

## VALDYMO SPRENDIMŲ ĮTAKA INFEKCINIŲ LIGŲ IR TUBERKULIOZĖS LIGONINĖS RAIDAI

Arvydas Šilys<sup>1</sup>, Romualdas Gurevičius<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, <sup>2</sup>Higienos institutas

**Raktažodžiai:** valdymo sprendimai, vadovavimo kokybė, veiklos vertinimas, veiklos veiksmingumas.

### Santrauka

Straipsnyje nagrinėjama valdymo sprendimų įtaka naujo tipo specializuotosios ligoninės, sujungimo būdu įsteigtos orientuojantis į sveikatos priežiūros įstaigų reorganizavimo modelį, raidai. Ligoninės raida siejama su veiklos analize, veiksmingumo vertinimu, naujų vadybos priemonių taikymu. Atsižvelgiama į pagrindinių veiklos rodiklių (pacientų skaičius, lovų skaičius, lovos užimtumas, lovos apyvarta, vidutinė gydymo trukmė) atitiktį reorganizavimo strategijos siekinius nuo ligoninės įsteigimo 2003 m. iki integracijos į Vilniaus universiteto ligoninę Santariškių klinikas (toliau – VUL SK) ir VUL SK sudėtyje. Siūlomos į procesus orientuotos veiklos veiksmingumo ir vadovavimo kokybės vertinimo priemonės.

### Įvadas

Vilniaus apskrities sveikatos priežiūros įstaigų reorganizavimo modelis [1] teikė galimybę suformuoti veiksmingesnę infekcinių ligų ir tuberkuliozės (toliau – TB) gydymo paslaugų struktūrą. Šalyje mažinant ligoninių tinklą, 2003 m. pabaigoje sujungtos penkios Vilniuje ir jo apskrityje veikusios specializuotosios ligoninės, suvienijant jas į naują juridinį asmenį – Respublikinę TB ir infekcinių ligų ligoninę (toliau – RTIUL), trečiajame reorganizavimo etape tapusią Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filialu – Infekcinių ligų ir TB ligonine (toliau – ILTL). Per šį laikotarpį suformuota į pacientų poreikius, paslaugų kokybę ir veiklos veiksmingumą orientuota struktūra, o kartu ir asmens sveikatos priežiūros įstaigos valdymo modelis, aprėpiantis lyderystę, vadybos sistemų, klinikinių ir palaikomųjų procesų valdymą. Plačiau procesinio požiūrio taikymas ir kokybės rodiklių naudojimas išdėstyti A. Šilio mokomojoje knygoje „Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės valdymas“ [2].

Valdymo sprendimų, vadovavimo kokybės ir organizacijos sėkmingos veiklos sąsajų tematika, skirtingai interpretuojama vadybos specialistų ir praktikų, šiame straipsnyje gvildinama ligoninės raidos procese. Parodomas ligoninės vadovų pasirengimo, požiūrio į situaciją ir valdymo sprendimų sąsajos, jų įtaka veiklos rezultatams.

Uždaviniai: 1. Išsiaiškinti ligoninės infrastruktūros išteklius 2003 m. ir jų pokyčius 2015 metais. 2. Nustatyti ligoninės lovų fondo panaudojimo rodiklių atitikimą sveikatos priežiūros įstaigų reorganizavimo strategijos siekinius. 3. Įvertinti strateginių valdymo sprendimų įtaką ligoninės raidai.

**Tikslas:** išanalizuoti valdymo sprendimų įtaką ligoninės raidai ir pasiūlyti į procesus orientuotas veiklos veiksmingumo ir vadovavimo kokybės vertinimo priemones.

### Tyrimo objektas ir metodika

1. Vilniuje ir Vilniaus apskrityje veikusių penkių specializuotųjų ligoninių: Respublikinės TB ir plaučių ligų ligoninės, Respublikinės Santariškių TB ir plaučių ligų ligoninės, Vilniaus TB ligoninės, Vilniaus apskrities Vyžulionių TB ligoninės, Vilniaus universitetinės infekcinės ligoninės (toliau – ligoninės) veiklos rodikliai iki šių ligoninių sujungimo 2003 m. pabaigoje į RTIUL.

2. RTIUL (vėliau ILTL) veiklos rezultatai laiko atžvilgiu (2004-2015 m.).

Straipsnis parengtas atliktų tyrimų rezultatų ir mokslinės literatūros sintezės pagrindu. Metodai: archyvinis, matematinis statistinis, vadybinis. Veiklos veiksmingumo vertinimui taikytas P. Lasso grafikas. Ligoninės raida nagrinėta orientuojantis į sveikatos priežiūros įstaigų reorganizavimo strategijos (toliau – strategija) etapus ir jų įgyvendinimo vertinimui nuštatytus siekinius [3]:

1 etapas. 2003-2005 metai. Siekinys – stacionariųjų paslaugų optimizavimas. TB profilio lovos užimtumas – 300-320 dienų, vidutinė gydymo trukmė – 48 dienos; infekcinių ligų profilio lovos užimtumas – 280-300 dienų, vidutinė gydymo trukmė – 7 dienos;

2 etapas. 2006-2008 metai. Siekinys – stacionariųjų ak-

<p><b>II sektorius</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lovų perteklius</li> <li>• Nebūtinos hospitalizacijos atvejai</li> <li>• Lyginant su gydymu, per daug lovų pacientų stebėjimui</li> </ul> <p><i>Mažas lovų užimtumas, didelė apyvarta, trumpas gydymo laikas</i></p>	<p><b>III sektorius</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ligoninės veikla gali būti vertinama gerai, pakankamai, vidutiniškai (net jei, gal būt, negauta siekiamų rezultatų)</li> </ul> <p><i>Didelis lovų užimtumas, didelė apyvarta, trumpas gydymo laikas</i></p>
<p><b>I sektorius</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lovų perteklius</li> <li>• Lyginant su pajėgomis, per mažas hospitalizavimo poreikis</li> <li>• Daug siuntimų į kitas institucijas</li> </ul> <p><i>Mažas lovų užimtumas, maža apyvarta, ilgas gydymo laikas</i></p>	<p><b>IV sektorius</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Daug sunkiai sergančių pacientų</li> <li>• Daugiausia – lėtinių susirgimų</li> <li>• Ilgas gydymo laikas</li> </ul> <p><i>Didelis lovų užimtumas, maža apyvarta, ilgas gydymo laikas</i></p>

1 pav. Ligoninės veiklos veiksmingumo vertinimo interpretacija (pagal Pabon Lasso)

tyviojo gydymo paslaugų apimties specializuotose ligoninėse mažinimas 3–5 procentais.

3 etapas. 2009-2012 metai. Siekinys – sveikatos priežiūros įstaigų tinklo optimizavimas.

