

2023 M. BALANDŽIO 17 D.

2014-2020 m. ES fondų investicijų sveikatos srityje poveikio vertinimas

GALUTINĖ ATASKAITA



LIETUVOS RESPUBLIKOS
SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJA



Kuriame
Lietuvos ateitį

2014–2020 metų
Europos Sąjungos
fondų investicijų
veiksmų programa

Paslaugų pirkimo sutartis yra bendrai finansuojama iš Europos socialinio fondo ir Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto lėšų pagal 2014-2020 metų Europos Sąjungos fondų investicijų veiksmų programos 12 prioriteto „Techninė parama, skirta informuoti apie veiksmų programą ir jai vertinti“ priemonę Nr. 12.0.2-CPVA-V-203 „ES fondų investicijų vertinimas“.

Sutarties informacija:
2014–2020 m. ES fondų investicijų sveikatos srityje poveikio
vertinimo paslaugų pirkimo sutartis Nr. S-201,
sudaryta 2022 m. rugpjūčio 18 d. tarp Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos ir
UAB „BGI Consulting“

Perkančioji organizacija:
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija

Paslaugų teikėjas:
UAB „BGI Consulting“

Dėl detalesnės informacijos apie tyrimų studiją kreiptis:

Jonas Jatkauskas
UAB „BGI Consulting“ direktorius
Aukštaičių g. 7, LT-11341, Vilnius
Tel.: +370 696 79 852
El. p.: jonas@bgiconsulting.lt
www.bgiconsulting.lt

Vertinimo ataskaitą redagavo lietuvių kalbos redaktorė

Tyrimų komandos nuomonė nebūtinai sutampa su Perkančiosios organizacijos nuomone

TURINYS

TURINYS	2
LENTELIŲ SĄRAŠAS	4
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS	5
NAUDOJAMOS SĄVOKOS IR SANTRUMPOS	6
ĮVADAS	8
1. VERTINIMO METODIKA	9
1.1 VERTINIMO POŽIŪRIS	9
1.2 VERTINIMO OBJEKTAS	10
1.3. VERTINIMO METODAI	16
2. SVEIKATOS APSAUGOS SEKTORIAUS RAIDA ANALIZUOJAMU LAIKOTARPIU	20
3. SUPLANUOTOS IR ĮGYVENDINTOS INTERVENCIJOS	26
3.1. ANALIZUOJAMOSE SVEIKATOS APSAUGOS KRYPTYSE TAIKYTA INTERVENCIJŲ LOGIKA IR INTERVENCIJŲ SUDERINAMUMAS	26
3.2. INTERVENCIJŲ TINKAMUMAS IR PAKANKAMUMAS	39
3.2.1. PRIEINAMUMO DIDINIMAS TERITORINIU ASPEKTU	39
3.2.2. PASLAUGŲ KOKYBĖS IR ĮVAIROVĖS GERINIMAS	43
3.2.3. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR SUSIJUSIŲ PASLAUGŲ PLĖTROS POTENCIALAS	47
3.2.4. INTERVENCIJŲ TINKAMUMAS IR PAKANKAMUMAS PROJEKTŲ LYGIU	50
3.3. PAGAL KITUS VP PRIORITETUS ĮGYVENDINAMOS PRIEMONĖS	51
4. INTERVENCIJŲ ĮGYVENDINIMAS	55
4.1 PROJEKTŲ ĮGYVENDINIMAS IR ADMINISTRAVIMAS	55
4.2 EFEKTYVUMAS PRIEMONIŲ LYGIU	58
5. INTERVENCIJŲ TĚSTINUMAS IR POVEIKIS	62
5.1. SUKURTŲ PRODUKTŲ IR REZULTATŲ TĚSTINUMAS	62
5.2. POVEIKIS KONTEKSTO RODIKLIAMS	66
5.3. POVEIKIS „EUROPA 2020“ TIKSLŲ SIEKIMUI	75
6. VERTINIMO IŠVADOS PAGAL VERTINIMO KLAUSIMUS	79
7. REKOMENDACIJOS IR STRATEGINIAI SIŪLYMAI	90

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 LENTELĖ. VP PRIEMONIŲ IR SVEIKATOS APSAUGOS KRYPČIŲ SAŠAJA	13
2 LENTELĖ. KAITOS TEORIJOS SCHEMA	17
3 LENTELĖ. PROJEKTŲ VYKDYTOJŲ APKLAUSOS RESPONDENTŲ PASISKIRSTYMAS PAGAL SVEIKATOS APSAUGOS KRYPTIS.....	17
4 LENTELĖ. INTERVIU RESPONDENTŲ PASISKIRSTYMAS PAGAL VP PRIEMONES	18
5 LENTELĖ. GYVENTOJŲ SVEIKATOS RODIKLIAI (LIETUVA IR ES-27 VIDURKIS)	20
6 LENTELĖ. VP 8.1.3, 8.4.2 IR 13.1.1 UŽDAVINIŲ PRIEMONIŲ PRISIDĖJIMAS PRIE 2014–2020 M. INVESTICINIO LAIKOTARPIO PRADŽIOJE IDENTIFIKUOTŲ PROBLEMŲ SPRENDIMO PAGAL KIEKVIENĄ AKTUALIĄ SVEIKATOS APSAUGOS KRYPTĮ	37
7 LENTELĖ. KITOS VP PRIEMONĖS, PAGAL KURIAS ĮGYVENDINTI SVEIKATOS SEKTORIUI AKTUALŪS PROJEKTAI.....	51
8 LENTELĖ. SVEIKATOS SRITIES 2014–2020 M. INTERVENCIJŲ INDĖLIS SIEKIANT DIDESNIO GYVENTOJŲ UŽIMTUMO LYGIO	76
9 LENTELĖ. SVEIKATOS SRITIES 2014–2020 M. INTERVENCIJŲ INDĖLIS MAŽINANT SOCIALINĘ ATSKIRTĮ	77
10 LENTELĖ. SVEIKATOS SRITIES 2014–2020 M. INTERVENCIJŲ INDĖLIS DIDINANT MTEPI IR SKAITMENINIŲ PASLAUGŲ PLĖTRĄ.....	78
10 LENTELĖ. VERTINIMO IŠVADOS PAGAL VERTINIMO KLAUSIMUS.....	79
11 LENTELĖ. VERTINIMO REKOMENDACIJOS IR STRATEGINIAI SIŪLYMAI	90

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 PAVEIKSLAS. VP 3.1.2, 8.4.2 IR 13.1.1 UŽDAVINIAMS SKIRTŲ LĖŠŲ PASISKIRSTYMAS SKIRTINGŲ TIPŲ INTERVENCIJOMS	14
2 PAVEIKSLAS. PAGAL VP 3.1.2, 8.4.2 IR 13.1.1 UŽDAVINIŲ PRIEMONES ĮSIGYTOS LABORATORINĖS IR MEDICININĖS ĮRANGOS PASISKIRSTYMAS PAGAL ĮSTAIGAS	15
3 PAVEIKSLAS. INDIKATYVUS VP 3.1.2, 8.4.2 IR 13.1.1 UŽDAVINIŲ ĮGYVENDINIMUI SKIRTŲ LĖŠŲ (IŠ VISŲ FINANSAVIMO ŠALTINIŲ) PASISKIRSTYMAS PAGAL ANALIZUOJAMAS SVEIKATOS APSAUGOS KRYPTIS	15
4 PAVEIKSLAS. ANALIZUOJAMI PROBLEMŲ, JŲ PRIEŽASČIŲ (PAGEIDAUJAMĄ REZULTATĄ RIBOJANČIŲ VEIKSNIŲ) IR INTERVENCIJŲ TIPAI	16
5 PAVEIKSLAS. PROJEKTŲ ĮGYVENDINIMO METU KILĘ SUNKUMAI PROC. (N=144)	56
6 PAVEIKSLAS. SUKURTŲ PRODUKTŲ IR REZULTATŲ NAUDOJIMAS PROC.....	62
7 PAVEIKSLAS. SĄLYGOS, BŪTINOS UŽTIKRINTI TOLIMESNĮ PROJEKTŲ METU SUKURTŲ PRODUKTŲ IR REZULTATŲ NAUDOJIMĄ, PROC. (N=144)	64
8 PAVEIKSLAS. STANDARTIZUOTAS 0–64 M. AMŽIAUS GYVENTOJŲ MIRTINGUMAS NUO KRAUJOTAKOS SISTEMOS LIGŲ (I00–I99) TIKSLINIŲ TERITORIJŲ SAVIVALDYBĖSE 100 TŪKST. GYV.	67
9 PAVEIKSLAS. STANDARTIZUOTAS 0–64 M. AMŽIAUS GYVENTOJŲ MIRTINGUMAS NUO CEREBROVASKULINIŲ LIGŲ (I60–I69) TIKSLINIŲ TERITORIJŲ SAVIVALDYBĖSE, 100 000 GYV.....	69
10 PAVEIKSLAS. STANDARTIZUOTAS 0–64 M. AMŽIAUS GYVENTOJŲ MIRTINGUMAS NUO PIKTYBINIŲ NAVIKŲ (C00–C96) TIKSLINIŲ TERITORIJŲ SAVIVALDYBĖSE 100 000 GYV.....	70
11 PAVEIKSLAS. STANDARTIZUOTAS 0–64 M. AMŽIAUS GYVENTOJŲ MIRTINGUMAS DĖL IŠORINIŲ PRIEŽASČIŲ (V00–Y89) 100 000 GYV. TIKSLINIŲ TERITORIJŲ SAVIVALDYBĖSE.....	72
12 PAVEIKSLAS. APSILANKYMŲ PAS GYDYTOJUS SKAIČIAUS, TENKANČIO VIENAM GYVENTOJUI, SKIRTUMAS TARP MIESTŲ IR RAJONŲ SAVIVALDYBIŲ GYVENTOJŲ (2013–2021 M.).....	73

NAUDOJAMOS SĄVOKOS IR SANTRUMPOS

ASPI	Asmens sveikatos priežiūros įstaiga (-os)
Bandomasis projektas	Praktinio išbandymo projektas, kurio metu realiomis sąlygomis išbandomas konkretaus paslaugų teikimo modelio veikimas (teikiamos paslaugos tikslinėms grupėms ir pan.) (<i>angl. Pilot project</i>)
BVP	Bendrasis vidaus produktas
CPVA	VšĮ Centrinė projektų valdymo agentūra
DOTS	Tiesiogiai stebimas trumpo gydymo kursas (tuberkuliozė)
EBPO	Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija
EK	Europos Komisija
ES	Europos Sąjunga
ES fondų investicijos	Jeigu nenurodyta kitaip, apima finansavimą iš visų finansavimo šaltinių bendrai (ES fondų, Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto ir kitų finansavimo šaltinių)
ESF	Europos socialinis fondas
ESFA	VšĮ Europos socialinio fondo agentūra
ESPBI IS	Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema
GMP	Greitoji medicinos pagalba
HI	Higienos institutas
Investicinis laikotarpis	Jeigu nenurodyta kitaip, 2014–2020 metų Europos Sąjungos fondų investicijų veiksmų programos įgyvendinimo laikotarpis
IS	Informacinė sistema
IT	Informacinės technologijos
LR	Lietuvos Respublikos
LSMU	Lietuvos sveikatos mokslų universitetas
MTEPI	Moksliniai tyrimai, eksperimentinė plėtra ir inovacijos
NPP	Nacionalinės pažangos programa
NVO	Nevyriausybinių organizacijų (-os)
PFSA	Projektų finansavimo sąlygų aprašas
PSO	Pasaulio sveikatos organizacija
React-EU	Sanglaudos ir Europos teritorijų atkūrimo pagalba
SAM	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija

SAM planavimo dokumentai	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtinti Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų planas, Nacionalinė vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 m. programa ir Sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų planas
SFMIS	2014–2020 m. Europos Sąjungos struktūrinių fondų informacinės sistemos posistemis (SFMIS 2014), kuriame kaupiami projektų duomenys
SPP	Sveikatos priežiūros paslaugos
TB	Tuberkuliozė
Tikslinių teritorijų savivaldybės	Šalies savivaldybės, kuriose 2007–2011 (2012) m. laikotarpiu standartizuotas mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų arba cerebrovaskulinių ligų arba piktybinių navikų arba išorinių mirties priežasčių nustatytu dydžiu viršijo Lietuvos vidurkį (pagal SAM planavimo dokumentus)
TS	Techninė specifikacija
UAB	Uždaroji akcinė bendrovė
VDA	Valstybės duomenų agentūra
VK	Vertinimo klausimas
VNT	Vienetai
VP	2014–2020 metų Europos Sąjungos fondų investicijų veiksmų programa
VSPĮ	Visuomenės sveikatos priežiūros įstaiga (-os)
VŠĮ	Viešoji įstaiga
VU	Vilniaus universitetas

ĮVADAS

2014–2020 m. ES fondų investicijų sveikatos srityje poveikio vertinimas atliktas įgyvendinant 2022 m. rugpjūčio 18 d. sudarytą sutartį Nr. S-201 tarp Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos ir UAB „BGI Consulting“.

Vertinimo tikslas – nustatyti pagal Veiksmų programos (toliau – VP) 8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ 8.1.3 uždavinio ir 8.4.2 uždavinio priemonės įgyvendinamų intervencijų poveikį, pateikiant įrodymus, kokius pokyčius lėmė investicijos ir kaip prisidėjo prie Veiksmų programoje nustatytų tikslų įgyvendinimo.

Vertinimo uždaviniai:

1. Įvertinti 2014–2020 m. ES fondų investicijų veiksmų programos 8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ 8.1.3 uždavinio ir 8.4.2 uždavinio rezultatyvumą, pakankamumą, tinkamumą, suderinamumą ir poveikį;
2. Įvertinti kitų 2014–2020 m. ES fondų investicijų veiksmų programos prioritetų lėšomis įgyvendintų specifinių priemonių ir intervencijų suderinamumą, tikėtiną poveikį bei prisidėjimą prie sveikatos sričiai aktualių probleminių klausimų sprendimo;
3. Įvertinti, ar ir kaip įgyvendinamos / įgyvendintos sveikatos apsaugos srities priemonės prisidėjo prie strategijos „Europa 2020“ tikslų.

Vertinimo klausimai, pateikti vertinimo techninėje užduotyje, ir pagal juos suformuluotos pagrindinės išvados pateikiami šios ataskaitos 6 skyriuje.

Pagrindiniame ataskaitos dokumente pateikiama apibendrinta išvadinė informacija pagal vertinimo uždaviniuose išvardintus kriterijus. Ten, kur aktualu, aptariamos VP priemonių grupės pagal išskirtas 9 sveikatos apsaugos kryptis, išskirtas 2014–2020 m. investicinio laikotarpio pradžioje patvirtintuose SAM planavimo dokumentuose.

Detali priemonių ir priemonių grupių lygmens analizė pateikiama 1–9 ataskaitos prieduose, kurių kiekvienas skirtas konkrečiai sveikatos apsaugos kryptčiai. Ši analizė rengta ir pateikiama naudojant vertinimo modelį, besiremiantį kaitos teorija, nuosekliai atskleidžiant kiekvienos priemonių grupės situaciją etapuose nuo konkrečių krypties problemų identifikavimo, VP veiklų suplanavimo iki projektų produktų sukūrimo bei jų poveikio pasireiškimo.

1. VERTINIMO METODIKA

Šiame skyriuje aptariami pagrindiniai naudoti metodai ir informacijos šaltiniai.

1.1 VERTINIMO POŽIŪRIS

Atliekant VP intervencijų sveikatos apsaugos sričiai poveikio vertinimą taikoma teorija grįsto vertinimo prieiga. Teorija grįstas poveikio vertinimas leidžia nustatyti, **kodėl, kaip, kam ir kokiomis sąlygomis intervencija kuria poveikį**. Ši vertinimo prieiga grindžiama priežastingumo samprata, kuria remiantis priežastinio ryšio tarp intervencijos ir stebimų padarinių egzistavimas teigiamas tada, kai galima pademonstruoti visus mechanizmus, kuriais intervencija lemia poveikį. Teorija grįstas poveikio vertinimas atliekamas remiantis **kaitos teorija** – lanksčiu priežastinių ryšių tarp įvairių intervencijos įgyvendinimo elementų nustatymo modeliu, kurio pagrindiniai elementai apima **galutinį tikslą** (pagrindinį pokytį, kurio yra siekiama ir į kurį yra orientuoti tarpiniai pokyčiai), **pokyčių strategiją** (tarpinių pokyčių, reikalingų įvykti, kad būtų pasiektas galutinis tikslas, seką) ir **prielaidas** (teorija ar įrodymais paremtą interpretaciją, identifikuojančią esminius priežastinius ryšius ir apibūdinančią būtinas sąlygas, kad pokyčiai įvyktų). Teorija grįsto vertinimo prieiga leidžia apjungti visus vertinimo metu naudojamus tyrimo metodus į vieningą visumą, leidžiančią įrodymais grįstą išvadų formavimą pagal nustatytus vertinimo kriterijus.

Siekiant įvertinti analizuojamų VP 8.1.3, 8.4.2 ir 13.1.1 uždavinių priemonių ir pavienių sveikatos apsaugos sričiai tiesiogiai svarbių projektų, įgyvendinamų pagal kitų VP uždavinių priemones, intervencijų poveikį, **pagal kaitos teorijos analizės schemą analizuojama kiekviena sveikatos apsaugos kryptis**, kuriai buvo suplanuotos ir skirtos VP investicijos, remiantis finansavimo laikotarpio pradžioje parengtais dokumentais¹:

- Tuberkuliozės bei ūmių infekcinių ir lėtinių kvėpavimo takų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo efektyvumo didinimo kryptis² (I)
- Priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos, gydymo bei socialinės integracijos didinimo kryptis³ (II)
- Traumų ir nelaimingų atsitikimų profilaktikos, neįgalumo ir mirtingumo nuo išorinių priežasčių mažinimo kryptis⁴ (III)
- Kraujotakos sistemos ligų mažinimo kryptis⁵ (IV)
- Galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo kryptis⁶ (V)
- Onkologinių ligų prevencijos ir efektyvaus gydymo užtikrinimo kryptis⁷ (VI)

¹ Šiame vertinime naudojami kryptių pavadinimai nėra identiški naudojamiems planavimo dokumentuose. Siekiant palengvinti šių pavadinimų naudojimą, vertinimo ataskaitos tekste jie sutrumpinti ir suvienodinti tarpusavyje, lyginant su originaliais dokumentais, tačiau pavadinimų raktiniai žodžiai ir kryptių turinys pilnai atitinka aktualius planavimo dokumentus.

² Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-815, 1 priedas

³ Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-815, 2 priedas

⁴ Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-815, 3 priedas

⁵ Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-815, 4 priedas

⁶ Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-815, 6 priedas

⁷ Nacionalinė vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 m. programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-81

- Efektyvios sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimo neįgaliesiems kryptis⁸ (VII)
- Vaikų sveikatos stiprinimo, ligų profilaktikos bei efektyvaus gydymo užtikrinimo kryptis⁹ (VIII)
- Sveiko senėjimo užtikrinimo kryptis¹⁰ (IX)

1.2 VERTINIMO OBJEKTAS

Vertinimo objektas – 34 VP priemonės, tiesiogiai prisidedančios prie 2014–2020 m. investiciniu laikotarpiu keltų sveikatos apsaugos sistemos tikslų.

26-ios VP priemonės, įgyvendinamos pagal VP 8.1.3, 8.4.2 ir 13.1.1¹¹ uždavinius ir administruojamos SAM:

- 08.1.3-CPVA-V-601 „Sveiko senėjimo paslaugų kokybės gerinimas“;
- 08.1.3-CPVA-V-603 „Galvos smegenų kraujotakos ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas“;
- 08.1.3-CPVA-V-604 „Greitosios medicinos pagalbos ir pacientų transportavimo bei skubiosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas“;
- 08.1.3-CPVA-V-605-J02 „Profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas tuberkuliozės bei ūmių infekcinių ir lėtinių kvėpavimo takų ligų srityse“;
- 08.4.2-CPVA-V-618-J02 „Profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas tuberkuliozės bei ūmių infekcinių ir lėtinių kvėpavimo takų ligų srityse“;
- 08.1.3-CPVA-V-606 „Onkologinių ligų prevencijos, ankstyvos diagnostikos ir gydymo paslaugų infrastruktūros tobulinimas“;
- 08.1.3-CPVA-V-607 „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimas neįgaliesiems“;
- 08.1.3-CPVA-V-608 „Priklausomybės ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo infrastruktūros tobulinimas“;
- 08.1.3-CPVA-R-609 „Pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimas“;
- 08.1.3-CPVA-V-610 „Kraujotakos sistemos ligų gydymo ir diagnostikos paslaugų infrastruktūros gerinimas“;
- 08.1.3-CPVA-V-611 „Skubios pagalbos traumų ir nelaimingų atsitikimų bei išorinių priežasčių atvejais infrastruktūros tobulinimas“;
- 08.1.3-CPVA-V-612 „Vaikų sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros tobulinimas“;
- 08.4.2-ESFA-V-613 „Sveiko senėjimo skatinimo iniciatyvos“;
- 08.4.2-ESFA-V-614 „Efektyvių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelių įgyvendinimas ir plėtojimas“;
- 08.4.2-ESFA-R-615 „Priemonių, gerinančių ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą tuberkulioze sergantiems pacientams, įgyvendinimas“;
- 08.4.2-ESFA-K-616 „Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas tikslinėms gyventojų grupėms įgyvendinant inovatyvius ir efektyvius sveikatos priežiūros modelius“;

⁸ Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-815, 6 priedas

⁹ Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-815, 7 priedas

¹⁰ Sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų planas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-825

¹¹ Priemonių, įgyvendinamų pagal VP 13.1.1 uždavinį, analizė nebuvo įtraukta į vertinimo techninę specifikaciją, tačiau, išnagrinėjus šio uždavinio priemonių turinį, tiesiogiai susijusį su sveikatos apsaugos tikslais, vertintojai nusprendė 13.1.1 uždavinio priemones analizuoti pilna apimtimi, kartu su VP 08.1.3 ir 08.4.2 uždavinių priemonėmis.

- 08.4.2-ESFA-V-617 „Specialistų pritraukimas sveikatos netolygumams mažinti“;
- 08.4.2-ESFA-V-619 „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas onkologinių ligų srityje“;
- 08.4.2-ESFA-V-621 „Priklausomybės ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo kokybės ir prieinamumo gerinimas“;
- 08.4.2-ESFA-V-622 „Vaikų ligų, traumų ir nelaimingų atsitikimų profilaktika, sveikatos priežiūros paslaugų vaikams prieinamumo ir kokybės gerinimas“;
- 08.4.2-ESFA-V-628 „Tikslinių teritorijų gyventojų sveikos gyvensenos skatinimas“;
- 08.4.2-ESFA-K-629 „Bendradarbiavimo skatinimas sveikatos netolygumų mažinimo srityje“;
- 08.4.2-ESFA-R-630 „Sveikos gyvensenos skatinimas regioniniu lygiu“;
- 13.1.1-CPVA-V-605 „Profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas ūmių infekcinių ir lėtinių ligų srityse“;
- 13.1.1-CPVA-V-606 „Onkologinių ligų prevencijos, ankstyvos diagnostikos ir gydymo paslaugų infrastruktūros tobulinimas“;
- 13.1.1-CPVA-V-610 „Kraujotakos sistemos ligų gydymo ir diagnostikos paslaugų infrastruktūros gerinimas“.

8-ios priemonės, įgyvendinamos pagal kitus VP uždavinius ir administruojamos kitų tarpinių institucijų:

- 02.3.1-CPVA-V-525 „Elektroninės sveikatos paslaugos“;
- 04.3.1-VIPA-V-101 „Valstybei nuosavybės teise priklausančių pastatų atnaujinimas“;
- 04.3.1-VIPA-T-113 „Valstybei nuosavybės teise priklausančių pastatų atnaujinimas“;
- 08.4.1-ESFA-V-418 „Integrali pagalba į namus“;
- 09.4.2-ESFA-V-715 „Formaliojo ir neformaliojo mokymo paslaugų įvairioms besimokančiųjų grupėms teikimas“;
- 10.1.1-ESFA-V-912 „Nacionalinių reformų skatinimas ir viešojo valdymo institucijų veiklos gerinimas“;
- 10.1.3-ESFA-V-918 „Viešojo administravimo subjektų iniciatyvos, skirtos paslaugų ir asmenų aptarnavimo kokybės gerinimui“;
- 13.1.2-VIPA-T-113 „Valstybei nuosavybės teise priklausančių pastatų atnaujinimas (II)“.

Kitų tarpinių institucijų administruojamos VP priemonės, išskyrus priemonę Nr. 02.3.1-CPVA-V-525 „Elektroninės sveikatos paslaugos“, neanalizuotos pilna apimtimi. Nagrinėjami tik konkretūs tų priemonių projektai, kurie tiesiogiai prisideda prie sveikatos apsaugos srities tikslų siekimo.

Kiekviena analizuota priemonė turinio atžvilgiu buvo susieta su viena arba keliomis sveikatos apsaugos kryptimis. Kokios konkrečiai krypties tikslams siekti skirtos priemonių intervencijos, nustatyta atlikus detalią dokumentų analizę. Analizuoti LR sveikatos apsaugos ministro patvirtinti planavimo dokumentai¹² bei kiekvienos VP priemonės PFSA.

2014–2020 m. investicijų planavimo etape ir šiame vertinime išskirtos sveikatos apsaugos kryptys suprantamos kaip konkrečių planavimo dokumentuose įvardintų problemų ir joms taikomų intervencijų

¹² Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų planas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-815
Sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų planas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-825
Nacionalinė vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 m. programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-814

grupės. Šiame vertinime laikomasi nuostatos, kad priemonė prisideda prie konkrečios krypties tikslų, jeigu pagal ją įgyvendinamos veiklos buvo priskirtos tai kryptčiai atitinkamame planavimo dokumente ir PFSA (dokumentinė sąsaja).

Svarbu pabrėžti, kad kryptims, siejamoms su konkrečiomis tikslinėmis grupėmis (vyresnio amžiaus asmenys, vaikai, neįgalieji), priskirtos ne visos tai tikslinei grupei aktualios, bet tik tam tikros specifinės veiklos. Tai yra, konkrečių tikslinių grupių gaunama nauda neapsiriboja tik vienos sveikatos apsaugos krypties investicijomis. Pavyzdžiui, vyresnio amžiaus asmenys pajus beveik visų įgyvendinamų priemonių poveikį visose kryptyse (išskyrus Vaikų sveikatos stiprinimo, ligų profilaktikos bei efektyvaus gydymo užtikrinimo kryptį), neapsiribojant Sveiko senėjimo užtikrinimo krypties priemonėmis.

1 LENTELĖ. VP PRIEMONIŲ IR SVEIKATOS APSAUGOS KRYPTIŲ¹³ ŠAŠAJA

PRIEMONĖS NR.	I. TUBERKULIOZĖ/ COVID-19	II. PRIKLAUSOMYBĖS	III. TRAUMOS	IV. KRAUJOTAKOS SISTEMA	V. SMEGENŲ KRAUJOTAKA	VI. ONKOLOGIJA	VII. NEĮGALIEJI	VIII. VAIKAI	IX. SENĖJIMAS
08.1.3-CPVA-V-601									
08.1.3-CPVA-V-603									
08.1.3-CPVA-V-604									
08.1.3-CPVA-V-605-J02									
08.4.2-CPVA-V-618-J02									
08.1.3-CPVA-V-606									
08.1.3-CPVA-V-607									
08.1.3-CPVA-V-608									
08.1.3-CPVA-R-609									
08.1.3-CPVA-V-610									
08.1.3-CPVA-V-611									
08.1.3-CPVA-V-612									
08.4.2-ESFA-V-613									
08.4.2-ESFA-V-614									
08.4.2-ESFA-R-615									
08.4.2-ESFA-K-616									
08.4.2-ESFA-V-617									
08.4.2-ESFA-V-619									
08.4.2-ESFA-V-621									
08.4.2-ESFA-V-622									
08.4.2-ESFA-V-628									
08.4.2-ESFA-K-629									
08.4.2-ESFA-R-630									
13.1.1-CPVA-V-606									
13.1.1-CPVA-V-610									
13.1.1-CPVA-V-605									
02.3.1-CPVA-V-525									
04.3.1-VIPA-V-101									
04.3.1-VIPA-T-113									
08.4.1-ESFA-V-418									
09.4.2-ESFA-V-715									
10.1.1-ESFA-V-912									
10.1.3-ESFA-V-918									
13.1.2-VIPA-T-113									

Šaltinis: sudaryta BGI Consulting

¹³ Techniniais tikslais lentelėje naudojamos sveikatos apsaugos kryptių pavadinimų santrumpos

Pagal VP 8.1.3, 8.4.2 ir 13.1.1 uždavinius, iki 2022 m. rugsėjo 1 d. buvo sudaryta projektų sutarčių už kiek daugiau nei 328 mln. Eur¹⁴. Iki šios datos buvo baigti įgyvendinti 57 proc. projektų.

2014–2020 m. finansavimo lėšos paskirstytos įvairioms kategorijoms, kurių grupės demonstruojamos 1 paveiksle.

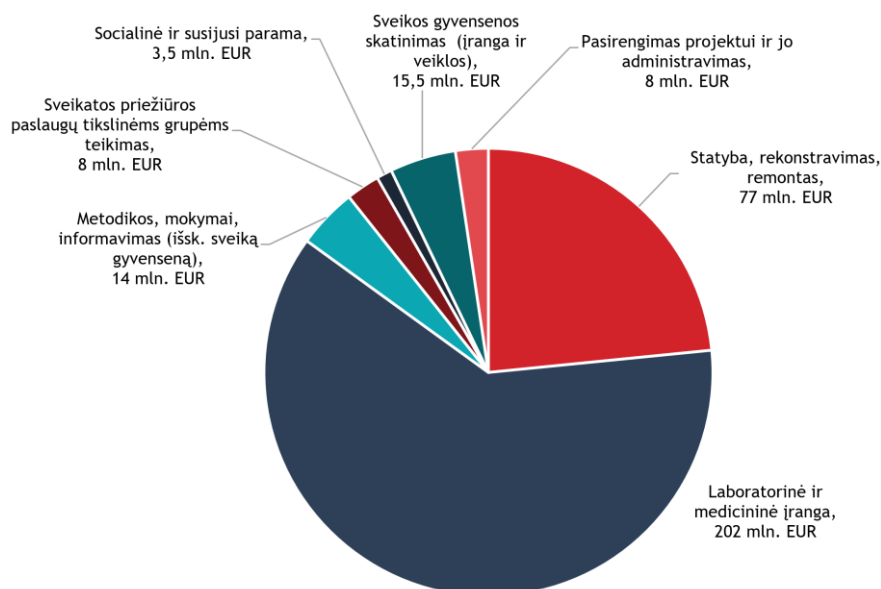
Didžiausia ES fondų investicijų dalis tenka laboratorinei ir medicininei įrangai – beveik 202 mln. Eur arba 62 proc. visų lėšų. Bei statybai, rekonstravimui ir (ar) remontui – beveik 77 mln. Eur arba 23 proc. visų lėšų.

Daugumoje projektų, įgyvendinamų/įgyvendintų pagal 8.4.2 uždavinio priemones, vykdomi sveikatos priežiūros specialistų, kitų specialistų, pacientų ir jų artimųjų mokymai (išskyrus gyventojams ir specialistams skirtus su sveika gyvensena susijusius mokymus), kurių dalis yra susiję su naujai parengtomis metodikomis, skirtomis gerinti sveikatos priežiūros kokybę įvairiose srityse – šioms veikloms bendrai skirta 14 mln. Eur arba 4 proc. visų lėšų.

2014–2020 m. investiciniame laikotarpyje finansuojamas asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, dažniausiai įgyvendinant bandomuosius projektus, skirtus išbandyti naujus paslaugų teikimo modelius. Šioms veikloms vykdyti skirta 8 mln. Eur arba 2 proc. visų lėšų.

3,5 mln. Eur arba 1 proc. visų lėšų skirta socialinių ir susijusių priemonių įgyvendinimui. Į šią kategoriją patenka psichologinės pagalbos pacientams priemonės bei socialinės paramos teikiant sveikatos priežiūros paslaugas priemonės, t. y. priemonės skirtos motyvuoti tam tikras socialinės rizikos grupes baigti gydymo kursą, sumažinti užsikrėtimo įvairiomis ligomis rizikas patiems pacientams, jų artimiesiems ir visai visuomenei.

Siekiant paskatinti sveiką gyvenseną, 15,5 mln. Eur arba 5 proc. visų lėšų skirta sveikos gyvensenos skatinimo veikloms, įskaitant gyventojų informavimą bei mokymą, bei susijusiai įrangai įsigyti.

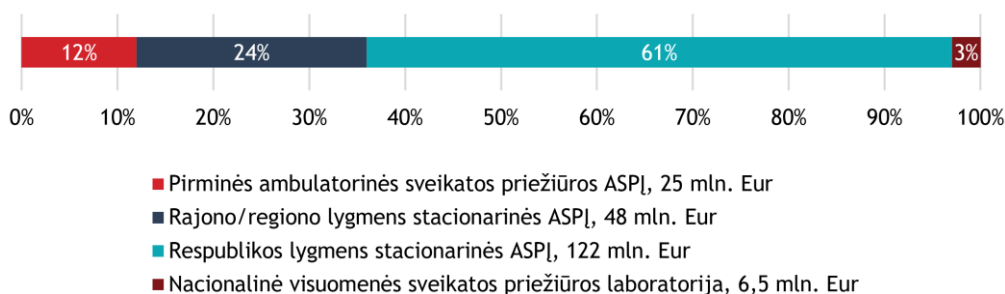


1 PAVEIKSLAS. VP 3.1.2, 8.4.2 IR 13.1.1 UŽDAVINIAMS SKIRTŲ LĖŠŲ PASISKIRSTYMAS SKIRTINGŲ TIPŲ INTERVENCIJOMS

Šaltinis: sudaryta BGI Consulting, remiantis projektų sutarčių analize ir SFMIS

¹⁴ Iš visų finansavimo šaltinių

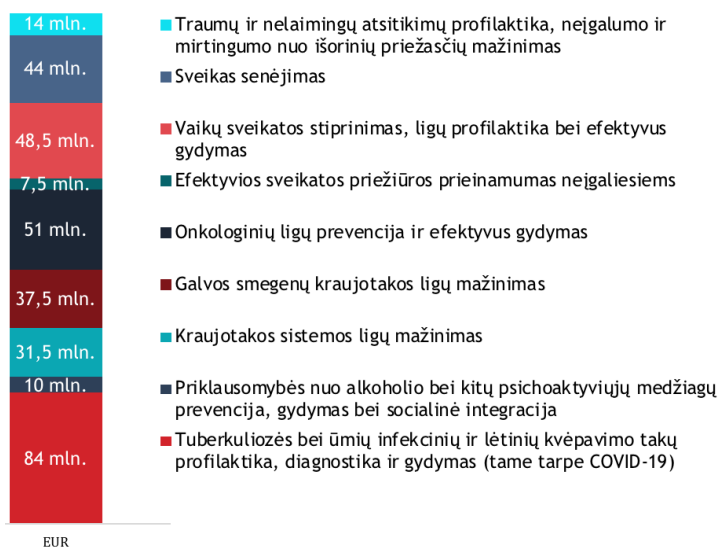
Laboratorinė ir medicininė įranga, kuriai įsigyti teko didžioji ES fondų investicijų dalis, skirta įvairaus lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigoms ir Nacionalinei visuomenės sveikatos priežiūros laboratorijai (žr. 2 paveikslą). Daugiau kaip pusė visos pagal VP priemones įsigytos laboratorinės ir medicininės įrangos (pagal vertę) teko respublikos lygmens stacionarinėms ASPĮ didžiuosiuose šalies miestuose, apie ketvirtadalį – rajono ar regiono lygmens stacionarinėms ASPĮ¹⁵. Stacionarinėms ASPĮ tekusios laboratorinės ir medicininės įrangos apimtys labai padidėjo 2020 m. perkant COVID-19 reikmėms skirtą įrangą ir apsaugines priemones. COVID-19 ligai diagnozuoti ir gydyti skirta įranga sudaro apie trečdalį bendros stacionarinėms ASPĮ skirtos įrangos vertės. Pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigoms teko įrangos, kurios vertė sudaro apie 12 proc. visų 2014–2020 m. investicijų į medicininę įrangą.



2 PAVEIKSLAS. PAGAL VP 3.1.2, 8.4.2 IR 13.1.1 UŽDAVINIŲ PRIEMONES ĮSIGYTOS LABORATORINĖS IR MEDICININĖS ĮRANGOS PASISKIRSTYMAS PAGAL ĮSTAIGAS

Šaltinis: sudaryta BGI Consulting, remiantis projektų sutarčių analize ir SFMIS

Indikatyvus lėšų (pagal visus finansavimo šaltinius) pasiskirstymas tarp analizuojamų 9 sveikatos apsaugos krypčių parodytas 3 paveiksle. Didžiausia dalis 2014–2020 m. ES fondų investicijų teko Tuberkuliozės bei ūmių infekcinių ir lėtinių kvėpavimo takų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo efektyvumo didinimo krypčiai, kadangi čia patenka visos su COVID-19 susijusios investicijos (apie 60 mln. Eur).



3 PAVEIKSLAS. INDIKATYVUS VP 3.1.2, 8.4.2 IR 13.1.1 UŽDAVINIŲ ĮGYVENDINIMUI SKIRTŲ LĖŠŲ (IŠ VISŲ FINANSAVIMO ŠALTINIŲ) PASISKIRSTYMAS PAGAL ANALIZUOJAMAS SVEIKATOS APSAUGOS KRYPTIS

Šaltinis: sudaryta BGI Consulting, remiantis PFSA, projektų sutarčių analize ir SFMIS

¹⁵ Skaiciuojama pagal pagrindinį investicijų gavėją (stacionarinės aktyvaus gydymo sveikatos priežiūros įstaigos). Įsigyta įranga gali būti naudojama šiose ASPĮ teikiant pirmines, antrines ar tretines sveikatos priežiūros paslaugas.

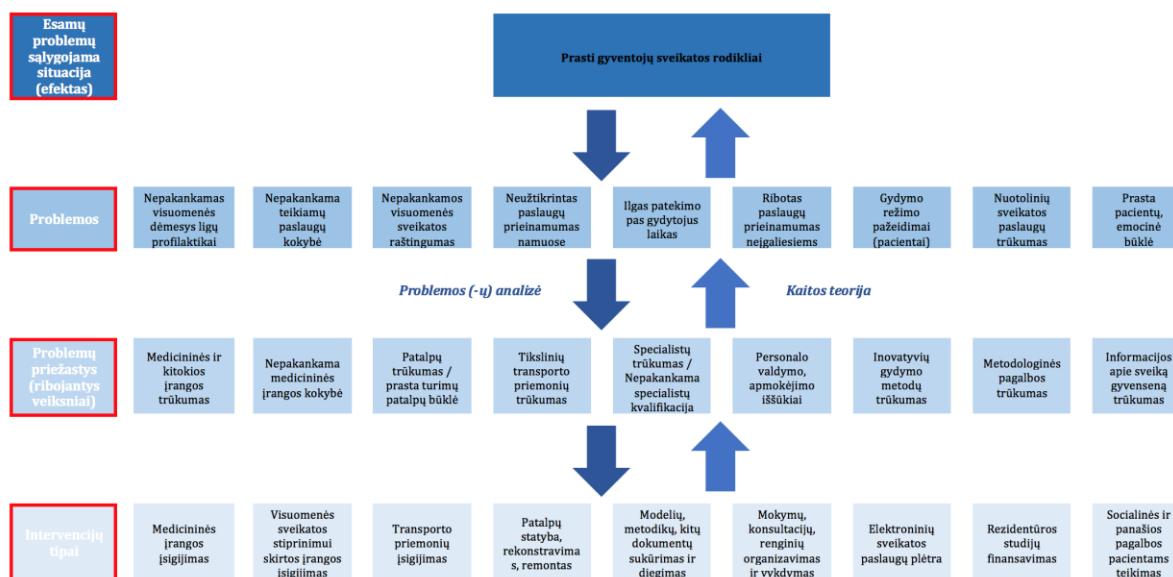
1.3. VERTINIMO METODAI

2014–2020 m. ES fondų investicijų sveikatos srityje poveikio vertinimas atliekamas derinant teorinius ir empirinius tyrimo metodus.

Teorija grįsto vertinimo požiūris grindžiamas **kaitos teorija**, paremta intervencijų logika, o analizuojant atskirus jos etapus ir jų sąsajas atlikta **problemų analizė** (sudaryti problemų medžiai), atlikta priežasčių ir pasekmių analizė.

Problemų analizė sukuria tinkamas prielaidas pagilinti supratimą ir logiškai susieti identifikuotas problemas ir jas sąlygojančias priežastis (pageidaujama rezultatą ribojančius veiksnius), kurių sprendimui, siekiant išspręsti identifikuotas problemas, ir turėtų būti skirtos konkrečios intervencijos. Tuo tarpu visas intervencijos kelias nuo jos pasirinkimo konkrečios problemos priežastims spręsti iki intervencijos metu surauto rezultato ir jo poveikio yra analizuojamas pagal kaitos teorijos schemą.

4 paveiksle pateikiami pagrindinių problemų, jų priežasčių (pageidaujama rezultatą ribojančių veiksnių) ir intervencijų tipai, kurie naudojami atliekant kiekvienos sveikatos apsaugos krypties analizę (kiekvienoje kryptyje unikalus priežasčių ir intervencijų tipų rinkinys gali šiek tiek skirtis: kai kurios priežastys ar intervencijų tipai yra neaktualūs ir į rinkinį netraukiami).



4 PAVEIKSLAS. ANALIZUOJAMI PROBLEMŲ, JŲ PRIEŽASČIŲ (PAGEIDAUJAMĄ REZULTATĄ RIBOJANČIŲ VEIKSNIŲ) IR INTERVENCIJŲ TIPAI

Šaltinis: sudaryta BGI Consulting

Kiekvienos krypties (viso – 9) intervencijų visuma analizuota pagal kaitos teorijos schemą (žr. 2 lentelę). Pasitelkiant įvairius duomenų rinkimo ir analizės metodus yra tikrinamas nurodytų prielaidų tarpinių ir galutinių pokyčių sukūrimui egzistavimas bei vertinamas atskirų priemonių poveikis siekiant suplanuoti kiekvienos krypties pokyčių.

2 LENTELĖ. KAITOS TEORIJOS SCHEMA

ANALIZUOJAMI KAITOS TEORIJOS ELEMENTAI (KAITOS PROCESO ETAPAI)	ANALIZĖS TURINYS
Iššūkiai	Investicinio laikotarpio pradžioje identifikuotos pagrindinės problemos, poreikiai konkrečiose sveikatos apsaugos srityse
Suplanuotos intervencijos ir skirti finansiniai indėliai	Suplanuotos priemonės identifikuotoms kryptių problemoms spręsti, šių priemonių suderinamumas, priemonių įgyvendinimui skirtų VP lėšų apimtys, stebėsenos rodikliai
Remiamos veiklos	Faktiškai pagal pasirašytas projektų sutartis įgyvendintos/įgyvendinamos analizuojamų VP priemonių veiklos, jų tinkamumas ir pakankamumas bei priemonių lygiu siekiami rodikliai.
Projektų įgyvendinimas (prielaidos tarpiniams pokyčiams)	Projektų įgyvendinimo eiga, administravimo iššūkiai ir jų sprendimas, kitos sąlygos, būtinos projektų lygiu sukurti numatytą kiekį kokybiškų produktų/rezultatų
Projektų pasiekimai (tarpiniai pokyčiai)	Sukurti produktai ir rezultatai, lėšų jiems sukurti panaudojimo efektyvumas
Sukurtų rezultatų naudojimas ir tęstinumas (prielaidos galutinių pokyčių pasiekimui)	Projektų įgyvendinimo metu sukurtų produktų tolimesnis naudojimas, tęstinumo potencialas, sąlygų būtinų tęstinumui ir geresniam poveikiui užtikrinti egzistavimas
Poveikis (galutiniai pokyčiai)	Tikėtinas įgyvendintų intervencijų poveikis nustatytiems krypties konteksto rodikliams

Šaltinis: sudaryta BGI Consulting

Siekiant pagilinti teorija grįstą analizę, taikomi **empiriniai metodai**. Vertinimo metu atlikta anketinė apklausa, pusiau struktūruoti interviu bei fokusuota grupinė diskusija.

Anketinė projektų vykdytojų apklausa buvo atliekama 2022 m. gruodžio 1–18 dienomis. Apklausoje dalyvavo projekto vykdytojų, įgyvendinusių projektus pagal VP uždavinių 8.1.3 „Pagerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms gyventojų grupėms bei sumažinti sveikatos netolygumus“ ir 8.4.2 „Sumažinti sveikatos netolygumus, gerinant sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms gyventojų grupėms, ir skatinti sveiką senėjimą“ priemonės, organizacijų atstovai. Detalesnė informacija apie atliktą projektų vykdytojų apklausą pateikiama priede Nr. 11 ir priede Nr. 12.

3 LENTELĖ. PROJEKTŲ VYKDYTOJŲ APKLAUSOS RESPONDENTŲ PASISKIRSTYMAS PAGAL SVEIKATOS APSAUGOS KRYPTIS

SVEIKATOS APSAUGOS KRYPTYS	ATSAKYMŲ SKAIČIUS
Tuberkuliozės bei ūmių infekcinių ir lėtinių kvėpavimo takų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo efektyvumo didinimo kryptis	21
Priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos, gydymo bei socialinės integracijos didinimo kryptis	18
Traumų ir nelaimingų atsitikimų profilaktikos, neįgalumo ir mirtingumo nuo išorinių priežasčių mažinimo kryptis	19
Kraujotakos sistemos ligų mažinimo kryptis	31
Galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo kryptis	18
Onkologinių ligų prevencijos ir efektyvaus gydymo užtikrinimo kryptis	17
Efektyvios sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimo neįgaliesiems kryptis	34
Vaikų sveikatos stiprinimo, ligų profilaktikos bei efektyvaus gydymo užtikrinimo kryptis	70

SVEIKATOS APSAUGOS KRYPTYS	ATSAKYMŲ SKAIČIUS
Sveiko senėjimo užtikrinimo kryptis	70

Šaltinis: sudaryta BGI Consulting, remiantis projektų vykdytojų apklausos duomenimis

2022 m. gruodžio 13 d. – 2023 m. sausio 25 d. laikotarpiu buvo atlikta 34 **pusiau struktūruoti interviu** (žr. 4 lentelę) su ASPĮ, VSPĮ ir savivaldybių administracijų atstovais (projektų vykdytojais).

4 LENTELE. INTERVIU RESPONDENTŲ PASISKIRSTYMAS PAGAL VP PRIEMONES

Priemonė	Interviu skaičius
08.1.3-CPVA-V-601 „Sveiko senėjimo paslaugų kokybės gerinimas“	1
08.1.3-CPVA-V-603 „Galvos smegenų kraujotakos ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas“	3
08.1.3-CPVA-V-604 „Greitosios medicinos pagalbos ir pacientų transportavimo bei skubiosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas“	1
08.1.3-CPVA-V-606 „Onkologinių ligų prevencijos, ankstyvos diagnostikos ir gydymo paslaugų infrastruktūros tobulinimas“	1
08.1.3-CPVA-V-607 „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimas neįgaliesiems“	1
08.1.3-CPVA-V-608 „Priklausomybės ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo infrastruktūros tobulinimas“	1
08.1.3-CPVA-R-609 „Pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimas“	6
08.1.3-CPVA-V-610 „Kraujotakos sistemos ligų gydymo ir diagnostikos paslaugų infrastruktūros gerinimas“	1
08.1.3-CPVA-V-611 „Skubios pagalbos traumų ir nelaimingų atsitikimų bei išorinių priežasčių atvejais infrastruktūros tobulinimas“	1
08.1.3-CPVA-V-612 „Vaikų sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros tobulinimas“	2
08.4.2-ESFA-R-615 „Priemonių, gerinančių ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą tuberkuloze sergantiems pacientams, įgyvendinimas“	1
08.4.2-ESFA-K-616 „Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas tikslinėms gyventojų grupėms įgyvendinant inovatyvius ir efektyvius sveikatos priežiūros modelius“	1
08.4.2-ESFA-V-619 „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas onkologinių ligų srityje“	2
08.4.2-ESFA-V-621 „Priklausomybės ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo kokybės ir prieinamumo gerinimas“	4
08.4.2-ESFA-V-628 „Tikslinių teritorijų gyventojų sveikos gyvensenos skatinimas“	1
08.4.2-ESFA-K-629 „Bendradarbiavimo skatinimas sveikatos netolygumų mažinimo srityje“	2
08.4.2-ESFA-R-630 „Sveikos gyvensenos skatinimas regioniniu lygiu“	3
13.1.1-CPVA-V-610 „Kraujotakos sistemos ligų gydymo ir diagnostikos paslaugų infrastruktūros gerinimas“	1
J02-CPVA-V „Profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas tuberkuliozės bei ūmių infekcinių ir lėtinių kvėpavimo takų ligų srityse“	1

Šaltinis: sudaryta BGI Consulting

2023 m. sausio 18 d. vyko **fokusuota grupinė diskusija**, kurioje dalyvavo pacientus atstovaujančių NVO atstovai. Šioje grupėje aptartos pagrindinės sveikatos paslaugų prieinamumo problemos, su kuriomis susiduria pacientai, papildomai išskiriant pacientus, turinčius specialiųjų poreikių, labiausiai trūkstamos sveikatos priežiūros ir susijusios paslaugos, pacientų elgesys gydymo procese, pasyvaus gyventojų dalyvavimo profilaktikos programose, sveikatingumo veiklose priežastys ir galimi skatinimo būdai ir panašios temos. Diskusijoje dalyvavo 7 asmenys, diskusijos trukmė – 2 val.

