

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
STRATEGINIO VALDYMO IR POLITIKOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ KATEDRA

AUDRONĖ ČIBIRIENĖ

(VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO PROGRAMA
SVEIKATOS APSAUGOS ĮSTAIGŲ ADMINISTRAVIMAS)

LIGONINĖS ATEITIES POLITIKOS VAIDMUO

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovė:
Doc.dr. Danguolė Jankauskienė

Vilnius
2008 m.

TURINYS

ĮVADAS	3
1. LIGONINĖS (STACIONARO) POLITIKOS SAMPRATA IR PRIELAIDOS, ĮTAKOJANČIOS ATEITIES POLITIKOS FORMAVIMĄ	
1.1. Ligoninės (stacionaro) samprata	5
1.2. Trumpa ligoninių vystymosi istorinė apžvalga	10
1.3. Pagrindinės stacionaro veiklą apibūdinančios sąvokos	11
1.4. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė	12
2. STACIONARINĖS PAGALBOS POLITIKA EUROPOS SĄJUNGOJE	
2.1. Stacionarinės pagalbos rodiklių dinamika Europos Sąjungoje	18
2.2. Stacionarų pokyčius įtakojantys veiksniai	21
2.3. Nauji iššūkiai	28
3. STACIONARŲ POLITIKA LIETUVOJE IR JOS ATITIKIMAS STACIONARINEI PAGALBAI EUROPOS SĄJUNGOJE	
3.1. Lietuvos stacionarų politikos teisiniai pagrindai	29
3.2. Lietuvos stacionarų statistiniai veiklos rodikliai	32
3.3. Paslaugų kokybės gerinimo tendencijos Lietuvoje	34
4. SIŪLOMAS LIETUVOS LIGONINIŲ TEIKIAMŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS VERTINIMO MODELIS	
4.1. Kai kurių užsienio šalių ligoninių paslaugų kokybės vertinimo modeliai	36
4.2. Ligoninių vertinimo iniciatyvos Lietuvoje	41
4.3. modelio sudarymo principai	42
4.4. Rodiklių atranka	43
4.5. Informacijos šaltiniai	46
4.6. Rodiklių vertinimas	56
4.7. Modelio įgyvendinimas	57
4.8. Modelio apribojimai	57
4.9. Modelio tobulinimas	61
IŠVADOS IR PASIŪLYMAI	62
PRIEDAI	63
LITERATŪROS SĄRAŠAS	79
SUTRUMPINIMAI	84
SANTRAUKA	85
SUMMARY	86

LIGONINĖS ATEITIES POLITIKOS VAIDMUO

IVADAS

Sveikata yra visapusė fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligų ar negalavimų nebuvimas - taip skamba visiems gerai pažįstamas Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) konstitucijos preambulėje suformuluotas sveikatos apibrėžimas [1].

Kiekvienas pilietis nori būti sveiku ir apie susirgimus negalvoja. Tačiau nepaisant to, tikriausiai nerastume žmogaus, kuris nebūtų susidūręs su savo paties ar savo artimųjų, draugų, pažįstamų ligomis ar negalavimais. Net ir nežinodamas tarptautiniu mastu priimto apibrėžimo, kiekvienas turi savo supratimą apie sveikatą, taip pat kaip ir vienokią ar kitokią bendravimo su medicinos darbuotojais bei lankymosi sveikatos priežiūros įstaigose patirtį.

Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos užtikrinimui, kaip bet kurioje kitoje srityje, reikalingos tiek politinės, teisinės, tiek ekonominės, socialinės sąlygos. Tačiau sveikatos priežiūros įstaigų, tiek stacionariųjų, tiek ambulatorinių ir kt., politikos formavimo bei įgyvendinimo procesai viešajame sektoriuje turi ir specifinių bruožų. Vykstanti sveikatos reforma yra vienas iš faktorių, įtakojančių ir lemiančių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo planavimo, organizavimo, įgyvendinimo optimalių sprendimų ieškojimo klausimus.

Sveikatos priežiūros įstaigų politikos ir strategijos formavimas tapo labiau aktualūs šiuo laikotarpiu. Sveikatos priežiūros įstaigos, tapusios viešosiomis įstaigomis, įgijo daugiau teisių, sprendžiant įstaigos gyvavimo, perspektyvų numatymo klausimus. Pacientų augantys poreikiai, medikų reikalavimai ir lūkesčiai kelia naujus iššūkius vadybininkams. Be to, stacionaro veiklos planavimas neįmanomas be visuomenėje vykstančių pokyčių įvertinimo, be stacionaro vystymosi tendencijų numatymo.

Ligoninės (stacionarai) yra viena svarbiausių sveikatos sistemos grandžių,

a) ligoninės yra labai reikšminga sveikatos sistemos dalis, nes čia suteikiama aukščiausios kokybės ir didžiausio sudėtingumo bei brangiausiai kainuojanti pagalba;

b) jose vyksta pokyčiai dėl mokslo atradimų – jų įtaka keičiasi.

Pasirinkto magistrinio darbo **tema** yra aktuali, nes nūdienos keliami reikalavimai vis geresnei paslaugų kokybei, veikla konkurencijos sąlygomis, didėjant globalizacijos procesams, verčia ieškoti optimaliausių sprendimų, verčia siekti kuo efektyvesnės veiklos rezultatų. Tai neįmanoma be pačių įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo.

„Vartotojų sveikatos indekso“ 2008 m. vertinime Lietuva yra 24 vietoje iš 31. Vertinimo apibendrinime Lietuva apibūdinama kaip šalis, padariusi pažangą, ypač pacientų teisių ir informavimo srityje, tačiau kuriai dar daug reikia padirbėti, gerinant rezultatų rodiklius. Lietuvos Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programoje konstatuota, kad Lietuvoje nėra patvirtintų kokybės rodiklių. Todėl juos būtina sukurti. Šis darbas pasitarnautų šiam nacionaliniu mastu keliamam tikslui.

Šio darbo **dalykas** yra stacionaro politika ir ateities vaidmuo.

Šio darbo **objektas** yra stacionaro politikos ir stacionaro ateities vaidmens įvertinimas.

Darbo tikslas

Išnagrinėti ligoninės politikos problemas ir stacionarinės veiklos politikos problemas ir įvertinti veiklos efektyvumą, pasiūlant Lietuvos ligoninių teikiamų paslaugų kokybės vertinimo modelį.

Uždaviniai:

1. Aptarti ligoninės politikos sampratą paslaugų kokybės prasme ir prielaidas, įtakančias ateities ligoninės politikos formavimą.
2. Apžvelgti stacionarinės pagalbos politiką Europos Sąjungoje.
3. Apžvelgti ligoninės politiką Lietuvoje ir jos atitikimą stacionarinei pagalbai Europos Sąjungoje.
4. Sukurti ir pasiūlyti Lietuvos ligoninių teikiamų paslaugų kokybės vertinimo modelį.

Hipotezė

Ligoninės politikos prastą efektyvumą įtakoja kokybės vertinimo modelio nebuvimas.

Metodai:

Darbe naudojami lyginamosios analizės, istorinis, sisteminės analizės, stebėjimo dalyvaujant bei sugretinimo (benchmarking) metodai.

1. LIGONINĖS (STACIONARO) POLITIKOS SAMPRATA IR PRIELAIDOS, ĮTAKOJANČIOS ATEITIES POLITIKOS FORMAVIMĄ

Stacionaro politikos samprata ir prielaidos, įtakojančios ateities politikos formavimą aptartos užsienio ir Lietuvos literatūros bei teisės aktų analizės pagrindu.

1.1.LIGONINĖS (STACIONARO) SAMPRATA

Bendraja prasme, pati sąvoka „ligoninė“ nieko nestebina ir atrodo visiems suprantama.

Ligoninė – tai stacionarinio gydymo įstaiga, jos patalpos [23, p.367].

Stacionaras – tai įstaiga ar jos dalis, veikianti nuolatinėje vietoje [23, p.730].

Esama ir kitų apibrėžimų.

Štai pavyzdžiui apie ligoninę yra pasakyta taip – tai yra institucija, kuri suteikia lovą, maistą, nuolatinę slaugą pacientams, kol jie yra gydomi ir prižiūrimi gydytojo. Vykdamt šią pareigą tikimasi sugrąžinti pacientui sveikatą (Miller 1997) [50].

Nors tai ir nusako ligoninės esmę, tačiau nepakankamai apibrėžia ligoninės struktūrą, kur gali būti tik 10 lovų įstaiga be tekančio vandens šaltinio kurioje nors kaimo vietovėje ar didelis modernus centras su naujausia šiuolaikine technika išsivysčiusios šalies didmiestyje.

Kalbant apie stacionarą reiktų apibrėžti ir jo tipą, struktūrą, išdėstymą, teikiamų paslaugų nomenklatūrą.

Socialinių terminų žodyne pateikiamas stacionarios pagalbos apibūdinimas: stacionari pagalba – tai priežiūra, teikiama tam skirtose įstaigose, pavyzdžiui, ligoninėse, slaugos namuose ir pan. [36].

Iš esmės panašiai ligoninės ir stacionaro sąvokos buvo traktuojamos ir iki Lietuvos nepriklausomybės atgavimo:

Stacionaras [lot. stationarius – pastovus]: 1. Gydymo, mokymo ar kt. įstaigos dalis, atliekanti savo funkcijas pastoviai toje pačioje vietoje [33, p.364],

Ligoninė – stacionarinio ligonių gydymo ir tyrimo įstaiga [32, p.21].

Ligoninės žinomos nuo seno. Kito jų paskirtis, dydis, galimybės, tačiau visada ir visur ligoninėse buvo teikiama pagalba sergančiajam (trumpai ligoninių raidos istorija bus apžvelgta toliau).

Pastaruojų metu terminą „ligoninė“ dažniau pakeičia vartojamas terminas „stacionaras“, kuris dabar vartojamas Lietuvos sveikatos priežiūros veiklą reglamentuojančiuose teisiniuose dokumentuose.

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo [3] 3 straipsnyje nurodoma, kad „asmens sveikatos priežiūros įstaigos **pagal paslaugų teikimo laiką ir vietą** yra: 1) ambulatorinės; 2) stacionarinės; 3) mišrios“.

Tikslesnių, daugiau detalių nurodančių apibrėžimų nepateikiama.

Galima teigti, kad „stacionaras“ iš esmės atitinka „ligoninės“ reikšmę, vartotinas kaip sinonimas. Tačiau, nesant konkretaus paslaugų teikimo vietos ir laiko apibūdinimo, kalbant apie stacionarines paslaugas, jų struktūrą, iškyla neaiškumų. Šios sąvokos tikslumas ypač svarbus, kai kalbama apie stacionariųjų paslaugų apmokėjimo ypatumus, kai vertinamos teiktų stacionariųjų paslaugų apimtys ir kiti veiklos bei kokybės rodikliai.

Taigi, stacionarinę sveikatos įstaigą galime apibūdinti paslaugų teikimo laiko ir vietos sąvokomis. Stacionaro vietos apibūdinimas yra suformuluotas, neaiškumų ar diskusijų dėl to neiškyla. Tačiau paslaugų teikimo laiko ar trukmės reglamentavime tokio aiškumo stinga, susiduriama su kai kuriais prieštaravimais.

Lietuvos Respublikos sveikatos ministro įsakymu [13, 9 p.] yra patvirtinta, į kokias paslaugas **neatsižvelgiama**, apskaičiuojant numatomų suteikti stacionariųjų paslaugų kieki, o būtent:

- suteiktų stacionaro sąlygomis priėmimo-skubiosios pagalbos,
- dienos stacionaro,
- dienos chirurgijos (taip pat suteiktų paros stacionaro sąlygomis),
- stebėjimo,
- trumpalaikio gydymo,
- medicininės reabilitacijos, sveikatos grąžinamojo bei antirecidyvinių gydymo,
- slaugos ir palaikomojo gydymo,
- Žmogaus organų ir audinių transplantacijos programos,
- sustiprinto režimo psichiatrijos paslaugos bei
- asmenų, slaugančių vaikus, skaičių.
- Taip pat neatsižvelgiama į reanimacijos paslaugas, suteiktas kartu su pirmiau išvardintomis paslaugomis, išskyrus letalinės baigties atvejus.

Suprantama, kad toks paslaugų skirstymas yra viena iš priemonių, siekiant subalansuoti sveikatos sistemai skiriamas lėšas bei įgyvendinti numatytus strateginius tikslus.

Šiame įsakyme [13] kai kurioms iš išvardintų paslaugų yra nustatyta ir paslaugos teikimo trukmė, o būtent:

Trumpalaikio gydymo – tai paslaugos, kurių teikimo trukmė iki 72 val.;

Stebėjimo – tai paslaugos, kurių teikimo trukmė nuo 4 iki 24 val.

Dienos stacionaro paslaugos – šių paslaugų teikimo tvarka ir trukmė reglamentuota ankstesniuose SAM dokumentuose, pagal kuriuos teikiant dienos stacionaro paslaugas paciento priežiūra užtikrinama iki 24 valandų [8].

Teikiamų paslaugų suskirstymas pagal paslaugų teikimo laiką ir vietą parodytas – 1 lentelėje.

1 lentelė. Teikiamų paslaugų suskirstymas pagal paslaugų teikimo laiką ir vietą

Paslaugos rūšis	Paslaugos teikimo vieta	Paslaugos teikimo laikas (trukmė)	Paslaugos priskyrimas stacionarinėms paslaugoms
Dienos stacionaro paslaugos	stacionaras	Iki 24 val.	nepriskiriama
Stebėjimo paslaugos	stacionaras	nuo 4 iki 24 val.	nepriskiriama
Trumpalaikio gydymo paslaugos	stacionaras	Nuo ?* iki 72 val.	nepriskiriama
Stacionarinės paslaugos	stacionaras	?*	priskiriama

?* - nėra reglamentuota.

Iš aukščiau pateiktos lentelės matome, kad nors visų čia vardijamų paslaugų teikimo vieta – stacionaras, dauguma jų stacionarinėms paslaugoms nepriskiriamos.

Lemiamu paslaugų priskyrimo stacionarinėms paslaugoms faktoriumi tampa paslaugos teikimo laikas.

Ribos tarp ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų nubrėžimas įvairiose šalyse nėra vienodas. Apie tai pasisakoma ir Europos Sąjungos dokumentuose.

Europos Parlamento Vidaus rinkos ir vartotojų apsaugos komiteto Pranešime nariams [40] teigiama, kad paslaugų tikslesnio apibūdinimo būtinybė iškyla dėl besiplečiančio laisvo pacientų judėjimo, kai vienoje šalyje draustam piliečiui sveikatos paslaugos gali būti teikiamos kitoje šalyje. Išaiškėja nuomonių skirtumai, apibūdinant stacionarines paslaugas. Svarbus stacionarinių paslaugų atskyrimo kriterijus yra tas, kad stacionarinis gydymas yra ne todėl, kad jis teikiamas ligoninėje, bet todėl, kad jis kitokioje aplinkoje negali būti teikiamas. Aiškiausias šį principą įvertinantis kriterijus yra tai, kad atitinkama sveikatos priežiūra reikalauja suteikti nakvynę. Kai kurios valstybės narės šiuo apibrėžimu abejoja. Joms atrodo, kad nakvynės

suteikimo poreikis nėra vienintelė priežastis, dėl kurios tam tikros medicininio gydymo rūšys išskirtinai taikomos ligoninėse. Manytume, kad ne mažiau svarbu turėtų būti ir taikomo paties gydymo sudėtingumo laipsnis.

Kartu su valstybėmis narėmis klausimas yra derinamas ir ieškoma tikslesnio apibrėžimo.

Didesni kaštai stacionarinėms paslaugoms, lyginant su ambulatorinėmis, susidaro dėl sudėtingų technologijų taikymo bei teikiamų „viešbučio“ paslaugų. Vien nakvynės pacientui suteikimo ar buvimo sveikatos paslaugas teikiančioje įstaigoje daugiau 24 val. kriterijus nėra pakankamas stacionariųjų paslaugų apibūdinimui, nes vadovaujantis vien šiuo kriterijumi išaugtų nepagrįsto naudojimosi ligoninės resursais galimybė, nepagrįstai teikiant paslaugas stacionare, neišnaudojus pirminės (ambulatorinės) grandies galimybių. Būtina atsižvelgti ir į teikiamų paslaugų sudėtingumo laipsnio, naujų technologinių panaudojimo kriterijus.

Tikėtina, kad visus šiuos ginčus išspręs Europos Parlamento ir Tarybos direktyva dėl pacientų teisių į sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse įgyvendinimo (projektas, paskelbta 2008 m. liepos 2 d.).

Šio dokumento 8 straipsnyje (Stacionarioji sveikatos priežiūra ir specializuota sveikatos priežiūra) išlaidų kompensavimo požiūriu **stacionarioji sveikatos priežiūra apibrėžiama kaip:**

- sveikatos priežiūra, kai reikalingas paciento, kuriam, teikiama paslauga, pasilikimas įstaigoje bent vienai nakčiai
- sveikatos priežiūrą pagal specialųjį sąrašą, kai nėra reikalingas paciento pasilikimas bent vienai nakčiai; toks sąrašas apima:
 - o sveikatos priežiūros paslaugas, kai naudojama labai specializuota ir išlaidoms imli medicinos infrastruktūra ar medicinos įranga arba
 - o sveikatos priežiūros paslaugas, kai gydymas gali būti pavojingas pacientui ar aplinkiniams

NB! Europos komisija įsipareigojo parengti tokių paslaugų sąrašą [41].

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais yra patvirtinti bendrieji ir specialieji reikalavimai įvairių profilių stacionariųjų paslaugų teikimui, reikalavimai specifinių stacionaro padalinių funkcionavimui.

Yra reglamentuota, kad visose stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose privalo būti priėmimo-skubiosios pagalbos skyrius, kuris dirba visą parą ir kuriame visą parą teikiama būtinoji medicinos pagalba [9].

Stacionaruose turi būti visa reikalinga struktūra ir resursai, kuriais būtų užtikrintas atitikimas bendriesiems ir specialiesiems paslaugų teikimo reikalavimams. Pavyzdžiui, bendruosiuose vidaus ligų stacionarinių antrinio lygio paslaugų teikimo reikalavimuose yra nuostata, kad visą parą turi būti teikiamos reanimacijos ir intensyvios terapijos paslaugos [11].

Apibendrinus išsakytus sąvokų „ligoninė“ ir „stacionaras“ interpretavimo variantus, atsižvelgiant į Lietuvos Respublikos bei Europos Sąjungos dokumentuose nurodomą sveikatos paslaugų teikimo reglamentavimą, siūlomas toks stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos **apibrėžimas**:

Stacionarinė asmens sveikatos priežiūros įstaiga – tai tokia asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikianti įstaiga, kuri pagal Lietuvos Respublikos įstatymais reglamentuotą įstaigų skirstymo pagal paslaugų teikimo laiką ir vietą principą, teikia stacionare asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurių teikimui yra būtina ligoninės struktūra bei šių paslaugų teikimo trukmė yra ne mažiau 24 valandų. Įstaiga privalo atitikti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintus bendruosius ir specialiuosius paslaugų teikimo reikalavimus bei reikalavimus atskiroms įstaigos struktūroms.

Slaugos ir ilgalaikio gydymo bei kito specializuoto ilgos trukmės gydymo (pvz., psichiatrijos, reabilitacijos, tuberkuliozės gydymo) reikalaujančio gydymo paslaugas tikslinga išskirti į atskiras specializuoto ir/ar ilgalaikio gydymo grupes.

Vertinant paslaugas tokiu būdu, Lietuvoje vadinamos trumpalaikio gydymo paslaugos (jų teikimo trukmė - iki 72 val.) būtų skaičiuojamos prie teikiamų stacionarinių paslaugų.

Proporcijų tarp įvairių paslaugų tipų sureguliuojimo viena iš prielaidų yra paslaugų kainodaros mechanizmo racionalaus taikymo galimybės.

APIBENDRINIMAS:

Lietuvos įstatymais yra reglamentuota, kad pagal paslaugų teikimo laiką ir vietą įstaigos yra skirstomos į ambulatorines, stacionarinę ir mišrias. Nuosekliai konkrečiau paslaugų teikimo laikas ir vieta nėra nurodyti.

Išanalizavus Lietuvos stacionarines paslaugas reglamentuojančių teisės aktų nuostatas bei atsižvelgiant į Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos „Dėl pacientų teisių į sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse įgyvendinimo“ projekte pateiktą stacionarios

sveikatos priežiūros apibrėžimą, daroma išvada, kad stacionariųjų paslaugų teikimo trukmė turi būti ne mažesnė kaip 24 valandos.

Tuo pagrindu pasiūlytas stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos apibrėžimas.

Šiuo metu Lietuvoje trumpalaikio gydymo paslaugų priskyrimas ambulatorinėms paslaugoms yra klaidingas.

1.2. TRUMPA LIGONINIŲ VYSTYMO SI ISTORINĖ APŽVALGA

Nuo seno ligoninių buvo įvairūs vaidmuo ir funkcijos:

- prieglaudos vargšams prie vienuolynų viduramžiais;
- paskutinė buveinė mirštantiesiems XVIII amžiuje;
- modernios sveikatos sistemos spinduliuojantys pavyzdžiai – XX amžiuje.

Ligoninės per šimtmečius vystėsi socialinių ir politinių pokyčių įtakoje, keičiantis ir medicinos žinioms ir galimybėms. Pagrindiniai ligoninių raidos etapai apibendrinti 4 lentelėje (1 priedas) [50].

Ūmių ligų gydymo lovų skaičius sumažėjęs, kai tuo tarpu priėmimų ligoninėse skaičius padidėjęs.

Pirmosios institucijos, kurias galima pavadinti ligoninėmis – tai VII amžiuje Bizantijoje šios paskirties institucijos (Miller 1997).

Iki XII amžiaus dauguma arabų miestų turėjo mažas ligonines, tuo tarpu didelė ligoninė buvo pastatyta Kaire 1283 metais (Porter 1997). XI a. žinomi Kryžiuočių ordino Kristaus namai sergantiems ir sužeistiesiems. Per keletą amžių – Šv. Jono Jeruzaliečio riteriai (dabar žinomi kaip Maltos ordino riteriai) ir Tamplierių riteriai statė ligonines Europoje (Porter 1997). Iki XII a. dauguma ligoninių buvo mažos ligoninės, kuriose retai kada buvo suteikiama medicininė pagalba. Šios ligoninės dažniau buvo kaip prieglaudos sergantiems vargšams ar sergančių infekcinėmis ligomis izoliavimo vieta (Granshaw 1993).

Viduramžiais Europoje dauguma ligoninių, kuriose buvo teikiama medicininė pagalba, priklausė vienuolynams. XIII a. buvo statoma daugiau ligoninių. XVI a. buvo teikiama vis daugiau medicininių paslaugų. Tačiau visuomenei ligoninės vis dar buvo vieta, kuri asocijavosi su epidemija ar beprotybe. Buvo sakoma, kad ligoninės – tai vieta numirti, o ne vieta gyventi (Browne 1643) arba tai buvo pagyvenusių vargšų prieglauda, kuriais nebuvo kam pasirūpinti. Tokiems žmonėms taikomas posakis „rūdyti ramybėje arba pūti ligoninėje“ (Southerne 1682).

XVIII a. vyravo ligoninės atskyrimo nuo bažnyčios tendencijos.

