

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS**

RŪTA MARKOVSKYTĖ

**IŠVENGIAMOS HOSPITALIZACIJOS IR JŲ
SVARBA VERTINANT SAVIVALDYBIŲ
AKTYVAUS GYDYMO LIGONINIŲ VEIKLĄ**

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

Prof. dr. Romualdas Gurevičius

Vilnius, 2022

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

IŠVENGIAMOS HOSPITALIZACIJOS IR JŲ
SVARBA VERTINANT SAVIVALDYBIŲ
AKTYVAUS GYDYMO LIGONINIŲ VEIKLĄ

Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas

Studijų programa SPVvmis 20-1

Vadovas

_____ **Prof. dr. Romualdas Gurevičius**

2022.12.02

Atliko

SPVvmis 20-1gr.stud.

_____ **Rūta Markovskytė**

2022 12 02

Recenzentas

2022 12 02

Vilnius, 2022

TURINYS

ĮVADAS.....	8
1. LITERATŪROS APŽVALGA APIE IŠVENGIAMAS HOSPITALIZACIJAS	11
1.1. Išvengiamų hospitalizacijų koncepcija.....	11
1.2. Išvengiamos hospitalizacijos kitose šalyse	13
1.3. Išvengiamos hospitalizacijų skaičiavimo metodika	15
1.4. Teisės aktai reguliuojantys išvengiamų hospitalizacijų stebėseną	17
1.5. Išvengiamų hospitalizacijų stebėseną Lietuvos savivaldybėse	19
2. IŠVENGIAMŲ HOSPITALIZACIJŲ FINANSINIS ĮVERTINIMAS	26
2.1. Gydomo paslaugų kainodara Lietuvoje.....	26
2.2. Visuomenės sveikatos priežiūros sektoriaus finansavimas ir išvengiamos hospitalizacijos..	28
2.3. Kiek kainuoja išvengiamos hospitalizacijos	33
2.4. Lietuvos savivaldybių ligoninių veiklos vertinimas IH kontekste	34
3.KOKYBINIO TYRIMO ATASKAITA.....	38
3.1. Įvadas	38
3.2. Tyrimo metodika	39
3.3 Duomenų rinkimo metodai.....	41
3.3. Tyrimo eiga ir organizavimas	42
3.4. Tyrimo apribojimai	44
3.5. Tyrimo duomenų tvarkymas ir tyrimo etika	44
3.5. EMPIRINIO TYRIMO REZULTATAI.....	45

IŠVADOS.....	51
SIŪLYMAI	52
ANOTACIJA.....	53
SANTRAUKA.....	55
LITERATŪRA.....	59
PRIEDAI.....	63

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. IH paplitimas ir struktūra pagal AVL grupes Lietuvoje 2012 m.

2 lentelė. Savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos rodiklių sąrašas

3 lentelė. Savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos rodiklių sąrašas

4 lentelė. Išvengiamų hospitalizacijų rodiklių sąrašas

5 lentelė. Išlaidos sveikatos priežiūrai 2004-2020 m. (mln. Eurų)

6 lentelė: Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kiekybinių vertinimo rodiklių sąrašas

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Potencialiai išvengiamų hospitalizacijų atvejų dalis pagal šalį. 2009metai.

2 pav. Išvengiamos hospitalizacijos Europoje 2015 m.

3 pav. Išvengiamų hospitalizacijų pokyčiai Lietuvoje 2012–2019 m.

4 pav. IH netolygumai savivaldybėse. 2015 metai

5 pav. IH paplitimas Lietuvos savivaldybėse. 2019 metai.

6 pav. IH rodiklių pagal ligų grupes pasiskirstymas (proc.) Lietuvoje 2021 m.

7 pav. Sveikatinimo veiklos Lietuvoje finansavimo struktūra

8 pav. Vienam gyventojui tenkančios išlaidos sveikatai Lietuvoje yra perpus mažesnės už ES vidurkį

9 pav. Prognozuojamas visuomenės padidėjimas išlaidos sveikatos apsaugai 2019–2070 m.

10 pav. Per pandemiją numatoma viso gyvenimo trukmė sutrumpėjo beveik pusantrų metų

11 pav. Kiek buvo sumokėta 2020m. už gyventojų sveikatos priežiūrą

SANTRUPŲ SĄRAŠAS

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

ASPP - ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos

AVL – ambulatoriškai valdomos ligos

BVP – bendrasis vidaus produktas

IH – išvengiamos hospitalizacijos

DGR – giminingos diagnozių grupės

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

TLK – Teritorinė ligonių kasa

TLK-10 – Tarptautinė ligų klasifikacija, 10-a redakcija

VLK – Valstybinė ligonių kasa

IVADAS

Lietuvos nacionalinėje sveikatos sistemoje, žlugus Sovietų Sąjungai, kur sveikatos priežiūra buvo organizuota vadovaujantis N. Semaškos sveikatos priežiūros sistemos modeliu (N. Semaška 1918-1930 m. ėjo SSRS sveikatos liaudies komisaro pareigas, jis sukūrė sistemą, kurią mes paveldėjome 1990 metais) (Šimaitis, 2011), kuris pasižymėjo pertekliniais struktūriniais pajėgumais, Vyriausybės kontroliuojama centralizuota finansavimo sistema, visuotiniu paslaugų suteikimu visiems gyventojams visiškai nemokamai, ir, žinoma – jokio privataus sektoriaus. Nuo 1990 metų iki šių dienų yra atlikta gausybė reikšmingų struktūrinių pakeitimų. Lietuvos sveikatos koncepcija iš esmės pasikeitė -sveikatos priežiūros paslaugos imtos vertinti remiantis visuotinės kokybės vadybos standartais taikant įvairius modelius, kurie leidžia nustatyti esančias spragas sistemoje, bei tokiu būdu gerinti paslaugų kokybę, o kartu pačios sistemos veikimo efektyvumą. Taip pat keitėsi sveikatos paslaugų finansavimo sistema ir būdai, pereinant nuo centralizuoto prie, taip vadinamo, mišraus finansavimo modelio, susikūrė privataus draudimo kompanijos ir sparčiai besiplečiantis privatus sektorius. Visos šios reformos proceso eigoje, buvo suvokta, kokią didžiulę reikšmę turi sveikatos paslaugų savalaikiškumas ir kokybiškumas, sveikatos priežiūros įstaigų veiklos stebėseną bei vertinimas, ir, neabejotinai, teisingas finansavimas bei lėšų taupymas.

Temos aktualumas. Vienas iš pagrindinių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo uždavinių bei siekiamybių visose pasaulio šalyse yra sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo gerinimas, racionalizuojant išteklius ir optimizuojant išlaidas, skirtas gyventojų sveikatos priežiūrai, tuo pačiu neprarandant suteikiamų paslaugų kokybės. Visavertė kokybiška ambulatorinė sveikatos priežiūros grandis ir nuo jos neatskiriama profilaktika, ankstyva ligų diagnostika ir savalaikė intervencija ligos gydymo eigoje, gali užkirsti kelią hospitalizavimo poreikiui bei komplikacijoms ar sunkesnėms ligoms. Lygiagrečiai, siekiant užtikrinti savalaikę pacientų ambulatorinę priežiūrą, ieškoma būdų, kaip efektyviau skirstyti valstybės lėšas, skirtas sveikatos paslaugų šalyje finansavimui. Dėl šios priežasties, išvengiamos hospitalizacijos tapo ne tik vienas iš sveikatos priežiūros kokybės rodiklių, atspindintis gerą ar prastą ambulatorinę sveikatos priežiūrą, bet ir rodikliu, kurio rutininis stebėjimas ir vertinimas gali padėti ženkliai sutaupyti valstybės biudžeto lėšas.

Išvengiamų hospitalizacijų koncepcija pradėta diskutuoti prieš kelis dešimtmečius ir įtraukta į sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo vertinimo kriterijų sąrašą, leidžia suprasti ir įvertinti nacionalinei sveikatos sistemai priklausančių tiek pirminės, tiek ir antrinės sveikatos priežiūros grandžių veiklos efektyvumo trūkumus.

Remiantis kitų šalių patirtimi, išvengiamų hospitalizacijų mastas Lietuvoje taip pat pradėtas vertinti įvairiais rakursais, siekiant sumažinti tokių hospitalizacijų skaičių, efektyviai

paskirstyti resursus, o taip pat pagerinti bei išplėsti pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą. Mūsų šalyje šiai dienai hospitalizacijų skaičius tenkantis 1000 gyventojų - yra vienas iš pagrindinių rodiklių, kuris atspindi Sveikatos priežiūros reformos tikslų įgyvendinimo sėkmingumą. Sumažinus tokių hospitalizacijų skaičių, būtų sutaupoma gydymui skirtos lėšos, kadangi stacionarinė sveikatos priežiūra yra pati brangiausia, o sutaupyta lėšas visada galima panaudoti ten, kur jų trūksta.

Tyrimo objektas: Išvengiamų hospitalizacijų rodiklio svarba aktyvaus gydymo savivaldybių ligoninių veiklos vertinime.

Tyrimo problema: Didelis IH skaičius savivaldybių ligoninėse parodo savivaldybių ambulatorinės grandies silpnumą bei perteklinį ligoninės aktyvaus gydymo lovų skaičių. Tinkamai suregulius pacientų srautus, pasitelkiant teisinį reglamentavimą, bei pertvarkant ir stiprinant pirminės sveikatos priežiūros paslaugų spektrą, galima ženkliai sumažinti IH skaičių aktyvaus gydymo savivaldybių ligoninėse.

Tyrimo tikslas: atskleisti, kokia yra išvengiamų hospitalizacijų rodiklių analizės įtaka, vertinant Lietuvos aktyvaus gydymo savivaldybių ligoninių veiklą.

Magistro baigiamojo darbo tyrimo tikslui įgyvendinti buvo iškelti šie **uždaviniai**:

1. Išanalizuoti IH koncepciją ir jos evoliuciją Pasaulyje ir Lietuvoje.
2. Išsiaiškinti, kokia yra šiuo metu situacija su IH tyrimais ir teisiniu reglamentavimu Lietuvoje.
3. Išsiaiškinti, ar savivaldybių gydymo įstaigų administracijos darbuotojai ir gydytojai supranta išvengiamų hospitalizacijų koncepciją ir išvengiamų hospitalizacijų rodiklio svarbą?
4. Išsiaiškinti, kodėl toks didelis išvengiamų hospitalizacijų skaičius savivaldybių aktyvaus gydymo ligoninėse?
5. Atskleisti, koks savivaldybės ligoninių bei pirminės sveikatos priežiūros grandžių vadovų bei gydytojų požiūris į sveikatos priežiūros srities finansavimą, bei galimybes taupyti PSDF lėšas, mažinant IH skaičius.

Hipotezė: stebint ir analizuojant išvengiamų hospitalizacijų skaičius, galima ne tik įvertinti konkrečių savivaldybių ligoninių veiklą, pirminės sveikatos priežiūros grandies veiklos našumą, bet ir ženkliai sutaupyti sveikatos priežiūra skiriamas lėšas iš valstybės biudžeto.

Siekiant darbe numatyto tikslo, bei įgyvendinant išsikeltus uždavinius buvo pasirinkta **mišri metodologija**:

Duomenų rinkimui buvo taikyti teorinis, dokumentų analizės, lyginamasis ir empiriniai metodai. Dokumentų analizės metodas naudotas analizuojant mokslinius straipsnius, mokslinę literatūrą, nacionalinius ir tarptautinius teisės aktus, susijusius magistro baigiamojo darbo tema. Lyginamasis metodas buvo naudojamas analizuojant Lietuvos ir užsienio (pagrindė Europos) mokslinius straipsnius ir statistinius duomenis. Pasirinktas empirinis kokybinis metodas – pusiau struktūruotas interviu.

Duomenų analizei taikomi aprašomasis ir analitinis tyrimo metodai, kurie naudojami analizuojant mokslinius tiek Lietuvos tiek užsienio autorių darbus, bei teisės aktus siekiant išanalizuoti išvengiamų hospitalizacijų koncepciją, jų sąsajas su savivaldybių ligoninių ir pirminių sveikatos priežiūros centrų vykdoma veikla. Kokybinio tyrimo duomenys analizuoti atliekant kokybinę „content“ analizę: atrinktų duomenų klasifikavimas, ieškoma tarpusavio ryšių, atsakymų panašumų bei skirtumų.

Magistro darbo struktūra: magistro darbą sudaro 72 puslapiai, 36 literatūros šaltiniai. Darbas apima įvadą, 3 skyrius, išvadas bei literatūros sąrašą.

Pirmojoje Magistro baigiamojo darbo dalyje darbo pateikiama išvengiamų hospitalizacijų koncepcija, kuri susideda iš mokslinės literatūros apžvalgos ir nagrinėjimo, jos vystymosi istoriją, sąsajas su sveikatos priežiūros finansavimo ypatumais, rodiklio reikšmę, vertinant savivaldybių ligoninių veiklą, bei pirminės sveikatos grandies veiklos efektyvumą ir kokybę.

Antrajame skyriuje nagrinėjama Lietuvos sveikatos sektoriaus finansavimo sistema, tame fone įvertinama išvengiamų hospitalizacijų kaina mūsų šalyje, aprašomi šalies savivaldybių ligoninių veiklos vertinimo rodikliai.

Trečiajame skyriuje yra aprašomas kokybinio tyrimo interviu su pašnekovais, pateikiami informantų atsakymai į klausimus, jų mintys, pasiūlymai.

Po trečiojo skyriaus seka išvados bei literatūros sąrašas.

Darbe pateikiamos 6 lentelės, 11 paveikslų, 3 priedai.

1. LITERATŪROS APŽVALGA APIE IŠVENGIAMAS HOSPITALIZACIJAS

1.1. Išvengiamų hospitalizacijų koncepcija

Išvengiamos hospitalizacijos (IH, angl. avoidable hospitalizations, preventable hospitalizations) yra tokios hospitalizacijos, kurių visiškai arba didelės dalies galima išvengti, jeigu būtų pakankamai prieinama ir kokybiška ambulatorinė sveikatos priežiūra, kurioje vykdoma ligų profilaktika, ankstyva diagnostika ir suteikiamas tinkamas gydymas. Ligos, dėl kurių hospitalizacijos laikomos išvengiamomis, vadinamos ambulatoriškai valdomomis ligomis ambulatorinei priežiūrai jautriomis būklėmis (AVL arba APJB, angl. ambulatory care sensitive conditions, ACSC) (Pasaulio Sveikatos Organizacija, 2019).

Pasauliniu mastu yra suvokta ir nuolat akcentuojama profilaktikos svarba, ligų prevencija, pacientų švietimas bei mokymas ir, vienas iš pagrindinių tikslų sveikatos priežiūros procese, yra kuo ilgiau išlaikyti gerą asmens sveikatą, tokiu būdu sutaupant hospitalizacijos bei gydymo stacionare išlaidas bendroje sveikatos priežiūros sistemoje, o tuo pačiu ir valstybės biudžete. Vienas iš geriausių būdų sutaupyti šalies sveikatos priežiūros sektoriaus resursus yra hospitalizacijų skaičiaus mažinimas, kadangi stacionarinė pagalba yra pati brangiausia. Yra ligų, dėl kurių asmenys nebūtų hospitalizuojami, jeigu kokybiškai veiktų ir būtų prieinama ambulatorinė sveikatos priežiūra. Ambulatoriškai neprižiūrint kai kurių pacientų, nevaldomos, negydomos, netinkamai gydomos ligos sukelia ilgalaikes komplikacijas, negalią, ligoniams prireikia hospitalizacijų ir didžiulių finansinių sąnaudų juos gydyti. Turint omenyje tai, jog Privalomo sveikatos draudimo fondo (PSDF) resursai visada bus riboti visose šalyse, įskaitant ir Lietuvą, kuriose įdiegtas taip vadinamas mišrus sveikatos priežiūros finansavimo modelis, jau kuris laikas aktyviai diskutuojama, kaip efektyviai paskirstyti esamus resursus.

Aštuntojo dešimtmečio pabaigoje ir devintojo dešimtmečio pradžioje gydytojai, mokslininkai ir politikos analitikai susirūpino dėl didelio pakartotinių hospitalizacijų skaičių ir didelių išlaidų, kada pacientas yra paguldomas stacionariniam gydymui pakartotinai. Jie ištyrė daug pacientų charakteristikų, jų sveikatos istoriją, būklę prieš hospitalizaciją, stacionare ir po pakartotinės hospitalizacijos, siekiant nustatyti situacijas, kada geriau planuoti išrašymą iš stacionaro, o po ligoninės, ambulatoriškai teikiamos paslaugos ir parama galėtų sumažinti pakartotinių hospitalizacijų skaičių. Buvo identifikuotos tam tikros diagnozės, kurios dažniau nei visos kitos sąlygojo papildomas pakartotinas hospitalizacijas, pavyzdžiui astma, hipertenzija, cukrinis diabetas ir daug kitų. Taip pat nustatyta, kad nevisiškai išnaudojamos ambulatorinės sveikatos priežiūros galimybės teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Nuo aštuntojo dešimtmečio

buvo paskelbti kelių dešimčių tyrimų rezultatai, apžvalgos, skirtingose šalyse nagrinėjančios AVL sąrašą, IH problemą ir, jai įtaką darančius veiksnius (Maslow, Ouslander, 2012). Potencialiai išvengiamų hospitalizacijų rodiklis pradėtas naudoti turint tikslą įvertinti pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo rodiklius, taip pat išanalizuoti kaip efektyviai yra valdomos lėšos, skirtos ir pirminei ir antrinei sveikatos priežiūros grandžiai. Todėl IH rodiklis sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo skalėje ypatingai svarbus tose šalyse, kuriose gyventojams teikiamas sveikatos priežiūros paslaugos finansuojamos iš bendro valstybės biudžeto. Pasaulyje atlikti išvengiamų hospitalizacijų rodiklių tyrimai atskleidė problemos dydį ir reikšmę. Savo moksliniame darbe Purdy S, Griffin T, Salisbury C nustatė, kad hospitalizacijų skaičių galima sumažinti net iki 41 procento (Purdy, Griffin, Salisbury, 2009), priklausomai nuo situacijos ir pasirinkto AVL sąrašo, kurį kiekviena šalis nusistato savo, atsižvelgdama į savo šalies ekonomiką, sveikatos paslaugų finansavimo potencialą, gyventojų polinkį į ligas, sveikatos netolygumus populiacijoje. Daugelyje šalių, tarp jų ir Lietuvoje, AVL sąraše rasime tokias ligas kaip I ir II tipo cukrinis diabetas, krūtinės angina, stazinis širdies nepakankamumas, hipertenzija, pneumonija, opinė liga ir kitos pagrinde lėtinės ligos, kurios gali būti sėkmingai prižiūrimos ir gydamos ambulatoriškai. AVL sąrašą sudaro 3 ligų tipai:

1. dėl skiepų išvengiamos ligos (ir į jas įeinančios ligų grupės);
2. lėtinės ligos (ir į jas įeinančios ligų grupės);
3. ūminės ligos (ir į jas įeinančios ligų grupės). (Mekšriūnaitė, Gurevičius, 2014).

Pradėjus gilintis, atlikus daugybę tyrimų, nustatyta, kad IH skaičiui įtaką daro labai daug veiksnių: koks ligų paplitimas bendroje populiacijoje, ekonominė bei demografinė šalies situacija, prevencinių programų vykdymas, sveikatos netolygumai, sveikatos priežiūros įstaigų bei specialistų pasiekiamumas, sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų tarpusavio santykis ir supratingumas ir t.t. IH koncepcijos pionieriai, Higienos Instituto mokslininkai prof. R.Gurevičius ir S.Mekšriūnaitė, pasitelkę užsienio šalių patirtį savo 2015m. straipsnyje „Išvengiamos hospitalizacijos kaip ambulatorinės sveikatos priežiūros veiklos atspindys Lietuvoje 2012 m.: ką galima pakeisti?“ paminėjo, kad:

„Visus IH įtaką darančius veiksnius galima suskirstyti į tris grupes:

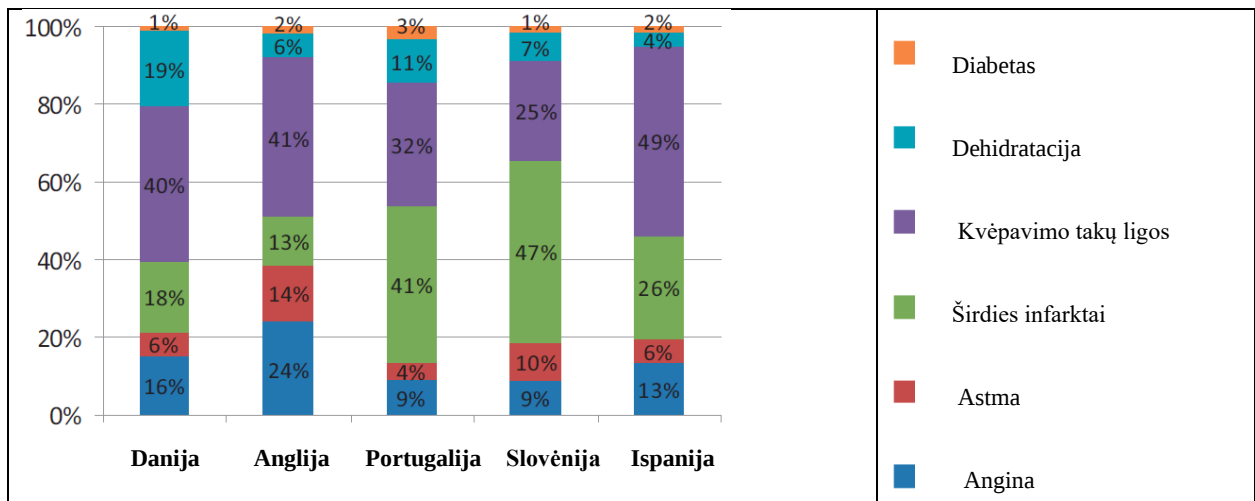
1. *Asmeninės savybės, kurios apima paciento sveikatos istoriją, esamos būklės sunkumą, gretutines ligas, žalingus įpročius, fizinės savybės (kūno masės indeksą, arterinį kraujo spaudimą), amžių, lytį, šeiminių padėčių, socialinius ryšius.*
2. *Programinė veikla - veikla yra susijusi su paciento sugebėjimu valdyti savo ligą, sveikatos priežiūros paslaugų teikimu (prieinamumu, koordinavimu, gydymo praktika, ištekliais);*

3. *Teritoriniai ypatumai - daro įtaką IH per vietinio lygio veiksnius: atmosferos (oro užterštumas, klimato ypatumai, saulės aktyvumas), landšafto ypatumus, administracinius išteklius, bendrą socialinį bendruomenės lygį (nedarbas, socialinė parama), sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas laiko ir išteklių atžvilgiu.*“

Veiksniai, kurių negalima pakeisti sisteminėmis priemonėmis (amžius, lytis, gyvenamoji vietovė, išsilavinimas ir pan.), gali padėti numatyti tikslines (rizikos) asmenų grupes. Kai kuriuos kitus veiksnius galima valdyti valstybinėmis ar vietinio lygio priemonėmis (Gurevičius, Mekšriūnaitė, 2015).