Siekiant užtikrinti rezultatų palyginamumą atliekant empirinį tyrimą, atskiri vertinimo objekto elementai buvo kategorizuoti, į grupes suskirstant remiamas veiklas, projektų vykdytojus ir tikslines grupes (žr. 10 priedą).

Vertinant 2014–2020 metų ES fondų investicijų veiksmų programos 8 prioriteto 8.1.3 uždavinio ir 8.4.2 uždavinio įgyvendintų priemonių efektyvumą, atlikta **sąnaudų efektyvumo analizė**. Sąnaudomis laikomos priemonės projektams skirtas finansavimas (iš visų šaltinių), o efektyvumas vertinamas pagal tai, kiek kainavo pasiekti vieną vienetą priemonių projektų rezultatus matuojančio rodiklio (pavyzdžiui, kiek prireikė lėšų, kad vienam pacientui būtų pagerinta paslaugų kokybė ir prieinamumas¹⁶).

Naudojamų stebėsenos rodiklių kokybė ir tinkamumas matuoti įgyvendinamų priemonių pasiekimus vertinti pasitelkiant **SMART kriterijus**, pagal kuriuos kokybiški rodikliai turi būti *specifiniai* (apimantys svarbiausias priemonės intervencijas), *išmatuojami* (rodiklių reikšmės nustatytos naudojant patikimus šaltinius, keli nepriklausomi bandymai paskaičiuoti rodiklių reikšmes turėtų duoti vienodus ar panašius rezultatus), *pasiekiami* (rodiklių tipas ir nustatytos reikšmės turi būti realistinės, pasiekiamos, tačiau tuo pačiu ir kelti šiokių tokių iššūkių, skatinti pasitempti), *aktualūs* (matuojantys tai, kas rūpi, ko siekiama), *savalaikiai* (norimos pamatuoti reikšmės yra prieinamos matavimo metu, rodiklis apima tinkamą laiko horizontą). Kadangi atliekamas vertinimas yra *ex post* tipo ir buvo atliekamas tuo metu, kai priemonės jau baigiamos įgyvendinti, stebėsenos rodiklių analizė ataskaitoje nėra pateikiama pilna apimtimi. Didesnis dėmesys skirtas aprašyti tuos rodiklių tinkamumo aspektus, kurie leido įvertinti, ar naudojami rodikliai yra pakankami siekiant suprasti ir teisingai įvertinti priemonių turinį, apimtį ir pasiekimus. Nustačius, kad stebėsenos rodikliai yra nepakankami, neišsamūs ar net klaidinantys, su projektų pasiekimais susijusi informacija papildomai buvo renkama iš kitų informacijos šaltinių, pirmiausiai, projektų sutarčių.

¹⁶ Rodiklis „Pacientai, kuriems pagerinta paslaugų kokybė ir prieinamumas“.

2. SVEIKATOS APSAUGOS SEKTORIAUS RAIDA ANALIZUOJAMU LAIKOTARPIU

SVEIKATOS RODIKLIŲ POKYČIAI

2014–2020 m. investicinio laikotarpio pradžioje buvo identifikuoti pagrindiniai, didžiausią nerimą keliantys gyventojų sveikatos ir mirtingumo rodikliai visoje Lietuvoje bendrai ir atskirose savivaldybėse, kurie determinavo pagrindines investicijų kryptis. Plačiau šių konkrečių rodiklių pokyčiai analizuojamu laikotarpiu aptariami kituose šios ataskaitos skyriuose, tačiau čia apibendrintai galima pastebėti, kad nors Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliai beveik visose vertinamose kryptyse nuosekliai gerėja, tačiau pagrindinių rodiklių atžvilgiu išlieka ženklus atsilikimas nuo ES vidurkio.

5 LENTELĖ. GYVENTOJŲ SVEIKATOS RODIKLIAI (LIETUVA IR ES-27 VIDURKIS)

	Lietuva		ES vidurkis (ES-27)	
	2014 m.	2019 m. ¹⁷	2014 m.	2019 m.
Vidutinė tikėtina vyrų gyvenimo trukmė, metai	69,2	71,6	77,9	78,5
Vidutinė tikėtina moterų gyvenimo trukmė, metai	80,1	81,2	83,7	84,0
Sveiko gyvenimo metai	59,7	57,5	61,3	64,6
Standartizuotas mirtingumas 0–64 metų amžiaus grupėje, 100 tūkst. gyventojų	425,05	349,92	212,69	197,85
Mirtingumas nuo prevencinėmis priemonėmis išvengiamų ligų (būklių), 100 tūkst. gyventojų	344,49	284,96	165,82	153,95
Mirtingumas nuo pagydomų ligų (būklių)	201,96	181,03	94,83	89,2
Standartizuotas mirtingumas nuo išeminių širdies ligų, 100 tūkst. gyventojų	564,37	464,08	127,44	108,96
Standartizuotas mirtingumas nuo cerebrovaskulinių ligų, 100 tūkst. gyventojų	203,24	172,29	87,92	72,98
Standartizuotas mirtingumas nuo piktybinių navikų 100 tūkst. gyventojų ¹⁸	276,22	271,5	259,25	245,97

Šaltinis: Eurostat

Lietuvoje, ypač vyrų atveju, išlieka trumpesnė vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė lyginant su ES vidurkiu, nors jai būdingas spartesnis ilgėjimas lyginant su kitomis ES šalimis. Lietuvoje fiksuojamas daugiau kaip

¹⁷ Pateikiama priešpandeminių metų statistika, siekiant palyginti sveikatos rodiklių tendencijas įprastomis aplinkybėmis.

¹⁸ Šioje lentelėje pateikiami standartizuoto mirtingumo rodikliai ženkliai skiriasi nuo kituose šios ataskaitos skyriuose pateikiamų mirtingumo duomenų tikslių teritorijų savivaldybėse, kadangi čia jau naudojamas naujasis Europos standartas (atnaujinta gyventojų amžiaus struktūra) bei imama visa populiacija. Kituose skyriuose, remiantis VP naudojamais rodikliais, analizuojami mirtingumo rodikliai, apskaičiuoti pagal senąjį Europos standartą ir imama 0–64 metų amžiaus populiacija.

dvigubai didesnis mirtingumas nuo pagydomų ir prevencinėmis priemonėmis išvengiamų ligų (būklių). Taip pat didesnis, nors ne taip ženkliai, mirtingumas iki 65 m. amžiaus. Mirtingumas nuo dažniausių mirties priežasčių (kraujotakos sistemos ligų ir piktybinių navikų) analizuojamu laikotarpiu šiek tiek mažėjo, tačiau, ypač kraujotakos sistemos ligų atžvilgiu, išlieka didelis neigiamas skirtumas lyginant su ES vidurkiu.

Lietuvos sveikatos rodiklius stipriai paveikė ir COVID-19 pandemija – 2020 m. buvo užregistruota 17 proc. daugiau mirčių negu 2019 m., o 2021 m. tikėtina gyvenimo trukmė sutrumpėjo daugiau nei 2 metais, lyginant su 2019 m. Tai – daug didesnis sutrumpėjimas negu daugumoje kitų ES šalių, atspindintis didelį mirčių perviršį, kurį tiesiogiai ir netiesiogiai nulėmė COVID-19 pandemija.¹⁹ Per COVID-19 pandemiją Lietuvoje buvo prarasta daug žmonių gyvybių – ši liga 2020 m. tapo trečia dažniausia mirties priežastimi Lietuvoje, tačiau pandemijos laikotarpiu apribotas sveikatos paslaugų prieinamumas prisidėjo ir prie kitomis nei COVID-19 ligomis sergančiųjų mirčių skaičiaus padidėjimo.

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ POKYČIAI COVID-19 PANDEMIJOS METU

Didžiausias neplanuotas ir visą sveikatos apsaugos sektorių iš esmės paveikęs įvykis analizuojamu laikotarpiu – COVID-19 pandemija. Pandemija pareikalavo didelių ir staigių pokyčių sveikatos priežiūros paslaugų teikime – tiek užtikrinant paslaugas COVID-19 pacientams, tiek ir organizuojant visų kitų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. COVID-19 liga ir su pandemija susiję pokyčiai teikiant kitas sveikatos priežiūros paslaugas neišvengiamai paveikė gyventojų sveikatos rodiklius.

Nuo 2020 m. kovo 16 d. įvedus visuotinę karantiną²⁰, esmingai pasikeitė sveikatos priežiūros įstaigų darbo organizavimas – atidėtos planinės operacijos, išskyrus tas, kurių neatlikus labai pablogėtų paciento būklė, ir planinės hospitalizacijos, apribotas medicininės reabilitacijos paslaugų teikimas, uždraustas, su keliomis išimtimis, pacientų lankymas, ambulatoriniame lygyje atidėtas profilaktinių patikrinimų ir prevencinių programų vykdymas, odontologijos paslaugų teikimas, apribotas paslaugų namuose teikimas, gydytojų konsultacijos ir panašios paslaugos teiktos nuotoliniu būdu ir pan. Siekiant užtikrinti reikalingą gydymą COVID-19 pacientams, buvo perorganizuota daugelio stacionariųjų ASPĮ infrastruktūra ir materialieji bei žmogiškieji ištekliai. Šie apribojimai buvo kažkiek koreguojami viso karantino, kuris tęsėsi iki 2020 m. birželio 16 d., metu, siekiant kiek įmanoma mažinti žalą dėl negautų sveikatos priežiūros paslaugų (pavyzdžiui, praėjus maždaug savaitei nuo karantino paskelbimo, onkologinės paslaugos Lietuvoje imtos teikti kaip skubioji medicinos pagalba, vėliau, maždaug po pusantro mėnesio, buvo atnaujintos planinės operacijos, užtikrinant pacientų srautų valdymą atnaujintas profilaktinių patikrinimų ir prevencinių programų vykdymas ir t.t.). Kita vertus, didesni ar mažesni įprastinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos sutrikdymai, tiek ir dėl išorinių priežasčių (pavyzdžiui, gyventojų judėjimo ribojimų, baimės lankytis viešose vietose ir pan.), tęsėsi gerokai ilgiau, kadangi dėl grįžtančių COVID-19 sergamumo bangų valstybės lygio ekstremali situacija²¹ šalyje galiojo iki 2022 m. kovo 30 d.²²

Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos dėl COVID-19 ligos organizuotos klasteriniu-teritoriniu principu. Kiekvieną klasterį sudaro organizuojanti ASPĮ (5 respublikos lygmens, tretinio lygio stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios ASPĮ, po vieną kiekviename didžiajame mieste), kuri koordinuoja paslaugų dėl COVID-19 teikimą nustatytoje veikimo teritorijoje, ir toje teritorijoje esančios pasitelkiamos ASPĮ (teisės aktų nustatyta tvarka atrinktos ir paskirtos

¹⁹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. „Lietuva: šalies sveikatos profilis 2021“, OECD Publishing, Paris, (2021), <https://doi.org/10.1787/bc081ccc-lv>.

²⁰ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2020 m. kovo 14 d. nutarimas Nr. 207 „Dėl karantino Lietuvos Respublikos teritorijoje paskelbimo“

²¹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2020 m. vasario 26 d. nutarimas Nr. 152 „Dėl valstybės lygio ekstremaliosios situacijos paskelbimo“

²² Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2022 m. balandžio 20 d. nutarimas Nr. 378 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2020 m. vasario 26 d. nutarimo Nr. 152 „Dėl valstybės lygio ekstremaliosios situacijos paskelbimo“ pripažinimo netekusiu galios“

respublikos, regiono ir rajono lygmens ligoninės)²³. Šiose ASPĮ, siekiant sudaryti būtinas paslaugų dėl COVID-19 ligos teikimo sąlygas, reikėjo atlikti tam tikrus infrastruktūrinius darbus ir apsirūpinti specializuota įranga. COVID-19 paslaugų teikimas organizuojančiose ir pasitelkiamose ASPĮ pareikalavo perorganizuoti šių įstaigų resursus ir didelę jų dalį nukreipti tiesiogiai COVID-19 skirtoms sveikatos priežiūros paslaugoms.

Visi šie organizaciniai pokyčiai visuotinio karantino metu ir vėliau, tęsiantis valstybės lygio ekstremaliai situacijai, taikyti apribojimai, taip pat gyventojų baimė lankytis gydymo įstaigose dėl galimos rizikos užsikrėsti COVID-19, neišvengiamai paveikė kitomis ligomis sergančių pacientų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir, atitinkamai, sveikatos rodiklius. Pavyzdžiui, 2020 m. pastebimai sumažėjo dalyvavimas piktybinių navikų prevencinėse programose (kai kuriose jų į priešpandeminį lygį nebuvo grįžta dar ir 2021 m.), mažėjo asmenų, apsilankusių gydymo įstaigose skaičius, sumažėjo chirurginio gydymo atvejų ir pan. Iš kitos pusės, gyventojų judėjimo ir būriavimosi apribojimai, reikalavimas dėvėti apsaugines veido kaukes prisidėjo prie kai kurių infekcinių ligų naujų atvejų sumažėjimo, pavyzdžiui, su šiomis aplinkybėmis siejamas fiksuotų epideminių tuberkuliozės rodiklių sumažėjimas (greta to, kad dėl sumažėjusio lankymosi pas gydytojus dalis egzistuojančių tuberkuliozės atvejų nebuvo diagnozuoti).

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO SISTEMOS POKYČIAI

2014 m. buvo patvirtinta Lietuvos sveikatos apsaugos 2014–2025 m. strategija²⁴, kurios pagrindiniai tikslai suformuluoti siekiant spręsti sveikatos apsaugos sistemos valdymo problemas ir mažinti nepalankių sveikatai veiksnių neigiamą poveikį. Visu programos įgyvendinimo laikotarpiu tęsėsi sveikatos apsaugos sistemos reforma, kurios metu keitėsi tam tikros sveikatos priežiūros paslaugų išdėstymo, teikimo sąlygos, galinčios turėti poveikį šalies gyventojų sveikatos rodikliams.

Sisteminis sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir paslaugų struktūros restruktūrizavimas etapais vyksta jau nuo 2003 m. Pagrindinės kryptys, kuriomis organizuojama pertvarka – ambulatorinių paslaugų plėtra, stacionariųjų paslaugų optimizavimas ir medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų plėtra. Per tris restruktūrizacijos etapus 2003–2012 m. gana ženkliai keitėsi asmens sveikatos įstaigų tinklas – vykdyta įstaigų reorganizacija, pagrinde jungiant smulkius juridinius vienetus į stambesnes gydymo įstaigas, keitėsi rajono lygmens ligoninėse teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų pasiūla (uždaryti stacionariniai chirurgijos skyriai, akušerijos skyriai).

2014 m. buvo patvirtintas ketvirtasis sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapas²⁵. Šio etapo, kurio įgyvendinimas planuojamas iki 2025 m., metu akcentuojamas poreikis toliau vykdyti sveikatos priežiūros įstaigų tinklo optimizavimą ir spręsti didelių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teritorinių netolygumų miesto ir rajonų gyventojams ir nepakankamo paslaugų prieinamumo nutolusių nuo didesnių centrų kaimiškųjų teritorijų gyventojams problemas, rajonų ligoninių finansavimo klausimus, mažinti hospitalizacijos lygį ir gerinti stacionariųjų gydymo įstaigų lovų panaudojimą.

Siekiant spręsti šias problemas, numatyta toliau plėtoti ambulatorines paslaugas, ypač pirminės sveikatos priežiūros ir ligų profilaktikos srityse, plėtoti slaugos, ilgalaikio gydymo, paliatyviosios pagalbos ir geriatrijos paslaugas bei optimizuoti stacionariųjų paslaugų apimtį, nesudėtingas paslaugas perkeltiant į dienos stacionaro, dienos chirurgijos ir ambulatorinių lygmenį.

²³ 2020 m. kovo 4 d. Nr. V-281 „Dėl Sveikatos priežiūros paslaugų dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“

²⁴ Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo“

²⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 15 d. įsakymas Nr. V-810 „Dėl Sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų plano patvirtinimo“

Bendrame sveikatos priežiūros įstaigų tinkle numatytas didesnės specializacijos skatinimas: sudėtingų specializuotų stacionariųjų paslaugų, skirtų sudėtingoms ligoms diagnozuoti ir gydyti, koncentravimas tretinio lygio ligoninėse, specializuoto profilio paslaugų telkimas vienoje iš apskrities ligoninių, kitose paliekant plačiai paplitusių ir nesudėtingų ligų gydymą ir pan. Siekiant didesnės asmens sveikatos priežiūros įstaigų specializacijos ir, tuo pačiu, kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų nepriklausomai nuo gyvenamosios vietos, nuspręsta plėtoti integruotas sveikatos priežiūros paslaugas ir patologijų valdymo modelius (klasterių sistemas), kuriuose tinklo pagrindu veiktų respublikos, regiono ir, kai kuriuose klasteriuose, rajono lygmens ASPĮ.

Būtent **skirtingų profilių patologijų klasterių kūrimas ir veikla** bene labiausiai determinavo 2014–2020 m. ES fondų investicijų pasiskirstymą tarp sveikatos priežiūros įstaigų. ES fondų lėšos suplanuotos atsižvelgiant į planavimo metu jau buvusį ar modeliuojamą konkretaus profilio klasterio įstaigų tinklą ir kiekvienai tinklo ASPĮ priskirtas funkcijas.

Miokardo infarkto gydymas klasterių principu pradėtas organizuoti nuo 2014 m. (bandomieji klasteriai), o vėliau patvirtinta ir nuolatinė sistema²⁶. Gydymas vykdomas 5-iose Perkutaninės vainikinių arterijų intervencijos centruose (VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, VŠĮ Klaipėdos universiteto ligoninės filialas Jūrininkų ligoninė²⁷, VŠĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, VŠĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė) ir jų veiklos teritorinėms zonomis priskirtose ASPĮ. Esant bent vienam iš nustatytų labai didelės rizikos kriterijų, GMP pacientus privalo nedelsiant pervežti į vieną iš perkutaninės vainikinių arterijų intervencijos centrų. Kitus pacientus GMP veža į artimiausią ASPĮ, teikiančią reanimacijos ir intensyviosios terapijos paslaugas, iš kur, esant nustatytoms indikacijoms ir susisiekus abiejų įstaigų gydytojams, vėliau gali būti pervežami į perkutaninės vainikinių arterijų intervencijos centrą gydymui. Perkutaninės vainikinių arterijų intervencijos centre stabilizavus pacientų būklę, tolesniam stacionariam, ambulatoriniam gydymui ar medicininei reabilitacijai pacientai pervežami į ASPĮ, su kuriomis, pagal nustatytą teritorinį pasiskirstymą, perkutaninės vainikinių arterijų intervencijos centrai turi sudarę sutartis.

Ūminio galvos smegenų insulto klasteriai, pradžioje bandomieji, taip pat pradėjo veiklą 2014 m.²⁸ Gydymas organizuojamas 6-iose insulto gydymo centruose (VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, VŠĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė, VŠĮ Klaipėdos universiteto ligoninės filialas Jūrininkų ligoninė, VŠĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė ir VŠĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė) ir 5-iose tarpinės pagalbos ligoninėse (VŠĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė, VŠĮ Marijampolės ligoninė, VŠĮ Regioninė Telšių ligoninė, VŠĮ Tauragės ligoninė ir VŠĮ Utenos ligoninė). GMP įtarus ūminį galvos smegenų insultą, pacientas transportuojamas į artimiausią insulto gydymo centrą arba tarpinės pagalbos ligoninę. Visos tarpinės ligoninės turi nuolat dirbančius specialistus, nuolat atlieka insulto diagnozavimui reikalingus tyrimus ir turi galimybę, esant indikacijai, atlikti intraveninės trombolizės procedūrą. Insulto gydymo centruose, be šių paslaugų, taip pat yra galimybė taikyti specializuotą ūminio galvos smegenų infarkto gydymą. Esant gydymo, kuris gali būti atliekamas tik insulto gydymo centre, indikacijai, po tarpinės pagalbos ligoninėje atliktos intraveninės trombolizės organizuojamas paciento pervežimas į artimiausią insulto gydymo centrą. Jeigu nustatoma, kad gydymas insulto gydymo centre ar tarpinės pagalbos ligoninėje netikslingas arba jeigu reikalinga tolimesnė hospitalizacija po šiose įstaigose suteikto gydymo, stabilizavus būklę pacientai tolesniam gydymui pervežami į stacionarines neurologijos ar vidaus ligų asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią ASPĮ pagal gyvenamąją vietą.

²⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. rugpjūčio 3 d. įsakymas Nr. V-940 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtariant ar diagnozavus ūminį miokardo infarktą, kai ST segmentas nepakilęs, teikimo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“

²⁷ Iki 2022 m. gruodžio 31 d. VŠĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė

²⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 20 d. įsakymas Nr. V-40 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. lapkričio 4 d. įsakymo Nr. V-1253 redakcija) „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtariant ar diagnozavus ūminį galvos smegenų insultą tvarkos aprašo patvirtinimo“

Integruota sveikatos priežiūra **traumų** atvejais²⁹ taip pat organizuojama kelių lygių traumų centruose, kurie yra išsidėstę visoje šalyje ir pacientai į juos pristatomi ne tik pagal traumos sunkumą (pirmo, antro ar trečio lygio traumų centrą), bet ir pagal laiką, reikalingą paciento pervežimui. Nustatytos pervežimo į traumų centrus tvarkos galima nesilaikyti, jeigu pervežimas iki artimiausio pagal indikacijas tinkamo traumų centro užtruks daugiau negu 1 valandą. Traumų ir skubios pagalbos srityje, taip pat atsižvelgiant į COVID-19 pandemijos metu išmoktas pamokas, nuo 2024 m. įsigalios griežtesni reikalavimai skubiosios medicinos pagalbos skyriaus patalpoms ir aplinkai³⁰.

Onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo tikslais taip pat nuo 2013–2014 m. buvo suorganizuoti 4 bandomieji onkologinės pagalbos konsultacinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų klasteriai³¹, kuriuose Kaune, Vilniuje, Klaipėdoje ir Šiauliuose esančių respublikos lygmens ligoninių gydytojai specialistai teikė konsultacijas kiekvienam klasteriui priskirtų regiono ir rajono lygmens ligoninių pacientams. Šie klasteriai veikė maždaug 2 metus, tačiau po to jų veikla nebetęsiama.

Priklausomybės ligų gydymo srityje buvo įgyvendinta įstaigų reforma. 2017 m. įvykdyta priklausomybės ligų centrų reorganizacija³² ir, vietoj buvusių 5 atskirų įstaigų didžiuosiuose miestuose, sukurta 1 įstaiga – Respublikinis priklausomybės ligų centras su būstine Vilniuje ir filialais visuose didžiuosiuose miestuose. Įvykdžius reorganizaciją, Respublikiniam priklausomybės ligų centrui suteikta ir metodinio vadovavimo bei stebėsenos funkcija, kas palaipsniui turėtų padėti suvienodinti ir pagerinti įvairių paslaugų prieinamumą ir kokybę visuose regionuose.

Reikšmingi pokyčiai analizuojamu laikotarpiu įvyko ir **ambulatorinių slaugos paslaugų namuose** teikimo srityje. 2014 m., planuojant VP priemones, kompleksinės slaugos paslaugos gyventojams buvo faktiškai neprieinamos. Nors kai kurios pirminės sveikatos priežiūros įstaigos teikė tam tikras slaugos ar paliatyviosios pagalbos paslaugas namuose, tačiau šios paslaugos buvo labiau atsitiktinės, prieinamos ribotam kiekiui pacientų (pavyzdžiui, dalyvaujant projektuose), kadangi nebuvo aiškiai reglamentuotas šių paslaugų turinys, teikimo tvarka, neparankus finansavimas. 2020 m. viduryje Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarka³³ buvo pakeista, nustatant, kad ambulatorines slaugos paslaugas namuose turi užtikrinti visos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (šėimos medicinos) paslaugas teikiančios ASPĮ. Taigi maždaug nuo 2021 m. pradžios šias paslaugas ėmė teikti vis daugiau ASPĮ, o už paslaugų teikimą apmokama Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) lėšomis (bazinis mokėjimas, skatinamieji priedai ir papildomas mokėjimas už nustatytas paslaugas). Nuo 2022 m. vidurio³⁴ taip pat išplėstas asmenų, kurie gali gauti ambulatorinės slaugos paslaugas namuose, ratas. Atsiranda galimybė pacientams po dienos chirurgijos operacijų, kai pacientai išleidžiami namo tą pačią dieną ir jiems nedelsiant reikalinga pooperacinė slauga, gauti slaugos paslaugas namuose. Atitinkamai, slaugos poreikiui nustatyti įvestas individualus klausimynas (iki tol buvo teikiama asmenims, turintiems negalią, arba tiems, kuriems nustatytas Bartelio indeksas yra iki 61 balo (nustato pacientą gydantis gydytojas arba šeimos gydytojas, arba slaugytojas).

²⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 19 d. įsakymas Nr. V-824 „Dėl Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sunkių traumų atvejais tvarkos aprašo patvirtinimo“

³⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021-09-21 įsakymas Nr. V-2131 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 16 d. įsakymo Nr. V-1073 „Dėl Specialiųjų reikalavimų asmens sveikatos priežiūros įstaigos skubiosios medicinos pagalbos skyriui ir skubiosios medicinos pagalbos kabinetui aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“

³¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 31 d. įsakymas Nr. V-998 „Dėl Onkologinės pagalbos konsultacinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo ir Suteiktų onkologinės pagalbos konsultacinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų ataskaitos formos patvirtinimo“

³² Lietuvos Respublikos 2017 m. gegužės 3 d. nutarimas Nr. 335 „Dėl sutikimo reorganizuoti Kauno apskrities priklausomybės ligų centrą, Klaipėdos priklausomybės ligų centrą, Šiaulių priklausomybės ligų centrą ir Panevėžio priklausomybės ligų centrą“

³³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. rugpjūčio 7 d. įsakymas Nr. V-1808 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“

³⁴ 2022 m. birželio 29 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1168 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“

Šiuo metu dar vyksta **GMP** reforma, kurios metu keičiamas GMP pavaldumas,³⁵ ir kuriama viena visoje šalyje veikianti centralizuota tarnyba su 5 padaliniais ir tolygiai visoje šalyje išdėstytomis stotimis, o paslaugos bus teikiamos nepaisant rajonų ribų. GMP sistema reorganizuojama siekiant visoje šalyje užtikrinti atvykimą pas pacientą per nustatytą laiko standartą (iki 15 min. mieste ir iki 25 min. – atokiausiai gyvenamose vietovėse).

Taip pat jau planuojama **savivaldybės sveikatos centrų**, integruojančių bazines sveikatos priežiūros paslaugas savivaldybėje, plėtra. Tokie centrai bus kuriami jungiant dabar fragmentuotas sveikatos priežiūros paslaugas ir integruojant savivaldybėje teikiamas pirmines ir antrines ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinės chirurgijos sveikatos priežiūros paslaugas, vidaus ligų stacionarines paslaugas, ilgalaikės priežiūros paslaugas. Į šią integruotą sistemą jungiamos ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos.³⁶

Pakankamai dideli pokyčiai numatomi ir stiprinant **šeimoms medicinos** instituciją³⁷. Vienas iš pagrindinių pokyčių – šeimos gydytojo komandų, sudarytų iš skirtingo profilio specialistų, formavimas ir plėtra, glaudesnio bendradarbiavimo su kitais sveikatos priežiūros specialistais modelio diegimas. Šis ir kiti pakeitimai būtini sudarant sąlygas įgyvendinti visus naujai diegiamus ar planuojamus diegti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelius, kurių dalis vystomi ir įgyvendinant 2014–2020 m. VP (poliligotų pacientų priežiūra, ambulatorinė slauga namuose ir pan.).

Analizuojamu laikotarpiu tęsėsi **sveikatos priežiūros įstaigų pertvarkos procesai**. Kaip jau buvo minėta, sujungus didžiuosiuose šalies miestuose veikusius priklausomybės centrus, nuo 2017 m. lapkričio 1 d. veikia Respublikinis priklausomybės ligų centras su būstine Vilniuje ir filialais Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje. Nuo 2023 m. sausio 1 d. veiklą pradėjo VšĮ Klaipėdos universiteto ligoninė, įsteigta sujungus VšĮ Klaipėdos universitetinę ligoninę, VšĮ Jūrininkų ligoninę ir VšĮ Palangos reabilitacijos ligoninę (toliau veiklą vykdo kaip filialai). Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė, veiklą pradėjusi 2020 m. rugsėjo 8 d., sujungė buvusias VšĮ Kauno klinikinę ligoninę ir VšĮ Respublikinę Kauno ligoninę. Optimizuojant nacionalinių visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, nuo 2022 m. liepos 1 d. prie Higienos instituto prijungti Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijų centras, Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras ir Valstybinis psichikos sveikatos centras.³⁸

³⁵ Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 39 straipsnio pakeitimo įstatymas, priimtas 2022 m. gegužės 19 d. Nr. XIV-1112

³⁶ Remiantis oficialiais komunikacijos kanalais pateikiama SAM informacija

³⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. gruodžio 19 d. įsakymas Nr. V-1884 "Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. rugsėjo 26 d. įsakymo Nr. V-1104 „Dėl šeimos medicinos plėtros 2016–2025 metų veiksmų plano patvirtinimo“ pakeitimo"

³⁸ Šioje ataskaitoje naudojami naujieji įstaigų pavadinimai, kai kuriais atvejais, jeigu aktualu, taip pat nurodant ir konkretų filialą, kuriam buvo skirtos intervencijos.

3. SUPLANUOTOS IR ĮGYVENDINTOS INTERVENCIJOS

3.1. ANALIZUOJAMOSE SVEIKATOS APSAUGOS KRYPTYSE TAIKYTA INTERVENCIJŲ LOGIKA IR INTERVENCIJŲ SUDERINAMUMAS

Šiame poskyryje pateikiama koncentruota kiekvienoje analizuojamoje sveikatos apsaugos kryptyje identifikuotų pagrindinių problemų, jas sąlygojančių priežasčių ir joms spręsti skirtų intervencijų apžvalga. Detali kiekvienoje kryptyje įgyvendintų intervencijų analizė pateikiama šios ataskaitos 1–9 prieduose.

Atskira kiekvienos sveikatos apsaugos krypties intervencijų analizė leidžia teigti, kad daugumoje atvejų suplanuotos veiklos atitinka investicinio laikotarpio pradžioje nustatytus poreikius ir yra suderintos tarpusavyje. Pagrindinių kiekvienoje kryptyje sprendžiamų problemų suvestinė pateikiama 6 lentelėje.

TUBERKULIOZĖS BEI ŪMIŲ INFEKCINIŲ IR LĒTINIŲ KVĖPAVIMO TAKŲ PROFILAKTIKOS, DIAGNOSTIKOS IR GYDYMO EFEKTYVUMO DIDINIMO KRYPTIS

Tuberkuliozės bei ūmių infekcinių ir lėtinių kvėpavimo takų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo efektyvumo didinimo kryptyje 2014–2020 m. investicinio laikotarpio pradžioje identifikuota pagrindinė problema – Lietuvoje sergamumas tuberkulioze yra gerokai didesnis palyginti su ES šalimis (Lietuva drauge su Rumunija 2012 m. buvo didžiausio tuberkuliozės paplitimo šalimis Europoje).

Kaip pagrindinės priežastys, sąlygojančios netenkinančią situaciją, investicinio laikotarpio pradžioje buvo išskirtos kokybiško ambulatorinio gydymo ir kontroliuojamo gydymo (DOTS) paslaugų trūkumas, pasenusi stacionarių ASPĮ infrastruktūra, laboratorinių diagnostinių laboratorijų stacionarinėse ASPĮ materialinės bazės nusidėvėjimas bei duomenų apie sergančiuosius ir gydytojų kvalifikacijos trūkumas.

2014–2020 m. intervencijos buvo skirtos atnaujinti stacionario gydymo infrastruktūrą, tame tarpe ir mikroskopijos laboratorijas, respublikos ir regiono lygmens ligoninėse, teikiančiose tuberkuliozės gydymo paslaugas³⁹. Taip pat atnaujinamos ir įranga aprūpinamos vaikų tuberkuliozės diagnostikai ir gydymui skirtos patalpos Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninėje⁴⁰. Pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros lygyje finansuotas DOTS kabinetų įrengimas visoje šalyje (įrengtas 51 kabinetas) bei įgyvendinamos socialinio pobūdžio priemonės, skatinančios pacientus laikytis gydymo plano, ir jį visiškai pabaigti. Asmens sveikatos specialistų (šeimos medicinos paslaugas teikiantiems gydytojams, gydytojams

³⁹ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, VŠĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė, VŠĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, VŠĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė, VŠĮ Alytaus apskrities tuberkuliozės ligoninė, VŠĮ Marijampolės ligoninė, VŠĮ Regioninė Telšių ligoninė, VŠĮ Utenos ligoninė

⁴⁰ Finansuojama pagal priemonę Nr. 08.1.3-CPVA-V-612 kaip vaikų sveikatos stiprinimo, ligų profilaktikos bei efektyvaus gydymo užtikrinimo projektas

pulmonologams bei bendrosios praktikos ir bendruomenių slaugytojams) kvalifikacijos kėlimui ir pacientų, jų artimųjų, visuomenės informavimui skirtos atskiros veiklos.

Pagrindiniai rezultatai, kurie turėtų būti pasiekti įgyvendinus suplanuotas intervencijas – sumažėjusios tuberkuliozės stacionarinio gydymo apimtys ir tuo pačiu, dėl geresnių ambulatorinių paslaugų ir efektyvesnės pacientų stebėsenos po išleidimo iš stacionaro, mažėjantis sergančiųjų (naujai susirgusių ir nutraukusių gydymą pacientų) tuberkulioze skaičius šalyje.

Suplanuotų priemonių ir pagal jas įgyvendinamų projektų veiklos iš esmės padengia visas svarbiausias laikotarpio pradžioje tuberkuliozės srityje identifikuotas problemas.

2020 m. pradžioje, prasidėjus COVID-19 pandemijai, Tuberkuliozės bei ūmių infekcinių ir lėtinių kvėpavimo takų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo efektyvumo didinimo krypties priemonės buvo papildytos papildomomis veiklomis ir finansiniais ištekiais, skirtais skubiems kovos su COVID-19 poreikiams tenkinti. COVID-19 srityje veiklos ir projektai buvo planuojami atsižvelgiant į tuo momentu identifikuotus poreikius ir, kai kuriais atvejais, sparčiai besikeičiančias prognozes.

Finansinės intervencijos pasiekė visas pagrindines aktualias sveikatos priežiūros sritis. Visuomenės sveikatos priežiūros srityje finansuotas epidemiologinių tyrimų organizavimas. Visuomenės sveikatos specialistai, užtikrinę epidemiologinę kontrolę valstybės sienos perėjimo punktuose, aprūpinti darbo įrankiais ir asmeninės apsaugos priemonėmis. Stiprinant diagnostikos pajėgumus, kurių poreikis staiga ir drastiškai išaugo, investuota į laboratorijų, atliekančių SARS-COV-2 testus, įrangą. Didelė lėšų dalis teko ir specifinės medicininės įrangos įsigijimui, įskaitant plaučių ventiliacijos aparatus ir EKMO sistemas. Medicininė įranga paskirstyta visoms sunkiausiai COVID-19 atvejus gydančioms ir pacientų paskirstymą regione organizuojančioms respublikos lygmens ligoninėms bei atraminėms ligoninėms⁴¹. Daugelyje COVID-19 klasterio ASPĮ atlikti deguonies sistemos infrastruktūros išplėtimo darbai. Asmens sveikatos specialistų, dirbančių COVID-19 padaliniuose, komunikavimui su kitomis gydymo įstaigomis ir nuolatiniam žinių apie ligą, jos atpažinimą ir gydymo būdus atnaujinimui buvo sukurta ir naudojama nuotolinio mokymo (konsultavimo) sistema: 20-ye ligoninių visoje šalyje buvo įrengta 40 nuotolinių darbo vietų. Svarbi COVID-19 reikmėms suplanuotų lėšų dalis buvo skirta asmeninių apsaugos priemonių įsigijimui.

PRIKLAUSOMYBĖS NUO ALKOHOLIO BEI KITŲ PSICHOAKTYVIŲJŲ MEDŽIAGŲ PREVENCIJOS, GYDYMO BEI SOCIALINĖS INTEGRACIJOS DIDINIMO KRYPTIS

Priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos, gydymo bei socialinės integracijos didinimo kryptyje investicinio laikotarpio pradžioje identifikuotos pagrindinės problemos – probleminis alkoholio vartojimas socialinės rizikos šeimose ir tarp darbingo amžiaus žmonių, probleminis narkotikų vartojimas tarp darbingo amžiaus žmonių, taip pat sveikatos sutrikimai, susiję su alkoholio ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimu.

Kaip pagrindinės priežastys, sąlygojančios netenkinančią situaciją, investicinio laikotarpio pradžioje buvo išskirtos gydymo ir rehabilitacijos paslaugų kokybės ir įvairovės trūkumas, nepakankama specialistų, ypač dirbančių savivaldybių psichikos sveikatos centruose, kitose vietos įstaigose, kvalifikacija, integruotos pagalbos trūkumas, o taip pat ribotas tokių specializuotų paslaugų kaip pakaitinis gydymas ir žemo slenksčio paslaugos prieinamumas.

⁴¹ 2020 m. kovo 4 d. Nr. V-281 "Dėl Sveikatos priežiūros paslaugų dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo"

Intervencijos yra suplanuotos ir įgyvendinamos plėtojant kokybiškoms paslaugoms teikti būtiną infrastruktūrą Respublikinio priklausomybės ligų centro filialuose⁴². Siekiant sustiprinti visų tikslinei grupei ir jų artimiesiems reikalingų paslaugų suderinamumą, kuriamas skirtingų paslaugų integravimo ir jų prieinamumo asmenims, priklausomiems nuo alkoholio ir kitų psichoaktyvių medžiagų, didinimo modelis šalies savivaldybėse. Pagal šį modelį sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai turėtų glaudžiai bendradarbiauti su vaikų teisių apsaugos srityje dirbančiomis įstaigomis, seniūnijomis, socialinės paramos ir teisėsaugos įstaigomis, nevyriausybiniais sektoriais. Kol kas modelis planuojamas ir vystomas tik dalyje šalies savivaldybių (15 savivaldybių), kuriose organizuojamos diskusijos ir specialistų mokymai. Visgi, dėl projekte dalyvaujančių institucijų ribotų administracinių įgaliojimų ir viešojo administravimo patirties trūkumo, paties kuriamo integruotų paslaugų modelio gyvybingumas ir sėkmė ateityje labai priklausys nuo to, kokios ir kokių lygiu paslaugų teikimo tvarkos bus patvirtintos, koks bus jų taikymo privalomumo lygis.

Mažinant su psichotropinių medžiagų naudojimu susijusias infekcinių ligų rizikas asmeniui ir jo aplinkai, taip pat siekiant suteikti kitą reikalingą informacinę-konsultacinę pagalbą tikslinės grupės asmenims, finansuojamas žemo slenksčio paslaugų teikimas (10 kabinetų 9-iose savivaldybėse). Tačiau svarbu pastebėti, kad ES fondų lėšomis teikiamas tiesioginis kabinetų veiklos finansavimas 3 metams, todėl išlieka aktualus paslaugų tęstinumo klausimas projektams pasibaigus.

Pakaitinio gydymo priklausomybei nuo opioidų gydyti skirti kabinetai steigiami įvairiose šalies savivaldybėse, taip mažinant finansinio laikotarpio pradžioje identifikuotą netolygaus paslaugos teritorinio pasiskirstymo problemą: iki analizuojamo investicinio laikotarpio šalyje pakaitinio gydymo paslaugos buvo prieinamos tik 12-oje šalies savivaldybių (visų didžiųjų miestų ir keliose rajonų savivaldybėse). Šiuo metu ES fondų lėšomis jau įrengti ar įrengiami pakaitinio gydymo kabinetai 46-iose naujose savivaldybėse, taip pat atnaujinti/atnaujinami keli kabinetai savivaldybėse, kurios jau teikė šias paslaugas anksčiau – viso pakaitinio gydymo paslaugos bus prieinamos 52-ose šalies savivaldybėse.

Suplanuotų priemonių ir pagal jas įgyvendinamų projektų veiklos padengia visas svarbiausias laikotarpio pradžioje identifikuotas problemas, tačiau įgyvendintų priemonių tinkamumas realiai sumažinti paslaugų tikslinėms grupėms fragmentiškumą, užtikrinti kvalifikuotos pagalbos priklausomybės ligomis sergantiems asmenims ir jų artimiesiems prieinamumą savivaldybėse labai priklausys nuo tolimesnio finansavimo ir tęstinės pagalbos teikimo po stacionarinio gydymo stiprinimui.

TRAUMŲ IR NELAIMINGŲ ATSTITIKIMŲ PROFILAKTIKOS, NEĮGALUMO IR MIRTINGUMO NUO IŠORINIŲ PRIEŽASČIŲ MAŽINIMO KRYPTIS

Traumų ir nelaimingų atsitikimų profilaktikos, neįgalumo ir mirtingumo nuo išorinių priežasčių mažinimo kryptyje investicinio laikotarpio pradžioje identifikuota pagrindinė problema – aukštas 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo dėl išorinių priežasčių rodiklis, ypač kai kuriose šalies savivaldybėse. Pagrindinės išorinės mirties priežastys – savižudybės, transporto įvykiai, nukritimai, atsitiktiniai apsinuodijimai alkoholiu, natūralus šalčio poveikis, atsitiktiniai paskendimai.

2014–2020 m. planavimo dokumentuose įvardintos pagrindinės priežastys sveikatos apsaugos sistemoje, dėl kurių nepavyksta išgelbėti dalies gyvybių ar išgyvenusių asmenų gyvenimo kokybė žymiai suprastėja, apima skubios medicinos pagalbos infrastruktūros problemas traumų ir apsinuodijimų atvejais, laiką, per kurį suteikiama kokybiška greitoji medicinos pagalba, taip pat laboratorinius pajėgumus greitai ir tiksliai nustatyti toksinių cheminių medžiagų koncentraciją žmogaus organizmo biologinėse terpėse. Mažinant nelaimingų atsitikimų dažnį, o taip pat didinant savalaikės ir tinkamos pirmosios pagalbos suteikimo

⁴² Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio filialai

tikimybę įvykio metu, akcentuojamas ir visuomenės sąmoningumas bei baziniai gebėjimai teikti pirmąją pagalbą.

Sprendžiant šiuos neigiamus veiksnius, investicijos skirtos plėtoti toksikologijos diagnostikos ir gydymo paslaugų infrastruktūrą: atnaujinamas ir modernia medicinine įranga aprūpinamas pagrindinis šalies toksikologijos centras, esantis VšĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje, taip pat papildomai kituose didžiuosiuose miestuose esančios respublikos lygmens ligoninės⁴³ aprūpinamos imuninių psichoaktyviųjų medžiagų analizatoriais, plečiant sudėtingų, anksčiau neprieinamų laboratorinių diagnostinių tyrimų apsinuodijimų srityje galimybes, investuojama į Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros laboratorijos įrangą, išplečiant prieinamą kiekybinių laboratorinių tyrimų spektrą.

Traumų srityje intervencijos skirtos Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų traumų ir skubios pagalbos centro, kuriam pilnai įrengti nepakako praeito finansinio laikotarpio lėšų, aprūpinimui įranga. Kita vertus, nors 2007–2013 m. finansiniu laikotarpiu kuriant traumų centrų sistemą buvo modernizuota nemažos dalies ASPĮ priėmimo-skubios pagalbos skyrių infrastruktūra, dar lieka ASPĮ, kurioms reikės papildomų investicijų artimoje ateityje, taip pat tai siejant su didėjančiais, nacionaliniuose teisės aktuose apibrėžtais reikalavimais traumų ir skubios pagalbos paslaugų infrastruktūrai.

Postūmį vienodinant ir gerinant visoje šalyje, įskaitant rajonų ligonines, teikiamos skubios pagalbos paslaugų kokybę turėtų duoti kuriama ir išbandoma telemedicinos sistema, kuri yra skirta rajono ir regiono lygmens ligoninių asmens sveikatos priežiūros specialistams bet kuriuo metu esant reikalui (konsultaciniai centrai veikia 24/7) konsultuotis su tretinio (aukščiausio) lygio ASPĮ specialistais ir užtikrinti savo pacientams aukšto lygio skubios pagalbos paslaugas. Bandomasis projektas įgyvendinamas ASPĮ tinkle, kurį sudaro 3 konsultaciniai centrai⁴⁴ ir 9 regiono ir rajono lygmens ligoninės⁴⁵. GMP srityje toliau stiprinami parko pajėgumai – nupirkti 94 GMP automobiliai su įranga, kurie perduoti 63 ASPĮ, esančioms tikslinėse teritorijose⁴⁶.

Šiame investiciniame laikotarpyje kiek daugiau koncentruotasi į gyventojų rolės aktyvinimą: prieinamų pirmosios pagalbos priemonių tinklo kūrimą (defibriliatorių ir turniketų tinklas investicinio laikotarpio pradžioje išskirtose probleminių teritorijų savivaldybėse⁴⁷), įvairaus formato pirmosios pagalbos mokymų organizavimą. Pirmosios pagalbos mokymai plačiai organizuoti tiek plėtojant defibriliatorių ir turniketų tinklą, tiek ir visuomenės sveikatos biurų savivaldybėse vykdytuose projektuose, kuriuose taip pat didelės dėmesys skirtas vaikų žinių apie traumas ir pirmąją pagalbą gerinimui.

Traumų ir nelaimingų atsitikimų profilaktikos, neįgalumo ir mirtingumo nuo išorinių priežasčių mažinimo kryptyje suplanuotų priemonių ir pagal jas įgyvendinamų projektų veiklos padengia beveik visas svarbiausias laikotarpio pradžioje identifikuotas problemas. Iš laikotarpio pradžioje įvardintų problemų mažesnis dėmesys teko šalies gyventojų savižudybių prevencijai. Vaikų ir paauglių savižudybių problemai mažinti rengiamos savižudybių rizikos vertinimo ir pirmosios psichologinės pagalbos mokymo programos pirmiausiai skirtos pirminio sveikatos priežiūros lygio specialistams. Taip pat kuriami psichinės sveikatos ir emocinės gerovės stebėsenos kriterijai, kuriais galėtų naudotis su vaikais ir paaugliais dirbančios institucijos ir specialistai⁴⁸. Tačiau pagalbos suaugusiems asmenims srityje apsiribota tik savivaldybėse dažniausiai visuomenės sveikatos biurų organizuojamomis pavienėmis iniciatyvomis. Taip pat pritrūko dėmesio GMP tarnybų ir skubios pagalbos skyrių specialistų dalyvavimui specializuotuose kursuose,

⁴³ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė, VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė

⁴⁴ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė

⁴⁵ VšĮ Jonavos ligoninė, VšĮ Kėdainių ligoninė, VšĮ Prienų ligoninė, VšĮ Švenčionių ligoninė, VšĮ Ukmergės ligoninė, VšĮ Visagino ligoninė, VšĮ Druskininkų ligoninė, VšĮ Šalčininkų ligoninė, VšĮ Trakų ligoninė

⁴⁶ Savivaldybės, kuriose fiksuoti prasti mirtingumo nuo kraujagyslių sistemos ligų, mirtingumo nuo cerebrovaskulinių ligų ir mirtingumo nuo traumų bei nelaimingų atsitikimų rodikliai

⁴⁷ Savivaldybės, kuriose fiksuoti prasti mirtingumo nuo kraujagyslių sistemos ligų ir mirtingumo nuo traumų bei nelaimingų atsitikimų rodikliai

⁴⁸ Finansuojama pagal priemonę Nr. 08.4.2-ESFA-V-622 kaip vaikų sveikatos stiprinimo, ligų profilaktikos bei efektyvaus gydymo užtikrinimo projektas

mokymų kitiems specialistams, dalyvaujantiems gelbėjimo operacijose – pakankamai plačios apimties (dalyvavo virš 1 tūkst. greitosios medicinos pagalbos ir skubiosios pagalbos specialistų) mokymai organizuoti tik pagalbos vaikams temomis (staigios mirties ir ikistacionarinės pagalbos traumų atvejais)⁴⁹.

KRAUJOTAKOS SISTEMOS LIGŲ MAŽINIMO KRYPTIS

Kraujotakos sistemos ligų mažinimo kryptyje investicinio laikotarpio pradžioje identifikuota pagrindinė problema – aukštas 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumas dėl kraujotakos sistemos ligų, taip pat fiksuojami dideli mirtingumo skirtumai tarp atskirų savivaldybių.

Kaip pagrindinės priežastys, sąlygojančios aukštą ankstyvą mirtingumą dėl kraujotakos sistemos ligų, investicinio laikotarpio pradžioje įvardinta nepakankama pirminė ir antrinė prevencija, nepakankamas greitosios medicinos pagalbos prieinamumas, nepakankami ir netolygūs ASPĮ infrastruktūriniai pajėgumai ir asmens sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacija, taip pat vyraujanti nesveika gyvensena, didinanti kraujotakos sistemos ligų riziką.

Finansavimas pagal analizuojamas VP priemones koncentruotas į respublikos lygmens ligonines (perkutaninės vainikinių arterijų intervencijos centrus), kuriose įsigyta moderni kardiologijos ir kardiologijos medicininė įranga bei atnaujinta ar išplėsta šių ASPĮ infrastruktūra⁵⁰. Įgyvendinami projektai yra orientuoti į išeminės širdies ligos, ypač ūminio miokardo infarkto, diagnozavimą ir gydymą.