XIX a. padidėjo valstybės rūpinimasis sergančiais neturtingais žmonėmis, kurių vis daugėjo besivystančiuose miestuose. XIX a. pabaigai būdinga medicinos kaip profesijos vystymasis ir specializuotų ligoninių kūrimasis. Šiuo laikotarpiu buvo pradėtos išaiškinti infekcinių ligų priežastys, prasidėjo septikos ir antiseptikos era.

II-o pasaulinio karo metu spartų vystymąsi patyrė karo chirurgija, sukaupta patirtis kraujo perpylimų ir įvairių traumų gydymo srityse. Po antrojo pasaulinio karo dideli pasiekimai farmacijos srityje leido sulaukti gerų rezultatų kai kurių onkologinių ligų gydyme. XX a. antrojoje pusėje vystėsi transplantacija, mikrochirurgija, onkologija, išsiplėtė endoskopinių intervencijų taikymo galimybės. Kompiuterinės tomografijos ir magnetinio rezonanso tyrimai išplėtė diagnostines galimybes. Naujų technologijų panaudojimo dėka padidėjo mažai invazyvios chirurgijos panaudojimo galimybės, dėl ko XX a. paskutinį dešimtmetį sutrumpėjo buvimo stacionare laikas. Vystantis ligoninėms, jose vykstant mokymo procesui, ligoninės tapo moderniosios medicinos centrais.

Daugeliu aspektų ligoninių vystymąsi galime vertinti kaip sėkmingą reiškinį. Per pastaruosius keletą dešimtmečių būtent ligoninėse buvo pasiekta dauguma medicinos pasiekimų. Tačiau dėl dominavimo sveikatos sistemoje masto, ligoninės kiek mažiau įsitraukė į socialinių ir ekonominių problemų sprendimą. Šia prasme ligoninės tampa savotiškais savo sėkmės įkaitais.

1.3. PAGRINDINĖS STACIONARO VEIKLĄ APIBŪDINANČIOS SĄVOKOS

Pagrindinės sąvokos ir stacionaro veiklą apibūdinantys rodikliai yra:

- stacionarinės pagalbos apimtys (hospitalizacijos) rodiklis,
- lovos funkcionavimo rodiklis,
- vidutinė ligonio gulėjimo ligoninėje trukmė,
- lovos apyvartos rodiklis,
- stacionarinis mirštamumo, stacionarinis mirštamumo dėl tam tikros ligos (priežasties) ir kt. rodikliai [24].

Duomenis apie šiuos parametrus renka ir apskaičiavimus Lietuvoje atlieka Lietuvos sveikatos informavimo centras prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos.

Minėtų rodiklių apibrėžimai pateikiami 2 priede.

APIBENDRINIMAS:

Pagrindinės stacionaro veiklą apibūdinančios sąvokos yra vidutinė gulėjimo ligoninėje trukmė, stacionarinės pagalbos apimtys rodiklis, lovos funkcionavimo, lovos apyvartos rodikliai, stacionarinio letalumo (mirštamumo) rodikliai.

1.4. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖ

Kiekvienoje veikloje svarbu įvertinti, koku laipsniu pasiektas rezultatas atitinka numatytus tikslus. Ir ne vien tik tai. Besikeičiančiomis sąlygomis reikalinga nuolat vertinti, ar nustatyti tikslai atitinka besikeičiančias aplinkybes, laiku ir tinkamai juos koreguoti, norint, kad rezultatas atitiktų vartotojo, kuriam ir skiriama veikla, lūkesčius.

Pastaraisiais metais sveikatos sektoriuje vis plačiau nagrinėjamas pacientų vaidmens klausimas: pacientų teisės, jų dalyvavimas sprendimų priėmimo ir pačios ligoninės veiklos organizavime. Yra įvairių samprotavimų, kaip apibūdinti sveikatos paslaugų įstaigų veiklos kryptį, į ką labiausiai orientuotis. Dabar jau niekam nekelia nusistebėjimo tai, kad pagrindinis veikėjas sveikatos priežiūroje – tai pacientas, kuriam ir skiriama veikla. Iš to seka, kad veikla turėtų būti tokia, kad labiausiai patenkintas būtų pacientas. Kitaip kalbant, suprantama, kad pacientas tikisi gauti kokybišką paslaugą.

Tačiau svarbu įvertinti tai, kad kokybę ir kokybišką paslaugą sveikatinimo proceso dalyviai supranta skirtingai:

- **pacientai** – nori ir tikisi gauti kuo daugiau, kuo geresnių, brangesnių paslaugų per kuo trumpesnę laiką;
- **gydytojai** – nori ir tikisi dirbti su gera, naujausia aparatūra; turėti plačias pacientų ištyrimo ir gydymo paskyrimo galimybes, saugias darbo sąlygas, optimalų darbo krūvį ir gerą atlyginimą;
- **vadybininkas (administratoriai)** – nori ir tikisi efektyvios veiklos, galimybės optimaliai naudoti turimus resursus ir mažinti kaštus, gerų darbo rezultatų.

Minėti reikalavimai atrodo nesuderinami tarpusavyje ir sunkiai įgyvendinami. Todėl, norėdamos pasiekti kuo geresnio bendro rezultato, šios trys grupės turi tartis tarpusavyje ir rasti geriausius sprendimų kelius.

Atsakymui į klausimą, kas yra paslaugų kokybė, labiausia tiktų įvairiuose teisinės, mokslinės literatūros šaltiniuose randamos bei įvairių autorių išdėstytos teorijos.

Sveikatos priežiūros kokybė - laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę [16].

Taip sveikatos priežiūros kokybę yra apibūdinęs ir A. Donabedianas, kuris dar išskyrė, kad kokybę reikalinga vertinti iš paciento, profesionalo, vadybos pozicijų, o veiklos vertinime svarbu – struktūra, procesas, rezultatas.

Kokybės rodiklis – kiekybiškai įvertinamas sveikatos priežiūros proceso ar rezultato matas.

Kokybės užtikrinimas – visi veiksmai, kuriais siekiama sukurti, saugoti, skatinti ir gerinti sveikatos priežiūros kokybę.

Kokybės vertinimas – nustatymas, kaip teikiama sveikatos priežiūra atitinka nustatytus dabartinius reikalavimus, taip pat kaip tenkina paciento poreikius [16].

Tačiau kokybė – tai tas procesas, kurį apibūdinti yra sudėtinga. Tai matyti ir iš pateikto apibrėžimo. Ne veltui apie kokybę sakoma, kad ji yra nepastebima, kai ji yra gera ir negali būti nepastebėta, kai bloga.

Egzistuoja daug įvairių kokybės apibrėžimų

- **Kokybė yra atitikimo laipsnis tarp laukiamo ir gaunamo.**
- **Kokybė nėra amžina - ji keičiasi kintant aplinkai, socialinėms ekonominėms sąlygoms, žmonių poreikiams.**
- **Kokybė** – esamų ir būsimų vartotojų poreikių patenkinimas (W. E. Deming).
- **Kokybė** – produktų ir paslaugų marketingo, dizaino, gamybos ir priežiūros charakteristikų visuma, kuri naudojimo metu padės patenkinti vartotojo lūkesčius (A. Feigenbaum).
- **Kokybė** – tai atitikimas reikalavimams (F. Crosby).
- **Kokybė** – atitikimas paskirčiai ar tinkamumas naudoti (J. M. Juran).
- **Kokybė** – produkto ar paslaugos savybių ir charakteristikų visuma, įgalinanti patenkinti išreikštus ar numanomus poreikius (Tarptautinis kokybės vadybos standartas ISO 8402:1994).
- **Kokybė** – turimų charakteristikų visumos atitiktis reikalavimams laipsnis (Tarptautinis kokybės vadybos standartas ISO 9000: 2000).

Ne mažiau sudėtinga yra apibūdinti ir tokio sunkiai nusakomo reiškinio pasiekimo laipsnį, t.y. vertinti rezultata. Yra žinomos įvairios kokybės matavimo metodikos:

- Subalansuota rezultatų lentelė (Balanced score card) – subalansuotų rodiklių sistema;
- Procesų kontrolės schema;
- Palyginimas (sugretinimas) (Benchmarking);
- 6 sigma;
- Proceso schemas;
- Priežasties – pasekmės vertinimas („Žuvies kaulo schema”);
- Pareto diagrama;
- Shewarto ciklas;
- Pacientų, personalo, administratorių sociologiniai tyrimai (kiekybiniai ar kokybiniai).

Paminėtos kokybės matavimo metodikos ne visos vienodai aktyviai taikomos sveikatos priežiūros įstaigose. Pastarąjį dešimtmetį vienas naujesnių metodų – tai subalansuotų rodiklių sistema. Ši sistema pripažinta unikalia sistema, leidžiančia integruoti veiklos finansinius ir nefinansinius rodiklius efektyvumui ir kokybei užtikrinti. Šioje sistemoje rodikliai sugrupuoti į 4 svarbiausias grupes-perspektyvas: finansai (ką reikia daryti, kad būtų patenkinti investuotojai), klientai ką reikia daryti, kad klientai būtų patenkinti įmonės veikla), vidiniai procesai (ką reikia daryti, kad įmonės procesai būtų efektyvūs, patenkintų klientų ir akcininkų interesus), įmonės potencialo perspektyvos (ką reikia daryti, kad būtų gerai parengti ir motyvuoti darbuotojai, koku būdu užtikrinama organizacijos galimybė greitai keistis, tobulėti, koks yra įmonės informacinių technologijų potencialas).

Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose subalansuotų rodiklių sistema jau pradėta diegti, jau yra įstaigų, sėkmingai dirbančių pagal naujus reikalavimus. Nors Lietuvoje šis metodas dar nėra plačiai taikoma, tikėtina, kad ateityje jis įgis vis didesnę pripažinimą.

Šio darbo tikslas nėra kokybės metodikų nagrinėjimas, todėl visų metodikų aptarti neplanuojama.

Ypatingas postūmis sveikatos sektoriuje paslaugų teikimą labiau orientuoti į pacientą, buvo kokybės vadybos sistemų (KVS) diegimas. Lietuvoje KVS sveikatos priežiūros įstaigose pradėta diegti 1998 m., kai Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu [7; 19] buvo patvirtinti pagrindiniai KVS diegimo reikalavimai. Lietuvoje šis procesas sveikatos sektoriuje vis labiau vystosi, jau yra sukaupta nemaža patirtis. Sveikatos priežiūros įstaigose

taikomos įvairios kokybės vadybos sistemos. Yra įstaigų, įdiegiančių ir visuotinės kokybės vadybos principus.

Sveikatos priežiūros įstaigose neapsiribojama kokybės vadybos sistemų diegimu, bet jau yra nemažai įstaigų, kuriose KVS įdiegimas pripažintas tarptautiniais sertifikatais. 2008 m. nurodomos 34 tokios sveikatos priežiūros įstaigos Lietuvoje (3 priedas) [29].

Sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimas turi privalumų, o būtent: suvienodina pacientų, ligoninės dokumentaciją; skatina naujoves, inovacijas, konkurenciją; padidina pacientams teikiamų paslaugų saugumą; įstaigą pakelia į tarptautinį lygmenį (Kokybės programa turi būti tarptautinio lygio); veikia kaip katalizatorius visus, dalyvaujančius gydymo procese.

Be jau minėtų, akreditavimo sistemų yra daugiau.

Europos ligoninėse dažniausiai taikomos šios akreditavimo sistemos [25]:

- ISO (9001: 2000 ir kt.);
- KTQ (Koalition für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen);
- JCIA (Joint Commission International Accreditation) (prieš metus akredituota apie 100 sveikatos priežiūros įstaigų 23 pasaulio šalyse);
- IKAS (Institut for Quality and Accreditation).

Sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo sistema – tai viena iš galimybių, leidžiančių užtikrinti paslaugų kokybę ir saugą. Kalbant apie sveikatos paslaugas sąvokos „kokybė“ ir „sauga“ neatsitiktinai dažnai vartojamos greta. Šios savybės yra ypatingai svarbios tokiai sričiai, kaip sveikata. Siekis užtikrinti pacientams saugią ir kokybišką sveikatos priežiūrą yra išsakytas LR SAM 2008 m. strateginiame veiklos plane: programos „Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas“ tikslas – užtikrinti gerą asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, tinkamumą ir saugą [6].

Pastarąjį dešimtmetį įvairiose šalyse plačiai pasisakoma apie pasitaikančius nepageidaujamus įvykius sveikatos priežiūros įstaigose. JAV 2000 m. atlikto tyrimo duomenimis [54] kas dvidešimtas į ligoninę patekęs pacientas patiria tam tikrų problemų. JAV per metus dėl įvairių klaidų miršta apie 48.000, kai kurių autorių duomenimis net 98.000 žmonių.

Nepageidaujamu įvykiu ar medicinos klaida galima pavadinti atvejį, kai nepavyksta užbaigti planuoto veiksmo kaip buvo sumanyta ar naudojamas netinkamas planas tikslui pasiekti [54].

Lietuvoje teisės aktuose [16] nepageidaujamas įvykis nusakomas taip:

Nepageidaujamas įvykis – įvykis, įvykęs dėl veiklos, 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.

Iš dažniausiai pasitaikančių nepageidaujamų įvykių JAV autoriai išskiria keletą grupių:

- medikamentų naudojimas (netinkamas medikamentas, netinkama dozė, ne tas pacientas);
- chirurginės intervencijos (ne ta pusė, ne tas pacientas, paliktas svetimkūnis);
- infekcijos (ligoninėje įgyta infekcija, žaizdų pūliavimas), pragulos;
- kitos (nugriuvimai, savižudybės, nudegimai, kitos pacientų identifikavimo klaidos).

Kiti autoriai (L.Leape ir kt.) pateikia tokių klaidų klasifikavimo variantą [53]:

Diagnostinės klaidos:

Klaidingas ar pavėluotas diagnozės nustatymas;

Reikalingų tyrimų netinkamas panaudojimas;

Netinkamų tyrimų ar gydymo skyrimas ir naudojimas;

Monitoravimo ar tyrimų atlikimo nesėkmės.

Gydymo klaidos:

Operacinės procedūros ar tyrimo atlikimo klaidos;

Gydymo paskyrimo klaidos;

Medikamentų paskyrimo būdo ar dozės klaidos;

Pavėluotas gydymas ar pavėluota reakcija į patologinius tyrimų rezultatus;

Nereikalingo (neindikotino) gydymo skyrimas.

Profilaktinio darbo klaidos:

Profilaktinio gydymo taikymo nesėkmės;

Netinkamas monitoravimas ar palaikomasis gydymas.

Kitos:

Komunikavimo klaidos;

Aprūpinimo problemos;

Kiti sisteminai nesklaidumai.

Didžiausia tikimybė sunkias pasekmes turinčioms klaidoms atsirasti yra intensyvios terapijos padaliniuose, operacinėse ir skubios pagalbos skyriuose.

Be didžiausios netekties - žmonių gyvybių praradimo, nepageidaujami įvykiai atneša ir kitokio pobūdžio žalą, patiriama materialinė žala. Įskaitant papildomus kaštus klaidų atitaisymui, sumažėjusias pajamas, prarastą darbingumą ir įgytą neįgalumą, JAV ligoninėse per metus prarandama nuo 17 iki 29 mlrd. dolerių [54].

Klaidos yra žalingos ir dėl atsirandančio pacientų nepasitikėjimo sveikatos sistema bei sumažėjusiu tiek pacientų, tiek medicinos darbuotojų pasitenkinimu. Pacientai, kurie dėl patirtų klaidų yra priversti ilgai būti ligoninėse ar patiria neįgalumą, patiria fizinį ir psichologinį diskomfortą. Medicinos specialistai patiria moralinius išgyvenimus ir nusivylimą, negalėdami tinkamai suteikti pagalbą. Klaidų našta patiria ir visuomenė, sumažėjus darbuotojų produktyvumui, moksleiviams praleidžiant daugiau pamokų, blogėjant bendrai visuomenės sveikatos būklei.

Yra duomenų, kad vienam iš keturių gydytojų chirurgų-ortopedų per 25 metus pasitaiko „ne tas“ atvejis, t.y., kai atliekama intervencija ne toje pusėje, ne tam pacientui.

Sveikatos sistemoje pacientų saugos arba rizikos valdymo procesai prasidėjo JAV apie 1960 m. ir išplito į kitas šalis [51].

Lietuvoje pacientų saugos klausimus aktyviai kelia Valstybinė medicininio audito inspekcija prie LR sveikatos apsaugos ministerijos bei Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie LR sveikatos apsaugos ministerijos.

Norint kuo tiksliau, išsamiau įvertinti teikiamų sveikatos paslaugų kokybę, nepakanka atsižvelgti tik į galutinius rezultatus – ne mažiau svarbu vertinti visas tris svarbiausias sritis: struktūrą, procesą, rezultatus.

Kiekvienos iš šių sričių vertinimui atlikti reikalinga nustatyti atskirus rodiklius.

Struktūrinių rodiklių pavyzdžiai – sveikatos priežiūros darbuotojų, turinčių bazinę profesinę kvalifikaciją bei įgūdžių teikti konkrečias sveikatos priežiūros paslaugas, skaičius; sveikatos priežiūros įstaigų, atitinkančių bazinius struktūrinius standartus, pagrįstus teiktinomis paslaugomis, skaičius.

Proceso rodiklių pavyzdžiai – ligoninės veiklos rodikliai (lovų užimtumas, vidutinė gulėjimo trukmė); pacientų nuomonė; darbuotojų darbo krūviai.

Rezultato rodikliai – kiekybiniai rodikliai: sergamumas, ligotumas, mirtingumas atskiroms ligoms; kokybiniai sveikatos rodikliai matuojami kokybiškai pragyventų metų trukme.

4 priede pateikiama kokybės rodiklių klasifikavimo sistema, kur išskiriami struktūriniai rodikliai, efektyvios kokybės sistemos rodikliai, našumo rodikliai, proceso rodikliai, rezultatyvumo rodikliai [27].

Lietuvos „Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programoje“ [16] teigiama: „Kokybę apibrėžti galima kokybės rodikliais, kurie turėtų atspindėti įvairias sveikatos priežiūros kokybės dimensijas. Tai gali būti klinikinės praktikos rekomendacijos, gydymo metodikos, procedūrų aprašymai, įvairūs sveikatos priežiūros rezultatų rodikliai. Kokybės rodikliai yra būtina sąlyga kokybei matuoti, stebėti ir gerinti“.

Šiame dokumente konstatuojama, kad „Lietuvoje nėra patvirtintų vieningų sveikatos priežiūros kokybės rodiklių ar reikalavimų, pagal kuriuos būtų galima vertinti sveikatos priežiūros paslaugų atitiktį“.

Konkrečios rodiklių nustatymo ir įdiegimo įgyvendinimo priemonės nėra numatytos.

APIBENDRINIMAS:

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę skirtingai suprantam iš paciento, medicinos profesionalo, administratoriaus (vadybininko) pozicijų. Tik bendradarbiavimo dėka galima tikėtis geresnio vienas kito pozicijų supratimo, rasti bendrus sąlyčio taškus, siekiant kuo geresnės paslaugų kokybės.

Sveikatos paslaugų kokybei ir pacientų saugai skiriamas vis didesnis dėmesys.

Teikiamų paslaugų kokybę vertinti galima nustačius būdingiausiai veiklą atspindinčius rodiklius ir juos taikant praktikoje. Lietuvoje nėra patvirtintų vieningų sveikatos priežiūros kokybės rodiklių.

2. STACIONARINĖS PAGALBOS POLITIKA EUROPOS SĄJUNGOJE

2.1. STACIONARINĖS PAGALBOS RODIKLIŲ DINAMIKA EUROPOS SĄJUNGOJE

Stacionarinė pagalba – pati brangiausia sveikatos apsaugos sritis, kuriai paprastai išleidžiama 45 – 75 proc. visų sveikatos apsaugos išteklių. Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (OECD) duomenimis, ligoninių finansavimo rodiklis yra 44 proc., o kartu su ilgalaikiu gydymu – 55 proc. visų sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo. Stacionariajai priežiūrai skiriamų visuomeninių einamųjų išlaidų sveikatai dalis ES šalyse 2005 metais – 5 priede.

Išlaidos stacionarams Rytų Europos šalyse sudaro daugiau kaip pusę visų išlaidų sveikatos apsaugai, kai kuriose šalyse net tris ketvirtadalius. Dėl to vis plačiau diskutuojama, ieškant kitų stacionaraus gydymo alternatyvų, kitų veiksmingų gydymo būdų. Dėl šių priežasčių vis gausėja stacionarios grandies apimties mažinimo strategijų.

Ryškus išlaidų sveikatos apsaugai padidėjimas Vakarų Europos ir kitose šalyse buvo pastebimas praeito amžiaus aštuntą dešimtmetį (OECD duomenimis, 1970 – 1980 m. jos padidėjo 2 proc.). Devintajame dešimtmetyje BVP dalis sveikatos apsaugai daug kur sumažėjo, OECD duomenimis – vidutiniškai 0,5 proc. Išlaidų sveikatos apsaugai tiek padidėjimas tiek sumažėjimas labiausiai susijęs su stacionarų sektoriaus veikla, t.y. padidėjusiomis išlaidomis aštuntajame dešimtmetyje bei išlaidų sumažinimu, panaudojus įvairias išteklių racionalizavimo priemones, daugelyje šalių pradėjus vykdyti sveikatos reformas.

Tarp didžiojo septyneto šalių 1996 metais mažiausia BVP dalis buvo Jungtinėje Karalystėje – 6,9 proc., o Prancūzijoje ir Vokietijoje – apie 10 proc. 2006 m. šiose šalyse atitinkamai 8,4 proc., 11,1 proc., 10,6 proc. Labiausiai per pastaruosius dešimtmečius BVP dalis sveikatos apsaugai išaugo JAV: nuo 8,5 1980 m. iki 14,1 1996 m. ir 15,3 2006 metais [58].

Bendrai Europos Sąjungoje BVP dalis padidėjo nuo 5 proc. 1970 metais iki 8 proc. 1993 metais, 8,9 proc. 2007 metais [58].

Išlaidos sveikatos apsaugai Centrinės ir Rytų Europos šalyse 1990 metais sudarė apie 5 proc. BVP, o 2007 m. vienoj iš Rytų Europos šalių - Lenkijoje - 6,2 proc. Buvusios Tarybų Sąjungos šalyse – apie 3 proc.

Šalys turėtų rasti galimybių teikti tokį finansavimą, kuris užtikrintų sveikatos gerinimą bei efektyvumą ir geros kokybės sveikatos priežiūrą. Šiuos tikslus lengva iškelti, bet daug sunkiau įgyvendinti. Nepaisant to, išanalizavus Europos patirtį, akivaizdu, kad daug teigiamų poslinkių sveikatos sistemoje turėtų užtikrinti 7 – 10 proc. BNP [38].

BVP produkto dalis sveikatos apsaugai ES šalyse 2005 m. – 6 priede. Lietuva priskirtina vienų mažiausių BVP dalių sveikatos apsaugai skiriančių ES šalių grupei. Detaliau Lietuvos rodikliai bus aptariami toliau..

Vykdamt sveikatos reformas, Europos Sąjungos šalių stacionarinėje pagalboje įvyko pokyčiai: beveik visose Europos šalyse sumažėjo ligoninių lovų skaičius, sutrumpėjo vidutinė gydymosi stacionare trukmė. Nuo 1980 iki 2004 m. Vakarų Europoje lovų skaičius 10 000 gyventojų sumažėjo nuo 107 iki 60, Vidurio Europos šalyse – nuo 112 iki 91 [28].