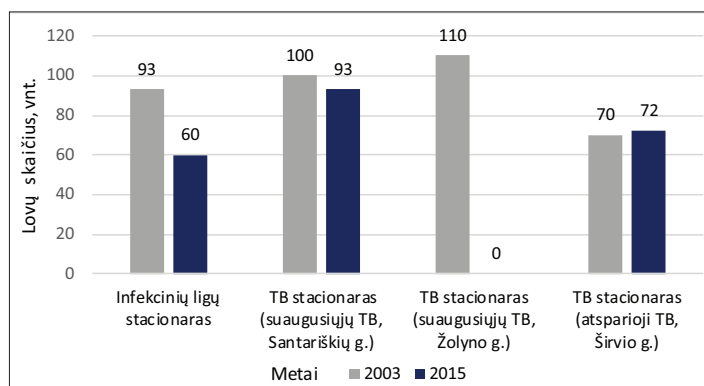
Valdymo kokybės vertinimui pasirinktas lovų fondo panaudojimo kriterijus ir jo penki rodikliai: pacientų skaičius, vidutinis metinis lovų skaičius, lovos užimtumas, vidutinė gydymo trukmė, lovos apyvarta. Ligoninės veiklos veiksmingumo vertinimui taikyta autorių (2007) su laiko dimensija aprobuota Pabon Lasso H.(1986), Barnum H. ir Kutzin J. (1993) ligoninių vertinimo metodika [4]. Taikant šią metodiką (1 pav.), infekcinių ligų stacionaro veikla (didelis lovų užimtumas, didelė apyvarta, trumpas gydymo laikas) gali būti vertinama gerai, jei pagrindiniai lovų fondo panaudojimo rodikliai (lovos užimtumas, lovos apyvarta, gydymo trukmė) patenka į III, o TB stacionarų (didelis lovų užimtumas, maža apyvarta, ilgas gydymo laikas) – į IV sektorių. Pasak Barnum ir Kutzin, „...ligoninės, kurių lovų užimtumas siekia 85-90 procentų, galima laikyti dirbančiomis veiksmingai“ [5].

### Rezultatai

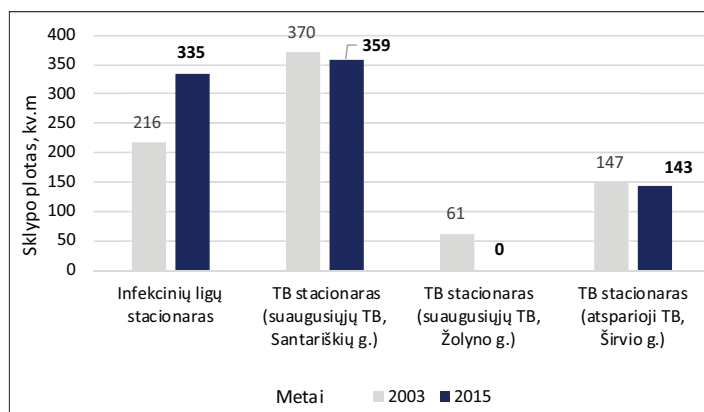
**Ligoninės ištekliai 2003 m. ir jų pokyčiai 2015 metais.** Ligoninės veiklos išteklių analizės rezultatai parodė, kad RTIUL 2003 m. perėmė **5 sujungtų specializuotųjų ligoninių struktūras**, stacionarinio gydymo funkcijas, **darbuotojus, pašatus ir žemės plotus**. Sveikatos priežiūros išteklius 2003 m. sudarė: 373 lovos (93 vnt. infekcinių ligų profilio ir 280 vnt. TB), 419 darbuotojų (233 medicinos, 186 – kiti), 5 žemės sklypai (bendrasis plotas 74085

1 lentelė. Sujungtųjų ligoninių sveikatos priežiūros ištekliai (2003 m. lapkričio 1 d.)

Gydymo profilis, padalinys ir jo adresas	Lovų skaičius	Darbuotojai			Žemės sklypo plotas, m <sup>2</sup>		Paštų skaičius vnt.	Patalpų plotas m <sup>2</sup>	
		medicinos	iš jų – 100 lovų	kiti	bendrasis	iš jo – vienai lovai		bendrasis	tenka vienai lovai
Infekcinių ligų stacionaras (išskyrus TB, <i>Birutės g. 1, Vilnius</i> )	93	67	72,0	59	20105	216,2	9	4069	43,8
TB stacionaras (Suaugusiųjų TB, <i>Santariškių g. 14, Vilnius</i> )	100	57	57,0	46	37010	370,1	5	4477	44,8
TB stacionaras (Suaugusiųjų TB, <i>Žolyno g. 16</i> )	110	67	60,9	56	6649	60,5	12	3722	33,8
TB stacionaras (atsparioji TB, <i>Širvio g. 7, Vilnius</i> )	70	42	60,0	25	10321	147,4	9	2811	40,2
Iš viso	373	233	62,5	186	74085	198,6	35	15079	40,4



**2 pav.** Ligoninės stacionarai ir lovų skaičiai juose kitimas 2003-2015 metais



**3 pav.** Žemės sklypo plotas vienai lovai (kv. m)

kv. m, patalpų plotas 15079 kv. m) ir 35 pastatai (1 lentelė).

Gretindami 2003 m. ir 2015 m. rodiklius, stebime palaikomųjų procesų veiksmingumą (2 pav.), kurį parodo trijuose padalinuose nustatytas lovų skaičiaus mažėjimas: infekcinių ligų stacionare -35,5 proc. (-33 vnt.), Santariškių TB stacionare -7,0 proc. (-7 vnt.), suaugusiųjų TB stacio-

nare -100 proc. (-110 vnt.). Atspariosios TB stacionare lovų skaičius praktiškai nepakito. Bendrasis ligoninės lovų skaičius, 2003 metais buvęs 373 (1 lentelė), 2015 m. sumažėjo iki 225 (60,3 proc., 2 lentelė). Pokytis -39,7 procento.

Ligoninių sujungimo metu 2003 m. TB stacionaruose (lėtinių ligų atvejai, ilgas gydymo laikas) 100 lovų teko 59,3, infekcinių ligų stacionare – 72,0 medicinos darbuotojai.

2015 m. TB stacionaruose 100 lovų teko 54,5 medicinos darbuotojai (sumažėjimas 4,8 proc.). Iš jų 50 slaugytojų (100 lovų 30,3) ir 34 praktikuojantys gydytojai (100 lovų 20,6); infekcinių ligų stacionare 100 lovų teko 56,1 medicinos darbuotojai (sumažėjimas 15,9 proc.). Iš jų 42 slaugytojai (100 lovų 70,0) ir 40 praktikuojančių gydytojų (100 lovų 66,7).

Bendrasis darbuotojų skaičius (1, 2 lentelės) ligoninės maštu 2003-2015 m. sumažintas nuo 419 iki 261 (-158; pokytis -37,7 proc.). Iš jų: medicinos darbuotojų nuo 233 iki 197 (-36; pokytis -15,9 proc.), kitų – nuo 186 iki 64 (-122; pokytis -65,6 proc.).

