



Kuriame
Lietuvos ateitį
2014–2020 metų
Europos Sąjungos
fondų investicijų
veiksmų programa



LIETUVOS RESPUBLIKOS
SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJA

CIVITTA

2007–2013 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos
poveikio sveikatos apsaugos sektoriui vertinimas

Galutinė ataskaita

Vilnius
2016-11-17

Turinys

LENTELIŲ TURINYS	6
PAVEIKSLŲ TURINYS	7
SANTRUMPOS	9
SANTRAUKA.....	10
SUMMARY.....	23
IVADAS.....	36
1. TYRIMO METODOLOGIJA	38
1.1. Vertinimo uždaviniai ir klausimai.....	38
1.2. Pagrindinės prielaidos.....	43
1.3. Taikomi metodai	44
1.4. Duomenų šaltiniai	46
2. POKYČIAI SVEIKATOS APSAUGOS SEKTORIJE 2007–2013 M. LAIKOTARPIU	48
2.1. Sveikatos apsaugos sistemos apžvalga prieš 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos programavimo laikotarpį	48
2.2. Sveikatos apsaugos sektoriaus sisteminiai pokyčiai	50
2.2.1. Sveikatos apsaugos sistemos restruktūrizavimo etapai bei jų sąsaja su 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos programavimo laikotarpiu	50
2.2.2. Sukurtas poveikis sveikatos apsaugos sistemai.....	54
2.3. ES struktūrinių fondų intervencijų sritys ir jų įtaka sveikatos apsaugos sektoriaus pokyčiams	59
2.3.1. I investicijų sritis: „Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas“	60
2.3.2. II investicijų sritis: „Mirtingumo ir neįgalumo dėl traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių mažinimas“	61
2.3.3. III investicijų sritis: „Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimas“.....	62
2.3.4. IV investicijų sritis: „Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas“	65
2.3.5. V investicijų sritis: „Sveikatos priežiūros sistemos tęstinumas, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimas“	66
Apibendrinimas.....	69
3. SSVP II PRIORITETO I UŽDAVINIO „UŽTIKRINTI KOKYBIŠKAS IR PRIEINAMAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS“ INTERVENCIJŲ POVEIKIS STRATEGINIO KONTEKSTO RODIKLIAMS	70
3.1. Intervencijų logika.....	70
3.2. Esminiai sveikatos priežiūros rodiklių pokyčiai ES kontekste	80
3.3. Antrinių projektų rodiklių pasiekimo mastas be ES finansavimo	100
3.4. ES investicijų poveikis strateginių rodiklių pokyčiams	101
Apibendrinimas.....	107
4. INTERVENCIJŲ SĄLYGOTŲ POKYČIŲ IR POVEIKIO ATITIKTIS TIKSLINIŲ GRUPIŲ POREIKIAMS IR INTERESAMS.....	108
4.1. Tikslinių grupių poreikiai.....	108

4.2. Intervencijų logikos atitiktis tikslinių grupių poreikiams	110
4.3. Sukurto poveikio atitiktis tikslinių grupių interesams.....	111
Apibendrinimas.....	113
5. PRIEMONIŲ BEI PROJEKTŲ, SKIRTŲ UŽTIKRINTI KOKYBIŠKAS IR PRIEINAMAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS, REZULTATAI	114
5.1. Pagrindinės priemonės	114
5.2. Rodiklių pasiekimo mastą lėmę veiksniai	129
5.3. Pasirinktų priemonių tinkamumas.....	135
Apibendrinimas.....	137
6. NACIONALINIŲ PROGRAMŲ REZULTATAI	138
6.1. Nacionalinių programų tikslai	138
6.2. Rodiklių analizė	138
6.2.1. Sveikatos priežiūros reformos tęstinumas.....	139
6.2.2. Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimas	140
6.2.3. Greitosios medicinos pagalbos automobilių parko atnaujinimas	141
6.3. ES intervencijų poveikis rezultatams	142
Apibendrinimas.....	146
7. ESMINIAI ES STRUKTŪRINIŲ FONDŲ INTERVENCIJŲ SĄLYGOTI SISTEMINIAI POKYČIAI	148
7.1. Pagrindinių rodiklių pokyčių tendencijos.....	148
7.1.1. Mirtingumas nuo piktybinių navikų	148
7.1.2. Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų	150
7.1.3. Mirtingumas nuo išorinių priežasčių	151
7.1.4. Mirtingumas nuo savižudybių	152
7.1.5. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė.....	153
7.2. Priemonių ir projektų efektyvumas	154
Apibendrinimas.....	157
8. REZULTATŲ IR POVEIKIO TVARUMAS BEI TĘSTINUMAS	158
8.1. Tvarumas bei tęstinumas investicijų sričių lygmenyje.....	158
8.2. ES struktūrinių fondų lėšomis sukurtos paslaugų struktūros ir infrastruktūros ateitis	161
Apibendrinimas.....	161
9. KITŲ ŪKIO SEKTORIŲ ĮTAKA SVEIKATOS SEKTORIUI	162
9.1. Žmogiškųjų išteklių tobulinimas	162
9.1.1. Investicijos.....	162
9.1.2. Rodiklių analizė.....	163
9.2. Elektroninės sveikatos sistemos diegimas	165
9.2.1. Investicijos.....	165

9.2.2. Rodiklių analizė.....	166
9.3. Pastatų renovacija.....	166
9.3.1. Investicijos.....	166
9.3.2. Rodiklių analizė.....	167
9.4. Sveikatos sistemos veiklos valdymo tobulinimas	168
9.4.1. Investicijos.....	168
9.4.2. Rodiklių analizė.....	168
9.5. Investicijų poveikis.....	168
Apibendrinimas.....	169
10. GEROSIOS INICIATYVOS KITUOSE ŪKIO SEKTORIUOSE.....	171
10.1. Kiekybinė analizė	171
10.1.1. Žmogiškųjų išteklių tobulinimas.....	171
10.1.2. Elektroninės sveikatos sistemos diegimas	172
10.1.3. Pastatų renovacija.....	172
10.1.4. Sveikatos sistemos veiklos valdymo tobulinimas.....	173
10.2. Gerosios praktikos pavyzdžiai	174
10.2.1. Žmogiškųjų išteklių tobulinimas.....	174
10.2.2. Elektroninės sveikatos sistemos diegimas	175
10.2.3. Pastatų renovacija.....	175
10.2.4. Sveikatos apsaugos sistemos valdymo tobulinimas.....	176
Apibendrinimas.....	176
11. ATASKAITOS APIBENDRINIMAS	178
11.1. Projektai, sukūrę didžiausią poveikį sveikatos apsaugos sektoriui.....	178
11.2. Gerosios ir blogosios praktikos pavyzdžiai.....	180
11.2.1. Projektų poveikio masto priežastys	186
11.3. Svarbiausios SSVP II prioriteto I uždavinio lėšomis finansuotų priemonių ir projektų pamokos ...	187
IŠVADOS	189
REKOMENDACIJOS.....	191
LITERATŪROS SĄRAŠAS	195
PRIEDAI	197

Lentelių turinys

1 lentelė. Vertinimo klausimų analizė.....	39
2 lentelė. Vertinimo metodų aprašas	44
3 lentelė. Baigiamojo vertinimo metu atliktų interviu bei apklausų respondentų sąrašas	46
4 lentelė. Vertinime naudojamų institucijų duomenų bazių sąrašas	47
5 lentelė. Bendra sveikatos apsaugos sistemos charakteristika, 2006 m.	48
6 lentelė. I investicijų sritis: „Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas“	60
7 lentelė. II investicijų sritis: „Mirtingumo ir neįgalumo dėl traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių mažinimas“	61
8 lentelė. III investicijų sritis: „Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimas“	63
9 lentelė. IV investicijų sritis: „Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas“	65
10 lentelė. V investicijų sritis: „Sveikatos priežiūros sistemos tęstinumas, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimas“	66
11 lentelė. I investicijų sritis „Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas“: intervencijos logika	71
12 lentelė. II investicijų sritis „Mirtingumo ir neįgalumo dėl traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių mažinimas“: intervencijos logika	73
13 lentelė. III investicijų sritis „Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimas“: intervencijos logika	75
14 lentelė. IV investicijų sritis „Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas“: intervencijos logika	77
15 lentelė. V investicijų sritis „Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumas, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimas“: intervencijos logika	79
16 lentelė. Sveikatos priežiūros įstaigų, pateikusių duomenis apie laukimo patekti pas gydytoją laiką, sąrašas.....	103
17 lentelė. Išvados ir rekomendacijos/strateginiai siūlymai.....	191

Paveikslų turinys

1 pav. Sveikatos apsaugos sektoriaus reformų etapai ir nacionalinės programos	51
2 pav. Veiksmų programos rodiklių pokyčiai	56
3 pav. Rodiklių, susijusių su sveikatos priežiūros paslaugų kokybe ir prieinamumu, pokyčiai	56
4 pav. Rodiklių, susijusių su sveikatos priežiūros paslaugų kokybe ir prieinamumu, pokyčiai	57
5 pav. 0–64 m. amžiaus žmonių grupės mirtingumo pagal ligų grupes procentinis pokytis 2006–2014 m.	58
6 pav. Pensinio amžiaus žmonių grupės mirtingumo pagal ligų grupes pokytis 2006–2014 m.	59
7 pav. Savivaldybės, kuriose ES lėšomis modernizuoti ar įkurti savivaldybių visuomenės sveikatos biurai	68
8 pav. Mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų skaičius savivaldybėse 2006–2014 m.	72
9 pav. Mirtingumo nuo traumų ir kitų išorinių priežasčių skaičius savivaldybėse 2006–2014 m.	74
10 pav. Mirtingumas nuo savižudybių savivaldybėse 2006–2014 m.	76
11 pav. Sergamumas piktybiniais navikais 2001–2006 m. ir 2007–2014 m.	78
12 pav. Gyventojų dalis savivaldybėse, kuriose įsteigti/modernizuoti visuomenės sveikatos biurai	80
2006–2014 m.	80
13 pav. Vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodiklis	81
14 pav. Vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodiklio	82
15 pav. Tikėtina sveiko gyvenimo trukmė pagal lytį	82
16 pav. Tikėtinos sveiko gyvenimo trukmės pagal lytį palyginimas	83
17 pav. Gimstamumo rodiklis 1 tūkst. gyventojų	84
18 pav. Gimstamumo rodiklio 1 tūkst. gyventojų palyginimas	84
19 pav. Standartizuoto mirtingumo rodiklis 1 tūkst. gyventojų	85
20 pav. Mirtingumo rodiklio, tenkančio 1 tūkst. gyventojų, palyginimas	85
21 pav. Vyresnių nei 65 m. amžiaus gyventojų dalis ir vidutinis apsilankymų pas gydytoją skaičius	86
22 pav. Kūdikių mirtingumas, tenkantis 100 tūkst. gyventojų	86
23 pav. Kūdikių mirtingumo, tenkančio 1 tūkst. gimimų, palyginimas	87
24 pav. Standartizuotas mirtingumas pagal ligų grupes, tenkantis 100 tūkst. gyventojų	88
25 pav. Standartizuoto mirtingumo pagal ligų grupes, tenkančio 100 tūkst. gyventojų, palyginimas	89
26 pav. Standartizuotas mirtingumas pagal ligų grupes, tenkantis 100 tūkst. gyventojų	90
27 pav. Standartizuoto mirtingumo pagal ligų grupes, tenkančio 100 tūkst. gyventojų, palyginimas	91
28 pav. Standartizuotas savižudybių skaičius, tenkantis 100 tūkst. gyventojų	91
29 pav. Standartizuoto savižudybių skaičiaus, tenkančio 100 tūkst. gyventojų, palyginimas	92
30 pav. Ligoninių skaičius, tenkantis 100 tūkst. gyventojų	92
31 pav. Ligoninių skaičiaus, tenkančio 100 tūkst. gyventojų, palyginimas	93
32 pav. Ligoninių lovų, tenkančių 100 tūkst. gyventojų, palyginimas	94
33 pav. Ligoninių lovų skaičiaus procentinis pokytis bei gyventojų skaičiaus pokytis Lietuvoje 2006–2013	94
m.	94
34 pav. Ambulatorinių apsilankymų skaičius, tenkantis 1 gyventojui per metus	95
35 pav. Ambulatorinių apsilankymų skaičiaus, tenkančio 1 gyventojui per metus, palyginimas	96
36 pav. Ambulatorinių apsilankymų ir sergamumo rodiklių procentinis pokytis 2006–2013 m.	97
37 pav. Ambulatorinių paslaugų kiekio procentinis pokytis, eliminavus sergamumo įtaką	98
38 pav. Išlaidos sveikatos apsaugai, proc. BVP	99
39 pav. Išlaidų sveikatos apsaugai palyginimas, proc. BVP	99
40 pav. Įstaigų atstovų apklausos rezultatai	101
41 pav. Trumpiausio laukimo patekti pas širdies ir kraujagyslių gydytoją laiko pokytis (dienomis)	105
2007–2013 m.	105
42 pav. Trumpiausio laukimo patekti pas gydytoją laiko pokytis (dienomis) 2007–2013 m.	106
43 pav. Gydytojų apklausos rezultatai	106
44 pav. Ar padidėjo gyventojų nusiskundimų sveikatos priežiūros paslaugomis po 2007–2013 m.	113
laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo? (Apklauskos rezultatai)	113
45 pav. Psichikos ligomis sergantiesiems skirtų centrų išsidėstymas savivaldybėse	132