Lovų skaičius 100000 gyventojų Europos šalyse 2005 m.– 7 priede.

Daugumoje šalių hospitalizacijų skaičius padidėjo, sutrumpėjant vidutinei gydymosi stacionare trukmei: 1990 m. Rytų ir vidurio Europos šalių 100 gyventojų teko 16

hospitalizacijų, o 2004 – 18. Vidutinė gydymosi stacionare trukmė sumažėjo nuo 18 dienų 1990 m. iki 10 dienų 2004 m. Hospitalizacijų skaičius ES šalyse 1980 – 2005 m. – 7 priede, vidutinė gulėjimo stacionare trukmė 1980 -2005 m. – 8 priede.

Visgi, lyginti įvairių šalių stacionarinę pagalbą yra sudėtinga dėl įvairių skirtumų – skiriasi stacionarios pagalbos samprata, socialinių paslaugų bei slaugos masto samprata, stacionarų ryšys su pirminės sveikatos priežiūros grandimi, institucijų infrastruktūra, finansavimas.

Kai kurie stacionarinės pagalbos apimčių iri intensyvumo ypatumai susiję su socialiniais, namų aplinkos veiksniais, transporto, telekomunikacijų problemomis, gyventojų mentalitetu.

Pavyzdžiui, įvairių šalių stacionarų lovų, tenkančių 10 000 gyventojų, skaičius ženkliai skiriasi: Iš Vakarų Europos šalių Turkijoje šis skaičius mažiausias – 10 000 lovų tenka 23 lovos, o Islandijoje-153 [28]. Ligoninių lovų skaičius (100 000 gyventojų) 2005 m. – 9 priede.

1995 m. OECD ekonomikos skyriaus specialistai kartu su Švedijos ekonomikos mokykla parengė ir išleido šalių, vykdančių sveikatos reformas, ekonometrinę analizę. Buvo įrodyta, kad sveikatos apsaugai išleidžiama mažiau tose šalyse, kuriose valstybinės ligoninės vyrauja palyginti su privačiomis, kuriose diegiama siuntimo į aukštesnio lygio grandį sistema. Bendrųjų išlaidų turi mažiau šalys, kuriose taikomas tiesioginis paciento mokėjimas, o jo išlaidos kompensuojamos vėliau.

Atsižvelgiant į PSO programoje „Sveikata visiems XXI a.“ numatytus tikslus ir siūlomas strategijas, pirminės sveikatos priežiūros grandis turi remti lanksti, atsakinga ligoninių sistema, ligoninėse ir jų ambulatoriniuose skyriuose teikiamos specializuotos sveikatos priežiūros paslaugos turi padėti pirminės sveikatos priežiūros specialistams diagnozuoti, gydyti ir reabilituoti pacientus, kai reikalingos brangios ir sudėtingos technologijos, atlikti tas funkcijas, kurių pirminės priežiūros specialistai negali tinkamai atlikti vieni. Būtina užtikrinti savalaikį diagnozavimą ir veiksmingą gydymą, įdiegti efektyvias konsultacijų sistemas. Labai svarbu plėtoti dienos stacionaro, dienos chirurgijos paslaugas, nes tai leistų sumažinti ligonių, liekančių naktį stacionare, skaičių [38].

APIBENDRINIMAS:

Stacionarinė pagalba yra pati brangiausia sveikatos sistemos dalis. Siekiant sumažinti paslaugų teikimo kaštus, ieškoma alternatyvių paslaugų teikimo variantų. beveik visose Europos šalyse sumažėjo ligoninių lovų skaičius, sutrumpėjo vidutinė gydymosi stacionare trukmė.

2.2. STACIONARŲ POKYČIUS ĮTAKOJANTYS VEIKSNIAI

Kaip jau buvo paminėta anksčiau, stacionarai per eilę metų patyrė pokyčių – nuo paskirties ir vaidmens pasikeitimo iki apimčių ir struktūrinių pokyčių. Pokyčiai stacionaruose vyksta nuolat. Aptarsime veiksnius, įtakančius pokyčius stacionaruose ir turinčius reikšmės stacionaro ateities vaidmens formavimui.

Veiksniai, turintys įtakos pokyčiams stacionaruose:

- Demografiniai pokyčiai:

- Gimstamumas

Daugumoje Europos šalių gimstamumo rodikliai yra sumažėję. Tai pastebima net Rytų ir Pietų Europoje – šalyse, kur gimstamumo rodikliai tradiciškai buvo aukšti. Šie pokyčiai svarbūs sveikatos paslaugų organizavimui bei tokių sričių kaip akušerijos ir vaikų ligų paslaugų poreikio nustatymui.

- Senėjimas

ES šalyse didėja pagyvenusių žmonių dalis visuomenėje.

Tačiau, pirmiausia negalim galvoti, kad bendraja prasme, pagyvenusių žmonių sveikata ir jų stacionarinių paslaugų poreikis bus toks pat, kaip šiandien [50]. Ateities pagyvenę žmonės gali turėti naudos iš savo gyvenimo būdo, geresnio maitinimosi ir socialinių sąlygų (Evandrou 1997). Pavyzdžiui, atliktas tyrimas JAV leidžia manyti, kad pagyvenusių žmonių lėtinis neįgalumas dėl geresnio mokymo ir naujų įgūdžių įsisavinimo kasmet sumažės 1,5 proc. (Singer ir Manton 1998).

Jungtinėje Karalystėje, nagrinėjant geros sveikatos lygį populiacijoje ir tendencijas vėlesnėse kartose, numatoma, kad bendra ligų našta 2051 metais nukris dviem trečdaliais (Khaw 1999).

Antra, pagyvenę žmonės nesudaro naštos sveikatos sistemos kaštams vien tik dėl to, kad yra seni. (Fuchs 1984). Esminis dalykas yra ne tai, kaip kas ilgai gyvena, o kaip kas ilgai miršta. Kadangi pagyvenę žmonės gydomi mažiau intensyviai, sveikatinimo kaštai paskutiniiais gyvenimo metais vyresniųjų žmonių amžiaus grupėje gali būti mažesni, kas matyti iš JAV Medicinos programos (MEDICARE) duomenų (Lubitz et al. 1995). Iš tikrųjų brangiausi pacientai yra tie, kurie miršta jauni (Scikovsky 1988).

Didėjančių sveikatos sistemos kaštų tyrimai rodo, kad senėjimas turi mažesnės reikšmės augantiems kaštams. Sveikatos kaštai labiausiai priklauso nuo su aprūpinimo susijusių

faktorių, tokių kaip technologijos, arba dėl didėjančių reikalavimų, patenkinant paciento ir gydytojo lūkesčius, kas yra mažai susiję su populiacijos amžiumi.

Tai nereiškia, kad populiacijos senėjimą galima ignoruoti. Tai turi didelės reikšmės sveikatos priežiūros rūšies poreikio kitimui. Pavyzdžiui, susirgimas onkologinėmis ligomis vyresnių nei 60 metų amžiaus grupėje yra didesnis, o paaugliams – dažnesnės yra traumos. Tokie susirgimų, kaip Alzheimerio liga, infarktas, šlaunikaulio lūžimas gydymui reikalinga ne tik sveikatos specialistų, bet ir kitų tarnybų specialistų pagalba.

- Migracija

Migracija – tai trečiasis populiacijos dydį veikiantis faktorius. Daugelis Vakarų Europos šalių patyrė migrantų antplūdžius iš Afrikos ir Azijos nuo 1945 metų, o nuo 1990 metų – iš Rytų Europos. Priverstinė migracija dėl smurto nepaliaujamai vyksta nuolat. Migrantai turi kitokią poreikį sveikatos priežiūrai, nei nuolatiniai gyventojai. Kai kurios ligos būdingos tik išskirtinai tam tikrų geografinių platumų gyventojams, kaip pvz., talasemija – išeiviams iš Viduržemio jūros rytinių regionų, pjautuvinė anemija – Afro-Karibų populiacijai. Yra nurodomas skirtingas sergamumas kai kuriomis ligomis tam tikrose populiacijose, pvz., susirgimo diabetu atvejai dažnesni Pietų Azijos gyventojams (McKeigue et al. 1991). Lėtinės ligos dažnai reikalauja specializuotos pagalbos, kai reikalingos ne tik sveikatos priežiūros, bet ir socialinės paslaugos. Ligoninių priėmimo skyriuose susiduriama su ap sunkinto bendravimo su pacientais situacijomis, kai dėl sveikatos problemų kreipiasi asmenys, nemokantys ar nepakankamai mokantys vietinę kalbą, nepakankamai žino šalyje galiojančias pacientų teises, pareigas, socialines garantijas. Kita vertus, migrantai gali papildyti ir sveikatos sektoriaus darbuotojų gretas, tuo palengvindami supratimą ir bendravimą su išeiviais iš savos šalies.

Taigi, ligoninės turi užtikrinti, kad jos atsižvelgia į skirtingas kultūrinės tradicijas, numatant reikalingus maldos kambarius, maisto pasirinkimą ir lankstų požiūrį į skirtingus pacientų lankymo ir šeimų dalyvavimo įpročius (Mattson ir Lew 1992).

- Pasikeitimai susirgimų struktūroje:

Ligoninių pagrindinis uždavinys yra ligų gydymas, todėl atsižvelgti į besikeičiančią susirgimų struktūrą yra būtina. Pasikeitę maitinimosi įpročiai, kai valgoma daug riebaus maisto, turi įtakos padidėjusiam susirgimų širdies ir kraujagyslių susirgimais skaičiui (Tunstal-Pedoe et al. 1999). Dėl aktyvios tabako reklamos su rūkymu susijusių susirgimų skaičius buvo padidėjęs iki globalinės epidemijos lygio (Peto et al. 1999). Susirgimų struktūrai įtakos turi ir įvairios kitos aplinkybės, kaip pvz., žmonijos veikos išdavoje pastebimi klimato atšilimo požymiai, o tai

sąlygoja tokių susirgimų, kaip maliarija, dažnėjimą (MaMichael ir Haines 1997; Martens et al. 1999).

Besikeičiant žmonių gyvenimo būdui, keičiasi ir žmogaus bei mikroorganizmų sąveika - atsiranda naujų infekcinių susirgimų, keičiasi mikroorganizmų atsparumas.

- Rizikos faktorių pasikeitimai

Laikas nuo susirgimo pradžios iki pirmųjų požymių pasireiškimo gali būti įvairus – nuo kelių minučių ūmių virusinių ligų ar sužeidimų atvejais iki mėnesių ar net metų. Pavyzdžiui, paauglių rūkymo dažnėjimas pasireiškė didesniu susirgimų vėžiu skaičiumi po 40 metų.

Alkoholio suvartojimo pokyčiai pasireiškia žymiai greičiau – Tarybų Sąjungoje 1980 m. sumažinus alkoholio suvartojimą, visai netrukus pasireiškė pokyčiai sužeidimų ir sergamumo kraujagyslių sistemos ligomis struktūroje (Leon et al. 1997) [50].

Daugeliu kitų atvejų laikas nuo priežasties atsiradimo iki susirgimo pasireiškimo yra tarpinis parodytų pavyzdžių variantas. Tokia liga kaip hipertenzija, kuri gali atsirasti ir jauname amžiuje, tinkamai gydoma ilgai nesukels komplikacijų.

Visa tai rodo, kad ligoninėje gydomi žmonės gali būti paveikti ne vieno iš rizikos faktorių, todėl į tai būtina atsižvelgti, liginines formuojant ir pertvarkant.

- Ligoninėje įgytos infekcijos

Gydantis ligoninėje, egzistuoja rizika užsikrėsti infekcija. Įvairių šaltinių duomenimis, hospitalinių infekcijų dažnis yra apie 10 proc. (Aylife ir kiti 1999). Yra nuomonių, kad kai kuriose Europos šalyse šių infekcijų dažnis yra didesnis. Sveikatos politikai negali ignoruoti šių faktų, ypač atkreipdami dėmesį į antibiotikams atsparių infekcijos formų išsivystymą, kadangi šie susirgimai labai padidina sveikatos priežiūros kaštus, tačiau kita vertus – reliatyvia yra išvengiami.

Infekcijų rizika ligoninėse žinoma nuo senų laikų. Tačiau tik XX a. rizika gydytis ligoninėje buvo mažesnė nei gydymasis už jos sienų, t.y. hospitalinė infekcija tapo kontroliuojama. Pastaruoju metu vėl stebima hospitalinių infekcijų dažnėjimo tendencija, kas gali būti įtakota dėl: populiacijos senėjimo (pacientai serga viena ar keletu lėtinių ligų), dažnesnės sudėtingos procedūros, imunosupresinį gydymą gaunantys asmenys, kraujo infekcijų (B ir C hepatitai, ŽIV), antibiotikams atsparių mikroorganizmų formų vystymasis. Pastarasis faktas bei susirgimų tuberkulioze dažnėjimas kelia didžiausią rūpestį. Yra įrodymų, kad antibiotikams atsparių formų atsiradimas yra mažiausias tose ligoninėse, kuriose yra įdiegta ir vykdoma antibiotikų politika, atsparumas antibiotikams nuolat tiriamas.

Infekciniai susirgimai plinta nepaisydami sienų ir apribojimų. Vykstant gyventojų migracijai, esant dideliame keliautojų skaičiui, tai yra vis labiau aktualu.

Hospitalinių infekcijų sumažinimas – vienas iš rimčiausių sveikatos politikos iššūkių.

- Pasikeitę gyventojų lūkesčiai

Padidėjęs visuomenės išprusimas sveikatos klausimuose, didesnis savo galimybių ir teisių suvokimas įgalina pacientus būti aktyviais gydymo proceso dalyviais, keičia pacientų ir gydytojų santykius. Pacientai vis aktyviau išreiškia savo valią pasirenkant tyrimo ir gydymo metodus ar atsisakant gydymo. Pasinaudodami interneto galimybėmis kai kurie pacientai kartais gali būti labiau informuoti apie savo susirgimą už gydytoją, gali primygtinai reikalauti tam tikro gydymo ar tyrimo. Tačiau paciento teisių užtikrinimas įvairiose Europos šalyse nėra vienodas.

Su aprūpinimu susiję pokyčiai

- Technologijų pokyčiai ir platesnės klinikinės žinios

Naujos technologijos, taikomos sveikatos srityje (farmacijos pasiekimai, išradimai, nuolat tobulinami medicinos prietaisai), leidžia naudoti intervencinius metodus esant vis sunkesnei paciento būklei ar vyresniam amžiui. Ir tai įgauna vis didesnę pagreitį. Dideli pasiekimai endoprotezavimo srityje – dabar galima persodinti ne tik klubo, bet ir kelio, peties, piršto sąnarius. Organų transplantacijos galimybės dabar pasiekė tokį lygį, kad galima persodinti ne tik inkstus, bet ir širdį, kepenis, kasą. Taikomas naujas skrandžio peptinių opų gydymas – gydymas medikamentais. AIDS mažai išsivysčiusiose šalyse tapo valdomas, taikant kombinuotą antivirusinį gydymą, dėl ko sumažėjo mirtingumas nuo šios sunkios infekcijos.

Pasiekimai anestezijoje ir galimybė taikyti mažiau invazyvius gydymo metodus išplėtė pagyvenusių žmonių gydymo galimybes, tuo padidinant vienam asmeniui tenkančių intervencijų skaičių.

Kai kurie nauji medikamentai sumažina gydymosi stacionare būtinybę - be minėto skrandžio peptinių opų gydymo, taikomas efektyvus medikamentinis lėtinių ligų gydymui – aterosklerozės (vietoj chirurginio gydymo taikomas ambulatorinis gydymas), sutrumpėjo tuberkuliozės, AIDS gydymo trukmė. Dideli pasiekimai ir genų inžinerijos, nanotechnologijų srityje ir jų taikyme medicinoje. Genų inžinerijos dėka kai kurios įgimtos ligos gali būti sėkmingai išgydytos, medikamentų pašalinis poveikiais ženkliai sumažintas.

Pradėta vakcinacija prieš žmogaus papilomos virusą, kas turėtų sumažinti susirgimą kai kuriomis onkologinėms ligomis. Pasiekimai vakcinacijos srityje leidžia tikėtis, kad bus išrasta vakcina prieš AIDS, hepatitą C.

Monitoravimo technikos tobulėjimas leidžia matuoti vis daugiau žmogaus gyvybinių funkcijų parametrų, todėl reanimacijos skyriuose atsiranda galimybė įrengti vienos lovos palatas. Diegiamos informacinės technologijos pagerina informacijos perdavimą, paciento duomenų valdymą ligoninėje. Įdiegiamos technologijos, leidžiančios radiologinių tyrimų duomenis laikyti skaitmeninėje laikmenoje, nors visų medicinos dokumentų laikymas tik elektroninėje laikmenoje nepasiteisino.

Technologijų išplitimas turi įtakos ir antrinio bei tretinio lygio paslaugų pasiskirstymui. Dabar nėra būtina endoskopines ir inkstų dializės procedūras atlikti tik labai specializuotuose centruose – dabar šios procedūros gali būti atliekamos ir atskiruose ambulatoriniuose centruose.

Sveikatos politikams be abejonės iškyla klausimas – ar šios technologijos dramatiškai padidina stacionaro kaštus? Tikslų technologijų indėlį stacionaro kaštams nusakyti yra sunku, tačiau aišku tai, kad, naujos technologijos nėra visada brangesnės už metodus, kuriuos jos pakeičia. Tačiau net tais atvejais, kai naujos technologijos nėra brangesnės, jos gali pakeisti kitų stacionaro skyrių ir padalinių darbo organizavimą, kas reikalinga naujos technologijos įdiegimui.

Nereikia pamiršti, kad naujos technologijos be naudingo poveikio gali turėti ir neigiamų pasekmių – pvz., vaistų pašalinis poveikis, kuris ne visada iš karto nustatomas. Taigi, diegiant naujoves, būtina įvertinti ir riziką.

- Darbo jėgos pokyčiai

Pokyčiai populiacijoje lemia ne tik kintantį žmogiškųjų išteklių poreikį, bet ir įtakoja pokyčius pačioje darbuotojų struktūroje. Nors įvairios šalys nusistato skirtingus iššūkius, visoms būdingi yra du bruožai: senėjant visuomenei didėja paslaugų poreikis, tačiau vyresnio amžiaus tampa ir sveikatos paslaugas teikianti bendruomenė; antra, dirbančios moterys vis dažniau linkusios karjerą suderinti su šeima.

Pažymėtina, kad darbo santykiuose taikomos lankstesnės formos, leidžiančios labiau prisitaikyti prie naujų poreikių bei suderinti darbą su šeima.

Dar vienas ypatumas – didėjanti medicinos darbuotojų internacionalizacija. Kai kurios šalys aktyviai samdo užsienio šalių specialistus. Šis procesas plėtojasi, plečiantis Europos Sąjungai. Tai turi įtakos ne tik toms šalims, kurios kviečia specialistus, bet ir toms, kurios specialistų netenka. Nuvykus į kitą šalį, vyksta pasikeitimas kultūrine patirtimi. Kartais reikalingas ir kvalifikacijos tobulinimas. Stacionarai turi garantuoti, kad besikeičiančiomis sąlygomis užtikrins reikiamą medicinos darbuotojų kompetenciją.

Politiniai ir socialiniai pokyčiai

- Finansinės grėsmės

Kaip jau buvo minėta anksčiau, stacionarų dalis visame sveikatos biudžete yra reikšminga, dėlto valstybiniu požiūriu svarbu yra nustatyti visuomenės išlaidų dydį. Sveikatos apsaugos biudžeto formavimas yra daugiau politinis, nei ekonominis klausimas. Ligoninės kaip taisyklė sunaudoja daugiau kaip pusę viso sveikatos biudžeto. Vyrauja nuomonė, kad stacionarų veikla turėtų būti efektyvesnė, lėšos panaudojamos racionaliau, dėl ko dedamos didelės pastangos sustiprinti pirminę priežiūrą ir dalį paslaugų perkelti į pirminės sveikatos priežiūros grandį. Išsivysčiusiose šalyse išlaidos sveikatos apsaugai per pastaruosius keturis dešimtmečius didėjo, kas matyti iš BPV dalies skiriamos sveikatos apsaugai augimo. BPV dalies sveikatos apsaugai tempai įvairiose šalyse yra nevienodi, o skaičiuojant absoliučiais skaičiais, šie skirtumai būtų dar didesni.

Kadangi ligoninės yra didžioji bendro sveikatos biudžeto dalis, jos yra svarbios priimant politinius sprendimus apie šio biudžeto dydį bei įtakoja sveikatos politikų žingsnius detalizuojant šio biudžeto paskirstymą (McKee 2002).

- Sveikatos sistemos internacionalizavimas

Sveikatos apsaugos sričiai, kaip ir kitoms gyvenimo sferoms, įtakos turi vis didėjančios globalizacijos aplinka. Tai turėtų būti suprantama kaip laisvas tiek pacientų, tiek paslaugų teikėjų laisvas judėjimas, šalių dalyvavimas tarptautinėse organizacijose bei tarptautinių teisės aktų įtaka šalių vykdomai politikai.

- Globalūs pasikeitimai medicinos tyrimų srityje

Bazinių mokslų pasiekimai padidina tarpdisciplininių tyrimų galimybes. Tam reikalingos didelės įvairių sričių tyrėjų komandos, galimybė naudotis didelės visuomenės dalies duomenimis, tirti dideles pacientų grupes, kas yra sunkiai pasiekama vienai ligoninei. Didelės grupės gali lengviau pritraukti tarptautinių fondų finansavimą, turi daugiau galimybių pritraukti gerus savo srities specialistus. Universitetai lenktyniauja dėl viešo biomedicinių tyrimų finansavimo per stambius institutus, kaip pavyzdžiui, Medicininių tyrimų taryba Jungtinėje Karalystėje; tačiau dar svarbiau tai, kad tyrimus vis daugiau finansuoja pramonininkai (McKee 2002).

Kai kuriose šalyse tyrimo ir vystymosi strategijos yra labiau orientuotos į stambius, nei į atskirus specifinius projektus. To pasekoje, universitetinės ligoninės turi turėti didesnes finansines galimybes, didesnes talentingų tyrėjų komandas, priėjimą prie didesnių duomenų šaltinių, jei nenori atsilikti nuo savo varžovų tiek šalyje, tiek užsienyje.

Bendrai galima pasakyti, kad šios vystymosi tendencijos ateityje turės didelį poveikį mokymo procesui ligoninėse.

Nors ligoninių dydis ir dalis (skaičiuojant stacionaro lovų skaičių) yra sumažėjęs, ligoninių galimybės ir veiklos mastai auga. Sunku tiksliai nusakyti, kas laukia ligoninių ateityje, nes ligonines veikia daug rizikos faktorių. Kaip matyti iš anksčiau išnagrinėtų pavyzdžių, kai kurie faktoriai yra tiksliau nuspėjami, kai kurių poveikį sunkiau numatyti. Tikrai aišku yra tai, kad pokyčiai nenustos turėję įtakos.

Tikėtina, kad išliks tendencijos mažinti vidutinę gulėjimo trukmę, naudoti tokias pagalbos organizavimo formas kaip ambulatorinė pagalba, dienos stacionaras.