1.2. Išvengiamos hospitalizacijos kitose šalyse

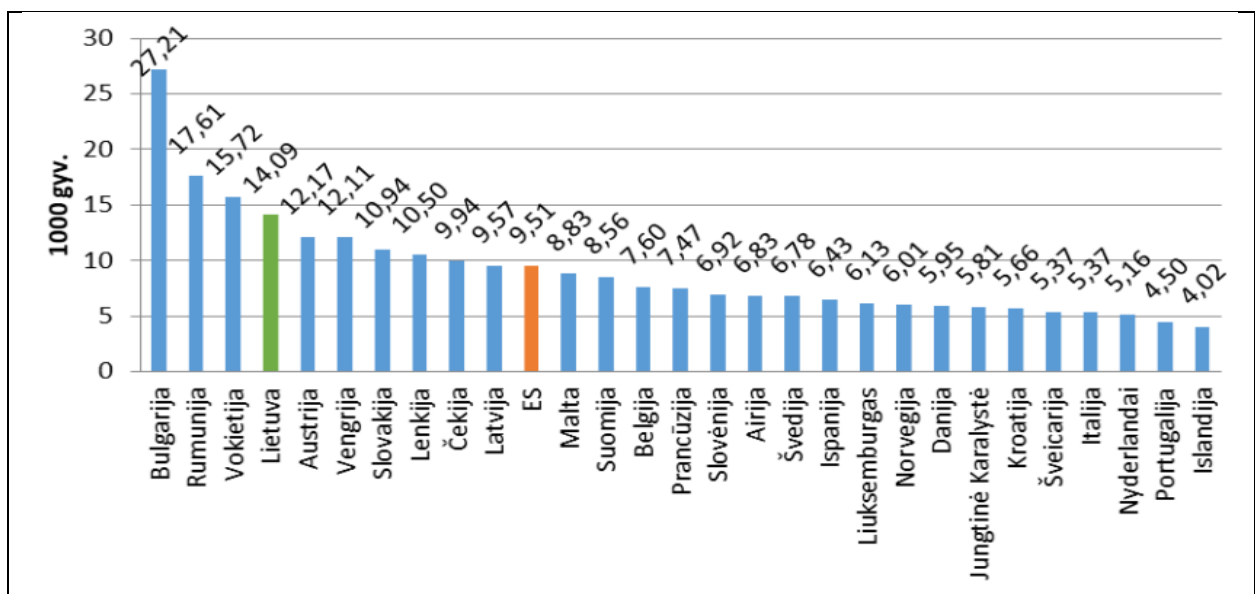
IH rodikliai yra stebimi daugelyje pasaulio šalių. Tyrimai ir statistinės suvestinės rodo, kad IH pasiskirstymas įvairiose šalyse yra labai netolygus. Pavyzdžiui 2015 metais Europos visuomenės sveikatos žurnale (Europos visuomenės sveikatos žurnalas, 2015), paskelbti duomenys tyrimo, kuriame buvo nagrinėjami ir lyginami IH rodikliai 5 Europos valstybėse laikotarpyje nuo 2002m iki 2009 m. Rezultatai: 462792 hospitalizacijų atvejai buvo laikomi kaip galimai išvengtinai. Atvejų skaičių skirtumai įvairiose šalyse buvo ženklūs - nuo 93,7 atvejo 10 000 gyventojų Danijoje iki 34,8 atvejo 10 000 gyventojų Portugalijoje. Šalies viduje skirtumai taip pat buvo verti dėmesio – nuo 3,12 karto tarp ekstremalių Ispanijos vietovių iki 1,46 karto skirtumo Danijoje. Didžiausias sisteminis pokytis nustatytas Danijoje, o mažiausias – Anglija. Kainos ir sistemingi svyravimai laikui bėgant išliko gana stabilūs, Danijoje ir Anglijoje statistiškai reikšmingas mažėjimas (atitinkamai 20% ir 10% atitinkamai). Nustatyta, kad pajamos ir išsilavinimo lygis, polinkis naudotis ligonine ir gyvenamasis regionas yra susiję su IH. Tyrimo išvada skelbia, kad dideli skirtumai įvairiose šalyse, neskaitant amžiaus ir lyties skirtumų, ir jų nuoseklumas laikui bėgant reiškia sisteminių, nors ir skirtingą, penkių sveikatos priežiūros sistemų elgesį lėtinių ligų priežiūroje (Europos visuomenės sveikatos žurnalas, 2015).



1 pav. Potencialiai išvengiamų hospitalizacijų atvejų dalis pagal šalį. 2009metai.

Šaltinis - Europos visuomenės sveikatos žurnalas, 2015

Vertinant visų Europos Sąjungos šalių išvengiamų hospitalizacijų rodiklius 2015 m., vidurkis buvo 9,51/1000 gyv. Lietuvoje galimai išvengtų hospitalizacijų rodiklis buvo didesnis – 14,09/1000 gyv. Galimai efektyviausios pirminės paslaugos buvo Islandijoje, Portugalijoje bei Nyderlanduose, o Bulgarijoje, Rumunijoje ir Vokietijoje daugiau naudojamos antrinės sveikatos priežiūros išlaidos (Petrauskaitė, Skrobotovas, Želvienė, 2019).



2pav. Išvengiamos hospitalizacijos Europoje 2015 m.

Šaltinis - Lietuvos visuomenės sveikatos pokyčių apžvalga, 2019

Taigi, identifikuoti ir apibrėžti IH priežastis galima gana aiškiai, kas leidžia spręsti šią problemą. Kadangi IH tikslas yra įvertinti ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir

prieinamumą, teoriškai laikoma, kad ši problema gali būti sprendžiama „*trimis pagrindinėmis veiksmų kryptimis*“:

1. *mažinant sergamumą ligomis, kurios yra išvengiamos aktyviai teikiant ambulatorines paslaugas (vakcinacija);*
2. *laiku suteikiant tinkamą pagalbą pacientams, susirgusiems ūmia liga, kad jų būklė nepasunkėtų tiek, jog būtų būtina hospitalizacija;*
3. *tinkamai valdant lėtines ligas, koreguojant ambulatorinį gydymą, keičiant gyvenamosios įpročius, kad lėtinė liga nesikomplicuotų“* (Mekšriūnaitė, Gurevičius, 2015).

1.3. Išvengiamos hospitalizacijų skaičiavimo metodika

Išvengiamų hospitalizacijų duomenys Lietuvoje pradėti rinkti nuo 2012 m. Atlikto mokslinio tyrimo pirmoji publikacija leidinyje, skirtame sveikatos politikams bei sveikatos priežiūros administratoriams, visuomenės sveikatos specialistams, universitetams, rengiantiems specialistus pagal visuomenės sveikatos programą, „Išvengiamų hospitalizacijų mastas Lietuvoje 2012 metais: bendra apžvalga“, kurios autoriai *Sandra Mekšriūnaitė ir Romualdas Gurevičius*. Tyrimo tikslas buvo nustatyti išvengiamų hospitalizacijų (IH) mastą Lietuvoje 2012 m. ir IH rodiklių skirtumus pagal lytį, amžių ir gyvenamąją vietovę. Buvo panaudota Australijoje taikomos metodikos pagrindu, nes tai jau daugiau nei dešimtmetį naudojama ir tobulinama metodika. Be to, Australijoje naudojama TLK-10-AM ligų klasifikacija, kuri Lietuvoje įdiegta nuo 2011 m. Tai sudarė puikias galimybes tyrimo autoriams kuo mažiau keičiant šią Australijoje sukurtą ir aprobuotą metodiką panaudoti Lietuvos IH rodikliams skaičiuoti. IH rodikliams skaičiuoti pritaikyti TLK-10-AM ligų kodai, suskirstyti į 21 AVL grupę (Mekšriūnaitė, Gurevičius, 2014).

Tyrimo populiaciją sudarė visi Lietuvos gyventojai, 2012 m. hospitalizuoti dėl AVL (įtraukti atvejai, kurių hospitalizacijos pabaiga buvo 2012 m.). AVL buvo skirstomos pagal konkrečias ligas, pagal lytį, vietovę, o absoliutus IH skaičius bei dažnis skaičiuojamas 1000-iui gyventojų pagal pasirinktas amžiaus kategorijas (1–17 m., 18–64 m., 65 m. ir vyresnio amžiaus).

Tyrimui panaudoti duomenys apie 2012 m. hospitalizacijas iš stacionare gydomo asmens statistinės kortelės (forma Nr. 066/a-LK). Suskaičiuoti IH rodikliai 1 000 gyv. ir 1 000 hospitalizacijų, lovardinių skaičius 1 000 IH. Nustatyti IH rodiklio 1 000 gyv. skirtumai tarp skirtingų gyventojų grupių (Mekšriūnaitė, Gurevičius, 2014).

Išvengiamos hospitalizacijų mastas tyrime buvo nagrinėjamos atsižvelgiant į AVL sąrašą, į asmenų amžių, hospitalizacijos trukmę (lovardiniai), atvykimo tipas (su siuntimu, be siuntimo, su GMP, be GMP).

Rezultatai parodė, kad Lietuvoje 2012 m. užregistruota daugiau kaip 110 tūkst. hospitalizacijų, kurių būtų galima išvengti pagerinus ambulatorinės sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą. Tai sudarė 16,2 proc. visų hospitalizacijų (atmetus ilgalaikio gydymo, reabilitacijos ir dienos stacionaro atvejus) (Mekšriūnaitė, Gurevičius, 2014).

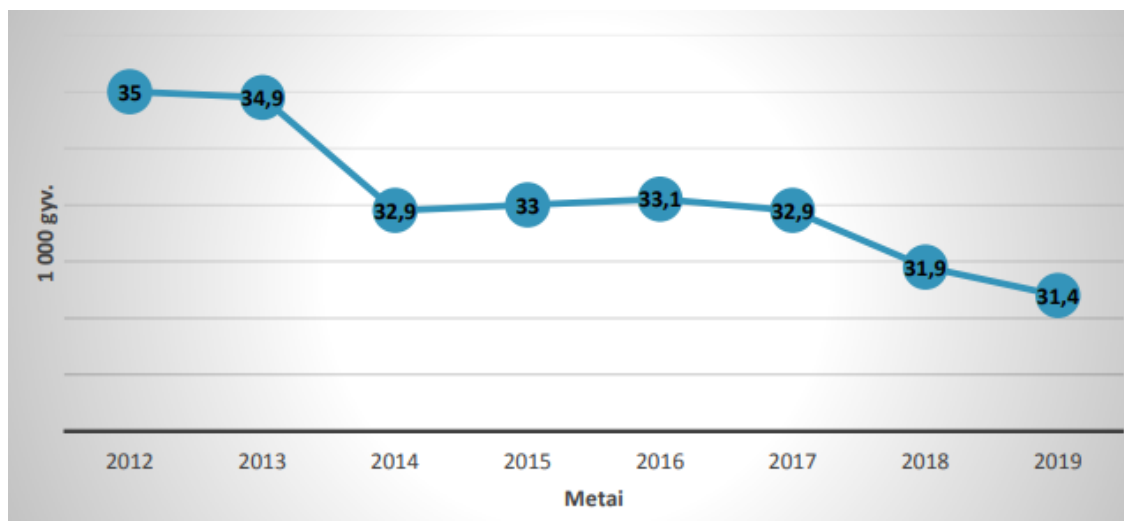
1 lentelė. IH paplitimas ir struktūra pagal AVL grupes Lietuvoje 2012 m. (N = 110 856 hospitalizacijos; 866 736 lovodieniai)

	IH / 1 000 gyv.	IH / 1 000 hospitaliza- cijų	IH dalis (%)		Lova- dienų dalis (%)	Lovadie- nių skč. / 1 000 IH		Vidutinė gulėjimo trukmė (d.)
Diabetas ir jo komplikacijos	6,6	28,9	17,9	Diabetas ir jo komplikacijos	21,1	1647,4	Gangrena	15,5
Krūtinės angina	6,0	26,1	16,1	Stazinis širdies nepakankamumas	16,9	1321,2	Reumatinės širdies ligos	13,2
Stazinis širdies nepakankamumas	5,1	22,4	13,8	Gripas ir pneumonija	15,4	1207,3	Gripas ir pneumonija	10,1
Gripas ir pneumonija	4,4	19,3	11,9	Krūtinės angina	15,1	1177,6	Stazinis širdies nepakankamumas	9,6
Ausų, nosies ir gerklės infekcijos	3,3	14,4	8,9	Lėtinė obstrukcinė plaučių liga (LOPL)	8,5	665,3	Diabetas ir jo komplikacijos	9,2
Lėtinė obstrukcinė plaučių liga (LOPL)	2,8	12,3	7,6	Pielonefritas	6,0	468,9	Ūmus apendicitas su generalizuotu peritonitu	9,2
Pielonefritas	2,2	9,4	5,8	Ausų, nosies ir gerklės infekcijos	5,3	412,4	Kitos skiepais išvengiamos ligos	9,1
Hipertenzija	2,0	8,6	5,3	Hipertenzija	4,2	325,3	Lėtinė obstrukcinė plaučių liga (LOPL)	8,7
Priepuoliai, epilepsijos, konvulsijos	1,4	6,3	3,9	Astma ir astminė būklė	2,8	216,8	Perforuota / kraujuojanti opa	8,1
Astma ir astminė būklė	1,2	5,1	3,1	Perforuota / kraujuojanti opa	2,7	212,0	Pielonefritas	8,0
Dehidratacija ir gastroenteritas	1,0	4,5	2,8	Priepuoliai, epilepsijos, konvulsijos	2,3	181,8	Krūtinės angina	7,3
Perforuota / kraujuojanti opa	1,0	4,2	2,6	Dehidratacija ir gastroenteritas	1,3	100,8	Astma ir astminė būklė	6,9
Burnos / dantų ligos	0,6	2,6	1,6	Moters dubens organų uždegiminės ligos	1,1	83,5	Geležies stokos anemija	6,7
Moters dubens organų uždegiminės ligos	0,5	2,1	1,3	Burnos / dantų ligos	0,9	71,8	Moters dubens organų uždegiminės ligos	6,5
Geležies stokos anemija	0,4	1,7	1,1	Geležies stokos anemija	0,9	70,7	Mitybos nepakankamumas	6,3
Celiulitas	0,3	1,3	0,8	Ūmus apendicitas su generalizuotu peritonitu	0,7	51,6	Hipertenzija	6,1
Ūmus apendicitas su generalizuotu peritonitu	0,2	0,9	0,6	Reumatinės širdies ligos	0,7	51,0	Celiulitas	6,0
Kitos skiepais išvengiamos ligos	0,1	0,6	0,4	Celiulitas	0,6	49,7	Ausų, nosies ir gerklės infekcijos	4,7
Reumatinės širdies ligos	0,1	0,6	0,4	Kitos skiepais išvengiamos ligos	0,4	34,5	Priepuoliai, epilepsijos, konvulsijos	4,7
Mitybos nepakankamumas	0,01	0,1	0,03	Gangrena	0,1	4,2	Burnos / dantų ligos	4,6
Gangrena	0,01	0,04	0,03	Mitybos nepakankamumas	0,02	1,8	Dehidratacija ir gastroenteritas	3,7
Iš viso	37,1*	161,8*				7 818,6*		7,8*

* Eilučių sumos yra didesnės, nes kai kurios hospitalizacijos įtraukiamos du kartus, jeigu priklauso dviem AVL grupėms; eilutėje „Iš viso“ pateiktą duomenį suskaičiuoti bendrai, o ne sumuojant atskiras ligų grupes.

Šaltinis – Išvengiamos hospitalizacijos kaip ambulatorinės sveikatos priežiūros veiklos atspindys lietuvoje 2012 m.: ką galima pakeisti? (S.Mekšriūnaitė, R.Gurevičius, 2015)

Palyginimui, 2019 m. Lietuvoje užregistruota beveik 88 tūkst. išvengiamų hospitalizacijų. Nuo 2012 m. rodikliai kasmet mažėja – 2019 m. 1000 gyv. teko 31,4 atvejo.



3 pav. Išvengiamų hospitalizacijų pokyčiai Lietuvoje 2012–2019 m.

Šaltinis – Higienos institutas, 2019

Išvengiamos hospitalizacijos sudarė 14,6 proc. aktyvaus gydymo stacionare atvejų (išskyrus dienos stacionarą) (Jaselionienė, 2019).

1.4. Teisės aktai reguliuojantys išvengiamų hospitalizacijų stebėseną

Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimu Nr. XII-964 patvirtinta Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategiją (LSS), nustato sveikatinimo veiklos tikslus ir uždavinius, siekiamus sveikatos rodiklius, kurie būtini norint įgyvendinti Valstybės pažangos strategijoje „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, 2014–2020 metų nacionalinėje pažangos programoje ir Nacionalinėje reformų darbotvarkėje, nustatytus tikslus. Tai yra pagrindinis šio laikotarpio strateginio sveikatos politikos planavimo dokumentas, reglamentuojantis, kokios prioritetinės problemos turi būti sprendžiamos šį dešimtmetį, ką turime pasiekti, ir tuo remiantis planuoti ir pagrįsti vidutinės ir trumpos trukmės strateginių dokumentų rengimą, įgyvendinti juose numatytas priemones (Skrobotovas, Petrauskaitė, 2018).

2002 m. liepos 3 d. Nr. IX-1023 Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymas nustato visuomenės sveikatos stebėsenos organizacinę struktūrą, vykdymo tvarką ir su tuo susijusią atsakomybę. 5str. nurodoma, kad Visuomenės sveikatos stebėsenos sistemą sudaro valstybės ir savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos, kurias

vykdant, kaupiami ir analizuojami duomenys apie populiacijos ar atskirų jos grupių sveikatos būklės ir sveikatai darančių poveikį veiksnių kitimus vietos, regiono ir valstybės mastu.

Subjektai, atsakingi už visuomenės sveikatos stebėsenos vykdymą - valstybės, *savivaldybių*, mokslo institucijos, taip pat kiti juridiniai ir fiziniai asmenys, pagal šį Įstatymą ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka tvarkantys visuomenės sveikatos duomenis.

Pirmasis įsakymas, reglamentuojantis išvengiamų hospitalizacijų stebėseną ir registravimą buvo išleistas 2015 m. gegužės 12 d., Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos, Nr. V-604 „Dėl išvengiamų hospitalizacijų skaičiavimo metodikos patvirtinimo“.

Pagal minėtame įsakyme patvirtintą Išvengiamų hospitalizacijų rodiklių skaičiavimo metodiką, Lietuvos Higienos institutas yra įpareigotas vykdyti išvengiamų hospitalizacijų rodiklių stebėseną ir kasmet iki spalio 1 d. išvengiamų hospitalizacijų rodiklius paskelbti Higienos instituto tinklalapyje www.hi.lt.

IH duomenis Higienos institutui teikia miestų ir rajonų savivaldybės kasmetinėse Visuomenės sveikatos stebėsenos ataskaitose, vadovaujantis Bendrųjų savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatų, patvirtintų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. rugpjūčio 11 d. įsakymu Nr. V-488 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. gruodžio 19 d. įsakymo Nr. V-1203 redakcija), 6.4 papunkčiu. Ataskaitos parengiamos naudojantis viešai prieinamais sveikatos statistikos duomenų šaltiniais:

- Lietuvos statistikos departamento Oficialiosios statistikos portalu;
- Higienos instituto Visuomenės sveikatos stebėsenos informacinė sistema sveikstat.hi.lt;
- Higienos instituto Traumų ir nelaimingų atsitikimų stebėsenos sistemos duomenimis;
- Higienos instituto Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registru;
- Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA (Informacinė sistema “Sveidra” yra viena pagrindinių Valstybinės ligonių kasos veiklos sistemų, kurios pagalba valdoma iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo apmokamų medicinos paslaugų apskaita ir vykdoma paslaugų teikimo kontrolė. Gydomo paslaugų teikimo procese į “Sveidrą” duomenis teikia ir iš “Sveidros” duomenis gauna visos valstybinės gydymo įstaigos, vaistinės, privačios ortopedijos, odontologijos, gydymo ir sveikatinimo įstaigos, sudariusios sutartis su VLK, taip pat “Sveidra” yra viena pagrindinių duomenų teikimo šaltinių “E-sveikatos” sistemai (Innoforcegroup, 2014-2016 projektas).
- Teritorinės ligonių kasos duomenimis;

1.5. Išvengiamų hospitalizacijų stebėseną Lietuvos savivaldybėse

Vadovaujantis 2002 m. liepos 3 d. Nr. **IX-1023** Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymo 6str. - **Savivaldybės visuomenės sveikatos stebėseną** – savivaldybių lygiu savivaldybių teritorijose vykdoma visuomenės sveikatos stebėseną. 7 str., 3 dalis nustato, kad savivaldybės institucijos nustato visuomenės sveikatos stebėseną savivaldybės strateginiame plėtros ir (ar) savivaldybės strateginiame veiklos planuose. Savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatus rengia Sveikatos apsaugos ministerija, tvirtina Vyriausybė ar jos įgaliota institucija. Savivaldybės, organizuodamos visuomenės sveikatos stebėseną, atlieka šias funkcijas:

- kaupia sveikatos kitimo būkles savo teritorijoje, analizuoja pokyčius;
- stebi ir analizuoja aplinkos veiksnius, darančius įtaką sveikatai;
- analizuoja socialinius bei ekonominius veiksnius, veikiančius gyventojų sveikatą;
- teikia informaciją visuomenei, valstybės ir savivaldybių institucijoms, įstaigoms ir įmonėms;
- naudoja duomenis valdymo sprendimams įvertinti ir pagrįsti.

Savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatuose, patvirtintuose Lietuvos 2003 m. rugpjūčio 11 d. įsakymo Nr. V-488 „Dėl Bendrųjų savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatų patvirtinimo“, 6str. nurodyta, kad savivaldybės administracijos direktorius kasmet iki gegužės 1 d. pateikia Higienos institutui savivaldybės tarybos patvirtintą savivaldybės visuomenės sveikatos stebėsenos ataskaitą, kurią Higienos institutas šias ataskaitas skelbia savo interneto svetainėje. Savivaldybių institucijos, informaciją pateikia Valstybiniam visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų fondui Visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatų nustatyta tvarka. Tame pačiame teisės akte yra išdėstytas Savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos rodiklių sąrašas, kuriame yra 51 rodiklis ir informacijos šaltinis, kur surasti konkrečius, su rodikliu susijusius duomenis, tame tarpe ir IH rodiklius Nr.30 ir Nr.31.: Vadovaujantis Bendrųjų savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatų, patvirtintų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. rugpjūčio 11 d. įsakymu Nr. V-488 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. gruodžio 19 d. įsakymo Nr. V-1203 redakcija, savivaldybės administracijos direktorius kiekvienais metais teikia savivaldybių ligoninių veiklos ataskaitas pagal šiuos rodiklius:

3 lentelė. Savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos rodiklių sąrašas

Eil. Nr.	Rodiklis	Duomenų šaltinis
1.	Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė	Lietuvos statistikos departamentas
2.	Išvengiamas mirtingumas	Higienos institutas
3.	Mirtingumas dėl savižudybių / standartizuotas mirtingumo dėl savižudybių rodiklis (X60-X84) 100 000 gyventojų	Higienos institutas
4.	Mokyklinio amžiaus vaikų, nesimokančių mokyklose, skaičius 1 000 gyventojų	Lietuvos statistikos departamentas, Švietimo informacinių technologijų centras
5.	Socialinės rizikos šeimų skaičius 1 000 gyventojų	Lietuvos statistikos departamentas, Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos
6.	Ilgalaikio nedarbo lygis	Lietuvos darbo birža
7.	Gyventojų skaičiaus pokytis 1 000 gyventojų	Lietuvos statistikos departamentas
8.	Mirtingumas dėl išorinių priežasčių / standartizuotas mirtingumo dėl išorinių priežasčių rodiklis (V01–Y98) 100 000 gyventojų	Higienos institutas
9.	Mokinių, gaunančių nemokamą maitinimą mokyklose, skaičius 1 000 gyventojų	Lietuvos statistikos departamentas, Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenys
10.	Socialinės pašalpos gavėjų skaičius 1 000 gyventojų	Lietuvos statistikos departamentas, Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenys
11.	Sergamumas tuberkulioze (A15-A19) 10 000 gyventojų	Infekcinių ligų ir tuberkuliozės ligoninė
12.	Asmenų, žuvusių ar sunkiai sužalotų dėl nelaimingų atsitikimų darbe, skaičius 10 000 darbingo amžiaus gyventojų	Valstybinė darbo inspekcija
13.	Susižalojimo dėl nukritimo atvejų skaičius (W00-W19) 65+ m. amžiaus grupėje 10 000 gyventojų	Higienos institutas
14.	Darbingo amžiaus asmenų, pirmą kartą pripažintų neįgaliais, skaičius 10 000 gyventojų	Lietuvos statistikos departamentas, Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba
15.	Sergamumas žarnyno infekcinėmis ligomis (A00-A08) 10 000 gyventojų	Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras
16.	Mirtingumas dėl atsitiktinio paskendimo / standartizuotas mirtingumo dėl atsitiktinio paskendimo rodiklis (W65-W74) 100 000 gyventojų	Higienos institutas
17.	Mirtingumas dėl nukritimo / standartizuotas mirtingumo dėl nukritimo rodiklis (W00-W19) 100 000 gyventojų	Higienos institutas
18.	Mirtingumas dėl transporto įvykių / standartizuotas mirtingumo dėl transporto įvykių rodiklis (V00-V99) 100 000 gyventojų	Higienos institutas
19.	Pėsčiųjų mirtingumas dėl transporto įvykių (V00-V09) 100 000 gyventojų	Higienos institutas
20.	Transporto įvykiuose patirtų traumų (V00-V99) skaičius 100 000 gyventojų	Higienos institutas
21.	Į atmosferą iš stacionarių taršos šaltinių išmestų teršalų kiekis, tenkantis 1 kvadratiniam kilometrui	Lietuvos statistikos departamentas, Aplinkos apsaugos agentūra
22.	Viešai tiekiamo geriamojo vandens prieinamumas vartotojams (proc.)	Savivaldybės
23.	Nuotekų tvarkymo paslaugų prieinamumas vartotojams (proc.)	Savivaldybės
24.	Mirtingumas dėl priežasčių, susijusių su narkotikų vartojimu / standartizuotas mirtingumo dėl priežasčių, susijusių su narkotikų vartojimu, rodiklis 100 000 gyventojų	Higienos institutas
25.	Mirtingumas dėl priežasčių, susijusių su alkoholio vartojimu / standartizuotas mirtingumo dėl priežasčių, susijusių su alkoholio vartojimu, rodiklis 100 000 gyventojų	Higienos institutas
26.	Nusikalstamos veikos, susijusios su disponavimu narkotinėmis medžiagomis ir jų kontrabanda (nusikaltimai)	Lietuvos statistikos departamentas, Informatikos ir ryšių departamentas prie Vidaus reikalų ministerijos
27.	Gyventojų skaičius, tenkantis vienai licencijai verstiti mažmenine prekyba tabako gaminiais	Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas
28.	Gyventojų skaičius, tenkantis vienai licencijai verstiti mažmenine prekyba alkoholiniais gėrimais	Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas
29.	Kūdikų, išimtinai žindytų iki 6 mėn. amžiaus, dalis (proc.)	Higienos institutas
30.	Išvengiamų hospitalizacijų skaičius 1 000 gyventojų	Higienos institutas
31.	Išvengiamų hospitalizacijų dėl diabeto ir jo komplikacijų skaičius 1 000 gyventojų	Higienos institutas
32.	Slaugytojų, tenkančių vienam gydytojui, skaičius	Higienos institutas
33.	Šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų skaičius 10 000 gyventojų	Higienos institutas
34.	Apsilankymų pas gydytojus skaičius, tenkantis vienam gydytojui	Higienos institutas
35.	Savivaldybei pavaldžių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų pacientų pasitenkinimo lygis	Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba
36.	Sergamumas vaistams atsparia tuberkulioze 10 000 gyventojų	Infekcinių ligų ir tuberkuliozės ligoninė
37.	Sergamumas ŽIV ir lytiškai plintančiomis ligomis (B20-B24, A50-A64) 10 000 gyventojų	Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras
38.	Kūdikų (vaikų iki 1 m. amžiaus) mirtingumas 1 000 gyvų gimusių kūdikių	Lietuvos statistikos departamentas

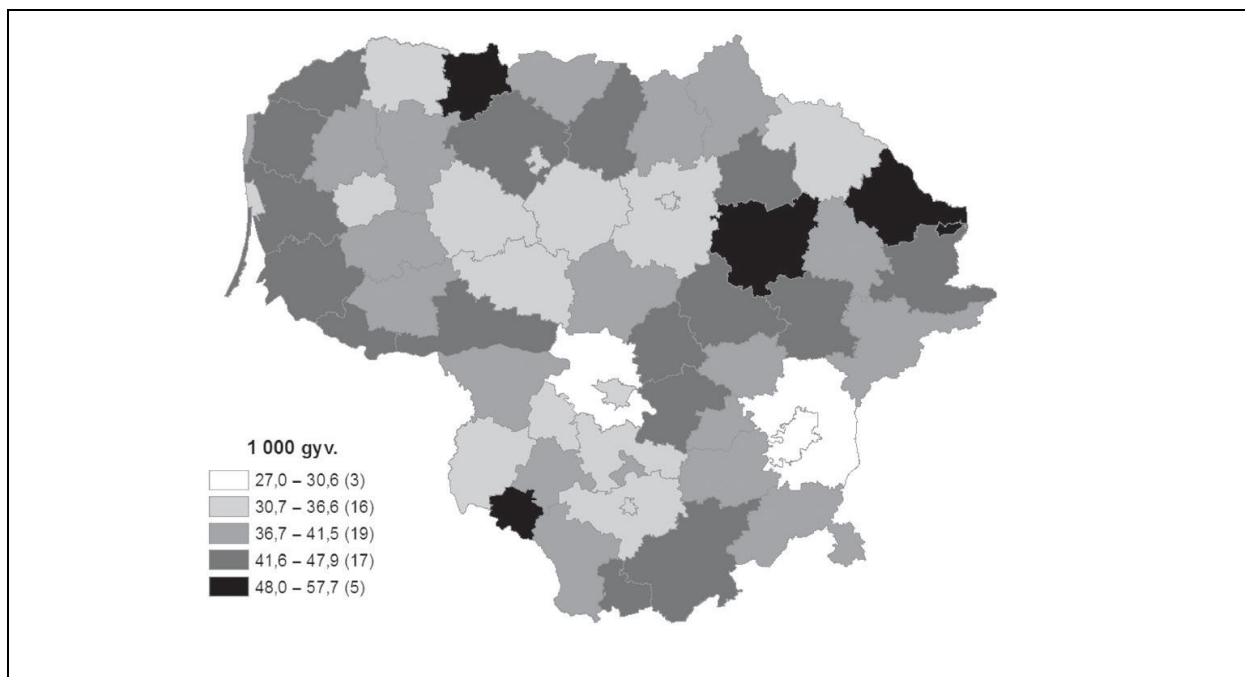
Eil. Nr.	Rodiklis	Duomenų šaltinis
39.	2 metų amžiaus vaikų MMR1 (tymų, epideminio parotito, raudonukės vakcina, 1 dozė) skiepavimo apimtys	Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras
40.	1 metų amžiaus vaikų DTP3 (difterijos, stabligės, kokliušo vakcina, 3 dozės) skiepavimo apimtys	Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras
41.	Tikslinės populiacijos dalis (proc.), dalyvavusi vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis programoje	Higienos institutas
42.	Vaikų, kuriems nustatytas dantų ėduonis (K02), skaičius 10 000 gyventojų	Higienos institutas
43.	Paauglių (15–17 m.) gimdymų skaičius 100 000 gyventojų	Higienos institutas
44.	Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų / standartizuotas mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų rodiklis (I00-I99) 100 000 gyventojų	Higienos institutas
45.	Mirtingumas nuo piktybinių navikų / standartizuotas mirtingumo nuo piktybinių navikų rodiklis (C00-C97) 100 000 gyventojų	Higienos institutas
46.	Mirtingumas nuo cerebrovaskulinių ligų / standartizuotas mirtingumo nuo cerebrovaskulinių ligų rodiklis (I60-I69) 100 000 gyventojų	Higienos institutas
47.	Sergamumas II tipo cukriniu diabetu (E11) 10 000 gyventojų	Higienos institutas
48.	Tikslinės populiacijos dalis (proc.), dalyvavusi atrankinės mamografinės patikros dėl krūtų vėžio finansavimo programoje	Higienos institutas
49.	Tikslinės populiacijos dalis (proc.), dalyvavusi gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų, finansavimo programoje	Higienos institutas
50.	Tikslinės populiacijos dalis (proc.), dalyvavusi storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programoje	Higienos institutas
51.	Tikslinės populiacijos dalis (proc.), dalyvavusi asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programoje	Higienos institutas

Šaltinis – e-seimas.lrs.lt, 2022

Sukurta ir reglamentuota IH skaičiavimo metodika, sveikatos priežiūros statistinių duomenų pateikimo terminai, oficialiai įgaliotos institucijos, sudarė palankias sąlygas IH rodiklio interpretacijai įvairiais aspektais. Galima teigti, kad iš visos Lietuvos regionų savivaldybių pateikiami IH duomenys, atspindi realią vykdomos sveikatos reformos tikslų rezultatus. Todėl būtent savivaldybių įgyvendinama visuomenės sveikatos politikos veikla turi reikalingus svertus gerinti gyventojų sveikatos būklę, bei racionalizuoti sveikatos paslaugoms skirtus valstybės asignavimus.

2015 metų studijoje „Išvengiamų hospitalizacijų rodiklių skirtumai Lietuvos savivaldybėse“, tų pačių Higienos instituto mokslininkų Sandros Mekšriūnaitės ir Romualdas Gurevičiaus, pateikti duomenys, atspindintys IH pasiskirstymą Lietuvos savivaldybėse. Išvadose buvo pažymėta, kad „2012 m. duomenimis, Lietuvoje nustatyti dideli IH skirtumai tarp savivaldybių, ypač lyginant skirtingas AVL. Ypač dideli skirtumai pastebimi lyginant savivaldybių IH dėl krūtinės anginos ir stazinio širdies nepakankamumo rodiklius. Tai galėjo nulemti gydytojų žinių ir patirties įvairovė koduojant ligas Tarptautinės ligų klasifikacijos kodais. Dėl to tikslinga gerinti jų žinias tam panaudojant kvalifikacijos kėlimo ir gydytojus rengiančių aukštųjų mokyklų studijų programas. Skirtingų lyčių IH rodiklių koreliacija savivaldybėse rodo bendras sisteminės problemas, lokalizuotas atskirose savivaldybėse.“ Taip pat iš surinktų ir išanalizuotų duomenų padaryta išvada, kad IH rodikliai turėtų būti analizuojami kelių metų bėgyje, kad nustatyti atitinkamai problematiškas savivaldybes su aukštais IH rodikliais ir tada gilintis, kame problema.

IH netolygumus savivaldybėse labai vaizdžiai atspindi Lietuvos savivaldybių žemėlapis, kuriame pagal spalvinę skalę matomos savivaldybės, kuriose IH skaičius 2015 metais didžiausi IH rodikliai buvo Zarasų r., Anykščių r., Visagino, Akmenės r., Kalvarijos, Ukmergės r., Kupiškio, r., Druskininkų, Jurbarko, Molėtų r. savivaldybėse, mažiausi – Vilniaus rajono ir miesto, Kauno r., Mažeikių r., Šiaulių m., Alytaus r., Klaipėdos m., Panevėžio r., Radviliškio r. ir Kelmės r. savivaldybėse.

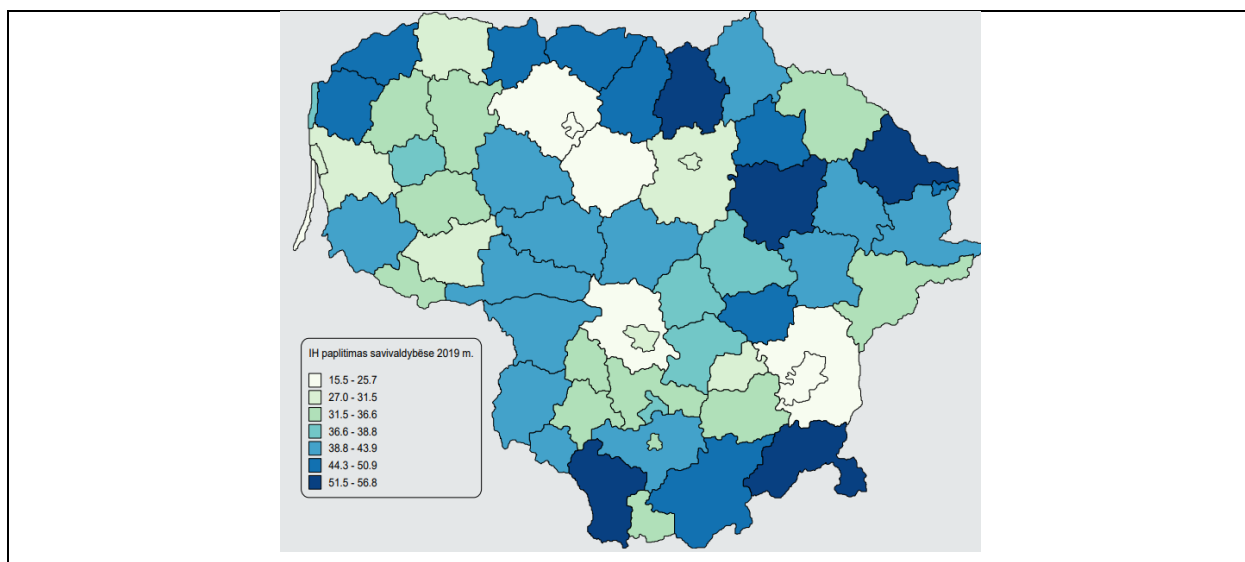


4pav. IH netolygumai savivaldybėse. 2015 metai

Šaltinis - Higienos institutas, 2015

Šiuo metu rutiniškai, kiekvienais metais yra renkami ataskaitiniai statistiniai visuomenės sveikatos rodiklių duomenys ir pateikiami ih.lt internetinėje svetainėje.

Palyginimui 2019 metų IH paplitimas Lietuvos savivaldybėse (Jaselionienė, 2020)



5pav. IH paplitimas Lietuvos savivaldybėse. 2019 metai.

Šaltinis - Higienos institutas, 2020

Daugiausiai išvengiamų hospitalizacijų, tenkančių 1000 gyventojų, 2019 m. užregistruota Zarasų, Anykščių, Lazdijų, Šalčininkų ir Pasvalio rajonų savivaldybėse, mažiausiai – Neringos, Vilniaus, Kauno ir Šiaulių rajonų, Šiaulių miesto savivaldybėse.

Iš šių pateiktų dviejų žemėlapių matome, kad didžiausi skaičiai per 7 metus šiek nukrito, tačiau labai neženkliai. Taip matoma, kad savivaldybėse IH laikui bėgant kito. Zarasų bei Anykščių savivaldybėse išliko didžiausias IH rodiklis – kas verčia susirūpinti tų savivaldybių vykdomos sveikatos politikos efektyvumu. O pavyzdžiui Kalvarijos savivaldybėje IH rodiklį pavyko gerokai sumažinti. Tačiau Šalčininkų ir Lazdijų savivaldybės pateko į didžiausių IH rodiklius turinčiųjų sąrašą.

Vadovaujantis LR sveikatos apsaugos ministro 2021 m. balandžio 29 įsakymas Nr. V-988 „Dėl darbo grupės išvengiamos hospitalizacijos rodiklių skaičiavimo metodikai parengti sudarymo“, 2021 m. sudaryta darbo grupė Išvengiamos hospitalizacijos rodiklių skaičiavimo metodikos pakeitimo projektui parengti Higienos instituto atstovė darbo grupėje Jonė Jaselionienė – Higienos instituto Sveikatos informacijos centro Biostatistinės analizės skyriaus specialistė.

Šiuo metu Lietuvoje išvengiamų hospitalizacijų rodiklių skaičiavimo metodika yra nustatyta ir reglamentuojama Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio 20 d. įsakyму Nr. V-2893, „Dėl išvengiamų hospitalizacijų rodiklių sąrašo ir išvengiamų hospitalizacijų rodiklių skaičiavimo metodikos patvirtinimo“. Šiame įstatyme numatyta, kad „Išvengiamos hospitalizacijos atvejai atrenkami pagal asmens stacionarinio gydymo kortelės aktyviojo gydymo etapo (tik pirmojo) duomenis:

1. **Pagrindinę diagnozę**, pažymėtą Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtojo pataisyto ir papildyto leidimo „Sisteminis ligų sąrašas“ (Australijos modifikacija, TLK-10-AM) ligų kodais, nurodytais šiuo įsakymu;
2. **Procedūras, pažymėtas Medicininių intervencijų klasifikacijos** (angl. The Australian Classification of Health Interventions – ACHI) kodais.
3. **Atrenkant išvengiamos hospitalizacijos atvejus:**
 - a) skaičiuojami stacionarinio aktyviojo gydymo atvejai, kurių asmens stacionarinio gydymo kortelės pabaigos data sutampa su kalendoriniais metais, kuriems apskaičiuojamas išvengiamų hospitalizacijų rodiklis;
 - b) neįskaičiuojami aktyviojo gydymo stacionaro dienos (kai pacientas hospitalizuojamas ir išrašomas tą pačią dieną) atvejai bei aktyviojo gydymo atvejai, kai teikiama dienos chirurgijos paslauga.
4. Skaičiuojami vienų kalendorinių metų išvengiamų hospitalizacijų **rodikliai pagal administracinę teritoriją**. (Jeigu nežinoma hospitalizuojamo asmens gyvenamoji vieta (savivaldybė), asmeniui priskiriama gyvenamoji vieta pagal asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje jis yra prirašytas, savivaldybę.)
5. Hospitalizuotų asmenų **amžius skaičiuojamas pagal atvykimo datą**.
6. **Neįtraukiami vaikai iki 1 metų amžiaus**.
7. Išvengiamų hospitalizacijų rodiklių skaičiavimo **formulė** (atskirai pagal administracinę teritoriją ir amžiaus grupę):

$$\text{Išvengiamų hospitalizacijų rodiklis} = \frac{\text{Išvengiamų hospitalizacijų skaičius}}{\text{Vidutinis metinis gyventojų skaičius}} \times 1000$$

Šaltinis: e-seimas.lrs.lt, 2022

4 lentelė. Išvengiamų hospitalizacijų rodiklių sąrašas

Eil. Nr.	Išvengiamų hospitalizacijų rodikliai	Pacientų, kurie įtraukiami skaičiuojant rodiklį, amžius	Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtojo pataisyto ir papildyto leidimo „Sisteminis ligų sąrašas“ (Australijos modifikacija, TLK-10-AM) kodai
1.	Bendras išvengiamų hospitalizacijų skaičius 1000 gyventojų	1m–17m.; 18–64; 65 ir daugiau	Hospitalizacijų pagal atskiras ligų ir sveikatos sutrikimų grupes (priežastis), nurodytas šio priedo 2–18 punktuose, suma
2.	Išvengiamų hospitalizacijų dėl pneumonijos skaičius 1000 gyventojų	1m–17m.; 18–64; 65 ir daugiau	J13, J14, J15.3, J15.4, J15.7, J15.9, J16.8, J18.1, J18.8, J18.9 – pagrindinė diagnozė
3.	Išvengiamų hospitalizacijų dėl astmos skaičius 1000 gyventojų	1m–17m.; 18–64; 65 ir daugiau	J45, J46 – pagrindinė diagnozė
4.	Išvengiamų hospitalizacijų dėl stazinio širdies nepakankamumo skaičius 1000 gyventojų	18 m.; 18–64 m; 65 ir daugiau	I50, I11.0 – pagrindinė diagnozė
5.	Išvengiamų hospitalizacijų dėl cukrinio diabeto skaičius 1000 gyventojų	18 m.; 18–64 m; 65 ir daugiau	E10, E11 – pagrindinė diagnozė
6.	Išvengiamų hospitalizacijų dėl 1 tipo cukrinio diabeto skaičius 1000 gyventojų	18 m.; 18–64 m; 65 ir daugiau	E10 – pagrindinė diagnozė

7.	Išvengiamų hospitalizacijų dėl 2 tipo cukrinio diabeto skaičius 1000 gyventojų	18 m.; 18–64 m; 65 ir daugiau	E11 – pagrindinė diagnozė
8.	Išvengiamų hospitalizacijų dėl lėtinės obstrukcinės plaučių ligos skaičius 1000 gyventojų	18 m.; 18–64 m; 65 ir daugiau	J41, J42, J43, J44, J47 – pagrindinė diagnozė; J20 – pagrindinė diagnozė, kai J41, J42, J43, J44, J47 – gretutinė diagnozė
9.	Išvengiamų hospitalizacijų dėl krūtinės anginos skaičius 1000 gyventojų	18 m.; 18–64 m; 65 ir daugiau	I20.8, I20.9 – pagrindinė diagnozė
10.	Išvengiamų hospitalizacijų dėl hipertenzijos skaičius 1000 gyventojų	18 m.; 18–64 m; 65 ir daugiau	I10, I11.9 – pagrindinė diagnozė
11.	Išvengiamų hospitalizacijų dėl pielonefrito skaičius 1000 gyventojų	1–17m.; 18–64m; 65 ir daugiau	N10, N11, N12, N13.6, N39.0 – pagrindinė diagnozė
12.	Išvengiamų hospitalizacijų dėl ausų, nosies ir gerklės infekcijų skaičius 1000 gyventojų	1–17 m.	H66, H67, J02, J03, J06, J10, J11, J31.2 – pagrindinė diagnozė
13.	Išvengiamų hospitalizacijų dėl (kitų) vakcinomis valdomų ligų skaičius 1000 gyventojų	1–17m.; 18–64m; 65 ir daugiau	A08.0, A35, A36, A37, A80, B05, B06, B16.1, B16.9, B18.0, B18.1, B26, G00.0, M01.4 – pagrindinė diagnozė
14.	Išvengiamų hospitalizacijų dėl geležies stokos anemijų skaičius 1000 gyventojų	1–17m.; 18–64m; 65 ir daugiau	D50.1, D50.8, D50.9 – pagrindinė diagnozė
15.	Išvengiamų hospitalizacijų dėl opinės ligos skaičius 1000 gyventojų	18–64m; 65 ir daugiau	K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6 – pagrindinė diagnozė
16.	Išvengiamų hospitalizacijų dėl burnos ir (ar) dantų ligų skaičius 1000 gyventojų	1–17m.; 18–64m; 65 ir daugiau	K02, K03, K04, K05, K06, K08, K12, K13 – pagrindinė diagnozė
17.	Išvengiamų hospitalizacijų dėl epilepsijos skaičius 1000 gyventojų	1–17m.; 18–64m; 65 ir daugiau	G40, G41, O15, R56 – pagrindinė diagnozė
18.	Išvengiamų hospitalizacijų dėl moters dubens organų uždegiminių ligų skaičius 1000 gyventojų (moterų)	18–64m; 65 ir daugiau	N70, N73, N74 – pagrindinė diagnozė

Šaltinis - e-seimas.lrs.lt, 2022

Pavyzdžiui, remiantis aukščiau įsakyme išdėstyta skaičiavimo metodika:

Atvejis: 2022 metų sausio 4 dieną į Vilkaviškio miesto ligoninę X, 13.35val, kreipėsi mama su mažamečiu vaiku, berniuku, kurio amžius 9 metai. Vaikas skundėsi ūmiais dešinės ausies skausmais, galvos skausmu; temperatūra 36.8°C, kvėpavimas padažnėjęs – 21k/min., spaudimas normalus; skausmai prasidėjo sausio 3 dieną vakare. Apžiūrėjus vaiką, paskirta LOR gydytojo konsultacija, neurologo konsultacija, paskirti vaistai nuo skausmo ir uždegimo – Ibuprofen. Kadangi konsultuojantis LOR gydytojas pagal grafiką atvažiuoja į ligoninę po pietų, o neurologas dirbs sausio 5 dieną, pacientą nuspręsta paguldyti į stacionarą stebėjimui. LOR gydytojas apžiūrėjo pacientą 15.45val, tą pačią dieną, atliko reikalingus kraujo tyrimus, remiantis TLK-10-AM, nustatė diagnozę - Vidurinis otitas, ūminis, ir viršutinių kvėpavimo takų infekcija, neklasifikuojamas kitaip, ligos kodas H66.9. Paskyrė vaistus nuo uždegimo ir liepė stebėti paciento būklę.

Pacientas praleido naktį ligoninėje. Ryte, 10val, pacientą apžiūrėjo gydytojas neurologas dėl galvos skausmų. Nenustatęs jokių pakitimų, konstatavęs, kad skausmus inicijuoja ausies uždegimas, gydymo nepaskyrė, tik ligonio stebėjimą.