46 pav. Gydytojų pasiskirstymas didžiosiose ir mažosiose Lietuvos savivaldybėse	135
47 pav. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų kraujotakos sistemos ligomis sergantiems asmenims, kokybę ir prieinamumą atspindintys rodikliai	143
48 pav. Onkologinės diagnostikos paslaugų kokybę ir prieinamumą atspindintys rodikliai.....	144
49 pav. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų psichikos ar elgesio sutrikimų turintiems asmenims, kokybę ir prieinamumą atspindintys rodikliai	146
50 pav. Standartizuotas mirtingumas (0–64 m. amžiaus grupėje) nuo piktybinių navikų, prieš ir po ES finansavimo periodo	149
51 pav. Standartizuotas mirtingumas (0–64 m. amžiaus grupėje) nuo širdies ir kraujagyslių ligų Vakarų regione, prieš ir po ES finansavimo periodo	150
52 pav. Standartizuotas mirtingumas nuo išorinių priežasčių, prieš ir po ES finansavimo periodo	151
53 pav. Standartizuotas savižudybių skaičius 100 tūkst. gyventojų, prieš ir po ES finansavimo periodo ..	152
54 pav. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė, prieš ir po ES finansavimo periodo.....	153
55 pav. Priemonių efektyvumo koeficientai	155
56 pav. Skirtingų priemonių projektų efektyvumo koeficientų pasiskirstymas pagal tai, kaip pavyko pasiekti stebėsenos rodiklio tikslus.....	157
57 pav. ES struktūrinių fondų paramos dalis, finansuojant kitų ūkio sektorių, turėjusių įtakos sveikatos sektoriui, projektus (mln. Eur)	162
58 pav. „Žmogiškųjų išteklių tobulinimo viešajame sektoriuje“ priemonės tikslai ir rezultatai.....	164
59 pav. „Sveikatos specialistų, prisidedančių prie sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo bei kvalifikacijos kėlimo“ priemonės tikslai ir rezultatai	165
60 pav. Energijos taupymo požiūriu atnaujintų viešosios paskirties pastatų skaičius bei juose sutaupyta energija (GWh) pagal priemones	167
61 pav. Skirtingų priemonių projektų pasiskirstymas pagal tai, kaip pavyko pasiekti rodiklių tikslus	170
62 pav. Kvalifikacijos tobulinimo mokymuose dalyvavusių asmenų bei projektams skirtų lėšų sąryšis	171
63 pav. Po pastatų renovacijos sutaupyta energijos bei projektams skirtų lėšų sąryšis	173
64 pav. Parengtų dokumentų, skirtų sveikatos priežiūros sistemos tobulinimui, skaičiaus bei projektams skirtų lėšų sąryšis	174
65 pav. Kardiologo suteiktų konsultacijų apimtys pokytis ASPJ, dalyvavusiose „Vidurio ir vakarų Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo, modernizuojant ir optimizuojant sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą bei teikiamas paslaugas“ projekte	181
66 pav. Mirčių atvejų dėl traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių vidutinis metinis sumažėjimas 2009–2015 metų laikotarpiu savivaldybėse, kuriose veikiančios ASPJ gavo finansavimą pagal 2 investicijų srities priemones	182
67 pav. Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų stacionare gydytų ligonių skaičius, ambulatorinių apsilankymų skaičius ir jų santykis.....	185
68 pav. Vilniaus apskrityje registruotų sergančių asmenų skaičius, tūkst.	185

Santrumpos

Apklausa	2016 m. liepos mėn. vykdyta internetinė 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos laikotarpiu finansavimą gavusių įstaigų atstovų bei gydytojų apklausa
ASPI	Asmens sveikatos priežiūros įstaigos
ES	Europos Sąjunga
GMP	Greitoji medicinos pagalba
IVPK	Informacinės visuomenės plėtros komitetas prie Susisiekimo ministerijos
LSMU(L)	Lietuvos sveikatos mokslų universitetas (Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos)
PSDF	Privalomojo sveikatos draudimo fondas
SADM	Socialinės apsaugos ir darbo ministerija
SAM	Sveikatos apsaugos ministerija
SFMIS	ES struktūrinės paramos kompiuterinė informacinė valdymo ir priežiūros sistema
SPĮ	Sveikatos priežiūros įstaigos
SSVP	Sanglaudos skatinimo veiksmų programa
SVEIDRA	Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema
ŠKL	Širdies ir kraujagyslių ligos
ŠMM	Švietimo ir mokslo ministerija
Techninė specifikacija	2007–2013 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos poveikio sveikatos apsaugos sektoriui vertinimo paslaugos atlikimo techninė specifikacija
ŪM	Ūkio ministerija
Vertinimas	2007–2013 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo poveikio Lietuvos sveikatos apsaugos sektoriui – baigiamasis vertinimas
VRM	Vidaus reikalų ministerija
VŠĮ	Viešoji įstaiga
VU(L)	Vilniaus universitetas (Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos)

Santrauka

2007 m. patvirtinta „Nacionalinė bendroji strategija: Lietuvos 2007–2013 metų Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo strategija konvergencijos tikslui įgyvendinti“ (aktuali redakcija nuo 2012 m. rugpjūčio 25 d.), kurios pagrindinis tikslas – mažinti šalies ekonominio išsivystymo lygio atsilikimą nuo Europos Sąjungos (toliau – ES) valstybių narių vidurkio. Tam pasiekti numatyta strategiją įgyvendinti 4 veiksmų programomis:

- Žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programa;
- Ekonomikos augimo veiksmų programa;
- Sanglaudos skatinimo veiksmų programa;
- Techninės paramos veiksmų programa.

Sveikatos apsaugos sektoriui ES struktūrinių fondų investicijos skirtos pagal 2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programos (toliau – SSVP) II prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ I uždavinį „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“. Šios programos priede¹ išskirta 12 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – SAM) administruojamų priemonių:

1. VP3-2.1-SAM-01-V „Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas“;
2. VP3-2.1-SAM-02-V „Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitais išorinių priežasčių sąlygotais būklių atvejais, infrastruktūros atnaujinimas“;
3. VP3-2.1-SAM-03-V „Greitosios medicinos pagalbos ir skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos infrastruktūros atnaujinimas“;
4. VP3-2.1-SAM-04-V „Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas“;
5. VP3-2.1-SAM-05-V „Diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įkūrimas“;
6. VP3-2.1-SAM-06-V „Psichiatrijos stacionaro modernizavimas“;
7. VP3-2.1-SAM-07-V „Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos užtikrinimo infrastruktūros modernizavimas“;
8. VP3-2.1-SAM-08-R „Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas“;
9. VP3-2.1-SAM-09-R „Krizių intervencijos centrų įkūrimas“;
10. VP3-2.1-SAM-10-V „Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarinių paslaugų optimizavimas“;
11. VP3-2.1-SAM-11-R „Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros savivaldybėse plėtra“;
12. VP3-2.1-SAM-12-K „Investicijos į privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų viešųjų ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų infrastruktūrą“.

Priemonių lygmenyje finansavimui gauti patvirtintos 246 projektų paraiškos. SAM administruojamų priemonių projektų įgyvendinimui skirta 284 mln. Eur ES struktūrinių fondų parama. Visi įgyvendinti projektai apėmė investicijas, skirtas asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – API) infrastruktūros atnaujinimui, medicininės diagnostinės įrangos, automobilių, biuro įrangos įsigijimui.

Remiantis ES Tarybos reglamentu Nr. 1083/2006, ES struktūrinių fondų finansavimo laikotarpio pabaigoje Europos Komisija, bendradarbiaudama su valstybe nare, atlieka baigiamąjį (*ex-post*) ES struktūrinės

¹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. liepos 23 d. nutarimas Nr. 787 „Dėl Sanglaudos skatinimo veiksmų programos priedo patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2012, Nr. 139-7120

paramos įgyvendinimo poveikio vertinimą. Jo metu nagrinėjamas lėšų panaudojimo mastas, fondo programavimo efektyvumas ir veiksmingumas bei socialinis-ekonominis įgyvendintų projektų poveikis.

2007–2013 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos poveikio sveikatos apsaugos sektoriui vertinimą atliko UAB „Civitta“ pagal su SAM sudarytą 2016 m. balandžio 8 d. paslaugų teikimo sutartį Nr. ES-63. Remiantis vertinimo paslaugos technine specifikacija, pagrindinis **vertinimo tikslas** – nustatyti 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos panaudojimo sveikatos sektoriuje efektyvumą ir rezultatyvumą, investicijų tvarumą ir tęstinumą bei poveikį gyventojų sveikatai, siekiant tinkamai atsiskaityti už 2007–2013 m. lėšų panaudojimą ir patobulinti 2014–2020 m. ES fondų investicijų panaudojimą sveikatos apsaugos srityje.

Šiam tikslui pasiekti keliami 3 uždaviniai:

1. Įvertinti 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugos sektoriui panaudojimo poveikį, efektyvumą ir rezultatyvumą, investicijų tvarumą ir tęstinumą;
2. Įvertinti kitų ūkio sektorių 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų lėšomis įgyvendintų specifinių priemonių ir intervencijų tikėtiną poveikį bei prisidėjimą prie sveikatos sričiai aktualių probleminių klausimų sprendimo;
3. Nustatyti gerosios praktikos pavyzdžius pagal pagrindines 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos investicijų sritis sveikatos sektoriuje, pateikti išvadas ir rekomendacijas dėl priemonių bei projektų, kurie užtikrintų investicijų efektyvumą, rezultatyvumą, tęstinumą ir tvarumą, planavimo ir įgyvendinimo 2014–2020 m. ES struktūrinių fondų paramos laikotarpiu.

Atsižvelgiant į numatytus uždavinius, vertinimo metu buvo nagrinėjami techninėje specifikacijoje numatyti klausimai bei papildomi vertintojų nustatyti tikslinantys klausimai, detalizuojantys vertinimo užduotis ir analizės objektus. Atsakant į šiuos klausimus, naudoti skirtingi analizės metodai, pritaikyti pagal konkretaus klausimo specifiką. Taip pat atlikti giluminiai interviu su paramą pagal investicijų kryptis gavusių ASPJ atstovais, vykdyta ASPJ atstovų ir darbuotojų apklausa raštu.

Duomenų šaltiniai ir apribojimai

Atliekant vertinimą, remtasi šiais šaltiniais: SSVP, nacionalinėmis programomis (Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 m. programa, Greitosios medicinos pagalbos, skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos ir pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros automobilių parko atnaujinimo 2006–2008 m. programa, Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programa), statistinių duomenų bazėmis (SFMIS, Eurostat duomenų bazė, Higienos instituto sveikatos statistika, LR statistikos departamento oficialios statistikos portalas, Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazė, Pasaulio banko atviroji statistika, SVEIDRA duomenų bazė) bei ekspertų įžvalgomis.

Svarbu atkreipti dėmesį į dalinį šio vertinimo apribojimą – dalis duomenų (pavyzdžiui darbo dienų praleidimas dėl ŠKL²; pacientų, kuriems traumas atveju paslauga suteikta per „auksinę valandą“, skaičius³) nebuvo prieinami.

Vertinimo metodika

Vertinimo metodika suskirstyta į atskirus, tačiau tarpusavyje glaudžiai susijusius, etapus:

- Apžvelgiama situacija prieš 2007–2013 m. ES struktūrinių lėšų finansavimą, vertinant esminių sveikatos sektoriaus statistinių rodiklių pokyčius – tiek Lietuvos mastu, tiek lyginant Lietuvą su ES

² SODRA negalėjo pateikti duomenų šiam rodikliui apskaičiuoti

³ Remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. lapkričio 29 d. įsakymu Nr. 515 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atsakomybės tvarkos“, forma 110/a „Greitosios medicinos pagalbos kvietimo kortelė“ įstaigoje saugoma 3 metus, todėl rodiklis – Pacientų, kuriems traumas atveju paslauga suteikta per „auksinę valandą“, skaičius – negali būti apskaičiuotas.

valstybėmis narėmis. Taip pat įvertinamos nacionalinės programos, vykdytos nagrinėjamu 2007–2013 m. laikotarpiu ir prisidėjusios prie papildomų ir antrinių stebėsenos rodiklių pasiekimo vertinimo. Pagal numatytą papildomų ir antrinių stebėsenos rodiklių skaičiavimo metodiką⁴ antrinis rodiklis – rodiklis, apibrėžiantis pagrindinį SAM administruojamų SSVP priemonių įgyvendinimo stebėsenai taikomą rezultato rodiklį „Pacientų, kuriems pagerėjo paslaugų kokybė ir prieinamumas skaičius“, o papildomas rodiklis – rodiklis, leidžiantis papildomai įvertinti 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų sveikatos sektoriuje investicijų naudą ir papildantis 2007–2013 m. SAM administruojamų SSVP priemonių įgyvendinimo stebėsenos sistemoje numatytus rodiklius;

- Nustatoma ES intervencijų logika (analizuojama, kokiomis kryptimis skiriamos investicijos, kokio rezultato bei poveikio iš jų tikimasi);
- Remiantis nustatytais investicijų kryptimis ir anksčiau atliktais pacientų pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimais⁵, identifikuojamos tikslinės ES struktūrinės paramos fondų intervencijų grupės bei jų poreikiai;
- Įvertinamas atskirų priemonių stebėsenos rodiklių pasiekimo mastas, jį lėmę teigiami / neigiami veiksniai, priemonių tinkamumas SSVP keltiems tikslams pasiekti;
- Įvertinami nacionalinių programų stebėsenos rodiklių, SSVP priemonių ir projektų stebėsenos rodiklių rezultatai. Taip pat nustatomas rezultatų ir poveikio tvarumas bei tęstinumas;
- Įvertinama kitų ūkio sektorių vykdytų projektų įtaka sveikatos apsaugos sektoriaus plėtrai;
- Remiantis atliktos analizės rezultatais, išskiriamos gerosios projektų įgyvendinimo praktikos.

Vertinimo metu apžvelgta Lietuvos sveikatos apsaugos sektoriaus būklė. Pažymėtina, jog 2003 m. pradėti vykdyti sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizacijos procesai – keičiama sveikatos politikos kryptis, orientuojantis į ligų profilaktiką, sveiką gyvenseną bei ankstyvą ligos diagnostiką. ES struktūrinės paramos programavimo laikotarpiu 2007–2013 m. buvo vykdomas antrasis ir trečiasis sveikatos apsaugos sektoriaus pertvarkų etapai, kurių metu siekta optimizuoti ligoninių tinklą bei restruktūrizuoti sveikatos priežiūros paslaugas ir atlikti greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) pertvarką. Restruktūrizacijos procesai vyksta iki šiol – 2015 m. pradėtas ketvirtasis sveikatos apsaugos sistemos restruktūrizacijos etapas, kuris yra orientuotas į subalansuotą sveikatos sistemos plėtrą bei ligoninių konsolidavimą.

Pokyčių sveikatos apsaugos sektoriuje siekta ne tik įgyvendinant sveikatos apsaugos sektoriaus restruktūrizacijos procesus, bet ir įgyvendinant nacionalines programas. Išskiriamos 3 vertinimui aktualios pagrindinės nacionalinės programos. Jose numatyti tikslai papildė vienas kitą bei SSVP priemonėse numatytus tikslus:

1. Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programa. Tikslai:

- Stiprinti ir gerinti visuomenės sveikatos priežiūrą;
- Gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę;
- Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo apimtį ir struktūrą priderinti prie paslaugų poreikio ir kokybės reikalavimų, užtikrinant tolygesnį paslaugų prieinamumą.

⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-894 „Dėl sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų sanglaudos skatinimo veiksmų programos priemonių papildomų ir antrinių rodiklių skaičiavimo metodikos patvirtinimo“, 2012 m. rugsėjo 24 d.

⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos tyrimo „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos atlikimas ir analizės parengimas“ medžiaga, 2012 m.; UAB Socialinės informacijos centras ir UAB „Europos tyrimai“, „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybe bei prieinamumu analizė (I dalis)“. 2011 m. vasario 25 d.; UAB „Eurotela“, „Pacientų pasitenkinimas viešosiomis sveikatos priežiūros paslaugomis Lietuvoje“. 2015 m.