Mokslininkas Hillman (1999) netolimoje ateityje taip įsivaizdavo ateities ligoninę: aktyvaus gydymo ligoninė ateityje bus tik tiems sergantiems, kurie turi šansą pasveikti. Ligoninėje bus gydomi pacientai, kurių susirgimų atvejai sudėtingesni, kurie serga daugeliu ligų. Bus atliekamos vis sudėtingesnės operacijos. Intensyvaus gydymo padaliniai teiks sudėtingesnę pagalbą, nors bendras aktyvaus gydymo lovų skaičius turi mažėti, o mažiau sergantys pacientai turės būti gydomi kitose institucijose.

Ligoninės dydis – tai atskiro nagrinėjimo vertas dalykas. Ligoninių dydis gali būti nagrinėjamas įvairiais aspektais, tokiais kaip ekonominiu, pasiekiamų veiklos rezultatų aspektais. Įvairių autorių tyrimų duomenimis nustatyta, kad ligoninių su mažesniu kaip 200 lovų ir didesniu kaip 620 lovų skaičiumi valdymas yra neefektyvus. Tačiau svarbu ir gaunami gydymo rezultatai. Yra ginčijamasi, ar didelėse ligoninėse yra geresni gydymo rezultatai. Daroma prielaida, kad rezultatai daug pacientų turinčiose ligoninėse turi būti geresni, nes šiose ligoninėse yra didesnė dirbančių gydytojų ir visos medicinos darbuotojų komandos patirtis bei tinkamas papildomas medicinos ir kitų tarnybų aprūpinimas. Dauguma autorių akcentuoja patirties svarbą. Tačiau ne visada daug pacientų turinčiose ligoninėse gydymo rezultatai yra geresni. Daugelio autorių, nagrinėjusių šį klausimą, nuomone, labai reikšmingas yra ir darbuotojų darbo krūvis. Tikėtina, kad rezultatai turėtų būti geresni ten, kur darbo krūviai nėra per dideli. Tačiau nustatyti, koks tai krūvis, yra labai sudėtinga. Tiriant gautų gydymo rezultatų ryšį su gydytų pacientų kiekiu, reikalinga įvertinti tiek sergančiųjų amžiaus struktūrą, tiek susirgimų struktūrą ir prognozę. Atliktų tyrimų duomenimis statistiškai patikimų rezultatų negauta.

Viena iš svarbių išvadų yra ta, kad siekiant gerų gydymo rezultatų, reikalinga daugiau dėmesio skirti ir kuo geriau suprasti patį gydymo procesą. Pats savaime veiklos apimčių rodiklis yra nepakankamai tikslus ir mažai naudingas planuojant paslaugų teikimą (McKee 2002).

APIBENDRINIMAS:

Ligoninių sistemą veikia nuolat vykstantys visuomenės ir aplinkos pokyčiai. Daugelis faktorių tarpusavyje yra susiję, betarpiškai veikia vienas kitą. Dėl nuolatinės aplinkos faktorių kaitos, tiksliai apibūdinti ligoninių ateitį yra beveik neįmanoma. Suprantama, kad tai bus institucija, kurioje gydomi labiausiai sergantys žmonės.

2.4. NAUJI IŠŠŪKIAI

Ligoninių pagrindinis uždavinys ir funkcija išlieka pacientų gydymas.

Tačiau ligoninėje svarbi yra ir mokymo bei tyrimo funkcija, šios veiklos rezultatų panaudojimas stiprinant piliečių sveikatą bei sveikatos sistemą. Nežiūrint to, ligoninė gali būti kaip darbdavys, suteikiantis darbo vietas bendruomenės nariams ir tuo gali turėti kai kuriuos socialinius vaidmenis. Pacientams vis aktyviau dalyvaujant sveikatinimo procese, aptariamose ištyrimo bei gydymo alternatyvos, aiškinamos susirgimų priežastys ir susirgimų eigą įtakojantys faktoriai. Pacientui pateikiama informacija apie komplikacijų ar paūmėjimų prevencines priemones, propaguojami sveikos gyvensenos principai.

Pavyzdžiui, gimdymo skyriuose skatinamas natūralus naujagimių maitinimas. Naujagimių skyriuose sveikintina iniciatyva – siekti Palankios naujagimiui ligoninės statuso. Ypatingai svarbi ligoninės funkcija – tai paciento teisių gynimas.

Visų šių funkcijų atlikimas turi poveikį ligoninės veiklos organizavimui ir ryšiams su aplinka.

Taigi, pagrindiniai ateities aktyvaus gydymo ligoninės uždaviniai yra šie:

- pacientų gydymas (gydymas stacionare, ambulatorinė pagalba, skubioji pagalba, rehabilitacija),
- pacientų teisių gynimas
 - o pacientų saugos rodiklių sistemų įdiegimas
 - o paslaugų kokybės užtikrinimas
 - o nepalankių atvejų registravimas
 - o pacientui palankios aplinkos sukūrimas
- mokymo ir tyrimo veikla,
- sveikatos sistemos palaikymas,
- socialinis vaidmuo (sveikatos paslaugų gyventojams užtikrinimas, piliečių sveikatos stiprinimas, socialinių paslaugų teikimas, darbo vietų suteikimas).
- naujų technologijų taikymas.

APIBENDRINIMAS:

Be pagrindinės ligoninės funkcijos – pacientų gydymo, ligoninei tenka ir naujos funkcijos. Ligoninėje didelis dėmesys skiriamas pacientų teisių gynimui, reikšmingesnis tampa socialinis vaidmuo.

3. STACIONARŲ POLITIKA LIETUVOJE IR JOS ATITIKIMAS STACIONARINEI PAGALBAI EUROPOS SĄJUNGOJE

3.1. LIETUVOS STACIONARŲ POLITIKOS TEISINIAI PAGRINDAI

Lietuvoje sveikatos politikos formavimo pradžia – tai VI-me Lietuvos gydytojų sąjungos (LGS) atkuriamajame suvažiavime priimta rezoliucija parengti naują Lietuvos racionalinę koncepciją. Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją 1991 metais patvirtino Atkuriamasis Seimas.

Ši koncepcija, numatanti sveikatos politikos pagrindus, sveikatos ir jos apsaugos valstybinį reguliavimą, sveikatos sistemos valdymo pagrindus, sveikatos apsaugos ekonomikos pagrindus, laikytina strateginiu dokumentu, pagrindžiančiu tolesnę sveikatos sistemos teisinės bazės kūrimą.

1997 m. priimta Lietuvos sveikatos programa, prieš tai ją aptarus dalyvaujant PSO bei kitiems Europos šalių ekspertams

Igyvendinant Europos sveikatos politiką „Sveikata visiems XXI amžiuje“ bei Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje išdėstyta ir Sveikatos sistemos įstatyme įteisintą aktyvios sveikatos politikos strategiją pagrindiniai Lietuvos sveikatos programos tikslai yra šie:

1. Mažinti gyventojų mirtingumą ir ilginti vidutinę gyvenimo trukmę.
2. Įtvirtinti sveikatos santykių teisumą.
3. Pagerinti gyvenimo kokybę.

Programoje pateikti Specialieji Lietuvos sveikatos programos tikslai ir siekiamo gyventojų sveikatos lygio rodikliai tokiose srityse, kaip: širdies ir kraujagyslių ligos, onkologinės ligos, nelaimingi atsitikimai ir traumos, psichikos ligos ir savižudybės, užkrečiamosios ligos, lytiškai plintančių ligų kontrolė ir valdymas, kitų užkrečiamų ligų kontrolė ir valdymas, imunoprofilaktika, burnos sveikata, sveika gyvensena.

Pagrindiniai Lietuvos sveikatos sritį reglamentuojantys įstatymai yra šie:

- Lietuvos Respublikos Konstitucija (1992),
- Lietuvos nacionalinės sveikatos apsaugos koncepcija (1991),

- Sveikatos sistemos įstatymas (1994, nauja redakcija – 1998),
- Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (1996, nauja redakcija – 1998),
- Lietuvos sveikatos programa (1998).

Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnis byloja: „Valstybė rūpinasi žmogaus sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką. Valstybė skatina visuomenės kūno kultūrą ir sportą. Valstybė ir kiekvienas asmuo privalo saugoti aplinką nuo kenksmingų poveikių“.

Sveikatos sistemos įstatymas (1994) reglamentavo Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą, sveikatinimo turinį ir būtinąsias sąlygas, teisę verstis sveikatos priežiūros veikla, sveikatos priežiūros veiklos valstybinio valdymo pagrindus, valstybės laiduojamos (nemokamos) ir savivaldybių remiamo sveikatos priežiūros teikimo tvarką.

Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (1996) nustatė 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.

Šiame įstatyme pateiktas asmens sveikatos priežiūros įstaigų klasifikavimas, kur pagal paslaugų teikimo laiką ir vietą yra išskiriamos šios įstaigos: ambulatorinės, stacionarinės ir mišrios.

Samprotavimai apie stacionaro apibrėžimą aptarti ankstesniame skyriuje.

Minėto įstatymo 47 straipsnyje yra reglamentuota paciento guldymo į stacionarinę įstaigą tvarka:

1. Draudžiama paguldyti į stacionarinę įstaigą asmenį be jo sutikimo.
2. Draudžiama paguldyti į stacionarinę įstaigą nepilnametį ar neveiksnų asmenį be jo įstatyminių atstovų sutikimo.
3. Paciento ar jo įstatyminių atstovų sutikimo nereikia:
 - 1) kai yra grėsmė asmens gyvybei ir jis pats dėl to negali tokio sutikimo duoti;
 - 2) kai yra grėsmė nepilnamečio ar neveiksnaus asmens gyvybei, o jo įstatyminių atstovų negalima greitai surasti;
 - 3) kitais įstatymų numatytais atvejais.
4. Asmens skubaus paguldymo į įstaigą tvarką nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

45 straipsnyje nurodytos asmens sveikatos priežiūros įstaigos pareigos (10 punktų), kurių pagrindinės yra:

- 1) užtikrinti būtinąją medicinos pagalbą;

2) įgyvendinti būtinašias visuomenės sveikatos priežiūros priemones pagal Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintą sąrašą.

Atsižvelgiant į Lietuvos Sveikatos programoje numatytą sveikatos priežiūros įstaigų pertvarkymo būtinybę, Vilniaus miesto savivaldybės iniciatyva 2003 metais buvo parengtas „Vilniaus ligoninių pertvarkymo planas 2003-2010“. Šiame plane pateikti du Vilniaus ligoninių infrastruktūros išdėstymo variantai, išdėstytas Vilniaus ligoninių pertvarkymo plano iki 2010 metų laukiama ekonominis efektas.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. nutarime Nr.335 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“ numatyta, kad sveikatos priežiūros restruktūrizavimas bus vykdomas dviem etapais: 1 etapas – 2003-2005 metais; 2 etapas – 2006-2008 metai.

Pagrindiniai šios Strategijos tikslai:

1. gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą;
2. optimizuoti teikiamų paslaugų apimtį ir struktūrą pagal gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius.

Numatomi šie svarbiausieji uždaviniai:

1. restruktūrizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą;
2. suformuoti efektyvią apskričių ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigų sistemą;
3. perduoti atitinkamą valstybės ir savivaldybių turtą sveikatos priežiūros įstaigoms valdyti, naudoti ir disponuoti juo patikėjimo teise;
4. didinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą.

Numatyti restruktūrizavimo prioritetai:

1. ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas plėtoti sparčiau už stacionarių paslaugų redukavimą;
2. restruktūrizavimą pradėti nuo didžiųjų miestų sveikatos priežiūros įstaigų tinklo pertvarkymo;
3. gerinant paslaugų prieinamumą, prioritetinį dėmesį skirti bendrosios praktikos gydytojų veiklos plėtojimui kaimo vietovėse.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. nutarime Nr.647 „Dėl antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“ aptarti pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo (2003-2005 metai) rezultatai, pateikti hospitalizacijos, vidutinės gulėjimo trukmės stacionare, lovos užimtumo, lovos apyvartos rodiklių dinamika (hospitalizacijos rodiklis 100-ui gyventojų sumažėjo nuo 23,2 iki 20,2, vidutinė gulėjimo trukmė stacionare sutrumpėjo nuo 10 iki 8 dienų, lovos užimtumas padidėjo nuo 284 iki 308

dienų, lovos apyvarta padidėjo nuo 28 iki 35 pacientų), sveikatos priežiūros paslaugų struktūros dinamika (stacionariųjų paslaugų apimtis sumažėjo 8 procentais, įsteigta 600 dienos stacionaro vietų). Šiame nutarime nurodyti antrojo restruktūrizacijos etapo tikslai, uždaviniai ir priemonės.

Pagrindiniai antrojo restruktūrizavimo etapo tikslai yra:

1. nuolat gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą;
2. tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą;
3. toliau restruktūrizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą;
4. optimaliau naudoti žmogiškuosius, finansinius ir materialinius išteklius.

Uždaviniai stacionarijos sveikatos priežiūros paslaugų struktūros gerinimui – optimizuojant stacionariją grandį, savivaldybių ligoninėse numatoma stiprinti įstaigų infrastruktūrą, skirtą labiausiai paplitusioms ir nesudėtingoms ligoms gydyti, o sudėtingų ligų diagnostiką ir gydymą koncentruoti universitetų ir didžiųjų miestų ligoninėse, geriau jas aprūpinant modernia įranga ir naujausiomis technologijomis.

Antrojo restruktūrizavimo etapo vertinimo kriterijai (stacionarioms paslaugoms) – dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugų apimtys padidėjimas ne mažiau kaip 10 procentų; stacionariųjų paslaugų bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse apimtys sumažėjimas 3-5 procentais.

Įgyvendinant sveikatos priežiūros įstaigų strategiją, apskričių viršininkai yra įpareigoti parengti apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planus ir, atitinkamai suderinus (pirmajame etape – su savivaldybėmis, antrajame – su regiono plėtros tarybomis), pateikti sveikatos apsaugos ministerijai.

APIBENDRINIMAS:

Lietuvoje yra parengti ir patvirtinti pagrindiniai teisės aktai, reglamentuojantys sveikatos sektoriaus veiklą. Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijoje numatyti siektini pagrindiniai stacionarų veiklos rodikliai.

3.2. LIETUVOS STACIONARŲ STATISTINIAI RODIKLIAI

Nuo 1991 metų SAM sistemos ligoninių skaičius nuosekliai sumažėjo 30 proc. – per 15 m (iki 2005) net 10 000 lovų, tačiau pačių ligoninių skaičius pakito labai nežymiai – nuo 187 ligoninių 1991 m. iki 181 ligoninių 2003 metais bei 156 ligoninių 2007 m. Ligoninių skaičiaus

mažinimą įtakoja patvirtinti apskričių asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planai.

Lovų fondas nuolat mažėja: 1991 metais – 122 lovos 10 000 gyventojų, 2004 m. – 85 lovos, o 2007 m. – 81,6 lovos 10 000 gyventojų. Tai yra daugiau, nei ES vidurkis – 2005 m. 40,1 lovų 10000 gyventojų.

Slaugos ir palaikomojo gydymo profilio lovų skaičiaus dinamikoje pastebima stacionaro lovų didėjimo tendencija: 1992 m. Lietuvoje buvo 130 tokio profilio lovų, 1999 m. – 3162, 2004 m. – 3421, 2007 – 4243. Nežiūrint augančio slaugos lovų skaičiaus, šio profilio lovų poreikis dar nėra patenkintas.

Vidutinė gulėjimo trukmė, nors ir nesparčiai, tačiau – mažėja: 2001 m. – 10,8, 2004 m. – 10,2, 2007 m. – 9,9 (d.).

Lovos apyvarta – po truputį didėja: 2005 m. - 29,0, 2007 m. – 29,5.

Lovos funkcionavimas (be privačių ir kitų žinybų stacionarų) – rodiklis svyruoja:

1991 – 275 d. 1998 – 294, 2004 – 288,6 (287,8), 2005 – 295,6, 2006 – 292,3, 2007 – 290,9 (d.)

Tai rodo, kad stacionarinės pagalbos strategija išlieka nenuosekli.

Lietuvos ir Europos Sąjungos šalių kai kurių stacionaro veiklos rodiklių palyginimas – 10 priede

Yra paskaičiavimų, kad Lietuvos stacionaruose yra apie 20 proc. neužimtų lovų.

Tačiau bendras lovų skaičius šalyje nėra pakankamai informatyvus, nes neparodo lovų struktūros, atskirų profilių lovų poreikio, t.y., neparodo, kur ir kiek konkrečiai kokių lovų yra per daug, o gal yra trūkumas. Pavyzdžiui, Vilniaus mieste jaučiamas terapijos profilio lovų trūkumas: terapijos lovų sk. yra mažesnis už šalies vidurkį (ši situacija susidarė 2007 m. uždarius Subačiaus ligoninę ir 90 terapijos profilio lovų perprofilavus į slaugos ir palaikomojo gydymo lovas). Slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičiaus padidėjimas abejonių nekelia, tačiau terapijos profilio paslaugų teikimo užtikrinimui buvo būtinos ypatingos priemonės, lovų skaičiaus optimizavimas dar išlieka spęstinas.

Taigi, aišku, kad lovų skaičiaus rodiklis turi neatsiejamą ryšį su vidutinės gulėjimo trukmės, lovos apyvartos, lovos užimtumo rodikliais. Tačiau negalima nevertinti ir konkretaus atskirų sveikatos priežiūros paslaugų profilio poreikio bei tokių svertų, kaip apmokėjimo už paslaugas sistema bei sutarčių su TLK sudarymo tvarka.

APIBENDRINIMAS:

Apžvelgiant Lietuvos stacionaro rodiklių pokyčius, galime teigti, kad yra teigiama rodiklių dinamika: trumpėja vidutinė gulėjimo stacionare trukmė, mažėja stacionarinių lovų skaičius.

Tačiau lyginant su ES šalimis, esama netolygumų, minėti rodikliai dar išlieka didesni, ypač struktūros atžvilgiu, nei ES šalyse. Nemažas skirtumas su ES yra ir hospitalizuotų ligonių skaičius 100 gyventojų.

3.3. PASLAUGŲ KOKYBĖS GERINIMO TENDENCIJOS LIETUVOJE

2007 m. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtinta nauja Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos redakcija (2007-08-31 įsakymas Nr.V-711) [16].

Šioje programoje yra pateikti pagrindinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir pacientų saugą apibūdinančios sąvokos: **Nuolatinis kokybės gerinimas** – organizacijos ketinimas sukurti organizacijos kultūrą (klimatą), kurioje pokyčiai ir tobulėjimas yra pripažintos normos; kurioje tikima, kad pagerinti procesai sudaro tolimesnio tobulėjimo pagrindą siekiant aukštesnio kokybės lygio. **Orientacija į pacientą** (aktyvų paslaugų vartotoją): sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo ir visuomenės įtraukimas į sveikatos priežiūros paslaugų planavimą, teikimą ir vertinimą, užtikrinant paciento teisę gauti informaciją, pateikiamą jam suprantama forma ir reikalingą priimti sprendimus dėl savo sveikatos priežiūros, bei galimybę suteikti grįžtamąjį ryšį apie gautas SP paslaugas. **Pacientų sauga** – sveikatos priežiūros struktūros ir procesai, kurių taikymas sumažina nepageidaujamų įvykių, atsirandančių dėl sveikatos priežiūros sistemos poveikio, tikėtinumą.

Apibūdinant problemos svarbą, kokybės užtikrinimo programoje konstatuojama, kad 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.

Pacientas turi teisę gauti saugias sveikatos priežiūros paslaugas. Sveikatos priežiūros specialistas turi pareigą teikti saugias bei teisę saugiai teikti pacientui sveikatos priežiūros paslaugas. Tačiau paskutinį dešimtmetį pasaulyje pasirodžiusios publikacijos rodo, kad nepageidaujami įvykiai sveikatos priežiūroje yra pakankamai dažni ir sukelia didelius ekonominius, socialinius, psichologinius, moralinius nuostolius.

Sveikatos priežiūros kokybė, 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 naudojimas, dideli nuostoliai dėl blogos kokybės, vartotojų nepasitenkinimas, nevienodas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, nepakeliami kaštai visuomenei.

Lietuvoje sveikatos priežiūros kokybę bandant užtikrinti kontrolės principais, nepageidaujamų įvykių problema dažniausiai sprendžiama mažai veiksmingu būdu: nustatant klaidą padariusį asmenį, jį nubaudžiant, pacientui atlyginant žalą, tačiau nesigilinant į tikrąsias tokių įvykių priežastis. Kaip rodo tyrimai, nepageidaujami įvykiai dažniausiai atsitinka susisumavus daugeliui juos nulėmusių vadybinių-organizacinių ir klinikinių priežasčių. Lietuvoje kai kuriose įstaigose jau sukurtos funkcionuojančios vieningos nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūroje valdymo (registravimo, kaupimo, analizės ir prevencijos) sistemos. Atsižvelgiant į tai, kad Lietuvoje formuojamas sisteminis požiūris į nepageidaujamus įvykius ir jų keliamą riziką sveikatos priežiūros valdyme, tikslinga vykdyti šių įvykių efektyvią prevenciją, paremtą nuolatinio mokymosi iš klaidų ir nesėkmių principais.

Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2007-2010 metais programos įgyvendinimo priemonių plane, gerinant sveikatos priežiūros paslaugų saugą numatoma sukurti ir įdiegti šalies mastu vieningą nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemą. Iki 2008 m. turėtų būti parengtas privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašas ir tvarka, iki 2010 m. – parengta kompiuterinė nepageidaujamų įvykių registravimo ir analizės programa, ją išbandant atrinktose sveikatos priežiūros įstaigose, parengtos ir įgyvendintos ASPĮ skatinimo priemonės ir tvarka už nepageidaujamų įvykių registravimą.

Šios problemos sprendimo nukėlimas keletui metų į priekį neužtikrina kuo skubescio pacientų saugos priemonių įgyvendinimo.

Nepageidaujamų įvykių registravimas – tai vienas iš „Vartotojų sveikatos indekso“ 2008 m. vertinamų rodiklių.

Darbo autorės nuomone, minėtos priemonės yra nepakankamos nepageidaujamų įvykių registravimo tvarkos įdiegimui. Įvertinant Lietuvoje įsigalėjusią žalos pacientui atlyginimo praktiką, ženkliai išaugus pacientų skundų skaičiui (skundai gali būti pagrįsti ir nepagrįsti), kai medicinos darbuotojai yra priversti įrodinėti savo nekaltumą, kaltės ir nekaltumo sąvokos ir aplinkybės turi būti aiškiai ir griežtai reglamentuotos. Pacientų žalos atlyginimo

sistema nesant medicinos darbuotojų kaltės būtų ryški paskata nepageidaujamų įvykių registravimo tvarkos įgyvendinimui.

Kokybės rodikliai yra būtina sąlyga kokybei matuoti, stebėti ir gerinti. Lietuvoje nėra patvirtintų vieningų sveikatos priežiūros kokybės rodiklių ar reikalavimų, pagal kuriuos būtų galima vertinti sveikatos priežiūros paslaugų atitiktį [16].

Lietuvoje dar nėra pilnai įdiegtos sistemos, pagal kurią pacientai galėtų pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ar gydytoją, vadovaudamiesi informacija apie teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Apie pradėtą tokią iniciatyvą – aprašyta toliau.