Pacientas buvo išrašytas 2022 metų sausio 5 dieną.

Taigi, nagrinėjant šį konkretų, gana dažnai pasitaikantį atvejį, kokio tipo, iškart matome, kad tokia vienos paros hospitalizacija tikrai galėjo būti išvengta. Priežastys, nulėmusios paciento paguldymą į stacionarą – gydytojų specialistų trūkumo, nes, jei gydytojas neurologas būtų apžiūrėjęs pacientą

tą pačią dieną, poros valandų bėgyje po atvykimo, hospitalizacijos būtų galima išvengti. O į statistinius duomenis tokia hospitalizacija būtų traukiama pagal IH sąrašo punktą:

12.	Išvengiamų hospitalizacijų dėl ausų, nosies ir gerklės infekcijų skaičius 1000 gyventojų	1–17 m.	H66, H67, J02, J03, J06, J10, J11, J31.2 – pagrindinė diagnozė
------------	---	------------	---

Šaltinis TLK-10-AM / ACHI / ACS elektroninis vadovas, 2022

Dėka tarpinstitucinio bendradarbiavimo, AVL sąrašas yra nuolat peržiūrimas ir nuo 2021m. yra atlikti pakeitimai, aktualūs mūsų šalies sergamumo tendencijoms. Išvengiamų hospitalizacijų stebėseną vykdoma ir rodikliai skaičiuojami remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio 20 d. įsakymu Nr. V-2893 „Dėl Išvengiamų hospitalizacijų rodiklių sąrašo ir išvengiamų hospitalizacijų rodiklių skaičiavimo metodikos patvirtinimo“ patvirtinta metodika.

2. IŠVENGIAMŲ HOSPITALIZACIJŲ FINANSINIS ĮVERTINIMAS

2.1. Gydomo paslaugų kainodara Lietuvoje

Įvertinti IH kainas yra labai svarbu, nes tada labai aiškiai pamatomas lėšų, kurias galima sutaupyti, ar kitaip paskirstyti finansinis svoris. Šiuo atveju būtina žinoti, kaip yra įkainuojamos gydymo paslaugos. Šiuo metu yra taikoma paslaugų kainodara pagal veiklos sąnaudų apskaitą. Anksčiau taikytas paslaugų grupavimas pagal profilius, buvo pakeistas į grupavimą pagal giminingas diagnozių grupes (angl. DRG – diagnosis-related-groups) (toliau DRG). Vadovaujantis 2011 m. gruodžio 23 d. Nr. V-1118 SAM ministro įsakymu „Dėl giminingų diagnozių grupių sąrašo ir normatyvinės gydymo trukmės ir kainų koeficientų pagal giminingų diagnozių grupes sąrašo bei bazinės aktyviojo gydymo atvejo (gydymo etapo) kainos šiam gydymui priskiriamų paslaugų bazinėms kainoms nustatyti tvirtinimo“, apskaičiuojamos bazinės kainos, kurios yra naudojamos faktinėms gydymo kainoms apskaičiuoti. „DRG sistema – tai tarptautinė ligoninių paslaugų apmokėjimo sistema, užtikrinanti tikslų šių paslaugų teikimo išlaidų kompensavimą, atitinkantį paciento sveikatos būklės sunkumą ir atliktų diagnostinių bei gydomųjų veiksmų visumą.“ (Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2022).

Informacinėje sistemoje „Sveidra“ vykdoma ASPI suteiktų ASPP, kurios yra apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų, automatizuota apskaita. Į „Asmenims suteiktų stacionariųjų paslaugų, kompensuojamų iš PSDF biudžeto, apskaitos posistemį“ kiekviena ASPI pateikia duomenis, reikalingus apskaitai ir tokiu būdu pagrindžia paslaugų apmokėjimą. Remiantis „Sveidra“ duomenimis, vadovaujantis 2014 m. birželio 5 d. Nr. 1K-136 VLK prie SAM Direktoriatu išakymu „Dėl privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ nuostatų pakeitimo“ ir taikant DRG metodą, apskaičiuojama sveikatos priežiūros įstaigos suteiktų paslaugų, apmokamų iš PSDF, kaina. Sąnaudų duomenis VLK perduoda, visos, teikiančios aktyviojo gydymo paslaugas, ASPI. Jie yra reikalingi gydymo kainų koeficientams ir bazinėms kainoms apskaičiuoti, užpildydamos „Aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos sąnaudų apskaitos ir priskyrimo sąnaudų grupėms pagal giminingų diagnozių grupių metodą modelis“ matricą. Bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina yra skaičiuojama aktyviojo gydymo (VLK, Sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos, 2022).

Pagal 2019 m. liepos 18 d. Nr. V-872LR SAM Išakymą „Dėl Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 27 d. išakymo nr. V-1145 „Dėl aktyviojo gydymo stacionarinėms paslaugoms nepriskiriamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašų ir slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo, aktyviajam gydymui nepriskiriamos, tačiau taip pat iš PSDF biudžeto lėšų apmokamos paslaugos: paslaugos slaugantiems vaikams; ilgalaikė ir specialioji psichiatrija, tuberkuliozės gydymas, fiziochirurgija, slaugos ir paliatyvaus gydymo paslaugos. Faktinę aktyviojo gydymo atvejo kainą pagal metodiką yra apskaičiuojama: bazinė aktyviojo gydymo atvejo kainą dauginant iš aktyviojo gydymo kainos koeficiento ir pridėdant papildomai naudotų elementų kainą

Pagal SAM išakymą „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 27 d. išakymo Nr. V-1145, bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina išreiškiama balais ir yra nekintanti dalis, kuri nustatoma metams. Gydymo atvejis yra parenkamas vadovaujantis DGR, tuomet parenkamas koeficientas ir gydymo trukmė. Skirtingoms DRG grupėms vidutinė gydymo trukmė skiriasi. Vidutinę normatyvinę trukmę padauginus iš trijų, apskaičiuojama maksimali gydymo trukmė, o padalinus iš trijų – minimali. Jei buvo naudoti papildomi elementai (medicinos reikmenys, medikamentai, kraujo komponentai ir kt.), jų kaina yra pridėjama. Pagal tokiu būdu apskaičiuotas kainas sužinoma suteiktų paslaugų vertė, yra išrašomos sąskaitos TLK ir gaunamas apmokėjimas.

2.2. Visuomenės sveikatos priežiūros sektoriaus finansavimas ir išvengiamos hospitalizacijos

Daugelyje pasaulio šalių sveikatos politikos ir mokėjimų reformų turinyje vienas pagrindinių tikslų yra sumažinti galimai išvengiamų hospitalizacijų skaičių. Šios strategijos įgyvendinimas gali padėti pasiekti kelis pagrindinius sveikatos reformai keliamus tikslus – užkirsti kelią komplikacijoms ir papildomam sergamumui bei mirštamumui, taip ženkliai sumažinant išlaidas stacionariniam gydymui, kuris yra didžiausios.

IH rodiklių skaičiavimo ir analizavimo būtinumą, kalbant apie sveikatos priežiūros paslaugoms skirtų lėšų paskirstymą, galima pasverti nagrinėjant sveikatinimo sektoriaus finansavimo sistemą. Lietuvoje Visuomenės sveikatos problemos 1998–2010 metais buvo sprendžiamos panaudojant daugiausiai sveikatos sektoriaus žmogiškuosius ir materialinius – finansinius išteklius. Formuojant ir tvirtinant 2013-ųjų Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžetą, Europos Komisijos išleistame leidinyje „Apie sveikatą glaustai: Europa 2012 m.“ (angl. Health at a Glance: Europe 2012), buvo palyginti įvairūs Europos šalių-narių sveikatos sektoriaus rodikliai, tarp jų – ir sveikatos priežiūros išlaidos bei finansavimo šaltiniai, apžvelgiamos ilgalaikės tendencijos ir Europos šalių skirtumai. Lyginant sveikatos priežiūros finansavimo šaltinius, pažymima, kad visose Europos šalyse, išskyrus Kiprą, pagrindinis sveikatos priežiūros finansavimo šaltinis yra valstybės sektorius. 2010 m. iš jo buvo finansuojama vidutiniškai beveik trys ketvirtadaliai (73 proc.) visų sveikatos sektoriaus išlaidų ES valstybėse narėse. Valstybinis finansavimas sudarė daugiau kaip 80 proc. Nyderlanduose, Šiaurės šalyse (išskyrus Suomiją), Liuksemburge, Čekijoje, Jungtinėje Karalystėje ir Rumunijoje. Mažiausiai valstybės lėšų skyrė Kipras (43 proc.) bei Bulgarija, Graikija ir Latvija (55–60 proc.). Lietuva – arčiausiai vidurkio (72 proc.).

Lietuvos asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos yra finansuojamos iš valstybės ar savivaldybių biudžetų, privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF), sveikatos fondų bei kitų lėšų (draudimo nuo nelaimingų atsitikimų darbe ir susirgimų profesinėmis ligomis, savanoriškojo sveikatos draudimo lėšų,) (Mano vyriausybė, 2013).

Vyriausybė bei Seimas nustato politinius prioritetus, PSDF biudžeto formavimo taisykles, tvirtina biudžetą. Taigi šios institucijos atlieka lemiamą poveikį sveikatos priežiūros finansavimo sistemai, darydamos sprendimus, susijusius su sveikatos priežiūros finansavimu. Kitos valstybinio mechanizmo institucijos – Finansų, Sveikatos apsaugos ir kt. ministerijos - nustato ir surenka valstybinius mokesčius bei sudaro sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš valstybinio socialinio draudimo fondo, sąrašus, nustato kainas, mokėjimo tvarką, kt.

Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto pajamos – pagrindinis valstybės biudžeto šaltinis sveikatos priežiūros sektoriaus išlaidoms finansuoti. Privalomasis sveikatos draudimas turi

užtikrinti 70 – 80 proc. sveikatos priežiūros finansavimo, likusioji dalis (visuomenės sveikatos priežiūra, investicijos, valstybinės ir savivaldybių programos) turi būti finansuojama iš valstybės ir savivaldybių biudžetų.

Taigi, šiuo metu turime Lietuvoje taikomą, taip vadinamą mišrią sveikatos sistemos finansavimo struktūrą, kada taikomi kelių finansavimo sistemų modeliai, atsižvelgiant į valstybės ekonominę, politinę, demografinę ar socialinę padėtį bei visuomenės poreikius.



7pav. Sveikatinimo veiklos Lietuvoje finansavimo struktūra

Mišrias finansavimo sistemos dažniausiai sutinkamos ir taikomos tose šalyse, kuriose valstybės biudžetas nėra pajėgus vienas užtikrinti tinkamą sveikatos priežiūros srities finansavimą, tokiu atveju reikalingas draudimo fondas, į kurį darbuotojai bei darbdaviai moka įmokas, tačiau tada finansinių lėšų panaudojimo bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kontrolė pasireiškia ne tik iš valstybinių institucijų pusės, bet ir iš privačių draudimo įstaigų, kurios yra suinteresuotos finansų skaidrumu.

Remiantis Lietuvos Higienos instituto statistiniais duomenimis, galime matyti ir vertinti, kaip kito sveikatos paslaugų mūsų šalyje finansavimas per 16 metų. Akivaizdu - iš sekančios lentelės matoma, kad finansavimas sveikatos sistemai kasmet auga, todėl įgyvendinant Sveikatos sistemos politikos reformą, vienas iš pagrindinių uždavinių tapo tinkamas resursų paskirstymas.

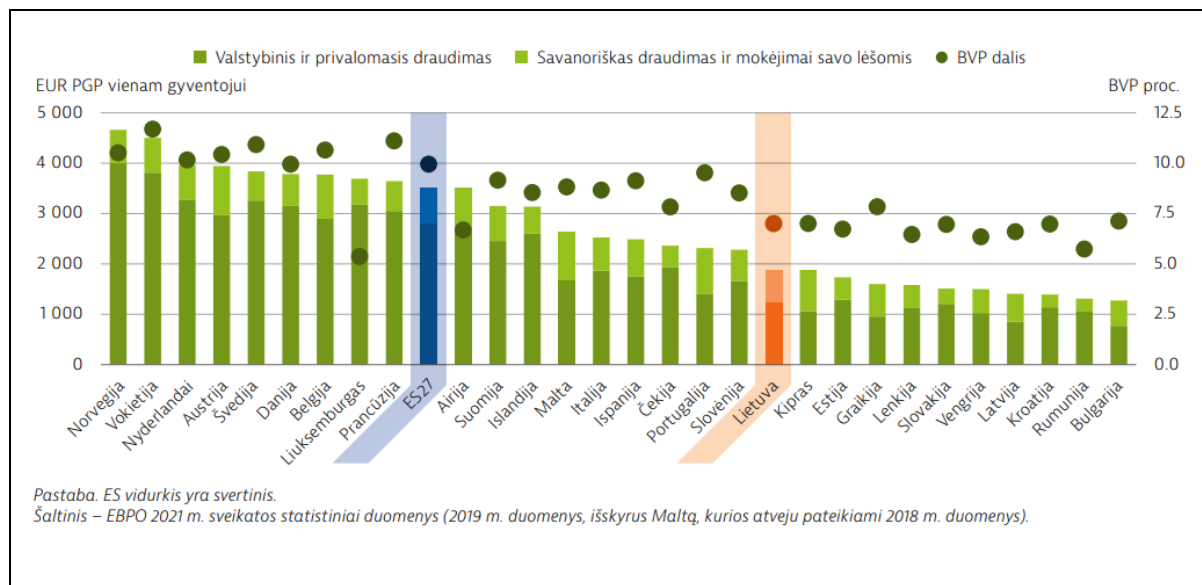
5 lentelė. Išlaidos sveikatos priežiūrai 2004-2020 m. (mln. Eurų)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
Einamosios sveikatos priežiūros išlaidos	1004.17	1184.95	1405.7	1672.3	2055.8	1981.2	1910.4	2031.8	2096.9	2146.5	2265.6	2423.9	2581.4	2737.5	2972.3	3419.5	3732.1
valdžios sektorius ir privalomasis įmokinis sveikatos priežiūros finansavimas	668.27	790.58	950.36	1189.0	1464.5	1435.6	1370.0	1443.2	1411.9	1422.1	1530.6	1627.4	1719.1	1812.0	1996.7	2270.0	2617.5
iš jų privalomasis įmokinis sveikatos priežiūros finansavimas	608.43	705.69	865.5	1044.4	1251.2	1222.2	1172.2	1245.8	1219.0	1233.1	1301.9	1385.8	1473.8	1566.7	1741.9	1989.2	2228.6
savanoriškas sveikatos finansavimas ir namų ūkių mokėjimai savo išlaidoms	335.81	394.14	455.22	483.1	591.2	545.5	539.0	587.5	684.0	723.6	733.8	795.0	861.9	924.8	975.0	1148.8	1113.6
iš jų namų ūkių mokėjimai savo išlaidoms	330.57	388.41	447.78	475.0	579.2	531.3	527.1	573.4	666.8	704.5	713.5	771.7	834.2	892.1	936.7	1103.5	1070.9
Bendras vidaus produktas (BVP)	18219.7	20979.9	24063.3	29011.2	32660.1	26897	28033.8	31317.2	33410.2	35039.5	36581.3	37345.7	38889.9	42276.3	45514.8	48859.9	49507.2
Einamųjų išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP (%)	5.51	5.64	5.84	5.76	6.29	7.37	6.81	6.49	6.28	6.13	6.19	6.49	6.64	6.47	6.53	7.0	7.54
Valdžios sektoriaus ir privalomojo įmokinio sveikatos priežiūros finansavimo išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP (%)	3.66	3.76	3.95	4.1	4.48	5.34	4.89	4.61	4.23	4.06	4.18	4.36	4.42	4.27	4.39	4.65	5.29
Savanoriško sveikatos finansavimo ir namų ūkių mokėjimų savo išlaidoms dalis nuo BVP (%)	1.84	1.88	1.89	1.67	1.81	2.03	1.92	1.88	2.05	2.06	2.01	2.13	2.22	2.19	2.14	2.35	2.25
Valdžios sektoriaus ir privalomojo įmokinio sveikatos priežiūros finansavimo išlaidų sveikatos priežiūrai dalis visose išlaidose sveikatai (%)	66.55	66.72	67.61	71.10	71.24	72.46	71.71	71.03	67.33	66.25	67.56	67.14	66.59	66.19	67.18	66.38	70.13
Einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra (%) pagal sveikatos priežiūros funkcijas:																	
gydymo paslaugos	46.5	45.8	48.7	48.2	49	48.5	48.8	49.6	47.9	49.8	48.11	49.27	50.47	50.23	52.28	52.34	51.18
reabilitacijos paslaugos	4.2	4.2	4.3	4.2	3.6	3.5	3.3	4.2	4.5	3.1	2.93	2.84	2.6	2.9	2.86	2.86	2.09
ilgalaikė sveikatos priežiūra	3.6	4.2	4	5.8	7.3	9.1	8.9	8	7.7	7.6	8.76	8.67	8.36	8.4	8.05	7.52	7.86
pagalbinės sveikatos priežiūros paslaugos	4.3	4.4	5	5.8	6.1	6	5.8	5.9	5	5.2	5.17	5.2	5.04	5.57	5.85	5.51	6.66
medicinos prekės	37.3	37.6	35	31.9	29.6	29.6	30.1	29	31.8	31.1	31.04	30.03	29.91	29.38	27.41	27.83	26.94
prevencija	1.8	1.7	1.3	1.9	1.2	1.1	0.9	1.2	1.1	1.3	1.84	1.93	2.04	2.16	2.28	2.72	3.9
valdymas, sveikatos priežiūros sistemos ir finansavimo administravimas	2.4	2	1.8	2.2	3.1	2.1	2.1	2	2	0.8	2.15	2.04	1.58	1.36	1.28	1.22	1.37
Einamosios sveikatos priežiūros išlaidos 1-am gyventojui	297.3	356.6	429.9	517.5	642.8	626.4	616.8	671	701.8	725.7	772.6	834.4	900.0	967.8	1061.0	1223.8	1335.3

Lietuvos statistikos departamento duomenys paskaičiuoti pagal EBPO Sveikatos sąskaitų sistemos (SHA) metodiką, nuo 2013 m. naudojama SHA2011 metodika

* - išankstiniai duomenys

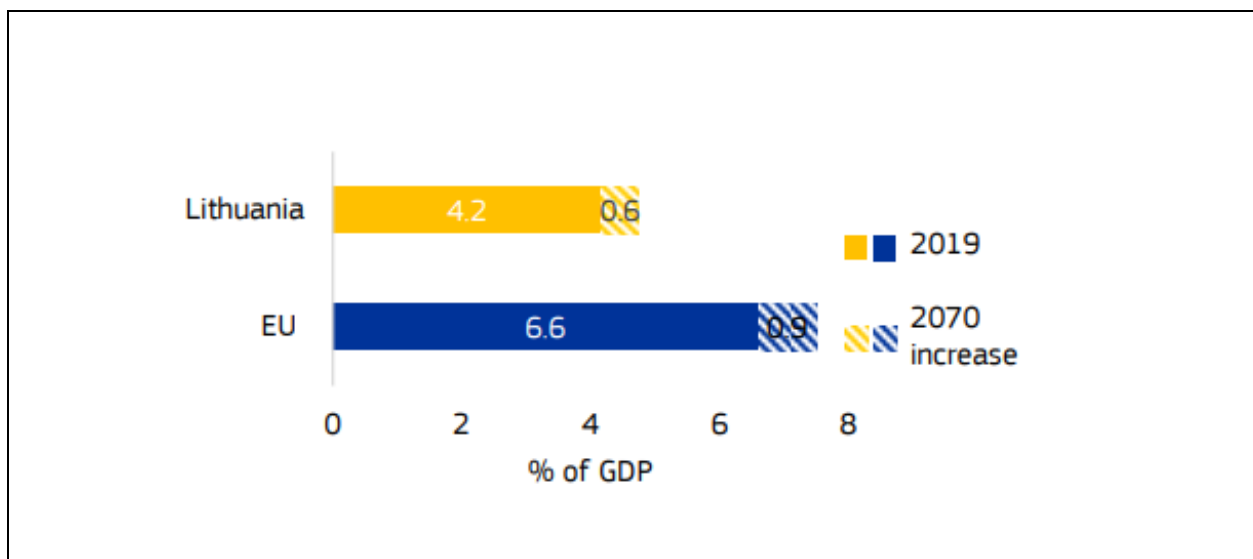
Palyginimui - vienam gyventojui tenkančios išlaidos sveikatai Lietuvoje yra perpus mažesnės už ES vidurkį (Europos komisija, 2021).



8pav. Vienam gyventojui tenkančios išlaidos sveikatai Lietuvoje yra perpus mažesnės už ES vidurkį

Šiame kontekste, 2015 metais Europos Komisija mūsų šalies ataskaitoje įvardijo tokias problemas sveikatos politikos vykdyme: *sveikatos paslaugų teikimo disbalansas (pvz., didelis lovų skaičius ligoninėse vienam gyventojui, lyginant su kitomis ES šalimis) ir finansinių resursų paskirstymo tarp brangaus gydymo ligoninėse ir pirminės sveikatos priežiūros, dienos stacionaro bei slaugos efektyvumo.* (Europos Komisija, 2021).

2022m. Europos Komisijos ataskaitoje yra prognozuojamas padidėjimas išlaidos sveikatos apsaugai 2019–2070, nežiūrint į tai, kad sveikatos išlaidos, palyginti su BVP vienam gyventojui Lietuvoje buvo gerokai žemiau ES vidurkio 2019. Tik du trečdaliai sveikatos išlaidų buvo finansuojamos valstybinių lėšų, vienas trečdalis gaunamas iš mokesčių iš savo kišenės. Prognozuojama, kad išlaidos sveikatai padidės 0,6 procentinio punkto (pps) BVP iki 2070 m (palyginti su 0,9 pp ES).

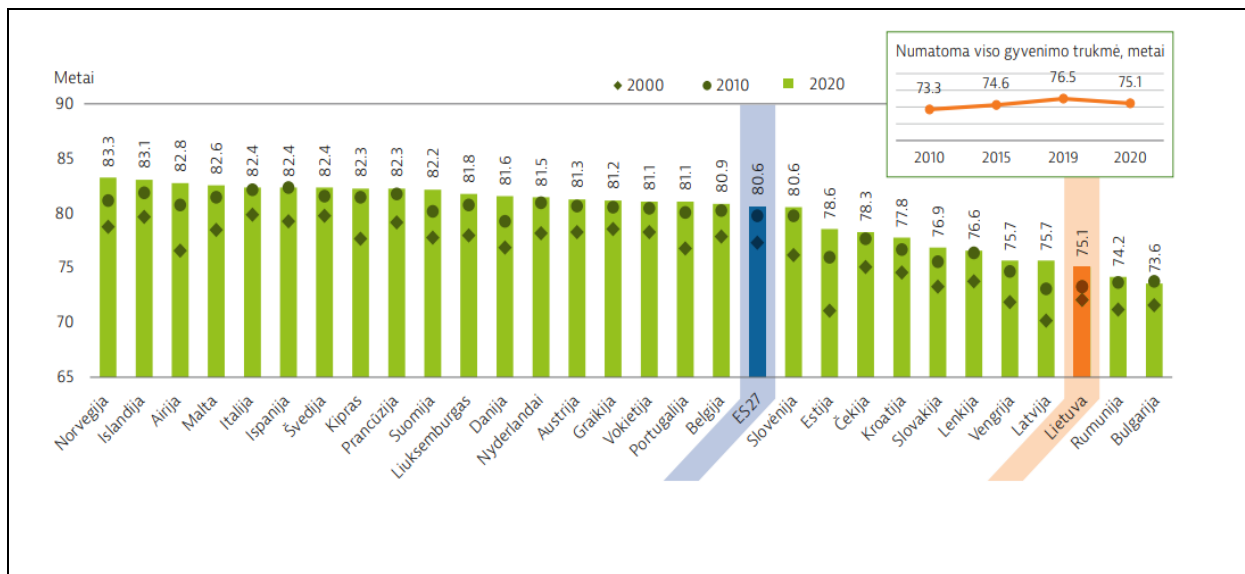


9pav. Prognozuojamas visuomenės padidėjimas išlaidos sveikatos apsaugai 2019–2070 m.