2. „Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 metų programa“. Tikslai:
- Gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą;
 - Sumažinti sergamumą pagrindinėmis neinfekcinėmis ligomis bei mirtingumą nuo jų, taip pat ir nuo išorinių mirties priežasčių.
3. „Greitosios medicinos pagalbos, skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos ir pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros automobilių parko atnaujinimo 2006–2008 metų programa“. Tikslai:
- Atnaujinti GMP automobilių parką;
 - Aprūpinti GMP automobilius sveikatos apsaugos ministro įsakymu⁶ nustatyta medicinos įranga;
 - Aprūpinti GMP automobilius moderniomis ryšio priemonėmis ir GPS, įdiegti juose su Bendrosios pagalbos centru suderintą techninę ir programinę įrangą.

Vertinimo pradžioje atlikta probleminių Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos rodiklių pokyčių analizė, siekiant apžvelgti pirminę rodiklių būklę (2006 m.) bei jos pokyčius po finansavimo (2012–2014 m.)⁷. Nustatyta, jog⁸:

- 5,04 proc. (3,77 metais) padidėjo vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė;
- 9,2 proc. (5,2 metais) padidėjo moterų sveiko gyvenimo trukmė ir 9,5 proc. (5 metais) padidėjo vyrų sveiko gyvenimo trukmė;
- 14,48 proc. padidėjo gimstamumas 1 tūkst. gyventojų;
- 21,29 proc. sumažėjo pagal amžių standartizuotas bendras mirtingumas;;
- 48,8 proc. sumažėjo kūdikių mirtingumas 1 tūkst. gyventojų;
- 5,54 proc. sumažėjo savižudybių skaičius 100 tūkst. gyventojų;
- 4,82 proc. sumažėjo ligoninių skaičius 100 tūkst. gyventojų;
- 18,7 proc. padidėjo ambulatorinių apsilankymų skaičius 1 gyventojui.

Nustatyta, kad po ES struktūrinių lėšomis finansuotų projektų įgyvendinimo dalis Lietuvos sveikatos apsaugos sektoriaus rodiklių dar nepasiekė ES vidurkio (mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų, savižudybių skaičius), nors situacija yra sparčiai gerėjantis. Žemiau nurodyta, kurie konkretūs ES rodikliai (ir koku mastu) po ES struktūrinių lėšų finansavimo laikotarpio buvo geresni lyginant su Lietuvos rodikliais:

- 9,05 proc. (6,08 metais) didesnė vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė;
- 6,59 proc. (3,8 metais) didesnė tikėtina vyrų sveiko gyvenimo trukmė;
- 34,27 proc. mažesnis pagal amžių standartizuotas mirtingumas 1 tūkst. gyv.

Vis dėlto, pastebimas dalies Lietuvos sveikatos apsaugos sektoriaus rodiklių pagerėjimas lyginant su ES vidurkiu:

- 1,34 proc. mažesnis kūdikių mirtingumas 100 tūkst. gyventojų (Lietuvoje – 3,68, ES – 3,73);
- 3,39 proc. didesnis gimstamumo rodiklis 1 tūkst. gyventojų (Lietuvoje – 10,36, ES – 10,02).

Taip pat apžvelgti nacionalinių programų pasiekti rodikliai:

⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-428 „Dėl privalomų medicinos prietaisų, vaistų, asmeninių apsaugos priemonių, gelbėjimo ir apsaugos bei ryšio priemonių greitosios medicinos pagalbos transporto priemonėse sąrašo patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2003-07-18, Nr. 71-3253

⁷ Metai pasirinkti pagal tai, kokius naujausius duomenis teikia statistinių duomenų bazės.

⁸ Naudojami Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazės, Higienos instituto sveikatos statistikos duomenys

- Paliatyviosios pagalbos lovų skaičius, tenkantis 1 tūkst. gyventojų, išaugęs 31 proc.;
- Modernizuota beveik dvigubai daugiau visuomenės sveikatos biurų nei planuota (27 biurai vietoj 15 biurų);
- 4 kartus didesnis Valstybinio psichikos sveikatos centro stebimų ir vertinamų psichikos sveikatos priežiūros įstaigų skaičius.
- 30 proc. išaugęs apsilankymų pas kardiologą skaičius, tenkantis 100 gyventojų⁹;
- 0,29 paros sutrumpėjęs vidutinis gulėjimo ligoninėje laikas;
- 1,28 kartus viršytas rodiklis, nurodantis pacientų, kuriems planuota pagerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą;
- 67 proc. Lietuvos gyventojų labiau prieinamos kokybiškos savivaldybių visuomenės sveikatos biurų teikiamos visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos.

Įvertinus bendrųjų sveikatos ir sveikatos priežiūros rodiklių būklę šalyje prieš 2007–2013 m. finansavimo laikotarpį ir po jo, palyginus rodiklių skirtumus Lietuvoje ir ES bei įvertinus nacionalinių programų lygmeniu pasiektas stebėsenos rodiklių reikšmes, toliau vertinimo ataskaitoje apžvelgiami esminiai sveikatos apsaugos sistemos pokyčiai pagal atskiras investicijų sritis.

I investicijų sritis „Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas”

Šioje srityje finansuota viena priemonė „Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas”. Pagal priemonę įgyvendintam kompleksiniam „Vidurio ir vakarų Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo, modernizuojant ir optimizuojant sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą bei teikiamas paslaugas” projektui buvo skirta 45,32 mln. Eur. Projekto įgyvendinimo metu lėšos panaudotos universitetinių ligoninių, antrinio lygio sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, šeimos gydytojų kabinetų infrastruktūros gerinimui – medicininės įrangos įsigijimui, patalpų pritaikymui teikti ŠKL paslaugas.

Identifikuotos šios investicijų srities **tikslinės grupės** – pacientai, kurie naudojami šeimos gydytojų, diagnostinėmis ir stacionarinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis, skirtomis sergamumui ir mirtingumui nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinti. Pagrindiniai jų poreikiai – kokybiškesnės¹⁰ sveikatos priežiūros paslaugos, trumpesnis laukimo patekti pas gydytoją laikas. Vertinant ES investicijomis sukurtą poveikį, remiamasi SVEIDRA pateikiamais duomenimis apie pacientams suteikiamas paslaugas. Pastebima, kad beveik 52 tūkst. pacientų 2013 m. kardiologo paslaugų suteikiama daugiau nei 2007 m., dalyje įstaigų¹¹ vidutiniškai 3 dienomis sutrumpėjo laukimo patekti pas širdies ir kraujagyslių ligų gydytoją laikas. Įstaigose, kuriose laukimo laikas pailgėjo (LSMU ligoninė Kauno klinikos, VŠĮ Kauno ligoninė, VŠĮ Marijampolės ligoninė, VŠĮ Vilkaviškio ligoninė, VŠĮ Raseinių ligoninė), vertinamuoju 2007–2013 m. ES struktūrinių lėšų finansavimo laikotarpiu buvo atliekami remonto darbai, dėl kurių sumažėjo pacientams priimti skirti skyriai ir padidėjo eilės. Vis dėlto, įgyvendinus projektus, ASPĮ veikia pilnu pajėgumu, todėl pacientų laukimo eilės ilgalaikėje perspektyvoje sutrumpės.

⁹ Higienos institutas, statistiniai duomenys, 2016 m. liepa.

¹⁰ Remiantis UAB Socialinės informacijos centras ir UAB „Europos tyrimai“, „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybe bei prieinamumu analizė (I dalis)“, 2011 m. vasario 25 d., tyrimu, pacientai vertina, jog teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė gerėja, kokybės kriterijais pasirenkant švarią ir tvarkingą aplinką gydytojo kabinete, gydytojo požiūrį į pacientą, pakankamą suteikiamos informacijos kiekį, kt.

¹¹ Vertinti Kauno apskrities pagal Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo investicijų sritį paramą gavusių ASPĮ atvejai, t.y VŠĮ Jonavos ligoninė, VŠĮ Kėdainių ligoninė, VŠĮ Kauno klinikinė ligoninė, VŠĮ Šakių ligoninė, VŠĮ Prienų ligoninė, VŠĮ Kaišiadorių ligoninė, LSMU ligoninė Kauno klinikos, VŠĮ Kauno ligoninė, VŠĮ Marijampolės ligoninė, VŠĮ Vilkaviškio ligoninė, VŠĮ Raseinių ligoninė.

2007–2013 m. ES struktūrinių fondų paramos skyrimo laikotarpio pradžioje, Lietuvoje mirtingumas nuo išeminių širdies ligų¹² triskart viršijo ES vidurkį. Vertinant pokyčius nacionaliniu mastu, pastebima, kad mirtingumo dėl širdies ir kraujagyslių ligų rodiklis 2006–2014 m. laikotarpiu tarp 65 m. ir vyresnių asmenų beveik nekinta – 2013 m. jis buvo 0,53 proc. didesnis nei 2006 m., o 2014 m. – 3,5 proc. mažesnis nei 2006 m. Tuo tarpu 0–64 m. amžiaus asmenų grupėje mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų nagrinėjamu laikotarpiu sumažėjo apie 20 proc.

Vertinimo metu taip pat atlikta lyginamoji mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų rodiklio analizė tarp savivaldybių, kurių ASPJ gavo paramą 2004–2006 m. ES struktūrinių fondų finansavimo laikotarpiu ir savivaldybių, kurių ASPJ gavo paramą 2007–2013 m. laikotarpiu. Rezultatai rodo, kad abiejose savivaldybių grupėse mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų rodiklis 2006–2014 m. didėjo beveik vienodu tempu. Nežymus vidutinio metinio augimo skirtumas tarp savivaldybių grupių – 0,03 proc. – rodo, kad didesnis intervencijomis sukurtas poveikis bus matomas ilgalaikėje perspektyvoje, ypač atsižvelgiant į tai, kad Vertinimo metu po dalies 2007–2013 m. laikotarpiu finansuotų projektų įgyvendinimo pabaigos nebuvo praėję vieni kalendoriniai metai, būtini rodiklių apskaičiavimui bei poveikio nustatymui.

Standartizuotas 0–64 m. amžiaus asmenų mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų Vakarų Lietuvoje¹³ augo iki 2007 m., kuomet SSVP bei Sergamumo ir mirtingumo nuo neinfekcinių ligų mažinimo programa dar nebuvo pradėtos įgyvendinti. Sukurtas poveikis vertinamas pagal poveikį šalies BVP bei išsaugotų gyvybių skaičių¹⁴. Išsaugotos gyvybės – skirtumas tarp teorinės nepakitusios širdies ir kraujagyslių ligų mirtingumo tendencijos reikšmės ir faktinių širdies ir kraujagyslių mirtingumo rodiklių. Skačiuojama, kad ES struktūrinių fondų parama 2007–2014 m. prisidėjo prie daugiau nei 14 tūkst. gyvybių išsaugojimo, o teigiamas širdies ir kraujagyslių ligų srities intervencijų poveikis šalies BVP buvo didesnis nei 153 mln. Eur 2007–2014 m. laikotarpiu¹⁵.

Atsižvelgiant į aptartus rodiklių pokyčius, pagal I investicijų sritį gerąją projektų įgyvendinimo praktika laikytinas įgyvendintas vienas projektas, jungiantis 34 ASPJ Vidurio ir Vakarų Lietuvos savivaldybėse. LSMU ligoninės Kauno klinikų vykdytas „Vidurio ir vakarų Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, modernizuojant ir optimizuojant sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą bei teikiamas paslaugas“ projektas buvo antras tokio pobūdžio Lietuvoje ir pratęsė ankstesnio 2004–2006 m. ES struktūrinio finansavimo metu vykdytą Rytų ir Pietryčių Lietuvai skirtą sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo projektą. Sėkmingą projekto įgyvendinimą indikuoja ir ES struktūrinių fondų paramos finansavimo laikotarpiu sumažėjęs mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų (20,5 proc. 0–64 m. asmenų amžiaus grupėje bei 3,5 proc. 65 m. ir vyresnių asmenų amžiaus grupėje).

II investicijų sritis „Mirtingumo ir neįgalumo dėl traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių mažinimas“

¹² Lyginant Lietuvos ir ES rodiklius, naudojamas mirtingumo nuo išeminės širdies ligos rodiklis, nes Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazėje nepateikiama apibendrinta mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų rodiklio reikšmė, be to, ši liga yra viena dažniausių tarp pacientų Lietuvoje.

¹³ Vertinamos tik savivaldybės, dalyvavusios „Vidurio ir vakarų Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo [...] projekte“: Alytaus r., Anykščių r., Jonavos r., Joniškio r., Jurbarko r., Kaišiadorių r., Kauno r., Kauno m., Kelmės r., Kėdainių r., Lazdijų r., Marijampolės r., Mažeikių r., Pakruojo r., Panevėžio r., Plungės r., Prienų r., Radviliškio r., Raseinių r., Šakių r., Šiaulių r., Šilalės r., Tauragės r., Telšių r., Ukmergės r., Klaipėdos m., Panevėžio m., Šiaulių m., Vilniaus m., Biržų r., Klaipėdos r., Pasvalio r., Šilutės r.

¹⁴ Vertintas teorinis scenarijus, kai 2001–2007 metų tendencija išliko nepakitusi. Kiekvienais metais 2007–2014 metų laikotarpiu apskaičiuojamas skirtumas tarp teorinės nepakitusios tendencijos reikšmės ir faktinių duomenų. Šie skirtumai susumuojami taip gaunant skaičių, nurodantį teorinį išsaugotų gyvybių skaičių.

¹⁵ Intervencijų poveikis BVP apskaičiuojamas išsaugotų gyvybių skaičiaus įvertį padauginus iš vidutinio BVP 1 gyventojui skaičiaus.

Šioje srityje finansuotos 2 priemonės – viena orientuota į traumatologijos skyrių atnaujinimą, kita – į GMP automobilių parko atnaujinimą. Abiem priemonėms bendrai skirta 57,56 mln. Eur,

Identifikuotos šios investicijų srities **tikslinės grupės** – traumas patyrę pacientai bei pacientai, kuriems reikalinga skubioji medicininė pagalba. Šių grupių pagrindiniai poreikiai – skubi ir kokybiška pagalba per „auksinę valandą“ (60 minučių potrauminis laikotarpis, per kurį traumą patyrusiam pacientui privalomai turi būti suteikta būtinoji pagalba, taip reikšmingai padidinant tikimybę pacientui išgyventi ir sumažinant komplikacijų tikimybę). Įvertinus ES investicijomis sukurtą poveikį, matoma, kad, pagal numatytą SSSP stebėsenos rodiklį (jis nurodo pacientų, kuriems pagerėjo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumas, skaičių), 1,2 mln. pacientų¹⁶ pagerėjo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų traumų srityje kokybė. Nustatyta, kad didesnę reikšmę mažėjantiems mirtingumo dėl traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių rodikliams¹⁷ turėjo atnaujinti priėmimo-skubiosios pagalbos centrai, į kuriuos atvežtas pacientas gauna operatyvesnę ir tikslingesnę pagalbą. Taip pat, atlikus atvejo analizę¹⁸, nustatyta, kad vidutiniškai 2,5 dienomis sutrumpėjo laukimo patekti pas gydytoją traumatologą laikas.