Darytina prielaida, kad nustačius teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo rodiklius, jų pagrindu galėtų būti atliekamas sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimas, tuo sudarant sąlygas gerinti teikiamų paslaugų kokybę.

Europos ir kitose užsienio šalyse yra ligoninių vertinimo ir reitingavimo pavyzdžių.

APIBENDRINIMAS:

Lietuvoje įgyvendinant kokybės programą, numatoma įdiegti nepageidaujamų įvykių registravimo sistemą. Ši sistema duotų geresnių rezultatų, jei būtų įdiegta ir pacientui žalos atlyginimo sistema, nesant medicinos darbuotojo kaltės.

Ligoninių kokybės vertinimas – paslaugų kokybės gerinimo priemonė. Lietuvoje nėra patvirtintų kokybės rodiklių. Šių rodiklių nustatymas sudarytų sąlygas ligoninių vertinimui.

4. SIŪLOMAS LIETUVOS LIGONINIŲ TEIKIAMŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS VERTINIMO MODELIS

4.1.KAI KURIŲ UŽSIENIO ŠALIŲ LIGONINIŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS VERTINIMO MODELIAI

Jungtinės Amerikos valstijos

Kaip jau minėta, JAV turi bene didžiausią patirtį, nagrinėjant pacientų saugos problemas. Natūralu, kad šioje šalyje išvystyta ir paslaugų kokybės vertinimo sistema.

Sveikatos priežiūros kokybės vertinimo rodiklius nustato bei vertinimą atlieka Sveikatos priežiūros tyrimų ir kokybės agentūra (Agency for Healthcare Research and Quality) [42].

Ši organizacija išskiria tokius indikatorius (rodiklius):

1. **Ligoninės kokybės indikatoriai** (Inpatient quality indicators),
2. **Pediatrijos kokybės indikatoriai** (Pediatric quality indicators)
3. **Prevenciniai kokybės indikatoriai** (Prevention quality indicators)
4. **Pacientų saugos indikatoriai** - komplikacijų ir nepageidaujamų įvykių prevencija (Patient safety indicators)

Kiekvienais metais Sveikatos priežiūros tyrimų ir kokybės agentūra indikatorius (rodiklius) peržiūri, įvertina, pateikia išsamią jų naudojimo ataskaitą.

Pacientų saugos indikatoriai skirstomi į paslaugų teikėjo lygmens bei regioninio lygmens indikatorius.

Paslaugų teikėjo lygmens indikatoriai – tai: anestezijos komplikacijos, neišgelbėti pacientai, pragulos ir kt.

Regioninio lygmens indikatoriai – tai: procedūros metu paliktas svetimkūnis, pooperacinės žaizdos atsivėrimas ir kt. (indikatorių pavyzdžiai 11 priede).

Yra sudaryta galimybė pacientui rasti informaciją apie norimą ligoninę ir joje tiekiamų paslaugų kokybę. Šalyje bendromis kai kurių institucijų pastangomis (Medicare ir Medicaid draudimo tarnybų, Sveikatos ir žmoniškųjų išteklių departamento ir kitų Ligoninių kokybės aljanso narių pastangomis) sukurta informacinė internetinė svetainė ligoninių palyginimui. Pateikiama informacija apie tas ligonines, kurios sutinka viešai skelbti savo duomenis apie kokybę. Plačiau galima rasti interneto svetainėje adresu:

<http://www.hospitalcompare.hhs.gov/Hospital/Search/Welcome.asp?version>

Be valstybinių institucijų informacinės duomenų bazės, JAV yra ir savanoriškų programų. Viena iš tokių vadinama Leapfrog Group (Šokinėjančios varlės grupė). Ši grupė turi tikslą skatinti sveikatos sistemos skaidrumą ir gerinti sveikatos apsaugos informacijos prieinamumą. Be to, turinčioms gerus kokybės rezultatus bei tai įrodžiusioms ligoninėms ši grupė yra numaciusi apdovanojimus. Plačiau apie tai adresu: <http://www.leapfroggroup.org/home>.

Prancūzija

Prancūzijoje saugos indikatoriai skirstomi į tokias grupes: ligoninėje įgytos infekcijos (pvz., žaizdos infekcijos), operacinės ir pooperacinės komplikacijos (pvz., anestezijos komplikacijos, pooperacinis sepsis (kraujo užkrėtimas)), „neatidumo klaidos“ (pvz., paliktas svetimkūnis), akušerija, kiti atvejai.

Detaliau Prancūzijos pacientų saugos indikatoriai – 12 priede.

Prancūzijoje yra naudojama sveikatos įstaigų reitingavimo sistema „750 geriausių klinikų“. Vartotojų sveikatos indekse (žr. toliau) Prancūzijos ligoninių reitingavimo sistema įvertinta dviem balais (vidutiniškai) iš trijų galimų.

Jungtinė Karalystė

Bet kokios srities veiklai vertinti reikalinga turėti matą, ar kitaip tariant rodiklį.

Rodikliai turi būti išmatuojami, suprantami, lengvai apskaičiuojami, informatyvūs.

Sveikatos priežiūros kokybės, efektyvumo ir kitų rezultatų pasiekimui nustatyti rodiklius yra ypač sudėtinga.

Jungtinės Karalystės ligoninių reitingavimo sistema – tai dar vienas ligoninių reitingavimo pavyzdys. Dr.Fosterio duomenų bazės internetinis adresas www.drfooster.co.uk/home.aspx . Šios bazės sąrašė yra visų aktyvaus gydymo ligoninių, turinčių daugiau kaip 300 lovų, duomenys [47].

Sistema skirta palengvinti pacientui ir jo bendrosios praktikos gydytojui surasti labiausiai reikalavimus atitinkančią ligoninę. Pateikiama informacija, pagal kurią galima lyginti teikiamas paslaugas ir naudojamus standartus bei rasti atsakymus į šiuos klausimus:

- Kas mane gydys?
- Kokios paslaugos yra prieinamos ir kada?
- Kaip gerai ligoninė vykdo įsipareigojimus, pasiekia numatytus tikslus?
- Kokios galimybės gauti privačią paslaugą?

Ligoninė pasirenkama iš abėcėlinio sąrašo arba ieškoma, įvedant pašto kodą.

Olandija

Ligoninių vertinimui rodiklių sistema yra nustatyta ir Olandijoje.

Šioje šalyje indikatoriai skirstomi į grupes:

- Ligoninės saugios veiklos indikatoriai;
- Aukštos rizikos palatų indikatoriai;
- Specifinis lygmuo;
- Su verslu susiję indikatoriai ir kokybės užtikrinimas.

Prie kiekvieno indikatoriaus nurodoma:

- Kodėl pasirinktas šis kokybės indikatorius - teikiama konkreti informacija apie šio indikatoriaus įtaką sveikatos paslaugų kokybei;

- Kas turi būti ataskaitoje, kokie duomenys ir iš kokių šaltinių turi būti naudojami;
- Po kiekvienos indikatorius grupės – apibendrinimas.

Švedija

Labiausiai apibendrinančiai Europos šalių sveikatos paslaugų vertinimą atlieka Švedijos nepriklausomų ekspertų kompanija, kuri sudaro Vartotojų sveikatos indeksą (Health Consumer Index) [48].

Kompanija 2004 metais atliko Švedijos sveikatos paslaugų atskiruose rajonuose palyginimą ir tuo sulaukė didelės sėkmės. Paskatinti pasisekimo, kompanijos darbuotojai patobulino rodiklių sistemą ir 2005 metais ryžosi atlikti Vartotojų kokybės indekso įvertinimą Europoje. Šie vertinimai dabar atliekami kiekvienais metais. 2008 metais vertinimo rodikliai atspindėjo šešias temas:

1. Pacientų teisės (pacientų teises patvirtinantys teisės aktai; pacientų organizacijų dalyvavimas priimant sprendimus; nelaimingų atvejų nesant kaltės draudimas; teisė į antrą nuomonę; 24 val. informacijos prieinamumas; prieinamumas prie savo medicininių duomenų);
2. E – sveikata (paslaugų teikėjų kokybės vertinimas; e-medicininių duomenų perdavimas; e-vaistų išrašymas)
3. Laukimo laikas (galimybė patekti pas savo gydytoją tą pačią dieną; laukimo laikas onkologiniams ligoniams; galimybė tiesiogiai patekti pas specialistą);
4. Gydomo rezultatai (mirtingumas nuo miokardo infarkto per 30 d. nuo paguldymo į ligoninę; kūdikių mirtingumas; išvengiamos mirtys; ligoninėje įgytos atsparios infekcijos);
5. Valstybės sveikatos sistemos dosnumas (kataraktos operacijos; inkstų transplantacijos; prieinamumas mamografijai; neformalus mokėjimai gydytojams);
6. Vaistų prieinamumas (naujų priešvėžinių vaistų naudojimo paplitimas; naujų vaistų vartojimo galimybės).

Visi klausimai vertinami trijų balų sistema: gerai, vidutiniškai, blogai.

Lietuva surinko 520 taškų ir buvo įvertinta 24 vietoje (1-je vietoje – Olandija, surinkusi 839 taškus). Išsamius Europos šalių Vartotojų sveikatos indekso 2008 metų rezultatai – 13 priede, o pastarųjų trijų metų apibendrinti Lietuvos rezultatai - 14 priede.

Lietuva mažiausiai įvertinimo balų gavo e-sveikatos bei vaistų prieinamumo srityse. Atkreipiame dėmesį, kad e-sveikatos tematikoje yra klausimas apie paslaugų teikėjų kokybės vertinimą, kuris Lietuvai įvertintas labai silpnai.

Atkreiptinas dėmesys į tai, kad vertinant įstaigų darbą ir veiklos rezultatus, būtų daugiau dėmesio skiriama veiklos tobulinimui, nei į reitingavimo vietos tikslinimą.

Yra nuomonių, jog reitingavimo rezultatus reikia vertinti rezervuotai. M.McKee savo knygoje 2002 m. [50]_ cituoja Schneider ir Epstein 1996 atliktą studiją, kurioje teigiama, kad Pensilvanijoje, kur viešai skelbiami atskirų chirurgų atliktų operacijų mirtingumo rodikliai, 87 proc. gydytojų teigė, kad informacija turėjo minimalią reikšmę pacientams pasirenkant gydytoją, tačiau ligoninėms iškilo problemų - buvo sunkiau rasti operuojančių gydytojų, kadangi niekas nenorėjo imtis sudėtingų ligonių, vengdami blogų rezultatų ir blogo darbo įvertinimo. Autorius tuo nenori pasakyti, kad veiklos rezultatų nereikia vertinti, tačiau atkreipia dėmesį į tai, kad vertinimas yra sudėtingas ir atsakingas procesas.

APIBENDRINIMAS:

Tiek Europos, tiek kitose užsienio šalyse yra naudojamas įstaigų vertinimas, reitingavimas.

Europoje ir kitose pasaulio dalyse yra valstybių, kuriose yra įgyvendintos savitos ligoninių teikiamų paslaugų kokybės vertinimo sistemos. Šiose šalyse pacientui yra galimybė pačiam susipažinti su informacija ir pasirinkti jo reikalavimus labiausiai atitinkančią įstaigą, gydytoją.

Vertinamų rodiklių pasirinkimo ir rezultatų sumavimo sistemos įvairiose šalyse yra skirtingos, tačiau galima pastebėti ir kai kurių panašumų. Daugelyje šalių vertinami tokie rodikliai, kaip ligoninėje įgytos infekcijos, įvairios neatidumo klaidos, pragulos, kai kurių susirgimų grupių mirtingumo rodikliai ir kt.

Ligoninių kokybės vertinimas – paslaugų kokybės gerinimo priemonė.

Europoje šiuo metu labiausiai pripažintoje vertinimo sistemoje – Vartotojų sveikatos indeksas – vienas iš vertinimo punktų yra paslaugų teikėjų kokybės vertinimo galimybės šalyje buvimas.

4.2. LIGONINIŲ VERTINIMO INICIATYVOS LIETUVOJE

Nors Lietuvoje dar nėra bendrų patvirtintų paslaugų kokybės rodiklių, tačiau jau atsiranda iniciatyvų atlikti sveikatos įstaigų vertinimą.

2006 m. buvo atliktas Lietuvos ligoninių veiklos efektyvumo įvertinimo tyrimas [30].

Šio vienmomentinio tyrimo, kurio metu buvo analizuojamos visos 69 Lietuvos bendrojo pobūdžio stacionarines paslaugas 2002 metais teikusios asmens sveikatos priežiūros įstaigos (ASPI), atitikusios įtraukimo į tyrimą kriterijus (bendrojo pobūdžio stacionarinės ASPI, valstybės ar savivaldybių viešosios įstaigos, teikiančios daugiau nei vieno profilio stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas). Tikslas buvo įvertinti įvairaus dydžio Lietuvos bendrojo pobūdžio stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rezultatus, remiantis stacionarinio gydymo atvejų struktūra ir stacionarinio gydymo sąnaudomis. Išvadose konstatuota, kad statistiškai reikšmingi stacionarinio gydymo atvejų struktūros skirtumai ir statistiškai nereikšmingi vidutinių vieno stacionarinio gydymo atvejo bei vieno lovadienio sąnaudų skirtumai tarp įvairaus dydžio asmens sveikatos priežiūros įstaigų patvirtina, kad mažesni stacionarinių lovų skaičių turinčių bendrojo pobūdžio stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veikla yra mažiau efektyvi.

Savaitraščio „Veidas“ atliktas tyrimas atskleidė, kur, Lietuvos medikų nuomone, geriausiai gydomos įvairios ligos. Jau antrus metus iš eilės atliekamo tyrimo metu teiraujamos pačių medikų nuomonės apie tai, kur geriausiai gydomos įvairios ligos. Apklausoje, kurioje buvo bandoma išsiaiškinti apie 40-ies ligų ir procedūrų kokybę, dalyvavo apie 250 Lietuvos medikų iš įvairių miestų ir rajonų. Kiekvienai pozicijai pateikiamos trys gydymo įstaigos, gautų balų mažėjimo tvarka. Dažniausiai minimos Santariškių klinikos (VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė „Santariškių klinikos“), Kauno klinikos, Vilniaus greitosios pagalbos universitetinė ligoninė, Vilniaus universitetinė vaikų ligoninė [22].

Savanoriška iniciatyva yra sukurtas ir internetinis portalas Pincetas.lt. (www.pincetas.lt). Šioje svetainėje (savininkas M.Žiukas) yra sudaryta galimybė pacientui pasirinkti gydymo įstaigą ir gydytoją. Duomenų bazė šiuo metu dar nėra baigta kaupti. Renkami ir pacientų, ir gydytojų vertinimai ir pateikiamas bendras įvertinimo rezultatas. Jei yra pareikšta mažiau kaip trijų asmenų nuomonė, toks rezultatas viešai neskelbiamas. Vertinant ligonines, reikia atsakyti į 8 klausimus, susijusius su darbo aplinka, darbuotojų kompetencija, aprūpinimu techninėmis priemonėmis, paslaugų kainomis.

Šis pradėtas darbas turi labai didelę perspektyvą, tačiau šiuo metu, kol dar sukaupta nedaug duomenų, vertinimai gali būti labai netikslūs. Tai, beje, skelbia ir patys svetainės šeimininkai, teigdami, kad esant įvertinimų skaičiui 3, vertinimo paklaida – 25 proc., esant įvertinimų skaičiui 10 – vertinimo paklaida 17 proc., o įvertinus 30 – paklaida sumažėja iki 10 procentų.

15 priede – interneto svetainės vaizdas

APIBENDRINIMAS:

Lietuvoje dedamos pastangos atlikti stacionariųjų sveikatos priežiūros įstaigų vertinimą yra sveikintinas reiškinys. Atlikti darbai pateikia ligoninių vertinimą tam tikrais aspektais, tačiau jie neturėjo uždavinio atlikti platų ir visapusišką vertinimą.

Tęstinis ir daug vilčių teikiantis darbas yra internetinės svetainės sukūrimas. Tikėtina, kad ateityje, sukaupus daugiau informacijos, tai taps plačiai naudojamu tikslios ir daug praktinės naudos duodančiu informacijos šaltiniu.

4.3. MODELIO SUDARYMO PRINCIPAI

Sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybės vertinimo būtinybė nekelia abejonių – tai matėme anksčiau pateiktuose aprašymuose.

Šis procesas yra sudėtingas, plačiai apimantis įvairius sveikatos priežiūros įstaigų veiklos aspektus, todėl veiklos vertinimo įdiegimas vienu metu visose sveikatos priežiūros srityse yra sunkiai įgyvendinamas.

Nežiūrint to, kad vykstant sveikatos reformai vis didesnis dėmesys kreipiamas į pirminės sveikatos priežiūros grandies stiprinimą, ligoninės savo svarbaus vaidmens nepraranda, nes jos išlieka vieta, kur gydomi patys sunkiausiai sergantys ligoniai, kur naudojamos naujausios technologijos, kur dirba labiausiai kvalifikuoti ir didžiausią patirtį turintys specialistai.

Todėl pagrįstas yra siūlymas sveikatos įstaigų paslaugų kokybės vertinimą pradėti būtent nuo ligoninių.

Siūlomas Lietuvos ligoninių teikiamų paslaugų kokybės vertinimo modelis (toliau – Modelis) sudarytas remiantis kitų šalių anksčiau aprašyta gera praktika, vadovaujantis visuotinės kokybės vadybos principais ir renkantis struktūros, proceso ir rezultato rodiklius.

Panaudotas ir „Vartotojų sveikatos indekso“ metodikos sudarymo principas – vertinimas trijų balų sistema.

4.4. RODIKLIŲ ATRANKA

Remiantis kitų šalių geros praktikos pavyzdžiais, iš didelio galimų rodiklių rinkinio buvo atrinkti tie rodikliai ir suformuluoti nauji, kurių pritaikymas atitinka Lietuvos sveikatos sistemos ypatybes. Renkant duomenis internete, buvo atsižvelgiama į interneto svetainių atitikimą informacijos saugumo ir patikimumo reikalavimams [45].

Struktūros rodiklių parinkimas

Pagal Lietuvoje galiojančių teisės aktų reikalavimus, sveikatos priežiūros veikla yra licencijuojama. Sveikatos priežiūros įstaigose vykdoma veikla turi atitikti įstaigos licencijoje nustatytą veiklą. Reikalavimus licencijuotai veiklai tvirtinami LR SAM. Sveikatos priežiūros įstaigų atitikimą šiems reikalavimams vertina Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos. Gydytojų ir slaugytojų profesinės veiklos licencijavimo reikalavimai taip pat yra nustatomi ir tvirtinami SAM, licencijavimą atlieka minėta įstaiga.

Apžvelgus kitų šalių patirtį bei įvertinant Lietuvoje galiojančių teisės aktų reikalavimus, parinkti šie struktūros rodikliai:

- Įstaigos licencijos turėjimas;
- Gydytojų licencijos turėjimas;
- Slaugytojų licencijos turėjimas;
- Valstybės nustatytų restruktūrizavimo planų įgyvendinimas;
- Ilgalaikio strateginio plano turėjimas;
- Kokybės vadybos sistemų diegimas;
- Gydytojų skaičius /100 lovų;
- Slaugytojų skaičius /100 lovų;
- Personalo ištekliai (darbuotojų trūkumas);
- Įstaigos draudimas.

Proceso rodiklių parinkimas

Pastaraisiais dešimtmečiais ženkliai išaugus pacientų vaidmeniui sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procese, būtinas yra pacientų nuomonės vertinimas. Atliekant apklausas išsiaiškinama,

kaip pacientai žino savo teises, kaip vertina paslaugų kokybę. Duomenys lyginami su Lietuvos pacientų nuomone atspindinčiais rezultatais.

Informacijos apie stacionaro funkcionavimą suteikia pagrindiniai stacionaro veiklos rodikliai: vidutinė gulėjimo trukmė, ligoninės lovų fondo panaudojimas (lovos užimtumas dienomis), lovų funkcionavimo rodiklis (lovos užimtumas proc.).

Vykdamas sveikatos reformą, stacionarinės sveikatos priežiūros įstaigos skatinamos taikyti naujas paslaugų organizavimo formas, susijusias su dienos epizodo paslaugų teikimu. Todėl numatoma vertinti, kurią iš išvykusių iš stacionaro skaičiaus dalį sudaro dienos ligoniai. Ligoninės rodiklis bus lyginamas su Lietuvos sveikatos informacijos centro kasmet pateikiamu rodikliu.

Įstaigos sveikatinimo procesui įtakos turi ir hospitalizuotų pacientų amžiaus struktūra, o ypač senyvo amžiaus, t.y. vyresnių nei 75 m. pacientų dalis. Šis rodiklį pavadiname ligoninės draugiškumu seniems žmonėms.

Siekiant efektyvaus resursų panaudojimo, siektina, kad pacientui per optimaliai trumpą laiką būtų nustatyta diagnozė ir paskirtas reikalingas gydymas. Numatoma atsitiktinio pasirinkimo būdu peržiūrėti 50 įstaigoje gydytų pacientų ligos istorijų ir nustatyti gydymo paskyrimo per vieną dieną nuo atvykimo dažnį.

Iš stacionarų ateityje tikimasi ir platesnio informacinių technologijų panaudojimo. Tai gali būti specialistų konsultacijų užsakymas, pacientų registracija, laboratorinių tyrimų atsakymų perdavimas, radiologinių tyrimų elektroninėje laikmenoje perdavimas ir archyvavimas, elektroninės ligos istorijos sukūrimas. Įstaigos skatinamos diegti informacines technologijas.

Skatinamas ir naujų gydymo metodų taikymas.

Daugelyje užsienio šalių kreipiamas didelis dėmesys į hospitalinių (atsirandančių dėl buvimo stacionare) infekcijų valdymą. Dėl hospitalinių infekcijų patiriami dideli nuostoliai – tai ir pacientų mirtys, ir išaugę gydymo kaštai.

Pragulų registravimas – dar viena problema, į kurią ir užsienio šalyse atkreipiamas didelis dėmesys. Pragulų skaičių galima sumažinti, kryptingai taikant prevencines priemones ir gerinant pacientams teikiamų slaugos paslaugų kokybę.

Visame pasaulyje susirūpinta pacientų saugos klausimais. Įvedus nepageidaujamų įvykių registravimo sistemą, analizuojant šio reiškinio priežastis ir imantis prevencinių priemonių, galima sumažinti žmonių praradimus dėl šios priežasties. Į nepageidaujamų įvykių (klaidų) sąvoką įeina netinkamas medikamentų skyrimas, chirurgijos klaidos, kraujo perpynimo klaidos ir kiti nenumatyti atvejai. Hospitalinių infekcijų atvejus siūlome išskirti atskirai.

Parinkti šie proceso rodikliai:

- Informacijos pateikimas pacientui;
- Pacientų apklausos, pacientų nuomonė;
- Paciento teisių gynimas;
- E-sveikata; informacinių technologijų diegimas
- Vidutinė paciento gulėjimo stacionare trukmė (terapijos, chirurgijos ir kt. profiliams)
- Ligoninės lovų fondo panaudojimas;
- Lovos funkcionavimo rodiklis;
- Dienos chirurgijos dalis chirurgijos profilio paslaugų kontekste;
- Gydytojų paskyrimas per vieną dieną nuo atvykimo;
- Įstaigoje hospitalizuotų pacientų vyresnių nei 75 m. dalis (įstaigos draugiškumas seniems žmonėms);
- Naujų gydymo metodų taikymas;
- Nepageidaujamų įvykių (klaidų) registravimas;
- Hospitalinių (ligoninėje įgytų) infekcijų registravimo sistema;
- Pragulų registravimas.