Šaltinis – Europos Komisija, 2022

Nežiūrint į tai, kad sveikatos paslaugų finansavimas metai iš metų kyla, sveikatos rodikliai, daugelis sveikatos rodiklių Lietuvoje negerėja. Finansavimo būdas, lėšų paskirstymas nulemia asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, prieinamumą bei savalaikiškumą, kas ypatingai aktualu šių paslaugų gavėjams, todėl kylantys asignavimai sveikatos priežiūros sektoriui turėtų leisti manyti, kad visuomenės sveikatos situacija turėtų gerėti ir pagrindiniai rodikliai, tokie, kaip mirtingumas, gimstamumas, gyvenimo trukmė, aktyvaus gydymo lovų skaičius, sergamumas tam tikromis ligomis turėtų atitinkamai gerėti, tačiau iš paskutinių metų statistikos matome, kad

Lietuva vis tiek gerokai atsilieka nuo Europos šalių statistikų vidurkio. Be abejo, Covid – 19 pandemijos situacija tikrai ženkliai pablogino bendrą situaciją. 2000–2019 m. nustatyta viso gyvenimo trukmė Lietuvoje pailgėjo daugiau kaip ketveriais metais – nuo 72,1 metų iki 76,5 metų. Vis dėlto 2020 m. tikėtina gyvenimo trukmė sutrumpėjo beveik 17 mėnesių iki 75,1 metų. Tai – daug didesnis sutrumpėjimas negu daugumoje kitų ES šalių, atspindintis didelį mirčių perviršį.



10 pav. Per pandemiją numatoma viso gyvenimo trukmė sutrumpėjo beveik pusantų metų

Pastaba. ES vidurkis yra svertinis. Airijos atveju pateikiami 2019 m. duomenys.

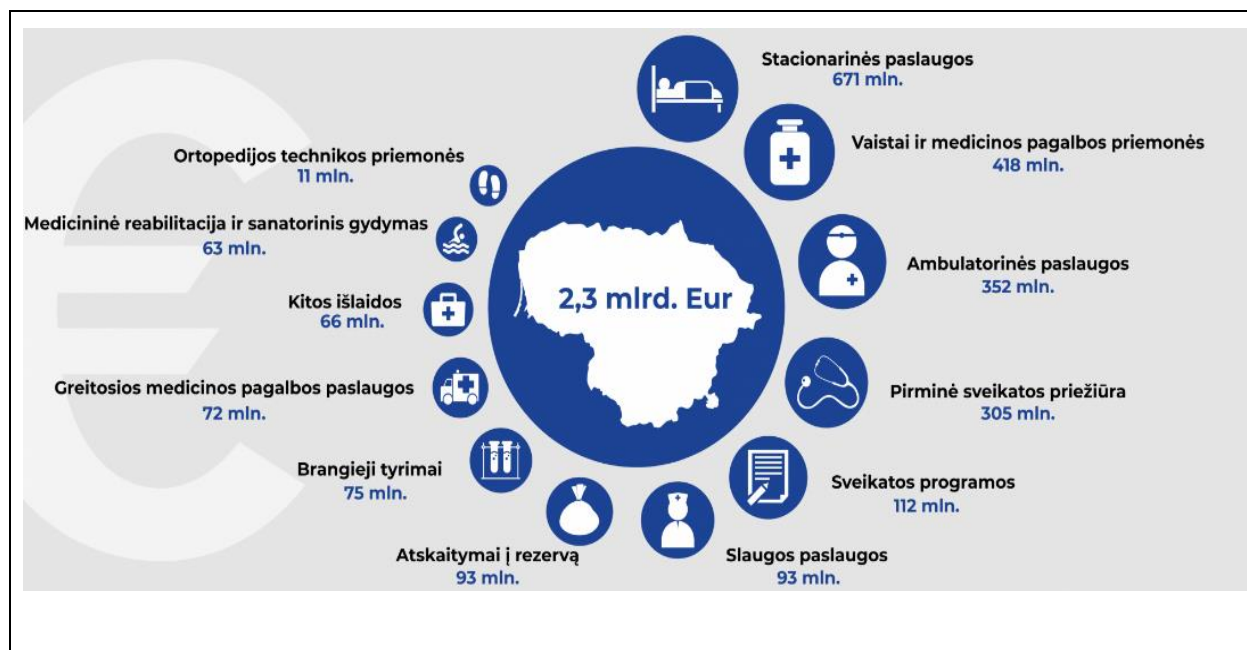
Šaltinis – Eurostato duomenų bazė

Širdies ir kraujagyslių ligos – pagrindinė mirties priežastis Lietuvoje. Nuo 2000 m. mirtingumas nuo išeminės širdies ligos šiek tiek sumažėjo, tačiau vis dar yra didžiausias tarp ES šalių ir keturis kartus viršija ES vidurkį. Mirtingumas nuo insulto per tą patį laikotarpį taip pat šiek tiek sumažėjo, tačiau 2018 m. tai vis dar buvo 13 proc. visų mirčių priežastis. Antroji pagal dažnumą mirties priežastis šalyje yra vėžys; dažniausiai mirštama nuo plaučių, kolorektalinio ir skrandžio vėžio. Mažinant nuo seno didelį savižudybių skaičių padaryta pažanga, tačiau savižudybė tebėra viena iš svarbių mirties priežasčių, ypač tarp vyrų. 2018 m. Lietuvoje buvo užregistruotas didžiausias mirtingumas dėl savižudybių ES (Europos komisija, 2021).

2022 metų ataskaitų rekomendacijose, kalbant apie sveikatos priežiūrą, Europos Komisija pabrėžia, kad: „šalia ekonominių ir socialinių iššūkių, Lietuva susiduria su nemažai papildomų iššūkių, susijusių su pirmine ir profilaktine priežiūra, socialinių paslaugų planavimu ir teikimo trūkumu bei socialinio būsto strategijos trūkumu. Didelis išvengiamų hospitalizacijų lygis ir išvengiamas mirtingumas rodo, kad reikia taikyti daugiau prevencinių priemonių Lietuvos sveikatos apsaugos srityje. Be to, sveikatos priežiūros specialistų trūkumas ir netolygus pasiskirstymas riboja prieigą prie pirminės sveikatos priežiūros. Be sveikatos reformos ir didėjančių investicijų į Lietuvos atkūrimo ir atsparumo planą, reikia toliau stiprinti pirminę

priežiūrą ir prevenciją. Trūksta bendradarbiavimo tarp ministerijos ir kitų viešųjų įstaigų, bei poreikių nustatymo spragos trukdo integruotam socialinių paslaugų teikimui“ (Europos komisija, 2021).

Ekonominiai sveikatos priežiūros aspektai šiuo momentu yra dominuojantys sveikatos politikos ir valdymo procesuose. Žinant sveikatos finansavimo principus šalyje, įvertinus sergamumą, populiacijos specifiškumus, visuomenės ir sveikatos paslaugas teikiančių įstaigų ir personalo santykį, IH rodiklio dėka įmanoma paskaičiuoti, kiek galima sutaupyti lėšų pacientų gydymui.



11pav. Kiek buvo sumokėta 2020m. už gyventojų sveikatos priežiūrą

Šaltinis – Valstybinės ligonių kasos, 2020

Kaip matome, kad didžiausios išlaidos buvo skiriamos vėlgi stacionarinėms paslaugoms padengti. Tuo tarpu ambulatorinėms paslaugoms tenka mažiau nei pusė finansinio svorio lyginant su stacionaru.

2.3. Kiek kainuoja išvengiamos hospitalizacijos

Pavyzdžiui, JAV 2006 m. buvo daugiau nei 4 mln. IH, kurioms išleista beveik 31 mlrd. dolerių ir šios išlaidos sudarė 10 proc. viso sveikatos priežiūros biudžeto. (Mekšriūnaitė, 2015).

Anglijoje 2005–2006 m. išvengiamos hospitalizacijos dėl 19 AVL sudarė 4,38 mln. lovadienių ir tai biudžetui kainavo daugiau kaip 1,18 mlrd. svarų sterlingų (Nacionalinė Medicinos Biblioteka, 2009).

Vokietijoje 2006m. paskelbti duomenys sako, kad nuo 2003m. iki 2010m. Atlikus šiuos skaičiavimus, nustatyta 11,7 mln. hospitalizacijų atvejų, iš kurių 10,7 % buvo apibrėžti kaip AVL. Atitinkamos išlaidos iš viso sudarė 37,6 mlrd. Eurų, o AVL – 3,3 mlrd. Eurų. 60 % išlaidų sudarė trys iš 19 AVL. Šie rezultatai patvirtino, kad verta toliau tirti šį ambulatorinio sektoriaus kokybės rodiklį (Fischbach D, 2015).

Išpūdingi skaičiai Prancūzijoje - AVL atvejai 2009 m. kainavo 4,755 milijardo eurų, o 2010 m. – 5,066 milijardo eurų; atitinkamai buvo pasinaudota 7,86 ir 8,74 milijono lovos dienų priežiūros (William, Ventelou, Paraponaris, 2016).

Lietuvoje, Valstybinės ligonių kasos duomenimis, 2013 m. vien tik vaistams, skirtiems hipertenzijai, antro tipo cukriniam diabetui ir astmai gydyti, buvo išleista 235 mln. Lt PSDF biudžeto lėšų (šioms ligoms gydyti vaistais 2012 ir 2013 m. buvo išleista daugiausiai PSDF biudžeto lėšų, skirtų ligoms gydyti vaistais).

Vykstant sveikatos priežiūros sistemos reformoms ir stengiantis optimizuoti stacionarinės sveikatos priežiūros funkcionalumą, vis didesnis dėmesys skiriamas ligoninių veiklos vertinimui daugelyje šalių, nes stacionarinei sveikatos priežiūrai skiriama virš 50% visų sveikatos priežiūrai skirtų lėšų.

2.4. Lietuvos savivaldybių ligoninių veiklos vertinimas IH kontekste

Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) apibrėžia ligoninę kaip „stacionarią įstaigą, teikiančią stacionarinę medicinines ir slaugos pagalbą visą parą, turinčią diagnostavimo, gydymo ir reabilitacijos priemonių, skirtų sergantiesiems ir sužeistiesiems, paprastai reikalingiems medicininio ir chirurginio gydymo, kurioje dirba bent vienas gydytojas bei kuri gali teikti ir ambulatorines paslaugas“ (PSO, 2019)

Apskritai ligoninės sveikatos priežiūros sistemoje šiuo metu turi bene didžiausią įtaką visuomenės sveikatai, nes turi gydytojus specialistus, reikalingą diagnostinę įrangą, gydymo technologijas, ir didžiausią finansavimą. Pasak, Žemgulienės J. - stacionarinei sveikatos priežiūrai taikoma apmokėjimo pagal hospitalizacijos atvejų skaičių atitinkamuose ligų gydymo profiliuose sistema (Žemgulienė, 1999) Tai reiškia, kad sveikatos paslauga nėra apmokama tiesiogiai. Pirmiausiai yra surenkami mokesčiai iš šalies gyventojų į PSDF, o tada lėšos skirstomos pagal poreikį skirtingoms paslaugoms. Tada kiekvienas asignavimų gavėjas yra suinteresuotas gauti kuo daugiau finansų savo vykdomai sveikatos priežiūros veiklai. Ydinga yra tai, kad ligoninė „prisitaikydama“ prie tokio finansavimo modelio ir suinteresuotumo gauti ekonominę naudą yra smarkiai motyvuota stacionarizuoti pacientą. Nes iš valstybės biudžeto apmokami yra lovodieniai, gydymas, gydytojai specialistai (pacientas šiuo atveju tiesiogiai gali nemokėti nieko).

Todėl, siekiant objektyviau vertinti ligoninių veiklą, būtina atsižvelgti į jų finansavimo mechanizmus ir įtaką veiklai, taip pat stacionarinės sveikatos priežiūros organizacinę struktūrą, jos valdymo ir finansavimo mechanizmą.

Kadangi ligoninė yra pagrindinis sveikatos paslaugų teikimo sistemos elementas, užtikrinantis nenutrūkstamą sveikatos paslaugų teikimą, taip pat atliekantis praktikos ir mokymo bazės vaidmenį, nuolatos turinčios prisitaikyti prie esamų populiacijos poreikių, yra ypatingai svarbu nuolat vertinti jos veiklos efektyvumą, kurį apsprendžia daug rodiklių. Klinikiniai duomenų registrai ir struktūrinių duomenų auditas padeda greitai nustatyti problemines sritis, kurias reikia tobulinti. Reguliarus paslaugų kokybės stebėjimas su tiksline intervencija spragoms šalinti skatina nuolatinį tobulėjimą. Pastarųjų dvidešimties metų reformų sveikatos srityje fone yra sukurtas ir pritaikytas ne vienas modelis, kuriuo vadovaujantis galima įvertinti sveikatos priežiūros įstaigos veiklos rodiklius, tokius, kaip veiklos veiksmingumas, efektyvumas, produktyvumas, našumas, rezultatai (Shortell, Kaluzny. 2000)

Pagal kokius rodiklius vertinamas ASPI, teikiančių asmens sveikatos priežiūros paslaugas stacionare, veiklos efektyvumas ir paslaugų kokybė, reglamentuoja bei pateikiama jų skaičiavimo metodiką 2012 m. lapkričio 29 d. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašą patvirtinimo“:

6 lentelė: Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kiekybinių vertinimo rodiklių sąrašas

Nr.	Rodiklis	Rodiklio apibūdinimas	Rodiklio duomenų šaltinis
1.	Vidutinė gydymo trukmė:	Gydymo trukmės vidurkis stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (toliau – ASPI) (dienų skaičius) *	Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema SVEIDRA (toliau – SVEIDRA)
1.1.	miokardo infarkto	Miokardo infarkto gydymo trukmės vidurkis (dienų skaičius). Įtraukiami šie Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos Australijos modifikacijos TLK-10-AM (toliau – TLK-10-AM) kodai: I21, I22	SVEIDRA
1.2.	galvos smegenų insulto	Galvos smegenų insulto gydymo ASPI trukmės vidurkis (dienų skaičius). Įtraukiami šie TLK-10-AM kodai: I60–I64	SVEIDRA
1.3.	atliekant klubo sąnario pirminio endoprotezavimo operaciją	Gydymo ASPI trukmės vidurkis atliekant klubo sąnario pirminio endoprotezavimo operaciją (dienų skaičius)	SVEIDRA
1.4.	atliekant kelio sąnario pirminio endoprotezavimo operaciją	Gydymo ASPI trukmės vidurkis atliekant kelio sąnario pirminio endoprotezavimo operaciją (dienų skaičius)	SVEIDRA
2.	Dienos chirurgijos paslaugų dalis:	Visų ASPI suteiktų dienos chirurgijos paslaugų skaičiaus ir visų ASPI suteiktų chirurgijos paslaugų skaičiaus santykis (procentais)	SVEIDRA

Nr.	Rodiklis	Rodiklio apibūdinimas	Rodiklio duomenų šaltinis
2.1.	kataraktos operacijų, atliktų dienos chirurgijos sąlygomis	Kataraktos operacijų, atliktų ASPĮ dienos chirurgijos sąlygomis, skaičiaus ir visų ASPĮ atliktų planinių kataraktos operacijų skaičiaus santykis (procentais)	SVEIDRA
2.2.	cholecistektomijų, atliktų dienos chirurgijos sąlygomis	Cholecistektomijų, atliktų ASPĮ dienos chirurgijos sąlygomis, skaičiaus ir visų ASPĮ atliktų planinių cholecistektomijų skaičiaus santykis (procentais)	SVEIDRA
2.3.	flebektomijų, atliktų dienos chirurgijos sąlygomis	Flebektomijų, atliktų ASPĮ dienos chirurgijos sąlygomis, skaičiaus ir visų ASPĮ atliktų planinių flebektomijų skaičiaus santykis (procentais)	SVEIDRA
2.4.	adenoidektomijų, atliktų dienos chirurgijos sąlygomis	Adenoidektomijų, atliktų ASPĮ dienos chirurgijos sąlygomis, skaičiaus ir visų ASPĮ atliktų planinių adenoidektomijų skaičiaus santykis (procentais)	SVEIDRA
2.5.	hernioplastikų, atliktų dienos chirurgijos sąlygomis	Hernioplastikų, atliktų ASPĮ dienos chirurgijos sąlygomis, skaičiaus ir visų ASPĮ atliktų planinių hernioplastikų skaičiaus santykis (procentais)	SVEIDRA
3.	Operacinės užimtumo vidurkis**	Vidutinis vienoje operacinėje atliekamų chirurginių operacijų valandų skaičius per parą. ASPĮ registruoja, kiek valandų buvo dirbama kiekvienoje operacinėje per parą. Apskaičiuojama, kiek valandų per parą vidutiniškai buvo užimta viena operacinė per kalendorinius metus	ASPĮ duomenų registravimo sistema
4.	Cezario pjūvių dažnis	Cezario pjūviu baigtų gimdymų skaičiaus ir bendro ASPĮ vykusių gimdymų skaičiaus santykis (procentais)	SVEIDRA
5.	Mirštamumas:	ASPĮ nuo tam tikros ligos mirusių pacientų skaičiaus ir visų nuo tam tikros ligos gydytų pacientų skaičiaus santykis (procentais) ***	SVEIDRA
5.1.	nuo miokardo infarkto per 30 gulėjimo ASPĮ dienų	Per 30 dienų mirusių nuo miokardo infarkto pacientų skaičiaus ir visų toje ASPĮ nuo miokardo infarkto gydytų pacientų skaičiaus santykis (procentais) TLK-10-AM kodai: I21, I22	SVEIDRA
5.2.	nuo galvos smegenų insulto per 30 gulėjimo ASPĮ dienų	Per 30 dienų mirusių nuo galvos smegenų insulto pacientų skaičiaus ir visų toje ASPĮ nuo galvos smegenų insulto gydytų pacientų skaičiaus santykis (procentais) TLK-10-AM kodai I60–I64	SVEIDRA
6.	Pragulų išsivystymo dažnis:	–	–
6.1.	pragulų išsivystymo dažnis ASPĮ aktyvaus gydymo padaliniuose	Aktyvaus gydymo atvejų, kai gydymo ASPĮ metu išsivystė pragulos, skaičiaus ir visų ASPĮ aktyvaus gydymo atvejų skaičiaus santykis (procentais)	ASPĮ duomenų registravimo sistema
6.2.	pragulų išsivystymo dažnis palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas teikiančiuose ASPĮ padaliniuose	Palaikomojo gydymo ir slaugos atvejų, kai gydymo ASPĮ metu išsivystė pragulos, skaičiaus ir visų ASPĮ palaikomojo gydymo ir slaugos atvejų skaičiaus santykis (procentais)	ASPĮ duomenų registravimo sistema
6.3.	pragulų išsivystymo dažnis paliatyviają pagalbą teikiančiuose ASPĮ padaliniuose	Paliatyviosios pagalbos atvejų, kai gydymo ASPĮ metu išsivystė pragulos, skaičiaus ir visų ASPĮ paliatyviosios pagalbos atvejų skaičiaus santykis (procentais)	ASPĮ duomenų registravimo sistema
7.	Infekcijų kontrolės užtikrinimo lygis	1. ASPĮ lovų skaičius, tenkantis vienam infekcijų kontrolės gydytojui ar specialistui, dirbančiam visu etatu. 2. ASPĮ lovų skaičius, tenkantis vienam infekcijų kontrolės gydytojo ar specialisto padėjėjui, dirbančiam visu etatu	ASPĮ duomenų registravimo sistema
8.	Personalo rankų higienos užtikrinimo lygis	Per metus pirktų rankų antiseptiko (litrų) ir metų lovadienių skaičiaus santykis (rekomenduojama įsigyti vidutiniškai 15 ml antiseptiko vienam lovadieniui)	ASPĮ duomenų registravimo sistema
9.	Pacientų izoliavimo ir higienos galimybių užtikrinimo lygis	1. Vienviečių palatų su atskiru tualetu ir kriaukle skaičiaus ir bendro lovų skaičiaus santykis. 2. Pacientams skirtų dušo kabinų ir (ar) vonių santykis su ASPĮ lovų skaičiumi	ASPĮ duomenų registravimo sistema

Šaltinis - e-seimas.lrs.lt, 2022

Palyginus savivaldybės ligoninės ir savivaldybės administracijos vertinamus rodiklius, galima pastebėti, kad pačios ligoninės IH duomenų neregistruoja ir neskaičiuoja, nors IH rodiklis ligoninei tiesiogiai atspindėtų galimybę efektyvesniam lėšų paskirstymui. Šioje vietoje neabejotinai turėtų būti savivaldybės ligoninės ir savivaldybės administracijos bendradarbiavimas keičiantis statistiniais duomenis bendro tikslo siekime – geresnei visuomenės sveikatai pasiekti. Taigi, ligoninių veiklos efektyvumas gali būti vertinamas vadovaujantis ne tik stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo rodiklių sąrašu, bet ir savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos rodiklių sąrašu ir ataskaitom. Šiame kontekste, išvengiamų hospitalizacijų skaičius gali parodyti, kurioje vietoje gali būti sutaupomi ligoninės kaštai ir tuo pačiu, kaip galima būtų stiprinti ir plėsti ambulatorinių paslaugų skaičius.

3.KOKYBINIO TYRIMO ATASKAITA

AKTYVAUS GYDYMO SAVIVALDYBIŲ LIGONINIŲ VEIKLOS EFEKTYVUMO ANALIZĖ, SUSIJUSI SU IŠVENGIAMŲ HOSPITALIZACIJŲ RODIKLIAIS

1.1. Įvadas

Nagrinėjant Lietuvos VLK PSDF biudžeto vykdymo ataskaitas, matome, kad vidutinės aktyviojo gydymo atvejo kainos pokytis 2016–2020 m. yra nuo 694.37Eur iki 1309.67Eur, taigi gydymas brango paskutiniaisiais metais beveik 90% (VLK, 2020). Sveikatos priežiūrai kasmet yra skiriama vis daugiau lėšų ne tik Lietuvoje, bet kitose pasaulio šalyse, todėl taupymo ir efektyvaus finansų paskirstymo klausimas tuo pačiu neprarandant sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tampa vis aktualesnis. Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) ekspertų teigimu, apie 80–90 procentų per asmens gyvenimą patiriamų sveikatos sutrikimų (ūmių ligų diagnostika ir gydymas, lėtinių ligų ilgalaikė priežiūra, ligų profilaktika ir kt.) gali būti sprendžiami teikiant pirminio lygio sveikatos priežiūros paslaugas (PSO, 2018). Daugelio hospitalizacijų dėl širdies kraujagyslių ligų, cukrinio diabeto, pneumonijų galima išvengti, jei pacientams laiku suteikiama tinkama ambulatorinė pagalba. IH koncepcija yra sukurta tam, kad palengvinti sprendimų priėmėjams atlikti ligoninių restruktūrizaciją, bei stiprinti pirminę ambulatorinę grandį. Kaip vėliau parodys šio kokybinio tyrimo rezultatai, ligoninės yra suinteresuotos, kad jų skyriuose gulėtų kuo daugiau pacientų, kad tik nebūtų mažinamas lovų skaičius, ir jei ne šios srities tyrėjai bei sveikatos politikos ir strategijų kūrėjai, niekas nebūtų šios problemos kėlęs. IH problemos sprendimas padeda formuoti ir valdyti sveikatos politiką ir jos įgyvendinimą, kurios pagrindinis tikslas yra efektyvus turimų ribotų resursų panaudojimas.

IH rodiklis Savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos ataskaitose pradedamas fiksuoti nuo 2014 metų. Nagrinėjant šias ataskaitas matoma, kad šis rodiklis yra ženkliai prastesnis šalies rajono savivaldybėse, nei didžiuosiuose miestuose – Vilniuje, Kaune, Šiauliuose. Įstaigose, kuriose teikiamos tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugos, IH faktiškai nėra, nes atitinkamos gydymo įstaigos, į kurias pacientai patenka iš visos Lietuvos, neturi jokio poreikio suinteresuotumo priimti pacientus, kuriems nereikalingos atitinkamo lygio gydymo paslaugos.