Paslaugų kokybės gerinimas visame ūminio miokardo infarkto klasteryje realizuojamas per telemedicinos sistemos, skirtos rajono ir regiono lygmens ligoninių asmens sveikatos priežiūros specialistams konsultuoti su tretinio (aukščiausio) lygio ASPĮ specialistais ir užtikrinti savo pacientams aukšto lygio skubios pagalbos paslaugas – bandomasis projektas įgyvendinamas ASPĮ tinkle, kurį sudaro 3 konsultaciniai centrai⁵¹ ir 9 regiono ir rajono lygmens ligoninės⁵², taip pat plečiant GMP parką – 63 ASPĮ, esančioms tikslinėse teritorijose⁵³, perduoti 94 GMP automobiliai su įranga.

Pirminės sveikatos priežiūros grandyje stiprinami diagnostikos pajėgumai, šeimos gydytojų kabinetų aprūpinant specializuota medicinine įranga. Įrangą įsigijo daugiau kaip 250 pirminės ambulatorinės priežiūros ASPĮ visoje šalyje.

Sąlyginai didelis dėmesys skiriamas gyventojų informavimui apie sveiką gyvenseną, taip pat įvairioms aktyvioms priemonėms, skatinančioms sąmoningai rinktis gyvenimo būdą, mažinantį kraujagyslių ligų rizikos veiksnius. Šios veiklos įgyvendintos visose šalies savivaldybėse.

Analizuojant visas krypties intervencijas, pastebimas mažesnis dėmesys antrinių ir tretinių ambulatorinių kardiologijos paslaugų gerinimui. Antrinių ambulatorinių ir stacionarių kardiologijos paslaugų plėtra skirtinguose Lietuvos regionuose buvo sistemiškai finansuota ankstesniais finansiniais periodais. Visgi, nepaisant buvusių investicijų, viena iš 2014–2020 m. laikotarpio pradžioje identifikuotų problemų buvo nevienodas ambulatorinių kardiologo paslaugų lygis skirtingose savivaldybėse. Šioje srityje pagal VP 8.1.3 uždavinį įgyvendinamos intervencijos skiriamos tik užtikrinti geresnę širdies nepakankamumo

⁴⁹ Finansuojama pagal priemonę Nr. 08.4.2-ESFA-V-622 kaip vaikų sveikatos stiprinimo, ligų profilaktikos bei efektyvaus gydymo užtikrinimo projektas
⁵⁰ VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, Klaipėdos jūrininkų ligoninė, Respublikinė Šiaulių ligoninė, Respublikinė Panevėžio ligoninė

⁵¹ VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė

⁵² VšĮ Jonavos ligoninė, VšĮ Kėdainių ligoninė, VšĮ Prienų ligoninė, VšĮ Švenčionių ligoninė, VšĮ Ukmergės ligoninė, VšĮ Visagino ligoninė, VšĮ Druskininkų ligoninė, VšĮ Šalčininkų ligoninė ir VšĮ Trakų ligoninė

⁵³ Savivaldybės, kuriose fiksuoti prasti mirtingumo nuo kraujagyslių sistemos ligų, mirtingumo nuo cerebrovaskulinių ligų ir mirtingumo nuo traumų bei nelaimingų atsitikimų rodikliai

konsultavimo paslaugos prieinamumą ir geografinį tolygumą, įrengiant/atnaujinant 31 specializuotą širdies nepakankamumo gydymo kabinetą 30-yje ASPĮ.

Laikotarpio pradžioje dar viena iš identifiкуotų problemų buvo nevienodas ir, kai kuriose ASPĮ, išskirtinai ilgas ambulatorinių kardiologo konsultacijų laukimo laikas. Analizuojamos VP priemonės didesnio tiesioginio poveikio šios problemos sprendimui neturės, nors, įsigijus naują, našesnę medicinę ir diagnostinę įrangą, prognozuojamas trumpėsiąntis reikalingų stacionarinių paslaugų laukimo laikas.

GALVOS SMEGENŲ KRAUJOTAKOS LIGŲ MAŽINIMO KRYPTIS

Galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo kryptyje investicinio laikotarpio pradžioje identifiкуota pagrindinė problema – aukštas 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumas dėl galvos smegenų kraujotakos ligų, ypač galvos smegenų insulto. Šis rodiklis taip pat pasižymi dideliais skirtumais tarp šalies savivaldybių.

Kaip pagrindinės priežastys, sąlygojančios aukštą ankstyvą mirtingumą dėl galvos smegenų kraujotakos sistemos ligų, investicinio laikotarpio pradžioje įvardinta nepakankama insulto profilaktika bei susijusių būklių ir ligų gydymas, nepakankamas greitosios medicinos pagalbos prieinamumas, nepakankami ir netolygūs ASPĮ infrastruktūriniai pajėgumai ir asmens sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacija, taip pat vyraujanti nesveika gyvensena, didinanti kraujotakos sistemos ligų riziką.

Siekiant šalinti nurodytas priežastis, intervencijos buvo suplanuotos ir įgyvendinamos keliomis skirtingomis kryptimis. Finansiškai didžiausios investicijos skirtos insulto gydymo tinklo stiprinimui, siekiant užtikrinti aukštos kokybės paslaugas 6-iuose insulto gydymo centruose, esančiuose didžiuosiuose miestuose⁵⁴, ir 5-iose tarpinės pagalbos ligoninėse (regiono lygmens ligoninėse)⁵⁵. Šiomis investicijomis siekiama kuo labiau sutrumpinti laiką, per kurį pacientas pristatomas į reikiamas paslaugas teikiančią ASPĮ, ir čia jam suteikiamas būtinas gydymas. Taip pat šios investicijos mažina gydymo koncentravimą Vilniuje ir Kaune esančiuose tretinio lygio paslaugas teikiančiuose ASPĮ. Garantuojant neatidėliotiną pacientų pristatymą į gydymo įstaigą, itin svarbi ir vykdoma GMP parko plėtra – 63 ASPĮ, esančioms tikslinėse teritorijose⁵⁶, skirti 94 GMP automobiliai su įranga.

Pirminiame sveikatos priežiūros lygyje ASPĮ (virš 250 pirmines ambulatorines paslaugas teikiančių įstaigų visoje šalyje) aprūpintos diagnostine įranga, leidžiančia anksčiau nustatyti insulto rizikos faktorius.

Rizikos faktorių, susijusių su gyvenimo būdu, mažinimui, taip pat geresniam gyventojų informavimui apie pirminius ligų požymius finansuojamos visuomenės sveikatos biurų organizuojamos veiklos visose šalies savivaldybėse.

Galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo kryptyje suplanuotų priemonių ir pagal jas įgyvendinamų projektų veiklos iš esmės padengia visas svarbiausias laikotarpio pradžioje identifiкуotas problemas, tačiau bendrame šioje kryptyje faktiškai finansuotų veiklų rinkinyje pastebimas mažesnis dėmesys insulto prevencijai pirminės sveikatos priežiūros ASPĮ. Įgyvendintų/įgyvendinamų projektų analizė rodo, kad intervencijos šioje srityje faktiškai apsiriboja diagnostinės įrangos įsigijimu, insulto rizikos veiksnių

⁵⁴ VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, VŠĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė, VŠĮ Klaipėdos universiteto ligoninės filialas Jūrininkų ligoninė, VŠĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, VŠĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė

⁵⁵ VŠĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė, VŠĮ Marijampolės ligoninė, VŠĮ Regioninė Telšių ligoninė, VŠĮ Tauragės ligoninė, VŠĮ Utenos ligoninė

⁵⁶ Savivaldybės, kuriose fiksuoti prasti mirtingumo nuo kraujagyslių sistemos ligų, mirtingumo nuo cerebrovaskulinių ligų ir mirtingumo nuo traumų bei nelaimingų atsitikimų rodikliai

kontrolę labiau paliekant visuomenės sveikatos priežiūros institucijoms. Painsultinės priežiūros srityje apsiribojama naujų transporto priemonių šeimos gydytojų paslaugoms teikti išsigijimu⁵⁷.

ONKOLOGINIŲ LIGŲ PREVENCIJOS IR EFEKTYVAUS GYDYMO UŽTIKRINIMO KRYPTIS

Onkologinių ligų prevencijos ir efektyvaus gydymo užtikrinimo kryptyje investicinio laikotarpio pradžioje identifiukuota pagrindinė problema – aukštas 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumas nuo piktybinių navikų.

Išgyvenamumo rodiklių gerėjimui svarbiausia ankstyva vėžio diagnostika ir šiuolaikinės gydymo galimybės, paremtos technologijų inovacijomis. Todėl intervencijos daugiausiai buvo planuojamos šiomis kryptimis.

Pagrindinės taikomos priemonės ankstyvajai vėžio diagnostikai užtikrinti – vykdoma atrankinė patikra pagal storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos, gimdos kaklelio vėžio prevencinę, atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio ir prostatos (priešinės liaukos) vėžio ankstyvosios diagnostikos prevencinę programas. Siekiant pagerinti tikslinės populiacijos dalyvavimą pirmosiose trijose prevencinėse programose, steigiami 2 koordinavimo centrai, veiksiantys regioniniu principu⁵⁸. Taip pat bus keliama asmens sveikatos priežiūros specialistų, labiausiai orientuojantis į pirminio ir antrinio lygio asmens sveikatos paslaugas teikiančius specialistus, kvalifikacija.

Specializuotuose onkologijos gydymo centruose šiame investavimo laikotarpyje atnaujinama ir diegiama naujos kartos įranga bei tvarkoma infrastruktūra. Investicijos pasiekė visus pagrindinius onkologijos centrus⁵⁹, kiekviename jų ne tik gerinant naudojamos medicininės įrangos kokybę, bet ir išsigyjant įrangą, leidžiančią teikti naujas paslaugas šalies mastu.

Siekiant palengvinti ir pagreitinti pacientų patekimą pas reikalingus specialistus, įgyvendinamas bandomasis pacientų srautų valdymo ir onkologinių ligonių atvejo vadybininko paslaugų teikimo modelis. Šis modelis kol kas išbandomas ribotoje teritorijoje, bet su perspektyva šias gydymo organizavimo procesą greitančias priemones ateityje taikyti platesniu mastu, įtraukiant naujas ASPĮ.

Dėmesys taip pat skirtas paliatyviosios pagalbos paslaugų plėtrai ir psichologinės bei socialinės pagalbos ligoniams pasiūlos didinimui, pritraukiant nevyriausybinių sektoriaus resursus. Tačiau reikia pastebėti, kad kol kas šios sritys lieka antrame plane. Paliatyviosios pagalbos srityje apsiribota automobilių, skirtų šeimos gydytojų kabinetams, išsigijimu⁶⁰, o veiklos paslaugų kokybės, įvairovės gerinimo srityje faktiškai nebuvo vykdomos. Psichologinės ir socialinės pagalbos onkologiniams ligoniams srityje buvo įgyvendinami tikslinei grupei naudingi ir reikalingi projektai, tačiau jų buvo sąlyginai mažai⁶¹, jie buvo apriboti paslaugų teikimu tik tikslinių teritorijų savivaldybių gyventojams (išskyrus paslaugas vaikams iki 18 m. amžiaus). O svarbiausia, kad ši, daugiausia nevyriausybinių organizacijų organizuota pagalba, onkologiniams ligoniams buvo finansuota trumpą laiką (24 mėn.), nors onkologiniams ligoniams kylančios psichologinės problemos išliko. Toks finansinio tęstinumo trūkumas iš esmės riboja nuoseklesnių pagalbos

⁵⁷ Pirminės ambulatorinės priežiūros ASPĮ visoje šalyje išsigijo 240 automobilių, kurie, be kitų tikslų, gali būti naudojami ir teikiant painsultinę priežiūrą pacientams

⁵⁸ VšĮ Vilniaus universiteto ligoninėje Santaros klinikose planuojamas steigti Rytų regiono koordinavimo centras, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno klinikose – Vidurio ir Vakarų Lietuvos regionų koordinavimo centras. Dėl techninių kliūčių (suplanuotu laiku nespėta įgyvendinti kito projekto ir parengti atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programų vykdymo, kokybės užtikrinimo ir kokybės kontrolės informacinės sistemos (Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos (ESPBI IS) posistemė)) šie koordinavimo centrai kol kas nepradedą vykdyti veiklos pilna apimtimi (neįgyvendinami suplanuoti bandomieji projektai). Planuojama, kad bandomieji projektai bus įgyvendinti 2021-2027 m. investicinio laikotarpio lėšomis.

⁵⁹ Nacionalinis vėžio institutas, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

⁶⁰ Pirminės ambulatorinės priežiūros ASPĮ visoje šalyje išsigijo 240 automobilių, kurie, be kitų tikslų, gali būti naudojami ir teikiant priežiūrą onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams

⁶¹ Paslaugos suteiktos kiek daugiau nei 1300 onkologinėmis ligomis sergančių pacientų

programų atsiradimą, profesionalų, galinčių ir mokančių dirbti su tiksline grupe, rato formavimąsi, o kai kuriais atvejais, manytina, netgi sutrikdo asmenis, kuriems reikalinga pagalba, nes pagalbos prieinamumas nėra nuoseklus.

EFEKTYVIOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMO GERINIMO NEĮGALIESIEMS KRYPTIS

Efektyvios sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimo neįgaliesiems kryptyje investicinio laikotarpio pradžioje buvo identifikuotos įvairios problemos, susijusios su fiziniu sveikatos priežiūros paslaugų neįgaliesiems prieinamumo trūkumu, akcentuojant fizinį prieinamumą, bei specializuotų, neįgaliųjų poreikiams pritaiktų sveikatos priežiūros paslaugų, išskiriant rehabilitacijos ir odontologijos paslaugas, trūkumu. Siekiant užtikrinti efektyvesnę pagalbą neįgaliesiems ir pagerinti jų integracijos į visuomenę rezultatus, pabrėžiamas poreikis koordinuoti ir išnaudoti visus asmens gyvenamojoje teritorijoje (bendruomenėje) esančius sveikatos, švietimo, socialinio sektorių ir nevyriausybinių, bendruomeninių organizacijų resursus.

Planuojant ir įgyvendinant ES fondų lėšomis finansuojamas intervencijas 2014–2020 m. investiciniu laikotarpiu, didžiausias dėmesys skirtas fizinės ASPĮ aplinkos pritaikymui neįgaliesiems – neįgaliųjų geresnio fizinio judėjimo reikmėms pritaikyti 15-os rajono ir regiono lygmens ligoninių pastatai⁶².

Prie specifinių poreikių pritaiktų sveikatos priežiūros paslaugų plėtra vykdyta tik odontologijos srityje. Vykdytas 1 projektas, kurio metu įrengtos ir specializuota įranga aprūpintos odontologinių paslaugų teikimui pacientams su negalia pritaikytos patalpos VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinikoje, parengtos neįgaliųjų odontologinės priežiūros metodikos ir įgyvendintas bandomasis mobilių odontologinių paslaugų sunkią negalią turinčių pacientų namuose projektas 2-ose šalies savivaldybėse⁶³. Metodologinių priemonių sukūrimas ir įgyvendintos bandomosios veiklos sukuria prielaidas didesnei mobiliųjų ambulatorinių odontologinės priežiūros paslaugų plėtrai visoje šalyje, tačiau reikalinga parama mobilioms paslaugoms teikti, pritaikytos medicininės įrangos įsigijimui ir tęstinis finansavimas šių paslaugų teikimui.

Nors investicinio laikotarpio pradžioje parengtuose planavimo dokumentuose nebuvo pabrėžtinai išskirta, tačiau tikslinių grupių atstovai, asmens sveikatos priežiūros specialistų atstovai⁶⁴ akcentuoja labai aktualią ir mažai analizuojamą sveikatos priežiūros paslaugų pacientams su negalia (ypač su psichine negalia) kokybės problemą. Dauguma asmens sveikatos priežiūros specialistų neturi reikalingų specifinių žinių ir patirties aptarnaujant tokius pacientus. Todėl, dėl labai riboto kiekio gydytojų specialistų, galinčių kvalifikuotai teikti savo srities paslaugas specifinių poreikių turintiems asmenims, kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas tokiems pacientams yra komplikuoatas. Šiai problemai – asmens sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos, susijusios su neįgalių asmenų aptarnavimo specifika, kėlimui – analizuojamose VP priemonėse skirtas menkas dėmesys. Mokymai organizuoti tik odontologijos srityje ir tik dantų higienistams bei odontologų padėjėjams.

Didesnio dėmesio nesulaukė ir laikotarpio pradžioje akcentuotas poreikis stiprinti kompleksinės pagalbos bendruomenėje prieinamumą neįgaliesiems. Bene vienintelė su šios problemos sprendimu bent dalinai susijusi projektų grupė buvo skirta nevyriausybiniams organizacijoms stiprinti savo narių gebėjimus teikti slaugos ir pagalbos namuose paslaugas neįgaliesiems. Nors konkrečių projektų įgyvendinimo praktikoje stebimos pozityvios patirtys, atskirų bendruomenių pasiryžimas aktyviau įsitraukti į paramos

⁶² VšĮ Kaišiadorių ligoninė, VšĮ Pakruojo ligoninė, VšĮ Varėnos ligoninė, VšĮ Kuršėnų ligoninė, VšĮ Rokiškio rajono ligoninė, VšĮ Prienų ligoninė, VšĮ Joniškio ligoninė, VšĮ Šalčininkų rajono savivaldybės ligoninė, VšĮ Lazdijų ligoninė, VšĮ Naujosios Akmenės ligoninė, VšĮ Biržų ligoninė, VšĮ Pasvalio ligoninė, VšĮ Anykščių rajono savivaldybės ligoninė, VšĮ Kupiškio ligoninė, VšĮ Šakių ligoninė

⁶³ Vilniaus mieste ir Vilniaus rajone per visą projekto vykdymo laikotarpį pirminės odontologines paslaugas namuose gavo 820 neįgalių pacientų

⁶⁴ Remiantis atliktų interviu, fokusuotos diskusijos metu išsakytą nuomone

neįgaliesiems veiklas, tačiau, kaip rodo ilgametė įvairių bendruomeninių veiklų rėmimo patirtis, paslaugų teikimo apimtys ir nuoseklumas visgi yra priklausomas nuo išorinio finansavimo. Todėl, manytina, kad apmokytų ir motyvuotų bendruomenių narių resurso panaudojimas priklausys ir nuo to, ar ir kaip sveikatos priežiūros sistemos įstaigos pasitelks NVO ir bendruomenes kasdieniniame paslaugų teikime (pavyzdžiui, teikiant ambulatorines slaugos paslaugas namuose).

VAIKŲ SVEIKATOS STIPRINIMO, LIGŲ PROFILAKTIKOS BEI EFEKTYVAUS GYDYMO UŽTIKRINIMO KRYPTIS

Vaikų sveikatos stiprinimo, ligų profilaktikos bei efektyvaus gydymo užtikrinimo kryptyje 2014–2020 m. investicinio laikotarpio pradžioje akcentuotos pagrindinės problemos apėmė keletą sričių – vaikų traumų ir nelaimingų atsitikimų prevencija ir pirmoji pagalba, vaikų psichikos ir vaikų ankstyvosios raidos sutrikimų profilaktika, vaikų alergijos maistui ir vaistams, vaikų burnos sveikata, vaikų retų ligų gydymo prieinamumas ir kokybė, ankstyvas sveikatos ugdymas ir sveikatos mokymas, vaikų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistema. Viena iš esminių probleminės situacijos priežasčių, akcentuota daugelyje šių sričių, – metodinės pagalbos trūkumas. Vaikų psichikos ir vaikų ankstyvosios raidos sutrikimų srityje taip pat labai trūksta kvalifikuotų specialistų rajonuose.

ES fondų investicijomis 2014–2020 m. sprendžiamos aktualiausias kasdienės infrastruktūrinės problemos atnaujinant regiono ir respublikos lygmens ligoninių vaikų ligų gydymo infrastruktūrą, skirtą antrinių ir tretinių ambulatorinių ir stacionarių paslaugų teikimui⁶⁵, reabilitacijai⁶⁶. Papildomai šiek tiek investuojama į pirminių ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų įstaigų įrangą, skirtą vaikų ligų diagnozavimui ir gydymui, tame tarpe ir odontologinės įrangos⁶⁷.

Taip pat skirtos pakankamai koncentruotos investicijos vaikų retų ligų diagnostikos ir gydymo kokybei gerinti – pagrindiniuose vaikų retų ligų žinių ir paslaugų centruose VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninėje Santaros klinikose ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno klinikose atnaujinama reikalinga įranga, rengiama metodinė medžiaga, sukuriama retų ligų registravimo posistemė.

Siekiant plėtoti integruotą vaikų sveikatos priežiūrą, stiprinama metodologinė vaikų ligų gydymo bazė. Rengiamos skirtingų vaikų ligų diagnozių bei patiriamų traumų ir su tuo susijusių indikacijų stebėjimo, ambulatorinio ar stacionarinio gydymo metodikos bei pagal jas apmokomi instruktoriai, kurie vėliau savo žinias perduos platesniam sveikatos priežiūros specialistų ratui. ES fondų lėšomis taip pat finansuoti specializuoti mokymai greitosios ir skubios pagalbos specialistams ikistacionarinės pagalbos vaikų traumų atvejais klausimais.

Iš esmės atnaujinant ar naujai kuriant metodinę bazę, taip pat tikimasi identifikuoti geriausius modelius, būdus, kuriais galima užtikrinti kokybišką integruotą pagalbą vaikams besikeičiančiame asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinkle ir esant kitokiam paslaugų teritoriniam išdėstymui. Tokios metodinės priemonės, apimančios rekomendacijas, kaip elgtis, kur kreipti pacientą konkrečių būklių ir ligų atveju, taip pat geresni bendrosios praktikos specialistų gebėjimai aptarnaujant pacientus turinčius elgesio sunkumų, turėtų prisidėti pirmiausiai prie geresnės sveikatos priežiūros kokybės pirminiame sveikatos priežiūros lygyje, o taip pat gerinti pacientų srautų paskirstymą tarp skirtingų ASPĮ, mažinant perteklinį atskirų įstaigų ar specialistų apkrovimą ir sudarant sąlygas suteikti savalaikę pagalbą tiems, kam iš tiesų jos reikia.

⁶⁵ VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų filialas Vaikų ligoninė, VŠĮ Klaipėdos vaikų ligoninė, VŠĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, VŠĮ Marijampolės ligoninė, VŠĮ Tauragės ligoninė, VŠĮ Regioninė Telšių ligoninė, VŠĮ Utenos ligoninė, VŠĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė

⁶⁶ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų filialas Vaikų reabilitacijos skyrius Druskininkų „Saulutė“

⁶⁷ Apie 320 pirminės ambulatorinės priežiūros ASPĮ visoje šalyje

Nemažai veiklų įgyvendinama psichinės sveikatos srityje, tačiau svarbu pastebėti, kad reikšmingesnės infrastruktūrinės investicijos įgyvendinamos tik VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų filialo Vaikų ligoninės Vaiko raidos centre. Specialistų trūkumo ir tinkamos psichinės sveikatos priežiūros paslaugų trūkumo regionuose problema kol kas lieka labiau metodinės bazės, kuri leistų bent dalį vaikų ir paauglių psichinės sveikatos stebėsenos ir pagalbos funkcijų perduoti šeimos gydytojams, pediatrams, kai kuriais atvejais ir visuomenės sveikatos specialistams, kūrimo etape.

Papildomas dėmesys skiriamas savižudybių prevencijai. Rengiamas metodinių rekomendacijų ir indikatorių aprašas, skirtas vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros ir emocinės gerovės stebėsenos bei paslaugų kokybės vertinimo sistemai, bei savižudybių rizikos įvertinimo ir pirmosios psichologinės pagalbos mokymų programa, pagal kurią planuojama apmokyti 250 pirminės sveikatos priežiūros specialistų (apmokomos specialistų komandos).

Ankstyvojo sveikatos ugdymo srityje finansuojamos veiklos, į kurias tiesiogiai įtraukiami vaikai ir paaugliai: organizuojami fizinio aktyvo užsiėmimai, sveikos mitybos ir sveikos gyvensenos mokymai, saugaus elgesio ir pirmosios pagalbos mokymai visose šalies savivaldybėse. Vykdamas šias visuomenės sveikatos veiklas taip pat aktuali metodologinės pagalbos problema, kuri tam tikra apimtimi sprendžiama rengiant metodines rekomendacijas mokyklose dirbantiems visuomenės sveikatos priežiūros specialistams.

SVEIKO SENĖJIMO UŽTIKRINIMO KRYPTIS

Sveiko senėjimo užtikrinimo kryptyje laikotarpio pradžioje identifikuotos problemos – nepakankamas dėmesys ligų profilaktikai, ankstyvajai ligų diagnostikai, sveikatos išsaugojimui ir stiprinimui, sveikatos atkūrimui bei kompleksinių paslaugų vyresnio amžiaus žmonėms prieinamumas ir kokybė.

Siekiant spręsti šias problemas, numatytos ir įgyvendinamos investicijos keliomis kryptimis: plėtojamas geriatrinių paslaugų tinklas, gerinamos pirminės sveikatos priežiūros paslaugos, tame tarpe ir plečiant ambulatorines paslaugas namuose, siekiama vyresnio amžiaus gyventojus supažindinti, sudominti ir įtraukti į sveikos gyvensenos veiklas. Šiomis priemonėmis tikimasi prisidėti mažinant neigiamą sveikatos sutrikimų poveikį gyvenimo kokybei, savarankiškumui ir darbingumui ir taip mažinti socialinės atskirties bei skurdo riziką.

2014–2020 m. ES fondų lėšomis kuriamas geriatrinių paslaugų tinklas ir stiprinami infrastruktūriniai respublikos, regionų ir rajonų ligoninių pajėgumai teikti geriatrijos asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Kuriami 3 pakopų geriatrinių paslaugų sistema: geriatrijos centras Kaune⁶⁸, teikiantis stacionaro, dienos stacionaro ir ambulatorines paslaugas sunkiausiems geriatriniais pacientams; 8 respublikinės ir regiono ligoninės, kuriose įrengiami stacionariniai geriatrijos skyriai⁶⁹; 20 rajonų ligoninių, kuriose bus teikiamos dienos stacionaro ir konsultacinės paslaugos⁷⁰.

Be geriatrinių paslaugų prieinamumo ASPĮ, labai svarbi sąlyga gerinant sveikatos priežiūros paslaugas vyresnio amžiaus pacientams – slaugos paslaugos namuose. 2014–2020 m. investiciniu laikotarpiu esminė ambulatorinės slaugos paslaugų plėtra pirminiame sveikatos priežiūros lygyje daugiausiai įgyvendinama nacionalinėmis priemonėmis (atnaujintas reglamentavimas, besikeičianti šeimos gydytojo komandos

⁶⁸ Buvo planuojama įrengti du geriatrijos centrus – VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikose ir VšĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninėje, tačiau šio vertinimo metu gauta informacija, kad VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos nutraukia projekto sutartį pagal priemonę 08.1.3–CPVA–V–601 ir geriatrijos centras šioje ASPĮ nebus įrengtas.

⁶⁹ VšĮ Marijampolės ligoninė, VšĮ Tauragės ligoninė, VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė, VšĮ Regioninė Telšių ligoninė, VšĮ Utenos ligoninė, VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, VšĮ Panevėžio ligoninė, VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė (Skuodo filialas)

⁷⁰ VšĮ Vilkaviškio ligoninė, VšĮ Molėtų ligoninė, VšĮ Ignalinos rajono ligoninė, VšĮ Kuršėnų ligoninė, VšĮ Kėdainių ligoninė, VšĮ Rokiškio rajono ligoninė, VšĮ Kupiškio ligoninė, VšĮ Švenčionių rajono ligoninė, VšĮ Zarasų rajono savivaldybės viešoji įstaiga Zarasų ligoninė, VšĮ Ukmergės ligoninė, VšĮ Druskininkų ligoninė, VšĮ Kaišiadorių ligoninė, VšĮ Raseinių ligoninė, VšĮ Lazdijų ligoninė, VšĮ Jurbarko ligoninė, VšĮ Širvintų ligoninė, VšĮ Varėnos ligoninė, VšĮ Elektrėnų ligoninė, VšĮ Biržų ligoninė, VšĮ Radviliškio ligoninė

finansavimo tvarka ir pan.), o VP priemonės skirtos labiau techniniam palaikymui – finansuojant transporto priemonių įsigijimą pirminėse ambulatorinėse ASPĮ⁷¹, organizuojant į ambulatorinės slaugos teikimą įsitraukusių sveikatos priežiūros specialistų, susijusių savivaldybių administracijos specialistų informavimą ir panašiai.

VP veiklos turėtų turėti reikšmingesnį vaidmenį ateities politikos formavimui ir pokyčiams nacionaliniu mastu sveikatos priežiūros paslaugų poliligotiems pacientams klausimu. ES fondų lėšomis praktiškai yra išbandomi nauji paslaugų poliligotiems pacientams teikimo modeliai. Išbandoma 14 skirtingų modelių, kurių praktinio įgyvendinimo veiklos vyksta 44 pirminės sveikatos priežiūros įstaigose įvairiose šalies savivaldybėse.

Vertinant su sveikos gyvensenos populiarinimu, pagalba vyresnio amžiaus žmonėms aktyviau rūpintis savo sveikata, matyti, kad pagrindinis dėmesys buvo skirtas informavimu apie sveiką gyvenseną ir fizinio aktyvumo veikloms. Šalies savivaldybėse dažniausiai visuomenės sveikatos biurų įgyvendintos veiklos iš dalies apėmė ir vyresnio amžiaus asmenų emocinės sveikatos, psichologinės būklės klausimus, bet labiau informavimo, prasmingo, atpalaiduojančio laisvalaikio veiklomis, tačiau pritrūko rimtesnio dėmesio psichologinės pagalbos organizavimo jos reikalingiems asmenims klausimams. Kokybiškesniam šių paslaugų teikimui būtų svarbi metodologinė pagalba, kuriai dėmesio kol kas trūksta.

⁷¹ Pirminės ambulatorinės priežiūros ASPĮ visoje šalyje įsigijo 240 automobilių, kurie, be kitų tikslų, gali būti naudojami ir teikiant ambulatorinės slaugos paslaugas pacientams

6 LENTELĖ. VP 8.1.3, 8.4.2 IR 13.1.1 UŽDAVINIŲ PRIEMONIŲ PRISIDĖJIMAS PRIE 2014–2020 M. INVESTICINIO LAIKOTARPIO PRADŽIOJE IDENTIFIKUOTŲ PROBLEMŲ SPRENDIMO, PAGAL KIEKVIENĄ AKTUALIĄ SVEIKATOS APSAUGOS KRYPTĮ

SRITYS, KURIOSE INVESTICINIO LAIKOTARPIO PRADŽIOJE IDENTIFIKUOTI TRŪKUMAI	Tuberkuliozės <...> kryptis	Priklausomybės ligų <...> kryptis	Traumų <...> kryptis	Kraujotakos sistemos <...> kryptis	Galvos smegenų <...> kryptis	Onkologinių ligų <...> kryptis	Neįgaliųjų <...> kryptis	Vaikų <...> kryptis	Sveiko senėjimo <...> kryptis
Pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių ASPĮ infrastruktūra ir įranga	08.1.3-CPVA-V-605-J02 08.1.3-CPVA-R-609	08.1.3-CPVA-R-609		08.1.3-CPVA-R-609	08.1.3-CPVA-R-609	08.1.3-CPVA-R-609	08.1.3-CPVA-R-609	08.1.3-CPVA-R-609	08.1.3-CPVA-R-609
Antrinio ir (ar) tretinio lygio ambulatorines ir (ar) stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių ASPĮ infrastruktūra ir įranga	08.1.3-CPVA-V-605-J02	08.1.3-CPVA-V-608 04.3.1-VIPA-V-101	08.1.3-CPVA-V-611	08.1.3-CPVA-V-610 13.1.1-CPVA-V-610	08.1.3-CPVA-V-603	08.1.3-CPVA-V-606 13.1.1-CPVA-V-606	08.1.3-CPVA-V-607	08.1.3-CPVA-V-612	08.1.3-CPVA-V-601
Greitosios medicinos pagalbos įranga			08.1.3-CPVA-V-604 08.4.2-ESFA-V-628	08.1.3-CPVA-V-604 08.4.2-ESFA-V-628	08.1.3-CPVA-V-604				
Paslaugų teikimo modeliai		08.4.2-ESFA-V-621	08.1.3-CPVA-V-604	08.1.3-CPVA-V-604	08.1.3-CPVA-V-604	08.4.2-ESFA-V-619	08.1.3-CPVA-V-607	08.4.2-ESFA-V-622	08.4.2-ESFA-V-614 08.4.2-ESFA-K-616
Diagnostikos ir laboratorinių tyrimų infrastruktūra ir įranga	08.1.3-CPVA-V-605-J02 13.1.1-CPVA-V-605		08.1.3-CPVA-V-611						
Asmens sveikatos specialistų kvalifikacija	09.4.2-ESFA-V-715	08.4.2-ESFA-V-621 09.4.2-ESFA-V-715	08.1.3-CPVA-V-604 09.4.2-ESFA-V-715	08.1.3-CPVA-V-604 08.1.3-CPVA-V-610 09.4.2-ESFA-V-715	09.4.2-ESFA-V-715	08.4.2-ESFA-V-619 09.4.2-ESFA-V-715	08.1.3-CPVA-V-607 09.4.2-ESFA-V-715	08.4.2-ESFA-V-622 09.4.2-ESFA-V-715	09.4.2-ESFA-V-715
Kitų specialistų kvalifikacija		08.4.2-ESFA-V-621					08.4.2-ESFA-K-629	08.4.2-ESFA-V-622	
Asmens sveikatos specialistų pasiūla	08.4.2-ESFA-V-617	08.4.2-ESFA-V-617	08.4.2-ESFA-V-617	08.4.2-ESFA-V-617	08.4.2-ESFA-V-617		08.4.2-ESFA-V-617	08.4.2-ESFA-V-617	08.4.2-ESFA-V-617
Duomenų kaupimas, mainai, įstaigų bendradarbiavimas*	10.1.1-ESFA-V-912	02.3.1-CPVA-V-525						08.4.2-ESFA-V-622 02.3.1-CPVA-V-525	02.3.1-CPVA-V-525

SRITYS, KURIOSE INVESTICINIO LAIKOTARPIO PRADŽIOJE IDENTIFIKUOTI TRŪKUMAI	Tuberkuliozės <...> kryptis	Priklausomybės ligų <...> kryptis	Traumų <...> kryptis	Kraujotakos sistemos <...> kryptis	Galvos smegenų <...> kryptis	Onkologinių ligų <...> kryptis	Neigaliųjų <...> kryptis	Vaikų <...> kryptis	Sveiko senėjimo <...> kryptis
Metodologinis parengtumas*	08.4.2-CPVA-V-618-J02	08.4.2-ESFA-V-621					08.1.3-CPVA-V-607	08.1.3-CPVA-V-612 08.4.2-ESFA-V-622	
Medicininės prevencijos priemonės				08.1.3-CPVA-R-609 08.1.3-CPVA-V-610 08.4.2-ESFA-K-629		08.1.3-CPVA-V-606 08.4.2-ESFA-V-619			
Gydymo režimas, atsakingas pacientų elgesys	08.4.2-CPVA-V-618-J02 08.4.2-ESFA-R-615	08.4.2-ESFA-V-621							
Pagalbinės priemonės, psichologinė pagalba						08.4.2-ESFA-K-629			08.4.2-ESFA-R-630
Sveika gyvensena, aktyvus gyventojų vaidmuo			08.4.2-ESFA-V-628 08.4.2-ESFA-R-630	08.4.2-ESFA-V-628 08.4.2-ESFA-R-630	08.4.2-ESFA-R-630	08.4.2-ESFA-R-630	08.4.2-ESFA-R-630	08.4.2-ESFA-K-629 08.4.2-ESFA-R-630	08.4.2-ESFA-R-630

Šaltinis: sudaryta BGI Consulting

* neįtrauktos priemonės 02.3.1-CPVA-V-525, 10.1.1-ESFA-V-912 ir 10.1.3-ESFA-V-918, pagal kurias suplanuoti ir įgyvendinami visoms kryptims aktualūs, horizontalaus pobūdžio IS plėtros, metodologinio pasirengimo stiprinimui skirti projektai (išskyrus tas kryptis, kurioms skirtos labai specifinės veiklos pagal šias priemones, pvz. pagal priemonę Nr. 02.3.1-CPVA-V-525 kuriama ESPBI IS posistemė, skirta ambulatorinės slaugos paslaugų namuose teikimui turi tiesioginį poveikį Sveiko senėjimo užtikrinimo krypties tikslų siekimui)

3.2. INTERVENCIJŲ TINKAMUMAS IR PAKANKAMUMAS

VP priemonių ir jų veiklų tinkamumas vertintas analizuojant jų atitikimą investicinio laikotarpio pradžioje identifikuotiems kiekvienos aktualios sveikatos apsaugos krypties poreikiams. Tiksliau, šioje vertinimo dalyje analizuojamas suplanuotų priemonių ir jų veiklų tinkamumas ir jų pakankamumas prisidėti sprendžiant operacinio/einamojo pobūdžio iššūkius ar mažinti ribojančius veiksnius, kurie sukuria egzistuojančias (investicinio laikotarpio pradžioje įvardintas) sveikatos apsaugos sektoriaus problemas.

Suplanuotų priemonių tinkamumo ir pakankamumo sprendžiant identifikuotas problemas analizė atlikta kiekvienoje sveikatos apsaugos kryptyje, kuriai buvo numatytos investicijos pagal VP priemones. Kiekvienai krypčiai yra būdingos tam tikros specifinės investicijos ar jų paketas, tačiau pastebimi ir tam tikri bendro pobūdžio problemų sprendimo dėsningumai, atsikartojantys daugumoje krypčių, kurie ir aptariami šiame poskyryje.

Bendrai **suplanuotų ir įgyvendintų 2014–2020 m. intervencijų atitikimas laikotarpio pradžioje identifikuotiems poreikiams vertinamas teigiamai**. Detalus problemų aprašymas investicinio laikotarpio pradžioje parengtuose planavimo dokumentuose ir vėliau nuosekliai laikantis juose suplanuotų veiklų parengti PFSA bei atrinkti projektai (vyrauja valstybinio planavimo projektai) leido įgyvendinti veiklas, nukreiptas į iškeltų problemų mažinimą. Tai, kad suplanuotos remiamos veiklos atitiko esminius sveikatos priežiūros įstaigų poreikius konkrečiose srityse, patvirtina ir ASPĮ projektų vykdytojai, 89 proc. kurių teigia, kad remiamos ir į projektą įtrauktos veiklos pilnai atitiko jų įstaigų poreikius. Taip teigia ir 78 proc. projektų vykdytojų, veikiančių visuomenės sveikatos priežiūros srityje.

3.2.1. PRIEINAMUMO DIDINIMAS TERITORINIŲ ASPEKTU

Šiame poskyryje aptariamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas suprantamas ne kaip fizinė sveikatos priežiūros paslaugų teikimo vieta, bet kaip galimybė pacientui, nepaisant jo gyvenamosios vietos, gauti kokybiškas visų sveikatos priežiūros sričių ir lygių paslaugas.

INVESTICIJŲ Į INFRASTRUKTŪRĄ IR ĮRANGĄ TERITORINIS PASISKIRSTYMAS

Beveik visose kryptyse suplanuotos investicijos į visų lygių sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių ASPĮ infrastruktūrą ir įrangą. Tai rodo sisteminių požiūrį į identifikuotų problemų sprendimą, kuriam pasiekti reikalingi **paslaugų kokybės pokyčiai visoje grandinėje, nuo prevencijos, pirminės sveikatos priežiūros iki reabilitacijos**.

Dauguma pagal VP 8.3.1, 8.4.2 ir 13.1.1 uždavinius įgyvendinamų priemonių yra pakankamai sėkmingai **sukoncentruotos į tam tikrų, iš anksto apibrėžtų problemų sprendimą**, o investicijos tenka ribotam kiekiui konkrečiam tinklui priklausančių ar apibrėžtas funkcijas atliekančių ASPĮ. Toks investicijų planavimas leidžia pakankamai nuosekliai ir tolygiai finansuoti visą konkretaus profilio paslaugas teikiančių ASPĮ tinklą, tokiu būdu taip pat **užtikrinant nacionalinių reformų palaikymą ir tęstinumą**.

Investicijoms į infrastruktūrą ir įrangą bendrai būdinga tai, kad **finansuojamos visos ar didelė dalis konkretaus profilio paslaugas teikiančių ASPĮ**. Finansinės intervencijos pasiekė visas insulto gydymo klasterio ASPĮ, visus perkutaninės vainikinių arterijų intervencijos centrus, investuota į abu šalyje

veikiančius vaikų retų ligų centrus, gerinant paslaugas vyresnio amžiaus pacientams visoje šalyje tolygiai plėtojamas geriatrinių paslaugų teikimo tinklas, siekiant pagerinti socialinės rizikos grupių gydymo rezultatus gana plačiai visoje šalyje steigiami tuberkuliozės stebimo gydymo kurso (DOTS) kabinetai, pakaitinio gydymo kabinetai ir t.t.

Investicinio laikotarpio pradžioje identifikuojant aktualiausias problemas, didelis dėmesys skirtas pirminiam sveikatos priežiūros lygiui, nemažą dalį egzistuojančių problemų siejant su nepakankamais pajėgumais šeimos medicinos grandyje laiku pastebėti ir diagnozuoti ligas bei nukreipti pas reikiamus specialistus ir, atvirkščiai, kai kurių ligų ir būklių atveju pastebint pernelyg greitą, perteklinį siuntimą pas antrinio lygio sveikatos priežiūros specialistus. Pagal VP priemonę Nr. 08.1.3-CPVA-R-609 buvo **atnaujinta tam tikra medicininė įranga pirmines ambulatorines paslaugas teikiančiose ASPĮ (326 įstaigos), kurios bendrai aptarnauja daugiau kaip pusę šalies gyventojų**. Beveik trys ketvirtadaliai šių pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų taip pat buvo aprūpintos transporto priemonėmis. Tai turėtų prisidėti prie geresnės ligų prevencijos ir diagnostikos ankstyvose stadijose, taip pat plėtojant ambulatorinės slaugos namuose paslaugas.

Kraujotakos ligų gydymo ir onkologijos kryptyse šiame investiciniame laikotarpyje pasirinkta investuoti tik į pagrindinius kompetencijos ir gydymo centrus, esančius didžiuosiuose miestuose. Kita vertus, tai sudarė sąlygas koncentruoti resursus ir įsigyti aukštųjų technologijų, šiuolaikinę įrangą, kuri atveria galimybes naujų, iki šiol šalyje neegzistavusių gydymo metodų taikymui ir gerinti paslaugų kokybę visiems šalies gyventojams, kuriems reikalingos tretinio lygio specializuotos paslaugos.

Infrastruktūros tvarkymas ir įrangos įsigijimai antrinio ir (ar) tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose daugeliu atveju **derinti su jau buvusiais arba investicinio laikotarpio metu įvykusiais, o kai kuriais atvejais dar tik planuojamais tinklo ir paslaugų teikimo pokyčiais**.

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMAS NUO DIDŽIŲJŲ CENTRŲ NUTOLUSIOSE VIETOVĖSE

Tiek aptartos investicijos į visą konkrečios srities ASPĮ tinklą, tiek ir laikotarpio investicinių lėšų koncentravimas specializuotuose gydymo centruose **gerina kokybiškų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą visiems šalies gyventojams**. Visgi, tose srityse, kuriose daugiau dėmesio skiriama respublikos lygmens gydymo centrų plėtrai, turi būti papildomai nuosekliai vertinamos susijusios asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurias gyventojai gauna pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, rajono ir regiono lygmens ligoninėse. Nuo šių grandžių paslaugų kokybės priklauso, kurioje ligos stadijoje ir kokios būklės pacientai pasieks specializuotus centrus ir, atitinkamai, jų išgyvenamumo ir būsimo gyvenimo kokybės prognozė. Kaip rodo gyventojų sveikatos rodikliai, ypač lyginant miesto ir rajonų savivaldybių duomenis, daug problemų koncentruojasi būtent paciento kelyje nuo šeimos gydytojo iki specializuotų respublikos lygmens centrų. Šeimos gydytojų kvalifikacijos kėlimui, aktualios metodinės medžiagos parengimui dalyje kryptių įgyvendintos tam tikros veiklos (vėžio atrankinių patikros programų vykdymas, sveikatos priežiūros paslaugų teikimas vaikams, pagalba priklausomybės ligomis sergantiems asmenims ir kt.). Tačiau kitų **rajonų ir regionų ASPĮ asmens sveikatos specialistų teikiamų paslaugų kokybės gerinimui** 2014–2020 m. investiciniu laikotarpiu buvo **skirtas mažas dėmesys**.

Srityse, kuriose yra **suformuoti integruoti skirtingų įstaigų tinklai**, apimantys visoje šalyje veikiančias ASPĮ (kraujotakos, galvos smegenų kraujotakos ligos), finansavimas (kad ir ribotas) skiriamas teikiamų paslaugų gerinimui ir (ar) geresniam integravimui visame tinkle, atitinkamai, **investicijų rezultatai turės poveikį visiems pacientams, nepriklausomai nuo jų gyvenamosios vietos**.

Investicijų potencialas pagerinti paslaugų kokybę visiems pacientams, nepriklausomai nuo jų gyvenamosios vietos, **mažesnis tose srityse, kuriose pagal nacionalinį reglamentavimą sveikatos**

priežiūros paslaugos yra sukoncentruotos didesniuose miestuose ar nesuformuoti skirtingo lygmens įstaigų, išsidėsčiusių visoje šalies teritorijoje, bendradarbiavimo tinklai (klasteriai).

Onkologinių ligų gydymo srityje investuota į aukštos kokybės šiuolaikinę medicininę įrangą, skirtą pagrindiniams gydymo centrams Vilniuje ir Kaune, ir prevencinių programų efektyvumo visoje šalyje didinimą. Šios veiklos yra labai svarbios ir reikalingos mažinant mirštamumą nuo navikų. Visgi jos yra nepakankamos siekiant reikšmingo mirštamumo rodiklio pokyčio, kadangi nuošalėje liko kitų navikų, nekontroliuojamų atrankinės patikros programomis, ankstyvoji diagnostika, kuri iš esmės priklauso nuo onkologinių paslaugų kokybės pirminio ir antrinio lygio paslaugas rajonuose teikiančių ASPĮ.

Priklausomybės ligų gydymo srityje nacionaliniu lygiu egzistuojantys trūkumai taip pat atsispindi pagal 2014–2020 m. investiciniu laikotarpiu šiai sričiai skirtose intervencijose. Labai konkrečios paslaugų priklausomybės ligomis sergantiems pacientams gerinimo veiklos vykdomos Respublikiniame priklausomybės ligų centre, turinčiame filialus 5 didžiuose miestuose. Visos šalies mastu plečiamas tik pakaitinio gydymo priklausomybei nuo opioidų gydyti paslaugų tinklas ir, dalinai, žemo slenksčio kabinetų paslaugos. Tuo tarpu seniai egzistuojantis integruotų paslaugų nuo alkoholio ir psichotropinių medžiagų priklausomiems pacientams ir jų artimiesiems trūkumas rajonuose bandomas iš dalies spręsti organizuojant mokymus savivaldybių psichikos sveikatos centruose, kitose vietos įstaigose dirbantiems specialistams bei kuriant integruotas ankstyvosios diagnostikos, priklausomybių gydymo ir socialinės pagalbos sistemos modelį, grindžiamą įstaigų, teikiančių priklausomybės ligų diagnostikos, gydymo ir socialinės integracijos tarpinstitucinio bendradarbiavimo principais, savivaldybėse (dalyvauja ketvirtadalis šalies savivaldybių). Pastarosios veiklos yra reikalingos, tačiau tam, kad jos realiai įtakotų paslaugų prieinamumo tikslinėms grupėms situaciją, reikalingi reglamentavimo ir finansavimo pokyčiai, kurių pagrindinis šių veiklų organizatorius ir koordinatorius – Respublikinis priklausomybės ligų centras – įgyvendinti negali.

Psichikos sveikatos paslaugų, įvairios specializacijos psichologų trūkumas, ypatingai rajonuose, ryškus ne tik sprendžiant aktualiausias priklausomybės ligų kontrolės ir gydymo poreikius, tačiau taip pat vaikų ir paauglių, vyresnio amžiaus asmenų sveikatos srityje, suteikiant visapusišką pagalbą sudėtingomis ligomis sergantiems pacientams. Šių paslaugų plėtrai rajonų savivaldybėse analizuojamose įvairiose VP 8.3.1 ir 8.4.2 uždavinių priemonėse skiriamas tam tikras dėmesys, tačiau nepakankamas pastebimesniems bendrosios situacijos pokyčiams.