Rezultato rodiklių parinkimas

Vartotojų sveikatos indekso 2008 m. apibendrinime teigiama, kad Lietuva yra padariusi pažangą, ypač pacientų teisių ir informavimo srityse. Tačiau dar daug reikia nuveikti, siekiant pagerinti rezultato rodiklius.

Vieni iš svarbiausių rezultato rodiklių – tai didžiąją dalį gyventojų mirtingumo struktūroje sudarančių susirgimų mirtingumo rodikliai. Ypač tai pasakytina apie sirgusiųjų miokardo infarktu mirtingumą. Kai kuriose šalyse (pvz., Olandijoje) vertinamas ne tik stacionarinis, bet ir mirtingumas nuo miokardo infarkto po 28 d. nuo hospitalizacijos.

Sveikatos paslaugų kokybės gerinimo rezervas yra ir pakartotinių operacijų ir pakartotinių hospitalizacijų skaičius.

Kaip jau minėta anksčiau, Lietuvoje ligoninės skiriasi pagal savo teikiamų paslaugų struktūrą, apimtį ir kitus parametrus. Tiksliau veiklą charakterizuotų ne tik bendri visoms ligoninėms rodikliai, o ir kai kurie specifiniai kiekvienai įstaigai rodikliai. Norėdami paskatinti įstaigų iniciatyvą, rekomenduosime įstaigoms pačios nustatyti bent du rodiklius, kurie, jų manymu, parodytų ligoninės veiklos ypatumus.

Parinkti šie rezultato rodikliai;

- Sirgusių miokardo infarktu mirtingumas;
- Sirgusių insultu mirtingumas;
- Hospitalinių (ligoninėje įgytų infekcijų) dažnis;
- Pakartotinės hospitalizacijos (<28 d.) rodiklis;
- Pakartotinos operacijos;
- Įstaigos pasirenkami specifiniai veiklai rodikliai.

4.5. INFORMACIJOS ŠALTINIAI

Informacijos šaltinių, iš kurių gaunami duomenys reikalingi ligoninių vertinimo rodiklių apskaičiavimui, yra keletas.

Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie LR sveikatos apsaugos ministerijos (VASPVT), atlieka įstaigų ir specialistų licencijavimą, vertina jų atitikimą nustatytiems reikalavimams. Šioje institucijoje yra duomenys apie licencijas, jų galiojimo terminus, teikiamų paslaugų profilius. Todėl visa reikalinga informacija apie įstaigų ar darbuotojų licencijas yra prieinama VASPVT.

Daug duomenų pateiktų pačios įstaigos – ši informacija gali būti pateikiama metinėse ataskaitose. Tai būtų tokio pobūdžio informacija, kaip kokybės vadybos sistemų diegimo būklė ir planai, darbuotojų skaičius ir darbuotojų poreikis, įstaigos draudimas civilinės atsakomybės draudimu, detalesnė informacija apie paslaugų teikimo rezultatus (lovos funkcionavimo rodikliai, vidutinė gulėjimo trukmė, konkrečių paslaugų apimtys, mirtingumo rodikliai).

Kaip informacijos šaltinis yra ir Lietuvos sveikatos informavimo centras prie LR sveikatos apsaugos ministerijos, į kurią suplaukia medicinos statistinė informacija iš visų šalies sveikatos priežiūros įstaigų. Pasinaudojant šios institucijos didele duomenų baze, galime palyginti bet kurios sveikatos priežiūros įstaigos veiklos rodiklius su šalies vidurkiais.

Patikima duomenų bazė – SVEIDRA. Tačiau pasinaudoti šios duomenų bazės duomenimis labai sudėtinga, nes nėra laisvo priejimo.

Yra ir tokių rodiklių, kuriuos apskaičiuoti reikia papildomai - pavyzdžiui, gydymo paskyrimas per vieną dieną nuo atvykimo. Šiam rodikliui apskaičiuoti numatoma atsitiktinio pasirinkimo būdu įvertinti įrašus 50-yje ligos istorijų. Darbą atliktų ekspertų komanda.

Pacientų nuomonės įvertinimui reikalingas papildomas tyrimas - reikalinga atlikti pacientų apklausą. Pacientų apklausas atlieka ir jų rezultatus apibendrina pačios sveikatos

priežiūros įstaigos. Kai kurių klausimų išsiaiškinimui pacientų apklausą ir jos rezultatų analizę gali atlikti ir ekspertų komanda.

Siūlomas ligoninių paslaugų kokybės vertinimo modelis – 2 lentelėje, kurioje nurodoma rodiklio grupė, rodiklio pavadinimas, rodiklio apibūdinimas, įvertinimo balais apibūdinimas, informacijos šaltinis.

Kiekvienais metais rodikliai turėtų būti peržiūrimi, patikslinami, jei reikia – ir pakeičiami.

Ateityje galėtų būti įtraukiami šie rodikliai:

1. Paciento laukimo laiko vidurkis, kol pacientas pakviečiamas į operacinę.
1. Pragulų dažnis.
2. Netinkamos chirurgijos atvejai: ne tas pacientas, ne ta pusė, palikti svetimkūniai.
3. Minimaliai invazyvių procedūrų santykis su invazyviomis procedūromis
4. Naudos už įdėtus pinigus rodiklis.
5. Reanimacijos lovų skaičius.

2 lentelė. Lietuvos ligoninių teikiamų paslaugų kokybės vertinimo modelis

Rodiklio grupė	Rodiklio pavadinimas	Rodiklio apibūdinimas	Balai 3	Balai 2	Balai 1	Duomenų surinkimo šaltinis	Ivertinimas (balais)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.Struktūros rodikliai							
	1.1. Ištaigos licencija	Pagal LR galiojančius įstatymus – ištaigos veiklai yra būtina licencija	Ištaigos galiojanti licencija, veikla vykdoma pagal licencijoje nurodytus veiklos profilius	Ištaiga turi galiojančią licenciją. Yra teikiamų paslaugų, kurios neįrašytos į licenciją	Ištaigos licencija negalioja	VASPVT	
	1.2. Gydytojų licencija	Gydytojo veiklai yra būtina licencija	Visi gydytojai turi galiojančias licencijas	Iki 2 proc. gydytojų licencija negaliojanti	>2 proc. gydytojų licencija negaliojanti	VASPVT	
	1.3. Slaugytojų licencija	Slaugytojų veiklai yra būtina licencija	Visos slaugytojos turi galiojančias licencijas	Iki 3 proc. slaugytojų licencija negaliojanti	>3 proc. slaugytojų licencija negaliojanti	VASPVT	

1	2	3	4	5	6	7	8
	1.4. Ligoninės veiklos atitikimas valstybiniam restruktūrizavimo planams	Patvirtintas įstaigų restruktūrizavimo planas	Vykdo restruktūrizavimo planus	Vėluojama įgyvendinti numatytus planus	Veikla vykdoma neatsižvelgiant į planus	Įstaigos ataskaita (metinė); Ekspertų komanda	
	1.5. Ilgalaikio strateginio plano turėjimas	Įstaigoje patvirtintas ilgalaikiis strateginis planas (5-10 metų)	Įstaiga turi strateginį planą	Įstaiga rengia strateginį planą	Įstaiga strateginio plano neturi ir nerengia	Įstaigos ataskaita (metinė)	
	1.6. kokybės vadybos sistemos įdiegimas	Pagal LR SAM įsakymą SP įstaigos privalo diegti KV sistemas	KV sistemos idiegiama patvirtinantis sertifikatas	KVS diegiama, planuojama sertifikuoti per artimiausius 12 mėn.	KVS diegiama, sertifikuoti neplanuojama	Įstaigos ataskaita (metinė)	
	1.7. Gydytojų sk./ 100 lovų	Gydytojų skaičius, tenkantis 100 lovų. Skaičiuojami visi gydytojų etatai (su konsultantais), į bendrą stacionaro lovų skaičių neįskaičiuojamos naujagimių fiziologinės lovos	Viršija Lietuvos vidurkį	Atitinka Lietuvos vidurkį	Mažiau Lietuvos vidurkio	Įstaigos ataskaita (metinė); www.lsic.lt	

1	2	3	4	5	6	7	8
	1.8. Slaugytojų sk. /100 lovų	Slaugytojų skaičius, tenkantis 100 lovų. Skaičiuojami visi slaugytojų etatai, į bendrą stacionaro lovų skaičių neįskaičiuojamos naujagimių fiziologinės lovos	Viršija Lietuvos vidurki	Atitinka Lietuvos vidurki	Mažiau Lietuvos vidurkio	Įstaigos ataskaita (metinė); www.lsic.lt	
	1.9. Personalo išteklių (darbuotojų trūkumas)	Rodiklio ribas nustato ekspertai pagal įstaigos dydį, profilius, pagalbos sudėtingumą	Mažas	Vidutinis	Didelis	ekspertai	
	1.10. Įstaigos draudimas	Įstaiga privalo turėti Privalomąjį civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą draudimą (PCAPPŽ draudimas)	Įstaiga turi PCAPPŽ draudimą ir papildomą (savanorišką) civilinės atsakomybės draudimą	Įstaiga turi PCAPPŽ draudimą	Įstaiga neturi PCAPPŽ draudimo	Ataskaita (metinė)	

1	2	3	4	5	6	7	8
2. Proceso rodikliai							
2.1. Informacijos pateikimas pacientui	Informacijos pateikimas pacientui, panaudojant informacines technologijas	Įstaigos interneto svetainėje bendro pobūdžio informacija apie įstaigą, bei galimybė palyginti įstaigos rezultatus su kitomis	Įstaigos interneto svetainėje bendro pobūdžio informacija apie įstaigą, galimybės palyginti įstaigos rezultatus su kitomis	Įstaigos interneto svetainėje bendro pobūdžio informacija apie įstaigą, galimybės palyginti įstaigos rezultatus su kitomis	Įstaiga neturi interneto svetainės	Įstaigos ataskaita (metinė); Ekspertai	
2.2. Pacientų apklausų vykdymas, nuomonės vertinimas,	Įstaigose turi būti vykdoma pacientų apklausa	Vykdomos pacientų apklausos >1 karto per metus, apklausiama >200 pacientų	Vykdomos pacientų apklausos >1 karto per metus, apklausiama >200 pacientų	Vykdomos pacientų apklausos 1 kartą per metus, apklausiama ≤200 pacientų	Pacientų apklausos nevykdomos	Įstaigos ataskaita (metinė)	
2.3. Pacientų nuomonė: paslaugų kokybės vertinimas	Apklauso rezultatas lyginamas su šalies gyventojų nuomonės duomenimis	L. gerai paslaugų kokybę vertina >58 proc. apklaustųjų	L. gerai paslaugų kokybę vertina >58 proc. apklaustųjų	L. gerai paslaugų kokybę vertina 57-58 proc. apklaustųjų	L. gerai paslaugų kokybę vertina <57 proc. apklaustųjų	Apklausa	
2.4. Paciento teisių gynimas	Kiek pacientai žino savo teises	> 20 proc. žino teises	19-20 proc. žino teises	< 19 proc. žino teises	Apklausa	Apklausa	

1	2	3	4	5	6	7	8
	2.5. E-sveikata: informacinių technologijų diegimas	Pacientų registracija; Tyrimų atsakymų perdavimas, Technologijos radiologijoje, E ligos istorija ir kt.	Įdiegta ≥ 3 punktu	1-2 punktai	Nėra įdiegta	Įstaigos ataskaita (metinė)	
	2.6. Vidutinė paciento gulėjimo trukmė	Lovadienių skaičius, tenkantis vienam išrašytam pacientui	Bendr ≤8 Chirurg Terap	Bendr >8, ≤12 Chirurg Terap	Bendr > 12 d. Chirurg Terap	Įstaigos ataskaita (metinė)	
	2.7. Ligoninės lovų fondo panaudojimas	Lovos funkcionavimo rodiklio išraiška proc.	≥ 90 proc.	89 – 70 proc.	< 69 proc.	Įstaigos ataskaita (metinė)	
	2.8. Lovos funkcionavimo rodiklis	Parodo, kiek dienų per metus stacionaro lova buvo užimta	≥ 320 d.	<320, tačiau ≥280	<280 d.	Įstaigos ataskaita (metinė)	
	2.9. Dienos chirurgijos dalis chirurgijos profilio paslaugų kontekste	Ekspertų komanda vertina atitikimą šalies vidurkiui	Dienos pacientų dalis didesnė nei šalies vidurkis	Atitinka šalies vidurkį	Dienos pacientų dalis mažesnė nei šalies vidurkis	Įstaigos ataskaita (metinė), ekspertai	
	2.10. Dienos stacionaro dalis visų stac paslaugų kontekste	Duomenys lyginami su šalies vidurkiu (LSIC)	Dienos pacientų dalis didesnė nei šalies vidurkis	Atitinka šalies vidurkį	Dienos pacientų dalis mažesnė nei šalies vidurkis	Įstaigos ataskaita (metinė)	

1	2	3	4	5	6	7	8
	2.1. Gydymo paskyrimas per 1 dieną nuo atvykimo	Skaičiuojama neoperuotiems pacientams	≥75 proc. atvejų	<75, ≥60 proc. atvejų	<60 proc. atvejų	Atsitiktinio pasirinkimo būdu 50 ligos istorijų	
	2.12. Ligoninės draugiškumas seniems žmonėms	Hospitalizuotų vyresnių nei 75 m. pacientų dalis	Daugiau šalies vidurkio	Atitinka šalies vidurkį	Mažiau šalies vidurkio	Įstaigos ataskaita (metinė)	
	2.13. Naujų gydymo metodų taikymas	Pradėtų taikyti naujų metodų sk. kalendoriniais metais	>2	2	1	Įstaigos ataskaita (metinė)	
	2.14. Nepageidaujamų įvykių (klaidų) registravimas	Nepageidaujam i įvykiai (klaidos): netinkamas medikamentų skyrimas, chirurgijos klaidos, kraujo transfuzijos reakcijos	Įstaigoje yra nepageidaujamų įvykių registravimo sistema, registruojama ≥3 rodiklių	Įstaigoje diegiama nepageidaujamų įvykių registravimo sistema	Nepageidaujami įvykiai neregistruojami	Įstaigos ataskaita (metinė)	
	2.15. Hospitalinių (ligoninėje igytų) infekcijų valdymas	Ligoninės turi parengti ir patvirtinti infekcijų valdymo sistemas	Ligoninėje yra patvirtinta ir įdiegta hospitalinių infekcijų valdymo sistema	Ligoninėje yra patvirtinta ir hospitalinių infekcijų valdymo sistema, tačiau nevykdoma	Ligoninėje nėra patvirtintos hospitalinių infekcijų valdymo sistemos.	Įstaigos ataskaita (metinė).	

1	2	3	4	5	6	7	8
	2.16. Pragulų registravimas	Skaičiuojami atvejai, kai pragalos atsirado stacionare	Ištaigoje yra patvirtinta pragalų registravimo tvarka ir užtikrinta registravimo kontrolė	Ištaigoje yra patvirtinta pragalų registravimo tvarka, tačiau reguliarios kontrolės nėra	Ištaigoje nėra patvirtintos pragalų registravimo tvarkos	Ištaigos ataskaita (metinė)	
	2.17. Neformalus personalo mokymas	Ištaigoje gali būti rengiamos konferencijos, seminarai ir kitos neformalaus mokymo formos, kur dalyvauja patys ištaigos darbuotojai	Vykdomas, per metus surengiama daugiau 2 konferencijų	Vykdomas, per metus surengiama 1-2 konferencijos	nevykdomas	Ištaigos ataskaita (metinė)	
3.	Rezultato rodikliai						
	3.1. Mirtingumas sirgusiųjų MI	Rodiklis yra papildomai išskaičiuojamas; LSIC pateikia mirtingumą 100000 gyvent..	Mirtingumas mažesnis, nei Lietuvos vidurkis	Atitinka Lietuvos vidurkį	Mirtingumas didesnis, nei Lietuvos vidurkis	Ištaigos ataskaita (metinė); Ekspertų apibendrinimas	
	3.2. Mirtingumas sirgusių nuo MI po 28 (30)d. nuo hospitalizavimo	Rodiklių papildomai apskaičiuoti	Mirtingumas mažesnis, nei Lietuvos vidurkis	Atitinka Lietuvos vidurkį	Mirtingumas didesnis, nei Lietuvos vidurkis	LSIC, ekspertai	

1	2	3	4	5	6	7	8
	3.3. Mirtingumas sirgusiųjų insultu	Rodiklių papildomai apskaičiuoti	Mirtingumas mažesnis, nei Lietuvos vidurkis	Atitinka Lietuvos vidurkį	Mirtingumas didesnis, nei Lietuvos vidurkis	Įstaigos ataskaita (metinė); Ekspertų apibendrinimas	
	3.4. Hospitalinės infekcijos: kokią dalį sudaro MRSA atvejai proc.	Antibakteriniams vaistams atsparios formos	Žemiau Lietuvos vidurkio	Atitinka Lietuvos vidurkį (21,1 proc.)	Aukščiau Lietuvos vidurkio	Įstaigos ataskaita (metinė)	
	3.5. Pakartotinės hospitalizacijos (< 28 d.) rodiklis	Pacientų, kurie hospitalizuoti pakartotinai per 28 d. po išsirašymo, dalis	Mažesni nei statistinis šalies vidurkis	Atitinka šalies vidurkį	Viršija šalies vidurkį	Įstaigos ataskaita (metinė)	
	3.6. Pakartotinos operacijos	Vertinama pagal praeitų metų statistinį vidurkį šalyje	Mažesni nei statistinis šalies vidurkis	Atitinka šalies vidurkį	Viršija šalies vidurkį	Įstaigos ataskaita (metinė)	
	3.7. Įstaigos pasirenkamas specifinis rodiklis I	Įstaiga pati pasirenka savo veiklai specifinį rodiklį. (pvz., vaikų sergamumas, perinatalinis mirtingumas, kt.)	Nustato įstaiga	Nustato įstaiga	Nustato įstaiga	Įstaigos ataskaita (metinė)	
	3.8. Įstaigos pasirenkamas specifinis rodiklis II	„ - “	Nustato įstaiga	Nustato įstaiga	Nustato įstaiga	Įstaigos ataskaita (metinė)	

4.6. RODIKLIŲ VERTINIMAS

Visi rodikliai vertinami trijų balų sistema:

- 3 balai – rodiklio požymis stipriausiai išreikštas arba labiausiai atitinka nustatytus reikalavimus;
- 2 balai - rodiklio požymis vidutiniškai išreikštas arba dalinai atitinka nustatytus reikalavimus;
- 1 balas - rodiklio požymis silpnai išreikštas arba neatitinka nustatytų reikalavimų.

Lyginamos tarpusavyje gali būti tik analogiškų grupių ligoninės.

Ligoninės gali būti labai skirtingos pagal savo dydį (vertinamas lovų skaičius). Yra ligoninių, pavyzdžiui Vilniaus universitetinė slaugos ligoninė, turinčių apie 100 lovų. Tuo tarpu didžiosios daugiaprofilinės universitetų ligoninės, pavyzdžiui, Viešoji įstaiga Vilniaus universiteto ligoninė „Santariškių klinika“ turi virš tūkstančio lovų.

Ligoninės gali būti daugiaprofilinės, t.y. tokios, kuriose teikiamos daugelio profilių sveikatos paslaugos (minėta ligoninė „Santariškių klinikos“) arba teikiamos tik nedaugelio profilių ar specializuotos paslaugos: slaugos ir ilgalaikio gydymo ligoninės, reabilitacijos ligoninės, infekcinių ligų ligoninės, Onkologijos institutas.

Pagal teikiamų paslaugų apimtį ir sudėtingumą, ligoninės yra savivaldybių, apskričių, respublikinės ligoninės. Didžiųjų miestų savivaldybių ligonines reikia išskirti į atskirą grupę.

Taigi, ligonines galima suskirstyti į tokias grupes:

- savivaldybių ligonines (išskyrus didžiųjų miestų ligonines);
- didžiųjų miestų savivaldybių ligonines;
- apskričių ligoninės;
- universitetų ligoninės;
- slaugos ir ilgalaikio gydymo ligoninės bei reabilitacijos ligoninės;
- specializuotos ligoninės.

Ligoninės, neatitinkančios struktūrinių reikalavimų, nevertintinos, pavyzdžiui, Vilniaus apskrities administracijos pavaldumo VšĮ Sapiegos ligoninė (nors ir apskrities pavaldumo, ligoninėje teikiamos tik keleto profilių paslaugos, mažas lovų skaičius).

Ligonines pagal suskirstymą į minėtas grupes lyginant tarpusavyje, rezultatų registravimui siūloma naudoti lenteles (3 lentelė).

4.7. MODELIO ĮGYVENDINIMAS

Norint įgyvendinti ligoninių vertinimo idėją, panaudojant pasiūlytą ligoninių vertinimo modelį, reikalinga žmonių grupė (ar ekspertų komanda), kuri atliktų kai kuriuos vertinimo veiksmus bei koordinuotų visą vertinimo procesą.

Ši funkcija galėtų būti priskirta panašaus pobūdžio veiklą jau vykdančioms institucijoms, turinčioms reikiamą struktūrą ir resursus, t.y., - Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai, turinčiai įstaigų vertinimo skyrių ar Valstybinei ligonių kasai, turinčiai paslaugų analizės, paslaugų ekspertizės, metodinio vadovavimo ir kontrolės bei kokybės vadybos skyrius. Esant galimybei, galėtų būti sukurtas padalinys vienoje iš minėtų institucijų ligoninių (ateityje ir kitų sveikatos priežiūros įstaigų) paslaugų kokybei vertinti. Tiek vienu, tiek kitu atveju, ligoninių vertinimo procesas būtų institucionalizuotas.

4.8. MODELIO APRIBOJIMAI

Siekiant modelį panaudoti kuo efektyviau, svarbu suprasti modelio galimybes ir apribojimus.

Visų pirma, labai svarbi yra gaunamos vertinimui informacijos kokybė. Turint netikslią informaciją, vertinimo rezultatas būtų labai netikslus ir iškreiptas.

Apribojimus sudaro ir tai, kad lyginti tarpusavyje galime tik panašios struktūros ir paslaugų organizavimo lygmens ligonines.

Atliekant vertinimą, reikalingi kai kurie papildomi tyrimai, apskaičiavimai.

Kaip jau minėta, įgyvendinimui reikalingos papildomos pastangos, turi būti numatyta struktūra ir resursai.

Modelis turi atitikti nuolat besikeičiančių aplinkybių reikalavimus, todėl jam reikalingas nuolatinis tobulinimas.