Slaugytojų ir praktikuojančių gydytojų santykis 2015 m. infekcinių ligų stacionare buvo 1,05; TB stacionaruose: suaugusiųjų TB –1,45; atspariosios TB – 2,33. Lietuvos įstaigų slaugytojų ir gydytojų santykis (1,84) [6] taip pat yra labai mažas, nesiekiantis OECD šalių vidurkio (2,8). Lyginamas su Danija, Suomija, Japonija, Islandija, Šveicarija, Kanada, šis santykis varijuoja nuo 4 iki 4,8, t.y.

didesnis beveik trigubai [7]. Konkrečiu atveju nagrinėjamojoje ligoninėje šio santykio vidurkis (1,24) parodo darbuotojų išteklių valdymo specifiką, būdingą atvejams, kai organizacijos padaliniai išsidėstę įvairiose, viena nuo kitos nutolusiose, vietose. Šio santykio vidurkis didės, kai visi ligoninės stacionarai naujomis sąlygomis veiks viename

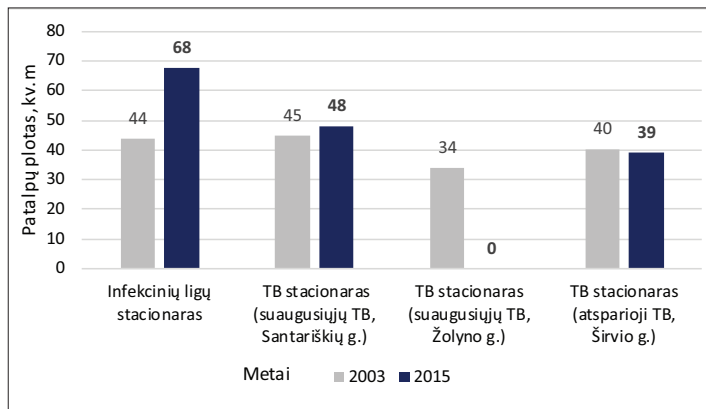
**2 lentelė.** VUL SK sudėtyje veikiančios ILTL sveikatos priežiūros išteklių (2015 m. liepos 1 d.)

Gydymo profilis, padalinys ir jo adresas	Lovų skaičius	Darbuotojų skaičius			Žemės sklypo plotas, m <sup>2</sup>		Pastatų skaičius vnt.	Patalpų plotas, m <sup>2</sup>	
		medicinos	iš jų – 100 lovų	kiti	bend-rasis	iš jo – vienai lovai		bend-rasis	tenka vienai lovai
Infekcinių ligų stacionaras (išskyrus TB, <i>Birutės g. 1, Vilnius</i> )	60	107	56,1	32	20105	335,1	9	4069	67,8
TB stacionaras (suaugusiųjų TB, <i>Santariškių g. 14, Vilnius</i> )	93	60	64,5	20	33342	358,5	4	4461	48,0
TB stacionaras (atsparioji TB, <i>Širvio g. 7, Vilnius</i> )	72	30	41,7	12	10321	143,3	9	2811	39,0
<b>Iš viso</b>	<b>225</b>	<b>197</b>	<b>87,6</b>	<b>64</b>	<b>63768</b>	<b>283,4</b>	<b>22</b>	<b>11341</b>	<b>50,4</b>

paštate ir bus pasiekta proporcingo darbo pasidalijimo.

Infrastruktūros išteklių analizė 2003 m. pabaigoje (1 lentelė) parodė galimus didelius nuostolius dėl ligininių sujungimo metu perimtų 35 senos statybos pastatų (susidėvėjimas – 75 proc.) eksploatacijos. Šios analizės pagrindu priimtas valdymo sprendimas – mažinti perteklinius materialiuosius ir žmogiškuosius išteklius, siekti Santariškių TB stacionaro paštato atnaujinimo, jo prieštato statybos ir infrastruktūros pritaikymo visų ligininės padalinių veiklai. Siekiant šių tikslų, per 2003-2015 m. laikotarpį: bendrasis žemės sklypo plotas sumažintas 10317 kv. m (pokytis -14 proc.); patalpų plotas sumažintas 3738 kv. m (pokytis -24,8 proc.); eksploatuojamų pastatų skaičius sumažintas 13 vienetų (pokytis -37,1 proc.).

Žemės sklypo plotas 1 lovai infekcinių ligų stacionare



4 pav. Patalpų plotas 1 lovai (kv. m)

3 lentelė. Infekcinių ligų stacionaro 2003-2015 metų lovų fondo valdymo kokybės rodikliai

Metai	Vidutinis metinis lovų skaičius	Išrašytų pacientų skaičius	Lovų užimtumas			VGT dienomis	Lovos apyvarta
			per metus, dienomis	proc.			
				365 dienas	300 dienų		
2003	93	3086	182	49,9	60,7	7,8	23,4
2004	87	2571	216	59,2	72,0	7,3	29,6
2005	75	2711	221	60,5	73,7	6,1	36,1
2006	55	2527	306	83,8	102,0	6,7	45,9
2007	55	2169	263	72,1	87,7	6,7	39,4
2008	55	2168	261	71,5	87,0	6,6	39,4
2009	55	2525	305	83,6	101,7	6,6	45,9
2010	55	2624	304	83,3	101,3	6,4	47,7
2011	55	2736	293	80,3	97,7	5,9	49,7
2012	55	2762	295	80,8	98,3	5,9	50,2
2013	55	2606	315	86,3	105,0	6,6	47,4
2014	55	2513	292	80,0	97,3	6,4	45,7
2015	58	2652	327	89,7	109,1	6,4	51,0

padidėjo 119 kv. m dėl lovų skaičiaus sumažėjimo. Dėl dviejų suaugusiųjų TB stacionarų sujungimo ir veiklos vietoje (3 pav.), žemės sklypo plotas 1 lovai nepakito.

Bendrasis patalpų plotas 1 lovai, 2003 m. infekcinių ligų stacionare buvęs 43,8 kv. m, 2015 m. padidėjo 55 proc. ir pasiekė 67,8 kv. m, kai Europoje rekomenduojamas lygis apie 100 kv. m 1 lovai [8]. TB stacionaruose šis rodiklis praktiškai nepakito (4 pav.).

2010 metais priimtas Vyriausybės sprendimas dėl Santariškių TB stacionaro paštato rekonstrukcijos ir tam tikslui numatytos lėšos [9].