Kalbant apie specializuotas ligonines – tokias, kaip Gimdymo namai – apskritai negali būti IH, nes pacientai patenka su visai kitomis diagnozėmis nei IH sąraše. Būtent todėl, kokybinio tyrimo informantais buvo pasirinkti savivaldybių ligoninių bei PSPC atstovai – administracijos darbuotojai bei gydytojai.

Šiuo metu aktyviai vykdoma sveikatos sistemos struktūrinė reforma teikia daug vilčių, nes planuojama plėsti dienos stacionaro paslaugų spektrą, sukurti naujas ambulatorines integruotas, kompleksines paslaugas ir jų apmokėjimo tvarką, atsisakyti nereikalingų formalių paslaugų ir administracinių procedūrų. SAM tinklalapyje skelbiama, kad „Lėšas gydymo įstaigoms planuojama perskirstyti taip, kad pagrindines ir dažniausiai pasitaikančias sveikatos problemas, sprendžiamas ambulatoriškai ar dienos paslaugomis, gyventojai turėtų galimybę rinktis ir gauti savo savivaldybės ribose. Tokiu būdu bus įgyvendintas vienas pagrindinių reformos tikslų – užtikrinti, kad pacientai gautų kokybiškas ir lengvai prieinamas paslaugas arčiausiai savo gyvenamosios vietos“ (LR SAM, 2022). Covid – 19 pandemijos metu IH rodikliai gerokai smuktelėjo visose savivaldybėse. Iš vienos pusės buvo smarkiai prislopinta pirminės sveikatos priežiūros veikla, kita vertus – ir patys pacientai, bijodami užsikrėsti virusu, nesikreipė į gydymo įstaigas. Tačiau yra savivaldybės, kuriose tam tikrų ambulatoriškai valdomų ligų IH faktiškai nekinta nuo IH rodiklio oficialaus fiksavimo pradžios. Reformos fone, atrodo, kad IH rodiklio vertinimai savivaldybės politikų darbotvarkėje turėtų užimti svarbią vietą, tačiau, kaip vėliau parodys tyrimo duomenys – pasirodo, jų nuomone, tai tiesiog neprioritetinė problema.

Taigi, šiuo tyrimu siekiama atskleisti, kiek IH rodiklis yra žinomas savivaldybių gydymo įstaigose, kaip jis vertinamas, ar daromos išvados ir imamasi veiksmų, nes IH yra svarus rodiklis atspindintis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos našumą.

Pirmame kokybinio tyrimo ataskaitos skyriuje pristatoma tyrimo metodologija: pagrindžiamas pasirinktas duomenų rinkimo būdas, tyrimo atranka, eiga ir organizavimas, pateikiamos pagrindinės tyrimo dalyvių charakteristikos.

Antrame skyriuje pristatomi ir aptariami kokybinio tyrimo rezultatai, atskleidžiant IH koncepcijos suvokimą aktyvaus gydymo savivaldybių ligoninių bei pirminės sveikatos priežiūros darbuotojų veikloje. Trečiame skyriuje pateikiamos empirinio tyrimo išvados.

1.2. Tyrimo metodika

Tiriamieji ir jų atranka

Tyrimo dalyvių imtį sudarė tikslingai pasirinktas ekspertas ir informantai:

1. atskirai įvyko pokalbis su ekspertu iš Higienos instituto.

2. aktyvaus gydymo savivaldybių ligoninių administracijos darbuotojai.
3. aktyvaus gydymo savivaldybių ligoninių gydytojai specialistai.
4. savivaldybės pirminės sveikatos grandies administracijos darbuotojai;
5. savivaldybės pirminės sveikatos grandies gydantys šeimos gydytojai;

Tyrimo dalyviai buvo atrenkami tikslinės atrankos principu – siekta pasikalbėti konkrečiai su išvengiamų hospitalizacijų reiškiniu susijusių sveikatos priežiūros įstaigų atsakingais asmenimis.

Planuojant informantų atranką pasirinkti apibrėžti kriterijai:

Ekspertas buvo pasirinktas, toks, kuris supranta IH esmę, jų paskirtį ir susijęs su IH statistikos ruošimu.

Savivaldybių aktyvaus gydymo ligoninių darbuotojų atrankos kriterijai:

1. Gydytojai, tiesiogiai susijęs su pacientų hospitalizacijos procesu;
2. Gydytojai iš administracijos, kurie verčiasi medicinos praktika.

Savivaldybių pirminės sveikatos priežiūros grandies darbuotojų atrankos kriterijai:

1. Šeimos gydytojai.
2. Asmenys iš administracijos, kurie taip pat verčiasi medicinos praktika.

Savivaldybės pasirinktos tokios, kuriose nuo 2014m., kada buvo įtrauktas IH stebėsenos rodiklis į kasmetines savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos ataskaitas, buvo dideli IH rodikliai ir, kurie beveik nepakitę iki šiol, kuriose pagal paskutinių metų statistiką priežastys, kurios sudarė didžiausią IH dalį, buvo stazinis širdies nepakankamumas (24,5 proc.), pielonefritas (12,3 proc.), pneumonija (11,7 proc.), cukrinis diabetas (9,13 proc.).

Tyrimo informantų vardai ir pavardės, taip pat miestų, savivaldybių gydymo įstaigų pavadinimai ir kita juos identifikuoti galinti informacija pristatant tyrimo rezultatus buvo pakeista, suteikiant kiekvienam informantui unikalų kodą, nusakantį jo pareigas (ŠG – šeimos gydytojas, G – ligoninės gydytojas; ADM – administracijos darbuotojas, E – ekspertas) ir gydymo įstaigą (PSPC – pirminės sveikatos priežiūros centras, L – ligoninė). Savivaldybėms suteikiami numeriai nuo 1 iki 4.

Lentelė Nr.7 Informantų duomenų kodavimas

Savivaldybės nr.	Gydymo įstaiga	Informanto pareigos	IH priežastis
1	L	G/ADM	stazinis širdies nepakankamumas (24,5 proc.)
	PSPC	ŠG/ADM	
2	L	G/ADM	pielonefritas (12,3 proc.)
	PSPC	ŠG/ADM	

3	L	G/ADM	pneumonija (11,7 proc.)
	PSPC	ŠG/ADM	
4	L	G/ADM	cukrinis diabetas (9,13 proc.)
	PSPC	ŠG/ADM	

Šaltinis – darbo autorė

3.3 Duomenų rinkimo metodai

Siekiant įgyvendinti užsibrėžtą tikslą - atskleisti, kokia yra išvengiamų hospitalizacijų rodiklių analizės įtaka, vertinant Lietuvos aktyvaus gydymo savivaldybių ligoninių veiklą – tyrimo duomenų rinkimui buvo panaudotas individualus, iš dalies struktūruotas tiesioginis interviu.

Individualus giluminis iš dalies struktūruotas interviu – tai kokybinis tyrimo metodas, kada yra tiesiogiai bendraujama su pašnekovu pagal pasiruoštą planą. Tokia interviu forma ypatinga tuo, kad pokalbis tampa išsamus temos atžvilgiu ir jo metu atsiskleidžia informanto vertinimas, įsitikinimai, individuali nuomonė, matomos emocijos. Interviu metu galima išsiaiškinti neišsakomus ir neskelbiamus pašnekovo pamąstymus pokalbio tema ir sužinoti naujus problemas sprendimo būdus, todėl interviu metodas dažnai taikomas ekspertų apklausoje. Pokalbiams pritaikytas pusiau struktūruotas klausimynas, arba dar vadinamos pokalbio gairės, kuriomis vadovaujantis buvo „vedamas“ pokalbis.

Individualaus giluminio interviu tikslas – suprasti reiškinį iš tyrimo dalyvio perspektyvos. Tyrimo dalyvis – tampa pokalbio centru, o tyrėjas veda pašnekesį tokiu būdu, kad dalyvis išsakytų savo poziciją kuo atviriau, užduodant atviro pobūdžio klausimus, kad pokalbis nenutrūktų ir rutuliotųsi pagal pasiruoštas gaires. Kadangi tyrimui reikalinga asmeninė specifinė informantų patirtis, nuomonė, bei realijų įžvalgos – individualus pokalbis tinka labiausiai. Taip pat IH koncepcija Lietuvoje yra labai menkai ir labai mažai kam žinoma, todėl atlikti kiekybinį tyrimą savo darbo hipotezei patvirtinti arba paneigti IH tema tiesiog nebūtų prasmės.

Buvo suorganizuoti viso 9 giluminiai pusiau struktūruoti interviu: vienas su ekspertu, keturi su šeimos gydytojais ir gydytojais iš ligoninių ir keturi su asmenimis iš administracijos. 6 interviu buvo paimti tiesiogiai, 3 – pokalbiu telefonu. Klausimai interviu buvo paruošti iš anksto, tačiau buvo pateikiami pokalbio eigoje taip, kad pokalbis būtų sklandus, prisiderint prie rutuliojamų pašnekovo minčių. Klausimai, pateikti ekspertui – buvo kitokie, nes ekspertas yra tiesiogiai susipažinęs su IH koncepcija ir statistika, duomenų rinkimo būdu, įstatymais ir jų pakeitimais, kam skirta IH stebėseną. Klausimai pirminės sveikatos priežiūros specialistams ir ligoninės

darbuotojams iš esmės buvo užduoti tie patys, tik pokalbio eigoje nuolat nukrypstama į sritį, kurioje asmuo dirba – arba į pirminės sveikatos priežiūros grandies veiklą arba į ligoninės veiklos specifiką.

1.3. Tyrimo eiga ir organizavimas

Dėl tyrimo interviu atlikimo buvo tariamasi telefonu bei elektroniniu paštu. Tariantis dėl susitikimo, ir susitikimo pradžioje – kiekvienam pašnekovui pirmiausia prisistatydavau, pasisakydavau, kokių tikslų noriu imti interviu, supažindindavau su pokalbio tema, jo eiga, trukmę, formatu. Taip pat pabrėždavau apie pokalbio konfidencialumą bei anonimiškumą, paklausdavau apie sutikimą pokalbio įrašymui. Kiekvienam interviu buvo gautas pašnekovo sutikimas. Visi interviu pokalbiai buvo vedami vadovaujantis šia struktūra:

1. Pokalbis prasidėdavo nuo susipažinimo, supažindinimo apie pokalbio preliminarą trukmę. Kadangi visi informantai, išskyrus ekspertą, pabrėžė, kad labai neturi laiko – ilgų įžanginių kalbų nebuvo.
2. Po susipažinimo, buvo pateikta informacija apie konfidencialumą ir anonimiškumą, taip pat pakartotinis klausimas, ar pokalbis gali būti įrašinėjamas. Gavus informanto sutikimą, jis taip pat buvo informuotas, kad bet kada pokalbį gali nutraukti, neatsakyti į klausimus, jei nenorės, taip pat bet kada galės pabaigti pokalbį.
3. Užduodami paruošti pagrindiniai klausimai diskutuojama tema, norint išsiaiškinti, kokias žinias, kokią informaciją informantas turi apie IH. Pokalbių metu su ekspertu buvo siekiama aptarti šias temas: kokia yra IH koncepcija, kas yra AVL ligos, kaip buvo kuriamas ir modifikuojamas IH sąrašas, kaip yra renkami duomenys ir kam pateikiama statistika. Kokią reikšmę turi IH rodikliai vertinant ligoninių veiklą ir būtent kokių ligoninių problema yra dideli IH rodikliai. Taip pat buvo paliesta teisinio reglamentavimo sritis: su kokiais sunkumais buvo susiduriama, ruošiant teisės aktus reglamentuojančius. Vykstant interviu su pirminės sveikatos priežiūros grandies gydytojais bei administracijos atstovais buvo stengiamasi išsiaiškinti, kiek jiems yra žinoma apie IH ir AVL? Kaip jie suvokia IH? Ar jie stebi IH rodiklius savo savivaldybėje? Taip pat buvo paliesta tema PSDF lėšų paskirstymo tema, gydymo paslaugų apmokėjimas ir kvotos. Stengiausi sužinoti, ar gydytojai supranta, kad ambulatorinė paciento priežiūra yra gerokai pigesnė nei stacionaras ir išlaikant pacientą pirminėje sveikatos priežiūros grandyje galima sutaupyti nemažai valstybės lėšų. Taip pat kalbėta apie pacientų patekimo į ligoninę priežastis, kada realiai pacientas galėtų būti gydomas namuose.

Ligoninės administracijos atstovams ir gydytojams buvo pateikti tokie patys klausimai dėl IH koncepcijos bei šio rodiklio reikšmės, vertinant ligoninės veiklą. Buvo diskutuojama, kokie pacientai yra guldomi į stacionarą ir su koku tikslu. Stengiamasi išsiaiškinti, ar ligoninės administracijos atstovai galvoja apie lėšų, skirtų stacionarui, taupymą IH sąskaita.

Klausimynai ekspertui, PSPC ir ligoninės gydytojams bei administracijos atstovams pateikiami prieduose.

4. Patikslinantys klausimai buvo užduodami pokalbio eigoje, o pokalbio pabaigoje kartu su pašnekovu apibendrinamos trumpos pokalbio išvados. Žr. prieduose
5. Po oficialios pokalbio dalies, išjungus diktofoną, pokalbis buvo pratęstas vos porą kartų, nes kaip jau minėta anksčiau, visi informantai deklaravo, kad yra labai užsiėmę ir neturi daugiau laiko.

Tyrimo duomenys buvo renkami 2022m. lapkričio – 2022m. gruodžio mėnesiais. Visų individualių interviu įrašai buvo dalinai transkribuoti ir koduoti atliekant teminę analizę. Bendra visų įrašų trukmė yra apie 5val.

1. Su 3 informantais, iš dviejų savivaldybių pokalbiai vyko telefonu; Šių pokalbių trukmė apie 1val 30min.
2. Su 6 informantais susitikimai buvo pirminės sveikatos priežiūros centruose ir ligoninėse. Šių pokalbių trukmė apie 3val 30min.

Pokalbiai, vykę asmeniškai susitikus, buvo gerokai gyvesni. Diskutuoti su pašnekovais, matant jų veidus bei emocijas, yra kur kas ne tik informatyviau – nes pagal reakciją, galima intuityviai nuspėti, kur link toliau vesti pokalbį, bet ir įdomiau. Tokios diskusijos vyko ženkliai ilgiau nei interviu imami telefonu. Visi informantai buvo nusiteikę labai geranoriškai ir pokalbiai buvo tikrai labai atviri. Ir, jei pašnekovas, dar neprasidėjęs interviu, pareiškė, kad labai neturi laiko – vis tiek diskusija įvykdavo iki galo pateikus visus klausimus. Tačiau individualių pokalbių metu buvo dažnai nukrypstama nuo temos ir įsitraukiama į diskusijas, kurios nesusijusios su kontekstu. Vykstant pokalbiui telefonu, nematant informanto reakcijų į pateikiamus klausimus ar teiginius, yra sudėtingiau parinkti tinkamą sekantį klausimą, kad pokalbio eiga būtų sklandi ir jis nenutrūktų. Kita vertus, pokalbiai telefonu buvo kur kas konkretesni ir atsakymai pateikiami į konkrečiai užduodamus klausimus.

1.4. Tyrimo apribojimai

Galima išskirti keletą veiksmų, išorinių bei vidinių, kurie galėjo turėti įtakos individualių interviu metu diskusijos eigai, informantų atvirumui ir pasisakymui nenukrypstant nuo temos.

Vidiniai veiksniai:

- 1) Informantų asmeninis požiūris į vykdomus studentų tyrimus;
- 2) informanto individualus požiūris į tyrimo vykdytojo pasirinktą temą, bei statusą;
- 3) informanto nuotaika ir savijauta duodant interviu.

Išoriniai veiksniai:

- 1) informanto užimtumas ir laiko stygius.
- 2) pokalbis vykstantis individualiai susitikus ar telefonu.
- 3) susitikimo vieta ir laikas.

1.5. Tyrimo duomenų tvarkymas ir tyrimo etika

Etika (lot. *ethica* < gr. *ēthos* – paprotys, įprotis, būdas), filosofijos šaka, tirianti žmogaus elgesio principus, standartus, jų normas gėrio ir blogio aspektu (**Janavičius, 2022**). Atliekant sociologinius tyrimus, etikai skiriamas ypatingas dėmesys, nes tyrimo tikslas yra ne tik išsiaiškinti reikalingą informaciją – tai yra galutinis rezultatas, bet tuo pačiu metu išlaikyti informantų saugumą bei deramą pagarbą. „Etiniai standartai tampa svarbiais elgesio orientyrais, kai tyrėjas patenka į prieštaringas, dvilypes ir todėl sudėtingas situacijas. Imperatyvas laikytis etinių principų nesibaigia kartu su interviu. Analizuodamas duomenis ir rengdamas tyrimo ataskaitą ar baigiamąjį darbą, tyrėjas yra atsakingas už du uždavinius:

- apsaugoti interviu dalyvių tapatybes nuo viešinimo;
- korektiškai pateikti tyrimo rezultatus“. (Gaižauskaitė, 2016).

Atliekant tyrimą buvo laikomasi šių etikos principų:

Visi pašnekovai sutikimus duoti individualius interviu davė laisva valia. Pašnekovai buvo supažindinti su tuo faktu, kad gali neatsakinėti į tam tikrus klausimus ir pokalbį gali bet kada nutraukti ir pasišalinti iš tyrimo.

- 1) Visi tyrimo dalyviai buvo supažindinti su individualių pokalbių tikslu, tiriamuoju dalyku, informacijos panaudojimo būdais.
- 2) Visiems tyrimo dalyviams buvo garantuotas anonimiškumas ir konfidencialumas. Pristatant tyrime gautą informaciją, tyrimo dalyvių vardai, pavardės, pareigos, darbovietė nenaudojami – šiems duomenims pritaikytas kodavimas. Taip pat užtikrint, kad pokalbių įrašai bus saugomi 1 metus, tačiau nebus niekur viešinami.
- 3) stengtasi užtikrinti saugią aplinką ir patogų laiką pokalbiui visiems pašnekovams, patikinant, kad gali būti atviri savo pasisakymuose.

Visų pokalbių metu tyrėjas stengėsi iki galo išklausti informantų, skatinant kalbėti toliau, užduodant atvirus klausimus, tačiau stengiantis tuo pačiu metu laikytis pasiruoštų pokalbio gairių. Informantai galėjo laisvai pasirinkti, apie ką jie nori pasisakyti plačiau, o kur negali ar nenori pasakyti nieko. Kalbant apie aplinką, kurioje vyko individualūs pokalbiai, tai visada buvo atskiras kabinetas, kur tiek tyrėjas, tiek informantas jautėsi gana komfortiškai.

3.5. Empirinio tyrimo rezultatai

Individualaus pokalbių su ekspertu tikslas buvo atskleisti IH koncepciją, šio rodiklio reikšmę vertinant aktyvaus gydymo savivaldybių ligoninių veiklą, sužinoti duomenų rinkimo kelius bei metodikas, surinktos informacijos sklaidą atsakingos institucijoms. Interviu su pirminės sveikatos priežiūros įstaigų šeimos gydytojais ir administracijos atstovais, turėjo parodyti, kiek yra aktualus IH rodiklis ir AVL sąrašas kasdieniame darbe, turint galvoje tai, kad aukštas IH rodiklis savivaldybėje leidžia numanyti esant silpną ambulatorinę grandį. Pokalbiai su ligoninės gydytojais ir administracijos atstovais turėjo atskleisti, ar jiems žinomi IH rodikliai jų savivaldybėje, taip pat, kaip jie vertina šiuos rodiklius ligoninės veikloje, ar mato galimybę mažinti šį rodiklį ir tokiu būdu taupyti brangias stacionarines išlaidas.

Išvengiamų hospitalizacijų koncepcija ir ambulatoriškai valdomos ligos

Mūsų šalyje yra mažai specialistų ekspertų, kurie plėtoja išvengiamų hospitalizacijų koncepciją ir stengiasi atkreipti dėmesį į šio rodiklio svarbą sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veikloje. Kalbant apie ambulatoriškai valdomų ligų sąrašą yra pagrinde bendradarbiaujama su Valstybinėmis ligonių kasomis, kurių pagalba buvo išgryninti ambulatoriškai valdomų ligų kodų sąrašai, kuriais gali vadovautis gydymo įstaigos. Yra labai svarbu, kad gydymo įstaigų administracija ir gydytojai suvoktų IH rodiklio esmę ir žinotų AVL sąraše esančias diagnozes, nes nuo to priklauso vietinės įstaigos veiklos vertinimas ir problemų suvokimas. Pristatant tyrimo

duomenys, pašnekovų atsakymus ir pasvarstymus, sugretinsiu savivaldybių ligoninių ir pirminių sveikatos priežiūros centrų atsakymus, nes tada gerai atsispindi, kurioje savivaldybės sveikatos priežiūros grandinės dalyje IH rodikliai yra svarbūs, o kurioje nevertinami ir tiesiog pasimeta.

Pokalbio metu, ekspertas labai lakoniškai ir tiksliai nusakė IH koncepcijos esmę bei trumpai paminėjo, kokios yra ambulatoriškai valdomos ligos. Apie jas kalbant, pažymėjo, kad šis sąrašas tik pernai šiek tiek atnaujintas: „...tik pernai buvo pakoreguotas AVL sąrašas, buvo pritaikytos tam tikros išimties diagnozėse ir procedūrose. AVL sąrašas yra sudarytas remiantis Australų AVL sąrašo modeliu ir adaptuotas mūsų šaliai...“ (E). Iš pokalbio išaiškėjo, kad VLK yra įdėjusios didžiulį indėlį į šio sąrašo sudarymą, nes „...jos skaičiuoja paslaugas, įkainius, jos ir vertina ligoninių efektyvumą“ (E). Visi duomenis dėl AVL yra randami „Sveidra“ informacinėje sistemoje. Taip pat teko išgirsti, kad buvo sunku išaiškinti IH svarbą politinių sprendimų priėmėjams ir nelengva tokį sąrašą sudaryti, nors kitose pasaulio šalyse jau nuo aštuntojo dešimtmečio yra apie tai diskutuojama. Dėl statistinių duomenų rinkimo ir teisinės bazės informantė pastabų neturėjo, tik patvirtino, kad „...mes (turi mintyje higienos institutą) surenkame duomenis iš ligonių kasų ir siunčiame visuomenės sveikatos centrams, kurie savo ruožtu ir turi vertinti ir daryti išvadas“ (E). Klausiant apie atsaką iš savivaldybių ligoninių, į kurias nukeliauja statistiniai IH duomenys, pašnekovė atsakė, kad tokio faktiškai niekada nėra sulaukusi, pasitaikė vienas atvejis: „...- Manau, kad ligoninės tikrai šituos skaičius mato, nes esame gavę skambučių su klausimu, kodėl Jūs skaičiuojate mums tokius didelius skaičius? Tik kodėl Jiems kilo tokie klausimai – nežinom, greičiausiai gavo signalus iš savivaldybės administracijos. Tačiau gilintis jie nenorėjo, jiems tiesiog nepatiko skaičiai.“ (E). Covid-19 pandemijos laikotarpį ekspertė pakomentavo gana trumpai: „...Buvo smarkiai prislopinta ambulatorinė grandis, daug mažiau siuntimų hospitalizacijoms ir patys pacientai kreipėsi daug rečiau.“ (E). Apie IH nuolatinį stebėjimą pašnekovė pažymėjo, kad „...Šitoje vietoje reikia sugrįžti prie visuomenės sveikatos biurų, nes būtent jie yra sveikatos rodiklių vertintojai ir jie gali pasakyti, kad va šitoje vietoje yra problema....tik greičiausiai tai yra tiesiog ne prioritetinga sritis savivaldybėje, todėl niekas nekreipia dėmesio“ (E). Apie IH paplitimą pagal populiacijos specifiką, ekspertė atsakė, kad statistika tokių duomenų nerenka, tai galėtų būti atskiras tiriamasis darbas.