3 lentelė. Ligoninių rodiklių palyginimo lentelė

Rodiklio grupė	Rodiklis	Ligoninė 1	Ligoninė 2	Ligoninė 3	Ligoninė 4	Ligoninė 5	Ligoninė 6	Ligoninė 7	Ligoninė 8	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Struktūros rodikliai	Ištaigos licencija									
	Gydytojų licencija									
	Slaugytojų licencija									
	Ligoninės veiklos atitikimas valstybiniam restruktūrizavimo planams									
	Ilgalaikio strateginio plano turėjimas									
	KVS įdiegimas									
	Gydytojų sk./ 100 lovų									
	Slaugytojų sk. /100 lovų									
	Personalo išteklių (darbuotojų trūkumas)									
	Ištaigos draudimas									
	Balų skaičius rodiklių grupėje									

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Proceso rodikliai	Informacijos pateikimas pacientui									
	Pacientų apklausų vykdymas									
	Pacientų nuomonė: paslaugų kokybės vertinimas									
	Paciento teisių gynimas									
	E sveikata: IT panaudojimas									
	Vidutinė pacientų gulėjimo trukmė									
	Ligoninės lovų fondo panaudojimas									
	Lovos funkcionavimo rodiklis									
	Dienos chirurgijos dalis chirurgijos profilio paslaugų kontekste									
	Dienos stacionaro dalis visų stacionaro paslaugų kontekste									
	Gydymo paskyrimas per 1 dieną nuo atvykimo									
	Vyresnių nei 75 m. hospitalizavimas									
	Naujų gydymo metodų taikymas									
	Nepageidaujamų įvykių (klaidų) registravimas									
	Hospitalinių infekcijų valdymo sistema									
Pragulų registravimas										
Balų skaičius rodiklių grupėje										

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Rezultato rodikliai	Mirtingumas sirgusiųjų MI									
	Mirtingumas sirgusiųjų nuo MI po 1 mėn. nuo hospitalizacijos									
	Mirtingumas sirgusiųjų insultu									
	Mirtingumas nuo mažos rizikos intervencijų:									
	Hospitalinių infekcijų (atsparių formų) dažnumas									
	Pakartotinės hospitalizacijos (< 28 d.) rodiklis									
	Pakartotinos operacijos									
	Įstaigos pasirenkamas specifinis rodiklis I									
	Įstaigos pasirenkamas specifinis rodiklis II									
Bendras balų skaičius										
Vieta										

4.9. MODELIO TOBULINIMAS

Modelio nuolatinio tobulinimo užtikrinimui kiekvienais metais numatomas rodiklių peržiūrėjimas. Ekspertų komandos vertinimu, nepasiteisinę rodikliai gali būti išbraukiami ar koreguojami, nauji rodikliai įvedami.

Lietuvos ligoninių paslaugų kokybės vertinimo modelio sudarymui panaudojant visuotinę kokybės vadybos bei „Vartotojų sveikatos indekso“ metodologinius principais, užbaigiamas pirmasis modelio sudarymo etapas.

Antrajame etape numatoma pritaikyti subalansuotų rodiklių sistemos principus.

APIBENDRINIMAS:

Ligoninių kokybės vertinimas – paslaugų kokybės gerinimo priemonė.

Lietuvoje nėra patvirtintų kokybės rodiklių. Aukščiau pasiūlytas modelis gali pasitarnauti kaip ligoninių vertinimo įrankis.

Siūlomas kokybės vertinimo modelis, kuris gali būti taikomas kaip instrumentas Lietuvos ligoninių kokybei vertinti ir gerinti.

PASIŪLYMAI:

1. Išbandyti siūlomą ligoninių kokybės vertinimo modelį, pradžioje jį naudojant keliose savivaldybių pavaldumo ligoninėse.
2. Modelio taikymo funkciją pavesti jau esančioms institucijoms, turinčioms sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kontrolės, kokybės vadybos padalinius.

IŠVADOS IR PASIŪLYMAI

IŠVADOS:

1. Ligoninių kokybės samprata Lietuvoje nėra pakankamai išvystyta, pradedant nuo ligoninės apibrėžimo ir baigiant kokybės rodiklių nustatymu, todėl tai yra esminis trūkumas ateities vystymosi prielaidoms nustatyti.
2. Tiek Europos, tiek kitose užsienio šalyse yra naudojamas įstaigų vertinimas, bei kai kur ir reitingavimas. Ši informacija yra prieinama panaudoti ir sudaro galimybę pasirinkti įstaigą bei gydytoją.
3. Lietuvoje nėra patvirtintų kokybės rodiklių
4. Lietuvoje prasideda pirmieji bandymai vertinti sveikatos įstaigas bei sudaryti pacientams galimybę gauti informaciją apie įstaigas bei gydytojus, tačiau nėra sisteminio modelio.
5. Siūlomas ligoninės kokybės vertinimo modelis, kuris gali būti taikomas kaip instrumentas Lietuvos ligoninių kokybei gerinti pagal struktūros, proceso ir rezultato vertinimo rodiklių grupes.

PASIŪLYMAI:

3. Išbandyti siūlomą ligoninių kokybės vertinimo modelį, pradžioje jį naudojant keliose savivaldybių pavaldumo ligoninėse.
4. Bendradarbiauti su internetinės svetainės Pincetas.lt rengėjais, siekiant greičiau įdiegti ligoninių vertinimo modelį.
5. Pritaikyti modelį nacionaliniu mastu, paskiriant atsakinga už jo įgyvendinimą įmonę (VLK, VASPVT).

PRIEDAI

1. Ligoninių istorinė evoliucija.
2. Kai kurių stacionaro rodiklių apibrėžimai.
3. Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigos, turinčios sertifikuotą kokybės vadybos sistemą (2008 m.).
4. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo rodikliai.
5. ES: visuomeninės einamosios išlaidos stacionariai sveikatos priežiūrai, procentas nuo visuomeninių einamųjų išlaidų sveikatai, 2005 m.
6. ES šalys: išlaidų sveikatinimo veiklai palyginimas, 2005 m.
7. ES šalys: hospitalizacijų skaičius 100 gyventojų. 1980-2005 m.
8. ES šalys: vidutinė gulėjimo ligoninėse trukmė (dienomis) 1980-2005 m.
9. ES šalys: ligoninių lovų skaičius 100000 gyventojų, 2005 m.
10. Lietuvos ir Europos Sąjungos šalių sveikatos priežiūros kai kurių efektyvumo rodiklių palyginimas.
11. Saugos indikatorių pavyzdžiai JAV.
12. Pacientų saugos indikatoriai (Prancūzija).
13. Europos vartotojų sveikatos indeksas, 2008 m. gruodis 18 d.
14. Vartotojų sveikatos indeksas.
15. Interneto svetainė Pincetas.lt.

4 lentelė. Ligoninių istorinė evoliucija

Ligoninės vaidmuo	Laikotarpis	Apibūdinimas
Sveikatos priežiūra	VII amž.	Bizantijos imperija; graikų ir arabų teorijos apie ligas
Slauga, dvasinė priežiūra	X – XVII amž.	Ligoninėms suteikiami religiniai pamatai
Infekcinėmis ligomis sergančiųjų izoliavimas	XI amž.	Sergančiųjų infekcinėmis ligomis pvz., raupsais, slaugymas
Sveikatos paslaugos vargšams	XVII amž.	Filantropinės ir valstybinės institucijos
Medicininė priežiūra	XIX amž. pabaiga	Medicinos paslaugos ir chirurgija; didelis mirtingumas
Chirurgijos centrai	XX amž. pradžia	Technologiniai ligoninių pokyčiai; vidurinės klasės pacientų padaugėjimas; padalinių, teikiančių nestacionarines paslaugas, išplitimas
Į ligonines orientuota sveikatos sistema	XX amž. 6-as dešimtmetis	Didelės ligoninės, technologijų šventovės
Rajoninės bendrosios ligoninės	XX amž. 8-as dešimtmetis	Rajoninių ligoninių pakilimas; vietinės, antrinės ir tretinės ligoninės
Aktyvaus gydymo ligoninės	XX amž. 10-as dešimtmetis	Aktyvi trumpo hospitalizavimo pagalba
Ambulatorinės chirurgijos centrai	XX amž. 10-as dešimtmetis	Dienos paslaugų išplitimas; minimaliai invazyvios chirurgijos išplitimas

ŠALTINIS: M.McKee, J.Healy "Hospitals in a changing Europe", 2002.

KAI KURIŲ STACIONARO RODIKLIŲ APIBRĖŽIMAI

1. Stacionarinės pagalbos apimties (hospitalizacijos) rodiklis – tai atvykusių į stacionarą pacientų skaičius per metus, tenkantis 1 000-čiui gyventojų:

_____ x 1 000

Vidutinis metinis gyventojų skaičius

2. Lovos funkcionavimo rodiklis - parodo, kiek dienų per metus stacionaro lova užimta. Skaičiuojamas:

vidutinis metinis lovų skaičius

3. Vidutinė ligonio gulėjimo ligoninėje (skyriuje) trukmė dienomis:

išrašytų ligonių skaičius

4. Lovos apyvartos rodiklis parodo, kiek vidutiniškai vienoje stacionaro lovoje gulėjo ligonių per metus. Skaičiuojamas:

vidutinis lovų skaičius

5. Stacionarinis letalumo (mirštamumo) rodiklis (proc.):

_____ x 100

išrašytų ligonių skaičius

6. Stacionaro letalumo dėl tam tikros ligos (priežasties) rodiklis (proc.):

_____ x100

išrašytų dėl tam tikros ligos (priežasties) ligonių skaičius

LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOS, TURINČIOS SERTIFIKUOTĄ KOKYBĖS VADYBOS SISTEMĄ (2008 M.)

Iš viso – 34 įstaigos:

- Ligoninės
 - Vilniaus greitosios pagalbos universitetinė ligoninė
 - Vilniaus miesto universitetinė ligoninė
 - Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinika
 - Sapiegos ligoninė
 - Vilniaus M.Marcinkevičiaus ligoninė
 - Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė
 - Kauno Raudonojo Kryžiaus klinikinė ligoninė
 - Kauno apskrities ligoninė
 - Žiegždrių psichiatrijos ligoninė
 - Klaipėdos Jūrininkų ligoninė
 - Klaipėdos tuberkuliozės ligoninė
 - K. Griniaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė
 - Šiaulių ligoninė
 - Likėnų reabilitacijos ligoninė
 - Abromiškių reabilitacijos ligoninė
 - Palangos vaikų reabilitacijos sanatorija „Palangos Gintaras”
 - Vilniaus universiteto vaikų ligoninės Utenos reabilitacijos Centras
 - Valakupių reabilitacijos centras
- Ambulatorinės įstaigos
 - Vilniaus Šeškinės poliklinika
 - Kauno Šančių poliklinika
 - Kauno Šilainių poliklinika
 - Kauno Dainavos poliklinika
 - Klaipėdos Jūrininkų PSP
 - UAB Šilainių šeimos sveikatos centras
 - UAB SK Impeks Medicinos diagnostikos centras
 - UAB Ortopedijos klinika
 - UAB „Ortopedijos centras”
 - AB „Ortopedijos technika”
 - A. Astrausko firma „Pirmas žingsnis”
 - A.M. Ramanauskienės įmonė „Ortopagalba”
 - UAB “Apex medicus”
 - Lietuvos ir Vokietijos UAB Kauno medicinos centras
 - UAB „GK klinika”
 - UAB „Ambulansas”

ŠALTINIS – D.Jankauskienė „Sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo rodikliai“, 2008.

D.Jankauskienė

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS VERTINIMO RODIKLIAI

Kokybės struktūriniai rodikliai

- Ar yra nacionaliniai profesinės kvalifikacijos standartai sveikatos priežiūros darbuotojams bei jų vykdymo kontrolės mechanizmai?
- Sveikatos priežiūros darbuotojų, turinčių bazinę profesinę kvalifikaciją bei įgūdžių teikti konkrečias pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, skaičius.
- Nacionalinių standartų materialinei bazei buvimas bei jų įdiegimo mechanizmai.
- Sveikatos priežiūros įstaigų, atitinkančių bazinius struktūrinius standartus, pagrįstus teiktinomis paslaugomis, skaičius.
- Aiškių nacionalinių standartų prioritetinėms sveikatos priežiūros paslaugoms buvimas.
- Sveikatos priežiūros įstaigų, kuriose einamosios diagnostikos ir gydymo gairės yra rašytinėje formoje, skaičius.
- Nacionalinės kokybės užtikrinimo programos, apimančios personalo mokymą ir kokybės sistemos kūrimo, stebėsenos ir gerinimo procedūras buvimas.

Efektvios kokybės užtikrinimo sistemos rodikliai

- Reguliarus techninių standartų peržiūrėjimas ir atnaujinimas;
- Efektyvūs būdai standartų perdavimui ir įdiegimui darbiniam lygmenyje;
- Veiklos procesus ir standartus palyginti leidžiančių metodų taikymas;
- Mokslo duomenimis pagrįstų problemų sprendimo būdų taikymas;
- Metodų, siekiančių įtraukti bendruomenę į sistemos kūrimo ir valdymo procesą, taikymas;
- Dalis sveikatos priežiūros įstaigų, **nepatyrusių** vaistų trūkumo per pastaruosius tris mėnesius;
- Dalis atvejų, kai įstaiga turėjo visus rekomenduotus vartoti vaistus.

Našumo rodikliai

- Ambulatorinių vizitų skaičius per vieną gydytojo darbo valandą (arba vienam gydytojui);
- Ambulatorinių vizitų skaičius per vieną slaugos specialisto darbo valandą (arba vienam slaugos specialistui);
- Ambulatorinio vizito ir personalo sąnaudų santykis (t.y. skyriaus personalo sąnaudos);
- Sąnaudos vienam ambulatoriniam vizitui (arba einamosios sąnaudos vienam ambulatoriniam vizitui);
- Vieno lovadienio sąnaudos (arba vienam paguldymui, arba vienam išrašymui);
- Iš privataus sektoriaus siųstų ambulatorinių vizitų skaičius;
- Procentinė privačių ligoninių lovų dalis bendrame ligoninių lovų skaičiuje;
- Procentinė personalo išlaidų dalis bendrojoje periodinių sveikatos išlaidų dalyje;
- Procentinė išlaidų vaistams ir priemonėms dalis bendrojoje periodinių sveikatos išlaidų dalyje;
- Slaugytojų skaičius vienam gydytojui;
- Slaugytojų skaičius vienai ligoninės lovai;
- Gydytojų skaičius vienai ligoninės lovai;
- Gydytojo, slaugos specialisto, techniko) atlyginimo ir atitinkamo privataus sektoriaus darbuotojo atlyginimo santykis;
- Ar valstybiniam sveikatos priežiūros darbuotojams atlyginimai sumokami laiku? (Taip/ne);

- Ar yra tinkamos paskatinimo priemonės valstybiniam sveikatos priežiūros darbuotojams? (Taip/ne);
- Procentinė išlaidų generiniams vaistams dalis bendrojoje išlaidų vaistams dalyje;
- Ar valstybinėje sveikatos priežiūros sistemoje naudojama baziniu sąrašų vaistų įsigijimui? (Taip/ne);
- Procentinė sveikatos biudžeto dalis, išleista visuomenės sveikatos paslaugoms;
- Procentinė išlaidų pirminei sveikatos priežiūrai dalis bendrojoje sąnaudų dalyje;
- Procentinė bendrųjų valstybės išlaidų vaistams dalis, skirta pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms;
- Ar mokesčius iš pacientų už paslaugas ima visos įstaigos? (Taip/ne);
- Ar pacientų mokamų paslaugų mokesčių apimtis padeda užtikrinti našumą? (Taip/ne);
- Ar siuntimo sistema efektyviai veikia? (Taip/ne);
- Vidutinė hospitalizacijos trukmė;
- Ligoninės lovų užimtumas;
- Procentinė dalis apdraustųjų, turinčių sveikatos draudimą

Proceso rodikliai

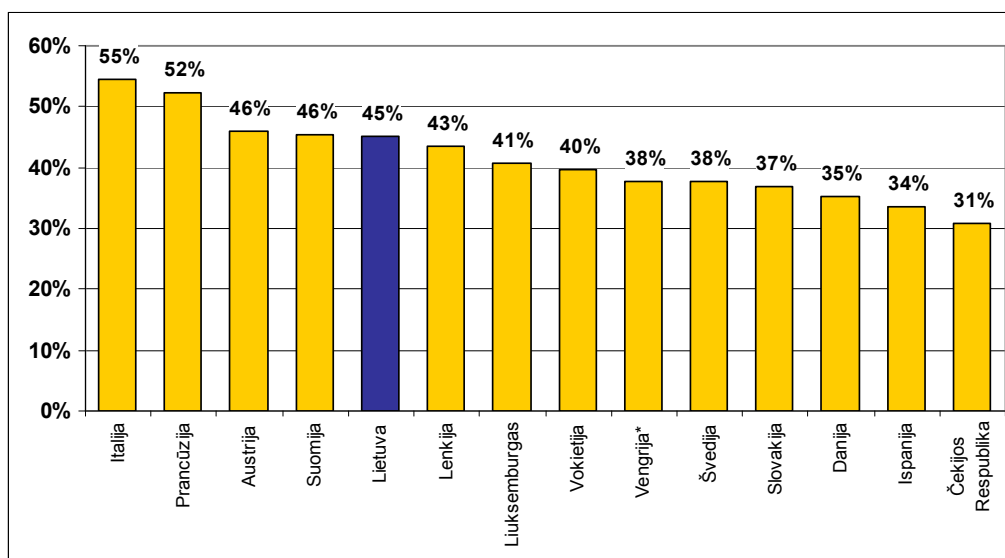
- PSP įstaigų, kuriose paslaugos yra visiškai integruotos, laikantis nacionalinių standartų, dalis;
- Dalis sveikatos priežiūros darbuotojų, kurių darbas yra laiku ir efektyviai kontroliuojamas, laikantis nacionalinės politikos normų;
- Dalis pacientų vizitų, kurių metu gautas gydymas atitiko nacionalinius diagnostikos ir gydymo taisykles (protokolus) bei kliento ir paslaugų teikėjo bendradarbiavimo gaires;
- Dalis siuntimų pagal nacionalines gaires ir standartus;
- Dalis klientų, žinančių ir suprantančių pagrindinius veiksmus, kurių reikia tam, kad gydymas būtų užbaigtas ir būtų išvengta tolesnių galimų susirgimų;
- Dalis klientų, pabaigiančių rekomenduotą gydymą (procentinė gydymo nebaigusių pacientų dalis);
- Klientų nuomonė.

Rezultatyvumo rodikliai

- Rezultatas apima sveikatos rodiklius, kurie gali būti atspindėti kiekybiniais ir kokybiniais rodikliais dinamikoje.
- Kiekybiniai rodikliai: sergamumas, ligotumas, mirtingumas, invalidumas atskiromis ligomis. Vidutinė laukiama gyvenimo trukmė naujagimystėje ir atitinkamais amžiaus periodais, vidutinė sveikatos, vidutinė gyvenimo trukmė be negalios, išvengtinių ligų rodiklis.
- Kokybiniai sveikatos rodikliai yra matuojami kokybiškai pragyventų metų trukme.

ŠALTINIS: D.Jankauskienė „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo rodikliai“, 2006

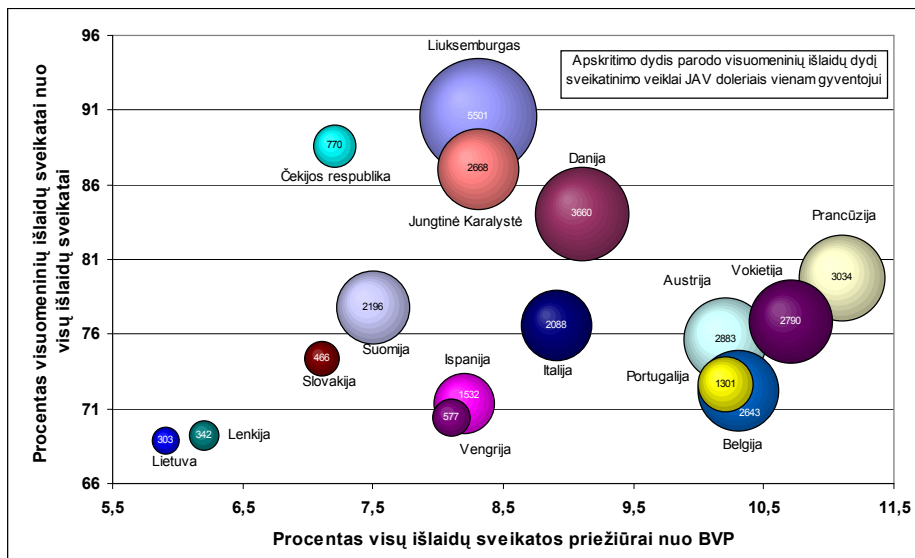
ES šalys: visuomeninės einamosios išlaidos stacionariai
sveikatos priežiūrai, procentas nuo visuomeninių einamųjų
išlaidų sveikatai, 2005 m.**



* - 2004 metai

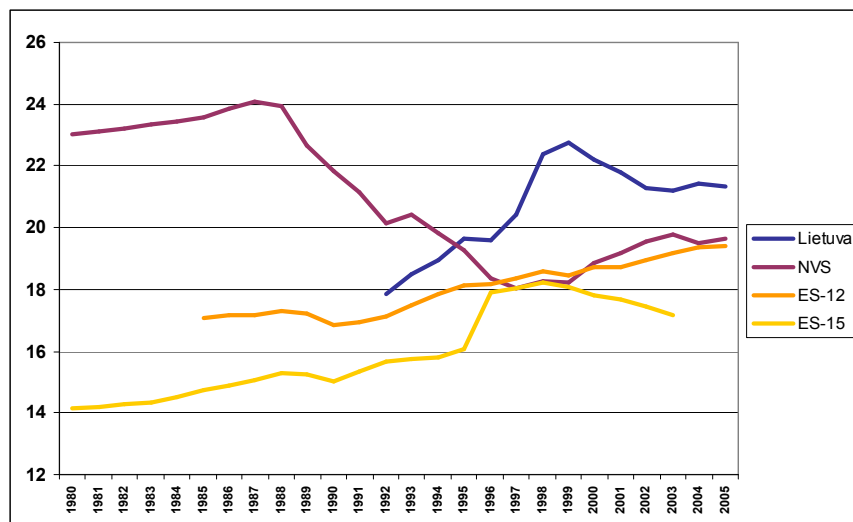
** - įskaitant išlaidas stacionariai slaugai, reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui
OECD Health Data, 2007; VLK duomenys perskaiciuoti pagal 2005 m JAV dolerio/lito kursą

ES šalys: išlaidų sveikatinimo veiklai palyginimas, 2005 m.



OECD Health Data, 2007; VLK duomenys, 2007
Sveikatos ekonomikos centras, perskaičiuota pagal 2005 m. JAV dolerio/lito kursą.

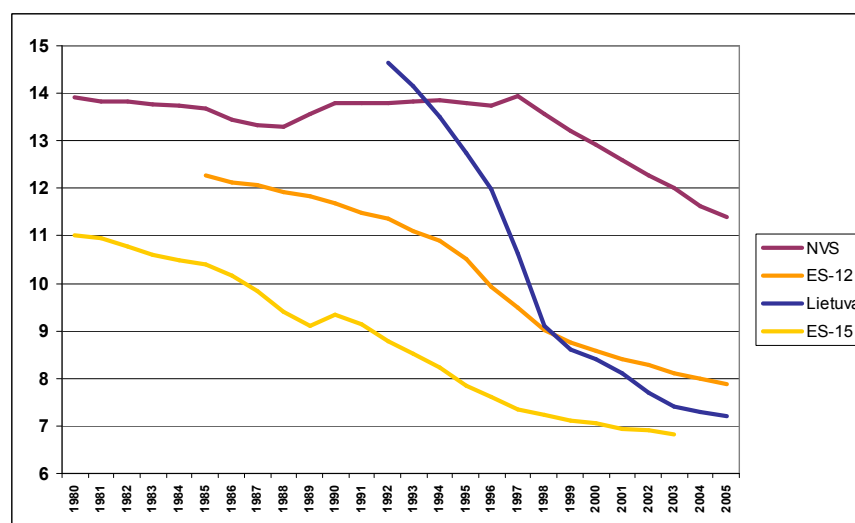
ES šalys: hospitalizacijų* skaičius 100 gyventojų, 1980-2005 m.