Nustatyta, kad standartizuotas mirtingumas nuo traumų ir apsinuodijimų 2006 m. Lietuvoje buvo beveik 4 kartus didesnis nei ES. Po ES struktūrinės paramos skyrimo projektų įgyvendinimui sveikatos priežiūros srityje šis skirtumas sumažėjo iki 3 kartų. Bendrai Lietuvoje pastebimas 40 proc. mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių sumažėjimas 0–64 m. amžiaus grupėje, bei beveik 30 proc. sumažėjimas 65 m. amžiaus ir vyresnių žmonių grupėje.

Įvertinus mirtingumo rodiklių pokyčius savivaldybėse, kurių ASPJ parama buvo skirta bei savivaldybėse, kurių ASPJ parama nebuvo skirta, rezultatai rodo, jog savivaldybėse, kurių ASPJ paramą gavo, mirtingumas nuo traumų ir kitų išorinių priežasčių mažėjo didesniu tempu nei kitose, t. y., 5,1 proc., kai savivaldybėse, kurių ASPJ nebuvo skirta parama, mažėjimas siekė 3,6 proc.

Standartizuotas 0–64 m. amžiaus asmenų mirtingumas nuo traumų ir kitų išorinių priežasčių iki 2007 m. svyravo, tačiau turėjo tendenciją mažėti. Nuo 2007 m., kai pradėtas analizuojamų priemonių įgyvendinimas, standartizuotas mirtingumas ėmė labiau mažėti – iki 2014 m. sumažėjo 34 proc. Skaičiuojama, kad ES struktūrinių fondų investicijos 2007–2014 m. prisidėjo prie daugiau nei 8 tūkst. žmonių gyvybių išsaugojimo¹⁹, o šios srities intervencijų dėka Lietuva išsaugojo beveik 89 mln. Eur BVP²⁰ 2007–2014 metų laikotarpiu.

Šios investicijų srities geroji projektų įgyvendinimo praktika išskirta atsižvelgiant į mirtingumo nuo traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių pokyčius savivaldybėse, kurių ASPJ paramą gavo ir savivaldybėse, kurių ASPJ paramos negavo. Didžiausias mirtingumo sumažėjimas pastebėtas Kauno r. savivaldybėje – vidutiniškai 8,08 proc. 2009–2015 m. laikotarpiu. Prie didesnio mirtingumo dėl traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių sumažėjimo prisidėjo LSMU ligoninės Kauno klinikų įgyvendintas projektas „Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų trečiojo (aukščiausio) lygio traumos ir skubios pagalbos centro plėtra“. Projekto metu pastatytas naujas aukščiausio lygio traumų ir skubios pagalbos centro pastatas, kuriame pagalba teikiama tiek vaikams, tiek suaugusiems, centre visą parą veikia pacientų stebėjimo palatos, įrengti diagnostikos ir procedūrų kabinetai su moderniausia įranga.

III investicijų sritis „Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimas“

¹⁶ SFMIS, priežiūros rodiklių pasirinkimo duomenys, 2016 m. liepa. Rodiklis apskaičiuotas nevertinant unikalių ASPJ apsilankančių pacientų.

¹⁷ Pasaulio sveikatos organizacija, HFA-DB duomenys, 2016 m. liepa.

¹⁸ Vertinti Kauno apskrities paramą pagal Mirtingumo ir neįgalumo dėl traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių mažinimo sritį gavusių ASPJ atvejai, t.y. LSMU ligoninė Kauno klinikos ir VŠĮ Marijampolės ligoninė.

¹⁹ Vertintas teorinis scenarijus, kai 2001–2007 metų tendencija išliko nepakitusi. Kiekvienais metais 2007–2014 metų laikotarpiu apskaičiuojamas skirtumas tarp teorinės nepakitusios tendencijos reikšmės ir faktinių duomenų. Šie skirtumai susumuojami taip gaunant skaičių, nurodantį teorinį išsaugotų gyvybių skaičių.

²⁰ Intervencijų poveikis šalies BVP apskaičiuojamas pagal formulę: teorinių išsaugotų gyvybių skaičius * vidutinis BVP 1 gyventojui

Šioje srityje finansuotos 5 priemonės:

- Diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įkūrimas;
- Psichiatrijos stacionaro modernizavimas;
- Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos užtikrinimo infrastruktūros modernizavimas;
- Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas;
- Krizių intervencijos centrų įkūrimas.

Bendrai visoms priemonėms skirta 19,5 mln. Eur. Identifikuotos šios investicijų srities **tikslinės grupės** – pacientai, kurie naudojami psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis. Pagrindiniai šių tikslinių grupių poreikiai – padidintas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas (galimybė gauti paslaugą arčiau namų esančioje sveikatos priežiūros įstaigoje, trumpesnis paslaugos laukimo laikas), pagerinta sveikatos apsaugos paslaugų kokybė.

2006 m. pagal amžių standartizuotas mirtingumo nuo savižudybių rodiklis Lietuvoje beveik 3 kartus viršijo ES vidurkį. 2012 m. skirtumas šiek tiek sumažėjo, tačiau lyginant su kitų ligų grupių mirtingumo rodikliais, mirtingumas dėl savižudybių mažėjo lėčiausiai. Lietuvoje didesnis mirtingumas nuo savižudybių pastebimas 0–64 m. amžiaus grupėje, nei pensinio amžiaus (65+ metai). Ekspertai taip pat išskiria dvi datas, kuomet savižudybių skaičius buvo išskirtinai didelis – 2008–2009 m., kai šalyje prasidėjo ekonominė krizė, lėmusi didėjančią stresą, nerimą, bei 2013 m., pasireiškus vadinamajam Verterio efektui (kuomet kopijuojama žymaus ar artimo žmogaus įvykdyta savižudybė).

Naujai įkurti psichikos dienos centrai, diferencijuotos kompleksinės psichiatrijos pagalbos vaikui ir šeimai centrai bei krizių intervencijos centrai geografiškai plačiai išsidėstė visoje Lietuvoje – 22 savivaldybėse. Pacientų pasitenkinimo tyrimai²¹ rodo, kad psichiatrijos dienos stacionarai ypač atitinka jų poreikius dėl prieinamumo bei malonesnio gydytojų elgesio ir požiūrio. Įkurtuose centruose taip pat sukurtos naujos psichikos sveikatos paslaugos – trumpalaikės ir ilgalaikės ambulatorinės psichosocialinės reabilitacijos paslaugos, multisensorinės terapijos. Įvertinus papildomų stebėsenos rodiklių pasiekimo mastą, beveik dvigubai sumažėjo santykis tarp psichikos stacionarinių ir dienos stacionaro paslaugų (nuo 8,8 karto 2006 m. iki 4,5 karto 2013 m.). Skirtumas rodo, jog daugėjo psichikos dienos stacionaro paslaugų kiekis.

Vertinimo metu, įvertinti mirtingumo dėl savižudybių pokyčiai – pastebimas ženklus skirtumas tarp savivaldybių, kurių ASPĮ paramą gavo ir savivaldybių, kurių ASPĮ paramos negavo. Pastarosiose matomas vidutinis kasmetinis 1,1 proc. mirtingumo dėl savižudybių didėjimas 2006–2014 m. laikotarpiu, o savivaldybėse, kurių ASPĮ paramą gavo, augimas lėtesnis – 0,6 proc.

Mirtingumas nuo savižudybių nacionaliniu mastu kito kiek kitaip – iki 2007 m. jis mažėjo labiau. Didelę įtaką bendrai tendencijai turėjo ir neįprastas rodiklio augimas 2008 m., 2009 m. bei 2013 m. Šie nuokrypiai siejami su jau minėtomis problemomis – ekonomine krize šalyje bei 2013 m. pasireiškusiu Verterio efektu.

Šioje investicijų srityje gerąją projektų įgyvendinimo praktika laikomas psichikos dienos stacionarų įkūrimas. Pagrindinė tokio vertinimo priežastis – geografiškai platus ir palankus centrų išsidėstymas šalyje. Konkrečiomis geriausiomis praktikomis įvardijami Mažeikių psichikos sveikatos centro bei Šiaulių Centro poliklinikos psichikos dienos stacionarai. Per pirmuosius veikimo metus įstaigose pastebėtas psichiatro paslaugų bei pacientų skaičiaus augimas. Mažeikių psichikos sveikatos centro psichikos dienos stacionare per pirmuosius gyvavimo metus suteiktos 3 246 suaugusiųjų psichiatro paslaugos²², o 2013 m.

²¹ R. Šulskienė, A. Gaižauskienė. „Pacientų požiūris į psichikos dienos stacionaro teikiamas paslaugas: atvejo analizė“. 2015 m. rugsėjis.

²² SVEIDRA, sveikatos priežiūros įstaigų duomenys, 2016 m. liepa.

šis skaičius išaugo iki 3 650 paslaugų per metus. Taip pat centre didėjo ir pacientų skaičius – per metus jis išaugo nuo 122 iki 133 pacientų²³.

IV investicijų sritis „Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas”

Šioje srityje finansuota viena priemonė, skirta ankstyvai onkologinių susirgimų diagnostikai bei visaverčiam gydymui. Priemonei skirta 49,39 mln. Eur.

Identifikuotos šios investicijų srities **tikslinės grupės** – pacientai, kuriems suteikiamos onkologinių susirgimų ir diagnostikos sveikatos priežiūros paslaugos. Pagrindiniai šių tikslinių grupių poreikiai – ankstyva ligos diagnozė, ankstyvos diagnostikos paslaugos prieinamumas bei kokybė. Taip pat svarbus pokytis – padidėjęs laukiamas išgyvenamumas²⁴ tiek tarp moterų, tiek tarp vyrų. Didesnis pokytis pastebimas tarp vyrų (49 proc.), kai tarp moterų sumažėjimas siekia 29 proc. Atlikus atvejo analizę²⁵, taip pat pastebimas 0,75 dienos sutrumpėjęs laukimo patekti pas gydytoją onkologą laikas.

Skirtumas tarp standartizuoto mirtingumo nuo piktybinių navikų tarp Lietuvos ir ES nėra toks didelis kaip kitų ligų grupių atveju – tiek 2006 m., tiek 2012 m. skirtumas išlieka toks pat (Lietuvos vidurkis 1,1 karto didesnis nei ES). Nors mirtingumas nuo piktybinių navikų Lietuvoje dažnesnis vyresnių nei 65 m. amžiaus asmenų grupėje, mirtingumo tendencijos išlieka panašios visose amžiaus grupėse – rodiklis beveik nesvyruoja ir išlieka panašus kaip 2006 m. – tiek 0–64 m. asmenų, tiek 65 m. ir vyresnių asmenų mirtingumas nuo piktybinių navikų 2014 m. išaugo 2 proc. lyginant su 2006 m.

Nustatyta, kad visoje Lietuvoje nagrinėjamu laikotarpiu augo sergamumas piktybiniais navikais – 2007–2014 m. laikotarpiu kiek labiau nei 2001–2006 m. laikotarpiu. Augimo tempo skirtumas siejamas su tuo, kad ES struktūrinių fondų paramą Ankstyvos onkologinių susirgimų diagnostikos ir visaverčio gydymo srityje, gavo didžiųjų Lietuvos miestų ligoninės. Naujai įsigyta įranga, leidžia anksčiau ir tiksliau diagnozuoti naviką, todėl šia paslauga ES struktūrinių fondų finansavimą gavusiose ASPJ, naudojami pacientai ne tik iš didžiųjų Lietuvos miestų ir gretimų rajonų, bet iš visos Lietuvos.

Standartizuotas 0–64 m. amžiaus asmenų mirtingumas nuo piktybinių navikų 2005–2008 m. stabiliai didėjo, tačiau, pradėjus įgyvendinti ES struktūrinių fondų paramos intervencijas, pradėjo mažėti. Tendencijos pokytis beveik sutampa su ES struktūrinių fondų finansavimo laikotarpio pradžia – pokytis buvo sąlygotas šios paramos intervencijų. Skaičiuojama, kad dėl ES finansavimo vien 2007–2014 m. buvo išsaugota per 300 gyvybių²⁶, o šių intervencijų poveikis šalies BVP buvo didesnis nei 4,5 mln. Eur 2007–2014 m. laikotarpiu.

Šioje investicijų srityje, įvertinus nagrinėjamu 2007–2013 m. laikotarpiu pasiektas rodiklių reikšmes, gerąją projektų įgyvendinimo praktika laikomas Nacionalinio vėžio instituto vykdytas projektas „Ankstyvos onkologinių susirgimų diagnostikos gerinimas ir visaverčio gydymo užtikrinimas Vilniaus universiteto Onkologijos institute“. Projektas prisidėjo prie pagerėjusių rodiklių įstaigos viduje – sutrumpėjo atliekamų operacijų laikas (150 min. iki 118 min.), apsilankymai ambulatorinės rehabilitacijos stacionare (nuo 60 iki 134 apsilankymų), diagnozės nustatymo laikas (sutrumpėjo 2 dienomis).

V investicijų sritis „Sveikatos priežiūros sistemos tęstinumas, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimas“

Šioje srityje finansuotos 3 priemonės:

²³ SVEIDRA, sveikatos priežiūros įstaigų duomenys, 2016 m. liepa.

²⁴ Analizėje naudojamas Vėžio registro pateikiamas rodiklis, kuris apskaičiuojamas naudojant populiacinius mirtingumo duomenis, atsižvelgiant į tirtos grupės lytį, amžių, laikotarpį.

²⁵ Vertinti Kauno apskrities pagal Ankstyvos onkologinių susirgimų diagnostikos ir visaverčio gydymo sritį paramą gavusių ASPJ atvejai, t.y. LSMU ligoninės Kauno klinikų atvejais

²⁶ Vertintas teorinis scenarijus, kai 2001–2007 metų tendencija išliko nepakitusi. Kiekvienais metais 2007–2014 metų laikotarpiu apskaičiuojamas skirtumas tarp teorinės nepakitusios tendencijos reikšmės ir faktinių duomenų. Šie skirtumai susumuojami taip gaunant skaičių, nurodantį teorinį išsaugotų gyvybių skaičių.

- Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionariųjų paslaugų optimizavimas;
- Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros savivaldybėse plėtra;
- Investicijos į privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų viešųjų ambulatorinių ir stacionariųjų paslaugų infrastruktūrą.

Bendrai šioms priemonėms skirtas finansavimas siekė 108,5 mln. Eur.

