



**Bendrai finansuoja
Europos Sąjunga**

PATVIRTINTA

Kretingos sveikatos centro veiklą
koordinuojančios įstaigos
direktorės įsakymu
2026-04-29 Nr. V-42

KRETINGOS SVEIKATOS CENTRO STEBĖSENOS TVARKOS APRAŠAS

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Šiuo aprašu nustatoma „Žaliojo koridoriaus“ veikimo stebėsenos tvarka, rodikliai, atsakomybės bei ataskaitų teikimo principai Kretingos rajono savivaldybės sveikatos centre (toliau – SSC) ir jo partnerinėse įstaigose.

2. Stebėsenos tikslas – užtikrinti, kad „Žaliojo koridoriaus“ modelis veiktų efektyviai, skaidriai ir pacientui palankiai, nuolat vertinant jo rezultatus ir diegiant tobulinimus.

II. STEBĖSENOS TIKSLAI

3. Vertinti, ar pacientai paslaugas gauna laiku ir pagal nustatytus kriterijus.
4. Nustatyti silpnąsias „Žaliojo koridoriaus“ proceso vietas ir teikti siūlymus jų tobulinimui.
5. Užtikrinti kokybišką pirminio ir antrinio lygio sąveiką.
6. Didinti pacientų pasitenkinimą paslaugomis.

III. ATSAKOMYBĖS

7. Atvejo vadybininkas – renka duomenis apie pacientų srautą, konsultacijų ir tyrimų atlikimo laiką.
8. Gydytojai specialistai – pateikia informaciją apie konsultacijų atlikimą bei trukdžius.
9. SSC administracija – apibendrina duomenis, rengia pusmetines ataskaitas.
10. Stebėsenos grupė (sudaryta Kretingos rajono SSC direktorės įsakymu) – analizuoja rezultatus, teikia siūlymus dėl tobulinimo.

IV. STEBĖSENOS RODIKLIAI

11. Laiko rodikliai:
 - 11.1. Vidutinis paciento patekimo į „Žaliojo koridorių“ laikas (nuo šeimos gydytojo sprendimo iki konsultacijos/tyrimų).
12. Paslaugų suteikimo rodikliai:
 - 12.1. Konsultacijų skaičius per mėnesį.
 - 12.2. Tyrimų atlikimo per vieną vizitą dalis (%).
 - 12.3. Atvejų, kai paciento kelias buvo nukreiptas pagal „Žaliojo koridorių“, dalis nuo bendro siuntimų skaičiaus.
13. Pacientų pasitenkinimas:
 - 13.1. Anketinė apklausa (kartą per metus).

13.2. Pacientų nusiskundimų skaičius.

14. Kokybės rodikliai:

14.1. Atvejų, kai paslaugos nebuvo suteiktos per nustatytą terminą, skaičius.

V. STEBĖSENOS PROCESAS

15. Duomenys renkami nuolat, apibendrinami – kas pusmetį.

16. Kiekvieną pusmetį SSC administracija rengia suvestinę ataskaitą, kuri aptariama su visomis partnerinėmis ASPĮ.

17. Kartą per metus – atliekama išsami analizė, lyginant rezultatus su praėjusiais metais, identifikuojant ilgalaikes tendencijas.

18. Jei nustatoma, kad rodikliai neatitinka tikslų, sudaromas korekcinų veiksmų planas.

VI. VIEŠINIMAS

19. Esminiai stebėsenos rezultatai pateikiami SSC interneto svetainėje ir gyventojų informavimo priemonėse.

20. Partnerinės įstaigos gauna pilną ataskaitą.

21. Pacientai supažindinami su pagrindiniais rodikliais (pvz., vidutiniu laukimo laiku) viešai prieinamose vietose.

VII. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

22. Tvarka įsigalioja nuo dokumento pasirašymo dienos.

23. Stebėsenos aprašas gali būti tobulinamas atsižvelgiant į gerąją praktiką ir susiformavusią patirtį.

ŽALIOJO KORIDORIAUS STEBĖSENOS RODIKLIAI

Eil. Nr.	Rodiklis	Matavimo vienetas	Duomenų šaltinis	Pasiekimo tikslas	Atsakingas asmuo / padalinys
1	Vidutinis paciento patekimo į ŽK laikas (nuo šeimos gydytojo sprendimo iki pirmos konsultacijos/tyrimų)	Dienos	Registracijos sistema, atvejo vadybininko žurnalas	≤ 7 d.	Atvejo vadybininkas
2	Pacientų, nukreiptų per ŽK, dalis nuo bendro siuntimų skaičiaus	%	E-sveikata, SSC duomenys	≥ % 20 proc.	Atvejo vadybininkas / IT skyrius
3	Konsultacijų skaičius, suteiktų pagal ŽK per mėnesį	Skaičius	Registracijos sistema	Dinaminis stebėjimas (augimo tendencija)	Administracija / Atvejo vadybininkas
4	2 ir daugiau tyrimų atliktų per vieną vizitą	%	Specialistų ataskaitos	≥ 85 %	Specialistai / Atvejo vadybininkas
5	Atvejų, kai konsultacija neįvyko per nustatytą terminą	Skaičius	Atvejo vadybininko registras	0	Atvejo vadybininkas
6	Pacientų pasitenkinimo lygis (apklausos balas)	Vidutinis balas (1–5)	Anketinė apklausa	≥ 4,0	Administracija / Atvejo vadybininkas
7	Pacientų nusiskundimų dėl registracijos/aparnavimo skaičius	Skaičius	Skundų registras	≤ 5 per ketvirtį	Administracija / Atvejo vadybininkas
8	Partnerinių įstaigų dalyvavimo susitikimuose dalis	%	SSC protokolai	≥ 95 %	Administracija / Koordinuojančioji įstaiga

KONTROLĖS DAŽNIS

Eil. Nr.	Rodiklis	
1	Vidutinis paciento patekimo į ŽK laikas (nuo šeimos gydytojo sprendimo iki pirmos konsultacijos/tyrimų)	Pusmetinė ataskaita; peržiūra kas pusmetį
2	Pacientų, nukreiptų per ŽK, dalis nuo bendro siuntimų skaičiaus	Pusmetinė ataskaita
3	Konsultacijų skaičius, suteiktų pagal ŽK per mėnesį	Pusmetinė ataskaita
4	Tyrimų atlikimas per vieną vizitą	Pusmetinė ataskaita
5	Atvejų, kai konsultacija neįvyko per nustatytą terminą	Mėnesinė ataskaita; neatidėliotina korekcija
6	Pacientų pasitenkinimo lygis (apklausos balas)	Metinė apklausa; metinė analizė
7	Pacientų nusiskundimų dėl registracijos/aparnavimo skaičius	Pusmetinė ataskaita; metinė analizė
8	Partnerinių įstaigų dalyvavimo susitikimuose dalis	Pusmetinė ataskaita; metinė analizė