* - be slaugos ligoninių

WHO, European health for all database, 2007; Sveikatos informacijos centras

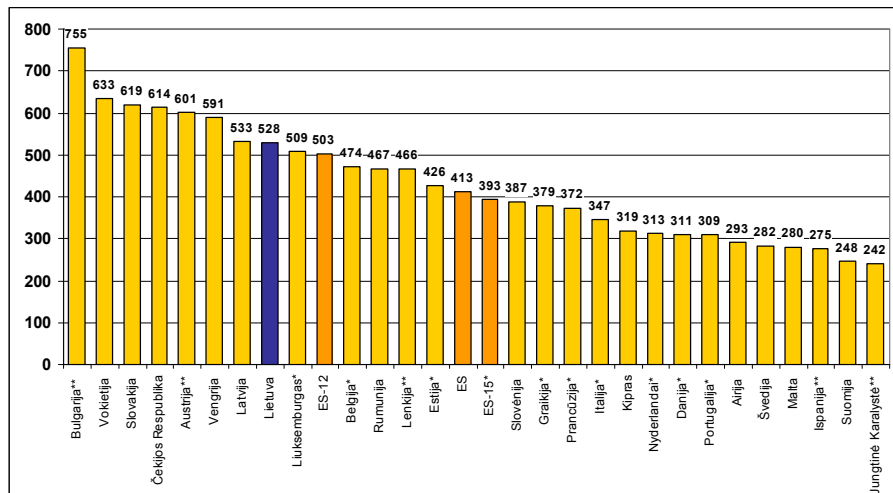
ES šalys: vidutinė gulėjimo trukmė ligoninėse* (dienomis), 1980-2005 m.



* - be slaugos ligoninių

WHO, European health for all database, 2007; Sveikatos informacijos centras

ES šalys: lignoninių*** lovų skaičius 100000 gyventojų, 2005 m.



* - 2004 metai

** - iki 2004 metų

*** - be slaugos lignoninių

WHO, European health for all database, 2007; Sveikatos informacijos centras

5 lentelė. Lietuvos ir Europos Sąjungos šalių sveikatos priežiūros kai kurių efektyvumo rodiklių palyginimas

Eil. Nr.	Rodiklis	Lietuva 2006 m.	ES 2006 m.	Netolygumo įvertinimas
...				
3.	Ligoninių skaičius 100 000 gyv.	5,13 (acute 2.5)	3	Didelis
...	Lovų skaičius 10 000 gyventojų	79,9	57,6	Didelis
5.				
...	Hospitalizuotų ligonių skaičius 100 gyventojų	23,23	18,06 (2005)	Didelis
7.				
...	Vidutinė gulėjimo trukmė dienomis 1 pacientui	10	9,17 (2005)	Vidutinis
10.				
11.	Vidutinis lovos užimtumas proc.	76	76	Nėra

ŠALTINIS: D.Jankauskienė „Privalomasis sveikatos draudimas: pasiekimai ir iššūkiai“, 2008 m.

6 lentelė. SAUGOS INDIKATORIŲ PAVYZDŽIAI JAV

	Paslaugos teikėjo lygmuo
PSI 1	Anestezijos komplikacijos
PSI 2	Mirtys žemo mirtingumo giminingų diagnozių grupėse (<i>DRG-diagnosis related group</i>)
PSI 3	Pragulios
PSI 4	Neišgelbėti pacientai
PSI 5	Procedūros metu paliktas svetimkūnis
PSI 6	Jatrogeninis (dėl gydymo veiksmų įvykęs) pneumotoraksas
PSI 7	Infekcijos dėl netinkamos medicininės priežiūros
PSI 8	Pooperacinė kelio fraktūra (lūžis)
PSI 9	Pooperacinė hemoragija ar hematoma (kraujavimas)
PSI 10	Pooperacinis fiziologinis ar metabolinis sutrikimas
PSI 11	Pooperacinis kvėpavimo sutrikimas
PSI 12	Pooperacinė plaučių embolija ar giliųjų venų trombozė
PSI 13	Pooperacinis sepsis (kraujo užkrėtimas)
PSI 14	Pooperacinės žaizdos atsivėrimas
PSI 15	Atsitiktinis perdūrimas ar įplėšimas
PSI 16	Transfuzijos (kraujo perpylimo) reakcijos
PSI 17	Gimdymo trauma - naujagimio trauma
PSI 18	Gimdymo trauma – naudojant instrumentus
PSI 19	Gimdymo trauma – nenaudojant instrumentų
PSI 20	Gimdymo trauma - Cezario pjūvis
	Regioninis lygmuo
PSI 21	Procedūros metu paliktas svetimkūnis
PSI 22	Jatrogeninis (dėl gydymo veiksmų įvykęs) pneumotoraksas
PSI 23	Infekcijos dėl netinkamos medicininės priežiūros
PSI 24	Pooperacinės žaizdos atsivėrimas
PSI 25	Atsitiktinis perdūrimas ar įplėšimas
PSI 26	Transfuzijos (kraujo perpylimo) reakcijos
PSI 27	Pooperacinė hemoragija ar hematoma (kraujavimas)

ŠALTINIS Agency for Health care Research and Quality. Release of the Quality Indicators

7 lentelė. PACIENTŲ SAUGOS INDIKATORIAI (PRANCŪZIJA)

Indikatoriaus grupė	Pacientų saugos indikatoriaus pavadinimas
Ligoninėje įgytos infekcijos	Ventiliacinė (dėl dirbtinės plaučių ventiliacijos taikymo) pneumonija
	Žaizdos infekcija
	Infekcija dėl medicininės priežiūros
	Pragulos
Operacinės ir pooperacinės komplikacijos	Anestezijos komplikacijos
	Pooperacinis šlaunikaulio lūžimas
	Pooperacinė plaučių embolija (PE) arba giliųjų venų trombozė (DVT)
	Pooperacinis sepsis
	Techniniai procedūros nesklaidumai
„Neatidumo“ klaidos	Transfuzijos (kraujo perpylimo) reakcijos
	Neteisingai nustatyta kraujo grupė
	Ne tos pusės chirurgija
	Procedūros metu paliktas svetimkūnis
	Su medicinos įranga susiję nepageidaujami įvykiai
	Medikamentų skyrimo klaidos
Akušerija	Gimdymo trauma - naujagimio trauma
	Gimdymo trauma – gimdymas natūraliais takais
	Gimdymo trauma - Cezario pjūvis
	Problemos naujagimio gimimo metu
Kiti su sveikatos priežiūra susiję nepageidaujami įvykiai	Pacientų kritimai
	Šlaunikaulio lūžimai ligoninėje

*ŠALTINIS:**John Millar, Soeren Mattke*

*and the Members of the OECD Patient Safety Panel. Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries/
OECD HEALTH TECHNICAL PAPERS, 2004*

8 lentelė. VARTOTOJŲ SVEIKATOS INDEKSAS (HEALTH CONSUMER INDEX)

(Health consumer Powerhouse AB, 2007, 2008)

Rodiklis	Detalizavimas	Indeksas 2006	Indeksas 2007	Indeksas 2008*
Pacientų teisės ir informacija	Išstatymas, Pacientų org. dalyvavimas, Žalos atl. Prieinamumas, Dalyvavimas kokybės vertinime, Antra nuomonė, Med. kortelės prieinamumas, El. kortelė, 24 val. informacijos prieinamumas Registracija pas gydytoją	16	16/ iš 25	131
Eilės (laukimo laikas)	Patekimas pas šeimos gydytoją tą pačią dieną, Patekimas tiesiai pas specialistą, Planinės operacijos laukimas <90 dienų, klubo, kelio sąnario protezavimui, Vėžio gydymo paskyrimas < 21 dienų, Magnetinio rezonanso prieinamumas <7 dienos	7	8/ iš 15	120
Gydymo rezultatai	Mirtingumas nuo širdies infarkto, kūdikių mirtingumas, Išgyvenamumas nuo vėžio >5 metai, išvengiamos mirtys, MRSA infekcijos	8	7/ iš 15	119
Valstybinės sveikatos sistemos dosnumas	Vaikų vakcinacijos nuo 4 infekcijų, Valstybinės odontologinės pagalbos prieinamumas, Inkstų transplantacija, Kataraktos operacija/100000	4	6/ iš 10	67
Vaistų prieinamumas	Farmakopėjos prieinamumas visuomenei (ne specialistams), Vaistų subsidijavimas, Naujų vaistų prieinamumas, Naujų vaistų nuo vėžio prieinamumas	4	4/ iš 10	50
E-sveikata	Paslaugų teikėjų ir jų kokybės vertinimo katalogas, e-medicinos duomenų perkėlimas, e-receptai			33
	Bendras balų skaičius	340	496	520

ŠALTINIS: D.Jankauskienė „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo rodikliai“, 2008.

* - duomenys papildyti pagal Vartotojų sveikatos indekso 2008 m. duomenis (Health consumer index; Health consumer Powerhouse AB, 2008).

INTERNETO SVETAINĖ PINCETAS.LT



www.pincetas.lt

LITERATŪROS SĄRAŠAS:

1. Pasaulio Sveikatos Organizacijos konstitucijos preambulė, priimta Tarptautinėje sveikatos konferencijoje, Niujorke, 1946 m. birželio 19-22; pasirašyta 1946 m. liepos 22 d. (Oficialus PSO įrašas, Nr.2, 100), įsigaliojo nuo 1948 m. balandžio 7 d.
2. Lietuvos Respublikos seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr.VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“ //Valstybės žinios. 1998, Nr.64-1842.
3. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas 1996-06-06 Nr.I-1367 // Valstybės žinios. 1996, Nr.66-1572; nauja įstatymo redakcija 1998-11-24 Nr.VIII-940, Valstybės žinios. 1998, Nr.109-2995 (98.12.11).
4. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimas Nr.335 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2003, Nr.28-1147.
5. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimas Nr.647 „Dėl antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2006, Nr.74-2827.
6. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. sausio 23 d. nutarimas Nr.114 „Dėl strateginių veiklos planų“ // Valstybės žinios. 2008, Nr.28-1017.
7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. spalio 6 d. įsakymas Nr. 571 „Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų“ // Valstybės žinios. 1998, Nr.89-2469.
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. birželio 24 įsakymas Nr.V-371 „ <u>Dėl Dienos chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimų, sąrašo, bazinių kainų ir apmokėjimo tvarkos patvirtinimo</u> “ // Valstybės žinios. 2003, Nr.60-2742.
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 27 d. įsakymas Nr.V-394 „Dėl specialiųjų reikalavimų stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos priėmimo-skubiosios pagalbos skyriui“, //Valstybės žinios. 2004, Nr.90-3341.
10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr.V-642

<p>„Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo“ //Valstybės žinios . 2004, Nr.144-5268.</p>
<p>11. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. birželio 13 d. įsakymas Nr.V-487 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. lapkričio 7 d. įsakymo Nr. 606 „Dėl bendrųjų vidaus ligų profilio stacionarinių paslaugų teikimo reikalavimų“ pakeitimo“ // Valstybės žinios. 2005, Nr.76-2774.</p>
<p>12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 7 d. įsakymas Nr.V-1031 „Dėl apskričių sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo planų rengimo metodinių rekomendacijų patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2006, Nr.137-5234.</p>
<p>13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V- 1113 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2006, Nr. 144-5512; 2007, Nr.106-4355.</p>
<p>14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gegužės 23 d. įsakymas Nr.V-410 „Dėl privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų asmens sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų restruktūrizavimo programoms 2007-2008 metais finansuoti skyrimo, naudojimo apskaitos ir atskaitomybės tvarkos aprašo patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2007, Nr.59-2305.</p>
<p>15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 27 d. įsakymas Nr. V-705 „Dėl Vilniaus apskrities sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2007, Nr.94-3801.</p>
<p>16. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr.V-711 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymo Nr. V- 642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo“ pakeitimo“ // Valstybės žinios. 2007, Nr.95-3864.</p>
<p>17. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. vasario 29 d. įsakymas Nr.V-160 „Dėl sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2008, Nr.27-1000.</p>
<p>18. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 1 d. įsakymas Nr.V-248 „Dėl 2008 m. vasario 29 d. įsakymo Nr.V-160 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. vasario 29 d. įsakymo Nr.V-160 „Dėl sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programos patvirtinimo“ pakeitimo“ //Valstybės žinios . 2008, Nr.43-1608.</p>
<p>19. 2008 m. balandžio 29 d. įsakymas Nr.V-338 „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2008, Nr.53-1992.</p>

20. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. rugsėjo 24 d. įsakymas Nr.V-912 „Dėl 2008 m. vasario 29 d. įsakymo Nr.V-160 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. vasario 29 d. įsakymo Nr.V-160 „Dėl sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programos patvirtinimo“ pakeitimo // Valstybės žinios. 2008, Nr.113-4301.
21. Barcys G., Buivydas R. „Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams, Vilnius, 2007.
22. Celiešiūtė M. „Geriausios Lietuvos ligoninės“, „Veidas, 2008.11.03.
23. Dabartinės lietuvių kalbos žodynas“, Vilnius, 2000, p.367.
24. Gaižauskienė A., Petrauskienė J., Kalėdinė R. ir kt. „Sveikatos statistikos vadovas. Mokomoji knyga“ /Kauno medicinos universitetas/Lietuvos sveikatos informacijos centras, 2003.
25. Gentvilis S. „Sveikatos apsaugos problemų sprendimas – nuolatinis iššūkis vadovams“, 2008
26. Jankauskienė D. „Sveikatos sistemos reformos vertinimo kriterijai“, 2004.
27. Jankauskienė D. „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo rodikliai“, 2006.
28. Jankauskienė D.; Pečiūra R. „Sveikatos politika ir valdymas“/vadovėlis, Vilnius, 2007.
29. Jankauskienė D. „Sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo rodikliai“, 2008.
30. V.Kalibatas „Lietuvos ligoninių veiklos efektyvumo įvertinimas“, 2006.
31. Kumpinė J., Grabauskas V. ir kt. „Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategija, Vilnius, 2004.
32. Lietuviškoji tarybinė enciklopedija, V., 1981, 7 tomas, psl.21.
33. Lietuviškoji tarybinė enciklopedija, V., 1983, 10 tomas, psl.364.
34. Lietuvos sveikata skaičiais 2006. Lietuvos sveikatos informacijos centras. Vilnius, 2007.
35. Lietuvos sveikata skaičiais 2007. Lietuvos sveikatos informacijos centras. Vilnius, 2008
36. Socialinių terminų žodynas, Seikatos ekonomikos centras, 2000.
37. Stukienė J. „Medikų ir pacientų teisė į kokybišką informaciją“, konferencija „Sveikatos priežiūra Lietuvoje: problemos ir aktualijos“, 2008.
38. Sveikata visiems XXI amžiuje. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione
39. Vilniaus ligoninių pertvarkymo planas 2003-2010; Vilniaus miesto savivaldybė, 2003.
40. Europos Parlamento Vidaus rinkos ir vartotojų apsaugos komitetas, Pranešimas nariams Nr.10/2004, tema: Komisijos tarnybų aiškinamasis raštas dėl siūlomos Vidaus rinkos paslaugų

<p>direktyvos nuostatų dėl kitoje valstybėje narėje patirtų sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo, ypač pabrėžiant santykį su Reglamentu Nr. 1408/71.</p> <p>http://209.85.129.132/search?q=cache:6XxtRd0ozUYJ:www.europarl.europa.eu/comparl - Prisijungimo laikas 2008-10-16.</p>
<p>41. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva dėl pacientų teisių į sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse įgyvendinimo (projektas, paskelbta 2008 m. liepos 2 d.).</p>
<p>42. Agency for Health care Research and Quality. Release aof the Quality Indicators Version3.2. (Mar 2008). http://www.qualityindicators.ahrq.gov – prisijungumo data 2008-09-14.</p>
<p>43. Basic set of Hospital Performance indicators 2004. The Hague, January 2005.</p>
<p>44. Department of Health and Human Services. Find and Compare Hospitals. http://www.hospitalcompare.hhs.gov/Hospital/Search/Welcome.asp?version – Prisijungimo laikas 2008-10-24.</p>
<p>45. eEurope 2002: Quality Criteria for Health related Websites – http://ec.europa.eu/information_society/europe/ehealth/doc/communication_acte_en_fin.pdf - Prisijungimo laikas 2008-05-10.</p>
<p>46. Evaluating Health Providers. Legacy Health System. http://www.legacyhealth.org/body.cfm?id=1137 – Prisijungimo laikas 2008-09-29.</p>
<p>47. Dr. Foster Hospital Guide www.drfooster.co.uk/home.aspx - Prisijungimo laikas 2008-10-16.</p>
<p>48. Heath Consumer Powerhouse. http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=2. – Prisijungimo laikas 2008-11-14.</p>
<p>49. Health on the Net Foundation HON Code. http://www.hon.ch/ - Prisijungimo laikas 2008-10-17.</p>
<p>50. M.McKee, J.Healy “Hospitals in changing Europe“, 2002.</p>
<p>51. Mr Kevin Knight et all “Guidelines for managing risk in the healthcare sector“, HB 228:2001, Australian/New Zealand handbook.</p>
<p>52. Knowles, James C. Ph.D.; Leighton, Charlotte Ph.D.; Wayne Stinson, Ph.D., “Measuring Results of Health Sector reform for System Performance: A Handbook of Indicators” University Research Co., LLC, USAID.</p>
<p>53. Leape, Lucian; Lawthers, Ann G.; Brennan, Troyen A., et al. Preventing Medical Injury. Qual Rev Bull. 19(5):144–149, 1993.</p>
<p>54. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldon “To Err is Human: Building a Safer Health System“, Institute of Medicine. Washington, D.C.: National Academy Press; 1999.</p>

http://books.nap.edu/html/to_err_is_human/reportbrief.pdf - Prisijungimo laikas 2008-09-12.
55. http://www.leapfroggroup.org/home - Prisijungimo laikas 2008-11-04.
56. National Patient Safety Agency. Seven Steps to Patient Safety – your guide to safer patient care www.npsa.nhs.uk/sevensteps - Prisijungimo laikas 2008-10-08.
57. www.pincetas.lt - Prisijungimo laikas 2008-11-27.

SUTRUMPINIMAI

ES	- Europos Sąjunga
OECD	- Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija
BVP	- bendrasis vidaus produktas
BNP	- bendras nacionalinis produktas
LR SAM	- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija
VASPVT	- Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie LR SAM
VLK	- Valstybinė ligonių kasa

SANTRAUKA

Ligoninės politikos ateities vaidmuo

Ligoninės (stacionarai) yra viena svarbiausių sveikatos sistemos grandžių, nes čia teikiama aukščiausios kokybės ir didžiausio sudėtingumo diagnostikos ir gydymo procedūrų reikalaujanti medicininė pagalba pačiais sunkiausiais, žmogaus sveikatai ir gyvybei pavojingais atvejais.

Visuomenėje vykstantys pokyčiai tiek politinėje, teisinėje, tiek ekonominėje, socialinėje srityse bei vykstanti sveikatos reforma įtakoja ir lemia sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų teikimo, planavimo, organizavimo klausimų sprendimą.

Be to, nūdienos keliama reikalavimai vis geresnei paslaugų kokybei, veikla konkurencijos sąlygomis, didėjant globalizacijos procesams, verčia ieškoti optimaliausių sprendimų, siekti kuo efektyvesnės veiklos rezultatų. Tai neįmanoma be pačių įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo.

Darbo tikslas: išnagrinėti ligoninių paslaugų kokybės politikos problemas ir pasiūlyti ligoninių teikiamų paslaugų kokybės vertinimo modelį.

Darbo uždaviniai: Aptarti ligoninės politikos sampratą paslaugų kokybės prasme ir prielaidas, įtakančias ateities ligoninės politikos formavimą. Apžvelgti stacionarinės pagalbos politiką Europos Sąjungoje. Apžvelgti ligoninės politiką Lietuvoje ir jos atitikimą stacionarinei pagalbai Europos Sąjungoje. Sukurti ir pasiūlyti Lietuvos ligoninių teikiamų paslaugų kokybės vertinimo modelį.

Apžvelgus ligoninės politiką Lietuvoje ir Europos Sąjungoje, konstatuota, kad ligoninių kokybės samprata Lietuvoje nėra pakankamai išvystyta, pradedant nuo ligoninės apibrėžimo ir baigiant kokybės rodiklių nustatymu. Tai yra esminis trūkumas ateities vystymosi prielaidoms nustatyti. Tiek Europos, tiek kitose užsienio šalyse yra naudojamas įstaigų vertinimas, bei kai kur ir reitingavimas. Ši informacija yra prieinama panaudoti ir sudaro galimybę pacientui pasirinkti įstaigą bei gydytoją. Lietuvoje šioje srityje tik prasideda pirmieji bandymai.

Magistriniame darbe pasiūlytas Lietuvos ligoninių teikiamų paslaugų kokybės vertinimo modelis galėtų būti taikomas kaip instrumentas Lietuvos ligoninių kokybei gerinti. Jo esmė yra pasirinkti ligoninių veiklos kokybės struktūros, proceso ir rezultato rodikliai, kurie siūlomi įvertinti, naudojantis įvairiais informacijos gavimo šaltiniais trijų ribinių balų sistema.

Reikšminiai žodžiai: ligoninių vertinimas, kokybės kriterijai

SUMMARY

The Future of Hospital Policy

Hospitals are one of the most important parts of the healthcare system because they provide the most complex medical care in the most vitally important and complicated cases. The services, planning and management of healthcare institutions are deeply influenced by political, juridical, economical and social changes in the society. Moreover, the rising requirements for a higher quality of the services, acting in the competitive surroundings and globalisation processes require searching for the best solutions and aiming for the most efficient results. That is impossible without adequate evaluation of the quality and efficiency of the institutions.

The aim of the thesis is to analyse hospital policy problems and to create a quality evaluation model of healthcare services in Lithuanian hospitals

Tasks: To review the concept of hospital policy concerning the quality of the services and pressures for hospital policy making. To review hospital policy in the European Union. To review hospital policy in Lithuania and its compatibility to the European Union hospital policy. To create a quality evaluation model of healthcare services in Lithuanian hospitals.

After the analysis of the hospital policies in Lithuania and the European Union the conclusion was made, that the concept of hospital quality in Lithuania is insufficiently developed, starting from the definition of a hospital to justification of quality criteria. That is the essential drawback in the setting of the assumptions for development in the future.

The evaluation and in some cases ranking of hospitals is held in European and other foreign countries. Due to this condition, useful information is available for a patient and it helps him choose a healthcare institution or a medical specialist. Lithuania is only taking the first steps on this field.

The quality evaluation model of healthcare services in Lithuanian hospitals, which is represented in the issue, could be applied as a means for developing the quality of hospital services in Lithuania. The basis of this model is the set of structural, process and result criteria, that are obtained by means of various sources and are evaluated with the help of three point system.

Keywords: evaluation of hospitals, criteria of quality