Identifikuotos šios investicijų srities **tikslinės grupės** – gyventojai, gaunantys antrinio lygio ambulatorines paslaugas, skubią pagalbą, slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas bei gyventojai, suinteresuoti visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros savivaldybėse plėtra. Pagrindiniai šių tikslinių grupių poreikiai – sėkmingai vykdoma ligų prevencija, padidėjęs sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė visų amžiaus grupių pacientams (šių rodiklių pagerėjimas vertinamas pagal platesnį geografinį savivaldybės visuomenės sveikatos biurų išsidėstymą, didėjantį paliatyviosios pagalbos, slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičių). Modernizuoti ar naujai įkurti savivaldybių visuomenės sveikatos biurai pagerino teikiamų pirminės ligų profilaktikos, kovos su ligų rizikos veiksniais ir sveikatinimo bei sveikos gyvensenos ugdymo priemonių prieinamumą 67 proc. šalies gyventojų (skaičiuojama gyventojų dalis, gyvenanti savivaldybėse, kurios gavo ES struktūrinių fondų paramą įkurti ar modernizuoti visuomenės sveikatos biurus). Modernizuoti ar naujai įkurti visuomenės sveikatos biurai apima beveik 50 proc. šalies savivaldybių. Iš viso 2013 m. šalyje veikė 33 visuomenės sveikatos biurai, dar 25 savivaldybėse paslaugos buvo teikiamos bendradarbiaujant su kitose savivaldybėse esančiais visuomenės sveikatos biurais.

Platus modernizuotų ar naujai įkurtų savivaldybių visuomenės sveikatos biurų geografinis išsidėstymas bei bendradarbiavimas su savivaldybėmis, neturinčiomis tokių biurų, lėmė didesnį biurų teikiamų visuomenės sveikatos – pirminės ligų profilaktikos, kovos su ligų rizikos veiksniais ir sveikatinimo bei sveikos gyvensenos ugdymo – priemonių prieinamumą gyventojams.

Taip pat pastebimi su ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugomis susiję pokyčiai – ambulatorinių apsilankymų pas gydytoją 1 gyventojui per metus rodiklio padidėjimas – ES rodiklis didėjo lėčiau nei Lietuvos, todėl 2013 m. skirtumas siekė 14,18 proc., kai 2006 m. skirtumas buvo 2,49 proc.

Iki 2013 m. įsteigtos 164 paliatyviosios pagalbos lovos, o slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičius 1 tūkst. gyventojų padidėjo iki 1,72 lovos. Be to, ketvirtadaliu padidėjo ir palaikomojo gydymo lovadienių skaičius, o paliatyviosios pagalbos lovadienių skaičius padidėjo 6 kartus. Kitas svarbus pokytis – beveik 3 kartus padidėjusi dienos chirurgijos paslaugų apimtis – SVEIDRA duomenimis 2006 m. buvo suteikiama 1,7 tūkst. dienos chirurgijos paslaugų, o 2013 m. – 12,1 tūkst. paslaugų.

Šioje investicijų srityje gerosios projektų įgyvendinimo gerosios praktikos pavyzdžiu laikomi 2 Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų įgyvendinti projektai – „Ambulatorinės reabilitacijos, palaikomojo gydymo ir slaugos ir dienos chirurgijos paslaugų plėtra Vaikų ligoninėje, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filiale“ bei „VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų priėmimo skyriaus ambulatorinės reabilitacijos skyriaus patalpų rekonstrukcija ir įrengimas“. Įstaiga išsiskyrė iš kitų projektų vykdytojų 5 kartus padidėjusiu dienos chirurgijos paslaugų skaičiumi bei dvigubai padidėjusiu laparoskopinių procedūrų skaičiumi²⁷.

Įtakos ES intervencijų poveikiui ir efektyvumui turintys veiksniai

Atlikus vertinimą ir apibendrinus gautus rezultatus, išskiriamos priežastys, turinčios įtakos projektų sukuriamam poveikiui bei efektyvumui:

- Finansavimo nukreipimas tikslinga linkme į labiausiai problemines sritis;

²⁷ Skaičiuojamas procentinis pokytis 2006–2013 m. ir lyginamos ASPJ, kurių duomenis pateikiami SVEIDRA duomenų bazėje.

- ES struktūrinių fondų lėšomis finansuojamų projektų bei Valstybės biudžeto lėšomis finansuojamų projektų tikslų suderinamumas;
- Tinkamų antrinių stebėsenos ir vertinimo rodiklių pasirinkimas, t.y. pasirenkami rodikliai turi būti apskaičiuojami remiantis objektyviais duomenimis ir nurodyti realų sukuriamą poveikį;
- Lygiagrečiai vykdomi kitų ministerijų ar įstaigų administruojami projektai, antrinės prevencinės programos (pvz. prevencinė patikros programos pagal naviko lokaciją) ar kitos akcijos, papildančios sveikatos sektoriuje finansuojamų projektų įgyvendinimą ir tęstinumą;
- Orientavimasis į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimą mažesniuose miestuose bei kaimo vietovėse;
- Socialinės-ekonominės aplinkybės, kurios sunkiai kontroliuojamos, – gyventojų skaičiaus mažėjimas bei visuomenės senėjimas, ekonominės krizės;
- Išankstinis sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo planavimas turi teigiamos įtakos projektų efektyvumui, todėl tikslingas jų vykdymas užtikrina geresnį rezultatyvumą bei tęstinumą.

Taip pat didelę reikšmę pokyčiams sveikatos apsaugos sektoriuje turėjo ir kitose ūkio šakose įgyvendinti projektai. Išskiriamos 4 pagrindinės projektų grupės, prisidėjusios prie sėkmingo sveikatos apsaugos sektoriaus tobulinimo:

- **Žmogiškųjų išteklių tobulinimas.** Vienas efektyviausių projektų žmogiškųjų išteklių tobulinimo srityje – Lietuvos kardiologų draugijos vykdytas projektas „Šiuolaikinės pradinės ir specializuotos kardiologinės pagalbos sistemos diegimas bei personalo įgūdžių lavinimas pagal naujausius medicinos standartus“. Į šį projektą buvo investuota daugiau nei 2 mln. Eur, o sėkmingai mokymus baigė daugiau nei 12 011 specialistų – daugiau nei bet kurio kito projekto atveju. Atitinkamai vieno specialisto apmokymo kaštai šiame projekte buvo mažiausi, lyginant su kitais analizuotais ASPĮ vykdytais žmogiškųjų išteklių tobulinimo projektais.
- **Elektroninės sveikatos sistemos diegimas.** Nors į šią sritį buvo ženkliai investuojama, e. sveikatos sistema dar tik pradeda veikti, todėl nepakanka duomenų detaliam vertinimui. Visgi, projektai jau vykdomi įstaigų lygmenyje – e. sveikatos sistemos diegimo srityje lydere yra laikoma Vilniaus Centro poliklinika. 2016 m. birželio mėn. duomenimis, Vilniaus Centro poliklinika per mėnesį išrašo daugiau kaip 3 tūkst. elektroninių receptų, t.y. apie du trečdalius visų tokių receptų išrašomų Lietuvoje.
- **Pastatų renovacija.** Išskirtinas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų projektas. Projekto metu buvo renovuoti 8 pastatai bei sutaupyta 3,76 GWh energijos. Įgyvendinus projektą, energijos suvartojimas tapo efektyvesnis – tai rodo vienas didžiausių sutaupytos energijos kiekių (3,76 GWh) iš visų sveikatos priežiūros įstaigų.
- **Sveikatos sistemos veiklos tobulinimas.** Parengtų dokumentų (pvz., „Skubios pagalbos nukentėjusiems nuo traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių teikimo Lietuvoje organizacinės sistemos sukūrimas“, parengtas UAB „Tarptautinės skubiosios medicinos akademijos“ ir kt.) skaičiui projektų finansavimas įtakos neturi, tačiau statistinio ryšio tarp parengtų dokumentų kiekio bei projektams skirto finansavimo nebuvimas gali reikšti skirtingą minėtų dokumentų projektų apimtį, svarbą bei poveikį sveikatos sistemai. Gerosios praktikos pavyzdžiu laikytinas Higienos instituto vykdytas „Traumų ir nelaimingų atsitikimų stebėsenos sistemos sukūrimas“, turintis teigiamą poveikį sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumui. Sistemai pradėjus veikti 2015 m. rugsėjo 1 d., imti registruoti visuose šaltiniuose esantys įstaigoms reikalingi duomenys, apimantys visus traumų atvejus. Tai sudaro bendra informacija apie trauminį įvykį, jo priežastis bei aplinkybes, klinikinius parametrus, taikytą gydymą ir pasekmes.

Vertinimo išvados

Atlikus vertinimą, gautos išvados:

- Lietuvos sveikatos apsaugos sektoriaus rodikliai gerėja, nors dalyje sričių (standartizuotas mirtingumas pagal ligų grupes, vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė) Lietuvos rodikliai vis dar

mažesni nei ES. Tokie rodikliai kaip gimstamumo rodiklis 1 tūkst. gyventojų didesnis už ES vidurkį, o kūdikių mirtingumas 1 tūkst. gimimų mažesnis nei ES;

- Įgyvendinus projektus (ir vadovaujantis ES struktūrinių fondų intervencijų logikos schemomis) sukurtas planuotas poveikis tikslinėms grupėms – pailgėjo vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė, mažėjo mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų skirtingose amžiaus grupėse, sumažėjo mirtingumas dėl savižudybių, pacientams suteikiamos labiau kokybiškos ir prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos;
- Didžioji dalis užsibrėžtų tikslų buvo pasiekti – 5,04 proc. (3,77 metais) padidėjo vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė, 5,54 proc. sumažėjo savižudybių skaičius 100 tūkst. gyventojų;
- Didžiausią neigiamą įtaką projektų efektyvumui turėjo kvalifikuoto personalo stoka mažesniuose regionuose bei nepakankama naujai kuriamų paslaugų teisinė bazė, t.y. detalūs kuriamų paslaugų teikimo aprašai bei naujai kuriamų paslaugų finansavimo užtikrinimo trūkumas;
- ES struktūrinių fondų intervencijos prie sveikatos priežiūros paslaugų tobulinimo prisidėjo projektų, kurių dėka buvo modernizuota daugelio įstaigų infrastruktūra bei išaugo darbuotojų kvalifikacija, finansavimu;
- Tvarumui ir tęstinumui svarbus reformos kompleksškumas, kuris buvo užtikrintas kitų ūkio sektorių projektų dėka. Lygiagrečiai SAM administruojamoms priemonėms, skirtoms sveikatos priežiūros sektoriaus infrastruktūrai gerinti bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir prieinamumui didinti, vykdomos kitų ministerijų administruojamos priemonės, skirtos kvalifikaciniams darbuotojų mokymams, informacinių sistemų diegimui, pastatų renovacijai, kt.

Vertinamuoju 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos finansavimo laikotarpiu suformuota geroji praktika (pamokos), padėsianti planuoti ES struktūrines lėšas 2014–2020 m. paramos laikotarpiu.

Išvados ir rekomendacijos/strateginiai siūlymai

Eil. Nr.	Išvada	Rekomendacijos / strateginiai siūlymai
1.	Teigiamiems 2007-2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programoje numatytų strateginio konteksto ir nacionalinių programų rodiklių pokyčiams didelę įtaką turi ES struktūrinių fondų investicijų skyrimas tikslingai nustatytoms prioritetinėms sritims	<p>Strateginis siūlymas:</p> <p>2007–2013 m. ES investicijų periodu finansavimo priemonių orientavimas į labiausiai problemines sveikatos apsaugos sritis laikytinas gera praktika, todėl ir 2014–2020 m. programavimo laikotarpiu itin svarbu daugiau dėmesio skirti prioritetinių kryptių identifikavimui ir jų tiksliniam finansavimui.</p> <ul style="list-style-type: none"> •
2.	Efektyviam ES struktūrinės paramos poveikio vertinimui svarbu tikslinga finansavimo priemonių stebėsenos rodiklių sistema.	<p>Strateginis siūlymas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • priemonių efektyvumo, rezultatyvumo vertinimui nustatyti papildomus rodiklius, koreliuojančius ne tik su Veiksmų programomis, bet ir su nacionaliniais strateginiais dokumentais ir juose numatytais tikslais bei uždaviniais. Pastebima, jog vertinimo efektyvumui kliudo pavyzdinių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo rodiklių, standartizuotų sveikatos priežiūros įstaigos lygmens organizacinių bei klinikinių rodiklių, trūkumas. Taip pat kai kuriuos rodiklius (pvz. pacientų pasitenkinimo pokyčius ir pan.) stebėti nuolat: prieš pradėdant įgyvendinti projektus ir juos įgyvendinat, o ne tik jiems pasibaigus.
3.	Kompleksinis projektų įgyvendinimas	<p>Strateginis siūlymas:</p>

Eil. Nr.	Išvada	Rekomendacijos / strateginiai siūlymai
	<p>sudaro prielaidas pasiekti geresnių rezultatų, taip sukuriant visapusiškai teigiamą poveikį visuomenei, bei užtikrina rezultatų tęstinumą.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Siūloma derinti tarpinstitucinį bendradarbiavimą arba projektus planuoti taip, kad viename projekte būtų numatyta galimybė derinti ir įgyvendinti investicijas į infrastruktūrą, specialistų kvalifikacijos tobulinimo mokymus, paslaugų teikimo aprašų, diagnostinių ir gydymo protokolų, tinkamos teisinės bazės kūrimą bei tobulinimą.
4.	<p>Kvalifikuotos darbo jėgos, sveikatos priežiūros specialistų trūkumas regionuose veikiančiose sveikatos priežiūros įstaigose turi neigiamos įtakos įgyvendinamų projektų sėkmei ir rezultatyvumui.</p>	<p>Rekomendacija:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rekomenduojama prieš įgyvendinant projektus, numatyti atitinkamas intervencijas ar priemones specialistų pritraukimui į regionus, kur fiksuojamas sveikatos priežiūros specialistų trūkumas.
5.	<p>Naujų sveikatos priežiūros paslaugų sukūrimas visuomenei sukuria didesnę teigiamą poveikį nei tik jau egzistuojančių paslaugų tobulinimas.</p>	<p>Rekomendacija:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rekomenduojama sudarant valstybės finansuojamų projektų sąrašą ir planuojant investicijų skirstymą, sistemaiškai įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų poreikius – atlikti galimybių studijas / vertinimus, leidžiančius nustatyti esamų paslaugų sukuriamą poveikį pacientams, identifikuoti naujų paslaugų paklausą bei poreikį.
6.	<p>Naujai sukurtų sveikatos priežiūros paslaugų visapusiškam funkcionavimui yra būtina sukurta teisinė bazė ir užtikrintas adekvatus finansavimas.</p>	<p>Strateginis siūlymas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Siūloma projektų planavimo etape įvertinti esamą teisinę bazę, reikalingą naujų sveikatos priežiūros paslaugų kūrimui – nustatyti, ar esami dokumentai užtikrina teises galimybes ir adekvatų finansavimą, atitinkantį sukurtos paslaugos pobūdį. Taip pat atsižvelgti į atvejus, kai pagerėjus teikiamos paslaugos kokybei išauga jos teikimo kaštai, ir pritaikyti paslaugos pobūdį atitinkantį finansavimą. <p>Siūloma sudaryti tikslus naujai sukurtų / patobulintų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo aprašus, numatančius paslaugos pobūdį, koncepciją, finansavimo sąlygas bei šaltinius.</p>
7.	<p>Didelės apimties projektus efektyviau įgyvendinti regioniniu lygmeniu.</p>	<p>Strateginis siūlymas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Siekiant efektyvesnio ES struktūrinių fondų lėšomis finansuojamų projektų įgyvendinimo konkrečiose srityse, siūlome, atlikus priemonių ir projektų įgyvendinimo būdų ir galimybių analizę, planuoti bei įgyvendinti ne atskirų įstaigų, o kompleksinius regioninio ar nacionalinio lygmens projektus. Identifikavus tikslinius regionus / tikslines grupes efektyviau prisidedama prie kompleksinių teigiamų pokyčių sveikatos apsaugos sektoriuje visoje šalyje bei skatinamas ASPĮ tarpusavio bendradarbiavimas.