Iš pokalbio susidarė vaizdas, kad visa teisinė bazė, reglamentacija, duomenų rinkimo metodika, ligų kodavimas yra paruošti ir duomenų rinkimas vyksta taip, kaip turėtų. Išskyrus tą momentą, kad skaičiuojant IH skirtingose ligoninėse, neatkreipiamas dėmesys į teikiamų paslaugų pobūdį ir lygį. Tokiu būdu trečio lygio ligoninės tam tikra prasme „pagerina“ bendrą IH rodiklio skaičių visoje šalyje. Taip pat aiškėja, kad savivaldybių ligoninės į šį rodiklį smarkiai dėmesio nekreipia, nes atgalinio ryšio su klausimu, kodėl konkrečiai tokie skaičiai kaip ir nėra.

Pokalbių metu rajonų savivaldybėse išaiškėjo, kad apie IH rodiklį žinojo visi pirminės sveikatos priežiūros darbuotojai – tiek administracija, tiek gydytojai. Taip pat ši informantų grupė labai gerai buvo susipažinusi su AVL sąrašu, kurį faktiškai mokėjo mintinai „Taip, tokį žinom, nes metų gale mus vertina pagal šitą sąrašą...mums moka priedus už gerus darbo rezultatus pagal IH skaičių“ (PSPC_ŠG), „...tai tokios ligos: LOR, CD, hipertenzija, pneumonija....šį sąrašą pateikia VLK...“ (PSPC_ADM). „...IH hospitalizacijos - tai tokios, kada galima paciento ligą puikiausiai monitoruoti jam likus namuose ir į stacionarą vežti tik būklei pasikeitus į blogąją pusę...“ (PSPC-ŠG). IH sąrašo 2022m. pakeitimų nežinojo nei vienas pokalbio dalyvis.

Tuo tarpu apie IH sąrašą savivaldybių ligoninėse žinojo tik du iš aštuonių informantų „...mmm...ne...tokio sąrašo nesu girdėjęs...greičiausiai mes juo nesivadovaujame...“ (L_ADM). Du informantai, atsakę, kad žino apie ambulatoriškai valdomas ligas ir IH buvo savivaldybių ligoninių gydytojai, tiesiogiai susiję su sprendimu ligonio hospitalizacijai „...taip, tokios diagnozės žinomos yra....bet mes žiūrime ne į sąrašą, mes vertiname paciento būklę jam atvykus į priėmimą realiu laiku ir elgiamės atitinkamai...“(L_G).

Apibendrinant galima teigti, kad pirminės sveikatos priežiūros grandies administracija bei gydytojai yra kur kas geriau susipažinę su IH koncepcija, tačiau peršasi mintis, kad jie ją žino todėl, kad pats rodiklis yra įtrauktas į gydytojo bei įstaigos skatinamuosius priedus ir darbo įvertinimo rezultatus. Tuo tarpu savivaldybių ligoninėse šis veiklos vertinimo rodiklis nediskutuojamas ir į jį faktiškai nekreipiamas dėmesys.

IH priežastys

IH rodiklio reglamentavimas yra įformintas teisiškai, vadovaujantis SAM Ministro įsakymu, taip pat yra sudarytas AVL sąrašas, kuriuo būtina vadovautis priimant sprendimą dėl paciento hospitalizacijos, tada kyla klausimas, kodėl vis dėlto IH procentas toks didelis mažesnėse savivaldybėse. Ieškant atsakymo, buvo pateikti gana tiesmuki klausimai, kurie turėtų atskleisti realią situacijos priežastį. Kalbant su PSPC administracija bei gydytojais išaiškėjo, kad jie stengiasi pacientą gydyti ambulatoriškai ir itin retais atvejais nusprendžia, kad hospitalizacija yra neišvengiama: „.... - taip nutinka ypatingai retai. Stengiamės pasverti kiekvieną atvejį. Iš tikro reiktų pasižiūrėti statistiką, kiek pacientų ateina su siuntimu, o kiek atvažiuoja tiesiai į priėmimo skyrių. Nes nėra paslapties, kad ligoninės skyriai turi užpildyti lovas....“ (PSPC_ADM/ŠG). Be abejo, vėl gi šeimos gydytojai mato iš to tiesioginę naudą: „.....šiaip IH rodiklių tikrai neseku, tačiau metų gale ateina ataskaita su darbo įvertinimu, tada ir pamatau, kiek buvo pacientų pagal AVL...“ (PSPC_ŠG). Tačiau buvo ir toks atsakymas: „.....- taip, didžioji dalis, didžiuosiuose miestuose ta atranka, ką guldyt, ką ne tikrai didesnė, bet mūsų ligoninių skyriai suinteresuoti

išlaikyti lovų užimtumą, kad jų nesumažintų ir neuždarytų. O PSPC tam tikra prasme atlieka pacientų injekcijas. Mes dirbame dėl paciento, ir, jei matau, kad pacientą būtina stacionarizuoti, tada derinuosi tiesiogiai su ligoninės skyrių vadovais....“ (PSPC_ADM/G), iš kurio galima numanyti, kad „lovų užguldymas“ yra gerai žinomas dalykas.

Dėl sprendimo hospitalizuoti pacientą, savivaldybių ligoninių administracijai bei gydytojams buvo užduotas klausimas apie galimybę atvykusį pacientą išleisti namo, jei jo diagnozė patenka į AVL sąrašą ir neguldyti į ligoninę“. Vienos savivaldybės ligoninės priėmimo skyriuje gydytojas pažymėjo, kad „..... taip, tikrai taip. Mūsų ligoninėje paguldoma apie 17% pacientų iš visų atvykusių, tai yra apie 2 pacientai iš 10, kiek žinau Europoje vidurkis yra 15%...“(L_G). Kitų dviejų savivaldybių ligoninių gydytojai atsakė, kad pacientas guldomas dažniausiai pagal indikacijas, padaro visus reikalingus būklei įvertinti tyrimus, ir, jei mano, kad paciento guldyti nėra reikalo – paleidžia toliau gydytis namo. Kalbant su ligoninių administracijų atstovais, atsakymai buvo dviprasmiški, kaip pavyzdžiui: „.....na taip, stengiamės neguldyti be reikalo...bet supraskit, ligoninė turi kaip nors išsilaikyti, jei nebus ligoninių, uždarys skyrius...“. Taip pat buvo ir aštresnių pasisakymų iš vienos ligoninės priėmimo skyriaus: „.....Man kaip jaunam specialistui, atėjusiam dirbti ir suvokiančiam apie lėšų taupymo svarbą, jau po kelių mėnesių administracijoje buvo pasakyta, kad dirbti tu puikiai, bet yra tam tikri niuansai, prie kurių turi prisiderinti. Deja, tokia kol kas sistema. Ir reikalinga politinė valia, kad kažkas ženkliai pasikeistų, nes vietos savivalda tikrai savaime nepasikeis.“ (L_G)

Iš pokalbių su ligoninių gydytojais ir administracijos atstovais, susidaro įspūdis, kad tikrai nemažai ligonių, kurie atvažiuoja tiesiai į priėmimą, jiems suteikiamos ambulatorinės paslaugos, tokios, kaip pagrindinių tyrimų atlikimas, ir daugelis jų galėtų būti paleidžiami namo. Iš kitos pusės administracijos atstovai teigia, kad tie ligoniai labai reikalingi, nes ligoninei reikia išsilaikyti.

Į klausimą, apie IH rodiklio netolygumus visi informantai, išskyrus vieną ligoninės administracijos atstovą, tiek PSPC, tiek ligoninėse atsakė labai panašiai. IH rodikliai priklauso nuo savivaldybėje gyvenančios populiacijos amžiaus, susisiekiama su gydymo įstaiga galimybių, sergamumo tendencijos. Apie gydytojų kompetenciją, ar aktyvumą neužsiminė nei vienas pašnekovas. Kalbant apie anksčiau paminėtą vieną savivaldybės ligoninės administracijos atstovą: „.....šalies didžiosios ligoninės pagrindinėse savivaldybėse, tokiose kaip Vilniaus ar Kauno, yra teikiamos trečio lygio paslaugos, todėl IH tose ligoninėse faktiškai būti ir negali....“(L_ADM).

Išvada iš diskusijų apie IH priežastingumą bei netolygumus, būtų tokia, kad tik vienas iš aštuonių informantų mato daugiau nei populiacijos specifiškumas ir aiškiai supranta, kad IH yra antro lygio savivaldybių ligoninių problema.

PSDF lėšų paskirstymas ir IH

Lietuvos sveikatos sistemos finansavimas yra mišraus tipo ir gana sudėtingas. Visgi pagrindinis gydymo paslaugų finansavimo šaltinis yra PSDF (Privalomojo sveikatos draudimo fondas). Klausiant informantų, tiek pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, tiek savivaldybių ligoninėse, ar jų manymu sveikatos sektoriaus finansavimas yra pakankamas, nei vienas neatsakė, kad yra skiriama per mažai pinigų. Tačiau tiek vieni, tiek kiti mano, kad finansavimo modelis yra pasenęs ir netinkamas. Vienos savivaldybės gydytojo pasisakymas buvo labai tam tikra prasme aštrus, bet iškeliantis problemos esmę „.....Jūs palietėte gana skausmingą temą. Mokiausi universitete 5 metus ir taip pat gavau vadybos pagrindus. Mano nuomone mūsų sveikatos sektoriaus finansavimo modelis yra pasenęs ir neefektyvus. Niekam nėra paslaptis, kad ligoninei reikia išsilaikyti pacientų sąskaita. Pasakysiu atvirai, būna periodų, kada administracija tiesiai šviesiai per susirinkimą duoda nurodymą, kad guldyti visus, nes reikia „įdarbinti“ lovas. Kada ligoninei vadovauja žmogus, esantis savivaldybės narys, kuris už ligoninės gerus rodiklius gauna priedus, tada yra tiesioginis suinteresuotumas, kad ligoninė būtų užimta....“ (L_G). Kalbantis su kitų savivaldybių gydytojais, nuomonės buvo išreikštos nuosaikiau, buvo paminėta, kad mūsų sistemoje per mažai yra bendradarbiaujama tarp institucijų: „....imkim skandinavų modelį – ten sveikatos ir socialinė pacientų priežiūra dirba išvien, o pas mus kiekviena institucija tampo paklodę į save ir tada trūksta ir lėšų, ir visi lieka nepatenkinti....“ (PSPC_ADM).

Kad stacionarinės paslaugos yra gerokai brangesnės už ambulatorines visi informantai žinojo ir visi iki vieno pripažino, kad skiriant daugiau lėšų ambulatoriniam gydymui ir profilaktikai, IH rodikliai pradėtų mažėti: „.....taip, be abejo, paciento ambulatorinė priežiūra yra kur kas pigesnė, tačiau pas mus pacientai dažnai kreipiasi, kada negali patekti pas gydytoją poliklinikoje, tada važiuoja savarankiškai tiesiai į priėmimą....“ (L_G).

Iš paskutinių klausimų atsakymų, galima spręsti, kad visi informantai supranta, kad finansavimas yra nebegalintis ir, kad lėšų paskirstymas turi būti kitoks. Paskirstymas keistųsi, jei daugiau gydymo paslaugų būtų suteikiama pirminiame sveikatos priežiūros lygyje. Taip pat absoliuti dauguma sutiko, kad IH problemą galima spręsti mažinant pacientų su AVL diagnozėmis patekimą į stacionarą. Tačiau tam, kad būtų priimami atitinkami sprendimai, tokie kaip IH mažinimas, nebijant, kad bus naikinamos aktyvaus gydymo lovos įstaigoje, savivaldybių ligoninių administracijos atstovai konkrečių pasiūlymų neturėjo: „.....čia reikia sprendimų „iš aukščiau“...“ (L_ADM). Buvo pasisakymų apie sveikatos priežiūros įstaigų centralizaciją: „.....man pati PSPC ir ligoninės sujungimo idėja patinka, nes tada galėtumėm paskirstyti lėšas kur kas efektyviau...“

(L_ADM); „.....mano buvęs bendramokslis ir kolega, nuėję vadovauti į vieną rajono ligoninę, prikėlė ją naujam gyvenimui, būtent skaičiuodamas ir perskirstydamas gautas iš PSDF lėšas, skiriamas stacionarui. Jis pvz. panaikino krūvą traumatologų budėjimų, nes jam nakvojančių gydytojų nereikia ir jis nemato reikalo skirti tam lėšas, pas jį nėra „privalomų“ paguldymų, tačiau lėšas jis skiria kelti gydytojų atlyginimams ir paslaugų kokybei gerinti..

IŠVADOS

1. Pokalbis su ekspertu patvirtino, kad IH koncepcija yra žinoma ir plėtojama kiek per lėtai, nes mažai specialistų ir mokslininkų, kurie gilinasi į šią temą. Nepaisant to, remiantis kitų šalių patirtimi, yra paruošta teisinė bazė, reglamentuojanti IH rodiklių skaičiavimą, pateikimą, stebėseną. Taip pat AVL sąrašas yra peržiūrimas, modifikuojamas, pritaikomas mūsų šalies populiacijos specifikai. Galima teigti, kad yra sudarytos palankios sąlygos duomenų rinkimui ir analizei, kas beje ir vyksta, bet ne visuose sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygiuose. Taip pat nėra atkreipiamas dėmesys, kad IH statistiką „pagerina“ trečio lygio ligoninės, kuriose pacientai su AVL diagnoze tikrai nėra hospitalizuojami. Surinkta IH statistika, sėkmingai pasiekusi atitinkamas savivaldybes, yra paliekama jų valioje ir savivaldybės pačios nusprendžia, ar tai prioritetinis rodiklis ir, ar tai apskritai problema, kurią reiktų spręsti.
2. Atlikus tyrimą galima teigti, kad IH koncepcija yra gerai žinoma savivaldybių pirminiuose sveikatos priežiūros centruose, tiek administracijos atstovams tiek gydantiems gydytojams. Kadangi šių įstaigų bei jų gydytojų veiklos vertinime yra IH rodiklis vadovaujantis AVL sąrašu, jie yra suinteresuoti, kad jų pacientai kuo ilgiau išliktų savarankiški, bei liktų pirminėje sveikatos priežiūroje. Taip pat poliklinikos jau nebėra tokios aktyvios „pacientų injekcijų“ į ligonines teikėjos, nes joms pačioms tai visiškai nebeaktualu ir nebenaudinga. Pirminė grandis stengiasi pacientą prižiūrėti jo paties namuose, dalyvaudamos įvairiuose projektuose, tokiuose kaip „Slauga į namus“, taip pat aktyviai kviečia pacientus pasitikrinti profilaktinėse programose, už ką taip pat yra skatinami šeimos gydytojai bei slaugytojos. Susitarimų su savivaldybių ligoninėmis dėl pacientų hospitalizacijos faktiškai nebelikę.
3. Visai kitas vaizdas susidaro savivaldybių ligoninėse. Čia IH koncepcija yra mažai kam girdėta, gydytojai daugiau žino apie AVL sąrašą, tačiau juo faktiškai nesivadovauja. Anot pačių gydytojų, pacientai į ligoninę daugiausiai patenka tiesiai per priėmimą savarankiškai arba išsikvietę greitosios pagalbos brigadą, ir ligoninės priimamasis yra tas taškas, kur yra nusprendžiama dėl hospitalizacijos. Kaip matyti, adekvačiai vertinant paciento būklę, bei atlikus reikalingus tyrimus diagnozei patvirtinti arba atmesti, 8 iš 10 pacientų galima paleisti gydytis ambulatoriškai, tačiau kelių labai atvirų pasisakymų autoriai paaiškino, kad viešai yra žinoma, kad ligoninė yra suinteresuota lovų „užguldymu“ pacientais, tam, kad ligoninė išsilaikytų. Gydytojai, visiškai suprasdami, kad paciento hospitalizacija nėra būtina, turi jį paguldyti, kad lova būtų „įdarbinta“, nes toks nurodymas iš administracijos. Tokie darbo metodai leidžia numanyti, kad pacientų guldymas vardan skyrių užimtumo,

yra tam tikrų savivaldos atstovų interesuose ir apie gydymui skirtų lėšų taupymą neina jokia kalba.

4. PSPC ir savivaldybių ligoninių administracija bei gydytojai pilnai suprantama, kad stacionaras yra daug brangesnis nei ambulatorinės paslaugos, tačiau apie taupymą mažinant IH niekas nesigilina ir teigia, kad finansavimas yra pakankamas, tik neteisingai paskirstomas, todėl ir ligoninių veikla tampa brangi ir tuo pačiu metu neefektyvi. Taip pat, sprendžiant IH problemą, turėtų įsitraukti ir pačios savivaldybės administracija, bet, kaip parodo nekintantys metų bėgyje IH rodikliai kai kuriose savivaldybėse, savivaldybių ligoninių valdymo politikoje bei vadyboje kol kas naujovių nėra.

SIŪLYMAI

Kokybinio tyrimo rezultatai atskleidė, kad išvengiamos hospitalizacijos yra rodiklis, kuris gali atskleisti savivaldybių ligoninių veiklos spragas, sąsajas su pirminės sveikatos priežiūros grandimi, bei galimybę taupyti sveikatos priežiūrai skiriamas lėšas. Kadangi pirminės sveikatos priežiūros grandies administracija ir gydytojai tikrai gerai žinojo išvengiamų hospitalizacijų reikšmę, lieka spręsti klausimą, kaip pakeisti nusistovėjusią „lovų įdarbinimo“ praktiką savivaldybių ligoninėse. Jauni gydytojai specialistai nesivadovauja AVL sąrašu, tačiau taupymo ir sąžiningo biudžetinių lėšų naudojimo būtinybę tikrai supranta. Mano siūlymai būtų tokie:

1. Modifikuoti pagal aukščiau aprašytą situaciją savivaldybės ligoninės veiklos vertinimą. Tai yra - įpareigoti savivaldybių ligoninių administraciją stebėti IH rodiklius ir į šią problemą atsižvelgti kaip į vieną iš prioritetinių. Nes šiuo metu ligoninė, dirbtinai užpildydama skyrius pacientais, imituoja didelį ligoninės užimtumą.
2. Įpareigoti savivaldybių ligoninių administracijas stebėti IH rodiklio kitimus. Kaip parodė interviu su ekspertu, jie turi priėjimą prie visos reikiamos statistinės informacijos, todėl tai nebūtų problema, reikalaujanti papildomų resursų.
3. Skirti skatinimo priemonės (taip, kaip tai pritaikyta PSPC lygyje), kad gydytojai būtų suinteresuoti pacientus su AVL diagnoze paleisti gydytis ambulatoriškai.
4. Neabejotinai yra labai svarbi šviečiamoji ir aiškinamoji veikla – tiek sveikatos priežiūros vadybininkams, tiek gydytojams turėtų būti skaitomos paskaitos, vedami kursai, kuriuose būtų akcentuojama IH rodiklio svarba.

ANOTACIJA

Markovskytė R. (2011). *Išvengiamos hospitalizacijos ir jų svarba vertinant savivaldybių aktyvaus gydymo ligoninių veiklą* (magistro baigiamasis darbas). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas

Magistro baigiamajame darbe išanalizuota ir įvertinta išvengiamų hospitalizacijų svarba aktyvaus gydymo savivaldybių ligoninių veikloje, nagrinėjant lietuvių bei užsienio autorių literatūrą, Lietuvos Respublikos teisės aktus bei Lietuvos ir užsienio šalių statistinius duomenis. Atliktas kokybinis pusiau struktūruotas interviu tyrimas. Darbas yra suskirstytas į tris pagrindinius skyrius.

Pirmame skyriuje yra nagrinėjama išvengiamų hospitalizacijų koncepcija, ambulatoriškai valdomų ligų sąrašo specifika, išvengiamų hospitalizacijų evoliucija Lietuvoje bei kitose šalyse, teisinis išvengiamų hospitalizacijų reglamentavimas.

Antrajame skyriuje nagrinėjama Lietuvos sveikatos sektoriaus finansavimo sistema, tame fone įvertinama išvengiamų hospitalizacijų kaina mūsų šalyje, aprašomi šalies savivaldybių ligoninių veiklos vertinimo rodikliai.

Trečiajame skyriuje yra aprašomas kokybinio tyrimo interviu su pašnekovais, pateikiami informantų atsakymai į klausimus, jų mintys, pasiūlymai. Pagal gautus atsakymus yra padaromos išvados, bei iškeliamos empirinio tyrimo metu išryškėjusios problemos.

Pagrindiniai žodžiai: išvengiamos hospitalizacijos, ambulatoriškai valdomos ligos, sveikatos sektoriaus finansavimas, ligoninių vertinimo rodikliai.

ANNOTATION

Markovskytė R. (2011). *Avoidable hospitalizations and their importance in evaluating the activity of municipal active treatment hospitals* (master's thesis). Vilnius: Mykolas Romeris University

The master's thesis analyzed and evaluated the importance of avoidable hospitalizations in the activities of active treatment municipal hospitals, examining the literature of Lithuanian and foreign authors, legal acts of the Republic of Lithuania and statistical data of Lithuania and foreign countries. A qualitative semi-structured interview study was conducted. The work is divided into three main sections.

The first chapter examines the concept of avoidable hospitalizations, the specifics of the list of diseases managed on an outpatient basis, the evolution of avoidable hospitalizations in Lithuania and other countries, and the legal regulation of avoidable hospitalizations.

In the second chapter, the financing system of the Lithuanian health sector is examined, against that background the cost of avoidable hospitalizations in our country is assessed, and the performance indicators of the country's municipal hospitals are described.

The third chapter describes the qualitative research interview with the interlocutors, the informants' answers to the questions, their thoughts, suggestions are presented. Based on the received answers, conclusions are made, and problems that emerged during the empirical research are raised.

Key words: avoidable hospitalizations, ambulatory diseases, health sector financing, hospital evaluation indicators.

SANTRAUKA

Išvengiamų hospitalizacijų koncepcija pasaulyje diskutuojama jau nuo aštuntojo dešimtmečio, kada grupė mokslininkų, atlikę statistinių duomenų analizę, nustatė, kad yra ligų grupė, kuri gali būti gydoma ambulatoriškai ir tokiu būdu galima sutaupyti labai didelę sumą sveikatos sektoriui skiriamų lėšų. Lietuvoje vyrauja mišrus sveikatos sektoriaus finansavimo modelis ir nuolatos pabrėžiama, kad yra lėšų trūkumas, ilgos pacientų laukimo eilės pas gydytojus, mažai ambulatorinių paslaugų. Mokslininkai, remdamiesi užsienio šalių patirtimi, pradėjo eskaluoti išvengiamų hospitalizacijų problemą ir raginti atkreipti dėmesį į galimybę sveikatos priežiūrai skiriamų lėšų efektyvesnę panaudojimą, remiantis ambulatoriškai valdomų ligų sąrašu ir išvengiamų hospitalizacijų rodiklio sekimą. Todėl iškelta tyrimo problema - didelis IH skaičius savivaldybių ligoninėse parodo savivaldybių ambulatorinės grandies silpnumą bei perteklinį ligoninės aktyvaus gydymo lovų skaičių, todėl tinkamai suregulius pacientų srautus, pasitelkiant teisinį reglamentavimą, bei pertvarkant ir stiprinant pirminės sveikatos priežiūros paslaugų spektrą, galima ženkliai sumažinti IH skaičių aktyvaus gydymo savivaldybių ligoninėse. Tyrimo objektas: išvengiamų hospitalizacijų rodiklio svarba aktyvaus gydymo savivaldybių ligoninių veiklos vertinime. Tyrimo tikslas: atskleisti, kokia yra išvengiamų hospitalizacijų rodiklių analizės įtaka, vertinant Lietuvos aktyvaus gydymo savivaldybių ligoninių veiklą. Tyrimo tikslui įgyvendinti buvo iškelti šie uždaviniai: išanalizuoti IH koncepciją ir jos evoliuciją Pasaulyje ir Lietuvoje, išsiaiškinti, kokia yra šiuo metu situacija su IH tyrimais ir teisiniu reglamentavimu Lietuvoje; išsiaiškinti, ar savivaldybių gydymo įstaigų administracijos darbuotojai ir gydantys gydytojai supranta išvengiamų hospitalizacijų koncepciją ir išvengiamų hospitalizacijų rodiklio svarbą; išsiaiškinti, kodėl toks didelis išvengiamų hospitalizacijų skaičius savivaldybių aktyvaus gydymo ligoninėse; atskleisti, koks savivaldybės ligoninių bei pirminės sveikatos priežiūros grandžių vadovų bei gydytojų požiūris į sveikatos priežiūros srities finansavimą, bei galimybes taupyti PSDF lėšas, mažinant IH skaičius. Tyrimo metodika: duomenų rinkimui buvo taikyti teorinis, dokumentų analizės, lyginamasis ir empiriniai metodai.. Lyginamasis metodas buvo naudojamas analizuojant Lietuvos ir užsienio (pagrindė Europos) mokslinius straipsnius ir statistinius duomenis. Pasirinktas empirinis kokybinis metodas – pusiau struktūruotas interviu.