**Lovų fondo panaudojimo veiksmingumas.** Mūsų atliktas retrospektyvinis pagrindinių infekcinės ligininės našumo rodiklių kaitos 1994-2004 m. mokslinis tyrimas įvertino infekcinių ligų stacionaro būklę 2003 metais: „lovų perteklius, labai mažas jų užimtumas ir apyvarta, per ilgą gydymo laiką“ [10]. Linijinės regresijos metodu prognozuoti pacientų srautai ir apskaičiuotas infekcinio profilio lovų poreikis iki 2012 metų. Prognozuotas optimalus stacionaro lovų skaičius – 55 (svyravimo ribos esant 95 proc. tikimybei 42-68 lovos), vidutinė gydymo trukmė – 5,5 dienos, lovos funkcionavimo rodiklis – 340 dienų [10]. Remiantis šio mokslinio tyrimo išvadomis ir rekomendacijomis, lovų fondas buvo koreguojamas, kontroliuojant pacientų srautus ir atsižvelgiant į realų hospitalizavimo poreikį. Pirmajame sveikatos priežiūros reorganizavimo etape pasiekti infekcinių ligų stacionaro veiklos rodikliai parodė lovų skaičiaus mažėjimą, lovos užimtumo ir apyvartos didėjimą, gydymo laiko trumpėjimą (3 lentelė).

Vidutinis metinis lovų skaičius, buvęs 93 (2003 m.), laipsniškai per trejus metus sumažintas iki 55 (2006 m.), praktiškai nepakito iki šiol. Lovos užimtumas, 2003 m. buvęs 182 dienos, iki 2005 m. padidėjo 39 dienas (21,4 %) ir sudarė 221 dieną. Lovos apyvarta pagerėjo nuo 36 (2005 m.) iki 46 (2006 m.). Vidutinė gydymo trukmė 2003-2005 m. laikotarpiu sumažėjo 1,7 dienos (nuo 7,8 iki 6,1 dienos) ir atitiko reorganizavimo strategijoje rekomenduojamą terapinio profilio paslaugų normatyvą (7 dienos infekcinių lovų profiliui).

Antrojo reorganizavimo

etapo pradžioje (2006 m.) infekcinių ligų stacionaro lovos užimtumo rodiklis padidėjo dar 85 dienas: nuo 221 d. (2005 m.) iki 306 d. (2006 m.) ir pasiekė lovos užimtumo infekcinių ligoninių ar užkrečiamųjų ligų skyrių ligoninėse rekomenduojamus normatyvus (3 lentelė). Aktyviojo gydymo paslaugų apimtis 2006-2008 m. kasmet mažėjo vidutiniškai 4,7 proc. ir atitiko antrojo restrukturizavimo etapo siekinius (siekiamybė 3-5 proc.), kai šalyje šis rodiklis, atvirkščiai, padidėjo 1,8 procento [6].

Taikydami autorių Lietuvos stacionarinės sveikatos priežiūros įstaigoms pritaikytą Pabon Lasso H., Barnum

H. ir Kutzin J. ligoninių vertinimo metodiką [13], pagrįstą vienmomentine dviejų stacionarinės veiklos rodiklių analize, kai vertinamas stacionarų lovų apyvartos ir lovų užimtumo poveikis bei VGT rodikliai, stebime veiklos optimizavimo šuolį 2004-2006 metais: siekiamą infekcinių ligoninių lovų užimtumą, didelę jų apyvartą. 2006-2015 metų infekcinių ligų stacionaro veikla taip pat interpretuojama kaip pakankamai gera, nes veiklos rodikliai (didelis lovos užimtumas, didelė apyvarta, trumpa gydymo trukmė) ir jų tendencijos patenka į veiksmingai dirbančių infekcinių ligų ligoninių vertinimo sektorių (III sektorius, 1 ir 5 pav.).

Bendras vidutinis metinis TB

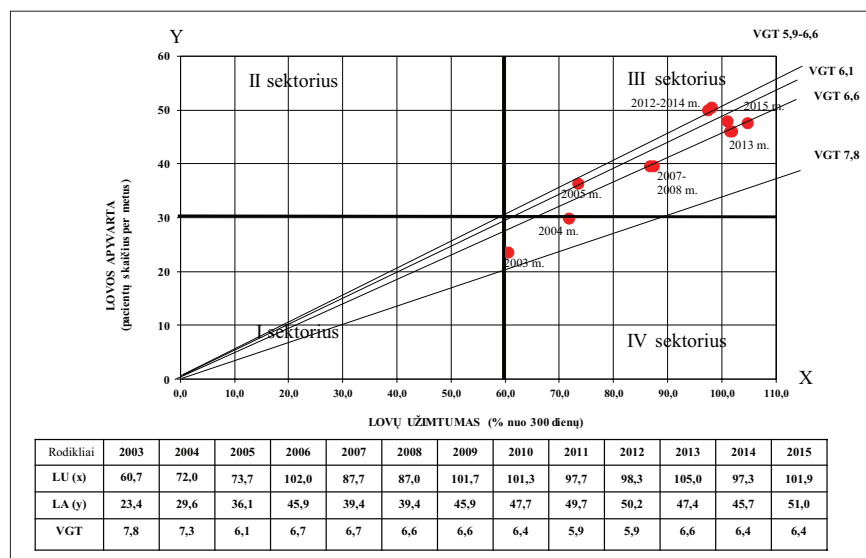
lovų skaičius, ligoninių sujungimo metu buvęs 301(2003 m.), 2004 m. sumažintas iki 230 (4 lentelė). Bendras TB lovų užimtumo rodiklis per vienerius metus padidėjo nuo 275 (2003 m.) iki 361 dienos (2004 m.).

Tuberkuliozės lovų fondo naudojimo rodiklių analizės duomenimis, 2003 m. TB lovų fondas buvo panaudotas 85,9 proc., o 2004 m. – 112,8 proc. (skaičiuojant 320 dienų per metus). Lovo apyvarta atitinkamai buvo 6,6 ir 6,3.

Mokslinė lyginamoji iki sujungimo veikusių TB ligoninių (1994-2003 m.) ir RTIUL TB stacionarų (2004-2005 m.) veiklos rodiklių analizė [11] parodė didelį sergančiųjų neinfekcinėmis ligomis hospitalizacijos į TB ligonines maštą. Nustatyta ryški perteklinė hospitalizacija dėl navikų ir įvairių terapijos profilio kvėpavimo sistemos bei kitų ligų (1994 m. – 53,4 %) 2004 m. siekė 70 proc. [11]. Tyrėjai, priėję prieš šios išvados, rekomendavo perteklinio terapinio profilio pacientų srauto į TB ligonines mažinimo priemones: gerinti ikihospitalinę priežiūrą, plėsti ambulatorines konsultacijas, vidaus struktūrą pagrįsti funkciniu principu (kai kiekvienas organizacinis vienetas yra atsakingas už savo veiklos veiksmingumą).

Pagrindiniai TB stacionarų veiklos rodikliai 2003-2015 metais parodyti 4 lentelėje.

TB stacionarų veiklos veiksming-



5 pav. Veiklos veiksmingumo pokyčiai infekcinių ligų stacionare 2003-2015 m.