Summary

“The National General Strategy: the Lithuanian Strategy for the use of European Union Structural Assistance for 2007-2013 for Achieving Convergence” (relevant from the 25th of August, 2012), whose main goal is to reduce the difference in economic development between the European Union (later EU) member states’ average and Lithuania. The objectives of the strategy are achieved through four programs:

- Human resources expansion program;
- Economic growth program;
- Cohesion promotion program;
- Technical support program.

The EU financial assistance for investment in healthcare system was designated in accordance with the measures of 2007–2013 “Promotion of Cohesion” program’s second priority’s “Quality and accessibility of public services: health, education and social infrastructure” first task “Provision of high quality and accessible healthcare services”. This program has 12 objectives, which are outlined by the Ministry of Health of the Republic of Lithuania:

1. VP3-2.1-SAM-01-V: Decrease of morbidity and mortality from heart and vascular diseases.
2. VP3-2.1-SAM-02-V: Renewal of healthcare institution infrastructure, providing emergency treatment facilities in case of injuries or other external cause medical conditions.
3. VP3-2.1-SAM-03-V: Renewal of ambulance infrastructure, first aid and emergency consulting healthcare.
4. VP3-2.1-SAM-04-V: Early detection and adequate treatment of oncological diseases.
5. VP3-2.1-SAM-05-V: Establishment of differentiated complex child and family health centres.
6. VP3-2.1-SAM-06-V: Modernization of psychiatry inpatient departments.
7. VP3-2.1-SAM-07-V: Modernization of infrastructure for mental health patients’ monitoring.
8. VP3-2.1-SAM-08-R: Establishment of mental healthcare day-patient departments.
9. VP3-2.1-SAM-09-R: Establishment of crisis intervention centres.
10. VP3-2.1-SAM-10-V: Development of outpatient, maintenance treatment and nursing care services, and the optimization of inpatient services.
11. VP3-2.1-SAM-11-R: Development of healthcare services for societies in municipalities.
12. VP3-2.1-SAM-12-K: Investments in the renewal of infrastructure of private healthcare institutions providing outpatient and inpatient services.

There were 246 approved applications for financing based on the objectives outlined above. 284 million EUR was assigned by the EU for the implementation of these projects, out of which 85% or 241 million EUR came from the European Union Structural Assistance program. All of the implemented projects encompassed hard investments, meaning that the funds were designated for the renewal of human healthcare facility infrastructure, purchase of medical diagnostic equipment and vehicles, and acquisition of other office equipment.

In accordance with the regulation of the Council of Europe No. 1083/2006, at the end of financing from the Cohesion fund, the European Commission in cooperation with the member state conducts a final *ex-post* evaluation of the European Structural and Investment Funds’ (later ESIFs) implementation. During this evaluation the scope of fund utilization, the effectiveness of fund programming and socio-economic impacts are described. ESIFs financial assistance for healthcare system for 2007–2013 was evaluated by

Civitta, JSC in accordance with the Service Provision Agreement No. ES-63 with the Ministry of Health of the Republic of Lithuania signed on the 8th of April. According to the technical specifications of this agreement, **the aim of the evaluation** is to determine the efficiency, effectiveness, sustainability, continuity and impact to the health of the population of the funding from ESIFs in order to accordingly report about the utilization of 2007–2013 funds and to make investments for 2014–2020 in healthcare system more efficient. To reach this aim, three main goals were determined:

1. To evaluate the impact, efficiency, sustainability and continuity of ESIFs funding for healthcare in the period of 2007–2013.
2. To evaluate the impact of other economic sectors, which implemented measures financed by EU structural funds for 2007–2013, and their contribution to problematic areas of the healthcare system.
3. To determine the examples of best practice in each investment area, draw conclusions and recommendations for objectives and projects, which could ensure efficiency, sustainability and continuity when planning and implementing ESIFs funding for 2014–2020.

The questions provided in the technical specification were examined according to these goals. The evaluators have also created and added sub-questions that specified the evaluation goals and analysis objects; these sub-questions were examined accordingly. A number of different analysis methods were used in order to answer these questions, which were adapted to the specifics of each question (e.g. quantitative and qualitative analysis, statistical analysis, correlation analysis). Moreover, in depth interviews and a survey was performed with the human healthcare facilities' delegates, who received financial support in accordance with the investment regulations.

Data resources and restrictions

While performing the evaluation, these sources were referred, namely “Promotion of Cohesion” program, national programs (“Reduction of morbidity and mortality from the leading non-infectious diseases program for 2007–2013”, “Ambulance, emergency healthcare consulting and first aid ambulatorical support vehicle park renewal 2006–2008” program, and “Healthcare system reform continuity, healthcare infrastructure optimization program”), statistical databases (SFMIS, Eurostat, The Institute of Hygiene, Statistics Lithuania, World Health Organisation, World Bank, Lithuanian compulsory health insurance system SVEIDRA), and also expert insights.

It is important to bring attention to the restriction of this evaluation. Part of data (workdays missed because of heart and vascular diseases²⁸, number of patients who got medical care during “Golden Hour” in case of an accident²⁹) were not available.

The methodology of the evaluation

The methodology of evaluation is separated into steps that are closely related to each other:

- The situation before the 2007–2013 financing by ESIFs is overviewed by evaluating the changes in the main statistical indicators of success of the healthcare sector both in Lithuania and between Lithuania and the EU average. Furthermore, national programs, which were performed in the examined period and have contributed to reaching the indicator values, are evaluated.
- The logic of EU intervention is assessed (the analysis of the directions towards which the investments are delegated, what effects and results are expected from them).

²⁸ SVEIDRA was not able to give such data

²⁹ According to the law No. 515 of the Minister of Health of the Republic of Lithuania released in 1999, November 29 “For the operational accounting and reporting of healthcare institutions”, the form 110/a “Patient record of calling the ambulance” is kept in the institution only for 3 years, so the indicator – number of patients who got medical care during “Golden Hour” in case of an accident could not be calculated

- EU intervention target groups and their needs are identified based on the previously determined investment directions and the evaluations of patient satisfaction with the healthcare system.
- The degree of reach of various observation indicators, the determinant positive/negative factors, and the compatibility of the measures with the objectives set by the “Promotion of Cohesion” program is evaluated.
- The national program observation indicators, “Promotion of Cohesion” program objectives and project observation indicator results are evaluated. Moreover, the sustainability of the results and effects is evaluated.
- The influence to the healthcare sector of the projects performed by other economic sectors is evaluated.
- With reference to the analysis performed, good practices are identified.

Before performing the evaluation, the overall condition of Lithuania’s healthcare sector was overviewed. It was identified that the restructuring processes of the healthcare system have started in 2003 - the focus of healthcare policies shifted towards disease prevention, healthy lifestyle and early diagnosis of diseases. In the course of ESIFs assistance program for 2007–2013, the second and third stages of healthcare sector reforms were implemented. During these stages the optimisation of patient network, restructuring of healthcare services and ambulance services was performed. These processes extend to this day - in 2015 the fourth stage of healthcare system restructuring began. This stage aims to consolidate patients and balance the expansion of healthcare system.

Changes in the healthcare sector were pursued not only by implementing healthcare restructuring processes, but also by creating national programs. The three main national programs that are relevant for this evaluation are identified. The targets of these programs supplemented each other, as well as the objectives set by the “Promotion of Cohesion” program:

- 1. “The program of healthcare system reform continuity and optimization of healthcare infrastructure”, which aimed:**
 - To strengthen and improve the healthcare of the society;
 - To improve the quality of healthcare services;
 - To adjust the network structure of healthcare institutions and adapt it to the quality requirements and needs of services, and to ensure even accessibility of services.
- 2. “The program of reducing morbidity and mortality rates of main non-infectious diseases in 2007–2013”, which aimed:**
 - To improve the quality and accessibility of healthcare services;
 - To decrease the morbidity and mortality rates of main non-infectious diseases and also decrease mortality rate from external causes.
- 3. “The program of renewing ambulance vehicles, emergency medical care and primary outpatient services in 2006–2008”, which aimed:**
 - To renew ambulance vehicle park;
 - To supply ambulance vehicles with the equipment specified by the Minister of Health of the Republic of Lithuania³⁰;

³⁰ The order of the Minister of Health of Republic of Lithuania No. V-428 “For the approval of the list of mandatory medical equipment, pharmaceuticals, selfprotection measures, rescue and protection and communications in the transport of the ambulance”. State news, 2003-07-18, No. 71-3253.

- To supply ambulance vehicles with modern communication systems and GPS, to install technical and software equipment connected to the Emergency Response Centre.

At the beginning of the evaluation, the problematic changes in Lithuania's healthcare sector indicators were analysed in order to overview the situation of indicators before financing (2006) and how this situation has changed after the period of 2012–2014³¹. The following information was determined:

- 5,04% (3,77 years) increase in average life expectancy;
- 9,2% (5,2 years) increase in healthy life duration for women, and a 9,5% (5 years) increase for men;
- 14,48% increase in birth rate per thousand inhabitants;
- 21,29% decrease in standardized death rate according to age;
- 48,8% decrease in infant mortality per thousand inhabitants;
- 5,54% decrease in suicide rate per 100 thousand inhabitants;
- 4,82% patient decrease per 100 thousand inhabitants;
- 18,7% increase in ambulatorical visits per inhabitant.

After the implementation of projects funded by the EU structural funds a number of indicators of Lithuanian healthcare system were lower than those of the EU (the mortality of heart and cardiovascular diseases, number of suicides):

- 9,05% (6,8 years) higher average life expectancy;
- 6,59% (3,8 years) higher average healthy life expectancy for men;
- 34,27% lower standardized death rate according to age per thousand inhabitants.

Nevertheless, some of EU indicators were lower than in Lithuania after the EU restructuring fund financing period:

- 1,34% higher infant mortality per 100 thousand inhabitants (Lithuania - 3,68, EU - 3,73);
- 3,29% lower birth rate per thousand inhabitants (Lithuania - 10,36, EU - 10,02).

The analysis has shown that these results were achieved by national programs:

- The number of palliative care beds per thousand inhabitants has increased by 31%;
- The increase in the number of modernized bureaus for society's health was almost two times larger than planned (27 instead of 15);
- The number of monitoring and evaluating mental healthcare institutions has increased four times;
- The number of cardiologist appointments per 100 inhabitants has increased by 30%;
- The average stay in hospital has decreased by 0,29 days;
- The indicator reflecting the patients to whom the quality and accessibility of healthcare services have improved has increased 1,28 times;
- 67% of Lithuanians have more accessible and higher quality public healthcare services through municipality healthcare offices.

³¹ The specific years were selected based on the newest data available in statistical databases

Having evaluated the general situation of indicators before and after the 2007–2013 financing period, having compared the differences in indicators between Lithuania and the EU, and having compared the indicator levels reached by the national programs, fundamental changes in the healthcare system according to three separate investment areas were overviewed.

Investment area I: Decrease of morbidity and mortality from heart and vascular diseases

In this investment area, funds were invested in projects that promoted the decrease of morbidity and mortality from heart and vascular diseases. Based on this objective, the United Central and Western Lithuanian Hospital project “Decrease of morbidity and mortality from heart and vascular diseases of Central and Western Lithuanian citizens by modernizing and optimizing the infrastructure of healthcare system and facilities” was implemented – 45,32 million EUR was designated for it. During the project the investment was used for the infrastructural improvement of hospitals of universities, general practitioners offices, the hospitals of secondary level facilities – medical equipment was bought, premises were adapted for providing services of heart and vascular diseases.

The following investment target groups were identified: the patients who visit a family doctor, and the patients who use diagnostical and stationary healthcare services for reducing the rate of mortality and morbidity of cardiovascular diseases. The principal needs of these target groups are higher quality³² healthcare services and shorter queues at the doctor’s office. Having evaluated the effect generated by the EU investments, it was identified that there was an almost 52,000 increase in the number of patients in 2013 compared with 2007, who received cardiologist services, according to SVEIDRA information about healthcare services for patients. Moreover, a part of the facilities³³ have reduced the queues to cardiovascular surgeon’s office by three days on average. However, the queues have increased in some facilities (The Hospital of Lithuanian University of Health Sciences Kauno klinikos, The hospital of Kaunas, The hospital of Marijampolė, The hospital of Vilkaviškis, The hospital of Radviliškis) but this was due to the fact that the number of doctor offices was reduced during renovation and thus the patient lines have lengthened. Nevertheless, after the implementation of these projects, the Human Healthcare Facilities worked at full capacity and had reduced queues in the long run.

During the analysis it was determined that before the EU financial assistance for 2007–2013, Lithuanian death rate from ischemic heart diseases³⁴ was three times higher than the EU average. When evaluating the changes on the national level, it was identified that cardiovascular diseases are more common among people who are older than 65 years and this figure did not fluctuate significantly during 2006–2014. Nevertheless, the death rate from cardiovascular diseases for people younger than 65 years has dropped by approximately 20% during the examined time period.

In addition to that, a comparative analysis of the mortality rate between the municipalities that received the EU financial support for 2004–2006 and the municipalities that did not receive the EU financial support for 2007–2013 was conducted. The results show that in both groups of municipalities the mortality rate in 2006–2014 increased at a similar pace. The lack of average annual growth rate difference (the observed difference is 0,03%) between the municipalities suggests that a greater impact

³²“Social Information Centre” and “European Research”, “The analysis of satisfaction of patients and providers of healthcare services of quality and accesability (I part)”, 2011-02-25. Patients claim that the quality of healthcare services is getting better, the criteria of quality is named by clean and tidy offices, doctor’s approach to the patient, the sufficient amount of information given by the doctor, etc.

³³ The analysis of Kaunas municipality’s Human Healthcare Facilities cases (The hospital of Jonava, The hospital of Kėdainiai, The clinical hospital of Kaunas, The hospital of Šakiai, The hospital of Prienai, The hospital of Kaišiadorys, The Hospital of Lithuanian University of Health Sciences Kauno klinikos, The hospital of Kaunas, The hospital of Marijampolė, The hospital of Vilkaviškis, The hospital of Radviliškis)

³⁴ This indicator was chosen due to the fact that World Health Organization could not give the summarized mortality rate of heart and vascular diseases, moreover, ischemic heart disease is one of the most common heart disease among Lithuanians.

from interventions will be visible in the long run, especially because during the analysis, one year hadn't passed after implementation of all projects.