INVESTICIJOS TIKSLINIŲ TERITORIJŲ SAVIVALDYBĖSE

Keturi iš penkių VP 8.1.3 uždavinio specialiųjų programos rezultato rodiklių yra skirti matuoti ankstyvo mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų, cerebravaskulinių ligų, piktybinių navikų ir išorinių mirties priežasčių pokyčius tikslinėse teritorijose, t. y. savivaldybėse, kuriose standartizuotas mirtingumas nustatytu dydžiu viršijo Lietuvos vidurkį⁷². Tikslinės teritorijos yra išskiriamos dalies priemonių (tiek 8.1.3 uždavinio, tiek ir 8.4.2 uždavinio) PFSA. Tačiau, atlikus detalią finansavimo, tekusio kiekvienai savivaldybei kiekvienoje aktualioje sveikatos apsaugos kryptyje (Kraujotakos sistemos ligų mažinimo kryptis, Galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo kryptis, Onkologinių ligų prevencijos ir efektyvaus gydymo užtikrinimo kryptis ir Traumų ir nelaimingų atsitikimų profilaktikos, neįgalumo ir mirtingumo nuo išorinių

⁷² Savivaldybės, kuriose standartizuoto mirtingumo dėl kraujotakos sistemos ligų (0–64 m.) rodiklis 2007–2011 m. laikotarpiu 20 proc. ir daugiau viršijo Lietuvos vidurkį;

Savivaldybės, kuriose 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumas dėl galvos smegenų kraujotakos ligų vidutiniškai per 5 metus (nuo 2007–2011 m.) viršijo šio rodiklio Lietuvos vidurkį 20 ir daugiau procentų;

Savivaldybės, kuriose 0–64 m. amžiaus gyventojų standartizuoto mirtingumo nuo piktybinių navikų rodiklis 100 000 gyv. 2007–2012 m. laikotarpiu 8 proc. ir daugiau viršijo Lietuvos vidurkį

Savivaldybės, kuriose 2007–2011 m. laikotarpiu standartizuotas mirtingumo dėl išorinių priežasčių rodiklis 100 000 gyventojų vidutiniškai 20 ir daugiau proc. viršijo šalies vidurkį

priežasčių mažinimo kryptis) analizę, matyti, kad **papildomų priemonių keisti situaciją išskirtose tikslinių teritorijų savivaldybėse imtasi beveik nebuvo.**

Specifinės veiklos, skirtos išskirtinai aktualios krypties tikslinių teritorijų savivaldybėms, buvo suplanuotos ir įgyvendintos tik pagal kelias VP priemones. Pagal priemonę Nr. 08.1.3-CPVA-V-604 įsigyti GMP automobiliai ir įranga tikslinių teritorijų pacientams pervežti į sveikatos priežiūros įstaigas⁷³. Pagal priemonę Nr. 08.4.2-ESFA-V-628 vykdomi su sveikata susiję mokymai⁷⁴ ir įrengiamas defibriliatorių ir turniketų tinklas⁷⁵. Onkologinių ligų prevencijos ir efektyvaus gydymo užtikrinimo kryptyje išskirtinai tikslinėms teritorijoms skirtos veiklos apima tik pagal priemonę Nr. 08.4.2-ESFA-K-629 finansuotą psichosocialinės paramos onkologiniams pacientams teikimą.

Daugumos kitų priemonių, tiesiogiai skirtų aptariamų 4 krypčių įgyvendinimui, pagrindinės **investicijos** atiteko specializuotiems gydymo centrams didžiuosiuose šalies miestuose, taip pat atraminėms ligoninėms apskričių centruose, kurių paslaugos **yra skirtos visiems šalies gyventojams.**

Tiesa, kai kurios **investicijos, nors ir skirtos tolygiai visai šaliai, gali būti išskirtinai svarbios tikslinėms teritorijoms.** Skubi pagalba ir gydymas miokardo infarkto, insulto ir traumų atvejais organizuojami klasterių principu, t. y. siekiant užtikrinti tolygų teritorinį padengimą ir galimybę pacientą iš bet kurios šalies vietos į kvalifikuotą pagalbą suteikti galinčią ASPĮ pristatyti per nustatytą laiką. Tolygus paslaugų kokybės gerinimas ypač svarbus atokesnių vietovių gyventojams, kurių prasti mirtingumo rodikliai gali rodyti ir egzistuojančias skubios pagalbos teikimo problemas. Visgi, šios investicijos prisideda prie skubios pagalbos ir gydymo kokybės jau susirgus miokardo infarktu, insultu ar patyrus traumą, tuo tarpu, išskirtinių priemonių, kurios prisidėtų keičiant ligų profilaktikos, rizikos faktorių ankstyvo diagnozavimo ir kontrolės situaciją, tikslinių teritorijų savivaldybėse beveik nėra.

Pagal priemones 08.1.3-CPVA-R-609 ir 08.4.2-ESFA-R-630 projektai buvo įgyvendinami visose šalies savivaldybėse. Priemonių PFSA buvo išskirtos tikslinės teritorijos, tačiau vienintelė konkreti investicija, kuri teko išskirtinai tikslinių teritorijų savivaldybėms (daliai jų) – visuomenės sveikatos biurų infrastruktūros modernizavimas ir transporto priemonių įsigijimas jų funkcijoms vykdyti, finansuoti pagal priemonę Nr. 08.4.2-ESFA-R-630. Be šių veiklų, visose savivaldybėse, tiek tikslinių teritorijų, tiek ir likusiose, buvo įgyvendintos labai panašaus turinio ir finansinės apimties⁷⁶ intervencijos. Pagal priemonę Nr. 08.1.3-CPVA-R-609, taip pat visuose projektuose įsigyta labai panaši medicininė įranga, kuri tikslinių teritorijų savivaldybėse įgyvendinamuose projektuose pagrįsta kaip skirta kraujotakos sistemos ligų, galvos smegenų kraujotakos ligų ar onkologinių ligų prevencijai ir gydymui, o kitose savivaldybėse – kaip medicininė įranga, skirta gerinti vyresnio amžiaus asmenų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Širdies nepakankamumo kabinetai pagal priemonę Nr. 08.1.3-CPVA-V-610 įrengiami tik 7-iose tikslinių teritorijų savivaldybėse, kuriose fiksuotas didelis ankstyvas mirtingumas dėl kraujotakos sistemos ligų, ir 12-oje kitų savivaldybių⁷⁷.

Apžvelgtos investicijos leidžia teigti, kad 2014–2020 m. investicinio periodo pradžioje **išskirtose tikslinėse teritorijose skirtingo pobūdžio poveikio gyventojų sveikatos rodikliams, lyginant su likusiomis šalies savivaldybėmis, nebus.** Tiesa, dėl galimai prastesnės esamos skubios pagalbos,

⁷³ Kraujotakos sistemos ligų mažinimo, Galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo ir Traumų ir nelaimingų atsitikimų profilaktikos, neįgalumo ir mirtingumo nuo išorinių priežasčių mažinimo krypties tikslinės teritorijos

⁷⁴ Kraujotakos sistemos ligų mažinimo krypties tikslinės teritorijos

⁷⁵ Kraujotakos sistemos ligų mažinimo ir Traumų ir nelaimingų atsitikimų profilaktikos, neįgalumo ir mirtingumo nuo išorinių priežasčių mažinimo krypties tikslinės teritorijos

⁷⁶ Nei viena didžiųjų miestų savivaldybė nepatenka į tikslinių teritorijų sąrašus, todėl, vengiant iškraipymų dėl ženkliai skirtingų projektų dydžių, apskaičiuojant tikslinių teritorijų savivaldybėms ir likusioms savivaldybėse konkrečiose kryptyse skirtų lėšų vidurkį, iš pastarųjų sąrašo 5 didžiųjų miestų savivaldybės buvo eliminuotos.

⁷⁷ Planuojant širdies nepakankamumo kabinetų išdėstymą šalies teritorijoje buvo taikomi papildomi kriterijai, be mirtingumo rodiklių taip pat vertinant ir ligotumą, gyventojų skaičių savivaldybėje ir pan. Prioritetinius sąrašus sudarius pagal šiuos kriterijus, į juos pateko tik dalis investicinio laikotarpio pradžioje išskirtų tikslinių teritorijų savivaldybių.

prevencinių priemonių taikymo situacijos šiose teritorijose, dalies sveikatos paslaugų koncentravimas ar centralizavimas bei kokybės standartų visoje šalyje suvienodinimas duos didesnę teigiamą poveikį šių savivaldybių gyventojų sveikatos rodiklių gerėjimui lyginant su šiuo metu geresnėje situacijoje esančiomis savivaldybėmis.

3.2.2. PASLAUGŲ KOKYBĖS IR ĮVAIROVĖS GERINIMAS

Didelė 2014–2020 m. finansinių lėšų dalis teko „minkštom“ veikloms, susijusioms su sveikatos priežiūros ir susijusių paslaugų kokybės gerinimui. Šiame poskyryje aptariama sveikatos priežiūros kokybė suprantama plačiau, ne tik kaip konkrečios paslaugos suteikimo kokybė, bet ir kaip jos suteikimas tam, kam jos reikia ir kada reikia.

LIGŲ PREVENCIJOS STIPRINIMUI SKIRTOS VEIKLOS

Daugumos krypčių problematikoje yra išskirta nepakankamos ligų prevencijos šalyje, ypač akcentuojant nuo didžiųjų centrų nutolusias gyvenamąsias vietas, problema. Ši netenkinanti situacija įprastai siejama su 2-iem problemų grupėmis: (a) nepakankamomis prevencinių priemonių taikymo apimtimis sveikatos apsaugos sistemos ir įstaigų lygmenyje ir (b) nepakankamas gyventojų dėmesys savo sveikatai, įvairių ligų rizikas didinantis gyvenimo būdas, nesinaudojimas prieinamomis prevencinėmis programomis. Šis poreikis mažinti sergamumą tam tikromis ligomis taikant prevencines priemones atspindimas VP 8.3.1 ir 8.4.2 uždaviniuose.

Labai konkrečios prevencinės medicinos pagalbos veiklos numatytos tik Kraujotakos sistemos ligų mažinimo kryptyje ir Onkologinių ligų prevencijos ir efektyvaus gydymo užtikrinimo kryptyje. Kai kuriose kitose kryptyse ligų prevencijos situacijos pagerėjimo laukiama įgyvendinant pirminio sveikatos priežiūros lygio infrastruktūrinio stiprinimo veiklas ar plečiant metodologinę bazę (pavyzdžiui, vaikų ligų, smegenų kraujotakos, senatvinių ligų atvejai), tačiau atskiros specializuotos prevencinės medicinos pagalbos priemonės nėra suplanuotos.

Onkologinių ligų prevencijos srityje investuojama į geresnę atrankinių patikros programų vykdymą, siekiant padidinti pagal šias programas pasitikrinančios tikslinės populiacijos dalį, kuri kol kas yra per maža norint pasiekti ženklesnį mirtingumo nuo navikų mažėjimą. Be to, pastebimi dalyvavimo programose teritoriniai netolygumai. Pasirinktas sprendimas, pagal kurį gyventojų informavimo, metodologinio vadovavimo bei pirminio ir antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų, dalyvaujančių programų vykdyme, mokymo veiklos suplanuotos deleguoti prevencinių programų koordinavimo centrams. Dėl įvairių techninių nesklaidumų (vėluoja atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programų vykdymo, kokybės užtikrinimo ir kokybės kontrolės informacinės sistemos sukūrimas, už kurį atsakingos kitos institucijos), 2014–2020 m. investiciniame laikotarpyje nebus pasiekti visi planuoti tikslai, kadangi koordinavimo centrai nepradės veiklos pilna apimtimi ir nebus įgyvendintos gyventojų informavimo veiklos (bandomieji projektai). Nepaisant to, parengtos atrankinės patikros programų vykdymo metodikos, apmokyti specialistai, turėtų prisidėti prie efektyvesnio ir kokybiškesnio atrankinių patikros programų vykdymo jau artimiausiu metu, o vėliau, išsprendus su informacine sistema susijusius klausimus ir sukūrus pilnai funkcionuojančius koordinavimo centrus, gimdos kaklelio, krūties ir storosios žarnos vėžio prevencijos situacija turėtų dar labiau gerėti.

Kraujotakos sistemos ligų mažinimo kryptyje investicijos skiriamos antrinės prevencijos stiprinimui, įkuriant širdies nepakankamumo konsultacijų kabinetus 30-e ASPI, teikiančiose antrines ir (ar) tretines ambulatorines kardiologijos paslaugas.

Sveikos gyvensenos skatinimo veiklos yra integruotos į daugelį krypčių. Tiesa, šios veiklos – fizinio aktyvumo skatinimas, sveikos mitybos populiarinimas, emocinės sveikatos palaikymo ir pan. – yra įgyvendinamos pagal 1-ą pagrindinę priemonę (Nr. 08.4.2-ESFA-R-630) ir natūraliai persidengia tarp krypčių, kadangi tie patys, su gyvensena glaudžiai susiję faktoriai (viršsvoris, aukštas cholesterolio kiekis kraujyje, stresas ir pan.), veikia asmens sveikatą įvairiose srityse. Tai yra, įgyvendinamos **su sveika gyvensena susijusios veiklos ar jų grupės prisideda iškart prie kelių krypčių tikslų siekimo.**

INOVATYVIŲ PASLAUGŲ TEIKIMO BANDOMIEJI PROJEKTAI

Dalyje analizuojamų sveikatos apsaugos krypčių suplanuoti naujų paslaugų teikimo modelių rengimo ir, daugeliu atvejų, praktinio išbandymo projektai, skirti paslaugų kokybės gerinimui. Dalis bandomųjų modelių, sprendžiant sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir paslaugų teritorinio pasiskirstymo kaitos keliamus iššūkius, yra siejami su sprendimų išlaikyti ir pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą nepriklausomai nuo asmens gyvenamosios vietos paieška, pavyzdžiui, telemedicinos sistemos plėtra gerinant skubią pagalbą traumų, kraujotakos sistemos ir smegenų kraujotakos ligų atžvilgiu (priemonė Nr. 08.1.3-CPVA-V-604), atvejo vadybos paslaugos ligoniams, kuriems pirmą kartą diagnozuota onkologinė liga (priemonė Nr. 08.4.2-ESFA-V-619).

Bandomieji projektai įgyvendinami ir pirminiame ambulatoriniame sveikatos priežiūros lygyje, siekiant geriau valdyti lėtines ligas bei plėsti paslaugų spektrą specialiųjų poreikių turintiems pacientams. Pirmuoju atveju, pagrindinis dėmesys skiriamas poliligotų pacientų sveikatos priežiūros paslaugų gerinimui. Skirtingose pirminės sveikatos priežiūros ASPĮ praktiškai išbandomi įvairūs paslaugų teikimo modeliai, integruojantys daugiadalykės specialistų komandos ir paties paciento veiksmus nuolat stebint paciento būklę ir paraleliai gydant ar stabilizuojant 2 ir daugiau ligas ar būkles (priemonė Nr. 08.4.2-ESFA-K-616). Siekiant plėsti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir įgyvendinant veiklas pagal priemonę Nr. 08.1.3-CPVA-V-607, sukurtas ir įgyvendintas bandomasis modelis, pagal kurį sunkią negalią turintiems asmenims odontologinės paslaugos teikiamos namuose. Išbandant modelį praktiškai, suformuotos 2 mobilios brigados, kurios aprūpintos specialia įranga ir parengtos teikti paslaugas pacientų namuose.

ES fondų programų ir pagal jas skiriamų lėšų naudojimas tokių ir panašių paslaugų teikimo modelių vystymui ir įgyvendinimui, vertintinas kaip itin tinkamas ir turintis didelę pridėtinę vertę, kadangi įgyvendinamų projektų metu **finansuojama ne tiesiog einamoji įstaigų veikla, o kuriamos prielaidos potencialiems kokybiniais paslaugų teikimo pokyčiams ilgajame periode.** Šios prielaidos ypač sustiprėja, jeigu įgyvendinami bandomieji projektai nėra tam tikra prasme atsitiktiniai, bet atsižvelgia į esamus sveikatos apsaugos sistemos poreikius bei iš esmės integruojasi į esamą sistemą, t. y. gali būti įgyvendinami ir tęsiami be didelių sisteminių pokyčių.

Dauguma modelių, finansuojamų pagal VP 8.1.3 ir 8.4.2 uždavinių priemones, bandomasis įgyvendinimas vykdomas pagal tipinę schemą: **metodiniai dokumentai – įranga – specialistų mokymai – praktinis modelio įgyvendinimas.** Bandomųjų modelių įgyvendinimas grindžiamas metodiniais dokumentais, o pagal metodinių priemonių pagrindu parengtas mokymo programos apmokomi sveikatos priežiūros ar kiti specialistai. Įsigijus reikalingą įrangą, pradedamas bandomojo projekto įgyvendinimas. Kaip rodo konkrečių pavyzdžių analizė, toks visaapimantis pasirengimas ir pilnos apimties (teikiant realias paslaugas) **praktinio bandomojo projekto įgyvendinimas yra tinkamas būdas praktiškai įvertinti visus naujos paslaugos parametrus:** realų poreikį, suinteresuotų šalių įsitraukimą, paslaugų apimtį, praktinius įgyvendinimo aspektus ir, žinoma, paslaugos poveikį konkrečioms modelyje dalyvaujančių sveikatos priežiūros įstaigų rodikliams. Jeigu projekte taip pat numatyta įgyvendinti bandomojo modelio vertinimo ir metodinių modelių dokumentų koregavimo, atsižvelgiant į išmoktas pamokas, veiklos, faktiškai yra sukuriama veiksminga, įrodymais grįsta metodinė bazė modelio taikymui platesniu mastu.

MOKYMAI

Be standartinių kvalifikacijos atnaujinimo veiklų, labai svarbūs **specialistų mokymai, susiję su naujų funkcijų, naujų veiklos organizavimo metodų diegimu**. Visi naujai išbandomi paslaugų teikimo modeliai, dalies metodikų rengimas yra derinami su atitinkamais mokymais paslaugas teiksiantiems specialistams.

Beveik visose kryptyse **akcentuojama šeimos medicinos svarba** užtikrinant tam tikrų ligų prevenciją, laiku diagnozuojant pavojingas būkles ir ligas, gydant tam tikras ligas ir pan. Tačiau pripažįstama, kad dėl įvairių aplinkybių sveikatos priežiūros paslaugų apimtys ir kokybė pirminiame sveikatos priežiūros lygyje kol kas nėra tokie geri, kokie galėtų būti. Taigi natūralu, kad pagal įvairias VP priemonės taip pat finansuojamas šeimos gydytojų, jų komandose dirbančių specialistų, kitų pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos kėlimas. Onkologijos srityje vykdomi šeimos gydytojų ir slaugytojų, akušerių-ginekologų ir kitų specialistų mokymai kokybiškai teikti prevencines onkologinių ligų programų paslaugas. Šeimos gydytojams taip pat rengiami mokymai, siekiant juos labiau **įtraukti į problemų, kurioms spręsti rajonų savivaldybėse labai trūksta specialistų, sprendimą**, t. y. siekiama šeimos gydytojams suteikti galbūt mažiau standartiškai būdingų kompetencijų. Labiausiai ši tendencija pastebima psichikos sveikatos srityje, kurioje organizuojami mokymai apie vaikų ir paauglių psichikos ir elgesio sutrikimus, jų diagnostiką ir gydymą, savižudybių rizikos vertinimo ir pirmosios psichologinės pagalbos mokymai, pagalbos alkoholį vartojantiems asmenims teikimo mokymai ir pan. Priklausomybių, psichikos sveikatos srityse mokymai organizuojami ir savivaldybių administracijų specialistams, visuomenės sveikatos specialistams. Atskirai kiekvienas tokius mokymus, greta kitų veiklų, organizuojantis projektas atrodo pakankamai pagrįstai, tačiau, žvelgiant į įgyvendinamų veiklų visumą, kyla tam tikros **abejonės, dėl šių veiklų sistemiskumo ir realių galimybių mokymų metu įgytas žinias panaudoti darbo vietoje** daugiau negu pavienių asmenų individualios pastangos ar entuziazmas. Kaip rodo patirtis, tam, kad visos šalies mastu vyktų konkrečių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pokyčiai, reikalingi sistemiški ir valingi valstybės valdymo institucijų, savivaldybių administracijų sprendimai susiję su konkrečių funkcijų įgyvendinimu ir finansavimu, kuriuos svariai papildytų specialistų mokymai ir panašios veiklos. Nesant sureguliuotos konkrečių paslaugų administravimo sistemos, aiškių finansavimo sąlygų, dalies mokymų potencialas prisidėti prie realių situacijos pokyčių yra labai ribotas.

Didinant mokymų tęstinę naudą, labai pozityviai vertinamas **ne tik mokymų medžiagos ir metodikų parengimas, bet ir instruktorių apmokymas**. Nors kol kas ši praktika nebuvo taikyta plačiai (naudojama planuojant vėžio atrankinės patikros paslaugų teikėjų mokymus, integruoto Lietuvos vaikų sveikatos priežiūros paslaugų modelio įgyvendinimui reikalingus sveikatos priežiūros specialistų mokymus), toks būdas leidžia mokymus vykdyti ilgesnį laikotarpį (neapsiribojant ES fondų finansuojamo projekto trukme), apmokyti didesnę kiekį specialistų.

PRIEMONĖS, SKIRTOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ NEĮGALIESIEMS GERINIMUI

Viena iš 2014–2020 m. laikotarpio pradžioje atskirai akcentuotų grupių, kuriai nėra užtikrinamos kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas – neįgalieji. Efektyvios sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimo neįgaliesiems kryptyje buvo įgyvendintos veiklos, skirtos gerinti sveikatos priežiūros paslaugų asmenims su negalia prieinamumą. Pagrindinės investicijos buvo skirtos fizinio prieinamumo didinimui (privažiavimai, įėjimai, liftai). **Fizinio judėjimo sąlygų sudarymas, be abejonės, yra itin aktualus siekiant pagerinti paslaugų prieinamumą, tačiau nepakankamas**. Investicinio laikotarpio pradžioje parengtuose planavimo dokumentuose, be kita ko, cituojami ir Pasaulio sveikatos organizacijos dokumentai, kuriuose plečiamas neįgalumo supratimas, priskiriant ir tokias būkles kaip sutrikimai dėl lėtinių ligų, sunkūs pažintinių funkcijų sutrikimai, senyvas amžius. Atitinkamai, mąstant apie

neįgaliuosius ir jų mobilumą bei savarankiškumą padidinančias priemones, aktualu įvertinti ir platesnės grupės asmenų specifinius poreikius.

Kaip nurodo pačių neįgaliųjų atstovai, taip pat atsižvelgiant į įvairias tarptautinių ir vietos organizacijų rekomendacijas, siekiant palengvinti orientaciją, užtikrinti savarankiškumą neįgaliesiems (o taip pat visiems kitiems asmenims) reikalinga įgyvendinti ir tokias paprastas priemones kaip tinkamo teksto šrifto, dydžio ir kontrasto naudojimas (pavyzdžiui, užrašams ant gydytojų kabinetų), informacijos pateikimas lengvai suprantama kalba (pavyzdžiui, vengiant tiesioginių citatų iš teisės aktų pateikiant informaciją pacientams) ir panašiai. Tokios ir panašios priemonės nereikalauja didelių investicijų, tačiau, kad būtų sistemingai taikomos, daugumai ASPĮ reikėtų konsultacijų ir pagalbos.

Pačių sveikatos priežiūros paslaugų teikimas neįgaliesiems, ypač turintiems psichikos negalią, yra kita labai sudėtinga ir minimaliai 2014–2020 m. investiciniu laikotarpiu spręsta problema. Bet kurios srities gydytojui, dirbant su psichikos negalia ar elgesio sutrikimus turinčiu pacientu, reikalingos papildomos specialios žinios, o kai kuriais atvejais ir specialiai pritaikyta įranga.

Kol kas pirmieji bandymai gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę negalią turintiems pacientams pradėti vystyti odontologijos srityje (priemonė Nr. 08.1.3-CPVA-V-607). Metodiniame lygmenyje vystomos rekomendacijos šeimos gydytojams, susiduriantiems su psichikos ir elgesio sutrikimus turinčiais vaikais ir paaugliais (priemonė Nr. 08.4.2-ESFA-V-622), tačiau iš esmės **turėtų gerėti visos sveikatos apsaugos sistemos pasirengimas aptarnauti įvairias negalias turinčius asmenis.**

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo neįgaliesiems gerinimo veiklos turėtų būti horizontalus prioritetas, į kurį atsižvelgiama planuojant ir įgyvendinant intervencijas visose kryptyse.

PAPILDOMŲ PASLAUGŲ POREIKIS

Papildomų, kartais ir sąlyginai nedidelės apimties veiklų trūkumas mažina ne tik neįgaliesiems taikytų **priemonių potencialų poveikį.** Teikiant žemo slenksčio paslaugas nuo psichotropinių medžiagų priklausomiems asmenims (priemonė Nr. 08.4.2-ESFA-V-621), susiduriama su neigiama ir neadekvačia ne tik visuomenės, bet kartais netgi teisėtvarkos institucijų reakcija, kuri kyla iš šių paslaugų turinio ir tikslų nesupratimo. Dėl tokio požiūrio, tikslinė grupė kartais patiria situacijas, kurios ją stabdo nuo lankymosi žemo slenksčio kabinetuose. Papildomos visuomenės informavimo, susijusių institucijų įtraukimo ir apsikeitimo informacija veiklos prisidėtų bent iš dalies mažinant pasipriešinimą ir neigiamą nuomonę apie tokio tipo paslaugas.

Vienas iš pacientų atstovų minėtų nepatenkintų poreikių, sunkinantis taikomo įvairių ligų, ypač sudėtingų, gydymo procesą ir sėkmę, – **profesionalios psichologinės pagalbos trūkumas.** Kad prasta pacientų, jų artimųjų emocinė būklė yra problema ir ją siekiama spręsti įgyvendinamais projektais, nurodė ir 9 proc. projektų vykdytojų. Suplanuotas ir teiktas finansavimas NVO organizuoti ir teikti psichologinę ir susijusią pagalbą onkologiniams ligoniams rodo, kad šis poreikis nėra visiškai ignoruojamas, tačiau tokios **ribotos apimties ir trukmės priemonės nėra pakankamos siekiant tikrųjų pokyčių.** Juolab, kad tokios specializuotos medicininės psichologinės pagalbos teikimui reikalingos specialios kompetencijos ir patirtis, todėl specialistų pasiūlos formavimuisi būtina plėsti galimybes nuolatiniam šių paslaugų teikimui platesne apimtimi.

TIKSLINIŲ GRUPIŲ PRITRAUKIMAS

Vienas iš esminių sėkmingos sveikatos priežiūros veiksnių – paties asmens (paciento) aktyvus vaidmuo saugant ir stiprinant savo sveikatą, pasiryžimas ir gebėjimas padėti kitiems, kai reikalinga neatidėliotina pagalba. Pagal priemonę Nr. 08.4.2-ESFA-R-630 organizuotose su sveika gyvensena supažindinančiose ir

ją populiarinančiose veiklose dalyvavo daugiau kaip 130 tūkst. gyventojų visose šalies savivaldybėse. Pagal šią priemonę remtos sveikos mitybos, fizinio aktyvumo, emocinio atsparumo stiprinimo, pirmosios pagalbos ir panašios veiklos. Visgi, kaip pastebi pacientų, pagyvenusių žmonių organizacijų atstovai, įvairiose tokiose veiklose, ypač susijusiose su fiziniu aktyvumu, labai dažnai dalyvauja aktyvesni visuomeniniame gyvenime asmenys, tuos pačius žmones galima sutikti skirtinguose renginiuose, o jų skaičius yra ribotas. Tuo tarpu **didelė dalis gyventojų, kuriems tokios ir panašios veiklos galėtų būti aktualios ir naudingos, apie jas arba nežino, arba nors ir žino, bet nepasiryžta dalyvauti.** Priežasčių, kodėl skiriasi asmenų aktyvumas ir susidomėjimas sveikatingumo temomis yra daugybė. Galbūt išties ne visiems tai yra aktualu ar priimtina, tačiau vienas iš visuomenės sveikatos įstaigų, veikiančių savivaldybėse, tikslų turėtų būti į sveikatingumo skatinimo veiklas įtraukti kuo platesnį ratą tikslinių grupių asmenų. Tam reikia ieškoti aktyvių būdų pasiekti asmenis, kurie šiandien įprastiniais komunikacijos kanalais naudojami mažiau ar yra reikalingi padrąsinimo ir paskatinimo išbandyti naujas veiklas.

Kai kuriuose įgyvendintuose projektuose galima rasti gerųjų pavyzdžių, kai tikslinių grupių pasiekimui naudojami išradingesni būdai, pavyzdžiui, veiklas organizuojant konkrečiose vietose, kur renkasi tikslinės grupės asmenys (pirmosios pagalbos mokymai organizuojami paplūdimiuose ir panašiai), arba su sveika gyvensena susijusiuose mokymuose pakviečiant dalyvauti gydytojus specialistus. Galimybė juos išklausti ar net pasikonsultuoti pritraukia tikslinės grupės asmenis, kurie į tiesiog sveikos mitybos ar fizinio aktyvumo paskaitas galbūt neitų. Tokių ir panašių priemonių taikymas, glaudesnis bendradarbiavimas su šeimos gydytojais ir kitais asmens sveikatos priežiūros specialistais galėtų pagerinti mažiau aktyvius tikslinių grupių asmenis.

3.2.3. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR SUSIJUSIŲ PASLAUGŲ PLĖTROS POTENCIALAS

Analizuojant visas 2014–2020 m. ES fondų lėšomis finansuotas sveikatos srities priemones pastebėtas tam tikras neišnaudojamas ar nepakankamai išnaudojamas bendradarbiavimo tarp skirtingų įstaigų ir organizacijų potencialas.

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SRITYJE VEIKIANČIŲ ĮSTAIGŲ BENDRADARBIAVIMAS

Siekiant geresnių rezultatų kai kuriose srityse svarbų vaidmenį galėtų atlikti glaudesnis bendradarbiavimas ir koordinavimas tarp skirtingo lygio sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų. Būtina **sklandi sąveika tarp sveikatos priežiūros institucijų, teikiančių skirtingo lygio sveikatos priežiūros paslaugas, vertinamose VP priemonėse sprendžiama ribotai.**

Jeigu bendradarbiavimas tarp antrines ir(ar) tretines sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių rajono/regiono lygmens ligoninių bei specializuotų gydymo centrų, veikiančių respublikos lygmens ligoninėse, vis dažniau reguliuojamas nacionaliniais teisės aktais ir, atitinkamai, tam tikros su tuo susijusios veiklos atsispindi ir analizuojamose VP priemonėse, tai bendradarbiavimas tarp šeimos gydytojų ir kitų asmens sveikatos priežiūros specialistų yra labai fragmentuotas ar netgi beveik neegzistuojantis. Nors beveik visose analizuojamose sveikatos priežiūros kryptyse pabrėžiama šeimos medicinos svarba laiku diagnozuojant ligas ir tinkamai nukreipiant pacientus tolimesniam gydymui, pirminės sveikatos priežiūros specialistų ir kitų sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimui skiriamas mažas dėmesys. Institucionalizuotų bendradarbiavimo tinklų trūkumas ypač riboja šeimos gydytojų, dirbančių nuo pagrindinių centrų nutolusiose vietovėse, galimybes konsultuotis su aukštesnio lygio, įvairių sričių specialistais.

Toks požiūris iš esmės atspindi esamą teisinį reglamentavimą. Kita vertus, šiuo aspektu **neišnaudojama galimybė ES fondų lėšomis finansuojamais projektais išbandyti kitokius, galbūt efektyvesnius glaudesnio kasdienio bendradarbiavimo tarp skirtingų sveikatos priežiūros paslaugų lygių modelius**, kurie prisidėtų prie sklandesnio gydymo proceso organizavimo, geresnio ligų diagnozavimo ir gydymo.

Institucinio bendradarbiavimo ir efektyvaus veiklų pasiskirstymo, kuris prisidėtų prie didesnės vykdomų veiklų aprėpties ir geresnio tikslinės populiacijos pasiekiamumo, **trūkumai matomi ir visuomenės sveikatos srityje**. Nustatytas tam tikras dubliavimas tarp veiklų, kuomet faktiškai identiškos veiklos įgyvendinamos pagal priemonę Nr. 08.4.2-ESFA-R-630 (pagrindiniai vykdytojai – visuomenės sveikatos biurai) ir Nr. 08.4.2-ESFA-V-628 (dalis skirta Sveikos mitybos įgūdžių formavimui, vykdytojas – Higienos institutas). Pagal priemonę Nr. 08.4.2-ESFA-R-630 įgyvendinamuose projektuose visose šalies savivaldybėse, jų pasirinkimu, organizuojamos įvairios su sveiku gyvenimo būdu susijusios veiklos, tame tarpe ir sveikos mitybos paskaitos bei praktiniai užsiėmimai gyventojams. Pagal priemonę Nr. 08.4.2-ESFA-V-628 organizuojami mokymai tikslinių savivaldybių mokyklų virėjams, savivaldybių administracijų darbuotojams, mokinių tėvams ir pan. Siekiant labiau sisteminio požiūrio, šiuo atveju vertingiau būtų, jeigu nacionaliniu lygmeniu įgyvendinamas projektas parengtų reikalingą metodologinį pagrindą, teiktų mokymus bei konsultacijas ir atitinkamai paruoštų visuomenės sveikatos specialistus, dirbančius savivaldos lygmenyje, o pastarieji šių žinių pagrindu organizuotų reikalingus mokymus ar kitus užsiėmimus tikslinėms grupėms savo veiklos teritorijoje.

Siekiant sveikos gyvensenos populiarinimo tikslų, taip pat matoma **neišnaudota papildoma erdvė visuomenės sveikatos įstaigų ir asmens sveikatos priežiūros specialistų**, ypač dirbančių pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose, **glaudesniai bendradarbiavimui**. Šeimos gydytojai galėtų dalį savo pacientų, pirmiausiai tų, kuriems būdingos sveikatos rizikos, susijusios su gyvenimo būdu, nukreipti, paskatinti naudotis visuomenės sveikatos biurų ar panašių organizacijų, veikiančių konkrečioje vietovėje, paslaugomis. Tuo tarpu visuomenės sveikatos biurai galėtų dažniau pasitelkti gydytojus vykdant gyventojų švietimo veiklas. Toks bendradarbiavimas suteiktų papildomą ir prieinamą įrankį asmens sveikatos priežiūros specialistams skatinti nemedicines ligų prevencijos priemones, be to, prisidėtų aktyvinant iki šiol pasyvių grupių įsitraukimą į sveikesnės gyvensenos veiklas.

BENDRADARBIAVIMAS SU KITŲ VALSTYBĖS VALDYMO SRIČIŲ ĮSTAIGOMIS, VERSLO, NEVYRIAUSYBINIU SEKTORIAIS

Nepaisant to, kad bendrai pripažįstama, jog sveikata, sveikatos priežiūra, ligų prevencija nėra išskirtinai sveikatos apsaugos sistemos reikalas, o daug platesnis, daugelį sričių apimantis fenomenas, suplanuotos ir įgyvendintos 2014–2020 m. **VP priemonės faktiškai apsiriboja griežtai instituciniu požiūriu, į kurį patenka tik sveikatos apsaugos sistemai pagal teisinį reglamentavimą tiesiogiai priskirtos įstaigos**.

Ypač tai matoma, pavyzdžiui, sveikos gyvensenos skatinimo srityje, kurioje veiklos yra organizuojamos ir vykdomos beveik išskirtinai visuomenės sveikatos biurų (ar visuomenės sveikatos specialistų, dirbančių savivaldybės administracijoje, ir atliekančių visuomenės sveikatos biurams priskirtas funkcijas, jeigu pastarasis savivaldybėje nėra įkurtas). Pagal priemonę Nr. 08.4.2-ESFA-R-630 daugumą sveikos gyvensenos veiklų įgyvendino patys sveikatos biurai, kurie, be kita ko, įsigijo ir tam tikros sportinės ir panašios įrangos užsiėmimų gyventojams vykdymui. Šiuo atveju svarstyтина, ar toks gyventojų sveikatinimo veiklų organizavimas yra pakankamas, siekiant realių ilgalaikių rezultatų. Gyvensenos keitimas įprastai yra procesas, kuriam gali reikėti ilgesnės trukmės informacinio palaikymo ir motyvavimo, o kai kurių veiklų (pavyzdžiui, tam tikrų fizinio aktyvumo veiklų) atveju gali reikėti nuolatinės infrastruktūros, organizacijos. Siekiant ilgalaikės sėkmės, reikėtų skatinti įvairių bendruomenėje veikiančių sveikatos, sporto, švietimo, socialinių paslaugų organizacijų ir iniciatyvų bendradarbiavimą.

Vienkartiniai projektai, kad ir kokie jie sėkmingi, yra ribotas pokyčių katalizatorius. Prioritetas galėtų būti teikiamas **bendruomenėje jau egzistuojančių resursų įveiklinimui, metodinei ir finansinei pagalbai, jiems prisitaikant prie atskirų tikslinių grupių (pavyzdžiui, neįgaliųjų, vyresnio amžiaus asmenų) poreikių** ir pan. Pavyzdžiui, pagal priemonę Nr. 08.4.2-ESFA-K-629 finansuojami nevyriausybinio sektoriaus organizacijų projektai (įgyvendinta/įgyvendinama apie 20 projektų), skirti vaikų fizinės ir emocinės sveikatos gerinimui. Tokio tipo projektai galėtų būti derinami su visuomenės sveikatos biurų veikla, pastariesiems atliekant koordinavimo, paslaugų užsakymo ir panašias veiklas. Kryptinga visuomenės sveikatos biurų veikla, mobilizuojant vietos resursus ir į sveikatingumo veiklas pritraukiant kuo daugiau gyventojų, leistų pasiekti tvaresnių rezultatų.

Ne tik tiesiogiai sveikatos apsaugos srityje dirbančių resursų pasitelkimas galėtų padidinti ir kitų įgyvendinamų priemonių aprėptį bei gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą gyventojams. Pavyzdžiui, pagal priemonę Nr. 08.4.2-ESFA-V-628 įgyvendinamas projektas, kurio metu įrengiamas gaivinimo ir pirmosios pagalbos priemonių (defibriliatorių ir turniketų) tinklas. Projekto metu, be kitų veiklų, nupirkti defibriliatoriai ir turniketai, kurie yra sužymėti, o jų tikslios saugojimo vietos įtrauktos į greitosios medicinos pagalbos dispečerinių informacinę sistemą. Dėl ribotų resursų, kol kas **gaivinimo ir pirmosios pagalbos priemonių tinklas yra įrengtas tik tikslinėse teritorijose**. Tačiau, kaip rodo patirtis, verslo įmonės, ypač tos, kurių pagrindinė veikla yra gyventojų aptarnavimas, gali ir pačios įsigyti šias priemones ir skirti jų saugojimui vietą savo valdomuose pastatuose. Tokių priemonių saugojimo punktą užregistravus bendroje informacinėje sistemoje, jis tampa bendro tinklo dalimi ir didina šio tinklo tankį. Manytina, kad pasitelkus aktyvesnį viešinimą ir koordinavimą, tiesiogiai bendradarbiaujant su konkrečiais verslo subjektais, galima greitai ir efektyviai išplėsti defibriliatorių ir turniketų tinklą visoje šalies teritorijoje. Juolab, kad šios įrangos komplektas yra santykinai nebrangus.

Pastebimas ir **bendradarbiavimo su kitose valstybės valdymo srityse veikiančiomis institucijomis ir įstaigomis trūkumas**. Tai ypač aktualu sprendžiant kompleksinės pagalbos asmenims paslaugas, kuomet atskirti griežtai sveikatos priežiūros ir griežtai socialines paslaugas labai sudėtinga, o ir nebūtina. Šis sveikatos apsaugos ir socialinių paslaugų persidengimas ypač ryškus organizuojant ir teikiant paslaugas tokioms tikslinėms grupėms kaip neįgalieji, priklausomybės ligomis sergantys asmenys, vyresnio amžiaus asmenys ir pan.

NACIONALINĖS SVEIKATOS SISTEMAI NEPRIKLAUSANČIŲ SUBJEKTŲ ĮGYVENDINAMŲ VEIKLŲ TĖSTINUMAS

Įstaigos ir organizacijos, nesančios nacionalinės sveikatos sistemos dalimi, sprendžiant aktualius sveikatos priežiūros ir susijusius klausimus pasitelkiamos tik įgyvendinant veiklas pagal priemonę Nr. 08.4.2-ESFA-K-629. Sprendžiant psichosocialinių paslaugų atliekant asmens sveikatos priežiūrą, slaugos namuose trūkumą, įgyvendintos veiklos, pasitelkiant nevyriausybinių sektorių. ASPĮ siūlant labai ribotas medicinos psichologų paslaugas, **išorinių resursų pasitelkimas teikiant psichologinę pagalbą pacientams yra tinkamas sprendimas**. Tačiau būtina atkreipti dėmesį, kad, jeigu tokie **projektai finansuojami kaip vienkartinės veiklos ir neturi aiškaus tęstinumo plano, jie iš esmės yra nepakankami**. Pirmiausiai, į projektus gali būti įtraukta tik labai ribota tikslinės grupės dalis. Antra, problema, prie kurios sprendimo turėtų prisidėti finansuojamos veiklos, yra tęstinė, t. y. pacientų, kuriems reikia psichosocialinės paramos, yra nuolat ir tai, kad kažkuriuo metu buvo suteiktos paslaugos daliai tikslinės grupės atstovų, reiškia tik tai, kad tuo konkrečiu laiko momentu buvo šiek tiek sumažintas problemos mastas. Pasibaigus projektams, situacija grįžta į pradinę ar panašią padėtį.

Dar didesnis neapibrėžtumas būdingas priemonės Nr. 08.4.2-ESFA-K-629 projektams, kuriuose bendruomenių ir nevyriausybinių organizacijų nariai buvo apmokomi teikti priežiūros ir pagalbos paslaugas neįgaliesiems ir negalintiems apsitarnauti žmonėms namuose. Projektuose dalyvavo įvairios organizacijos, tame tarpe ir tos, kurios įprastai neteikia slaugos paslaugų ir, greičiausiai, jas didesniu negu

asmeninė pagalba mastu imtų teikti tik esant tam tikroms sąlygoms (finansavimas ir pan.). **Nenumatant konkrečių projektų metu įgytų žinių panaudojimo galimybių ateityje, tokios veiklos nėra pakankamos** sprendžiant slaugos namuose paslaugų trūkumo problemas.

3.2.4. INTERVENCIJŲ TINKAMUMAS IR PAKANKAMUMAS PROJEKTŲ LYGIU

Projektų lygmenyje, projektų vykdytojų apklausos duomenimis (N=75), pagrindinės nepakankamos ASPĮ teikiamų paslaugų kokybės priežastys buvo medicininės įrangos trūkumas (40 proc. projektų), turimos medicininės įrangos kokybė (32 proc. projektų), prasta turimų patalpų būklė (25 proc. projektų) ar jų trūkumas (9 proc. projektų), taip pat tikslinių transporto priemonių trūkumas (13 proc. projektų). Svarbu pastebėti, kad **69 proc. projektų atvejų teigiama, kad 2014–2020 m. ES fondų investicijos leido išspręsti aktualiausias konkrečioje srityje medicininės įrangos trūkumo problemas, 11 proc. – iš dalies pavyko⁷⁸; 55 proc. atvejų pavyko ir 17 proc. iš dalies pavyko išspręsti nepakankamos medicininės įrangos kokybės problemas⁷⁹**. Kaip jau buvo minėta anksčiau, absoliuti dauguma ASPĮ atstovų teigė, kad remiamos veiklos atitiko jų įstaigos poreikius, todėl manyti, kad tam tikrais atvejais nuosaikiau vertinamas investicijų indėlis sprendžiant įrangos ar patalpų problemas labiausiai susijęs su tam tikru finansavimo trūkumu – kad finansavimo lėšos buvo pakankamos nurodo 57 proc. ASPĮ atstovų, 35 proc. teigia, kad jos buvo labiau pakankamos nei nepakankamos. Kita vertus, svarbu pastebėti, kad ES fondų investicijos tam tikrais atvejais nėra vienintelis būdas įsigyti reikalingą įrangą ar atsinaujinti patalpas. 45 proc. ASPĮ projektų nebūtų pasiekę suplanuotų rezultatų be ES fondų finansavimo, tačiau kita panaši dalis projektų visgi galėtų šiuos rezultatus pasiekti mažesne apimtimi (27 proc. projektų), vėliau (11 proc. projektų) ar net be tokios finansinės paramos (5 proc. projektų).

Panašios tendencijos stebimos ir visuomenės sveikatos srityje įgyvendintų projektų atveju (N=60). Čia buvo akcentuojamas nepakankamas visuomenės sveikatos raštingumas, kuris buvo siejamas su sveikos gyvensenos paslaugų trūkumu (45 proc. projektų), visuomenės sveikatos stiprinimui skirtos įrangos trūkumu (17 proc. projektų), metodologinės pagalbos trūkumu (20 proc. projektų). **Išspręsti su sveikos gyvensenos informavimo paslaugų trūkumu susijusias problemas pavyko 42 proc. projektų, 18 proc. – pavyko dalinai⁸⁰**. 78 proc. visuomenės sveikatos projektų vykdytojų įgyvendino visas jiems aktualias veiklas, 22 proc. visgi, nesant ribojimų, būtų įsitraukę ir papildomų veiklų. Esamas finansavimas buvo pakankamas 63 proc. projektų, labiau pakankamas nei nepakankamas – 32 proc. projektų. Kiek daugiau nei pusė visuomenės sveikatos srityje įgyvendintų projektų nebūtų buvę galimi be ES fondų finansavimo, 18 proc. galėtų būti įgyvendinti, tik mažesne apimtimi, o 8 proc. žemesne kokybe.

Svarbu pastebėti, kad projektų vykdytojų apklausoje išryškėjusi situacija, kuomet nurodoma, kad dalis projektų bent tam tikra apimtimi galėtų būti įgyvendinti ir be ES fondų finansinių intervencijų, buvo patvirtinta ir patikslinta ir interviu su projektų vykdytojais metu. Akcentuota, kad esminis finansinės paramos poreikis egzistuoja siekiant įsigyti brangią, naujausių technologijų medicininę įrangą, tuo tarpu tam tikri standartiniai, santykinai pigesni medicininiai prietaisai gali būti įsigijami ir įstaigų nuosavomis lėšomis.

⁷⁸ 19 proc. respondentų nurodo, kad nežino, ar įgyvendinus projektą pavyko išspręsti medicininės įrangos trūkumą

⁷⁹ 24 proc. respondentų nurodo, kad nežino, ar įgyvendinus projektą pavyko išspręsti medicininės įrangos kokybės problemas

⁸⁰ 30 proc. respondentų nurodo, kad nežino, ar įgyvendinus projektą pavyko išspręsti informavimo apie sveiką gyvenseną trūkumą

3.3. PAGAL KITUS VP PRIORITETUS ĮGYVENDINAMOS PRIEMONĖS

Pagal kitus VP prioritetus įgyvendintos priemonės, kuriomis finansuojami konkretūs sveikatos apsaugos sričiai aktualūs projektai, skirtinga apimtimi tiesiogiai ir netiesiogiai prisideda prie ankstesniuose skyriuose apžvelgtose kryptyse numatytų tikslų siekimo ir identifikuotų problemų sprendimo (žr. 7 lentelę).

7 LENTELĖ. KITOS VP PRIEMONĖS, PAGAL KURIAS ĮGYVENDINTI SVEIKATOS SEKTORIUI AKTUALŪS PROJEKTAI

PRIEMONĖ	SVEIKATOS SEKTORIUI AKTUALIŲ PROJEKTŲ SKAIČIUS
02.3.1-CPVA-V-525 Elektroninės sveikatos paslaugos	3 projektai
04.3.1-VIPA-V-101 Valstybei nuosavybės teise priklausančių pastatų atnaujinimas	1 projektas
04.3.1-VIPA-T-113 Valstybei nuosavybės teise priklausančių pastatų atnaujinimas II	1 projektas
08.4.1-ESFA-V-418 Integrali pagalba į namus	62 projektai (4 projektų vykdytojai arba partneriai – ASPĮ)
09.4.2-ESFA-V-715 Formaliojo ir neformaliojo mokymo paslaugų įvairioms besimokančiųjų grupėms teikimas	2 projektai
10.1.1-ESFA-V-912 Nacionalinių reformų skatinimas ir viešojo valdymo institucijų veiklos gerinimas	4 projektai
10.1.3-ESFA-V-918 Viešojo administravimo subjektų iniciatyvos, skirtos paslaugų ir asmenų aptarnavimo kokybės gerinimui	3 projektai
13.1.2-VIPA-T-113 Valstybei nuosavybės teise priklausančių pastatų atnaujinimas (II)	5 projektai

Šaltinis: sudaryta BGI Consulting

ELEKTRONINIŲ PASLAUGŲ PLĖTRA

Pagal priemonę 02.3.1-CPVA-V-525 „Elektroninės sveikatos paslaugos“ įgyvendinami trys projektai, kurie bendrai aktualūs **sveikatos paslaugų prieinamumo ir kokybės didinimui** visose šiame vertinime analizuojamose kryptyse. Be kitų veiklų, pagal priemonę 02.3.1-CPVA-V-525 buvo finansuojamas Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos (toliau – ESPBI IS) e.recepto posistemės modernizavimas, saugios prieigos prie e.sveikatos paslaugų pacientams ir sveikatos priežiūros specialistams, vystoma Išankstinės pacientų registracijos informacinė sistema bei kuriamas vieningas laboratorinių tyrimų duomenų apsikeitimo standartas ir optimizuojamas laboratorinių tyrimų atvaizdavimas pacientų portale. Elektroninių sveikatos paslaugų plėtra prisideda prie greitesnio sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pacientams, geresnio paciento duomenų prieinamumo sveikatos priežiūros specialistams, taip pat užtikrina standartizuotų laboratorinių tyrimų duomenų mainus. Atsižvelgiant į tai, elektroninių sveikatos paslaugų plėtra yra svarbi sąlyga siekiant daugelyje kryptių identifikuotų poreikių – nuosekliai stebėti įvairias būkles didinančias ligų rizikas, užtikrinti sveikatos priežiūros specialistų darbo koordinavimą ir duomenų apsikeitimą.