4 lentelė. TB stacionarų 2003-2015 metų lovų fondo valdymo kokybės rodikliai

Metai	Vidutinis metinis lovų skaičius	Išrašytų pacientų skaičius	Lovų užimtumas			VGT dieno-mis	Lovo apyvarta
			dieno-mis	proc. nuo			
				365 dienų	320 dienų		
2003	301	1999	275	75,3	85,9	41,4	6,6
2004	230	1447	361	98,9	112,8	57,4	6,3
2005	230	1312	332	91,0	103,8	58,1	5,7
2006	230	1304	349	95,6	109,1	61,6	5,7
2007	230	1299	290	79,5	90,6	51,3	5,6
2008	230	1145	299	81,9	93,4	60,0	5,0
2009	230	1061	295	80,8	92,2	64,0	4,6
2010	230	1047	305	83,6	95,3	67,0	4,6
2011	230	1028	342	93,7	106,9	76,4	4,5
2012	232	1115	329	90,1	102,8	68,5	4,8
2013	195	946	348	95,3	108,8	71,7	4,9
2014	187	804	291	79,7	90,9	67,6	4,3
2015	170	738	307	84,1	95,9	70,6	4,3



gumo pokyčiai 2003–2015 m. parodyti 6 pav. Grafike stebime TB stacionarų veiklos rodiklių (didelis lovų užimtumas, maža apyvarta, ilgas gydymo laikas) gerėjimą nuo 2003 metų ir jų atitikimą veiksmingai dirbančių TB ligoninių vertinimo sektorių (IV sektorius, 1 ir 6 pav.). Pasiektas TB lovų užimtumas (300–320 dienų) ir vidutinė gydymo trukmė (48 dienos), atitinkanti reštruktūrizavimo strategijos siekinius.

Optimizuojant sveikatos priežiūros įstaigų tinklą III reštruktūrizavimo etape (2009–2012 m.), penki ligoninės lovų fondo panaudojimo rodikliai (pacientų skaičius, vidutinis metinis lovų skaičius, lovos užimtumas, vidutinė gydymo trukmė, lovos apyvarta) atitiko reštruktūrizavimo strategijos siekinius ir buvo tinkami ligoninės integracijai į daugiaprofilinę Vilniaus universiteto ligoninę Santariškių klinikas.

**Valdymo sprendimų įtaka ligoninės raidai.** Strateginiam jungtinės ligoninės valdymo sprendimui priskirtinas kokybės vadybos sistemos įdiegimas. Organizacijos požiūriu į kokybę raidoje išskiriami penki pagrindiniai etapai, ISO 9000 standartų serijoje apibrėžiami kaip vadybos sistemos brandos lygmenys. Patirtis rodo, jog tai yra patikimas organizacijos veiklos vertinimo matas [2]. Vadybos sistemos brandos lygmens tyrimo pagal Bendrojo vertinimo modelį 2006 ir 2012 m. rezultatai parodė, kad ligoninė valdo visus devynis Europos kokybės vadybos fondo verslo tobulumo modelio<sup>1</sup> veiksmus [12]. Respondentų, 2006 m. atstovavusių generalinei ligoninės darbuotojų visumai,

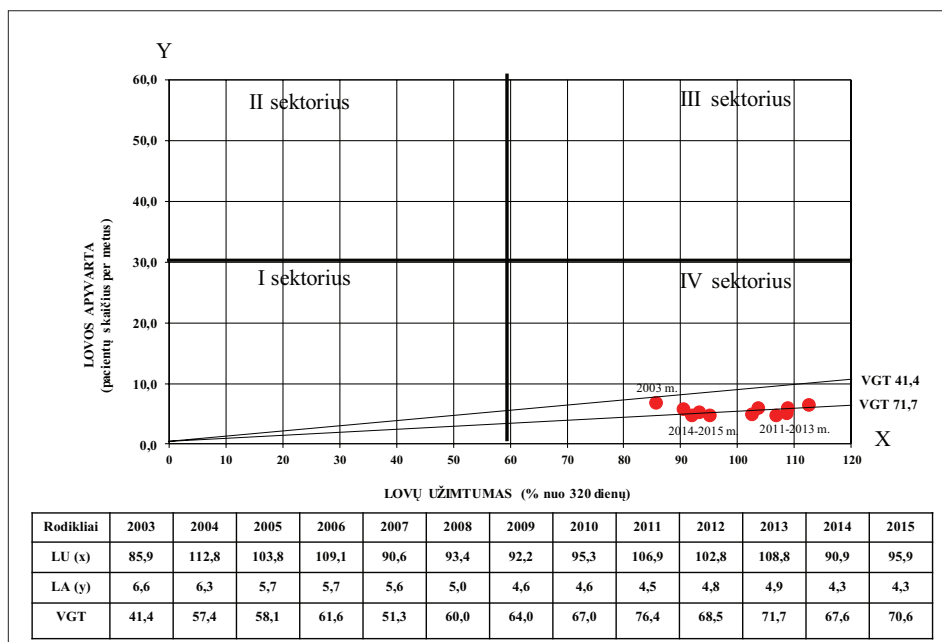
vidutinis balų skaičius iš 1000 galimų buvo 437,47 (43,75 %), o 2012 m. ligoninės, veikiančios Santariškių klinikų sudėtyje, šis skaičius gerokai padidėjo ir sudarė 562,13 balo (56,21 proc.).

Valdymo sprendimas sujungtųjų TB ligoninių bazėje įsteigti 3 TB (suaugusiųjų TB – 2, atspariosios TB – 1) gydymo stacionarus, atitinkančius hospitalizacijos profilį, laikytinas TB ligoninių veiklos optimizavimo ir valdymo modernizavimo pradžia. Perteklinės hospitalizacijos į TB stacionarus, susijusios su TB diagnostika (cištinė fibrozė su plaučių simptomais, plaučių sarkoidozė, kraujavimas iš plaučių ir kitos), kontrolė dar pirmajame reštruktūrizavimo etape padėjo sumažinti stacionarinių paslaugų apimtį: 2005 m. hospitalizacija dėl TB sudarė 98 procentus [13].

Autorių kolektyvas, atlikę Lietuvoje ir Didžiojoje Britanijoje vienodai klasifikuojamos ligos diagnostikai ir gydymui parengtų profesinių standartų konkurencinį sugretinimą, pastebėjo, jog „...nuo to, kaip reglamentuojamas gydytojo darbas, priklauso ne tik paslaugos kokybė, bet ir kitų organizacinių, teisinių, ekonominių problemų sprendimas“ [14]. Šalies maštu išnagrinėję medicinos profesinių diagnostikos ir gydymo standartų kokybės [15] ir jų privalomumo gydytojui problemą, tyrėjai nustatė, kad medicinos standarto rekomendacijų privalomumo pagrindas yra jų mokslinis pagrįstumas [16], todėl buvo atliktas ILTL gydytojų požiūriu į mokslinių rekomendacijų taikymo privalomumą tyrimas [17]. Tyrimo rezultatai paneigė Lietuvoje paplitusią nuomonę, kad gydytojų kvalifikacijos atitikimą

šiuolaikiniam mokslui užtikrina dalyvavimas gydytojų konferencijose. Priimtas valdymo sprendimas – išsiaiškinti informacijos spragų priežastis ir pagerinti žinių vadybą, užtikrinančią realias naujų medicinos mokslo žinių perėmimo galimybes.