Furthermore, the standardized death rate from cardiovascular diseases of people younger than 65 years was rising in the Western region until 2007, when the "Promotion of Cohesion" program and "The decrease of morbidity and mortality from infectious diseases" program have not yet been implemented. The impact created is measured by the impact for the GDP of the country and the number of saved lives³⁵ Only between 2007–2014 the EU assistance has actually contributed to saving more than 14,000 lives. The positive effect of these programs to the Lithuanian Gross Domestic Product (GDP) was more than 153 million EUR³⁶.

Lastly, the good practices in this investment area were identified based on the indicators discussed above. One of the examples is the project that encompassed 34 Human Healthcare Facilities in Western and Central Lithuania. The Hospital of Lithuanian University of Health Sciences Kauno klinikos performed the "Decreasing the Central and Western Lithuania's population's morbidity and mortality rate from cardiovascular diseases by modernizing and optimizing healthcare institutions' infrastructure and provided services" project. It was the second project of this kind in Lithuania, and it continued the morbidity and mortality from cardiovascular diseases reduction project for Eastern and South-Eastern Lithuania that began with ESIFs financing for 2004–2006. The indicators of success for this project are reduced mortality rate from cardiovascular diseases (20,5% decrease for people younger than 65 years, and 3,5% decrease for people 65 years and older) and increased number of cardiologist services during the financing period.

Investment area II: Decrease of mortality and disability from injuries and other external causes

In this investment area two projects were financed, the first was directed at the renewal of traumatology departments, the second was directed at the renewal of the ambulance vehicle park. Both projects have received a grant of 57,56 million EUR combined.

Two investment target groups were identified: patients who received injuries and patients who required ambulance assistance. The main need of the latter group is fast and qualitative aid during the "Golden Hour". When the effects of EU investments were evaluated, it was observed that according to the predetermined „Promotion of Cohesion" program's index of observation (number of patients who had an improvement of provided services) 1,2 million patients had an improved healthcare services provision. Moreover, it was found that mortality rates were lowered because of the renewal of first aid and emergency room centers, where a delivered patient received more operative and better targeted aid. Furthermore, after performing the case analysis³⁷ it was determined that queues for a traumatologist doctor appointment were reduced by 2,5 days on average.

It was identified that standardized mortality in 2006 because of injuries and poisoning was almost four times higher in Lithuania than in the EU. After the ESIFs financing, this difference was reduced to about three times higher in Lithuania than in the EU. In general, Lithuania saw a 40% reduction in the mortality

³⁵ Only municipalities participated in the project "Decrease of morbidity and mortality from heart and vascular diseases of Central and Western Lithuanian citizens by modernizing and optimizing the infrastructure of healthcare system and facilities" were analysed - Alytus, Anykščiai, Jonava, Joniškis, Jurbarkas, Kaišiadorys, Kaunas, Kelmė, Kėdainiai, Lazdijai, Marijampolė, Mažeikiai, Pakruojis, Panevėžys, Plungė, Prienai, Radviliškis, Raseiniai, Šakiai, Šilalė, Tauragė, Telšiai, Ukmergė, Biržai, Klaipėda, Pasvalys, Šilutė districts, Kaunas, Klaipėda, Vilnius, Panevėžys, Šiauliai cities.

³⁶ Intervention effect on the GDP is calculated by multiplying the number of lives saved by the average number of GDP per habitant

³⁷ The analysis of Kaunas municipality's Human Healthcare Facilities cases (The Hospital of Lithuanian University of Health Sciences Kauno klinikos, The hospital of Marijampolė)

rate from external causes for people younger than 65 years and an almost 30% reduction for people 65 years and older.

In addition to that, changes in mortality indicators between the municipalities that receive financial assistance and municipalities that do not receive financial assistance were compared. The results showed that in municipalities receiving financial support the mortality rate from injuries and other external causes was decreasing at a greater pace than in the municipalities which have not received the financial support, or more precisely by 5,1% against 3,6%.

Furthermore, the standardized mortality rate from injuries and other external causes for people younger than 65 years was fluctuating until 2007, but it had a decreasing tendency. After 2007, when implementation of the analysed project had started, the standardized mortality rate decreased more rapidly and by 2014 it has decreased by 34%. The ESIFs investments for 2007–2014 have contributed to saving more than 8,000 lives³⁸ and saved almost 89 million EUR of Gross Domestic Product (GDP) for Lithuania.

Lastly, the good practices in this investment area were identified based on the differences of mortality rates from injuries and other external causes in the municipalities receiving and not receiving financial aid. The greatest reduction in mortality rate is observed in Kaunas district municipality, where on average it was equal to 8,08% during 2009–2015. The most important contributor to the reduction was the project “Hospital of Lithuanian University of Health Sciences Kauno klinikos central clinic third (highest) level injury and emergency room center expansion” executed by the Hospital of Lithuanian University of Health Sciences Kauno klinikos. During this project new building of highest level services for injuries and fast help was built, the services are provided for both children and adults, observation wards for patient are working 24/7, diagnostic and procedures rooms are provided with the most modern equipment.

Investment area III: Optimization of infrastructure for mental healthcare services

This area of investment encompassed five programs:

- Establishment of centers for differentiated complex psychiatric help for children and families;
- Modernization of psychiatric inpatient hospitals;
- Modernization of infrastructure for monitoring mental healthcare services;
- Establishment of psychiatric inpatient hospitals (centers);
- Establishment of crisis intervention centers.

In total, these programs have received 19,5 million EUR combined.

The investment target group that was identified are patients who use mental healthcare services. The main needs of this target group are increased accessibility of healthcare services (the ability to receive access to healthcare services closer to home, shorter queues) and increased quality of healthcare services.

The analysis has revealed that the standardized number of mortalities from suicides in Lithuania in 2006 was almost 3 times higher than the EU average. In 2012 this margin had declined slightly, however, out of all changes that have occurred, the number of mortalities from suicides has decreased the slowest. The highest mortality rates from suicides in Lithuania were observed between people younger than 65 years. The experts identify two periods when the number of suicides increased dramatically. First, during the economic crisis of 2008-2009, which led to increased stress and anxiety levels among people, and second,

³⁸ The theoretical scenario was analyzed, when 2001-2007 trend is not changed. Every year in 2007-2014 the difference between theoretical meaning and real data is calculated. Differences are summed up ending with theoretical number of saved lives.

during 2013 with the occurrence of the so-called Werther effect (people copying a famous person or a relative suicide).

The newly established psychiatric day care centers, differentiated complex psychiatric help for children and families centers and crisis intervention centers are widely spread geographically throughout Lithuania – in 22 municipalities. Patient satisfaction surveys show that psychiatric inpatient day care hospitals are well suited to their requirements for accessibility, professional behaviour and attitude of working physicians. Moreover, new mental healthcare services were created in newly established centers, namely short and long-term outpatient psychosocial rehabilitation services, and multi-sensory therapy. When secondary observation indicator levels of achievement were assessed, it was identified that the ratio between psychiatric inpatient and outpatient day hospital services has increased almost two times (from 8,8 in 2006 to 4,5 in 2013). This difference shows that the number of psychiatric day hospital service facilities has increased.

Furthermore, changes in mortality due to suicide in national level were assessed and a significant difference was observed between municipalities that receive and that do not receive financial assistance. The latter had an average of 1,1% increase during 2006–2014, while municipalities that received funding had a slower growth rate of 0,6%.

The numbers of mortalities from suicides changed differently and until 2007 they have declined more rapidly. The unusual growth rate during 2008, 2009 and 2013 has contributed significantly to the overall trend of the indicator. These deviations are associated with the problems mentioned earlier – the economic crisis in the country during 2008-2009 and the Werther effect during 2013.

Lastly, the good practices in this investment area were identified. Most notably, geographically broad and favourable distribution of centers in the country has contributed to the establishment of psychiatric inpatient day centers. More specifically, the best practices that were identified are Mažeikiai Mental Healthcare Center and Šiauliai Center Outpatient Psychiatric Day Hospitals. During the first years of operation an increase in the number psychiatric services and in the number of patients was observed. In Mažeikiai Mental Healthcare Center during the first year 3426 services of adult psychiatrist were provided³⁹ and in 2013 this number increased to 3650. The number of patients has also increased – from 122 to 133 patients per year⁴⁰.

Investment area IV: Early detection and a full-fledged treatment of cancer

In this investment area funds were designated to areas that promoted early diagnosis of oncological diseases and a complete treatment of them. 49,39 million EUR was granted for these projects.

The investment target group that was identified are patients who receive cancer diagnostic and treatment services. The main needs of this target group are early diagnosis of the disease, high quality services and accessibility of services. Another important change is the increase in survival rate⁴¹ with diagnosed cancer for both women and men. A greater difference is observed amongst men, namely a 49% increase, while amongst women a 29% increase was visible. Moreover, after performing the case analysis⁴², it was found that queues for oncologist appointment have declined by 0,75 days.

During the analysis it was found that the difference of mortality of malignant tumours between Lithuania and the EU average during both 2006 and 2012 is not as significant as for other disease groups and it remains constant; Lithuania is on average 1,1 times higher than the EU average. Although the mortality rate from malignant tumours in Lithuania is more common between people that are more 65 years old,

³⁹ SVEIDRA, healthcare institutions data, 2016, July

⁴⁰ SVEIDRA, healthcare institutions data, 2016, July

⁴¹ The analysis was based on the index provided by the Cancer Registry, which is calculated by using the population mortality data in accordance to test group, gender, age, and period.

⁴² The analysis of Kaunas municipality's Human Healthcare Facilities cases

the mortality trends remain similar for all age groups and the indicator remains constant until 2006 – both 0-64 years group and 65+ years group mortality of malignant tumours has increased 2% since 2006.

Furthermore, changes in morbidity due to malignant tumours have been identified. During 2007–2014 morbidity was growing in Lithuania regardless the municipalities which have received financial assistance. The growth was more intense during 2007–2014 than during 2001–2006. That relates to the fact that only third level hospitals in the biggest cities which takes patients from all over the country have received financial assistance.

The standardized mortality rate from malignant tumours of people younger than 65 years old has increased steadily during 2005-2008, but started to decline once the ESIFs assistance interventions began. The changes in trends coincide with the start of the EU funding period, thus it can be claimed that the changes happened because of funding. The EU financial assistance for 2007-2014 alone has saved over 300 lives⁴³, and thus had an positive effect on the Lithuanian Gross Domestic Product (GDP) of 4,5 million EUR during 2007-2014.

Lastly, the good practices in this investment area were identified. The best practice is the National Cancer Institute's project "The improvement of early diagnosis of oncological diseases and assurance of complete treatment in Vilnius Institute of Oncology". This project has contributed to the major improvements in the indicator values at the institutional level. Moreover, it has reduced the carrying time of operations (from 150 minutes to 118 minutes), hospital outpatient rehabilitation time (from 60 visits to 134 visits) and the time needed for diagnosis (2 days longer).

Investment area V: Continuity of healthcare system reform and the optimization of healthcare infrastructure

This area of investment encompassed three programs:

- The development of outpatient, supportive treatment and care services, and the optimization of inpatient services;
- The development of public healthcare infrastructure in municipalities;
- Investments for infrastructure of public outpatient and inpatient services provided by private healthcare institutions.

In total, these projects have received 108,5 million EUR combined.

The following investment target groups were identified: the part of the population that receives secondary level outpatient services, emergency care services, and nursing services and those interested in the development of society healthcare services in municipalities. The main needs of these target groups are a successful execution of disease prevention implementation, and an increase in the accessibility and quality of healthcare services (the increase of the indicators is evaluated by the wider geographical location of public health offices, the growing number of beds of palliative care, nursing and maintenance treatment). The modernized or re-established municipal public healthcare offices not only improved access to and quality of healthcare for 67% of the population (those living in municipalities that gain financial assistance from EU for public health offices are calculated), but also reached as many as 50% of the municipalities. 33 public health offices were open in Lithuania in 2013, 25 other municipalities had public health services provided by cooperating with municipalities having public health offices. In addition, 164 palliative care beds were installed by 2013 and the number of nursing beds increased to 1,72 beds per thousand inhabitants. Moreover, there was a 25% increase in the maintenance treatment

⁴³ The theoretical scenario was analyzed, when 2001-2007 trend is not changed. Every year in 2007-2014 the difference between theoretical meaning and real data is calculated. Differences are summed up ending with theoretical number of saved lives.

bed-days and a six-fold increase in the number of bed-days in palliative care. Another important change is an almost three-fold increase in the volumes of day surgery services.

A geographically broad network of renewed or newly established municipal public healthcare facilities and cooperation with municipalities that do not have such facilities resulted in improved public healthcare in areas such as primary disease prevention, and the availability of anti-disease risk factors and healthy lifestyle education. Moreover, there was a visibly large increase in visits to outpatient clinics for one inhabitant per year. The EU index grew slower than the Lithuanian one - in 2006 the difference was only 2,49%, while in 2013 the margin has reached 14,18%.

Lastly, the good practices in this investment area were identified. Two projects were successful and both of them were implemented by Vilnius University Hospital Santariškių Klinikos, the first one is “The expansion of outpatient rehabilitation, maintenance treatment and nursing care, and day-surgery services in Children’s Hospital of Vilnius University Hospital Santariškių Klinikos” and the second one is “The reconstruction of outpatient rehabilitation department and reception of Vilnius University Hospital Santariškių Klinikos”. This facility saw a five-fold increase in day surgery services and a two-fold increase in laparoscopic surgery procedures⁴⁴.

Factors having influence to the EU financial intervention impact and effectiveness

After the evaluation was performed and the findings were summarized, the reasons that have an effect on the impact created by projects and their effectiveness were identified, namely:

- Appropriate direction of financing to the most problematic areas;
- The compatibility of objectives of EU-funded projects and state budget-funded projects;
- The choice of appropriate monitoring and evaluation indicators, the indicators have to be calculated according to unbiased data and show the real impact;
- Parallel projects carried out by other ministries or agencies, or secondary prevention programs (e.g. early diagnosis program), or other actions that complement the implementation and continuity of healthcare sector funded projects;
- Stronger focus on improving access to healthcare services in smaller cities and village areas;
- Socio-economic factors, which are difficult to control, for example, population decline, population ageing and economic recessions;
- Pre-planning of financing of healthcare services significantly contributes to the efficiency of the projects, therefore, targeted execution ensures better performance and continuity.

