formavimasis SPI. 7. Nepakankama SPI vadovų, vadybininkų ir SP specialistų kompetencija (žinios ir įgūdžiai) SPK klausimais bei žema motyvacija dalyvauti SPK gerinimo „popierinėje“ veikloje. 8. Trūks kvalifikuotų sveikatos priežiūros organizatorių, kokybės vadybos specialistų, pasirengusių vykdyti pokyčius SP rinkos ekonomikos sąlygomis. 9. Išorinio kokybės vertinimo institucijų gausa – VMAI, VASPV, VVKT, LBK, VLK, TLK, jų dubliuojama veikla SP kokybės vertinimo ir užtikrinimo srityje, mažas bendravimas ir bendradarbiavimas šioje srityje.
---	--

Pakeitimai:

1.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-855](#), 2005-11-08, Žin., 2005, Nr. 134-4828 (2005-11-12), i. k. 1052250ISAK000V-855

Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymu Nr. V-642 "Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo", pakeitimo