<sup>1</sup> Europos kokybės vadybos fondo verslo tobulumo (*Business Excellence*) modelis pirmą kartą buvo pristatytas 1991 metais kaip metodas, kurio pagalba įmonės, o vėliau ir valstybinės, ir viešosios organizacijos galėtų įvertinti savo vadybos lygį. 1992 metais pagal šį metodą buvo įteikti pirmieji Europos kokybės prizai (*European Quality Awards*), o vėliau daugelyje Europos šalių kasmet organizuojami tokio pobūdžio konkursai, kai renkamos geriausios vadybinių požiūriu organizacijos.



6 pav. Veiklos veiksmingumo pokyčiai tuberkuliozės stacionaruose 2003–2015 m.

Atlikta mokslinė slaugos proceso rezultatyvumo vertinimo analizė [18], išbandant mūsų slaugai pritaikytą Europos gyvenimo kokybės modelį EQ-5D. Iširtos šio modelio galimybės vertinti slaugos rezultatyvumą skirtingoje klinikinėje aplinkoje [19]. Tyrimo duomenys parodė 5-ių gyvybinės veiklos parametrų, priklausomų nuo slaugos kokybės, pokyčius. Modelio taikymas, įgalinęs nesunkiai sužinoti slaugos rezultatus bet kuriame paciento slaugos tarpsnyje, teikė pagrindą patikimai nušatyti slaugos proceso gerinimo veiksmus. Šią kokybės vadybos priemonę naudoja ligoninės slaugytojai, matuodami sunkios būklės pacientų slaugos rezultatus per laiko vieneta.

Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme įtvirtintų nuostatų laikymasis, mokslu pagrįstų medicinos profesinių standartų taikymas, naudojimas pagrįstos gydytojo nuožiūros ir klinikinio sprendimo priėmimo laisvės (diskrecijos) teise, darbuotojų atsakomybės delegavimas, vadybos standartų naudojimas, slaugos rezultatų matavimas, darbuotojų ugdymo priemonės, vidaus audita ir jų rekomendacijų vykdymo kontrolė padeda siekti veiklos efektyvumo, paslaugų kokybės ir išvengti teisinių ginčų. Pacientų skundai tiriami audito priemonėmis, o turintys piktnaudžiavimo teise sudėtį, paviešinami [20].

Vadovų veiklos indėlis, aprėpiantis lyderystę, organizacijos strategiją, vadovybės įsipareigojimus, kokybės politiką, pareigas, atsakomybę ir įgaliojimus, nušatytas atliekant vadovavimo kokybės tyrimus, turinčius ugdomąją ir apibendrinančiąją funkcijas. Tam tikslui ligoninės sąlygoms pritaikytas Europos kokybės vadybos fondo verslo tobulumo (EFQM) modelis [21]. Darbuotojų apklausos būdu tirta, kaip aukščiausiojo lygmens vadovai kuria ligoninės viziją ir į ją orientuojasi, formuodami vertybių skalę; kaip savo veiksmis ir elgsena siekia įgyvendinti organizacijos misiją; ar nušatė strateginius tikslus, jų vertinimo kriterijus ir matavimo rodiklius; ar užtikrino vadybos sistemų taikymo naudos suvokimą, kiekvieno darbuotojo veiklos tinkamumą bei svarbą, ar sudarė galimybes prisidėti prie kokybės tikslų pasiekimo. Aiškintasi, kaip vadovai ir padalinių vedėjai bendrauja tarpusavyje, su pacientais, darbuotojais, suinteresuotosiomis šalimis bei patys laikosi deklaruojamų principų. Mažiau reikšmingomis laikytos jų darbais nepagrįstos kalbos arba rašytiniai dokumentai.

360 laipsnių grįžtamojo ryšio tyrimas teikė kitokias vadovų kompetencijos vertinimo galimybes. Atlikta veiklos apžvalga ratu arba 360 laipsnių kampu, siekiant gauti kuo daugiau informacijos apie tiriamojo veiklos veiksmingumą. Skirtingai negu EFQM, 360 laipsnių tyrimo modelyje į vadovų kompetencijos vertinimą buvo integruoti plačios paskirties gebėjimai, paremti asmeninėmis savybėmis. Šie gebėjimai suformuluoti kaip 8 vadovų kompetencijos di-

mensijos, tokios kaip lyderystė, bendravimas, užduočių vykdymas, veiksmingumas, darbuotojų ugdymas, asmeninis tobulėjimas. Papildomai matuojama 18 įgūdžių grupių ir 72 elgsenos pavyzdžiai. Įsivertinę savo veiklą 360 laipsnių kampu, ligoninės vadovai gavo visapusę informaciją apie vadovavimo kokybę bei ugdymosi rekomendacijas. Tyrimo rezultatai parodė, kad sujungtų ligoninių klinikinių ir palaikomųjų procesų vyksmo gerinimui lemiamos įtakos turėjo lyderystės, naujos vadovavimo kultūros ir darbuotojų kompetencijos sąsajos [21].

Nušatyta, kad naujosios viešosios vadybos modelio, pirmiausia, kokybės standartų ir kontrolės diegimas viešojo administravimo subjekte, išreikštas ligoninės kokybės politikoje, kokybės tikslų užsibrėžimas, valdymo sprendimai, medicinos profesinių standartų taikymas, turėjo įtakos pozityviems pokyčiams: 2004-2005 metais veiksmingiau, negu iki sujungimo, pradėtas naudoti sumažintas (nuo 351 iki 230 vnt.) lovų fondas. Lovos užimtumas padidėjo nuo 275 iki 332 dienų, lovos apyvarta padidėjo nuo 6,0 iki 6,2, vidutinė gydymosi stacionare trukmė padidėjo nuo 42 iki 54 dienų. Stacionariųjų paslaugų apimtis sumažėjo 61,7 procento. Mokslinės publikacijos autoriai, išnagrinėję pagrindinių tuberkuliozės ligoninės našumo rodiklių kaitą 1994-2005 metais, pastebėjo, kad „centralizacijos principu pagrįstas valdymas sumažino bendrąsias išlaidas ir pareikalavo kur kas didesnių valdymo gebėjimų, tačiau neapribojo ir nesumenkino iki sujungimo veikusių ligoninių darbuotojų intelektualinių galimybių“ [11].