Elektroninių sveikatos paslaugų plėtrai skirti projektai prisideda prie visų analizuojamų kryptių paslaugų kokybės gerinimo, tačiau dalis pagal priemonę 02.3.1-CPVA-V-525 įgyvendinamų veiklų yra išskirtinai svarbios atskiroms kryptims. Pavyzdžiui, Vaikų sveikatos stiprinimo, ligų profilaktikos bei efektyvaus

gydymo užtikrinimo kryptį itin aktuali tarp skirtingų ASPĮ kuriama ESPBI IS posistemė, skirta nėščiąjų, gimdyvių ir naujagimių duomenų tvarkymui nacionaliniu mastu, kuri leis užtikrinti naujagimių sveikatos duomenų stebėseną, duomenų operatyvų patekimą į sistemą, jų apsikeitimą. Prie Sveiko senėjimo užtikrinimo krypties tikslų, konkrečiai ambulatorinės slaugos namuose paslaugų plėtros ir kokybės gerinimo, neabejotinai prisidės kuriama ESPBI IS posistemė, skirta ambulatorinės slaugos paslaugų namuose teikimui. Priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos, gydymo bei socialinės integracijos didinimo kryptyje sprendžiant nepakankamos integruotos pagalbos, neužtikrinamo priklausomybių gydymo tęstinumo problemas, bent dalinai prisidės modernizuota ESPBI IS, atnaujinant duomenų bazę, psichikos duomenų tvarkymo priemonės bei realizuojant apsikeitimą elektronine medicinine istorija tarp ASPĮ. Suplanuota ESPBI IS plėtra taip pat turėtų **prisidėti sprendžiant efektyvios sveikatos priežiūros prieinamumo trūkumo asmenims su negalia problemas.**

INFRASTRUKTŪRINIŲ PROBLEMŲ SPRENDIMAS

Pagal kiekvieną iš priemonių 04.3.1-VIPA-V-101 „Valstybei nuosavybės teise priklausančių pastatų atnaujinimas“ ir 04.3.1-VIPA-T-113 „Valstybei nuosavybės teise priklausančių pastatų atnaujinimas II“ įgyvendinama po 1-ą projektą, kurie yra aktualūs Priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos, gydymo bei socialinės integracijos didinimo kryptyje. Pagal priemonę 13.1.2-VIPA-T-113 „Valstybei nuosavybės teise priklausančių pastatų atnaujinimas (II)“ finansuojamas trijų respublikos lygmens ligoninių pastatų (VŠĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje renovuojami keli pastatai) atnaujinimas.

Pagrindiniai šių intervencijų tikslai – didinti gydymo paskirties viešųjų pastatų energijos vartojimo efektyvumą, sumažinti į atmosferą išmetamų šiltnamio efektą sukeliančių dujų CO₂ kiekį ir užtikrinti gydymui naudojamos infrastruktūros atitiktį higienos normų reikalavimams. Prie sveikatos paslaugų teikimo pokyčių šios intervencijos prisidės netiesiogiai, sudarant kokybiškesnes fizinės aplinkos sąlygas ir sukuriant prielaidas dalį lėšų, kurios kitu atveju turėtų būti skirtos pastatų išlaikymui, nukreipti kitoms, tiesiogiai su sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimu susijusioms veikloms.

PASLAUGŲ PLĖTRA IR PRIEINAMUMO GERINIMAS

Pagal priemonę Nr. 08.4.1-ESFA-V-418 „Integrali pagalba į namus“ įgyvendinami 62 projektai, iš kurių 4-is koordinuoja ASPĮ (kaip pagrindinis projekto vykdytojas arba partneris), yra aktualūs⁸¹ Sveiko senėjimo užtikrinimo, Efektyvios sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimo neįgaliesiems ir Vaikų sveikatos stiprinimo, ligų profilaktikos bei efektyvaus gydymo užtikrinimo kryptyse. Šiais projektais siekiama sukurti ir plėtoti kokybišką integralią pagalbą (socialinės globos ir slaugos) namuose esantiems neįgaliesiems vaikams, darbingo amžiaus neįgaliesiems asmenims, senyvo amžiaus asmenims bei teikti konsultacinę pagalbą šeimos nariams, prižiūrintiems savo artimuosius. Projektų įgyvendinimo metu buriamos mobilios darbuotojų komandos, kurios yra aprūpinamos reikiama įranga, įrenginiais ir kitu turtu (pavyzdžiui, transporto priemonėmis), organizuojami darbuotojų mokymai, užtikrinamas jų profesinės kompetencijos kėlimas, individualiai ir grupėse konsultuojami neįgalieji ar senyvo amžiaus artimuosius prižiūrintys asmenys bei, siekiant skatinti neformalią pagalbą, teikiamą bendruomenės narių, savanorių, organizuojami specialūs renginiai. Šie projektai **prisideda prie slaugos paslaugų namuose kompetencijų bendruomenėse plėtros, naujų slaugos paslaugų modelių išbandymo ir, tikėtina, tęstinumo šalies savivaldybėse.**

⁸¹ Laikoma, kad visi pagal priemonę Nr. 08.4.1-ESFA-V-418 įgyvendinti projektai, nepaisant to ar jose kaip pareiškėjas ar partneris dalyvavo ASPĮ, yra aktualūs sveikatos apsaugos tikslų siekimui. Taip nuspręsta atsižvelgiant į finansuotų paslaugų turinį, nepaisant to, kas buvo projekto vykdytojas – visuose pagal šią priemonę finansuotuose projektuose greta socialinių paslaugų privalėjo būti teikiamos ir slaugos paslaugos.

ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS GERINIMAS

Asmens sveikatos priežiūros specialistų kompetencijų ir kvalifikacijos kėlimui itin svarbūs pagal priemonę 09.4.2-ESFA-V-715 „Formaliojo ir neformaliojo mokymo paslaugų įvairioms besimokančiųjų grupėms teikimas“ įgyvendinami 2 projektai, pagal kuriuos rengiamos mokymo programos ir apmokomi sveikatos priežiūros specialistai iš visos šalies, taip pat kuriamas ir diegiamas gydytojų rezidentų etapinių (pakopinių) kompetencijų modelis. Atsižvelgiant į itin sparčią sveikatos priežiūros sistemos kaitą, didėjantį tiek pacientų, tiek gydytojų mobilumą bei tarptautiškumą, projektais siekiama gilinti naujų gydymo metodikų, naujų gydymo algoritmų, naujų vaistų ir kitų technologijų išmanymą ir ugdyti gebėjimą jas taikyti profesinėje praktikoje. Gydytojams svarbu išmanyti skirtingas ligų gydymo metodikas, gebėti jas palyginti, žinoti jų privalumus ir trūkumus, o pacientui pasiūlyti priimtinausią ir pagrįstai geriausią jo ligos gydymo būdą, todėl projekto metu gydytojams sudaromos sąlygos dalyvauti tobulinimosi kursuose, seminaruose, komandiruotėse, mokslinėse praktinėse konferencijose. Šių projektų rezultatai yra aktualūs bendrai visose kryptyse keliamų tikslų įgyvendinimui ir identifikuotų problemų sprendimui, ypač – **gydymo paslaugų kokybės gerinimui, ligų diagnozavimui ankstyvose stadijose ir jų stebėsenos vykdymui.**

Prie geresnio įvairių ligų gydymo prisidės vaistinių preparatų vertinimo sistemos sukūrimas, finansuojamas pagal priemonę 10.1.1-ESFA-V-912 „Nacionalinių reformų skatinimas ir viešojo valdymo institucijų veiklos gerinimas“. Sukūrus nuoseklią vaistinių preparatų vertinimo sistemą, konkretaus vaistinio preparato įtraukimas į kompensuojamų vaistų sąrašą turėtų būti vertinamas pagal platesnį kriterijų sąrašą, atsižvelgiant į pacientų poreikius, bendrus ligos gydymo kaštus, o ne vien į vertinamo vaistinio preparato kainą. Šios sveikatos technologijų, susijusių su vaistais, vertinimo sistemos sukūrimas sudaro prielaidas supaprastinti ir efektyvinti vaistinių preparatų vertinimo procesus, bus sudaromos sąlygos racionaliau panaudoti žmogiškuosius ir finansinius išteklius, įvertinti ne tik vaistų efektyvumą, saugumą bei kainą, bet ir jų panaudojimą klinikinėje praktikoje, kas **prisidės sprendžiant aktualias naujų ir efektyvių vaistų prieinamumo problemas.**

Sprendžiant netolygios sveikatos priežiūros paslaugų kokybės šalyje problemą ir įvairiuose SPP lygiuose dirbančių sveikatos priežiūros specialistų žinių trūkumą, atpažįstant ir reaguojant į pavojingas būkles itin svarbus pagal priemonę Nr. 10.1.3-ESFA-V-918 įgyvendinamas projektas, kurio metu kuriamas standartizuotas metodinių dokumentų rengimo įrankis ir metodinių dokumentų paketai įvairioms būklėms.

SVEIKATOS APSAUGOS SRITIES VIEŠOJO VALDYMO IR STEBĖSENOS EFEKTYVUMO DIDINIMAS

Siekiant tobulinti sveikatos srities viešojo valdymo institucijų veiklos efektyvumą ir gebėjimus, taip pat yra diegiamos įrodymais grįsto valdymo priemonės – sistematizuojami žinių perdavimo ir integravimo procesai, kurie padėtų rinkti, sisteminti, tinkamai perteikti sveikatos sprendimų priėmimui svarbią informaciją (epidemiologinę, socialinę, ekonominę / finansinę, žmogiškųjų išteklių ir kt.). Šiais projektais sukurti rezultatai galimai turės poveikį visoms sveikatos apsaugos kryptims, ypač **siekiant didesnio teikiamų sveikatos paslaugų efektyvumo.**

Pagal priemonę 10.1.1-ESFA-V-912 įgyvendinamo projekto metu kuriama Visuomenės sveikatos stebėsenos informacinė sistema, kuri padės užtikrinti racionalesnę sveikatos apsaugai skiriamų finansinių ir žmogiškųjų išteklių panaudojimą, prisidės prie geresnio sveikatos sistemos valdymo ir pagrįstų sprendimų priėmimo bei turės tiesioginę įtaką gerinant asmens ir visuomenės sveikatos įstaigų veiklą, jų teikiamų paslaugų gyventojams ir pacientams kokybę. Taip pat bus sukurtas ir įdiegtas Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. strategijos vertinimo modelis bei įdiegtas jau sukurtas Sveikatos būklių baigčių vertinimo modelis, kuris leis eliminuoti sisteminę klaidą, pildant medicininius mirties liudijimus, o tai savo ruožtu

prisidės prie tikslesnės mirties priežasčių statistikos gavimo. Informacinės sistemos ir vertinimo modelių diegimas palies visas sveikatos apsaugos kryptis.

Tuberkuliozės bei ūmių infekcinių ir lėtinių kvėpavimo takų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo efektyvumo didinimo kryptis aktualus vienas iš pagal priemonę Nr. 10.1.1-ESFA-V-912 įgyvendinamų projektų, kurio metu siekiama pagerinti užkrečiamųjų ligų prevenciją ir valdymą, optimizuojant ir modernizuojant užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros procesus.

Pagal priemonę 10.1.3-ESFA-V-918 „Viešojo administravimo subjektų iniciatyvos, skirtos paslaugų ir asmenų aptarnavimo kokybės gerinimui“ įgyvendinamas projektas, skirtas savivaldybių teikiamų visuomenės sveikatos stiprinimo paslaugų valdymo modelio sukūrimui ir išbandymui, turėtų tiesiogiai **prisidėti prie visuomenės sveikatos paslaugų plėtros ir, atitinkamai, geresnio gyventojų informuotumo apie būkles ir ligas**, tamptariai susijusias su gyvenimo būdu, aktyvesnį dalyvavimą sveiko gyvenimo būdo veiklose ir pan.

Pagal priemonę 10.1.3-ESFA-V-918 įgyvendinamam projektui siekiama pagerinti informacijos apie visuomenės sveikatos priežiūros bei radiacinės saugos reikalavimus teikimą ūkio subjektams ir gyventojams, Nacionaliniam visuomenės sveikatos centrui sukūriant, o Radiacinės saugos centrui patobulinant vienodo konsultavimo sistemas. Šis projektas yra reikšmingas nacionaliniu lygmeniu ir turės bent netiesioginį poveikį visos sveikatos apsaugos kryptims, o Kraujotakos ir Galvos kraujotakos sistemos ligų mažinimo bei Onkologinių ligų prevencijos ir efektyvaus gydymo užtikrinimo kryptių atžvilgiu yra itin aktualus dėl šioms kryptims priskiriamų ligų diagnostikos ir gydymo metodų specifikos.

Apibendrinant, galima teigti, kad **pagal kitus VP prioritetus įgyvendintos priemonės, kuriomis finansuojami konkretūs sveikatos apsaugos sričiai aktualūs projektai, pakankamai svariai tiesiogiai ir netiesiogiai prisideda prie visų sveikatos apsaugos kryptių tikslų siekimo**. Dalies projektų metu kuriamos arba tobulinamos informacinės sistemos, vertinimo modeliai, standartizuojamos informacijos rinkimo, perdavimo arba dokumentų rengimo metodikos, tikėtina, turės reikšmingą teigiamą netiesioginį poveikį visoms sveikatos apsaugos kryptims. Atsižvelgiant į glaustai apžvelgtas projektų metu įgyvendintas veiklas ir jų aktualumą kryptims, pastebėtina, jog papildomas didesnis poveikis tikėtinas Kraujotakos ir Galvos kraujotakos sistemos ligų mažinimo, Tuberkuliozės bei ūmių infekcinių ir lėtinių kvėpavimo takų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo efektyvumo didinimo bei Onkologinių ligų prevencijos ir efektyvaus gydymo užtikrinimo kryptių atžvilgiu.

4. INTERVENCIJŲ ĮGYVENDINIMAS

4.1 PROJEKTŲ ĮGYVENDINIMAS IR ADMINISTRAVIMAS

Šiame poskyryje bendrai aptariama projektų, finansuojamų pagal VP 8.1.3, 8.4.2 ir 13.1.1 uždavinių priemonės, įgyvendinimo eiga, kilę iššūkiai ir pritaikyti sprendimai, siekiant sumažinti įvairių nepalankių veiksnių poveikį projekto rezultatams.

Projektų įgyvendinimo metu projektų vykdytojai susidūrė su įvairiais sunkumais, kuriuos galima suskirstyti į vidinius ir išorės iššūkius.

Projektų įgyvendinimui įtakos skirtinga apimtimi turėjo tokie **vidiniai iššūkiai**, kaip – projekto valdymo gebėjimų trūkumas komandoje, nepakankamas projekto dalyvių aktyvumas, darbas nuotoliniu būdu (dėl COVID-19), finansinių lėšų užtikrinti nuosavą indėlį trūkumas, veikloms įgyvendinti tinkamų patalpų trūkumas bei darbuotojų stoka, kaita, didelis darbo krūvis įgyvendinant projektą. Remiantis apklausos duomenimis (N=144), didžiausia apklaustų projektų vykdytojų dalis, beveik penktadalis respondentų (17,4 proc.), susidūrė su sunkumais dėl darbuotojų stokos, kaitos ir didelio darbo krūvio įgyvendinant projektą (žr. 5 paveikslą).

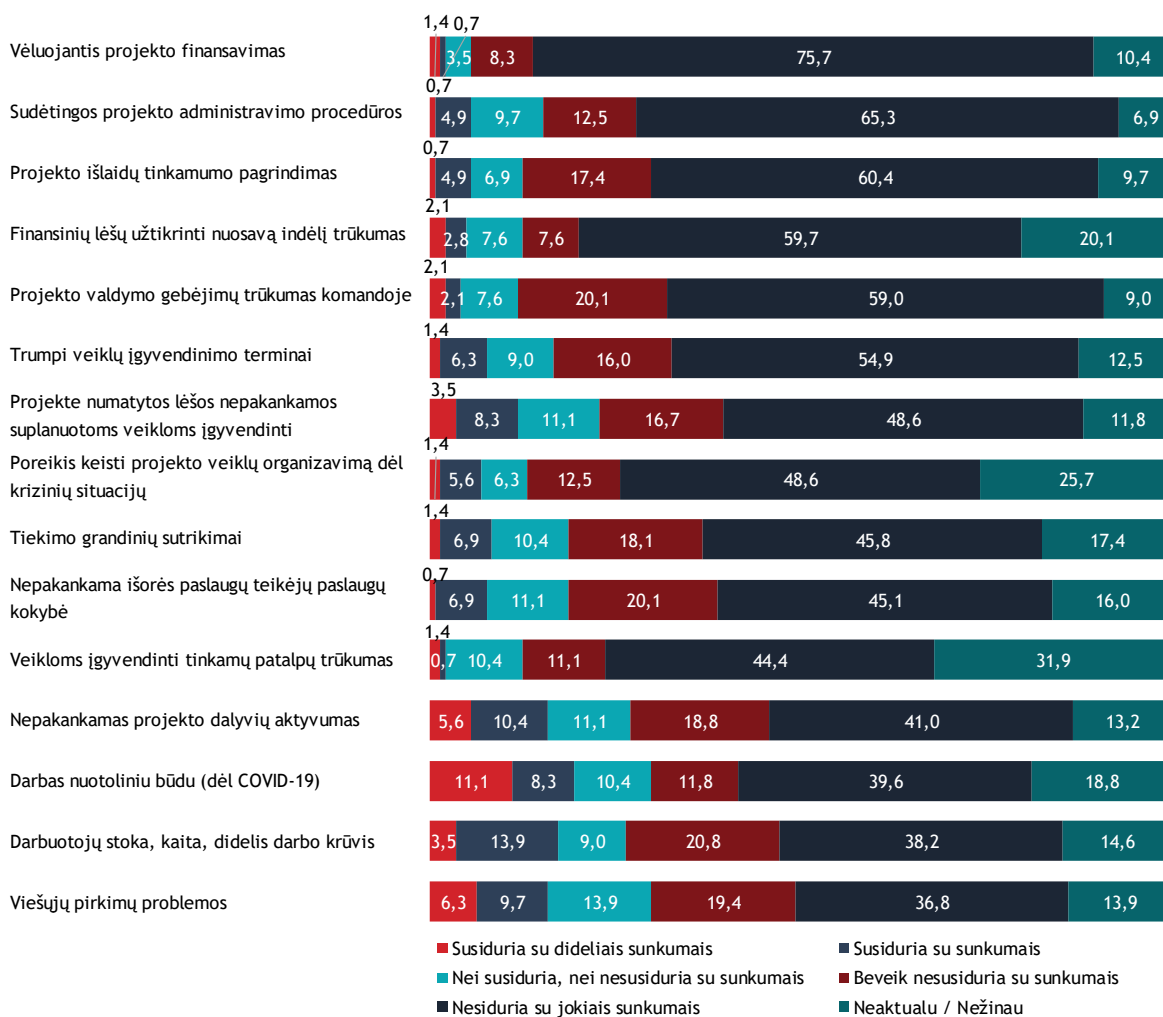
Interviu metu respondentai kaip pagrindinius iššūkius taip pat įvardijo žmogiškųjų resursų trūkumą, didelę administracinę apkrovą, kurie dažniausiai pasireiškėdavo vienam projekto vykdytojui vienu metu koordinuojant kelių projektų įgyvendinimą.

Iš apklausos duomenų galima matyti, kad tarp apklaustų respondentų santykinai didesnę įtaką projektų įgyvendinimo procesui taip pat turėjo dėl COVID-19 pandemijos nuotoliniu būdu organizuotas darbas ir nepakankamas projekto dalyvių aktyvumas, kuriuos įvardijo kiek mažiau nei penktadalis, atitinkamai – 19,4 proc. ir 16 proc., respondentų.

Kiti vidiniai veiksniai – finansinių lėšų užtikrinti nuosavą indėlį trūkumas, projekto valdymo gebėjimų trūkumas komandoje ir veikloms įgyvendinti tinkamų patalpų trūkumas – apklaustųjų projektų įgyvendinimo atveju turėjo mažą poveikį.

Visgi, pažymėtina, jog interviu metu respondentai akcentavo projekto valdymo gebėjimų (pavyzdžiui, rengiant technines specifikacijas) ir patirties stoką kaip vieną iš kliuvinių užtikrinant sklandų projekto įgyvendinimą. Iššūkiai dažniausiai kyla rengiant technines specifikacijas, skirtas sudėtingai medicininei įrangai įsigyti, tačiau tokiais atvejais projektų vykdytojai konsultuodavosi tiek su atstovaujamos įstaigos medicinos specialistais, tiek su CPVA, taip pat pasitaikė atvejų, kai jiems pagelbėjo atitinkamų savivaldybių administracijų specialistai, išorės konsultantai.

Paminėtina, kad projekto valdymo patirties stoką kaip trukdį dažniau minėjo projektus koordinavę pirminės sveikatos priežiūros centrų ir atitinkamų savivaldybių visuomenės sveikatos biurų atstovai. Pavyzdžiui, visuomenės sveikatos biurų atstovai, vykdę visuomenės sveikatos gyvensenos ugdymo veiklas minėjo papildomus sunkumus atsiskaitant už stebėsenos rodiklį „*Tikslinių grupių asmenys, kurie dalyvavo informavimo, švietimo ir mokymo renginiuose bei sveikatos raštingumą didinančiose veiklose*“. Nebuvo kreipiamas didesnis dėmesys dalyvių anketų užpildymo kokybei ir, įrašant asmens duomenis, įsivėlė rašybos ir fakto klaidos, dėl kurių vėliau, naudojantis Sodros sistema, nepavyko atsekti projektų metu organizuotose veiklose dalyvavusių unikalių asmenų ir šie nebuvo įtraukti į stebėsenos rodiklio reikšmę.



5 PAVEIKSLAS. PROJEKTŲ ĮGYVENDINIMO METU KILĘ SUNKUMAI, PROC. (N=144)

Šaltinis: sudaryta BGI Consulting, remiantis projektų vykdytojų apklausos rezultatais

Poveikį projektų įgyvendinimui skirtinga apimtimi turėjo ir įvairūs išorės iššūkiai.

Remiantis apklausos duomenimis (N=144), daugiausia respondentų, beveik penktadalis projektų vykdytojų (16 proc.), kaip didžiausią iššūkį įvardijo viešųjų pirkimų problemas. Pažymėtina, jog interviu metu absoliuti dauguma respondentų taip pat akcentavo ilgai užtrunkančias viešųjų pirkimų procedūras, kurių procesas papildomai stringa dėl iššūkių rengiant technines specifikacijas, jų apskundimų, dėl to kylančių teisminių procesų. Anot projektų vykdytojų, tais atvejais, kai prekės ar paslaugos įsigijimas buvo organizuojamas remiantis mažiausios kainos kriterijumi, taip pat susidurta su problemomis, kadangi sudėtinga užtikrinti gerą kainos ir kokybės santykį, kuris ypač aktualus siekiant įsigyti kokybišką, medicininę įrangą. Be to, interviu metu minėta, kad kartais, norint įsigyti mažą kiekį brangios medicininės įrangos, susiduriama su ribotos pasiūlos problema, kadangi dalis tiekėjų yra nesuinteresuoti siūlyti savo prekes dėl itin mažų pirkimo apimčių.

Iš apklausos duomenų galima matyti, kad projektų įgyvendinimo metu projektų vykdytojams iššūkius taip pat kėlė projekte numatytų lėšų nepakankamumas suplanuotų veiklų atžvilgiu (11,3 proc.) ir tiekimo grandinių sutrikimai (8,3 proc.). Šiuos sunkumus galima tiesiogiai sieti su COVID-19 pandemija ir 2022 m. išaugusia infliacija, kurie detaliau apžvelgiami toliau šiame poskyryje.

Kiek mažiau nei dešimtadalis apklausoje dalyvavusių projektų vykdytojų nurodė, kad trumpi veiklų įgyvendinimo terminai, poreikis keisti projekto veiklų organizavimą dėl krizinių situacijų ir nepakankama išorės paslaugų tiekėjų paslaugų kokybė (atitinkamai, 7,7 proc., 7proc. ir 7,6 proc.) neigiamai veike projektų įgyvendinimo procesą.

Likę išorės veiksniai, vertinant visus apklausoje analizuotus projektus, turėjo santykinai mažą poveikį projektų įgyvendinimui. Apklausoje išskirtos sudėtingos administravimo procedūros interviu metu daugiausia buvo siejamos su viešųjų pirkimų problemomis, o bendradarbiavimą su projekto įgyvendinimą prižiūrinčia agentūra (CPVA arba ESFA) absoliuti dauguma projektų vykdytojų vertino itin palankiai.

Dalis projektų vykdytojų susidūrė su **COVID-19 pandemijos sąlygotais iššūkiais** – tiekimo grandinių sutrikimais, kontaktinės veiklos ribojimais, dėl kurių sulėtėjo arba vėlavo įsigytos medicininės įrangos pristatymas, strigo jos atsiėmimas, patikrinimas dėl atitikties techninėms specifikacijoms bei mokymų naudojimosi pristatyta įranga organizavimas. Respondentai pažymėjo, jog tokiais atvejais papildomai varžė reikalavimas dėl veiklų užbaigimo iki sutartyje numatyto projekto įgyvendinimo laikotarpio, iki kurio pabaigos privaloma priimti įrangą ir įgyvendinti specialistų mokymus. Tokiais ir panašiais atvejais interviu dalyvavę projektų vykdytojai minėjo didelį sklандаus bendradarbiavimo su projekto įgyvendinimą prižiūrinčios agentūros (CPVA arba ESFA) specialistais indėlių sprendžiant šiuos klausimus.

Interviu metu projektų vykdytojai nurodė, jog dėl pandemijos taip pat neretai strigo ir infrastruktūrinių projektų planavimas ir įgyvendinimas.

Pandemijos metu įvestas karantinas tapo reikšminga kliūtimi siekiant įgyvendinti sveikos gyvensenos skatinimui skirtas veiklas, kurios dėl savo specifikos privalėjo būti vykdomos gyvai (pavyzdžiui, mokymų plaukti organizavimas, šviečiamieji-patyriminiai renginiai traumų prevencijai ir pan.), kilo iššūkių mokymus ir šviečiamuosius renginius perkeliant į nuotolį. Tai sąlygojo sunkumus siekiant suplanuoti stebėsenos rodiklio „*Tikslinių grupių asmenys, kurie dalyvavo informavimo, švietimo ir mokymo renginiuose bei sveikatos raštingumą didinančiose veiklose*“ reikšmių, todėl dalis projektų vykdytojų kreipėsi į ESFA dėl projektų sutarčių pratęsimo.

COVID-19 pandemija taip pat buvo pagrindinė priežastis, įtakojusi neplanuotus, su įgyvendinamu projektu tiesiogiai nesusijusius pokyčius, kurie turėjo įtakos projektų įgyvendinimui. Daugiau nei trečdalis apklausoje dalyvavusių projektų vykdytojų vertinimu, didžiausią poveikį projektų įgyvendinimui turėjo COVID-19 sukelti neigiami padariniai šalies gyventojų sveikatai (36,8 proc.). Beveik trečdalis (31,9 proc.) respondentų nurodė, kad projektų įgyvendinimą paveikė žmoniškųjų išteklių perskirstymas įstaigos viduje ir staigūs atstovaujamos įstaigos tikslų pokyčiai (25 proc.), dažniausiai sąlygoti COVID-19 pandemijos, kuomet sveiki ASPĮ dirbantys asmenys sveikatos priežiūros specialistai turėjo pereiti dirbti į COVID-19 pacientus gydantį skyrių.

Dar vienas dalies projektų vykdytojų įvardintas iššūkis – projekte numatytų lėšų nepakankamumas suplanuotų veiklų atžvilgiu – bent iš dalies gali būti sietinas su **infliacija**, turėjusia neigiamą poveikį projektams, kurių metu buvo suplanuota atnaujinti infrastruktūrą ir (ar) įsigyti naują įrangą. Kai kurių statybinių medžiagų, pavyzdžiui, metalo, cemento kainų išaugimas taip pat sietinas su karu Ukrainoje. Infliacija paskatino rangos darbų brangimą, o tai atitinkamai lėmė, jog projektų, kurių pagrindinis įgyvendinimas buvo suplanuotas 2022 m. ir vėlesniais metais, sutartyse numatytos sumos tapo nepakankamos suplanuotiems darbams. Dėl šios priežasties projektų vykdytojai turėjo ieškoti būdų, kaip kompensuoti trūkstamų lėšų stygių, pavyzdžiui, atsisakant dalies numatytos medicininės įrangos įsigijimo, pirmenybę teikiant statybos ar remonto darbams, arba turėjo sumažinti projekte numatytų darbų apimtį. Kai kurie projektų vykdytojai dalį numatytų projekto veiklų finansavo savo lėšomis. Anot projektų vykdytojų, infrastruktūriniams projektams būtų tikslinga turėti projektų veiklų lėšų rezervą, ypač aktualų iškilus *force majeure* aplinkybėms ir ekonominių svyravimų laikotarpiu.

4.2 EFEKTYVUMAS PRIEMONIŲ LYGIU

Vertinant pagal VP 8.1.3, 8.4.2 ir 13.1.1 uždavinius įgyvendintų priemonių efektyvumą, buvo atlikta sąnaudų efektyvumo analizė. Sąnaudomis laikomos priemonės projektams skirtas finansavimas (iš visų šaltinių), o efektyvumas vertinamas pagal tai, kiek kainavo pasiekti vieną vienetą priemonių projektų rezultatus matuojančio rodiklio (pavyzdžiui, kiek prireikė lėšų, kad vienam pacientui būtų pagerinta paslaugų kokybė ir prieinamumas⁸²).

Analizėje naudojami stebėsenos rodikliai, numatyti kiekvienos priemonės PFSA ir įtraukti į projektų sutartis. Šių rodiklių reikšmės (planuojamos pasiekti ir pasiektos) kaupiamos SFMIS. Jeigu projektas jau yra pasibaigęs, imtos pasiektos rodiklių reikšmės. Jeigu projektas dar įgyvendinamas – sutartyje nurodytos planuojamos pasiekti rodiklių reikšmės.

Atliekant sąnaudų efektyvumo analizę priemonių lygiu buvo laikoma, kad efektyviausios yra tos priemonės, kurių efektyvumas (t. y., santykis tarp skirto finansavimo ir pasiektos rodiklio reikšmės) mažiausiai varijuoja tarp priemonės projektų. T. y., jeigu atskirų projektų efektyvumas mažai nukrypsta nuo priemonės projektų efektyvumo vidurkio, laikoma, kad priemonės sąnaudų efektyvumas yra aukštas. Priešingai, jeigu atskirų projektų efektyvumas ženkliai nukrypsta nuo priemonės projektų efektyvumo vidurkio, laikoma, kad priemonės sąnaudų efektyvumas yra žemas (kadangi tų pačių rodiklių reikšmių dalis projektų pasiekė ir su mažesniu finansavimu).

Analizuojant priemonių sąnaudų efektyvumą panašios priemonės buvo apjungtos, konkrečiai:

- 08.1.3-CPVA-V-606 ir 13.1.1-CPVA-V-606;
- 08.1.3-CPVA-V-610 ir 13.1.1-CPVA-V-610;
- 08.1.3-CPVA-V-605-J02 ir 13.1.1-CPVA-V-605.

T. y., pavyzdžiui, skaičiuojant 08.1.3-CPVA-V-606 ir 13.1.1-CPVA-V-606 priemonių projektų efektyvumo nuokrypį nuo vidurkio, vidurkis buvo skaičiuojamas bendrai šioms 2-iems priemonėms.

Kitos priemonės, nors ir siekiančios tų pačių rodiklių, tarpusavyje nelygintos. Pagal VP 8.1.3, 8.4.2 bei 13.1.1 uždavinius įgyvendintos priemonės apėmė didelę veiklų įvairovę, susijusią su skirtingo lygio ir paskirties sveikatos priežiūros paslaugomis (nuo pakaitinio gydymo kabineto iki hibridinės operacinės įrengimo), kurioms reikalingas finansavimas labai ženkliai skiriasi ir palyginimas tarpusavyje nebūtų prasmingas.

Efektyvumas buvo skaičiuotas tų rodiklių atžvilgiu, kai priemonės ribose rodiklio reikšmės siekia bent 3 projektai.

Analizės metu buvo apskaičiuotas kiekvieno priemonės projekto nuokrypis nuo priemonės projektų vidurkio, o kiekvienos priemonės ribose buvo apskaičiuotas tokių nuokrypių vidurkis. Detalūs efektyvumo analizės rezultatai kiekvienos priemonės lygiu pateikiami 13 priede. Geriausi efektyvumo rezultatai pavaizduoti tamsiausia žalia spalva. Laikoma, kad santykinai efektyvios yra tos priemonės, kur atskirų projektų efektyvumas nuo priemonės projektų efektyvumo vidurkio nukrypsta ne daugiau 50 proc. Santykinai neefektyviomis laikomos priemonės, kur atskirų projektų efektyvumas nuo priemonės projektų efektyvumo vidurkio nukrypsta 100 proc. ir daugiau.

Analizuojant atskirų stebėsenos rodiklių pasiekimo efektyvumą, matyti, kad didžiausi nuokrypiai daugelyje priemonių fiksuojami ties rodikliu „*Viešasis sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, kuriose pagerinta paslaugų teikimo infrastruktūra, skaičius*“. Gilinantis į kiekvienos priemonės turinį, šie nuokrypiai

⁸² Rodiklis „Pacientai, kuriems pagerinta paslaugų kokybė ir prieinamumas“.

dažniausiai gali būti paaiškinti pagal tą pačią VP priemonę įgyvendintais labai skirtingos apimties ir turinio projektais⁸³. Pavyzdžiui, priemonėje 08.1.3-CPVA-V-606 „Onkologinių ligų prevencijos, ankstyvos diagnostikos ir gydymo paslaugų infrastruktūros tobulinimas“ aptariamo rodiklio atžvilgiu projektų efektyvumas nuo vidurkio vidutiniškai nukrypsta 76 proc. Pagal šią priemonę įgyvendinti projektai apėmė veiklas nuo naujausių technologijų medicininės įrangos įsigijimo (gama peilis, linijiniai greitintuvai su spindulinio gydymo procedūros vaizdinimo ir valdymo sistema ir pan.) iki biuro patalpų įrengimo naujai steigiamiems atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programų koordinavimo centrams. Atitinkamai, rodiklio „*Viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, kuriose pagerinta paslaugų teikimo infrastruktūra, skaičius*“ pasiekimo kaštai yra labai skirtingi.

Panaši situacija, kuomet stebėsenos rodiklių reikšmės gali klaidinti, matoma ir priemonėse 08.1.3-CPVA-V-601 „Sveiko senėjimo paslaugų kokybės gerinimas“ (keliuose projektuose įgyvendinamos ženkliai didesnių patalpų atnaujinimo veiklos), 08.1.3-CPVA-R-609 „Pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimas“ (finansuojami ir sąlyginai smulkūs šeimos gydytojų kabinetai regionuose, ir Kauno miesto poliklinika, Centro poliklinika Vilniuje su keliais atskirais padaliniais), 08.1.3-CPVA-V-610 „Kraujotakos sistemos ligų gydymo ir diagnostikos paslaugų infrastruktūros gerinimas“ (finansuoti labai nevienodos apimties projektai – nuo hibridinės operacinės įrengimo iki širdies nepakankamumo konsultacijų kabinetų įrengimo), 08.1.3-CPVA-V-612 „Vaikų sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros tobulinimas“ (vienas projektas skirtas daugiau kaip 5 tūkst. kv. m. naujo pastato statybai) ir pan.

Jokie didesni nukrypimai rodiklio „*Viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, kuriose pagerinta paslaugų teikimo infrastruktūra, skaičius*“ atžvilgiu nenustatyti tik priemonės 08.1.3-CPVA-V-607 „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimas neįgaliesiems“ atveju. Čia projektų efektyvumas nuo vidurkio vidutiniškai nukrypsta tik 18 proc. Kitaip sakant, vienam rodiklio vienetui pasiekti prireikė labai panašaus finansavimo. Tai aiškintina tuo, kad priemonė buvo skirta vienerūšių projektų įgyvendinimui⁸⁴ – rajono ir regiono ligoninių fizinės infrastruktūros pritaikymui neįgalųjų poreikiams.

Svarbu pastebėti, kad tose priemonėse, kuriose didžiausia dalis finansavimo skiriama sveikatos priežiūros paslaugoms teikti skirtų patalpų atnaujinimui ar (ir) santykinai paprastos ir nebrangios įrangos pirkimui, fiksuotas galimas neefektyvumas pagal rodiklį „*Viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, kuriose pagerinta paslaugų teikimo infrastruktūra, skaičius*“ nepasitvirtina naudojant investicijų sumą, tenkančią vienam pacientui, kuris pasinaudos⁸⁵ / galės pasinaudoti⁸⁶ sveikatos priežiūros paslaugomis atnaujintoje infrastruktūroje. Tokia situacija matoma priemonėse 08.1.3-CPVA-V-601 „Sveiko senėjimo paslaugų kokybės gerinimas“, 08.1.3-CPVA-R-609 „Pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimas“.

Šis pastebėjimas pasitvirtina ir projektų išlaidas skaičiuojant vienam asmeniui (veiklose dalyvavusiam specialistui, pacientui ar gyventojui, priklausomai nuo projekto). Priemonėse, kurios buvo skirtos mokymų ir panašių veiklų įgyvendinimui (08.4.2-ESFA-K-616 „Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas tikslinėms gyventojų grupėms įgyvendinant inovatyvius ir efektyvius sveikatos priežiūros modelius“, 08.4.2-ESFA-V-619 „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas onkologinių ligų srityje“, 08.4.2-ESFA-V-622 „Vaikų ligų, traumų ir nelaimingų atsitikimų profilaktika, sveikatos priežiūros paslaugų vaikams prieinamumo ir kokybės gerinimas“, 08.4.2-ESFA-R-630 „Sveikos

⁸³ Aptariamasis rodiklis „*Viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, kuriose pagerinta paslaugų teikimo infrastruktūra, skaičius*“ fiksuoja tik faktą, kad konkrečioje viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje buvo investuota į infrastruktūrą. Net ir tais atvejais, kai dėl įvairių priežasčių (pavyzdžiui, infliacijos) atskiruose projektuose buvo pasiekti mažesni negu planuoti fiziniai rodikliai, aptariamo stebėsenos rodiklio reikšmė nesikeičia. Bene vienintelė galimybė nepasiekti šio rodiklio – nutraukta projekto sutartis.

⁸⁴ Vienintelis šiek tiek skirtingo turinio projektas pagal šią priemonę skirtas odontologijos paslaugų plėtrai. Jo metu ne tik buvo atnaujintos ir neįgalųjų poreikiams pritaikytos ASPJ patalpos, bet taip pat įsigyta specializuota medicininė įranga.

⁸⁵ Skaičiuojami realiai sveikatos priežiūros paslaugas gavę unikalūs pacientai

⁸⁶ Skaičiuojamas prie pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos prisirašiusių pacientų skaičius

gyvensenos skatinimas regioniniu lygiu“), didesni efektyvumo netolygumai tarp atskirų projektų fiksuoti gana retai.

Tarp didžiausius nuokrypius nuo vidurkio turinčių priemonių paminėtina priemonė 08.4.2-CPVA-V-618-J02 „Profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas tuberkuliozės bei ūmių infekcinių ir lėtinių kvėpavimo takų ligų srityse“ – siekiamo rodiklio „*Tikslinių grupių asmenys, kurie dalyvavo informavimo, švietimo ir mokymo renginiuose bei sveikatos raštingumą didinančiose veiklose*“ atžvilgiu projektų efektyvumas nuo vidurkio vidutiniškai nukrypsta 100 proc. Šie nuokrypiai labiausiai susiję su atskirų projektų specifiką – dalis projektų, pradėti įgyvendinti tik kaip tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų gerinimo projektai, prasidėjus COVID-19 pandemijai buvo papildyti naujomis veiklomis, susijusiomis su COVID-19 diagnostika ir gydymu. COVID-19 veikloms skirtas finansavimas dažnai buvo ženkliai didesnis negu pradinė projektų sutarčių suma, skirta tuberkuliozės veikloms įgyvendinti. Be to, iki COVID-19 pandemijos pradžios, 08.4.2-CPVA-V-618-J02 priemonė buvo skirta „minkštomis“ veikloms, finansuojamoms iš ESF (sveikatos priežiūros specialistų, pacientų ir jų artimųjų, kitų tikslinių grupių mokymams, metodikų ir kitų dokumentų rengimui ir pan.). Tuo tarpu, prijungus COVID-19 dalį, pagal priemonę taip pat finansuotas medicininės įrangos ir asmens apsaugos priemonių įsigijimas, kuriam buvo skirtos didelės finansavimo sumos lyginant su tų pačių projektų išlaidomis „minkštomis“ veikloms. Taigi projektų sumos ženkliai padidėjo kitų veiklų sąskaita, o stebėsenos rodiklio „*Tikslinių grupių asmenys, kurie dalyvavo informavimo, švietimo ir mokymo renginiuose bei sveikatos raštingumą didinančiose veiklose*“ planuojamos reikšmės nepasikeitė ir apėmė tik su tuberkulioze susijusias veiklas.

Taip pat dideliais nuokrypiais nuo vidurkio pasižymi priemonės 08.1.3-CPVA-V-605-J02 ir 13.1.1-CPVA-V-605 (kurios analizėje yra apjungtos) – siekiamų rodiklių atžvilgiu projektų efektyvumas nuo vidurkio vidutiniškai nukrypsta 77 proc. (rodiklis „*Viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, kuriose pagerinta paslaugų teikimo infrastruktūra, skaičius*“) ir 101 proc. (rodiklis „*Pacientai, kuriems pagerinta paslaugų kokybė ir prieinamumas*“) Labiausiai efektyvumo vidurkius viršija projektas Nr. 13.1.1-CPVA-V-605-01-0001. Tai susiję su beveik identiškomis priežastimis kaip ir aukščiau aptartos priemonės Nr. 08.4.2-CPVA-V-618-J02 atveju. Dalis priemonės Nr. 08.1.3-CPVA-V-605-J02 projektų taip pat apima ne tik tuberkuliozės, bet ir COVID-19 veiklas, todėl tiek bendrai visų priemonės projektų, tiek ir individualių projektų atveju čia irgi stebimi gana ženkliūs finansavimo skirtumai ir netolygus stebėsenos rodiklių naudojimas⁸⁷.

Projektų COVID-19 reikmėms skirtų išlaidų efektyvumą galima vertinti pagal kitus, COVID-19 specifinius rodiklius. Labiausiai unifikuoti ir projektų išlaidų palyginimui tinkami rodikliai – „*Įsigytos medicininės įrangos vertė*“ kartu su „*Viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, kuriose pagerinta paslaugų teikimo infrastruktūra, skaičius*“ ir „*Įsigytų asmeninės apsaugos priemonių vertė*“ kartu su „*Asmeninės apsaugos priemonės*“.

Skaičiuojant įsigytos COVID-19 medicininės įrangos, tekusios vienai ASPĮ⁸⁸, vertės vidurkį, matyti, kad projektai buvo pakankamai panašūs ir atskirų projektų vidutinės išlaidos vienos įstaigos įrangai svyruoja apie bendrą vidurkį, išskyrus vieną projektą, kuris nuo bendro efektyvumo nukrypsta daugiau kaip 50 proc.

Didžiausi nuokrypiai nuo bendro efektyvumo vidurkio fiksuojami įsigyjant asmenines apsaugos priemones. Visuose projektuose buvo įsigyjamoms beveik identiškos asmeninės apsauginės priemonės (apsauginės kaukės, respiratoriai, pirštinės, chalatai, kepurės ir panašiai), todėl dideli nuokrypiai reiškia, kad skirtingos įstaigos panašias prekes įsigijo už labai skirtingą kainą. Didžiausias nuokrypis siekia 236

⁸⁷ Stebėsenos rodiklis „*Pacientai, kuriems pagerinta paslaugų kokybė ir prieinamumas*“ nėra skaičiuojamas COVID-19 poreikiams skirtoms investicijoms

⁸⁸ Palyginamumo dėlei į skaičiavimus įtraukiami tik labai panašaus pobūdžio projektai, kurių metu pačių ASPĮ vykdomų projektų metu buvo perkama įranga projekto vykdytojo (respublikos lygmens ligoninės) ir projekto vykdytojo ASPĮ koordinuojamo konkretaus regiono atraminių ligoninių poreikiams.

proc., tai reiškia kad už labai panašios prekės vienetą buvo sumokėta beveik 2,5 karto daugiau lyginant su kitais projektais. Ir, atvirkščiai, kai kurios įstaigos (bent trys) asmenines apsaugos priemones įsigijo už kainą, kuri sudaro mažiau kaip pusę paskaičiuoto visų projektų išlaidų vidurkių.

Apibendrinant, projektų efektyvumo analizė rodo, kad daugumoje atveju panašioms rezultatams pasiekti buvo patirtos panašios išlaidos. Tai ypač akivaizdu priemonėse, kuriose įgyvendinami panašūs savo turiniu ir apimtimi projektai. Atvejai, kuomet fiksuojamas didelis atskirų projektų nukrypimas nuo konkrečios priemonės vidurkio, dažniausiai gali būti paaiškinti išskirtinės, sudėtingos medicininės įrangos pirkimu. Taip pat tokių priemonių efektyvumo vidurkį iškreipia labai mažos apimties projektai, kurių rodiklių reikšmės, dėl pasirinktos stebėsenos sistemos, yra tokios pačios kaip ir nepalyginamai didesnių projektų. Didesni efektyvumo skirtumai pastebimi su COVID-19 susijusiuose projektuose, įgyvendinamuose pagal jungtinę priemonę J02-CPVA-V.

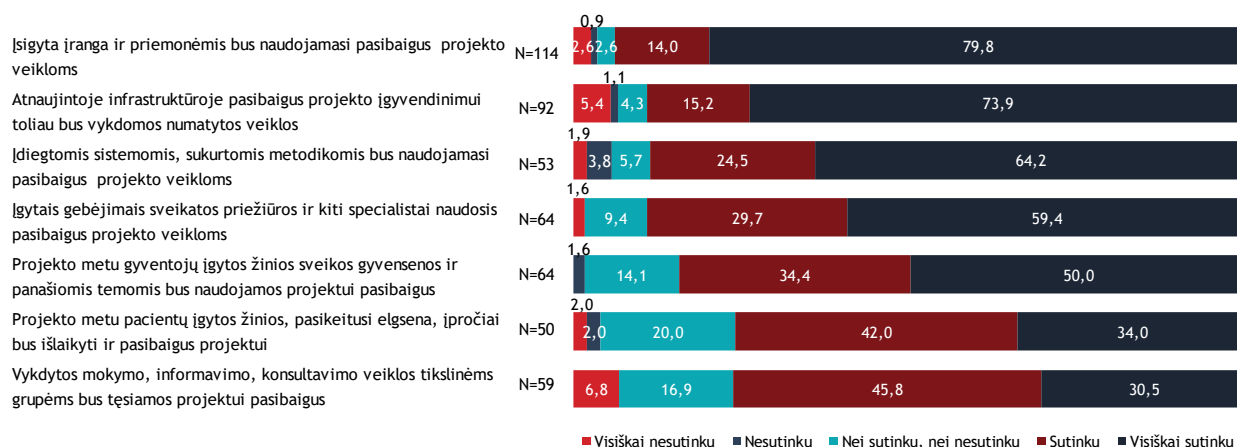
5. INTERVENCIJŲ TĘSTINUMAS IR POVEIKIS

5.1. SUKURTŲ PRODUKTŲ IR REZULTATŲ TĘSTINUMAS

Pageidaujamam ilgalaikiam poveikiui pasiekti, projektų metu sukurti produktai ir rezultatai turi būti naudojami ir po projektų įgyvendinimo. Tai aktualu visų tipų produktų ir rezultatų – atnaujintos infrastruktūros, išgytos įrangos, sukurtų metodikų ir modelių, mokymų metu įgytų žinių – atžvilgiu.

Šiame poskyryje bendrai aptariama projektų, finansuojamų pagal VP 8.1.3 ir 8.4.2 uždavinių priemonės, sukurtų produktų ir rezultatų tikėtinas tolimesnis naudojimas bei būtinos sąlygos šių produktų ir rezultatų naudojimui ateityje.

Apie sukurtų produktų ir rezultatų numatomą naudojimą pasibaigus projektų įgyvendinimui buvo teiraujama projektų vykdytojų, o taip pat analizuotos būtinos teisinės, administracinės, finansavimo ar panašios sąlygos, reikalingos dalies produktų ar rezultatų tęstiniam naudojimui.



6 PAVEIKSLAS. SUKURTŲ PRODUKTŲ IR REZULTATŲ NAUDOJIMAS, PROC.

Šaltinis: sudaryta BGI Consulting, remiantis apklausos rezultatais

Analizuojant ES lėšomis finansuojamų projektų veiklas, matyti, kad pagrindinis dėmesys įgyvendinant projektus buvo skiriamas medicininės įrangos įsigijimui bei patalpų rekonstravimui, remontui ar statybai. Šios veiklos tiesiogiai prisideda prie sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo, įvairių sveikatos rodiklių gerėjimo ir užtikrina geresnę sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą asmenims su negalia, taip pat sudaro galimybes praplėsti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų spektrą. Šios ilgalaikės investicijos, projektų vykdytojų apklausos duomenimis (N=92), yra ir toliau bus aktyviai naudojamos siekiant teikti sveikatos priežiūros paslaugas tam pritaikytose patalpose naudojantis kokybiška medicinine įranga (taip teigia net 89,1proc. projektų, kuriuose įgyvendintos infrastruktūros gerinimo veiklos, atstovų).