Duomenų analizei taikomi aprašomasis ir analitinis tyrimo metodai. Kokybinio tyrimo duomenys analizuoti atliekant kokybinę „content“ analizę: atrinktų duomenų klasifikavimas, ieškoma tarpusavio ryšių, atsakymų panašumų bei skirtumų. Empirinio tyrimo metu buvo iškelta pagrindinė hipotezė: stebint ir analizuojant išvengiamų hospitalizacijų skaičius, galima ne tik įvertinti konkrečių savivaldybių ligoninių veiklą, pirminės sveikatos priežiūros grandies veiklos našumą, bet ir ženkliai sutaupyti sveikatos priežiūra skiriamas lėšas iš valstybės biudžeto. Kokybinio tyrimo metu ši hipotezė patvirtinta, t.y. išsiaiškina, kad išvengiamų hospitalizacijų skaičiai savivaldybėje gali atskleisti savivaldybės ligoninės veiklos spragas.

Magistro baigiamojo darbo pabaigoje pateikiamos išvados bei siūlymai išvengiamų hospitalizacijų rodiklio stebėsenos šalies aktyvaus gydymo savivaldybių ligoninėse.

Markovskytė R. (2011). Avoidable hospitalizations and their importance in evaluating the activity of municipal active treatment hospitals (master's thesis). Vilnius: Mykolas Romeris University

SUMMARY

The concept of avoidable hospitalizations has been discussed in the world since the 1970s, when a group of scientists, after analyzing statistical data, found that there is a group of diseases that can be treated on an outpatient basis and thus a very large amount of money allocated to the health sector can be saved. In Lithuania, a mixed model of financing the health sector prevails, and it is constantly emphasized that there is a lack of funds, long waiting lines for patients to see doctors, and few ambulatory services. Scientists, based on the experience of foreign countries, began to escalate the problem of avoidable hospitalizations and call for attention to the possibility of more efficient use of the funds allocated to health care, based on the list of diseases managed on an outpatient basis and tracking the rate of avoidable hospitalizations. Therefore, the research problem raised - the high number of IH in municipal hospitals shows the weakness of the municipal ambulatory chain and the excess number of active treatment beds in the hospital, therefore, by properly regulating patient flows, with the help of legal regulation, and restructuring and strengthening the spectrum of primary health care services, it is possible to significantly reduce the number of IH in active treatment in municipal hospitals. The object of the study: the importance of the indicator of avoidable hospitalizations in the evaluation of the activity of active treatment municipal hospitals. The purpose of the study: to reveal the influence of the analysis of avoidable hospitalization indicators, when evaluating the activity of Lithuanian active treatment municipal hospitals. The following tasks were set for the purpose of the research: to analyze the IH concept and its evolution in the world and in Lithuania, to find out what is the current situation with IH research and legal regulation in Lithuania; to find out whether administrative staff of municipal treatment facilities and treating doctors understand the concept of preventable hospitalizations and the importance of the preventable hospitalizations indicator; find out why there is such a high number of avoidable hospitalizations in municipal active treatment hospitals; to reveal the attitude of managers and doctors of municipal hospitals and primary health care chains to the financing of health care, as well as opportunities to save PSDF funds by reducing the number of IHs. Research methodology: theoretical, document analysis, comparative and empirical methods were used for data collection. The comparative method was used to analyze Lithuanian and foreign (mainly European) scientific articles and statistical data. The chosen empirical qualitative method is a semi-

structured interview. Descriptive and analytical research methods are used for data analysis. Qualitative research data were analyzed by qualitative "content" analysis: classification of selected data, looking for mutual relationships, similarities and differences between answers. During the empirical study, the main hypothesis was put forward: by monitoring and analyzing the number of avoidable hospitalizations, it is possible not only to evaluate the performance of specific municipal hospitals, the performance of the primary health care chain, but also to significantly save the funds allocated to health care from the state budget. During the qualitative research, this hypothesis was confirmed, i.e. finds out that the numbers of avoidable hospitalizations in the municipality can reveal the gaps in the operation of the municipal hospital. At the end of the master's thesis, conclusions and suggestions are presented regarding the monitoring of the preventable hospitalization rate in active treatment municipal hospitals of the country.

LITERATŪRA

1. Gaižauskaitė I. ir Valavičienė N. (2016). *Socialinių tyrimų metodai: kokybinis interviu, Vadovėlis* Vilnius;
2. Mekšriūnaitė, S. ir Gurevičius R. (2015). „Išvengiamų hospitalizacijų rodiklių skirtumai Lietuvos savivaldybėse.” *Visuomenės sveikata* 2, 69, (2015b): 26-33. Prieiga per internetą: URL: https://www.researchgate.net/profile/Romualdas-Gurevicius/publication/291808092_Differences_of_avoidable_hospitalization_rates_between_municipalities_in_Lithuania/links/56a60eb108aebf168e31f8e5/Differences-of-avoidable-hospitalization-rates-between-municipalities-in-Lithuania.pdf
3. Mekšriūnaitė, S. ir Gurevičius R. (2014). „Išvengiamų hospitalizacijų mastas Lietuvoje: bendra apžvalga” 4, no. 67 (2014): 26–35. Prieiga per internetą: URL: [https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2014.4\(67\)/VS%202014%204\(67\)%20ORIG%20Isvengiamos%20hospitalizacijos.pdf](https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2014.4(67)/VS%202014%204(67)%20ORIG%20Isvengiamos%20hospitalizacijos.pdf)
4. Mekšriūnaitė, S. ir Gurevičius R. (2015). „Išvengiamos Hospitalizacijos Kaip ambulatorinės Sveikatos Priežiūros Veiklos Atspindys Lietuvoje 2012 m.: Ką Galima Pakeisti?”. Prieiga per internetą: URL: <https://ojs.mruni.eu/ojs/health-policy-and-management/article/view/4038/3904>
5. sam.lrv.lt. (2022). “Kartu su sveikatos reforma keisis ir paslaugų apmokėjimas“. Prieiga per internetą: URL: <https://sam.lrv.lt/lt/naujienos/kartu-su-sveikatos-reforma-keisis-ir-paslaugu-apmokejimas>
6. Šimaitis, A. (2011). „Meningokokinė infekcija: kuo prasikalto šeimos gydytojai?“ Prieiga per internetą: URL: <https://www.vlmedicina.lt/lt/meningokokine-infekcija-kuo-prasikalto-seimos-gydytojai> (Žiūrėta: 2022-12-02).
7. Petrauskaitė I., Skrobotovas R. Želvienė A. (2019). Lietuvos visuomenės sveikatos pokyčių apžvalga: Higienos institutas, 41-42. Prieiga per internetą: URL: https://hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/Visuomenes_sveikatos_pokyciu_%20apzvalga_2019.pdf
8. Petrauskaitė I., Skrobotovas R. (2018). „Metų strategijos vykdymas: kaip sekasi siekti užsibrėžtų tikslų?“. Visuomenės sveikatos netolygumai, NR. 3 (30). Prieiga per internetą: URL: https://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/lss_vertinimas_2018_2.pdf
9. Žemgulienė J. (1999). „Sveikatos priežiūros finansavimo įtaka paslaugų struktūrai“. Vilnius: ISSN 1392-1258. *Ekonomika* 1999 49, 108. Prieiga per internetą: URL: [Sveikatos priežiūros finansavimo įtaka paslaugų struktūrai \(vu.lt\)](https://www.vu.lt/lt/medicina/sveikatos_prieziuros_finsavimo_ataka_paslaugu_strukturai)

10. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. (2020). Statistinė informacija apie PSDF biudžeto vykdymą: Mano vyriausybė. Prieiga per internetą: URL: [https://ligoniukasa.lrv.lt/uploads/ligoniukasa/documents/files/Atviri_duomenys/PSDF_biudzetas/Statistin%C4%97%20informacija%20apie%202020%20met%C5%B3%20PSDF%20biud%C5%BEeto%20vykdym%C4%85%20\(PDF\).pdf](https://ligoniukasa.lrv.lt/uploads/ligoniukasa/documents/files/Atviri_duomenys/PSDF_biudzetas/Statistin%C4%97%20informacija%20apie%202020%20met%C5%B3%20PSDF%20biud%C5%BEeto%20vykdym%C4%85%20(PDF).pdf)
11. Shortell, S.M., &A.D. Kaluzny. 2000. Health Care Management: Organization Design and Behavior. Albany, New York: Delmar Thomson Learning. Prieiga per internetą: URL: https://www.researchgate.net/publication/274641619_Shortell_and_Kaluzny's_health_care_management_Organization_design_behavior
12. Jaselionienė J. (2019) „Išvengiamos hospitalizacijos. higienos institutas. visuomenės sveikatos netolygumai“, Nr. 3(36). Prieiga per internetą: URL: https://hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/Visuom._sveik._netolyg._VSN/IH_2019_3_leidinys_VS_NETOLYGUMAI.pdf
13. Jaselionienė J. (2020) „Išvengiamos hospitalizacijos. higienos institutas. visuomenės sveikatos netolygumai“, Nr. 1(40). Prieiga per internetą: URL: https://hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/Visuom._sveik._netolyg._VSN/IH_1_2020_leidinys_VS_NETOLYGUMAI.pdf
14. Maslow K, Joseph G. Ouslander (2012). „Measurement of Potentially Preventable Hospitalizations. Prieiga per internetą: URL: http://www.ltqa.org/wp-content/themes/ltqaMain/custom/images/PotentiallyPreventableHospitalizations_021512_2.pdf
15. Purdy S, Griffin T, Salisbury C, & al. (2009). „Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. Public Health.; 1 23(2):1 69-73. Prieiga per internetą: URL: <https://research-information.bris.ac.uk/en/publications/ambulatory-care-sensitive-conditions-terminology-and-disease-codi>.
16. European Journal of Public Health, Vol. 25, Supplement 1, 2015, 35–43; The Author 2015. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association. All rights reserved.doi:10.1093/eurpub/cku227: Prieiga per internetą: URL: https://www.researchgate.net/publication/272512946_Potentially_avoidable_hospitalizations_in_five_European_countries_in_2009_and_time_trends_from_2002_to_2009_based_on_administrative_data.
17. William B., Ventelou B., Paraponaris A., (2016). „Rates of admission for ambulatory care sensitive conditions in France in 2009-2010: trends, geographic variation, costs, and

- an international comparison“. Prieiga per internetą: URL:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25951924/>
18. Fischbach D., (2015). „Hospital Costs of Ambulatory Care-Sensitive Conditions in Germany“. Prieiga per internetą: URL: <https://europepmc.org/article/MED/25918929>
19. World Health Organization (2021). „Health promotion glossary of terms 2021“. Prieiga per internetą: URL: <file:///C:/Users/ruta/Downloads/9789240038349-eng.pdf>
20. World Health Organization (2018). “Quality in primary health care“. Prieiga per internetą: URL: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/quality.pdf>
21. Europos Komisija (2021). „State of Health in the EU, Lietuva 2021 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga. Prieiga per internetą: URL:
https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_lt_lithuanian.pdf
22. www.innoforcegroup.com. „Informacinės sistemos “SVEIDRA” priežiūra ir plėtra“. Prieiga per internetą: URL: <https://www.innoforcegroup.com/projektai/informacines-sistemas-sveidra-prieziura-ir-pletra/>
23. www.ebook.vlk.lt. „TLK-10-AM / ACHI / ACS elektroninis vadovas“. Prieiga per internetą: URL: <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp>
24. www.ligoniukasa.lrv.lt. „Apie giminingų diagnozių grupių (DRG) metodą“. Prieiga per internetą: URL: <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/gydymo-istaigoms-ir-partneriams/kompensuojamuju-paslaugu-kainos/apie-giminingu-diagnoziu-grapiu-drg-metoda>.
25. Europos Komisija (2012). „Health at a Glance: Europe 2012“. Summary in Lithuanian Prieiga per internetą: URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/kgvdxalt.pdf?expires=1670358151&id=id&accname=guest&checksum=DF6C6E6A302E0C5875CD83C13CDC49FE>.
26. Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. liepos 3 d. įstatymas Nr. IX-1023 „Visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymas“. Valstybės žinios, 2002-07-17, Nr. 72-3022.
27. Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. Nr. XII-964 nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“. TAR, 2014-07-01, Nr. 9403.
28. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. vasario 3 d. Nr. v-76 įsakymas „Dėl hospitalizacijos rodiklių skaičiavimo metodikos patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2012-02-11, Nr. 19-880.
29. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. gruodžio 19 d. Nr. V-1203 įsakymas Dėl Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. rugpjūčio 11 d.

- įsakymo Nr. V-488 „Dėl bendrųjų savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatų patvirtinimo“ pakeitimo. Valstybės žinios, 2013-12-27, Nr. 135-6903.
30. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. rugpjūčio 11 d. Nr. V-488 įsakymas „Dėl bendrųjų savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatų patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2003-08-22, Nr. 81(1)-3720.
31. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio 20 d. Nr. V-2893 įsakymas, „Dėl išvengiamų hospitalizacijų rodiklių sąrašo ir išvengiamų hospitalizacijų rodiklių skaičiavimo metodikos patvirtinimo“. TAR, 2021-12-20, Nr. 26240
32. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 23 d. Nr. V-1118 įsakymas „Dėl giminingų diagnozių grupių sąrašo ir normatyvinės gydymo trukmės ir kainų koeficientų pagal giminingų diagnozių grupes sąrašo bei bazinės aktyviojo gydymo atvejo (gydymo etapo) kainos šiam gydymui priskiriamų paslaugų bazinėms kainoms nustatyti tvirtinimo“. Valstybės žinios, 2011-12-30, Nr. 162-7704.
33. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. Nr. V-1073 įsakymas „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“. TAR, 2017-12-22, Nr. 20703
34. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2014 m. birželio 5 d. Nr. 1K-136 įsakymas „Dėl privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ nuostatų pakeitimo. TAR, 2014-06-06, Nr. 7270
35. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. liepos 18 d. Nr. V-872 įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 27 d. įsakymo Nr. V-1145 „Dėl aktyviojo gydymo stacionarinėms paslaugoms nepriskiriamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašų ir slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“. TAR, 2019-07-19, Nr. 11944
36. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. balandžio 29 įsakymas Nr. V-988 „Dėl darbo grupės išvengiamos hospitalizacijos rodiklių skaičiavimo metodikai parengti sudarymo“.

Klausimai
[Prisistatymas] Esu Magistrantūros studijų studentė ir šiuo metu rašau MBD. Mano darbo tema yra Išvengiamos hospitalizacijos ir jų svarba vertinant savivaldybių aktyvaus gydymo ligoninių veiklą. Darbo tikslas yra atskleisti, kokia yra išvengiamų hospitalizacijų rodiklių analizės įtaka, vertinant Lietuvos aktyvaus gydymo savivaldybių ligoninių veiklą. Dar kartą noriu padėkoti, kad sutikote su manimi pasikalbėti. Noriu iš karto supažindinti su interviu procedūra. Jos metu užduosiu klausimus, susijusius su MBD tema ir tyrimo tikslu. Ar atsakyti į klausimus – spręskite Jūs. Taip pat noriu pasakyti, kad interviu bus įrašomas, tačiau įrašas viešinamas nebus, naudosiu jį tik analizei ir nuasmenintiems apibendrinimams. Pokalbis truks iki valandos ir, bet kuriuo metu galite jį sustabdyti.
IH koncepcija ir AVL
- Ar galite apibūdinti IH koncepciją plačiau? - Ką atspindi IH rodiklis? - Kas yra ambulatoriškai valdomos ligos? - Kaip buvo sukurtas AVL sąrašas? - Ar žinote apie paskutinių metų IH sąrašo pakeitimus?
IH statistiniai duomenys
- Kaip vyksta IH statistinių duomenų rinkimas ir sklaida tarp institucijų? - Kaip duomenys pasiekia gydymo įstaigas? - Kuri institucija yra atsakinga už AVL sąrašo modifikacijas? - Su kokiais sunkumais susiduriate skleisdami informaciją apie IH rodiklio reikšmę bei svarbą?
IH rodiklių svarba
- Panagrinėjus IH rodiklius, matome, kad metų bėgyje jie nelabai keitėsi, tačiau Covid – 19 pandemijos metu IH skaičiai ženkliai sumažėjo, ar pastebėjote? - Ar Jūsų manymu tikslinga stebėti IH rutiniškai? - Kaip savivaldybių visuomenės sveikatos centrai, savivaldybių ligoninės ir pirminės sveikatos priežiūros centrai vertina IH rodiklį?

Informantai: keturių savivaldybių, kuriose pagal paskutinių metų statistiką priežastys, kurios sudarė didžiausią IH dalį, buvo stazinis širdies nepakankamumas (24,5 proc.), pielonefritas (12,3 proc.), pneumonija (11,7 proc.), pirminės sveikatos priežiūros centrų administracijos atstovai ir šeimos gydytojai

Diskusijos gairės

Klausimai
[Prisistatymas] Esu Magistrantūros studijų studentė ir šiuo metu rašau MBD. Mano darbo tema yra Išvengiamos hospitalizacijos ir jų svarba vertinant savivaldybių aktyvaus gydymo ligoninių veiklą. Darbo tikslas yra atskleisti, kokia yra išvengiamų hospitalizacijų rodiklių analizės įtaka, vertinant Lietuvos aktyvaus gydymo savivaldybių ligoninių veiklą. Dar kartą noriu padėkoti, kad sutikote su manimi pasikalbėti. Noriu iš karto supažindinti su interviu procedūra. Jos metu užduosiu klausimus, susijusius su MBD tema ir tyrimo tikslu. Ar atsakyti į klausimus – spręskite Jūs. Taip pat noriu pasakyti, kad interviu bus įrašomas, tačiau įrašas viešinamas nebus, naudosiu jį tik analizei ir nuasmenintiems apibendrinimams. Pokalbis truks iki valandos ir, bet kuriuo metu galite jį sustabdyti. Taip pat noriu pasakyti, kad interviu bus įrašomas, tačiau įrašas viešinamas nebus, naudosiu jį tik analizei ir nuasmenintiems apibendrinimams. Pokalbis truks iki valandos ir, bet kuriuo metu galite jį sustabdyti.
IH koncepcija ir AVL
- Ar žinote kokia yra išvengiamų hospitalizacijų koncepcija? - Ką atspindi IH rodiklis? - Kas yra ambulatoriškai valdomos ligos? - Ar esate diskutavę šia tema su kolegom iš kitų gydymo įstaigų, savivaldybės atstovais, Valstybine ligonių kasa?
IH priežastys
- Ar dažnai rašote siuntimą pacientui gydymui stacionare ir tokiu būdu tam tikra prasme bendradarbiaujate su ligonine, siųsdami ten pacientus? - Ar manote, kad priėmimas turi galimybę valdyti pacientų srautus, ir kada pacientas atvažiuoja su AVL diagnoze, gali tiesiog įvertinti ir jo neguldėti į stacionarą? - Kaip Jums atrodo, kodėl IH skaičiai taip smarkiai skiriasi įvairiose savivaldybėse? Kodėl tokie ženklūs nelygumai? Nuo ko tai priklauso: a. Nuo populiacijos amžiaus?

b. Populiacijos tankumo? c. Sergamumo tendencijos (vienoje savivaldybėje pvz. serga dažniau pneumonija, kitoje CD?) d. Nuo gydytojų specialistų kvalifikacijos? e. Ambulatorinės grandies gydymo paslaugų prieinamumo?
PSDF lėšų paskirstymas ir IH
- Kaip manote, ar sveikatos priežiūros sektoriaus finansavimas yra pakankamas, o jo modelis yra teisingas? - Ar sutinkate, kad PSDF lėšos yra ribotos ir pinigai gali būti sutaupomi mažinant IH, ir skiriami daugiau profilaktikai, nes stacionarinis gydymas yra pats brangiausias? - Kaip manote, ar praplėtus ambulatorinių paslaugų spektrą, sumažėtų IH?

Informantai: keturių savivaldybių, kuriose pagal paskutinių metų statistiką priežastys, kurios sudarė didžiausią IH dalį, buvo stazinis širdies nepakankamumas (24,5 proc.), pielonefritas (12,3 proc.), pneumonija (11,7 proc.), administracijos atstovai ir gydytojai specialistai.

Diskusijos gairės

Klausimai
[Prisistatymas] Esu Magistrantūros studijų studentė ir šiuo metu rašau MBD. Mano darbo tema yra Išvengiamos hospitalizacijos ir jų svarba vertinant savivaldybių aktyvaus gydymo ligoninių veiklą. Darbo tikslas yra atskleisti, kokia yra išvengiamų hospitalizacijų rodiklių analizės įtaka, vertinant Lietuvos aktyvaus gydymo savivaldybių ligoninių veiklą. Dar kartą noriu padėkoti, kad sutikote su manimi pasikalbėti. Noriu iš karto supažindinti su interviu procedūra. Jos metu užduosiu klausimus, susijusius su MBD tema ir tyrimo tikslu. Ar atsakyti į klausimus – spęskite Jūs. Taip pat noriu pasakyti, kad interviu bus įrašomas, tačiau įrašas viešinamas nebus, naudosiu jį tik analizei ir nuasmenintiems apibendrinimams. Pokalbis truks iki valandos ir, bet kuriuo metu galite jį sustabdyti. Taip pat noriu pasakyti, kad interviu bus įrašomas, tačiau įrašas viešinamas nebus, naudosiu jį tik analizei ir nuasmenintiems apibendrinimams. Pokalbis truks iki valandos ir, bet kuriuo metu galite jį sustabdyti.
IH koncepcija ir AVL
- Ar žinote kokia yra išvengiamų hospitalizacijų koncepcija? - Ką atspindi IH rodiklis? - Kas yra ambulatoriškai valdomos ligos? - Ar esate diskutavę šia tema su kolegom iš kitų gydymo įstaigų, savivaldybės atstovais, Valstybine ligonių kasa?
IH priežastys
- Kokios dažniausiai pasitaiko diagnozės, kada pacientas ne guldomas į ligoninę, bet išleidžiamas namo? - Ar manote, kad priėmimas turi galimybę valdyti pacientų srautus, ir kada pacientas atvažiuoja su AVL diagnoze, gali tiesiog įvertinti ir jo neguldyti į stacionarą? - Kaip Jums atrodo, kodėl IH skaičiai taip smarkiai skiriasi įvairiose savivaldybėse? Kodėl tokie ženklūs nelygumai? Nuo ko tai priklauso: a. Nuo populiacijos amžiaus? b. Populiacijos tankumo?

c. Sergamumo tendencijos (vienoje savivaldybėje pvz. serga dažniau pneumonija, kitoje CD?) d. Nuo gydytojų specialistų kvalifikacijos? e. Ambulatorinės grandies gydymo paslaugų prieinamumo?
PSDF lėšų paskirstymas ir IH
- Ar sutinkate su teiginiu, kad savivaldybės ligoninės yra suinteresuotos, kad skyrių lovos turi būti „užguldytos“, nepriklausomai nuo diagnozės, nes tik tokiu būdu ligoninė gali išsilaikyti? - Kaip manote, ar sveikatos priežiūros sektoriaus finansavimas yra pakankamas, o jo modelis yra teisingas? - Ar sutinkate, kad PSDF lėšos yra ribotos ir pinigai gali būti sutaupomi mažinant IH, ir skiriami daugiau profilaktikai, nes stacionarinis gydymas yra pats brangiausias? - Kaip manote, ar praplėtus ambulatorinių paslaugų spektrą, sumažėtų IH?