### Rezultatų aptarimas

Ligoninių sujungimas interesų ir priklausomybės ryšiais lėmė veiksmingą jų vadovų bendradarbiavimą, įgalino sukurti ir įgyvendinti kokybės siekinio sistemą pagal Europos Sąjungos kokybės standartus. Kokybės vadybos brandos lygmens tyrimo rezultatai parodė, kad ligoninėje pasiektas trečiasis vadybos brandos lygmuo – įdiegta procesais pagrįsta kokybės vadybos sistema ir pasiektas sisteminio gerinimo etapas. ILTL įsivertinimo rezultatus (56 proc. nuo galimo vertinimo) sugretinę su Europos Sąjungos organizacijų įsivertinimo rodikliais, pastebėjome, kad daugelio organizacijų rezultatai atitinka tik 20 proc. galimo vertinimo. Labai gerų organizacijų įsivertinimas yra 50 proc., o pasaulinio lygio gali siekti 75 procentus. Yra duomenų apie kokybės tikslų atitiktį ir vadybos sistemos gerinimą. Problemos neslepamos, aptariamoms su vadovais ir organizuojamas jų komandinis sprendimas. Darbuotojų įtraukimas į kokybės sąjūdį, kokybės politikos formavimas, kokybės tikslų siekimas, profesinių diagnostikos ir gydymo standartų taikymas dar 2004-2006 m. įgalino optimizuoti lovų fondą, esant aukštiems faktiniams šio fondo panaudojimo rodikliams.

Mokslinė retrospektyvinė 1994-2003 m. laikotarpiu veikusių TB ir infekcinių ligų ligoninių veiklos analizė ir pagrindinių veiklos rodiklių prognozavimas [10], aukščiausio lygio vadovų lyderystė, pasirengimas taikyti viešosios vadybos modelius, strateginis mąstymas buvo pagrindas priimti šiuos esminius mokslinio tyrimo išvadamis ir faktais pagrįstus sprendimus, orientuotus į restrukūrizavimo strategijos siekinius ir ilgalaikę sėkmę:

a) sujungtų ligoninių bazėje įsteigti profiliuotus tuberkuliozės ir infekcinių ligų gydymo stacionarus; b) mažinti perteklinę hospitalizaciją, į profiliuotus stacionarus priimant tik lovų profilį atitinkančius pacientų srautus; c) mažinti perteklinius materialiuosius ir žmogiškuosius išteklius; d) gerinti palaikomojus procesus (atnaujinti Santariškių TB stacionaro pastatą, pastatyti priestatą ir sukurti infrastruktūrą, tinkamą visų ligoninės padalinių veiklai); e) ugdyti vadybos sistemų taikymo naudos suvokimą; f) prognozuoti, kontroliuoti ir vertinti pagrindinius lovų fondo panaudojimo rodiklius; g) gerinti klinikinį procesus (valdyti klinikinę riziką, išsiaiškinti medicinos darbuotojų informacijos spragų priežastis, sudaryti naujų medicinos mokslo žinių perėmimo galimybes); h) matuoti slaugymo rezultatus, vertinti slaugos veiksmingumą.

Šių sprendimų priėmimas ir vykdymo palaikymas padėjo iš esmės pertvarkyti ligoninės organizacinę struktūrą, racionaliau naudoti išteklius, gerinti diferencinę diagnostiką ir atranką į specializuotus stacionarus bei išrašymo iš ligoninės parametru atitiktį. Ligoninės veiklos palaikymo išteklių 2003 ir 2015 metais sugretinimas parodė, kad bendrasis patalpų plotas 1 lovai per lyginamąjį laikotarpį padidėjo 55 proc. (iki 67,8 kv. m). Europoje rekomenduojamas lygis – apie 100 kv. m lovai [8]. Darbuotojų skaičius sumažintas 37,7 proc. (iš jų 15,5 proc. medicinos darbuotojai). Slaugytojų ir praktikuojančių gydytojų ir santykis ligoninėje (1,24) artėja prie bendrojo Lietuvos įstaigų slaugytojų ir gydytojų santykio (1,84).

Nustatyta pagrindinių veiklos rodiklių atitiktis restrukūrizavimo strategijos siekinius: a) bendrasis lovų skaičius, 2003 metais buvęs 373 (1 lentelė), atsisakius sergančiųjų neinfekcinėmis ligomis hospitalizacijos, laipsniškai iki 2006 m. sumažėjo 23,6 procento (55 lovos infekcinių ligų ir 230 lovų TB stacionaruose. Mažėjimo tendencija išlieka; b) lovų užimtumas, 2003 metais infekcinių ligų stacionare buvęs 61 proc. nuo 300 dienų, 2006 m. pasiekė 102,0 proc.; TB stacionare 2003 metais buvęs 86 proc. nuo 320 dienų, 2006 m. pasiekė 109 proc. ir atitiko siekiamuosius veiksmingai veikiančių ligoninių rezultatus; lovų užimtumas, 2006 m. pasiekęs 85-90 proc., buvo vienas iš pirmųjų palankių praktinių Vilniaus m. TB ligoninių restrukūrizavimo rezultatų (6 pav.); c) vidutinė gydymo

trukmė 2003-2006 m. laikotarpiu infekcinių ligų stacionare sumažėjo 1,7 dienos (nuo 7,8 iki 6,1 dienos) ir atitiko restrukūrizavimo strategijoje rekomenduojamą terapinio profilio paslaugų normatyvą (7 dienos infekcinių lovų profiliui); TB stacionare vidutinė gydymo trukmė 2003-2006 m. padidėjo iki 16,7 dienų (41,4 d. 2003 m.; 58,1 d. 2006 m.), t. y. vidutiniškai 10 dienų ilgiau (dėl išplitusios TB formų gydymo ir gausaus TB mikobakterijų augimo), negu 48 dienų siekiamybė; d) aktyviojo gydymo paslaugų apimtis 2006 – 2008 m. vidutiniškai siekė 4,8 procento ir atitiko strategijoje siekiamąjį lygį (3-5 proc.).

Ligoninės integracija į VUL SK struktūrą atitiko sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restrukūrizavimo trečiojo etapo programos nuostatas [22].

### Išvados

1. Ligoninės infrastruktūros išteklių sugretinimas parodė, kad 2003-2015 m. laikotarpiu bendrasis patalpų plotas 1 lovai padidėjo 55 procentais. Praktikuojančių slaugytojų ir gydytojų santykio vidurkis (1,24) artėja prie bendrojo Lietuvos įstaigų slaugytojų ir gydytojų santykio (1,84). Sugretintas su kitomis šalimis, šis rodiklis vis dar yra per mažas.

2. Absoliuti dauguma stacionaro veiklos rodiklių įgavo teigiamą pokytį, parodantį, jog ligoninės veikla tapo veiksmingesnė.