Tiesa, aktualu atkreipti dėmesį, kad žvelgiant iš bendros sveikatos apsaugos sistemos perspektyvos, siekiant užtikrinti racionalų ir efektyviausią išgytos medicininės įrangos, ypač specializuotos, naudojimą, labai svarbus tinkamas pacientų srautų paskirstymas. Prielaidos efektyviam resursų paskirstymui yra sukurtos, pavyzdžiui, investuojant į klasterio principu veikiančią ASPĮ tinklą bei skirtingo lygmens ASPĮ aprūpinant skirtingą įrangą (skirtis tarp specializuotų centrų ir atraminių ligoninių), tačiau ar čia laiku pateks visi pacientai, kuriems reikalinga specializuota pagalba, priklauso jau nuo GMP, taip pat nuo pačių ASPĮ suinteresuotumo ir aktyvumo. Pavyzdžiui, vertinimo metu informaciją teikę pašnekovai minėjo atvejus, kai pacientas su preliminaria insulto diagnoze vežamas į rajono lygmens ligoninę, vyksta diskusijos

tarpa ASPĮ, kuri jų tokią pacientą priims, nepervežant paciento tiesiai į artimiausią insulto gydymo centrą ar tarpinės pagalbos ligoninę ir prarandant ypatingai svarbų laiką. Iš kitos pusės, 2020 m. tikrinant insulto klasterio tarpinės pagalbos ligonines, nustatyta, kad kai kuriose tarpinėse ligoninėse nebuvo užtikrinamas nepertraukiamas gydytojo neurologo darbas, specialistų profesinė kvalifikacija ir profesinis pasirengimas neatitiko teisės aktų reikalavimų (paslaugas savarankiškai teikė gydytojų neurologų asistentai), neužtikrinamas reikalingų tyrimų atlikimas visa parą⁸⁹. Tai tik pavyzdžiai, rodantys, kad tikrai efektyvus atliktų infrastruktūrinių pagerinimų, įsigytos šiuolaikinės medicininės įrangos panaudojimas papildomai reikalauja pokyčių organizuojant GMP veiklą (tikėtina, kad bent jau administracinių teritorijų apribojimų keliamas problemas turėtų spręsti jau įgyvendinamas GMP konsolidavimas į bendrą, visoje šalyje veikiančią tinklą), taip pat ASPĮ išpareigojimų laikytis teisės aktų nustatytų reikalavimų užtikrinant žmoniškųjų resursų prieinamumą ir kokybę teikiant konkrečias sveikatos priežiūros paslaugas.

Kita aktuali problema, į kurią orientavosi didelė dalis projektų, yra sietina su nepakankamu visuomenės dėmesiu ligų profilaktikai ir dalyvavimu prevencinėse programose, taip pat poreikiu supažindinti gyventojus su sveikos gyvensenos svarba ir paskatinti juos keisti gyvenimo būdą. Projektų metu gyventojai visoje šalyje dalyvavo paskaitose ir praktiniuose mokymuose sveikos mitybos, fizinio aktyvumo, streso valdymo ir panašiose veiklose. Projektų vykdytojai teigia, kad, jų pastebėjimu, projektų metu vykdytos veiklos turėjo pozityvų poveikį, pastebima tam tikra įpročių kaita ar bent jau pozityvesnis požiūris į sveikesnį gyvenimo būdą. Net 8 iš 10 apklausoje dalyvavusių projektų vykdytojų (N=64) tiki, kad projektų metu gyventojų įgytos žinios sveikos gyvensenos ir panašiomis temomis yra naudojamos ir projektams pasibaigus.

Tokią optimistinę projektų vykdytojų tikėjimą projektų naudomis sustiprina ir pačių projektų dalyvių nuomonė. ESFA 2021 m. atliktos sveikatos raštingumo didinimui skirtose veiklose dalyvavusių gyventojų apklausos duomenimis, projektų metu gautų paslaugų kokybę teigiamai vertina net 84,4 proc. dalyvių. Tikėtina, kad teigiamos patirtys organizuotose veiklose, pasitenkinimas įgytomis žiniomis ir patirtimis iš tiesų prisidės prie didesnių tikslinės grupės pastangų keičiant kasdieninius įpročius.

Labai panašiai matoma ir įvairiomis ligomis sergantiems pacientams organizuotų įvairių mokymų, susijusių su jų būklės stebėjimu, savęs priežiūra, mityba ir pan., nauda. Trys ketvirtadaliai projektų vykdytojų, kurių projektuose buvo vykdomos tokios veiklos (N=50, 76 proc.) mano, kad projektų metu pacientų įgytos žinios, pasikeitusi elgsena, įpročiai bus išlaikyti ir ateityje.

Projektų metu vykdytas mokymo, informavimo, tikslinių grupių konsultavimo veiklas projektų vykdytojai ketina tęsti ateityje (N=59, 86,3 proc. respondentų). Žinoma, tai gali reikšti, kad ES fondų lėšomis buvo finansuota dalis tipinės projektų vykdytojų veiklos, t. y. jie panašius mokymus vykdė iki projekto, projekto metu ir tęs projektui pasibaigus. Bet taip pat tikėtina, kad bent daliai projektų vykdytojų paskata organizuoti tokias veiklas (ar daugiau tokių veiklų) tapo įgyvendintų projektų patirtis, taip pat jų metu pasirengtos mokymo programos, kita medžiaga. Tai, kad mokymo, konsultavimo informavimo veiklos, pasinaudojant projektų metu įgyta patirtimi ir, galbūt, sukurtais produktais bus vykdomos ir toliau, laikytina labai teigiamu pasiekimu, nes tokiu būdu bus didinamos projektų naudos, užtikrinama tolimesnė žinių ir patirties sklaida.

Natūralu, kad planuojama toliau naudotis projektų metu sukurtomis metodikomis bei modeliais, įdiegtomis informacinių technologijų sistemomis (taip teigia 88,7 proc. tokio tipo veiklas įgyvendinusių projektų atstovai, N=43). Sąlyginai nemažai projektų buvo skirti tokio tipo produktų sukūrimui ir neretai praktiniam išbandymui įgyvendinant bandomuosius projektus. Taigi dažnai šių produktų sukūrimas derinamas su tam tikrų paslaugų organizavimo, kitais organizaciniais ir paslaugų kokybės pokyčiais ir

⁸⁹ Šaltinis: <https://vaspvt.gov.lt/node/1431>

iškart yra inkorporuojami į tam paruoštą aplinką. Be to, gana dažnai metodikos ar modelio parengimą, ypač bandomųjų projektų atveju, lydėjo specialistų mokymai. Šių mokymų, kitų panašių veiklų metu sveikatos priežiūros ir kitų specialistų įgytų žinių panaudojimo perspektyva pačių projektų vykdytojų vertinama labai palankiai – net 89,1 proc. projektų, kurių metu buvo vykdomi mokymai specialistams (N=64), atvejų teigiama, kad įgytomis žiniomis ir įgūdžiais bus naudojamosi ir projektui pasibaigus.

Kaip jau minėta aptariant sukurtų modelių, metodikų, informacinių sistemų naudojimo pasibaigus projektams galimybes, dauguma projektų metu sukurtų produktų, žinoma, jeigu jų kokybė yra pakankamai gera, yra naudojami toliau arba nepriklausomai nuo tam tikrų sąlygų (žr. 7 paveikslą).



7 PAVEIKSLAS. SĄLYGOS, BŪTINOS UŽTIKRINTI TOLIMESNĮ PROJEKTŲ METU SUKURTŲ PRODUKTŲ IR REZULTATŲ NAUDOJIMĄ, PROC. (N=144)

Šaltinis: sudaryta BGI Consulting, remiantis apklausos rezultatais

Organizaciniame lygmenyje viena iš svarbiausių sąlygų užtikrinant projektų sukurtų produktų tolimesnį palaikymą ir naudojimą – tęstinis finansavimas (46,5 proc. projektų). Tai ypač aktualu veikloms, sukurtiems produktams, kurie nėra naudojami tipinėje kasdieninėje organizacijos veikloje, jiems nėra automatiškai numatytų lėšų organizacijos biudžete. Su tęstinio finansavimo poreikiu ypač susiduria nevyriausybinės organizacijos, kitos privačios organizacijos, kurių veiklos pagrinde yra finansuojamos įvairių įgyvendinamų projektų lėšomis, nors jis taip pat aktualus ir, pavyzdžiui, biudžetinėms įstaigoms, kurios siekia vykdyti papildomas, naujas veiklas.

Projektų vykdytojai (38,2 proc.) taip pat pastebi, kad tam, jog projektų metu įsigyta įranga gerai veiktų ir funkcionuotų, papildomai teks pirkti kitą techniką ar jos dalis, nuolat rūpintis įsigytų įrenginių priežiūra. Su įrangos ir infrastruktūros gerinimu susijusius projektus įgyvendinančios įstaigos yra įpareigosos mažiausiai atitinkamą numatytą laikotarpį eksploatuoti projekto metu sukurtus produktus. Užtikrinus tam tinkamas sąlygas (papildomos palaikančios įrangos ar technikos įsigijimas, skiriamas tęstinis finansavimas ar sveikatos priežiūros specialistų kompetencijų gilinimas) tuo pačiu galima užtikrinti tolimesnį įsigytos medicininės įrangos veikimą, jei įsigytos medicininės įrangos kokybė atitiks tolimesnius keliamus sveikatos priežiūros srityje keliamus reikalavimus.

Vienas iš aktualiausių su projektų metu sukurtų produktų tęstiniu naudojimu ir, atitinkamai, jų potencialu daryti poveikį aktualiems sveikatos rodikliams susijusių aspektų – sisteminga ir nuosekli šeimos gydytojo institucijos plėtra. Beveik visose analizuotose kryptyse nemaža dalis problemų siejama su nepakankamais resursais būtent pirminiame sveikatos priežiūros lygmenyje. Rengiamose metodikose, sudaromuose ir praktiškai išbandomuose inovatyviuose paslaugų teikimo modeliuose projektuojamas svarus šeimos gydytojų indėlis gerinant prevencinių priemonių taikymą, laiku atpažįstant pavojingas

būklės ir diagnozuojant ligas, racionaliai kreipiant pacientus aukštesnio lygio sveikatos priežiūros paslaugoms gauti, gerinant ambulatorinės slaugos namuose paslaugų prieinamumą ir kokybę, netgi kompensuojant kai kurių specialistų trūkumą regionuose (pvz. vaikų psichiatrų). Akivaizdu, kad visos šios parengtos metodikos, išvystyti nauji paslaugų teikimo modeliai negali būti sėkmingai realizuoti su esamais šeimos gydytojo institucijos pajėgumais. Juos sustiprinti turėtų vykdomos sveikatos priežiūros tinklo reformos metu planuojamos ir skiriamos didesnės lėšos šeimos gydytojo komandos formavimui, papildomai įdarbinant slaugytojus, socialinius darbuotojus, kineziterapeutus, akušerius ir kitus sveikatos priežiūros specialistus. Tokių komandų buvimas yra esminė sąlyga suplanuotų pokyčių įgyvendinimui.

Projektų metu įgytų žinių, įgūdžių išlaikymui, naudojimui reikalingos ir pačių projektų dalyvių tolimesnės pastangos. Projektų metu organizuotos sveikos gyvensenos veiklų ilgalaikė nauda neįsivaizduojama be pačių gyventojų motyvacijos laikytis sveikos gyvensenos principų (35,4 proc. respondentų nuomone), geresnė gydymo paslaugų kokybė ir kiti sveikatos sistemos indėliai duos geresnius rezultatus, jeigu patys pacientai dalyvaus prevencinėse programose, aktyviai įsitrauks į gydymo procesą (26,4 proc.), specialistų, tikslinių grupių, pacientų projektų metu įgytos žinios suteiks tikrąją ilgalaikę vertę, jeigu bus ne tik naudojamos, bet ir nuolat atnaujinamos (29,2 proc.).

5.2. POVEIKIS KONTEKSTO RODIKLIAMS

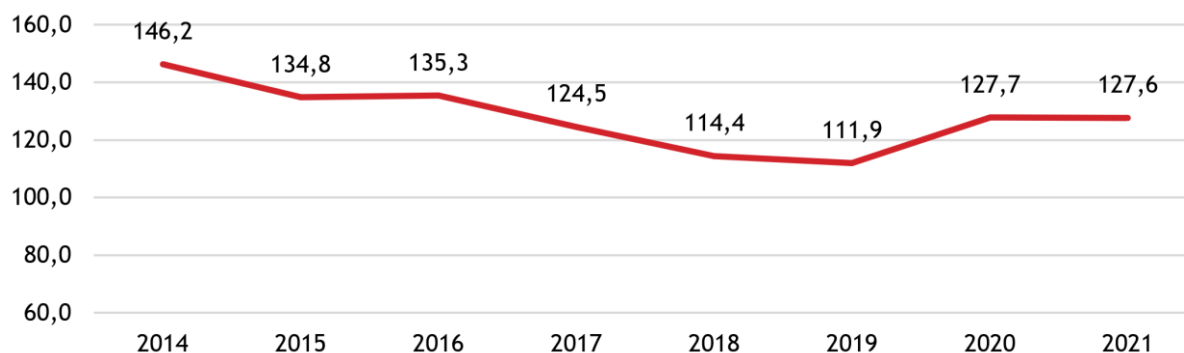
Pageidaujamas ES fondų 2014–2020 m. investicijų pagal VP 8.3.1, 8.4.2 ir 13.1.1 uždavinius poveikis sveikatos apsaugos sektoriui Veiksmų programoje susietas su penkiais rodikliais, matuojančiais mirtingumą nuo kraujotakos sistemos ligų, cerebravaskulinių ligų, piktybinių navikų ir išorinių mirties priežasčių tikslinėse teritorijose bei miestų ir rajonų savivaldybių gyventojų apsilankymų pas gydytojus skaičiaus skirtumą⁹⁰. Siekiama, kad 2014–2020 m. investicinio laikotarpio priemonės prisidėtų prie mirtingumo nuo išvardintų priežasčių mažėjimo 0–64 amžiaus grupėje mažėjimo bei apsilankymų pas gydytojus skirtumo tarp miestų ir rajonų savivaldybių mažėjimo. Šie rodikliai yra įtraukti į VP kaip specialieji programos rezultato rodikliai.

Žemiau aptariamos pagrindinės VP priemonės ir veiklos, kurios turi didžiausią potencialą prisidėti prie šių rodiklių siekimo. Šiame poskyryje analizuojamas ne intervencijų bendresnio pobūdžio tinkamumas spręsti konkrečių krypčių problemas ar prisidėti prie bendrų sveikatos apsaugos tikslų, bet akcentuojamas potencialas prisidėti prie konkretaus rodiklio reikšmių pokyčio, atsižvelgiant į visas rodiklyje apibrėžtas sąlygas – tikslinės grupės amžių bei rodiklio matavimo teritoriją. Kadangi dauguma VP priemonių ir jų projektų baigti įgyvendinti neseniai arba dar įgyvendinami, vertinamas ne tik jau egzistuojantis poveikis analizuojamų rodiklių reikšmėms (dažnai jis dar nėra pasireiškęs), bet ir tikėtinas poveikis trumpuoju periodu. Taip pat aptariamos pagrindinės sąlygos, kurioms esant analizuojamų intervencijų poveikis rodikliams galėtų didėti. Plačiau poveikis konkretiems rodikliams, siejamiems su analizuojamomis sveikatos apsaugos kryptimis, aptariamas 1–9 prieduose.

Priklausomai nuo poveikio apimties, skiriami tokie galimi poveikio tipai: (a) *Ribotos apimtys teigiamas poveikis* – poveikis analizuojamam rodikliui yra, tačiau jo potencialas yra ribotas, kadangi intervencija įgyvendinama teritorijoje, į kurią patenka tik dalis tikslinių teritorijų, intervencija gali paveikti tik dalį rodiklio (sudėtinių rodiklių atveju) ir (arba) intervencijos rezultatas pasiekia nedidelę tikslinės grupės dalį; (b) *Nuosaičius teigiamas poveikis* – poveikis analizuojamam rodikliui yra, tačiau jis sąlyginai nedidelis dėl intervencijų rezultato priklausomybės nuo sinergijos su kitomis, šiuo metu dar neegzistuojančiomis sąlygomis, ribotos intervencijų trukmės ir neaiškaus tęstinumo (ypač paslaugų atveju) ir pan.; (c) *Vidutinės apimtys teigiamas poveikis* – poveikis analizuojamam rodikliui reiškiasi tiesiogiai, intervencijos nukreiptos į svarbių problemų sprendimą, nėra ankstesniuose punktuose minėtų apribojimų; (d) *Ženklaus teigiamas poveikis* – poveikis analizuojamam rodikliui yra tiesioginis ir pastebimas, intervencija tiesiogiai prisideda sprendžiant pagrindines konkrečios srities problemas, nėra ankstesniuose punktuose minėtų apribojimų.

Standartizuotas 0–64 amžiaus gyventojų mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų tikslinėse teritorijose analizuojamu laikotarpiu mažėjo – nuo 146,17 atvejų 100 tūkst. gyv. 2014 m. iki 127,64 atvejų 100 tūkst. gyv. 2021 m.

⁹⁰ Prie 2014–2020 m. Veiksmų programos 8.4.2 uždavinio taip pat numatyti du papildomi ESF bendrieji ir specialieji programos rezultato rodikliai: „Didžiausiais sveikatos ir jos priežiūros prieinamumo netolygumais pasižymintuose regionuose gyvenančių asmenų, dalyvaujančių prevencinėse programose, dalis“ ir „Tikslinių grupių asmenų, pakeitusių gyvenimą dėl sveikatos įgyvendinus ESF lėšomis finansuotą visuomenės informavimo, švietimo ir mokymo veiklą (sveikos gyvensenos, sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo, ligų prevencijos temomis), dalis“. Šių rodiklių reikšmės turėtų būti gaunamos tris kartus per investicinį laikotarpį atliekant tyrimus, tačiau vertintojams šių tyrimų rezultatų gauti nepavyko. Pagal turinį artimiausi pirmajam rodikliui dalyvavimo prevencinėse programose rodikliai (atskirai kiekvienai atrankinės patikros programai, bendrai visoje šalyje) analizuojami šios ataskaitos prieduose Nr.4 ir Nr.6.



8 PAVEIKSLAS. STANDARTIZUOTAS 0–64 M. AMŽIAUS GYVENTOJŲ MIRTINGUMAS NUO KRAUJOTAKOS SISTEMOS LIGŲ (100–199) TIKSLINIŲ TERITORIJŲ SAVIVALDYBĖSE, 100 TŪKST. GYV.

Šaltinis: sudaryta BGI Consulting, remiantis Higienos instituto, Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registro duomenimis

Pastaba: senas Europos standartas, skaičiuojamas bendras rodiklis tikslinėse teritorijose (savivaldybėse).

2019 m. mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų rodiklio rezultatas siekė 111,9 atvejus 100 tūkst. gyv., tačiau, pirmiausiai dėl COVID-19 pandemijos poveikio, 2020–2021 metais tikslinėse savivaldybėse, kaip ir visoje šalyje, buvo stebimas mirtingumo padidėjimas. Kadangi dėl COVID-19 pandemijos taip pat nukentėjo ir ligų profilaktikos bei prevencijos situacija (dalyvavimas širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programose 2020 m., palyginti su 2019 m., sumažėjo ketvirtadaliu), buvo suteikta mažiau kardiologinių ambulatorinių ir stacionarių paslaugų, laiku negautos paslaugos gali lemti dėl uždelstų būklių išaugusį mirtingumą artimiausiais metais.

Suplanuotų ir įgyvendintų ES fondų investicijų poveikis šio rodiklio dinamikai – tiesioginis, tačiau iki 2021 m. pasireiškė dar labai nedidele apimtimi, nes iki to laiko buvo baigta įgyvendinti labai nedidelė suplanuotų investicijų dalis. Pagrindinis teigiamas investicijų poveikis prognozuojamas artimiausiais metais ir jis bus sąlygotas intervencijų į kraujotakos sistemos ligų pirminę ir antrinę prevenciją bei skubią pagalbą ir gydymą ūminio miokardo infarkto atvejais.

Ribotos apimties teigiamą poveikį turės diegiamos naujos (daugelyje savivaldybių) antrinės prevencijos paslaugos, kurios bus teikiamos steigiamuose/atnaujinamuose širdies nepakankamumo kabinetuose. Tinkamas gyvenimo būdas ir priežiūra leidžia gerinti išgyvenamumo rodiklius asmenims, kuriems diagnozuotas širdies nepakankamumas, todėl šių paslaugų plėtra yra labai svarbus faktorius mažinant mirštamumą nuo kraujotakos sistemos ligų, tačiau intervencijos poveikį kol kas pastebimai ribos geografinis faktorius – steigiamas/atnaujinamas 31 širdies nepakankamumo kabinetas (30-yje ASPĮ) tik trečdalyje šalies savivaldybių. Panašus santykis išlieka ir planavimo dokumentuose išskirtų probleminių teritorijų savivaldybių, kuriose fiksuojamas didelis mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų, grupėje – širdies nepakankamumo kabinetai steigiami kiek mažiau nei trečdalyje šių probleminių teritorijų savivaldybių.

Vidutinės apimties teigiamą poveikį mirtingumo rodiklio pokyčiams turės investicijos į pagrindinius kardiologijos centrus respublikos lygmens ASPĮ, tačiau antrinio ir tretinio lygio paslaugų potencialas prisidėti prie pageidaujamo mirtingumo rodiklio pokyčio taip pat labai priklausys nuo GMP ir skubiosios pagalbos paslaugų, ypač rajonuose, kokybės (kaip tiksliai ir sava laikais diagnozuojama būklė, į kokią ASPĮ pristatomas pacientas ir pan.).

Nuosaikų teigiamą poveikį, tiek tiesiogiai analizuojamam mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų rodikliui, tiek sudarant prielaidas mažinti hospitalinį mirštamumą kardiologijos centruose, turės plėtojamoms galimybės rajono ir regiono lygmens priėmimo-skubios pagalbos skyrių specialistams bet kuriuo metu konsultuotis su specializuotų antrinio ir (ar) tretinio lygio paslaugas teikiančių kardiologijos centrų specialistais. Tiesa, tam, kad būtų išnaudotas šios intervencijos potencialas, įgyvendinamas

bandomasis projektas turėtų turėti tęstinumą ir pradėtų funkcionuoti sistema, integruojanti skubios pagalbos skyrius visoje šalyje. Atitinkamai, prognozuojamas GMP automobilių parko plėtros *teigiamo poveikio* mastas dalinai priklausys nuo to, kaip efektyviai bus koordinuojamas visas GMP tinklas ir užtikrinamas savalaikis pacientų pervežimas. Papildomą *nuosaikų teigiamą poveikį* gerinant pirmosios pagalbos prieinamumą tikslinių teritorijų savivaldybėse turės įrengtas defibriliatorių tinklas ir teikti pirmąją pagalbą apmokyti gyventojai. Tam, kad didėtų pirmosios pagalbos indėlis mažinant mirtingumą, turėtų ne tik plėstis defibriliatorių tinklas, bet ir didėti gyventojų, žinančių kaip ir galinčių suteikti pirmąją pagalbą, dalis, be to būti užtikrintas nuolatinis šių žinių atnaujinimas.

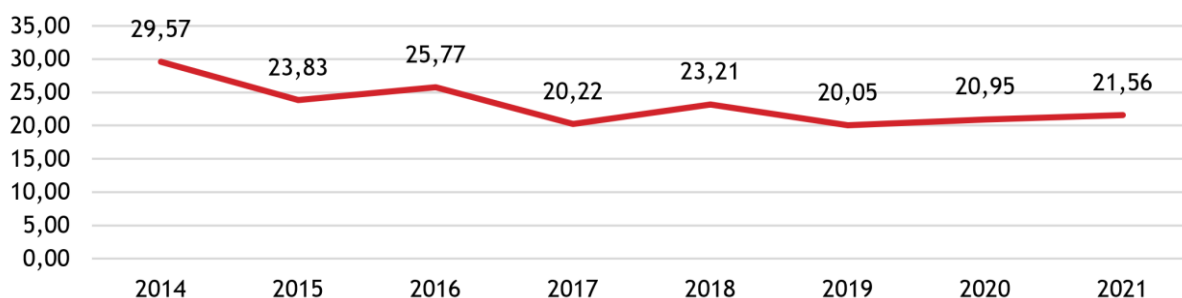
Vidutinės apimties teigiamą poveikį gerinant teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir, atitinkamai, mažinant mirtingumą nuo kraujotakos sistemos ligų turėtų turėti ir pagal VP 10 prioriteto priemonę Nr. 10.1.3-ESFA-V-918 sukurti metodiniai dokumentai (lėtinių vainikinių arterijų sindromų diagnostika ir gydymas) skirti šeimos gydytojams, kardiologams, vidaus ligų gydytojams, kitiems sveikatos priežiūros specialistams, bei asmens sveikatos specialistų visoje šalyje kvalifikacijos kėlimo mokymai ir susijusios veiklos, finansuojamos pagal VP 9 prioriteto priemonę Nr. 09.4.2-ESFA-V-715. Žinoma, šių intervencijų poveikio mastas labai priklausys nuo to kaip konkrečiose ASPĮ yra/bus organizuojamas darbas, užtikrinamas aprūpinimas reikiamomis priemonėmis ir įranga ir pan.

Svarbu paminėti, kad teigiamas investicijų į ASPĮ poveikis yra ribojamas ir tokių faktorių, kaip neišspręstas pacientų sklandaus savalaikio patekimo iš vienos sveikatos priežiūros grandies į kitą, ilgos laukimo eilės, dėl kurių daliai pacientų pavojingos būklės diagnozuojamos pavėluotai, mažėja gydymo efektyvumas.

Visuomenės sveikatos srityje įgyvendintos sveikos gyvensenos skatinimo veiklos visose šalies savivaldybėse turės *nuosaikų teigiamą poveikį* gyventojų nuostatų pokyčiams. Šio poveikio tęstinumas ir potencialas vidutiniame ilgajame laikotarpyje teigiamai veikti gyventojų sveikatos ir mirtingumo rodiklius labiausiai priklausys nuo bendros kultūros pokyčių, tęstinio sveikos gyvensenos propagavimo, geresnės asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų integracijos ir pan. Teigiamai vertintina tai, kad pagal VP 10 prioriteto priemonę Nr. 10.1.3-ESFA-V-918 visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų savivaldos lygmenyje stebėseną stiprinama kuriant unifikotą paslaugų valdymo modelį.

Svarbu pastebėti, kad ne mirtingumo mažėjimui apskritai, tačiau analizuojamo mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų rodiklio reikšmės *ženkliai teigiamų pokyčių* gali atsirasti ir dėl administracinių priežasčių. Pagal VP 10 prioriteto priemonę Nr. 10.1.1-ESFA-V-912 įgyvendintas projektas, kurio metu atliktas dažniausių klaidų, pildant medicininius mirties liudijimus dėl išeminės širdies ligos, tyrimas ir identifikuotos sisteminės klaidos. Nustatyta, kad išeminių širdies ligų hiperdiagnostika yra įprastas reiškinys, dėl kurio klaidingai didėja išeminių širdies ligų lyginamasis svoris mirties priežasčių struktūroje. Remiantis šia informacija, parengta kvalifikacijos tobulinimo programa šeimos gydytojams ir gydytojams specialistams bei vykdyti mokymai, siekiant pagerinti 600 specialistų kvalifikaciją ir įgūdžius pildant medicininius mirties liudijimus.

Standartizuotas 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumas nuo cerebrovaskulinių ligų tikslinėse teritorijose mažėjo – nuo 29,57 atvejų 100 tūkst. gyv. 2014 m. iki 21,56 atvejų 100 tūkst. gyv. 2021 m.



9 PAVEIKSLAS. STANDARTIZUOTAS 0–64 M. AMŽIAUS GYVENTOJŲ MIRTINGUMAS NUO CEREBROVASKULINIŲ LIGŲ (160–169) TIKSLINIŲ TERITORIJŲ SAVIVALDYBĖSE, 100 000 GYV.

Šaltinis: sudaryta BGI Consulting, remiantis Higienos instituto, Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registro duomenimis

Pastaba: senas Europos standartas, skaičiuojamas bendras rodiklis tikslinėse teritorijose (savivaldybėse).

2019 m. šio mirtingumo nuo cerebrovaskulinių ligų rodiklio reikšmė siekė 20,05 atvejus 100 tūkst. gyv., tačiau, pirmiausiai dėl COVID-19 pandemijos poveikio, 2020–2021 m. tikslinėse savivaldybėse, kaip ir visoje šalyje, buvo stebimas mirtingumo padidėjimas. Manytina, kad pastarųjų metų mirtingumo kreivės pokyčiai gana glaudžiai susiję su sveikatos karantino metu atsiradusiais priežiūros paslaugų teikimo ribojimais, taip pat vengimu pandemijos metu kreiptis į asmens sveikatos priežiūros įstaigas ir dėl to padidėjusia pacientų, į stacionarines įstaigas patenkančių pavėluotai, dalimi, dėl ko pandemijos metu padidėjo stacionarinis mirštamumas.

ES fondų investicijų poveikis mažinant mirtingumą nuo cerebrovaskulinių ligų – tiesioginis ir jau atsispindintis paskutiniųjų analizuojamų metų rodiklio reikšmėse, nors ir koreguotose COVID-19 pandemijos sąlygotų aplinkybių. Pagrindinis ženklaus teigiamas poveikis yra kuriamas investicijų į insulto gydymo centrų ir tarpinės pagalbos ligoninių tinklo (6 insulto gydymo centrai ir 5 tarpinės pagalbos ligoninės) diagnostinės ir kitos medicininės įrangos atnaujinimą. Insultai sudaro apie du trečdalius visų mirčių dėl galvos smegenų kraujotakos ligų, be to, insulto klasteris aptarnauja visą šalį, todėl geresnės kokybės paslaugos teikiamos visiems insultą patyrusiems pacientams, nepriklausomai nuo jų gyvenamosios vietos. Žinoma, medicininės įrangos poveikio mastas labai priklauso nuo to, kaip efektyviai ši įranga yra naudojama, ar užtikrinamas jos prieinamumas ir paslaugų teikimas bet kuriuo metu ir panašūs aspektai. Pastaraisiais metais kai kuriose tarpinės pagalbos ligoninėse buvo fiksuojami pažeidimai, dažniausiai susiję su žmogiškųjų resursų problemomis (tam tikrais laikotarpiais dirba nepakankamos kvalifikacijos specialistai, dalis paslaugų nėra prieinamos nuolat ir pan.), kurių išsprendimas yra labai svarbus didinant investicijų į įrangą teigiamą poveikį mirtingumo mažinimui.

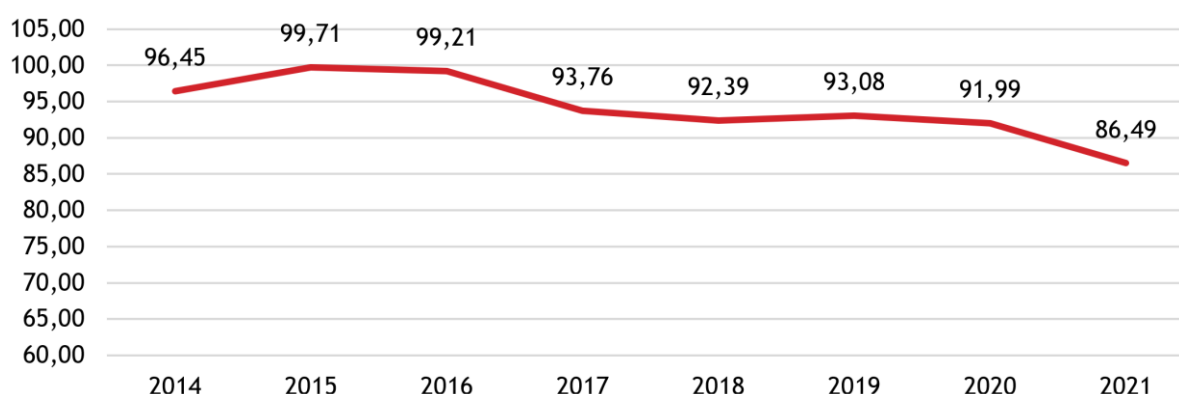
Didinant investicijų į insulto klasterio ASPĮ teigiamą poveikį mirtingumo nuo cerebrovaskulinių ligų mažėjimui, itin svarbi ir GMP kokybė. 2014–2020 m. investiciniu laikotarpiu toliau buvo atnaujinamas GMP parkas ir įvairios tikslinių teritorijų ASPĮ aprūpintos GMP automobiliais su įranga (viso 94 GMP automobiliai). Šios investicijos turi vidutinės apimties teigiamą poveikį. Siekiant efektyvesnio GMP automobilių panaudojimo, būtina užtikrinti kad GMP pacientai būtų pervežami į greičiausiai pasiekiamą reikiamas paslaugas (pagal diagnozę) teikiančias ASPĮ, nepriklausomai nuo teritorinių administracinių ribų, paciento gyvenamosios vietos ar panašių šalutinių faktorių. Šių organizacinių problemų, mažinančių potencialų teigiamą GMP poveikį mažinant perteklinį mirtingumą nuo cerebrovaskulinių ligų, tikimasi, turėtų ženkliai mažėti artimiausiais metais, įgyvendinus GMP reformą ir sukūrus vieningą, iš bendro centro administruojamą GMP stočių tinklą.

Gerinant asmens sveikatos priežiūros specialistų kompetencijas ir jų teikiamų paslaugų kokybę vidutinės apimties teigiamą poveikį turės pagal VP 10 prioriteto priemonę Nr. 10.1.3-ESFA-V-918 sukurti metodiniai dokumentai (ūminio išeminio galvos smegenų insulto profilaktika, diagnostika, gydymas, rehabilitacija ir slauga) bei asmens sveikatos specialistų kvalifikacijos kėlimo mokymai ir susijusios veiklos skirtos gydytojams visoje šalyje finansuojamos pagal VP 9 prioriteto priemonę Nr. 09.4.2-ESFA-V-715.

Galvos smegenų insulto prevencijai itin svarbus tam tikrų gyvenimo būdo veiksmų reguliavimas (sveika mityba, fizinis aktyvumas, alkoholio ribojimas ir pan.). 2014–2020 m. šalies savivaldybėse įgyvendintos veiklos, skirtos gyventojus supažindinti su sveikesnės mitybos alternatyvomis, įtraukti į fizinio aktyvumo užsiėmimus, informuoti apie įvairių ligų (tame tarpe ir insulto) rizikas turės *nuosaikų teigiamą poveikį* analizuojamo rodiklio pokyčiams ateityje. Manytina, kad vykdytos veiklos pasitarnavo labiau kaip svarbi vietos gyventojų informavimo priemonė, o realūs ilgalaikiai pokyčiai priklausys nuo tęstinių veiklų, bendro šios tematikos informacinio lauko ir kultūros, taip pat – nuo šeimos gydytojų ištraukimo ir pastangų skatinant gyventojus laikytis sveikesnės gyvensenos.

Šeimos gydytojų institucijos potencialas prisidedant prie mirtingumo nuo cerebrovaskulinių ligų mažinimo buvo plačiai aptartas investicinio laikotarpio pradžioje, tačiau didesnės faktinės investicijos nebuvo įgyvendintos, išskyrus ambulatorinių pirminės sveikatos priežiūros įstaigų aprūpinimą tam tikra specializuota diagnostikos įranga (kraujo krešėjimo rodiklių matuokliai ir pan.). Šių investicijų poveikis analizuojamam rodikliui vertintinas kaip *nuosaikiai teigiamas*, tačiau turi potencialą augti, jeigu bus įgyvendinti šeimos gydytojų komandos plėtros planai, formuosis glaudesnis šeimos gydytojų ir visuomenės sveikatos paslaugų teikėjų bendradarbiavimas.

Standartizuotas 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumas nuo piktybinių navikų tikslinėse teritorijose mažėjo – nuo 96,45 atvejų 100 tūkst. gyv. 2014 m. iki 86,49 atvejų 100 tūkst. gyv. 2021 m.



10 PAVEIKSLAS. STANDARTIZUOTAS 0–64 M. AMŽIAUS GYVENTOJŲ MIRTINGUMAS NUO PIKTYBINIŲ NAVIKŲ (C00–C96) TIKSLINIŲ TERITORIJŲ SAVIVALDYBĖSE, 100 000 GYV.

Šaltinis: sudaryta BGI Consulting, remiantis Higienos instituto, Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registro duomenimis

Pastaba: senas Europos standartas, skaičiuojamas bendras rodiklis tikslinėse teritorijose (savivaldybėse).

2014–2020 m. ES fondų investicijos turi tiesioginį poveikį mirtingumo nuo piktybinių navikų rodiklio pokyčiams, tačiau dėl investicijų įgyvendinimo laiko analizuojamais metais šis poveikis dar labai mažas. Poveikis gerinant rodiklio reikšmę jau galėjo pasireikšti dėl respublikos lygmens specializuotų onkologijos centrų aprūpinimo itin specializuota, inovatyvia medicinine įranga chirurginėms operacijoms, taip pat naujos kartos spindulinės terapijos įranga. Dalis suplanuotos išgyti medicininės įrangos analizuojamu laikotarpiu dar nebuvo naudojama, tačiau visumoje šių priemonių poveikis mirtingumo nuo piktybinių navikų mažinimui yra *vidutinės apimties teigiamas*. Kadangi piktybinių navikų gydymas apima įvairias priemones, šio tipo investicijų didesnio teigiamo poveikio užtikrinimui būtini ir kiti faktoriai, tokie kaip inovatyvių vaistų prieinamumas, naujų diagnostikos ir gydymo metodų diegimas ir pan. Šioje srityje tam tikrą teigiamą pokytį galėtų sukurti pagal VP priemonę Nr. 10.1.1-ESFA-V-912 finansuotas vaistinių preparatų vertinimo sistemos sukūrimas, siekiant spręsti ydingą praktiką, kai vaistinius preparatus įtraukiant į kompensuojamų vaistų sąrašą pagrindinis dėmesys skiriamas vaisto kainai, bet neatsižvelgiama į realius pacientų poreikius, kompleksinį ligos gydymą bei kaštus.

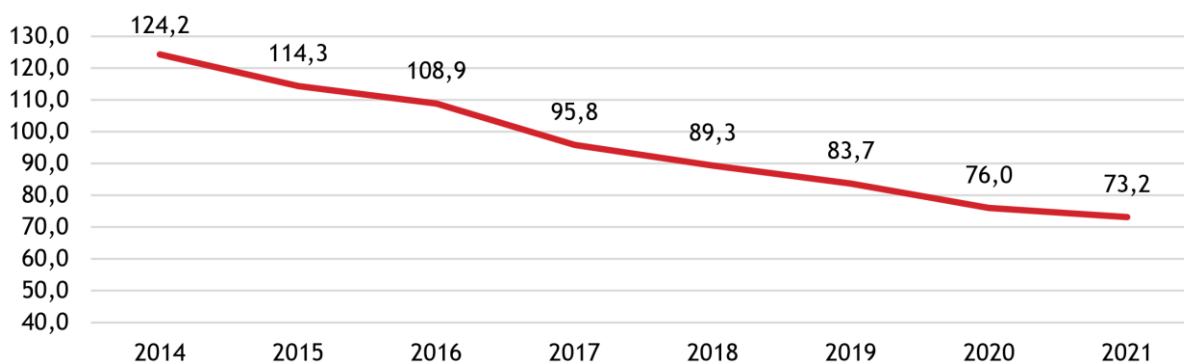
Viena iš aktualių Lietuvoje fiksuojamų problemų – vėlyva vėžinių susirgimų diagnostika, dėl kurios prastėja išgyvenamumo rodikliai. Šalyje veikia 4-ios atrankinės patikros programos (storosios žarnos, priešinės liaukos, gimdos kaklelio ir krūties vėžio), tačiau dalyvavimo jose procentas yra nepakankamas – pagal programas visos šalies mastu pasitikrina apie pusė tikslinės populiacijos⁹¹. Tai susiję su daugeliu priežasčių, tarp kurių – nepakankamas gyventojų informavimas (matomi ir teritoriniai skirtumai), nepakankamas šeimos gydytojų dėmesys ar žinios apie šias programas ir pan. Todėl 2014–2020 m. investiciniu laikotarpiu buvo suplanuotas 2-ų regioninių koordinavimo centrų steigimas vėžio prevencinių programų vykdymui. Vėluojant sukurti atrankinių programų informacinę sistemą, būtiną įgyvendinant tikslinės populiacijos registracijos ir informavimo veiklas, šiame investiciniame laikotarpyje bus pasiekti ne visi planuoti rezultatai ir apsiribota atrankinių programų vykdymo metodinių dokumentų parengimu bei šeimos gydytojų ir antrinės sveikatos priežiūros specialistų, teikiančių programų paslaugas, mokymais. Nors pilnavertė koordinavimo centrų veikla, apimanti ir gyventojų informavimo funkciją, nusikelia į ateitį, parengtos metodikos ir įgyvendinti mokymai jau trumpuoju laikotarpiu bus svarbus postūmis vienodinant ir gerinant atrankinių patikros programų paslaugų kokybę visoje šalyje bei prisidės prie efektyvesnės ankstyvosios diagnostikos. Tiesa, atrankinių patikros programų potencialas kažkiek ribojamas, ypač kai kurių vėžio lokalizacijų atveju, nustatytų tikslinės populiacijos amžiaus ribų. Bendram mirtingumo nuo piktybinių navikų rodikliui aptariamoms investicijoms taip pat turės *ribotos apimties teigiamą poveikį*, kadangi į rodiklio reikšmę įskaičiuojamos mirtys nuo visų lokalizacijų vėžio. Lieka daugybė kitų vėžinių susirgimų, kuriems prevencinės programos nėra taikomos, o jų savalaikė diagnostika labai priklauso nuo paslaugų kokybės rajonuose esančiose ASPĮ.

Vidutinės apimties teigiamą poveikį gerinant teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir, atitinkamai, mažinant mirtingumą nuo piktybinių navikų turėtų turėti pagal VP 10 prioriteto priemonę Nr. 10.1.3-ESFA-V-918 sukurti metodiniai dokumentai (įvairių lokalizacijų vėžio diagnostika ir gydymas) bei asmens sveikatos specialistų kvalifikacijos kėlimo mokymai ir susijusios veiklos finansuojamos pagal VP 9 prioriteto priemonę Nr. 09.4.2-ESFA-V-715. Šių intervencijų potencialas labai priklausys nuo to, kaip konkrečiose ASPĮ yra/bus organizuojamas darbas, užtikrinamas aprūpinimas reikiamomis priemonėmis ir įranga, sudarytos sąlygos gydytojams rajonuose ir regionuose konsultuotis su aukštesnio lygio specialistais.

Kol kas tik *nuosaikų teigiamą poveikį* turės išbandoma sistema, pagal kurią, įtarus onkologinį susirgimą, pacientui tyrimų ir gydymo paslaugos organizuojamos taikant atvejo vadybos metodą, kuomet, pirmą kartą nustatčius onkologinį susirgimą, visi reikalingi tyrimai yra koordinuojami vieno specialisto, dėl ko pacientas pagreitinta tvarka patenka pas asmens sveikatos priežiūros specialistus ir gauna reikalingų sveikatos priežiūros paslaugų paketą. Poveikį mirtingumo rodiklio tikslinėse teritorijose mažėjimui riboja tai, kad bandomoji atvejo vadybos sistema kol kas bus prieinama tik ribotam kiekiui pacientų ir dabar dar negalima prognozuoti, ar ir kaip ji bus diegiama nacionaliniu mastu. Tačiau tokių ar panašių sprendimų reikalingumas neabejotinas, ypač atsižvelgiant į tai, kad, neveikiant onkologijos klasteriui, specializuotos specialistų konsultacijos rajonuose faktiškai neprieinamos.

Standartizuotas 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių tikslinėse teritorijose mažėjo – nuo 124,22 atvejų 100 tūkst. gyv. 2014 m. iki 73,15 atvejų 100 tūkst. gyv. 2021 m.

⁹¹ Higienos instituto ir Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos duomenimis



11 PAVEIKSLAS. STANDARTIZUOTAS 0–64 M. AMŽIAUS GYVENTOJŲ MIRTINGUMAS DĖL IŠORINIŲ PRIEŽASČIŲ (V00-Y89), 100 000 GYV. TIKSLINIŲ TERITORIJŲ SAVIVALDYBĖSE

Šaltinis: sudaryta BGI Consulting, remiantis Higienos instituto, Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registro duomenimis

Pastaba: senas Europos standartas, skaičiuojamas bendras rodiklis tikslinėse teritorijose (savivaldybėse).

2014–2020 m. ES fondų investicijos turi tiesioginį, bet ribotą poveikį mirtingumo nuo išorinių mirties priežasčių rodiklio reikšmių pokyčiams. Ribotas poveikis labiausiai siejamas su aplinkybe, kad išorinių mirties priežasčių sąrašas yra gana ilgas ir apimantis skirtingos prigimties veiksnius. Vadinas, investicijos, susijusios su konkrečia priežastimi (pavyzdžiui, traumomis), gali paveikti tik dalį rodiklio.

Pagrindinės šioje kryptyje suplanuotos investicijos yra skirtos toksikologijos paslaugų kokybės gerinimui, atnaujinant VŠĮ Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės Toksikologijos centro patalpas ir medicininę bei diagnostinę įrangą bei Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros laboratorijos laboratorinę diagnostinę įrangą. Pagrindinių šalyje apsinuodijimų diagnostikai ir gydymui skirtų įstaigų paslaugų plėtra ir kokybės gerinimas yra svarbūs ir reikalingi, tačiau jų poveikis mirtingumo nuo išorinių mirties priežasčių rodiklio pokyčiams yra *ribotas* dėl to, kad mirtys nuo apsinuodijimų sudaro iki 10 proc. visų šios grupės mirčių, atitinkamai investicijos į toksikologijos sritį potencialiai gali daryti poveikį tik dešimtdaliui šio rodiklio.

Didesnis bendras poveikis rodiklio reikšmių dinamikai gali būti pasiektas investuojant į traumų gydymo infrastruktūrą ir paslaugas. 2014–2020 m. investiciniu laikotarpiu šios investicijos buvo koncentruotos į vieną traumų centrą, esantį Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno klinikose. Tai labai svarbus centras ir ženklus jo įrangos atnaujinimas pagerins paslaugų kokybę dideliame skaičiuje pacientų, tačiau konkretaus analizuojamo mirtingumo nuo išorinių mirties priežasčių tikslinėse savivaldybėse atžvilgiu jis turi, labiausiai dėl teritorinių aptarnavimo aspektų, *ribotos apimties teigiamą poveikį*.

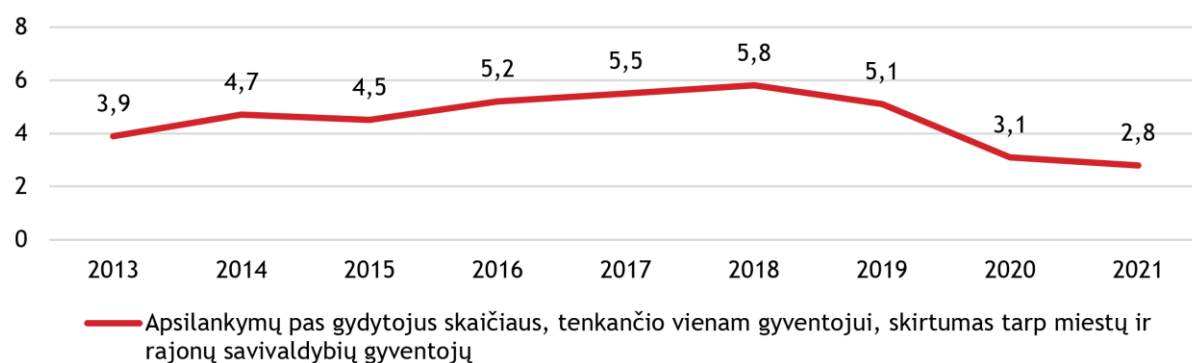
Tolygiau tikslines teritorijas padengiančios intervencijos yra skirtos GMP plėtros ir skubiosios medicinos pagalbos kokybės gerinimo veikloms. Kaip ir kitų kryptų konteksto rodiklių atveju, *vidutinės apimties teigiamą poveikį* mirtingumo nuo išorinių mirties priežasčių mažinimui turi tikslinių teritorijų ASPĮ aprūpinimas GMP automobiliais su įranga (viso 94 GMP automobiliai). Šis poveikis turi potencialą didėti, jeigu, įgyvendinus reformą, pavyks sklandžiau organizuoti GMP stočių tinklo darbą.

Didelį potencialą gerinti rajono lygmens ligoninių priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuose teikiamų paslaugų kokybę turi įgyvendinamas bandomasis telemedicinos projektas, kurio metu sukurtos sąlygos šių asmens sveikatos priežiūros įstaigų specialistams konsultuotis su tretinio (aukščiausio) lygio ASPĮ specialistais. Šis bandomasis projektas kol kas įgyvendinamas tik 9-ių rajonų ligoninėse (daugelis kvalifikuojami kaip tikslinės teritorijos), o veiklos tęstinumas ir tolimesnė plėtra visoje šalyje priklausys nuo būsimo reglamentavimo ir finansavimo, todėl jo poveikis mirtingumo nuo išorinių mirties priežasčių mažėjimui yra *nuosaukiai teigiamas*, tačiau ateityje, išplėtus konsultavimosi tinklą, poveikio mastas turi potencialą didėti.