3. Valdymo sprendimai, orientuoti į sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restrukūrizavimo proceso nuostatas, lėmė pagrindinių stacionarinės veiklos rodiklių (bendrasis lovų skaičius, lovų užimtumas, vidutinė gydymo trukmė, aktyviojo gydymo paslaugų apimtis) atitikimą šios strategijos siekinius.

4. Sujungtų ligoninių raidos sėkmę užtikrinę strateginiai valdymo sprendimai, aprėpiantys kiekybinį ir kokybinį pagrindinės veiklos rodiklių vertinimą, kokybės politiką, kokybės tikslus, suderintus su ligoninės galimybėmis ir suinteresuotųjų šalių poreikiais, padėjo išvengti perteklinės hospitalizacijos, pagerino klinikinį procesų veiksmingumą, sumažino užsikrėtimo pavojų visuomenei.

### Literatūra

1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gruodžio 22 d. įsakymas V-754. Dėl Vilniaus ir Kauno apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restrukūrizavimo planų patvirtinimo. Valstybės žinios, 2004; 7-153; 32-1030; 177-6581; 2005; 16-510.
2. Šilys A. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės valdymas. Mokomoji knyga. Nacionalinis medicinos mokymų centras, 2012; 152. ISBN 978-609-8053-05-0.
3. Sveikatos priežiūros įstaigų restrukūrizavimo strategija. Lie-



- tuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimas 335. Valstybės žinios, 2003; 28-1147.
4. Pabon Lasso H. Evaluating hospital performance through simultaneous application of several indicators. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 1986; 20 (4): 57-341.
  5. Barnum H, Kutzin J. Public hospitals in developing countries: resource use, cost, financing. John Hopkins University press, Baltimore and London, 1993; 335. ISBN 0-8018-4532-7.
  6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 15 d. įsakymas V-810 Dėl Sveikatos sistemos plėtos ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų plano patvirtinimo.
  7. Health at a Glance 2015 OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 200 p. ISBN 978-92-64-24351-4 (PDF).
  8. Stauskis G., Streikus L., Saladis T. Developments in the Vilnius regional area network. Future vision of regional health care. University of Helsinki, 2006; 127-136. ISSN 9521029307.
  9. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. lapkričio 17 d. nutarimas 1647 Dėl atnaujinamo valstybės nekilnojamojo turto sąrašo patvirtinimo, [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=473622](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=473622), prisijungta 2015 10 01.
  10. Šilys A., Gurevičius R. Pagrindinių infekcinės ligoninės našumo rodiklių kaita 1994-2004 metais. *Visuomenės sveikata*, 2005; (3): 62-69. ISSN 1392-2696.
  11. Šilys A., Gurevičius R. Pagrindinių tuberkuliozės ligoninės našumo rodiklių kaita 1994-2005 metais. *Sveikatos mokslai*, 2007; 17(3):993-1000. ISSN 1392-6373.
  12. Šilys A., Gurevičius R. Visuotinės kokybės vadybos modeliai tuberkuliozės ir infekcinių ligų universitetinėje ligoninėje. *Medicinos teorija ir praktika*, 2008;14 (1): 60–70. ISSN 1392-1312.
  13. Šilys A. Specializuotos ligoninės veiklos ir našumo rodiklių kaita bei jų reguliavimo galimybės, taikant kokybės vadybos sistemos modelius: daktaro disertacija: biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (10 B). Vilniaus universitetas, 2008;155.
  14. Šilys A., Saladis T., Juštickis V., Gurevičius R. Diagnostikos ir gydymo standartų konkurencinis sugretinimas – šiuolaikinis būdas suvienodinti paslaugų kokybę ir galimybė tobulinti standartų kūrimą. *Higienos institutas. Visuomenės sveikata*, 2012; 1(56): 1-13.
  15. Juštickis V., Saladis T., Šilys A. Lietuvos ir Didžiosios Britanijos medicinos standartų palyginimas (Ūminių krūtinės skausmų diagnostikos ir gydymo standartų pavyzdžiu). *Sveikatos mokslai*, 2011; 21(7): 5-9. ISSN 1392-6373.
  16. Juštickis V., Aleksūnienė I., Šilys A., Maneikienė V. Profesinių diagnostinių ir gydymo standartų privalomumo gydytojui problema. *Mykolo Romerio universitetas. Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai*, 2014; 1(6): 157-176. ISSN 2029-3569.
  17. Šilys A., Juštickis V. Infekcinių ligų ir tuberkuliozės ligoninės gydytojų požiūris į mokslinių rekomendacijų taikymo privalomumą. *Sveikatos mokslai*, 2014; 4(24):122-128. ISSN 1392-6373.
  18. Prokurotas R., Šilys A., Čepulis R., Gurevičius R. Slaugos kokybės vertinimo modelis EQ-5D-SL ir jo taikymas ilgalaikio gydymo ligoninėje. *Higienos institutas. Visuomenės sveikata*, 2010; 3(50):46-57. ISSN 1392-2696.
  19. Šilys A., Gurevičius R., Rutkys BA., Guobužienė D. Modelio EQ-5D galimybės vertinti slaugos rezultatyvumą skirtingoje klinikinėje aplinkoje. *Medicinos teorija ir praktika*, 2010; 3(16):220-229. ISSN 1392-1312.
  20. Šilys A., Juštickis V. Piktnaudžiavimas teise medicininėse bylose. *Sveikatos mokslai*, 2015; 2(25):76-82. ISSN 1392-6373.
  21. Šilys A. Vadovavimo kokybės vertinimas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje: Europos verslo tobulumo modelio ir 360 laipsnių grįžtamojo ryšio tyrimo taikymo ypatybės. *Medicinos teorija ir praktika*, 2009; 2(15): 170–177. ISSN 1392-1312.
  22. Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimu 1654.

#### **IMPACT OF MANAGEMENT DECISIONS TO INFECTIOUS DISEASES AND TUBERCULOSIS HOSPITAL DEVELOPMENT**

**A. Šilys, R. Gurevičius**

Key words: the quality of management, management decisions, assessment of the activity, benefits of activity.

##### Summary

The article deals with creation of new type of specialized hospital, which is merged with similar hospitals according to the health care restructuring process model, the quality of leadership and its influence to development. The hospital performance evaluation is associated with the development of strategic-management, application of the new management tools, evaluation operational effectiveness.

The quality is seen in the evaluation of main hospital performance indicators (number of patients, beds, bed occupancy, bed turnover, the average duration of treatment) with accordance to objectives of Countries Healthcare Institutions Restructuring Strategy. Hospital executives focusing on the analysis of strategic decisions and influence the development since its establishment (2003), to the integration of the Vilnius University Hospital and later. The proposed assessment tools helped to evaluate process – oriented quality management and operational effectiveness.

Correspondence to: arvydas.silys@iltl.lt

Gauta 2016-02-04