Papildomą *nuosaikų teigiamą poveikį* gerinant pirmosios pagalbos prieinamumą tikslinių teritorijų savivaldybėse turės įrengtas turniketų tinklas ir teikti pirmąją pagalbą apmokyti gyventojai. Siekiant nuosekliai didinti pirmosios pagalbos indėlį mažinant mirtingumą, turėtų didėti gyventojų, žinančių kaip ir galinčių suteikti pirmąją pagalbą, dalis, užtikrinamas nuolatinis šių žinių atnaujinimas.

Libiausiai pastebimas trūkumas, siekiant didesnio intervencijų poveikio mirtingumo nuo išorinių mirties priežasčių mažėjimui – savižudybių prevencija. Savižudybės pastaraisiais metais sudaro apie ketvirtadalį šio rodiklio reikšmės. 2014–2020 m. investicinio laikotarpio kai kuriose VP 8.4.2 uždavinio priemonėse yra numatytos veiklos, susijusios su savižudybių prevencijos stiprinimu (pagrindė siekiant plėtoti paramos vaikams ir paaugliams paslaugas), tačiau joms trūksta sistemiskumo, strateginės vizijos, kaip situacija galėtų būti keičiama iš esmės. Sprendžiant šias problemas gali prisidėti ir *nuosaikiai teigiamą poveikį* tolimesnei savižudybių problemos mažinimo raidai galinti turėti pagal VP 10 prioriteto priemonę Nr. 10.1.3-ESFA-V-918 sukurta pagalbos savižudybės grėsmę patiriantiems asmenims organizavimo ir teikimo metodika, apimanti ikistacionarinės, ambulatorinės, stacionarinės pagalbos teikimą. Tačiau jos poveikio potencialas labai priklausys nuo to, ar bus suformuotas veikiantis paslaugų teikimo savižudybės riziką patiriantiems asmenims modelis, apimantis įvairias sveikatos priežiūros grandis.

Apsilankymų pas gydytojus skaičiaus, tenkančio vienam gyventojui, skirtumas tarp miestų ir rajonų savivaldybių gyventojų analizuojamu laikotarpiu didėjo nuo 3,9 karto 2013 m. iki 5,1 karto 2019 m.



12 PAVEIKSLAS. APSILANKYMŲ PAS GYDYTOJUS SKAIČIAUS, TENKANČIO VIENAM GYVENTOJUI, SKIRTUMAS TARP MIESTŲ IR RAJONŲ SAVIVALDYBIŲ GYVENTOJŲ (2013–2021 M.)

Šaltinis: sudaryta BGI Consulting, remiantis HI duomenimis

Apsilankymų pas gydytojus skirtumas tarp miestų ir rajonų savivaldybių gyventojų mažėjo tik pastaraisiais metais, kuomet dėl COVID-19 pandemijos metu taikytų apribojimų, gyventojų elgesio pokyčių apsilankymų pas gydytojus skaičius apskritai ženkliai kito. Ar skirtumo tarp miestų ir rajonų savivaldybių gyventojų apsilankymų pas gydytojus sumažėjimas yra kažkokio didesnio pokyčio pradžia, ar tik pandemijos aplinkybių sąlygotas laikinas nukrypimas nuo bendrai neigiamos tendencijos, parodys artimiausių metų statistika.

Analizuojamos 2014–2020 m. investicijos turi tam tikrą potencialą prisidėti prie teigiamų šio rodiklio pokyčių, tačiau daugumoje atvejų tik kaip kitų, didesnių intervencijų ar reformų sudėtinė dalis. Be to, svarbu pastebėti, kad didžioji dalis laikotarpio investicijų skirtos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms jau ir dabar teikiamoms visiems šalies gyventojams ir susijusios su būklėmis, kuomet kreipimasis į gydytojus yra nebe pasirinkimas, o būtinybė (pavyzdžiui, infarktas, insultas, onkologiniai susirgimai, sunkios traumos). Taigi esmingiau apsilankymų pas gydytojus skaičių nepakeis.

Prie pozityvių pokyčių, tikėtina, prisidės plėtojama šeimos gydytojų institucija, kurios atskirų elementų stiprinimui taip pat buvo skirtos 2014–2020 m. intervencijos (investicijos į pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą ir įrangą, paslaugų poliligotiems pacientams modelių vystymas, pagal

skirtingas priemonės vykdomi mokymai pirminės asmens sveikatos priežiūros specialistams priklausomybių, psichinės sveikatos, onkologinių ligų diagnostikos ir kitose srityse). Vertinant šias intervencijas atskirai, jos turi tik *nuosaikiai teigiamą poveikį*, gerinant rajonų savivaldybių gyventojų lankymosi pas gydytojus statistiką. Tačiau sinergijoje su kitais planuojamais pokyčiais (šeimos gydytojų komandų plėtra, geresnė skirtingų gydymo paslaugų rajonuose integracija ir pan.) šių intervencijų teigiamas poveikis gali ženkliai augti.

Labiau pastebimas kokybiškų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo rajonų savivaldybių gyventojams pokytis greičiausiai neįmanomas neišsprendus egzistuojančio „atstumo“ tarp pirminės sveikatos priežiūros ir specializuotuose respublikos lygmens centruose visiems šalies gyventojams teikiamų paslaugų. Tarpinėje grandyje, arčiau pacientų namų teikiamų paslaugų kokybė ir prieinamumas bei reali pagalba pacientams laiku gaunant reikalingo lygio paslaugas priklausomai nuo jų ligos ar būklės sunkumo kaip esminiai faktoriai gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nuolat akcentuojami strateginiuose dokumentuose, minimi pacientų atstovų. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas neturėtų priklausyti nei nuo paciento išsilavinimo, nei nuo jo gebėjimo rasti reikiamus specialistus ir pas juos užsiregistruoti.

Potencialų intervencijų poveikį nustatytiems rodikliams, kurie skirti matuoti mirtingumo nuo skirtingų priešasčių pokyčius tikslinėse teritorijose (savivaldybėse, kuriose standartizuotas mirtingumas nustatytu dydžiu viršijo Lietuvos vidurkį), taip pat mažino faktas, kad išskirtinai šioms tikslinėms teritorijoms buvo skirta labai mažai VP priemonių, o pagal daugumą priemonių, kuriose buvo suplanuotos ir įgyvendintos intervencijos savivaldybių lygmeniu, tikslinės savivaldybės netgi vidutiniškai gavo mažiau lėšų lyginant su kitomis rajonų savivaldybėmis (nepatenkančiomis į tikslinių teritorijų sąrašus). Tai, kad tikslinių teritorijų savivaldybėse mirtingumo rodikliai gerėja, kol kas yra labiau bendrų teigiamų pokyčių šalyje rezultatas, bet ne tiesiogiai šioms teritorijoms skirtų intervencijų poveikis. Tai patvirtina likusių šalies savivaldybių tų pačių rodiklių reikšmių pokyčiai, kurie pasižymi beveik identiška kreive kaip ir tikslinių teritorijų savivaldybėse.

2014–2020 m. ES fondų intervencijų poveikis neapsiriboja aptartais konteksto rodikliais. Kaip plačiau analizuojama šios ataskaitos 1–9 prieduose, skirtingų krypčių intervencijos taip pat turėtų prisidėti prie vaikų ligotumo mažėjimo, sergamumo ir mirtingumo nuo tuberkuliozės sumažėjimo, mirtingumo nuo ligų, tiesiogiai susijusių su alkoholio, narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimu ir kitų rodiklių bendrai svarbių didinant Lietuvos gyventojų vidutinę tikėtiną gyvenimo trukmę ir vidutinę tikėtiną sveiko gyvenimo trukmę.

5.3. POVEIKIS „EUROPA 2020“ TIKSLŲ SIEKIMUI

Bendro ES šalių ūkio konkurencingumui ir produktyvumui užtikrinti 2010 m. buvo patvirtinta Strategija „Europa 2020“, kuria siekiama, kad ES ūkis taptų pažangus, tvarus ir integracinis, todėl šiam tikslui pasiekti išskirti 3 vienas kitą papildantys prioritetai:

1. Pažangiam augimui – žiniomis ir inovacijomis pagrįsto ūkio vystymas;
2. Tvariam augimui – tausiau išteklius naudojančio, ekologiškesnio ir konkurencingesnio ūkio skatinimas;
3. Integraciniam augimui – didelio užimtumo ūkio, kuriame užtikrinta socialinė ir teritorinė sanglauda, skatinimas.

Šių tikslų pasiekimas matuojamas rodikliais, kurių siektinos reikšmės nustatytos kiekvienai šaliai narei individualiai.

„Europa 2020“ strategijos prioritetuose ir tiksluose tiesiogiai neišskirta sveikatos apsaugos sritis, tačiau nustatytų tikslų neįmanoma pasiekti nepasiekus gero asmens ir visuomenės sveikatos lygio.

1994 m. liepos 19 d. LR Sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 preambulėje nurodoma, kad gyventojų sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė – tai ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas, bet ir fizinė, dvasinė bei socialinė žmonių gerovė, o sveikatos potencialą ir jo palaikymo sąlygas lemia ekonominės sistemos raidos stabilumas, visuomenės socialinio saugumo ir švietimo garantijos, gyventojų užimtumas ir jų pakankamos pajamos, apsirūpinimas būstu, prieinama, priimtina ir tinkama sveikatos priežiūra, kokybiška mityba, darbo, gyvenamosios ir gamtinės aplinkos kokybė. Laikomasi nuostatos, kad kuo žemesnė asmens socioekonominė padėtis, nepalankesni sveikatai aplinkos veiksniai, tuo didesnė rizika būti prastos sveikatos, kas sukelia žalą ne tik asmeniui, bet ir našta visuomenei⁹². Ir atvirkščiai, geresnė sveikata reiškia daugiau galimybių aktyviai dalyvauti socialiniame ir ekonominiame gyvenime.

Pagal 2014–2020 m. VP įgyvendintos/įgyvendinamos sveikatos apsaugos srities priemonės turi potencialą netiesiogiai prisidėti prie šių „Europa 2020“ tikslų siekimo:

- 20–64 m. žmonių užimtumas turi siekti bent 75 proc. (nacionalinis Lietuvos tikslas – 72,8 proc.);
- Bent 20 mln. Sumažinti skurde gyvenančių ir socialiai atskirtų žmonių arba žmonių, kuriems tai gresia, skaičių (nacionalinis Lietuvos tikslas – sumažinti asmenų skaičių iki 814 000);
- 3 proc. ES BVP turėtų būti investuojama į mokslinius tyrimus ir eksperimentinę plėtrą bei inovacijas (nacionalinis Lietuvos tikslas – 1,9 proc.);

Integracinio augimo prioritete pagrindinis dėmesys skiriamas gyventojų užimtumui ir skurdo mažinimui. Šie tikslai yra glaudžiai susiję tarpusavyje ir su gyventojų sveikatos būkle. Kaip teigiama strategijoje „Europa 2020“ ir ją lydinčiuose dokumentuose, prasta sveikata neretai gali būti pagrindine skurdo priežastimi, kadangi dėl jos mažėja darbingumas, taip pat atsiranda papildomų gydymo ir priežiūros išlaidų. Taigi pabrėžiamas poreikis užtikrinti sveikatos priežiūros sistemų veiksmingumą, tuo

⁹² World Health Organization (2018). Health inequities and their causes. Prieiga per internetą: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>

pačiu užtikrinant kokybiškų paslaugų prieinamumą visiems gyventojams nepriklausomai nuo gyvenamosios vietos, socialinio-ekonominio statuso ir panašių veiksnių⁹³.

Strategijoje „Europa 2020“ didelis dėmesys skiriamas senėjančios visuomenės problemai. Komunikate pažymima, kad vienas iš Europos struktūrinių trūkumų yra vis sparčiau senėjanti visuomenė ir mažėjantis dirbančiųjų skaičius – tai sukelia papildomą našta ne tik socialinės, bet ir sveikatos apsaugos sistemoms, todėl ypatingas dėmesys skiriamas poreikiui kurti sveiką ir aktyvią senėjančią visuomenę. Tam reikalinga ne tik užtikrinti kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą pacientams, bet ir mažinti sergančių artimųjų priežiūros našta darbingo amžiaus asmenims.

8 LENTELĖ. SVEIKATOS SRITIES 2014–2020 M. INTERVENCIJŲ INDĖLIS, SIEKIANT DIDESNIO GYVENTOJŲ UŽIMTUMO LYGIO

INTERVENCIJŲ TIPAS	SUSIJUSIOS VP PRIEMONĖS	TIKĖTINOS NAUDOS, PRISIDEDANČIOS PRIE DIDESNIO UŽIMTUMO TIKSLŲ
Priemonės, kuriomis tiesiogiai prisidedama prie sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimo	Visos 8.1.3 uždavinio priemonės 08.4.2-ESFA-K-616 08.4.2-ESFA-V-619 08.4.2-ESFA-V-622	Mažesnis priešlaikinis mirtingumas Mažiau asmenų dėl ligų/traumų prarandančių darbingumo lygį Mažesnis sergamumas (dėl geresnės prevencijos) Trumpesnis nedarbingumas ligos atveju Mažiau laiko sugaištama gaunant sveikatos priežiūros paslaugas
Priemonės, kuriomis tiesiogiai prisidedama prie visuomenės sveikatos stiprinimo	08.4.2-ESFA-V-628 08.4.2-ESFA-K-629 08.4.2-ESFA-R-630	Dėl fizinio aktyvumo, sveikesnės mitybos, geresnio streso valdymo padidėjęs energingumas, pozityvumas Mažesnis sergamumas
Priemonės, kuriomis gerinama pagalba savimi negalintiems pasirūpinti asmenims	08.1.3-CPVA-V-601 08.4.2-ESFA-V-614 08.4.2-ESFA-K-629	Geresnės galimybės išlaikyti darbo ir šeimos balansą sunkiai sergančius, neįgalius asmenis slaugantiems artimiesiems

Šaltinis: sudaryta BGI Consulting

Siekiant didinti užimtumo lygį ir mažinti skurdą, ypatingai svarbu į darbo rinką didesne apimtimi įtraukti grupes, kuriose kol kas dirbančiųjų dalis yra sąlyginai maža. Socialinės rizikos grupių asmenų, asmenų su negalia, vyresnio amžiaus asmenų neaktyvumas darbo rinkoje neretai yra susijęs ne tik su darbo vietos sąlygomis, kvalifikacija, bet ir su sveikatos būkle. Tinkamos ir savalaikės sveikatos priežiūros paslaugos, pagalba valdant savo lėtines ligas daliai šių asmenų leistų būti socialiai aktyvesniems ir integruotis į darbo rinką. Taigi svarbus tiesioginis 2014–2020 m. sveikatos srities intervencijų poveikis integracinio augimo srityje – sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas visiems gyventojams, papildomą dėmesį skiriant asmenims su negalia, vyresnio amžiaus asmenims, asmenims priklausomiems nuo alkoholio ir psichotropinių medžiagų.

⁹³ „Europos kovos su skurdu ir socialine atskirtimi planas. Europos socialinės ir teritorinės sanglaudos bendroji programa“, Komisijos Komunikatas Europos Parlamentui, Tarybai, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir Regionų komitetui, KOM(2010) 758 galutinis

9 LENTELĖ. SVEIKATOS SRITIES 2014–2020 M. INTERVENCIJŲ INDĖLIS MAŽINANT SOCIALINĘ ATSKIRTĮ

INTERVENCIJŲ TIPAS	SUSIJUSIOS VP PRIEMONĖS	TIKĖTINOS NAUDOS, PRISIDEDANČIOS PRIE SOCIALINĖS ATSKIRTIES MAŽINIMO TIKSLO
Priemonės, kuriomis tiesiogiai prisidedama prie sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimo socialinės atskirties riziką patiriantiems asmenims	08.1.3-CPVA-V-601 08.1.3-CPVA-V-605-J02 08.1.3-CPVA-V-607 08.1.3-CPVA-V-608 08.4.2-CPVA-V-618-J02	Geresnė asmenų su negalia, senyvo amžiaus asmenų sveikata Mažesnis asmenų, patiriančių socialinę atskirtį dėl turimų priklausomybių, skaičius
Priemonės, kuriomis gerinama pagalba savimi negalintiems pasirūpinti asmenims	08.1.3-CPVA-V-601 08.4.2-ESFA-V-614 08.4.2-ESFA-K-629	Mažėjantis institucinės globos poreikis neįgaliesiems / sunkiai sergantiems asmenims Geresnės galimybės išlaikyti darbo ir šeimos balansą sunkiai sergančius, neįgalius asmenis slaugantiems artimiesiems
Priemonės, kuriomis teikiama socialinė ir susijusi parama	08.4.2-ESFA-R-615 08.4.2-ESFA-V-621	Mažėjantis sergamumas užkrečiamomis ligomis (pvz., tuberkuliozė) Mažinamos užkrečiamų ligų rizikos pacientų artimiesiems ir visai visuomenei (pvz., ŽIV)

Šaltinis: sudaryta BGI Consulting

Tikėtinas vertinamų VP investicijų poveikis **pažangaus augimo prioritetui** apibrėžiamas poreikiu investuoti į mokslinius tyrimus ir eksperimentinę plėtrą bei inovacijas, mažesnis lyginant su aukščiau aptartu integracinio augimo prioritetu, bet egzistuojantis. Sveikatos apsaugos srities investicijos modernizuojant medicininę įrangą, ypač skirtą tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugų teikimui, prisideda prie inovacijų grandinės stiprinimo, sudaro sąlygas taikyti naujus, inovatyvius gydymo metodus, kaupti daugiau ir detalesnės informacijos, vykdyti mokslinius tyrimus.

Labai didelė svarba skatinant pažangų augimą skiriama novatoriškų sprendimų sveikatos priežiūros srityje vystymui, ypač akcentuojant būtinybę ieškoti sveiko senėjimo palaikymo sprendimų⁹⁴. Inovatyvūs sprendimai, sprendžiant nepakankamų resursų problemas, lėtinių ligų valdymo poreikius, išbandomi ir įgyvendinami VP priemonės. Siekiant užtikrinti geresnį rezultatą (sveikatą) ir tuo pačiu racionaliai naudoti ribotus sveikatos apsaugos sistemos resursus, išbandomi nauji paslaugų teikimo modeliai, pagrįsti aktyvesniu konsultavimu ir didesniu pačių lėtinėmis ligomis sergančių pacientų įsitraukimu į ligos (-ų) stebėseną ir valdymą. Mažinant teritorinius sveikatos priežiūros kokybės netolygumus, išbandomos nepertraukiamo nuotolinio sveikatos priežiūros specialistų konsultavimosi galimybės. Šie ir panašūs bandomieji modeliai yra svarbūs tarpiniai žingsniai judant link senėjant visuomenei neišvengiamų sveikatos priežiūros paslaugų turinio ir jų organizavimo pokyčių.

Tiesiogiai su pažangaus augimo tikslais yra susijusios investicijos į sveikatos srities informacines sistemas, visų pirma plėtojant e.sveikatos paslaugas. Strategijoje „Europa 2020“ ir ją lydinčiuose dokumentuose⁹⁵ pabrėžiamas poreikis naudojant e.sveikatos technologijas, užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Be kitų priemonių, tai apima ir standartizuotų asmens sveikatos įrašų kaupimą, kuriam

⁹⁴ Strategijos „Europa 2020“ pavyzdinė iniciatyva „Inovacijų sąjunga“, Komisijos Komunikatas Europos Parlamentui, Tarybai, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir Regionų komitetui, KOM(2010) 546 galutinis

⁹⁵ „Europos skaitmeninė darbotvarkė“, Komisijos Komunikatas Europos Parlamentui, Tarybai, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir Regionų komitetui, KOM(2010)245 galutinis

vystyti skirtos ir 2014–2020 m. ES fondų lėšos, geresnį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą gyventojams naudojantis skaitmeninėmis paslaugomis ir pan.

10 LENTELĖ. SVEIKATOS SRITIES 2014–2020 M. INTERVENCIJŲ INDĖLIS DIDINANT MTEPI IR SKAITMENINIŲ PASLAUGŲ PLĖTRĄ

INTERVENCIJŲ TIPAS	SUSIJUSIOS VP PRIEMONĖS	TIKĖTINOS NAUDOS, PRISIDEDANČIOS PRIE MTEPI IR SKAITMENINĖS PLĖTROS TIKSLŲ
Įsigyjama laboratorinė, diagnostinė ar medicininė įranga, kuri gali būti naudojama ir mokslo tikslais	08.1.3-CPVA-V-603 08.1.3-CPVA-V-606 08.1.3-CPVA-V-610 08.1.3-CPVA-V-611	Plėtojami ryšiai tarp studijų, mokslo ir praktinės veiklos Kaupiami moksliniams tyrimams reikalingi duomenys Sudaromos sąlygos vykdyti mokslinius tyrimus
Inovacijų diegimas organizuojant ir teikiant sveikatos priežiūros paslaugas	08.4.2-ESFA-K-616 (poliligitų pacientų priežiūra) 08.1.3-CPVA-V-604 (telemedicina) 08.1.3-CPVA-V-610 (širdies nepakankamumo kabinetai) 08.4.2-ESFA-V-619 (pirminių onkologinių ligonių atvejo vadybininko paslaugos)	Geresnis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Efektyvesnės sveikatos priežiūros paslaugos
Plėtojamos e-paslaugos	02.3.1-CPVA-V-525	Geresnės sveikatos priežiūros paslaugos dėl paciento sveikatos istorijos prieinamumo Greitesnis reikiamų paslaugų suteikimas dėl laboratorinių tyrimų rezultatų prieinamumo iškart atlikus tyrimą Geresnis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas pacientams dėl geresnių galimybių registruotis pas gydytojus

Šaltinis: sudaryta BGI Consulting

6. VERTINIMO IŠVADOS PAGAL VERTINIMO KLAUSIMUS

11 LENTELĖ. VERTINIMO IŠVADOS PAGAL VERTINIMO KLAUSIMUS⁹⁶

VERTINIMO KLAUSIMAI	PAGRINDINIAI ATSAKYMAI/IŠVADOS PAGAL VERTINIMO KLAUSIMUS
<p>Vertinimo uždavinys 9.1. Įvertinti 2014–2020 m. ES fondų investicijų veiksmų programos 8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ 8.1.3 uždavinio ir 8.4.2 uždavinio rezultatyvumą, pakankamumą, tinkamumą, suderinamumą ir poveikį.</p> <p>9.1.1. Kokių rezultatų pasiekta įgyvendinant / įgyvendinus Veiksmų programos 8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ 8.1.3 uždavinio ir 8.4.2 uždavinio priemones ir projektus? Išanalizuoti pagrindinius pasiektus rezultatus pagal kiekvieną 7.1 papunktyje nurodytą priemonę. Kokie svarbiausi rezultatai (produkto ir rezultato) sukurti Veiksmų programos 8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ 8.1.3 uždavinio ir 8.4.2 uždavinio apimtyje? Išanalizuoti pasiektus rezultatus pagal pagrindines investicijų kryptis ir joms keliamus tikslus (Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų planas, Sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų planas) bei įvertinus Veiksmų programos 8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ 8.1.3 uždavinio ir 8.4.2 uždavinio priemonių ir joms keliamų tikslų, uždavinių bei rodiklių pasiekimo lygį.</p>	<p>Pagal VP 8.1.3, 8.4.2 ir 13.1.1 uždavinius iki 2022 m. rugsėjo 1 d. buvo sudaryta projektų sutarčių už kiek daugiau nei 328 mln. Eur (skaičiuojant visus finansavimo šaltinius). Iki šios datos buvo baigti įgyvendinti 57 proc. projektų.</p> <p>Didžiausia ES fondų investicijų dalis tenka laboratorinei ir medicininei įrangai – beveik 202 mln. Eur (62 proc. visų lėšų) bei statybai, rekonstravimui ir (ar) remontui – beveik 77 mln. Eur (23 proc. visų lėšų). Metodikų, mokymo programų parengimui ir specialistų mokymui (išskyrus su sveikos gyvensenos skatinimu susijusias veiklas) bendrai skirta 14 mln. Eur (4 proc. visų lėšų). 8 mln. Eur (2 proc. visų lėšų) skirta inovatyvių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelių bandomųjų veiklų įgyvendinimui. Socialinės paramos priemonių teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, psichologinės pagalbos įgyvendinimui skirta 3,5 mln. Eur (1 proc. visų lėšų). 15,5 mln. Eur (5 proc. visų lėšų) skirta gyventojų sveikatos raštingumui didinti.</p> <p>Daugiau kaip pusė (61 proc.) visos pagal VP priemonės įsigytos laboratorinės ir medicininės įrangos vertės teko respublikos lygmens ligoninėms didžiuosiuose šalies miestuose, apie ketvirtadalį rajono ar regiono lygmens ligoninėms. Ligoninėms tekusios laboratorinės ir medicininės įrangos apimtys labai padidėjo 2020 m. perkant COVID-19 reikmėms skirtą įrangą ir apsaugines priemones. Bendroje visų lygmenų ligoninėms skirtos įrangos vertėje COVID-19 ligai diagnozuoti ir gydyti skirta įranga sudaro apie trečdalį. Apie 12 proc. analizuojamu investiciniu laikotarpiu įsigytos įrangos išlaidų teko pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigoms.</p> <p>Detali pasiekimų analizė pagal kiekvieną 2014–2020 m. investiciniu laikotarpiu investicijas gavusią sveikatos apsaugos kryptį pateikiama šios ataskaitos 1–9 prieduose.</p>

⁹⁶ Vertinimo klausimai buvo pateikti vertinimo techninėje užduotyje, parengtoje SAM

VERTINIMO KLAUSIMAI	PAGRINDINIAI ATSAKYMAI/IŠVADOS PAGAL VERTINIMO KLAUSIMUS
<p>9.1.2. Kaip ir kiek 2014–2020 m. ES fondų investicijos įtakojo ir prisidėjo prie sveikatos sektoriuje nustatytų strateginio konteksto rodiklių pasiekimo?</p>	<p>Siekiant įvertinti 2014–2020 m. investicinio laikotarpio intervencijų poveikį, analizuoti 5 pagrindiniai rodikliai, įtraukti į VP kaip specialieji programos rezultato rodikliai: Standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo sumažėjimas tikslinėse teritorijose nuo kraujotakos sistemos ligų; Standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo sumažėjimas tikslinėse teritorijose nuo cerebrovaskulinių ligų; Standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo sumažėjimas tikslinėse teritorijose nuo piktybinių navikų; Standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo sumažėjimas tikslinėse teritorijose dėl išorinių mirties priežasčių. Apsilankymų pas gydytojus skaičiaus, tenkančio vienam gyventojui, skirtumas tarp miestų ir rajonų savivaldybių gyventojų. Papildomai taip pat analizuoti atskiroms išskirtoms sveikatos apsaugos kryptims specifiniai rodikliai.</p> <p>Suplanuotų ir įgyvendintų ES fondų investicijų poveikis išskirtų pagrindinių rodiklių dinamikai – tiesioginis, tačiau iki 2021 m. pasireiškė dar labai nedidele apimtimi, nes iki to laiko buvo baigta įgyvendinti nedidelė suplanuotų investicijų dalis. Nepaisant to, galima prognozuoti teigiamą šių intervencijų įtaka būsiamiems rodiklių pokyčiams.</p> <p>Vidutinės apimties teigiamas poveikis mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų ir ženklus teigiamas poveikis mirtingumo nuo cerebrovaskulinių ligų sumažėjimui prognozuojamas dėl investicijų į pagrindinių šių ligų gydymo centrų ir atraminių ligoninių (smegenų insulto atveju) infrastruktūrą. Svarbu pastebėti, kad prognozuojamas teigiamas investicijų poveikis yra susijęs ne tik su pačiu įrangos įsigijimo faktu, bet su bendromis sisteminiėmis pertvarkomis, prie kurių įgyvendinimo ES fondų investicijos prisideda. Šiame kontekste taip pat labai svarbus indėlis prisidedant prie mirtingumo mažinimo tenka GMP ir mažesnių ligoninių skubios pagalbos skyrių paslaugų kokybei, kurios gerinimui šiame investiciniame laikotarpyje skirtos finansinė apimtims nedidelės, tačiau galinčios esmingai pakeisti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę intervencijos (telemedicinos modelio plėtra).</p> <p>Mirtingumo nuo piktybinių navikų mažinimui pastebimą teigiamą poveikį turėtų turėti investicijos į naujos kartos įrangą pagrindiniuose onkologijos centruose ir prevencijos bei ankstyvosios diagnostikos paslaugų vykdant atrankinės patikros programas kokybės gerinimas. Tiesa, bendri mirtingumo nuo piktybinių navikų rodiklio pokyčiai, be aptartų priemonių, taip pat labai priklausys nuo to, ar bus prieinami naujausi inovatyvūs vaistai, kokios kokybės onkologinės paslaugos bus teikiamos rajono lygmens ASPĮ ir pan.</p> <p>Mirtingumo nuo išorinių mirties priežasčių mažinimui suplanuotos ir įgyvendintos 2014–2020 m. laikotarpio intervencijos turės teigiamą, tačiau ribotą poveikį, kadangi pagrindinės šios grupės priežasties (sudaro apie ketvirtadalį mirčių nuo išorinių priežasčių) – savižudybių – prevencijai skiriamas mažas dėmesys.</p> <p>2014–2020 m. intervencijų indėlis mažinant apsilankymų pas gydytojus skirtumus tarp miesto ir rajono savivaldybių gyventojų labiausiai priklausys nuo įgyvendinamų bendrųjų nacionalinės sveikatos sistemos pokyčių. ES fondų lėšomis buvo suteikti tam tikri įrankiai (medicininė įranga, metodologinė pagalba, kvalifikacijos kėlimas), tačiau ar ir kaip jie bus panaudoti labai daug priklausys nuo paslaugų organizavimo, skirtingo lygmens įstaigų bendradarbiavimo ir pan. Svarbu pastebėti, kad beveik visos laikotarpio intervencijos skirtos visai šaliai bendrų problemų sprendimui ir netgi laikotarpio pradžioje išskirtų tikslinių teritorijų atžvilgiu specifinių intervencijų buvo labai mažai.</p>

VERTINIMO KLAUSIMAI	PAGRINDINIAI ATSAKYMAI/IŠVADOS PAGAL VERTINIMO KLAUSIMUS
<p>9.1.3. Išnagrinėti, ar įgyvendintos priemonės ir projektai (fizinė apimtis ir finansavimas) buvo pakankami nustatytiems tikslams, uždaviniams, suplanuotiems rezultatams pasiekti. Kodėl? Kokių priemonių (intervencijų) trūksta? Kurios priemonės (intervencijos) yra perteklinės? Kurios priemonės (intervencijos) pagal tipą duoda didžiausią efektą? Kas įtakojo tokį pasiekiamumo lygį (pagrindiniai sėkmės veiksniai ir kliūtys, problemos – vidinės ir išorinės)?</p>	<p>Kaip rodo atskirų 2014–2020 m. investiciniu laikotarpiu finansuotų sveikatos apsaugos krypčių analizė, intervencijos padengė daugelį laikotarpio pradžioje įvardintų problemų. Daugumos priemonių atveju, investicijos buvo padalintos apibrėžtam, iš anksto nustatytų ASPĮ sąrašui, tokiu būdu užtikrinant kad intervencijos bus tolygiai paskirstytos visame konkreto profilio sveikatos priežiūros įstaigų tinkle arba sukonzentruotos tik pagrindiniuose centruose, abiem atvejais gerinant paslaugų kokybę visiems ar beveik visiems to profilio pacientams (pagal reikalingą sveikatos priežiūros paslaugų lygį).</p> <p>Sveikatos priežiūros kokybė priklauso nuo daugybės faktorių, kurių dalis sprendžiami kitais nei finansinės paramos instrumentais (pavyzdžiui, įstaigų veiklos ir funkcijų reglamentavimas, vaistų prieinamumas ir pan.). Iš tų faktorių, kurie galėtų būti finansuojami ES fondų lėšomis, kai kuriose kryptyse (kraujotakos sistemos ligų, galvos smegenų kraujotakos, onkologijos kryptys) pastebimas tam tikras dėmesio antrinių sveikatos priežiūros paslaugų kokybei rajonuose trūkumas, kuris tiesiogiai įtakoja ligų prevenciją ir savalaikį diagnozavimą bei gydymą. Taip pat matomas ribotas priemonių, skirtų psichikos sveikatos paslaugų rajonuose pasiūlos ir kokybės trūkumų šalinimui, potencialas.</p> <p>Įgyvendinant visuomenės sveikatos gyvensenos ugdymui skirtas veiklas trūksta koordinavimo. Nors viešuose informacijos šaltiniuose yra daugybė įvairios su visuomenės sveikatos stiprinimu susijusios informacijos, visuomenės sveikatos biurams ir panašioms organizacijoms, vykdančioms šias veiklas, trūksta vieningo metodologinio pagrindo, koordinuotos praktinės pagalbos planuojant skirtingoms tikslinėms grupėms tinkamas veiklas. Todėl nacionalinio lygmens įstaigoms sveikatos gyvensenos srityje teikiamą finansavimą būtų tikslinga naudoti stiprinant metodologinio vadovavimo funkciją, o gyventojams organizuojamas veiklas palikti savivaldos lygmens įstaigoms, dažniau pasitelkti NVO. Visuomenės sveikatos srityje taip pat pastebimas ASPĮ (pirmiausiai, šeimos gydytojų) ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimo trūkumas, dėl kurio neišnaudojamas sveikatinimo ir susijusių priemonių potencialas.</p> <p>Didelės ilgalaikės naudos tikimasi iš investicijų, kuriomis finansuoti naujų paslaugų teikimo modelių sukūrimas ir išbandymas. Keičiantis demografinėi situacijai, žmonių mobilumui, komunikacijai, siekiant išlaikyti ir pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę, sveikatos paslaugų sistema turi nuolat taikytis prie pokyčių ir adaptuoti naujas paslaugų teikimo formas. Todėl tokios bandomosios, kol kas lokaliai įgyvendinamos veiklos kaip telemedicinos paslaugos, konkrečių ligų atvejo vadyba, mobilios paslaugos pacientų namuose, modeliai, aktyviau įtraukiantys pacientus į savo sveikatos stebėseną ir kontrolę, yra itin svarbūs ateityje formuojant naujas paslaugų teikimo praktikas visoje šalyje.</p> <p>Nors dėl infliacijos, problemų tiekimo grandinėse kai kuriais atvejais projektų sąnaudos išaugo, daugumoje atveju sprendimai buvo rasti. Kad esamas finansavimas buvo pakankamas, nurodo 60 proc. projektų atstovų, kad labiau pakankamas nei nepakankamas – 34 proc. Projektų sėkmė dažniausiai sieta su projektų turinio atitikimu įstaigos poreikiams, tikslinėms grupėms aktualių veiklų organizavimu (visuomenės sveikatos srityje), sėkmingu bendradarbiavimu su įgyvendinančiomis agentūromis, SAM.</p>
<p>9.1.4. Kaip investicijos prisidėjo prie laikotarpio pradžioje identifikuotų problemų sprendimo? Ar pasiekti rezultatai ir poveikis atitinka tikslinių grupių</p>	

VERTINIMO KLAUSIMAI	PAGRINDINIAI ATSAKYMAI/IŠVADOS PAGAL VERTINIMO KLAUSIMUS
<p>poreikius ir interesus? (Išnagrinėti intervencijų logiką):</p>	
<p>9.1.4.1. Ar ir kaip keitėsi investicijų poreikis ir tikslai 2014–2021 m.?</p>	<p>Beveik visi pagrindiniai sveikatos rodikliai, kuriais remiantis buvo planuojamos 2014–2020 m. ES fondų investicijos, visą laiką iki 2019 m. nuosekliai gerėjo (mažėjo mirtingumas nuo tuberkuliozės, išorinių mirties priežasčių, kraujotakos sistemos ligų, piktybinių navikų (nors sergančiųjų daugėjo), cerebrovaskulinių ligų), beveik nesikeitė ar net blogėjo tik vaikų ligotumo rodikliai ir išvengiamų vaikų hospitalizacijų skaičius bei didėjo skirtumas tarp miesto ir rajonų savivaldybių gyventojų apsilankymų pas gydytojus skaičiaus. Daugumos rodiklių reikšmės gana ženkliai pasikeitė 2020–2021 m., tačiau tai sietina beveik išskirtinai su COVID-19 pandemija.</p> <p>Gerėjančios daugumos stebimų rodiklių reikšmės nesumažino suplanuotų investicijų poreikio. Galima netgi teigti, kad fiksuojami nors ir nedideli, bet nuoseklūs teigiami pokyčiai patvirtina suplanuotų investicijų reikalingumą, nes dauguma investicijų labai tiesiogiai skirtos paremti įgyvendinamus sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo pokyčius, kurie, manytina, įtakojo pastaraisiais metais stebimą sveikatos rodiklių kaitą.</p> <p>Esminis pokytis, kuris sąlygojo naujų tikslų atsiradimą ir ženkliai keitė investicijų poreikį – COVID-19 pandemija. Pandemija pareikalavo didelių ir staigių pokyčių sveikatos priežiūros paslaugų teikime – tiek užtikrinant paslaugas COVID-19 pacientams, tiek ir organizuojant visų kitų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. 2014–2020 m. laikotarpio ES struktūrinių fondų lėšos, reaguojant į COVID-19 situaciją, iš esmės buvo sukoncentruotos į sveikatos paslaugų teikimo COVID-19 pacientams užtikrinimą ir epidemiologinės kontrolės stiprinimą. Finansinės intervencijos skirtos tiesiogiai su COVID-19 diagnostika ir gydymu susijusiems sveikatos sistemos poreikiams sudarė apie 60 mln. Eur.</p>
<p>9.1.4.2. Ar ir kaip 2014–2020 m. ES fondų investicijų veiksmų programos 8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ 8.1.3 uždavinio ir 8.4.2 uždavinio įgyvendintos priemonės buvo efektyvios, veiksmingos siekiant Veiksmų programoje numatytų uždavinių tikslų ir rodiklių, kurioms pritrūko dėmesio (pateikti pagal 7.1 papunktyje nurodytas priemones)? Paaiškinti, kodėl. Kokie faktoriai (veiksniai) lėmė stiprų arba silpną investicijų poveikį? Kurios priemonės (projektai) labiausiai pasiteisimo, kokie galėtų būti gerosios praktikos pavyzdžiai?</p>	<p>Kaip rodo poveikio Veiksmų programoje numatytiems standartizuoto mirtingumo nuo įvairių priežasčių rodikliams analizė, dauguma suplanuotų priemonių turės tiesioginį teigiamą poveikį šių rodiklių pokyčiams (analizuojamu laikotarpiu daugumos įgyvendintų priemonių poveikis dar nebuvo pasireiškęs). Potencialus poveikio intensyvumas priklauso nuo įvairių faktorių, iš kurių svarbiausi – intervencijų ryšys su analizuojamu rodikliu (tiesioginis ar netiesioginis), investicijų teritorinis pasiskirstymas (rodikliai matuoja situaciją nustatytose tikslinių teritorijų savivaldybėse), įgyvendintų intervencijų poveikio priklausomumas nuo kitų, su šia intervencija tiesiogiai nesusijusių sąlygų ir pan. Intensyviausias teigiamas poveikis tikėtinas iš intervencijų, skirtų asmens sveikatos įstaigų, teikiančių skubią pagalbą konkrečių būklių atvejais (miokardo infarktas, ūminis galvos smegenų insultas, įvairios traumos, apsinuodijimai ir pan.) infrastruktūros ir įrangos gerinimui. Kadangi daugumos šių būklių atveju išgyvenamumo rodikliai yra labai priklausomi nuo kvalifikuotos pagalbos suteikimo laiko, didelė reikšmė ir potencialas prisidėti prie mirtingumo mažėjimo tenka GMP bei skubios pagalbos skyrių, ypač rajono ir regiono lygmens ligoninėse, kokybei. Atitinkamai, intervencijų potencialą prisidėti prie pageidaujamų pokyčių labai didina sinergija tarp infrastruktūrinių investicijų, GMP parko plėtros ir žmogiškųjų resursų stiprinimo rajono ir regiono lygmens ligoninėse plėtojant telemedicinos paslaugų tinklą. Tiesa, išlieka ir kitų aplinkybių (teisinio reglamentavimo, veiklų organizavimo, žmogiškųjų išteklių valdymo) svarba siekiant maksimalaus šių intervencijų poveikio.</p>

VERTINIMO KLAUSIMAI	PAGRINDINIAI ATSAKYMAI/IŠVADOS PAGAL VERTINIMO KLAUSIMUS
	<p>Glaudžiai su kitomis, tiesiogiai nuo įgyvendintų projektų nepriklausomomis ar mažai priklausomomis aplinkybėmis susijęs ir įvairių bandomųjų modelių (mobilius odontologijos paslaugos asmenims su negalia, sveikatos priežiūros paslaugos poliligotiesiems pacientams, atvejo vadyba onkologiniams ligoniams ir kiti) poveikis analizuojamiems rodikliams. Nepaisant to, kokie sėkmingi šie bandomieji projektai, jų įgyvendinimo metu pasiekti rezultatai ženklesnio poveikio rodiklių, matuojančių visos šalies ar jos dalies būklę, reikšmėms neturės. Šie projektai gali turėti ženklų netiesioginį poveikį rodiklio pokyčiams, tačiau tik tuomet, jeigu išbandytos sėkmingos praktikos bus diegiamos kur kas plačiau, regionų ar net visos šalies mastu.</p>
<p>9.1.4.3. Ar priemonių veikloms ir rodikliams pasiekti suplanuoti ir įgyvendinti tinkamiausi projektai? Paaiškinti, kaip ir kodėl.</p>	<p>Dauguma pagal 2014–2020 m. Veiksmų programos 8.1.3, 8.4.2 ir 13.1.1 uždavinių priemonės įgyvendintų projektų buvo suplanuoti ir parinkti valingai, atsižvelgiant į įgyvendinamas ar planuojamas sistemos pertvarkas ir konkrečių sveikatos priežiūros įstaigų funkcijas, todėl pastebimesni neatitikimai tarp planuotų veiklų, jų rodiklių ir pasirinkto jų siekimo būdo (projektų) nenustatyti.</p> <p>Atskiri atvejai, kuomet gali būti svarstomi efektyvesni suplanuotų rezultatų pasiekimo būdai, nustatyti siekiant sveikos gyvensenos ir onkologinių ligų prevencijos tikslų. Tiesioginės sveikos gyvensenos skatinimo veiklos skirtos gyventojams buvo įgyvendinamos ir Higienos instituto (priemonė Nr. 08.4.2-ESFA-V-628), ir savivaldybių visuomenės sveikatos biurų (priemonė Nr. 08.4.2-ESFA-R-630). Atsižvelgiant į pačių projektų vykdytojų keliamą metodologinės pagalbos poreikį, geresni rezultatai galėtų būti pasiekti tikslingai išnaudojant turimus resursus ir nacionaliniu lygmeniu kuriant metodologinį pagrindą bei teikiant konsultacijas veiklas savivaldybėse organizuojantiems subjektams. Onkologinių susirgimų atrankinių patikros programų vykdymo koordinavimui šalyje steigiami ir finansuojami du centrai – Rytų regiono bei Vidurio ir Vakarų Lietuvos regionų. Abiejų steigiamų koordinavimo centrų veikla praktiškai identiška, skiriasi tik veiklos teritorija. Todėl steigimo, administracinių, išlaikymo kaštų prasme pasirinkimas steigti 2, bet ne 1-ą bendrą visai šaliai koordinavimo centrą, yra abejotinas. Juolab, kad, kaip jau rodo ir šių konkrečių projektų įgyvendinimo patirtis, susijusių veiklų išskaidymas per kelias įstaigas didina projektų įgyvendinimo rizikas, kadangi vėlavimai ar kitokie trukdžiai viename projekte tiesiogiai paveikia kitų projektų įgyvendinimą.</p>
<p>9.1.4.4. Kaip pagal veiksmų programą vykdytos priemonės atitinka tikslinių grupių poreikius ir interesus?</p>	<p>Pagrindinė daugumos pagal 2014–2020 m. Veiksmų programos 8.1.3, 8.4.2 ir 13.1.1 uždavinius įgyvendintų priemonių tikslinė grupė – pacientai. Šios tikslinės grupės poreikius suplanuotos ir įgyvendintos intervencijos plačiąja prasme atitinka tiek, kiek jos prisideda prie geresnės sveikatos priežiūros kokybės ir gerėjančių Lietuvos gyventojų sveikatos rodiklių. Kadangi nustatyta, kad 2014–2020 m. intervencijos turės teigiamą poveikį priešlaikinio gyventojų mirtingumo mažėjimui, prisidės mažinant liekamųjų reiškinių apimtį, neįgalumo laipsnį dėl tam tikrų ligų, laikytina, kad jos atitinka pacientų poreikius. Visgi, galima išskirti, kad pacientams trūksta emocinės, psichologinės paramos, kuri yra pripažįstama kaip svarbus faktorius užtikrinant visapusišką sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Šiai sričiai buvo skirtas ES fondų finansavimas, tačiau finansuoti trumpalaikiai projektai, o nuolatinis geresnis šių paslaugų prieinamumas nėra išspręstas.</p> <p>Visuomenės sveikatos srityje vykdyti projektai, skirti gyventojams, siekiant paskatinti sveikesnę mitybą, aktyvesnį gyvenimo būdą, supažindinti su įvairių ligų ir traumų prevencinėmis priemonėmis. Projektų vykdytojų teigimu, gyventojai aktyviai įsitraukė į organizuotą veiklą, pasiekti geresni nei planuoti dalyvavimo rodikliai. Todėl manytina, kad organizuotos veiklos atitiko</p>

VERTINIMO KLAUSIMAI	PAGRINDINIAI ATSAKYMAI/IŠVADOS PAGAL VERTINIMO KLAUSIMUS
	gyventojų poreikius ir interesus. Be to, ESFA atliktos projektų dalyvių apklausos duomenimis, paslaugų kokybę 2021 m. teigiamai vertino 94,6 proc. sveikatos raštingumo didinimui skirtų projektų dalyvių.
<p>9.1.5. Kaip tarpusavyje dera Veiksmų programos 8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ 8.1.3 ir 8.4.2 uždaviniai ir priemonės?</p>	<p>Veiksmų programos 8 prioriteto 8.1.3 ir 8.4.2 uždaviniams ir pagal juos įgyvendinamoms priemonėms būdingas aukštas suderinamumo laipsnis. Pagal 8.1.3 uždavinio priemones finansuotos ASPĮ patalpų ir įrangos atnaujinimo veiklos buvo papildytos pagal 8.4.2 uždavinio priemones tose pačiose kryptyse rengiamais metodiniais dokumentais, organizuojamais asmens sveikatos priežiūros ir kitų specialistų mokymais, papildomomis socialinėmis ir susijusiomis paslaugomis pacientams. Investicijos pagal abu uždavinius atskirose išskirtose sveikatos apsaugos kryptyse nebūtinai buvo skirtos toms pačioms įstaigoms ar jų specialistams, tačiau tai nemažina šių skirtingų priemonių suderinamumo, nes daugumoje atvejų yra išlaikomas sisteminis požiūris į visas labiausiai problemines sritis siekiant bendrą konkrečios srities tikslų – ne vienoje kryptyje ERPF investicijos pagal 8.1.3 uždavinį buvo skirtos pagrindinių respublikos ar regiono lygmens sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros plėtrai, o ESF investicijomis pagal 8.4.2 uždavinį nukreiptos į pirminio ir antrinio lygio sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimą, visuomenės sveikatos priežiūros ir kitų specialistų glaudesnę įtraukimą sprendžiant aktualias sveikatos priežiūros problemas konkrečiose kryptyse.</p> <p>Nemažas dėmesys 8.4.2 uždavinio priemonėse skirtas gyventojų sveikatos raštingumo ugdymui, pirmosios pagalbos įgūdžių gerinimui. Visos šios veiklos yra svarbios kaip prevencinės priemonės ir papildo pagal 8.1.3 uždavinį įgyvendinamas tiesiogiai ASPĮ skirtas veiklas, kuriomis siekiama mažinti sergamumą ir mirtingumą nuo kraujagyslių sistemos, cerebrovaskulinių ligų, piktybinių navikų, traumų ir kitų išorinių priežasčių, prisidėti prie mažesnio vaikų sergamumo ir sveiko senėjimo tikslų.</p>
<p>9.1.6. Kokius nenumatytus pokyčius lėmė intervencijos?</p>	<p>Reikšmingesni intervencijų sąlygoti nenumatyti pokyčiai nenustatyti.</p>
<p>9.1.7. Ar buvo nustatyti tinkami rodikliai, kurie atspindi konkretaus uždavinio, priemonės, projektų įgyvendinimo veiklas? Kodėl? Kokie konkretūs rodikliai leistų geriau pamatuoti 8.1.3 ir 8.4.2 uždavinių naudą?</p>	<p>VP 8.1.3, 8.4.2 ir 13.1.1 uždavinių priemonių stebėsenos rodiklius siekta parinkti taip, kad būtų galimybės lyginti priemones tarpusavyje, matyti bendrus pasiekimus kelių priemonių ar uždavinio lygiu ar pan. Naudojamas bendras rodiklių sąrašas yra gera prielaida pasiekti šių tikslų, tačiau tuo pačiu atsiranda rizikos, kad ne visi priemonių ir pagal jas įgyvendinamų projektų pasiekimai bus tinkamai pamatuoti.</p> <p>Vienas iš dažniausiai naudojamų rodiklių „<i>Viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, kuriose pagerinta paslaugų teikimo infrastruktūra, skaičius</i>“ naudojamas visais atvejais, nepaisant to ar įsigyjama tik įranga, atliekami tik statybos, rekonstrukcijos, remonto darbai, įsigyjama įranga ir atliekami darbai. Šio rodiklio atveju vienoda reikšmė apskaityta daug visiškai skirtingos apimties ir turinio investicijų (pavyzdžiui, branduolinių tyrimų centras ir atrankinių patikros programų koordinavimo centro biuro įranga).</p> <p>Aptarto rodiklio trūkumus iš dalies spręstų papildomai naudojamas rodiklis „<i>Pacientai, kuriems pagerinta paslaugų kokybė ir prieinamumas</i>“. Deja, šis rodiklis dėl neaiškių priežasčių kai kuriuose projektuose ar net priemonėse, kurie tiesiogiai susiję su paslaugų pacientams gerinimu, neįtrauktas.</p> <p>Kai kurioms svarbioms, sąlyginai didelės finansinės apimties veikloms pritrūko rodiklių. Šis trūkumas akivaizdžiausiai pastebėtas veiklose, skirtose priemonių šalies gyventojų informavimui rengimui. Ne viename projekte, skirtame įvairių krypčių tikslams</p>

VERTINIMO KLAUSIMAI	PAGRINDINIAI ATSAKYMAI/IŠVADOS PAGAL VERTINIMO KLAUSIMUS
	<p>(tuberkuliozės, traumų, onkologinių ligų, vaikų ligų ir t.t.) buvo rengiamos gyventojų informavimo priemonės ir įgyvendinamas jų viešinimas žiniasklaidoje, miestų gatvėse, viešajame transporte ir t.t. Rodiklių sistemoje šios veiklos neatšpindi.</p> <p>Taip pat tam tikru trūkumu laikytina tai, kad esama rodiklių sistema neatšpindi labai svarbios veiklos, orientuotos į esamų sveikatos priežiūros problemų inovatyvių sprendimų paiešką, – bandomųjų modelių įgyvendinimo. Dėl šių veiklų pobūdžio ir potencialo būtų vertinga turėti papildomą rodiklį „<i>Praktiškai išbandyti inovatyvūs paslaugų teikimo modeliai</i>“.</p>
<p>9.1.8. Ar Veiksmų programos 8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ 8.1.3 uždavinio ir 8.4.2 uždavinio priemonių lėšomis finansuotų projektų rezultatai ir poveikis išliks ateityje? Kokios sąlygos (reguliacinės ir kitos intervencijos), atsižvelgiant į Lietuvos sveikatos sektoriaus situaciją, vykdomas reformas ir demografinės tendencijas, turėtų lydėti finansuotas priemones ir projektus, kad jų rezultatai ir poveikis būtų didžiausias (būtinės sėkmės sąlygos)? Paaiškinti, kaip ir kodėl.</p>	<p>Daugumos įgyvendintų intervencijų metu sukurtų produktų ir rezultatų tęstinumas turi gerą potencialą, kadangi atnaujintos patalpos ar įsigyta įranga yra skirtos sveikatos priežiūros įstaigoms, nuolat vykdančioms veiklą, kuriai buvo skirtos ES fondų finansinės investicijos. Kadangi intervencijos yra gana gerai suderintos su 2014–2020 m. finansiniu laikotarpiu vykusiomis ar šiuo metu vykstančiomis sveikatos sistemos pertvarkomis, pagrindinės investicijos teko sveikatos priežiūros įstaigoms, kuriose jau yra patvirtintos tam tikro profilio paslaugos ir prielaidų manyti, kad tai greitai laiku pasikeis, nėra lygmens liginėse, kurių paslaugų apimtys ir pobūdis dar nėra iki galo išspręstas, iš esmės investuota tik į geriatrijos paslaugų infrastruktūrą ir patalpų pritaikymą neįgalųjų poreikiams.</p> <p>Tam, kad pilna apimtimi pasireikštų, o paskui ir išliktų intervencijų poveikis, būtina užtikrinti daugelio susijusių sveikatos apsaugos sričių darnų veikimą. Pirmiausiai, turi būti sureguliuoti ir sklandžiai veikti pačių investicijas gavusių ASPĮ mechanizmai, užtikrintas reikalingų specialistų prieinamumas. Kita, bent kelioms 2014–2020 m. investiciniu laikotarpiu finansuotoms kryptims itin aktuali problema – GMP kokybė. Todėl nacionaliniu mastu įgyvendinama reforma, atsisakant administracinių-teritorinių apribojimų ir siekis pacientą pervežti į reikalingą ASPĮ per nustatytą laiką, gali labai svariai prisidėti siekiant mirtingumo nuo kraujotakos sistemos, cerebravaskulinių ligų, išorinių mirties priežasčių mažėjimo.</p> <p>Daugelio analizuojamų sveikatos apsaugos kryptų sėkmė priklauso ir nuo pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros kokybės. Dauguma reikalingų pokyčių, reikalaujantys didesnio šeimos gydytojų įsitraukimo į ligų prevenciją, vaikų ir paauglių psichikos sveikatos, ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimą ir pan., galimi tik jeigu bus įgyvendinti nacionaliniu lygiu planuojami šeimos gydytojų komandos plėtros planai.</p> <p>Piktybinių navikų gydymo srityje, atsižvelgiant į gydymo kompleksškumą ir individualizuotos prieigos svarbą, didesnio teigiamo 2014–2020 m. įsigytos modernios įrangos poveikio užtikrinimui būtini ir kiti faktoriai, tokie kaip inovatyvių vaistų prieinamumas, naujų diagnostikos ir gydymo metodų diegimas ir pan.</p> <p>Be reglamentavimo nacionaliniu ir, kai kuriais atvejais, savivaldos lygiu pokyčių gali būti sunku pasiekti kai kurių ES fondų lėšomis vystomų bendradarbiavimo modelių, įgyvendinamų bandomųjų projektų perkėlimą į praktiką ir tęstinį įgyvendinimą.</p>
<p>9.1.9. Ar priemonių (projektų) tikslinės grupės naudojami sukurtais produktais?</p>	<p>Projektų vykdytojų apklausos duomenimis, projektų tikslinės grupės naudojami sukurtais produktais. 89,1 proc. projektų (N=92), kuriuose įgyvendintos infrastruktūros gerinimo veiklos, atvejų teigiama, kad įsigyta įranga yra aktyviai naudojama dabar ir bus naudojama ateityje. Sveikatos švietimo projektuose stebimas pozityvus poveikis dalyvių išpročių kaitai ar bent jau palankesniai požiūriui į sveikesnį gyvenimo būdą. Net 8 iš 10 apklausoje dalyvavusių projektų vykdytojų (N=64) tiki, kad projektų metu gyventojų įgytos žinios sveikos gyvensenos ir panašiomis temomis yra naudojamos ir projektams pasibaigus. Labai panašiai matoma ir įvairiomis ligomis sergantiems pacientams organizuotų įvairių mokymų, susijusių su jų būklės stebėjimu, savęs</p>

VERTINIMO KLAUSIMAI	PAGRINDINIAI ATSAKYMAI/IŠVADOS PAGAL VERTINIMO KLAUSIMUS
	<p>priežiūra, mityba ir pan., nauda. Trys ketvirtadaliai projektų vykdytojų, kurių projektuose buvo vykdomos tokios veiklos (N=50, 76 proc.) mano, kad projektų metu pacientų įgytos žinios, pasikeitusi elgsena, įpročiai bus išlaikyti ir ateityje. Taip pat planuojama toliau naudotis projektų metu sukurtomis metodikomis bei modeliais, įdiegtomis informacinių technologijų sistemomis (taip teigia 88,7 proc. tokio tipo veiklas įgyvendinusių projektų atstovai, N=43).</p>
<p>Vertinimo uždavinys 9.2. Įvertinti kitų 2014–2020 m. ES fondų investicijų veiksmų programos prioritetų lėšomis įgyvendintų specifinių priemonių ir intervencijų suderinamumą, tikėtiną poveikį bei prisidėjimą prie sveikatos sričiai aktualių probleminių klausimų sprendimo.</p>	
<p>9.2.1. Identifikuoti įgyvendintas /įgyvendinamas kitas Veiksmų programos prioritetų priemones, kurios susiję su sveikatos apsaugos sritimi. Koks šių Veiksmų programos prioritetų priemonių poveikis aktualių sveikatos apsaugos srities problemų sprendimui? Paaiškinti, kaip šios priemonės (intervencijos) derėjo su Veiksmų programos 8.1.3 ir 8.4.2 uždavinių priemonėmis ir intervencijomis, taip pat kitomis valstybės intervencijomis, finansuotomis ne ES struktūrinių fondų lėšomis, kad būtų užtikrintas maksimalus poveikis?</p>	<p>Nustatytos 8 kitų 2014–2020 m. Veiksmų programos prioritetų priemonės, pagal kurias įgyvendinami projektai prisideda prie sveikatos apsaugos tikslų įgyvendinimo. Pagal šias priemones įgyvendinamas 81 su aktualiais sveikatos apsaugos srities tikslais tiesiogiai susijęs projektas.</p> <p>Daugiausia projektų (62) finansuota pagal priemonę 08.4.1-ESFA-V-418 „Integrali pagalba į namus“. Nors tarp pagal šią priemonę įgyvendintų projektų tik 4-iose pareiškėjai ar partneriai buvo ASPĮ, visi pagal priemonę finansuoti ir įgyvendinti projektai laikomi svarbiais gerinant sveikatos priežiūros paslaugų namuose prieinamumą, kadangi visuose projektuose prie socialinių paslaugų turėjo būti užtikrinta ir slaugos dedamoji.</p> <p>Elektroninių sveikatos paslaugų plėtrai skirti projektai prisideda prie visų analizuojamų kryptių paslaugų kokybės gerinimo, kadangi toliau vystoma e.sveikatos sistema. Dalis pagal priemonę 02.3.1-CPVA-V-525 „Elektroninės sveikatos paslaugos“ įgyvendinamų veiklų yra išskirtinai svarbios ir atskiroms kryptims, kadangi kuriamos posistemės nėščiujų, gimdyvių ir naujagimių duomenų tvarkymui nacionaliniu mastu, ambulatorinės slaugos paslaugų namuose teikimui, atnaujinamos psichikos duomenų tvarkymo priemonės, apsikeitimas informacija ir pan.</p> <p>Prie infrastruktūrinių problemų sprendimo, konkrečiai – energetinio efektyvumo didinimo – prisideda trys 4-o ir 13-o prioritetų priemonės (04.3.1-VIPA-V-101 „Valstybei nuosavybės teise priklausančių pastatų atnaujinimas“, 04.3.1-VIPA-T-113 „Valstybei nuosavybės teise priklausančių pastatų atnaujinimas II“ ir 13.1.2-VIPA-T-113 „Valstybei nuosavybės teise priklausančių pastatų atnaujinimas (II)“), pagal kurias finansuojami 5-ių sveikatos priežiūros įstaigų pastatai (kai kurių įstaigų po kelis pastatus).</p> <p>Asmens sveikatos priežiūros specialistų kompetencijų ir kvalifikacijos kėlimui itin svarbūs pagal VP 9 prioriteto priemonę 09.4.2-ESFA-V-715 „Formaliojo ir neformaliojo mokymo paslaugų įvairioms besimokančiųjų grupėms teikimas“ įgyvendinami 2 projektai, pagal kuriuos rengiamos mokymo programos ir apmokomi sveikatos priežiūros specialistai iš visos šalies. Numatyta, kad viso mokymuose dalyvaus daugiau kaip 8 tūkst. sveikatos priežiūros specialistų. Mokymų programos skirtos gilinti naujų gydymo metodikų, naujų gydymo algoritmų, naujų vaistų ir kitų technologijų išmanymą ir ugdyti gebėjimą jas taikyti profesinėje praktikoje. Taip pat finansuojamas asmens sveikatos specialistų dalyvavimas tobulinimosi kursuose, seminaruose, komandiruotėse, moklinėse praktinėse konferencijose.</p> <p>Keli projektai skirti sveikatos srities viešojo valdymo institucijų veiklos efektyvumo ir gebėjimų didinimui, diegiant įrodymais grįšto valdymo priemones. Pagal dvi 10-o prioriteto priemones (10.1.1-ESFA-V-912 „Nacionalinių reformų skatinimas ir viešojo valdymo institucijų veiklos gerinimas“ ir 10.1.3-ESFA-V-918 „Viešojo administravimo subjektų iniciatyvos, skirtos paslaugų ir asmenų aptarnavimo kokybės gerinimui“) įgyvendinami keli projektai, kurių metu kuriamos arba toliau plėtojamos stebėsenos</p>

VERTINIMO KLAUSIMAI	PAGRINDINIAI ATSAKYMAI/IŠVADOS PAGAL VERTINIMO KLAUSIMUS
	<p>sistemos bei valdymo modeliai (visuomenės sveikatos stebėsenos informacinė sistema, sveikatos būklių baigčių vertinimo modelis ir kt.).</p>
<p>9.2.2. Ar ir kaip pagal 9.2.1 papunktyje identifiкуotos priemonės prisidėjo prie Veiksmų programos nustatytų sveikatos apsaugos srities tikslų (strateginių konteksto rodiklių) pasiekimo.</p>	<p>Pagal kitus VP prioritetus įgyvendinamų priemonių atskiri projektai svarbūs siekiant strateginių konteksto rodiklių keliais aspektais. Pagal priemonę Nr. 09.4.2-ESFA-V-715 įgyvendinamos asmens sveikatos specialistų kvalifikacijos tobulinimo veiklos tiesiogiai papildo pagal VP 8.1.3 ir 13.1.1 uždavinius finansuojamus sveikatos paslaugų teikimo infrastruktūros atnaujinimo projektus ir prisidės gerinant paslaugų kokybę, dėl ko mažės priešlaikinis mirtingumas. Šį teigiamą poveikį turėtų sustiprinti pagal priemonę Nr. 10.1.3-ESFA-V-918 kuriamas standartizuotas metodinių dokumentų rengimo įrankis ir metodinių dokumentų paketai įvairioms būklėms (įskaitant, bet neapsiribojant, išeminės širdies ligos, smegenų kraujagyslių ligos (insultas), savižudybė, sunkios traumos (politraumos), krūtis piktybinis navikas).</p> <p>Priešlaikinio mirtingumo mažinimui, ypač nuo piktybinių navikų, labai svarbi ir potencialiai ženklų teigiamą poveikį galinti turėti pagal priemonę Nr. 10.1.1-ESFA-V-912 kuriama nuosekli vaistinių preparatų vertinimo sistema, pagal kurią konkretaus vaistinio preparato įtraukimas į kompensuojamų vaistų sąrašą turėtų būti vertinamas pagal platesnį kriterijų sąrašą, atsižvelgiant į pacientų poreikius, bendrus ligos gydymo kaštus, o ne vien į vertinamo vaistinio preparato kainą.</p> <p>Elektroninių sveikatos paslaugų plėtra, finansuojama pagal priemonę Nr. 02.3.1-CPVA-V-525, svarbi sveikatos srities tikslų siekimui pirmiausiai dėl gerinamo paciento duomenų prieinamumo sveikatos priežiūros specialistams, standartizuotų laboratorinių tyrimų duomenų mainų galimybės ir kitų sveikatos informacijos kaupimo ir apsiųkavimo įrankių, kurie didina sveikatos priežiūros paslaugų teikimo efektyvumą, mažina klaidų tikimybę, palengvina sveikatos priežiūros specialistų darbo koordinavimą.</p>
<p>9.2.3. Koks buvo Veiksmų programos kitų prioritetų (įvardintų 7.2 papunktyje) lėšomis įgyvendintų intervencijų indėlis /tikėtinas poveikis į sveikatos sričiai aktualių probleminių klausimų sprendimo procesus?</p>	<p>Tikėtiną poveikį prisidėti prie sveikatos srities planavimo, probleminių klausimų sprendimo procesų turi pagal priemones Nr. 10.1.1-ESFA-V-912 ir Nr. 10.1.3-ESFA-V-918 parengti/rengiami įvairių sveikatos srities žinių rinkimo, sisteminimo ir stebėsenos įrankiai (žinių perdavimo ir integravimo sistema, visuomenės sveikatos stebėsenos sistema su integruotu savivaldybių teikiamų paslaugų moduliu, užkrečiamųjų ligų ir jų sukėlėjų valstybės informacinės sistemos nauji moduliai). Įvairesnių patikimų sveikatos duomenų prieinamumas ir galimybė stebėti pokyčius yra svarbi prielaida užtikrinant įrodymais grįstą sprendimų priėmimą ir valdymą.</p>
<p>9.2.4. Kurie 7.2 papunktyje ir kitų uždavinių priemonių lėšomis finansuoti projektai turėjo / gali turėti didžiausią teigiamą poveikį sveikatos sričiai aktualių probleminių klausimų sprendimui?</p>	<p>Visi identifiкуoti, pagal kitas 2014–2020 m. Veiksmų programos prioritetus įgyvendinami projektai turi ar turės teigiamą poveikį sveikatos srities valdymo ar sveikatos paslaugų teikimo kokybei. Dėl savo apimties ir tiesioginės sąsajos su kai kuriuose profiliuose įgyvendinamomis medicininės įrangos atnaujinimo veiklomis, išskirtinos pagal priemonę Nr. 09.4.2-ESFA-V-715 finansuojamos sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos kėlimo veiklos, taip pat pagal priemonę Nr. 10.1.3-ESFA-V-918 rengiami standartizuoti metodinių dokumentų paketai įvairioms būklėms.</p> <p>Taip pat labai svarbios valdymo sprendimų priėmimui gerinti skirtos veiklos pagal 10 prioriteto priemones, kurios galbūt ne taip tiesiogiai susijusios su VP 8.1.3, 8.4.2 ir 13.1.1 uždavinių priemonių intervencijomis, tačiau turės poveikį priimant geresnius, įrodymais grįstus sveikatos srities valdymo sprendimus.</p>

VERTINIMO KLAUSIMAI	PAGRINDINIAI ATSAKYMAI/IŠVADOS PAGAL VERTINIMO KLAUSIMUS
<p>Vertinimo uždavinys 9.3. Įvertinti, ar ir kaip įgyvendinamos / įgyvendintos sveikatos apsaugos srities priemonės prisidėjo prie strategijos „Europa 2020“ tikslų.</p>	
<p>9.3.1. Kokiais esminiais procesais, tendencijomis, pokyčiais Lietuvos sveikatos apsaugos srityje pasižymėjo analizuojamas 2014–2020 m. laikotarpis? Kokie buvo pagrindiniai šiuos pokyčius įtakoję veiksniai? Palyginti pagrindinių sveikatos apsaugos srities rodiklių dinamiką Lietuvoje ir Europos Sąjungoje.</p>	<p>2014–2019 m. laikotarpiu (pagrindinių sveikatos rodiklių dinamika bendrai analizuojama iki COVID-19 pandemijos, kuri gana stipriai koregavo daugumos rodiklių reikšmes, dėl ko 2020–2021 m. reikšmes vertingiau aptarti atskirai) Lietuvoje, ypač vyrų atveju, išlieka trumpesnė vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė lyginant su ES vidurkiu, nors jai būdingas spartesnis ilgėjimas lyginant su kitomis ES šalimis. Lietuvoje fiksuojamas daugiau kaip dvigubai didesnis mirtingumas nuo pagydomų ir prevencinėmis priemonėmis išvengiamų ligų (būklių). Taip pat didesnis, nors ne taip ženkliai, mirtingumas iki 65 m. amžiaus. Mirtingumas nuo dažniausių mirties priežasčių (kraujotakos sistemos ligų ir piktybinių navikų) analizuojamu laikotarpiu šiek tiek mažėjo, tačiau, ypač kraujotakos sistemos ligų atžvilgiu, išlieka didelis neigiamas skirtumas lyginant su ES vidurkiu.</p> <p>Lietuvos sveikatos rodiklius stipriai paveikė COVID-19 pandemija – 2020 m. buvo užregistruota 17 proc. daugiau mirčių negu 2019 m., o 2021 m. tikėtina gyvenimo trukmė sutrumpėjo daugiau nei 2 metais, lyginant su 2019 m. Tai – daug didesnis sutrumpėjimas negu daugumoje kitų ES šalių, atspindintis didelį mirčių perviršį, kurį tiesiogiai ir netiesiogiai nulėmė COVID-19 pandemija. Per COVID-19 pandemiją Lietuvoje buvo prarasta daug žmonių gyvybių – ši liga 2020 m. tapo trečia dažniausia mirties priežastimi Lietuvoje, o pandemijos laikotarpiu apribotas sveikatos paslaugų prieinamumas prisidėjo ir prie kitomis nei COVID-19 ligomis sergančiųjų mirčių skaičiaus padidėjimo.</p> <p>Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo srityje 2014–2020 m. investiciniu laikotarpiu tęsėsi sisteminis sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir paslaugų struktūros restruktūrizavimas. Analizuojant šiame investiciniame laikotarpyje remiamose kryptyse įvykusių paslaugų teikimo struktūros pokyčius, svarbu paminėti sukurtus ir funkcionuojančius miokardo infarkto gydymo klasterius, ūminio galvos smegenų insulto klasterius, integruotą sveikatos priežiūros sistemą traumų atvejais. Šiuo metu taip pat toliau vyksta šeimos medicinos institucijos pertvarka, stiprinant šeimos gydytojų komandas ir plečiant jų funkcijas, taip pat reikšminga GMP tinklo pertvarka ir optimizavimas. 2014–2020 m. investiciniu laikotarpiu tęsėsi rajono lygmens ligoninių teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų išsigryninimo procesai, daugumoje jų stiprinant geriatrinių paslaugų prieinamumą ir kokybę.</p>

VERTINIMO KLAUSIMAI	PAGRINDINIAI ATSAKYMAI/IŠVADOS PAGAL VERTINIMO KLAUSIMUS
<p>9.3.2. Kaip įgyvendinamos / įgyvendintos sveikatos apsaugos srities priemonės prisidėjo prie strategijos „Europa 2020“ tikslų, numatytų sveikatos sričiai? Koks jų poveikio pobūdis – tiesioginis ar netiesioginis, teigiamas ar neigiamas (pagrįskite)? Kurios iš jų kuria didžiausią pridėtinę vertę?</p>	<p>VP 8.1.3, 8.4.2 ir 13.1.1 uždavinių priemonės ir pagal jas įgyvendinami projektai turi netiesioginį poveikį „Europa 2020“ keliamiems užimtumo lygio kėlimo tikslams. Šis poveikis vidutiniame – ilgajame laikotarpyje pasireiškė dėl mažesnio sergamumo, mažesnio priešlaikinio mirtingumo, išsaugoto darbingumo. Užimtumo tikslų siekimui ne mažiau svarbios ir priemonės, skirtos geresnei vyresnio amžiaus asmenų, neįgaliųjų sveikatos priežiūrai ir slaugos priemonėms, dėl ko bus sudarytos geresnės galimybės išlaikyti darbo ir šeimos balansą sunkiai sergančius, neįgalius asmenis slaugantiems artimiesiems.</p> <p>Poveikis tiesiogiai pasireiškė siekiant socialinės atskirties mažinimo tikslų. Šioje srityje pagrindinis indėlis tenka priemonėms, kuriomis gerinama pagalba savimi negalintiems pasirūpinti asmenims (neįgaliesiems, vyresnio amžiaus asmenims), bei priemonėms, kuriomis teikiama socialinė ir susijusi parama socialinės rizikos grupių pacientams (nuo narkotinių ir psichotropinių medžiagų priklausantiems asmenims, turberkuloze sergantiems asmenims), taip pat priemonėms, kurios skirtos šioms tikslinėms grupėms teikiamų specializuotų paslaugų kokybės gerinimui.</p> <p>Įgyvendinant „Europa 2020“ pažangaus augimo prioritetą ir siekiant MTEPI ir skaitmeninės plėtros tikslų, netiesioginį poveikį turi VP 8.1.3, 8.4.2 ir 13.1.1 uždavinių priemonės, kurių metu kuriami produktai, be tiesioginės jų funkcijos taip pat leidžiantys rinkti moksliniams tyrimams aktualius, aukštos kokybės duomenis (diagnostinė įranga), ar produktai, kurie gali būti tiesiogiai panaudojami mokslinių tyrimų tikslams (pavyzdžiui, ciklotronas radionuklidų ir radiofarmacinių preparatų gamybai). Plėtojamos e.sveikatos paslaugos prisideda prie Strategijoje „Europa 2020“ ir ją lydinčiuose dokumentuose pabrėžiamo poreikio naudojant skaitmenines technologijas užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.</p>

Šaltinis: sudaryta BGI Consulting

7. REKOMENDACIJOS IR STRATEGINIAI SIŪLYMAI

12 LENTELĖ. VERTINIMO REKOMENDACIJOS IR STRATEGINIAI SIŪLYMAI

NR.	SITUACIJA	REKOMENDACIJA („daryk tai“) / STRATEGINIS SIŪLYMAS („žinok tai“)	ATSAKINGA INSTITUCIJA
1.	Nors pripažįstama, kad sveikata priklauso nuo daugybės faktorių ir ja gali ir turi būti rūpinamasi ne tik sveikatos priežiūros įstaigose, kol kas trūksta platesnio požiūrio ir pastangų visuomenės sveikatos ugdymui, su sveikata susijusių paslaugų teikimui pritraukiant papildomus resursus. Daugumą paslaugų, tame tarpe ir naujų, siekiama užtikrinti išimtinai sveikatos sistemos resursais, neišnaudojant nevyriausybinę organizacijų, bendruomenių, verslo potencialo.	REKOMENDACIJA („daryk tai“)	SAM
		<ul style="list-style-type: none"> Siekiant plėsti su sveikatos priežiūra susijusių paslaugų įvairovę, pasiūlą ir kokybę, REKOMENDUOJAMA plačiau išnaudoti ES fondų teikiamas galimybes išbandyti įvairias naujas paslaugų teikimo formas ir finansuoti projektus, kurie paskatintų asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigas, vietos savivaldybes glaudžiau bendradarbiauti su vietos NVO, bendruomenėmis ne tik perkant aktualias sveikatingumo, socialines ir panašias paslaugas, bet ir jas bendromis pastangomis planuojant, vystant, užtikrinant tęstinumą. Sprendžiant resursų trūkumo problemas, REKOMENDUOJAMA skatinti savanorišką verslo prisidėjimą prie įvairių sveikatos prevencijos ir priežiūros iniciatyvų (pavyzdžiui, viešosios prieigos automatinė išorinių defibriliatorių įrengimas verslo įmonių naudojamose patalpose ir jų užregistravimas pagalbos tinkle, pirmosios pagalbos mokymų įmonių darbuotojams organizavimas ir pan.). 	
2.	Nors gyvenamosios medicinos specialistų skaičius šiek tiek didėja ir tai greičiausiai rodo jų poreikį, kol kas tokie specialistai yra įdarbinti tik pavienėse ASPĮ. Dalinai panašias veiklas vykdo visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos. Pastebima, kad jų organizuojamuose renginiuose, praktiniuose užsiėmimuose, skirtuose paskatinti gyventojus, ypač vyresnio amžiaus, imtis didesnės atsakomybės už savo sveikatą, keisti mitybos įpročius, būti fiziškai aktyvesniems, dažnai dalyvauja aktyvesni, į visuomenines veiklas įsitraukę asmenys, tačiau dalies tikslinės grupės atstovų kvietimai nepasiekia ar nepritraukia dalyvauti. Sudominti, padrąsinti ir pritraukti asmenys, kurie savarankiškai nesiima su sveika gyvensena susijusių pokyčių, yra svarbi sąlyga	REKOMENDACIJA („daryk tai“)	SAM Savivaldybių administracijos
		<ul style="list-style-type: none"> Siekiant padidinti įvairių gyventojų grupių sveikatos raštingumą ir paskatinti sveiką gyvenseną, REKOMENDUOJAMA remti ir įgyvendinti projektus, kuriuose visuomenės sveikatos biurais ar panašios organizacijos gyventojams skirtas veiklas turėtų planuoti ir vykdyti bendradarbiaujant su jų veiklos teritorijoje dirbančiais šeimos gydytojais ir(ar) kitais asmens sveikatos priežiūros specialistais. Sudarydami vietos gyventojams aktualias sveikatingumo programas, visuomenės sveikatos specialistai turėtų konsultuotis su šeimos gydytojais, kitais asmens sveikatos priežiūros specialistais, o pastarieji turėtų tiesiogiai 	

NR.	SITUACIJA	REKOMENDACIJA („daryk tai“) / STRATEGINIS SIŪLYMAS („žinok tai“)	ATSAKINGA INSTITUCIJA	
	siekiant gerinti bendrą gyventojų sveikatos raštingumo situaciją.		rekomenduoti, paskatinti savo pacientus dalyvauti šiose sveikatingumo veiklose.	
3.	<p>Dalis svarbių su sveikatos priežiūros paslaugų kokybe ir efektyvumu susijusių veiklų yra finansuojamos projektiniu, t. y. trumpalaikių įsipareigojimų, pagrindu. Tai reiškia, kad tokių paslaugų kaip žemo slenksčio kabinetų veikla, maisto talonų tuberkuloze sergantiems ir gydymo kurso besilaikantiems pacientams dalinimas, psichologinės ar socialinės pagalbos teikimas sunkiomis ligomis sergantiems pacientams nėra tolygus laike ir paslaugų apimtys gali gana ženkliai keistis priklausomai nuo galimybės konkrečiais metais gauti finansavimą. Tai yra žalinga praktika ne tik todėl, kad neužtikrinamas priemonių, taikomų pažeidžiamoms pacientų grupėms nuoseklumas, bet ir labai apsunkina kvalifikuoto ir patyrusio personalo suradimą bei išlaikymą.</p>	STRATEGINIS SIŪLYMAS („žinok tai“)	<ul style="list-style-type: none"> • SVARBU nuspręsti, kurios sveikatos priežiūros ar susijusios paslaugos, dabar finansuojamos projektiniu pagrindu, yra aktualios ir jų tęstinumą būtina išlaikyti. • Šios paslaugos turėtų būti teikiamos nuolatos. • Šių paslaugų finansavimas, netgi jeigu išlaikoma projektinio finansavimo tvarka, turi būti reglamentuotas ir prognozuojamas bent keliems metams į priekį. 	SAM Savivaldybių administracijos
4.	<p>Analizuojant projektų lygiu suplanuotas ir vykdomas veiklas, atskirais atvejais pastebimas funkcijų tarp skirtingų įstaigų dubliavimas ar neracionalus turimos patirties išnaudojimas.</p> <p>Pavyzdžiui, visuomenės sveikatos srityje pagal priemonę Nr. 08.4.2-ESFA-R-630 įgyvendinamuose projektuose visose šalies savivaldybėse, jų pasirinkimu, organizuojamos įvairios su sveiku gyvenimo būdu susijusios veiklos, tame tarpe ir sveikos mitybos paskaitos bei praktiniai užsiėmimai gyventojams, o pagal priemonę Nr. 08.4.2-ESFA-V-628 Higienos institutas organizuoja mokymus sveikos mitybos klausimais tikslinių teritorijų savivaldybių (kuriose taip pat įgyvendinamos veiklos pagal priemonę Nr. 08.4.2-ESFA-R-630) mokyklų virėjams, savivaldybių administracijų darbuotojams, mokinių tėvams ir pan. Šiuo atveju skirtingo lygmens ir skirtingos patirties įstaigos įgyvendina iš esmės analogiškas veiklas, kas nėra efektyvu sistemų resursų panaudojimo prasme. Higienos institutas turi sukaupęs mokslinių tyrimų, metodologinio vadovavimo kompetencijas, kurių kaip tik trūksta savivaldybėse veikiantiems visuomenės sveikatos priežiūros subjektams, tačiau šios kompetencijos nėra panaudojamos.</p> <p>Taip pat stebimi atvejai, kai finansuojamas labai panašių funkcijų vykdymas keliuose skirtingose įstaigose, nors veiklai keliami tikslai</p>	STRATEGINIS SIŪLYMAS („žinok tai“)	<ul style="list-style-type: none"> • Siekiant labiau sisteminio požiūrio ir tikslingų konkrečių įstaigų sukauptų kompetencijų panaudojimo, racionalaus išteklių naudojimo visuomenės sveikatos priežiūros srityje, SVARBU nacionalinio lygmens įstaigas įtraukti į metodologinių dokumentų rengimą, koordinuotos sisteminės konsultacinės pagalbos savivaldybėse veikiantiems visuomenės sveikatos biurams ar specialistams teikimą, kad pastarieji šių žinių pagrindu organizuotų reikalingus mokymus ar kitus užsiėmimus savo veiklos teritorijoje. • Siekiant racionaliai naudoti turimus resursus ir vengti perteklinių administracinių kaštų, SVARBU išnaudoti visas galimybes, kad visai šaliai teikiamos unifikotos metodinės pagalbos, informacijos sklaidos ir panašios paslaugos būtų koordinuojamos ir organizuojamos vieno subjekto. Jeigu dėl tam tikros paslaugų specifikos nustatoma, kad šių paslaugų kokybės užtikrinimui būtini teritoriniai padaliniai, jie turėtų būti steigiami kaip pagrindinio paslaugų teikėjo skyriai ar filialai. 	SAM Nacionalinės sveikatos sistemos įstaigos

NR.	SITUACIJA	REKOMENDACIJA („daryk tai“)	STRATEGINIS SIŪLYMAS („žinok tai“)	ATSAKINGA INSTITUCIJA
	<p>galėtų būti pasiekti tiesiog padidinus vieno subjekto pajėgumus. Tokiu būdu yra auginami administravimo kaštai, atsiranda papildomos rizikos dėl veiklos netolygumo šalies mastu, vieno projekto įgyvendinimo problemų neigiamos įtakos kito projekto įgyvendinimui. Pavyzdžiui, pagal priemonę Nr. 08.4.2-ESFA-V-619 finansuojama vėžio atrankinių patikros programų koordinavimo centrų – Rytų regiono bei Vidurio ir Vakarų Lietuvos regionų – steigimas ir pasirengimas koordinuoti atrankinių programų vykdymą priskirtose savivaldybėse. Abiejų koordinavimo centrų, steigiamų Vilniuje ir Kaune, funkcijos ir veikla bus faktiškai identiška (atrankinių programų vykdymo kokybės kontrolė, metodinė pagalba atrankines patikras vykdančioms ASPĮ, tikslinių grupių informavimas ir pan.), tiesiog jie veiklą vykdys skirtingose priskirtose veiklos teritorijose.</p>			
5.	<p>2014–2020 m. investiciniu laikotarpiu įgyvendinama sąlyginai nemažai bandomųjų projektų, kurių metu skirtingose ASPĮ ar jų grupėse, tam tikrose apibrėžtose teritorijose išbandomi nauji paslaugų teikimo modeliai. Toks naujų sveikatos priežiūros paslaugų vystymo ir įvedimo į praktiką būdas yra tinkamas ir reikalingas, tačiau pastebima, kad ne visuose šio tipo projektuose yra numatytos praktinio modelio įgyvendinimo analizės ir vertinimo veiklos, kurių pagrindu būtų koreguojami metodiniai dokumentai, aprašomos išmoktos pamokos ir tokiu būdu kuriama įrodymais grįsta metodinė bazė modelio taikymui platesniu mastu.</p>	REKOMENDACIJA („daryk tai“)	<ul style="list-style-type: none"> • REKOMENDUOJAMA ir toliau inicijuoti ir finansuoti bandomųjų projektų įgyvendinimą išbandant naujas paslaugų teikimo formas ar modelius. • Siekiant užtikrinti bandomųjų projektų metų įgytų patirčių panaudojimą kuriant sveikatos priežiūros paslaugų teikimo metodologinę bazę ir gerinant šių paslaugų kokybę, REKOMENDUOJAMA ateityje įtraukti į projektų finansavimo reikalavimus ir atlikti kiekvieno įgyvendinto bandomojo projekto detalią veiklų analizę ir vertinimą. 	SAM
6.	<p>Projektų vykdytojai atliktos apklausos metu, taip pat interviu metu nurodo, kad tam tikra dalis projektų ar jų veiklų galėtų būti įgyvendinti ir be ES fondų paramos. Tą patvirtina ir atskirų projektų praktinė patirtis, kuomet dėl infliacijos ar kitų aplinkybių projekte numatytos lėšos yra nepakankamos įgyvendinti visas suplanuotas veiklas – projektų vykdytojai kartus įgyvendinančiomis agentūromis perskirsto projekto lėšas tarp eilučių ir dalį suplanuotų paprastesnių, pigesnių veiklų finansuoja savo įstaigos lėšomis. Tai apima biuro baldus, paprastesnę tipinę medicininę įrangą, kai kurių dokumentų parengimą. Tuo tarpu brangios laboratorinės ir medicininės įrangos, transporto priemonių įsigijimas be ES fondų ar kitos finansinės pagalbos daugumai ASPĮ yra neįmanomas.</p>	STRATEGINIS SIŪLYMAS („žinok tai“)	<ul style="list-style-type: none"> • Siekiant efektyviau spręsti su brangios įrangos įsigijimu susijusius poreikius, SVARBU planuojant naujas investicines priemones apsvarstyti galimybes riboti smulkios įrangos, smulkių veiklų finansavimą, o sutaupytas lėšas panaudoti didinant sudėtingos, brangios laboratorinės ir medicininės įrangos, transporto priemonių finansavimo apimtį. 	SAM

NR.	SITUACIJA	REKOMENDACIJA („daryk tai“) / STRATEGINIS SIŪLYMAS („žinok tai“)	ATSAKINGA INSTITUCIJA	
7.	<p>VP 8.1.3, 8.4.2 ir 13.1.1 uždavinių priemonių stebėsenos rodiklius siekta parinkti taip, kad būtų galimybės lyginti priemones tarpusavyje, matyti bendrus pasiekimus kelių priemonių ar uždavinio lygiu ar pan. Naudojamas bendras rodiklių sąrašas yra gera prielaida pasiekti šių tikslų, tačiau, siekiant įvertinti realius pasiekimus ir pradėjus praktiškai naudoti sukauptus stebėsenos rodiklius, pastebėti keli trūkumai, kurie neleidžia išnaudoti viso stebėsenos sistemos potencialo.</p> <p>Vienas iš dažniausiai naudojamų rodiklių „<i>Viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, kuriose pagerinta paslaugų teikimo infrastruktūra, skaičius</i>“ naudojamas visais atvejais, nepaisant to, ar įsigyjama tik įranga, atliekami tik statybos, rekonstrukcijos, remonto darbai, įsigyjama įranga ir atliekami darbai. Tokiu būdu bendrai priemonės lygiu sumuojami labai skirtingos apimties projektai. Kita su šiuo rodikliu susijusi problema yra ta, kad pagal rodiklio aprašą „įstaiga“ suprantama kaip atskiras juridinis asmuo, tačiau kai kurios sveikatos priežiūros paslaugos šalyje yra organizuojamos taip, kad regionuose paslaugas teikia centrinės įstaigos, įsikūrusios, pavyzdžiui, Vilniuje, filialai (ne taip seniai dar buvę atskiromis įstaigomis). Vykdamas GMP reformą, kitas reformas, kurių metu konsoliduojamos įstaigos, tokių atvejų tik daugės. Todėl skaičiuojant tik juridinius asmenis prarandama dalis svarbios informacijos apie realią investicijų aprėptį, be to dar labiau pagilinama netolygių rodiklio verčių problema (tokia pati reikšmė „1“ priskiriama ir investicijai, skirtai 3-ų pastatų skirtinguose šalies miestuose atnaujinimui, ir investicijai, skirtai vieno konsultacijoms skirto kabineto įrengimui).</p> <p>Minimas problemas galėtų ženkliai sumažinti nuoseklus kitų rodiklių naudojimas. Deja, rodiklis „<i>Pacientai, kuriems pagerinta paslaugų kokybė ir prieinamumas</i>“ naudojamas ne visuose projektuose, kuriuose investuojama į infrastruktūrą.</p> <p>Rodiklių formuluočių ir jų aprašų keliami ribojimai taip pat nustatyti ir kitais atvejais. Pavyzdžiui, rodiklio „<i>Apsilankymai žemo slenksčio paslaugų kabinetuose</i>“ apraše nurodoma, kad skaičiuojamas žemo slenksčio paslaugos suteikimas žemo slenksčio kabinete. Tuo tarpu projektų vykdytojai nurodo, kad</p>	<p>STRATEGINIS SIŪLYMAS („žinok tai“)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atsižvelgiant į Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų tinklo ir paslaugų teikimo organizacinės struktūros pokyčius, SVARBU, skaičiuojant investicijas gavusius subjektus, įstaigų filialus skaičiuoti kaip atskirus vienetus. • Siekiant tiksliau atspindėti konkrečių intervencijų naudas, SVARBU visuose projektuose, kuriuose investicijos susijusios su tiesioginiu paslaugų pacientams gerinimu, įtraukti rodiklį „Pacientai, kuriems pagerinta paslaugų kokybė ir prieinamumas“ (ar panašų). • Didėjant sveikatos priežiūros ir susijusių paslaugų įvairovei bei taikant skirtingus paslaugų teikimo modelius, siekiant apskaityti visus faktinius intervencijų pasiekimus SVARBU apsvarstyti stebėsenos rodiklių formuluotėse atsisakyti detalizuotų teikiamų paslaugų aprašymų ir rodiklių pavadinimuose bei aprašuose orientotis į paslaugos turinį ir tikslą (pavyzdžiui, „Suteiktų žemo slenksčio paslaugų skaičius“ ar „Žemo slenksčio paslaugų gavėjų skaičius“ vietoj „Apsilankymai žemo slenksčio paslaugų kabinetuose“). 	SAM

NR.	SITUACIJA	REKOMENDACIJA („daryk tai“) / STRATEGINIS SIŪLYMAS („žinok tai“)		ATSAKINGA INSTITUCIJA
	<p>siekiant projekto tikslų dėl tikslinės grupės specifikos jie kartais vyksta į tam tikras susibūrimų vietas ir pan. (nors projekte mobilių paslaugų teikimas nenumatytas) ir tuomet kyla abejonė, kaip jie turėtų vertinti tokias paslaugas skaičiuojant stebėsenos rodiklio reikšmę.</p> <p>Kai kuriose priemonėse (pavyzdžiui, 08.4.2-ESFA-K-629, 08.4.2-ESFA-V-621) lyginant su bendrai visoms kitoms priemonėms taikomais stebėsenos rodikliais, atsiranda daug labiau detalizuotų, tik tai konkrečiai priemonei būdingų stebėsenos rodiklių.</p>			
8.	<p>Detaliai analizuojant SFMIS duomenis pastebėta, kad pavieniais atvejais projektų vykdytojai buvo nedeklaravę (netinkamai deklaravę) stebėsenos rodiklių reikšmes, tačiau tai nesutrukdė baigti projekto ir šis trūkumas nebuvo pastebėtas ir ištaisytas. Tai – vienetiniai atvejai, todėl nesukelia jokių ženklesnių problemų, tačiau signalizuoja apie galimas atsiskaitymo ir stebėsenos sistemos spragas.</p>	<p>STRATEGINIS SIŪLYMAS („žinok tai“)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SVARBU atkreipti papildomą dėmesį į esamą projektų stebėsenos rodiklių planuotų reikšmių pasiekimo priežiūros sistemą ir jos tinkamumą fiksuoti galimus netikslumus deklaruojant projektų lygiu pasiektas stebėsenos rodiklių reikšmes. 	<p>CPVA ESFA</p>
9.	<p>Projektų, kuriuose finansuojamas veiklos vykdymas, įskaitant darbo užmokestį, vykdytojai susiduria su suplanuoto darbo užmokesčio fondo projekto laikotarpiui (kai kuriuose projektuose iki 3 metų) nepakankamumu. Tai ypač išryškėjo pastaraisiais metais esant didelei infliacijai ir sparčiai kintant nustatytam minimalaus darbo užmokesčio dydžiui, vidutiniam darbo užmokesčiui. Prieš kelis metus rengiant projektus suplanuoti darbo užmokesčio dydžiai kai kuriais atvejais yra neapakankami pritraukti tinkamus specialistus.</p> <p>Dėl didelės infliacijos projektuose, kuriuose statybos, rekonstrukcijos ar remonto darbai buvo numatyti vykdyti 2021–2022 m., susidurta su ženkliu numatyto finansavimo nepakankamumu. Projektų vykdytojai savais būdais, kartu su įgyvendinančia agentūra ieškojo tinkamiausių šios neplanuotos situacijos sprendimų. Daugeliu atveju jie buvo rasti, tačiau tai užtruko, taip pat, galbūt nebuvo apsvaistytos visos galimos alternatyvos.</p>	<p>STRATEGINIS SIŪLYMAS („žinok tai“)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atsižvelgiant į besikeičiančią darbo rinką, SVARBU atkreipti dėmesį ir apsvaistyti sąlygas, kuriomis būtų galima koreguoti finansavimo apimtis projektuose, kurių didelę išlaidų dalį sudaro darbo užmokestis ir kurie yra vykdomi kelerius metus. • Apsvarstyti galimybę turėti tipinių galimų sprendimų / rekomendacijų, projektui susidūrus su pagrįstu ir ženkliu finansinių lėšų trūkumu, aprašą. 	<p>LR finansų ministerija CPVA ESFA</p>

NR.	SITUACIJA	REKOMENDACIJA („daryk tai“) / STRATEGINIS SIŪLYMAS („žinok tai“)	ATSAKINGA INSTITUCIJA	
10.	<p>2014–2020 m. investicinio laikotarpio SAM planavimo dokumentuose dalyje sveikatos apsaugos krypčių (kraujotakos, galvos smegenų kraujotakos, onkologijos ir traumų bei nelaimingų atsitikimų) buvo išskirtos vadinamosios tikslinių teritorijų savivaldybės, kuriose standartizuotas mirtingumas nuo atitinkamų ligų/priežasčių nustatytu dydžiu viršijo Lietuvos 2007–2011 (2012) m. vidurkį. Būtent mirtingumo rodiklių pokyčius šiose tikslinėse teritorijose matuoja ir keturi iš penkių VP 8.1.3 uždavinio specialieji programos rezultato rodikliai. Tačiau skirstant finansavimą pagal VP priemones papildomų priemonių keisti situaciją išskirtose tikslinių teritorijų savivaldybėse imtasi beveik nebuvo. Dauguma investicijų buvo arba koncentruojamos respublikos lygmens ASPĮ (taip pat kitose ASPĮ, jeigu veikia konkretaus profilio klasteris), arba daugmaž tolygiai paskirstomos visoje šalies teritorijoje. Išskirtinai tikslinėms teritorijoms teko labai nedaug specifinių investicijų. Netgi tose VP priemonėse, kuriose buvo numatyta, kad tam tikros veiklos skirtos tikslinių teritorijų savivaldybėms, faktiškai tokios veiklos buvo įtrauktos ir į projektus, įgyvendinamus kitose savivaldybėse, tiesiog pagrindžiant jas per kitų krypčių/tikslinių grupių poreikius. Pavyzdžiui, nešiojamuosius elektrokardiografus pagal priemonę 08.1.3-CPVA-R-609 „Pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimas“ vienos ASPĮ pagrindė kaip kraujotakos krypties medicininę įrangą, kitos – kaip sveiko senėjimo krypties medicininę įrangą. Be to, kai kuriose priemonėse, siekiant konkrečių investicijų efektyvesnio paskirstymo, buvo kuriami alternatyvūs tikslinių savivaldybių atrankos kriterijai (pavyzdžiui, širdies nepakankamumo kabinetų įrengimas finansuotas didžiųjų šalies miestų savivaldybėse ir kitose savivaldybėse, kurios turi nustatytą gyventojų skaičių, pasižymi didesniu sergamumu širdies nepakankamumu ir pan.).</p> <p>Toks labiau formalus nei su labai konkrečiais investavimo prioritetais ir lėšomis tikslingai susietas tikslinių teritorijų išskyrimas planavimo dokumentuose neduoda apčiuopiamos naudos, tačiau sukuria papildomą administracinę krūvį projektų rengėjams, įgyvendinančioms institucijoms.</p>	<p>STRATEGINIS SIŪLYMAS („žinok tai“)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tikslinių teritorijų savivaldybių ar panašių konkrečių teritorinių vienetų išskyrimas (nustatomi tik su tam tikrais teritoriniais vienetais susiję tikslai, juos matuojantys rodikliai ir pan.) konkrečioje investicijų programoje ar jos dalyje yra prasmingas tuomet, kai yra planuojama, kad išskirtų teritorijų reikmėms bus skirti reikšmingai didesni finansiniai ar kitokie resursai. Jeigu poreikis finansuoti konkrečiose vietovėse (pavyzdžiui, kaimo vietovėse) teikiamų sveikatos priežiūros ar susijusių paslaugų kokybės gerinimą ar prieinamumo didinimą identifikuojamas tik tam tikrais atvejais, naudingiau sukurti atskirą investicijų programos priemonę ar išskirti specifines veiklas bendroje priemonėje. • Siekiant pokyčių konkrečiose teritorijose, SVARBU visuose intervencijų planavimo ir įgyvendinimo etapuose (strateginių dokumentų rengimas, PFSA rengimas, projektų atranka) numatyti ir į dokumentus įtraukti tikslinėms teritorijoms specifines veiklas ir (ar) jų finansavimo apimtis. Vien strateginio lygmens dokumentų nuostatos nėra pakankama prielaida užtikrinti tikslinėms teritorijoms specifinių intervencijų įgyvendinimą. 	SAM

Šaltinis: sudaryta BGI Consulting