Furthermore, projects implemented by other economic sectors had a large impact on the changes in the healthcare sector. Four main project groups that have successfully contributed to the improvement of the healthcare sector are identified:

1. **Improvement of human resources.** The best results were shown by the project “Modern primary and specialized cardiologic help system installation and improvement of human resources by newest standards”, which was implemented by the Lithuanian Society of Cardiology. A connection exists between funding and the results. More than 2 million euros were invested and more than 12,000 medical personnel have completed trainings – this figure is much larger than for any other project. Moreover, during this project the expenditure on trainings per specialist was the lowest when compared to other projects that were analysed.
2. **Installation of e-health system.** Although a big amount of financial assistance was given to this sphere, e-health system is still in progress, so there are not enough data for detailed evaluation. However, projects were implemented in some hospitals – the most successful e-health system

⁴⁴ The percentage change during 2006-2013 is calculated and healthcare institutions which data was provided by SVEIDRA is compared.

was implemented by Centro Outpatient Clinic in Vilnius. According to data in June 2016, this clinic writes more than 3,000 e-prescriptions per month; this figure is equal to two thirds of all e-prescriptions in Lithuania.

3. **Renovation of buildings.** An exceptional project was implemented by Hospital of Lithuanian University of Health Sciences Kauno klinikos. During this project eight buildings were renovated and 3,76 GWh of energy was saved. This is the largest amount of energy saved from similar projects.
4. **Improvement of healthcare system management performance.** Funding does not have an impact on the prepared packages of documents (e.g. “The organisational system establishment of emergency medical care for patients of injuries and other external causes in Lithuania” prepared by “International Emergency Healthcare Academy”, 123 protocols of safety and treatment of cardiology, traumatology, children diseases, head, brain, blood vessels diseases and oncology patients prepared by The Ministry of Healthcare, “The study of the current situation of the society’s mental health” conducted by Republican Centre of Mental Health), but lack of connection suggests that the projects might have a different scale, importance and impact. In this case, the project “The installation of injuries and accidents’ monitoring system” by the Institute of Hygiene was chosen. It had an impact on the continuity of healthcare reform. After the system was launched on the 1st of September 2015, the data from all sources regarding cases of injuries was collected. It consists of basic information about the accident, its causes and circumstances, clinical indicators, treatment and consequences.

Evaluation conclusions

The following conclusions are drawn after performing the evaluation:

- Although only a small part of the Lithuanian healthcare sector indicators are above the EU average (standardized mortality by diseases, average life expectancy), it is evident that the indicators of Lithuanian healthcare is still smaller than the EU. Moreover, several indicators surpass the EU average, for example, the birth rate per one thousand inhabitants is above the EU average, and the infant mortality rate is lower than the EU average by one thousand births.
- The implemented projects (in accordance with intervention logic schemes) have created a desired impact on the target groups – an increase in life expectancy, a decrease in mortality from cardiovascular diseases in different age groups and a decrease in suicide rate. Moreover, patients receive higher-quality and more affordable healthcare services.
- A large part of the objectives was reached and in some cases even exceeded – 5,04% (3,77 years) has increased the average life expectancy, 5,54% has decreased the mortality of suicide per 100 000;
- The largest downside of the effectiveness of the projects was the lack of qualified personnel in smaller regions, the lack of newly created legal framework for the services (detailed description of newly created services), and the shortage in assurance of financing sources.
- The projects allowed modernizing healthcare in many institutions because of infrastructure, increased staff qualifications, and funding.
- European Union Structural and Investment Funds’ interventions have contributed to the projects improving the healthcare services.
- Contribution of other economic sectors is important for sustainability and continuity. In parallel for the Ministry of Health of Republic of Lithuania managed measures, meant for the improvement of infrastructure of healthcare sector and increasing the quality and accesability of healthcare services, measures managed by other economic sectors were conducted, meant for trainings for the increasing qualification of staff, installation of information systems, renovation of buildings, etc.

The main lessons learned during EU funding for 2007–2013 will help to plan structural funding for 2014–2020.

Conclusions and recommendations/strategic proposals

No.	Conclusion	Recommendations / strategic proposals
1.	The EU funding distribution to the most reasonable fields has a huge impact on the positive changes of monitoring strategic indicators of 2007–2013 “Promotion of Cohesion” program and monitoring indicators of national programs.	<p>Strategic proposal:</p> <ul style="list-style-type: none"> The orientation to the most problematic areas of healthcare sector in 2007–2013 EU structural funding period is considered as a good practice, so it is proposed to pay more attention in the upcoming 2014–2020 funding period to identification of priority directions and their funding.
2.	The appropriate system of monitoring indicators of funding measures is important for the efficient evaluation of the impact created by the EU structural funding.	<p>Strategic proposal:</p> <ul style="list-style-type: none"> It is proposed determine additional monitoring indicators correlating not only with Action programs but also with national strategic documents and their goals and aims. It is noted that the lack of example indicators of the quality and accessibility of healthcare services, standartized organizational and clinical indicators of hospital level. It is also proposed to constantly watch indicators (such as changes in patients’ satisfaction, etc.): before the beginning of projects and during the implementation of projects but not only after the implementation.
3.	Complex implementation of projects help to achieve better results by creating the comprehensive impact on the society and ensuring the continuity of results.	<p>Strategic proposal:</p> <ul style="list-style-type: none"> It is proposed to combine interinstitutional cooperation or to plan investments in one projects in order to distribute investment to infrastructure, trainings of personnel qualification improvement, the establishment and improvement of services’ descriptions, diagnostic and treatment protocols, appropriate legal basis at one funding period (by one or number of projects).
4.	The lack of qualified labor force, healthcare specialists in hospitals in the regions has a negative impact on success and effectiveness of implemented projects.	<p>Recommendation:</p> <ul style="list-style-type: none"> Before implementing projects it is recommended to foresee interventions and measures to attract specialists to regions where the lack of them is seen.
5.	The development of new healthcare services in healthcare sector has bigger positive impact on the society than the improvement of already existing services.	<p>Recommendation:</p> <ul style="list-style-type: none"> Before the preparation of the list of projects funded by the state and before planning of investments, it is recommended to systematically assess the needs for healthcare services – perform feasibility studies / evaluations to determine the impact of existing services on patients, to identify the demand and need for new healthcare services.
6.	The implemented adequate legal basis and adequate funding is necessary for the full functioning of newly developed healthcare services.	<p>Strategic proposal:</p> <ul style="list-style-type: none"> During project planning stage it is proposed to assess the existing legal basis needed for the development of new healthcare services – to determine if existing documents ensure legal conditions and adequate funding appropriate for the conception of new services.

No.	Conclusion	Recommendations / strategic proposals
		<p>It also proposed to pay attention to situations when the quality of improved services rise as well as costs, and to adjust the appropriate funding for such services.</p> <ul style="list-style-type: none"> • It is proposed to form exact descriptions of newly developed / improved healthcare services which provide information about the format, conception, funding conditions and sources of service.
7.	It is more efficient to implement high volume projects by regional level.	<p>Strategic proposal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In order to reach an efficient implementation of the projects funded by the EU structural funds in different spheres it is proposed to plan and implement regional level projects in further EU funding periods after conducting feasibility studies of measures and projects. The identification of target regions / target groups allows to more efficiently contribute to complex positive impact on healthcare sector in the country and also to encourage the collaboration of hospitals.

Ivadas

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos užsakymu, UAB „Civitta“ atlieka 2007–2013 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos poveikio sveikatos apsaugos sektoriui baigiamąjį vertinimą. Vertinimas apima kiekvieno tikslo visas veiksmų programas, jo metu nagrinėjamas lėšų naudojimo mastas, fondo programavimo efektyvumas ir veiksmingumas bei socialinis ir ekonominis poveikis⁴⁵.

Vertinimo poreikis

Atliekamas baigiamasis ES struktūrinių fondų investicijų vertinimas, pagal ES reglamentą Nr. 1083/2006, turi dvi funkcijas:

- Atskaitomybės funkciją – vertinimas padeda atsiskaityti su užsienio šalių donorais, įstatymų leidžiamąja valdžia ir piliečiais už tam tikros paramos ar kitų lėšų panaudojimą ir tam tikrų tikslų pasiekimą.
- Viešosios politikos ir jos dalies tobulinimo funkciją – vertinimas padeda tobulinti viešąją politiką ar jos dalį bei patį viešosios politikos procesą, gerinant esamas ar būsimas programas.

ES struktūrinės paramos investicijomis į sveikatos apsaugos sistemos tobulinimą ir infrastruktūrą siekiama sukurti sąlygas Lietuvos gyventojams gauti aukščiausius ES standartus atitinkančias sveikatos priežiūros paslaugas. 2007–2013 m. laikotarpiu Lietuvai skirta 284 mln. Eur ES struktūrinių fondų lėšų Sanglaudos skatinimo veiksmų programos II prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ I uždavinio „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ priemonėms įgyvendinti. Sutartys pasirašomos su tais projektų vykdytojais, kurių paraiškos atitinka tinkamumo finansuoti kriterijus, nurodytus priemonės finansavimo sąlygų aprašuose. Finansavimas skiriamas pagal veiksmų programos priede konkrečiai priemonei numatytas lėšas bei projektų įgyvendinimo sutartyse numatytas projektų įgyvendinimo išlaidas.

Vertinimo tikslas, uždaviniai ir objektas

Vertinimo tikslas – nustatyti 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos panaudojimo sveikatos sektoriuje efektyvumą ir rezultatyvumą, investicijų tvarumą ir tęstinumą bei poveikį gyventojų sveikatai.

Vertinimo tikslui pasiekti keliami uždaviniai:

1. Įvertinti 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugos sektoriui panaudojimo poveikį, efektyvumą ir rezultatyvumą, investicijų tvarumą ir tęstinumą.
2. Įvertinti kitų ūkio sektorių 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų lėšomis įgyvendintų specifinių priemonių ir intervencijų tikėtiną poveikį bei prisidėjimą prie sveikatos sričiai aktualių probleminių klausimų sprendimo.
3. Nustatyti gerosios praktikos pavyzdžius pagal pagrindines 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos investicijų sritis sveikatos sektoriuje, pateikti išvadas ir rekomendacijas dėl priemonių bei projektų, kurie užtikrintų investicijų efektyvumą, rezultatyvumą, tęstinumą ir tvarumą, planavimo ir įgyvendinimo 2014–2020 m. ES struktūrinių fondų laikotarpiu.

Vertinimo objektas – 2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programos (toliau – SSVP) II prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ I uždavinio „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ priemonių bei atitinkamų nacionalinių programų įgyvendinimas, kitų ūkio sektorių ES struktūrinių fondų lėšomis įgyvendintos specifinės priemonės ir intervencijos, turėjusios poveikio visuomenės sveikatos stiprinimui ir išsaugojimui.

⁴⁵ Europos Sąjungos Tarybos Reglamentas Nr. 1083/2006, nustatantis bendrąsias nuostatas dėl Europos regioninės plėtros fondo, Europos socialinio fondo ir Sanglaudos fondo bei panaikinantį Reglamentą (EB) N. 1260/1999. 2006 m. liepos 11 d.

2007–2013 m. SSVP priede, patvirtintame Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. liepos 23 d. nutarimu Nr. 787, buvo numatyta 12 priemonių, administruojamų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos. Priemonių įgyvendinimo užtikrinimui minėtame dokumente nurodyti konkretūs stebėsenos produkto ir rezultato rodikliai. Baigiamojo vertinimo metu analizuojant faktines rodiklių reikšmes, vertinama, kaip efektyviai įgyvendinta konkreti priemonė, bei koks ES struktūrinių fondų indėlis turėjo įtakos pasiektoms rodiklių reikšmėms.

Teikiamoje galutinėje ataskaitoje pateikiamas atliktas vertinimas. Ataskaitą sudaro 3 dalys:

- **Pirmojoje dalyje (1–5 skyriai)** aprašyta vertinimo metodologija, atliktas 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos sveikatos apsaugos sektoriui panaudojimo poveikio, efektyvumo bei rezultatyvumo, investicijų tvarumo ir tęstinumo vertinimas pagal techninės specifikacijos 8.1 punkte nurodytus vertinimo klausimus.
- **Antrojoje dalyje (6–9 skyriai)** atliktas kitų ūkio sektorių 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos lėšomis įgyvendintų specifinių priemonių ir intervencijų tikėtino poveikio sveikatos sričiai vertinimas pagal techninės specifikacijos 8.2 punkte nurodytus vertinimo klausimus.
- **Trečiojoje dalyje (10–11 skyriai)** nustatomi gerosios praktikos pavyzdžiai pagal pagrindines 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos investicijų sritis, pateikiamos rekomendacijos pagal techninės specifikacijos 8.3 punkte nurodytus vertinimo klausimus.

1. Tyrimo metodologija

1.1. Vertinimo uždaviniai ir klausimai

Prieš atliekant ES struktūrinių fondų investicijomis įgyvendintų projektų sukurto poveikio vertinimą, buvo sudaryta nacionalinių programų, strategijų bei SSVP priemonių tikslų suvestinė – kiekvienai intervencijų krypčiai sudaryta intervencijų logikos schema, kurioje pateikiamos vykdytos intervencijos, sukurti produktai ir rezultatai bei gautas poveikis (žr. 3.1). Pagal schemose numatytus siekiamus rodiklius bei poveikį vertinamas rodiklių pasiekimo laipsnis po projektų įgyvendinimo kiekvienoje investicijų kryptyje. Taip pat, atsižvelgiant į numatytus antrinius rodiklius⁴⁶, analizuojami pagal atskiras priemones užsibrėžti tikslai bei jų pasiekimo mastas.

Pagrindiniam vertinimo tikslui pasiekti atlikta analizė pagal SAM techninėje specifikacijoje nurodytus tris pagrindinius uždavinius. Įgyvendinant juos, remiamasi SAM techninėje specifikacijoje nurodytais klausimais. Kiekvienam klausimui eksperto vertinimo metu buvo išskirti papildomi klausimai, leidžiantys labiau struktūruoti analizę bei padedantys pasiekti pagrindinį vertinimo tikslą.

Minėti uždaviniai, jiems priskirti klausimai bei papildomi klausimai pateikiami lentelėje (žr. 1 lentelė).

⁴⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-894 „Dėl Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų Sanglaudos skatinimo veiksmų programos priemonių papildomų ir antrinių rodiklių skaičiavimo metodikos patvirtinimo“. 2012 m.

1 lentelė. Vertinimo klausimų analizė

Uždavinys	Klausimas	Tikslinantys klausimai
1. Įvertinti ES struktūrinės paramos efektyvumą ir rezultatyvumą, poveikį, investicijų tvarumą ir tęstinumą.	1. Kokie pokyčiai (planuoti / neplanuoti, teigiami / neigiami) įvyko sveikatos apsaugos sektoriuje 2007–2013 m. laikotarpiu? Kaip ir koku būdu šiuos pokyčius lėmė ES struktūrinių fondų intervencijos?	<ul style="list-style-type: none"> • Kokia buvo sveikatos apsaugos sektoriaus situacija paramos laikotarpio pradžioje? • Kokie konkretūs pokyčiai įvyko sveikatos apsaugos sektoriuje 2007–2013 m. laikotarpiu? • Kaip ir koku būdu šiuos pokyčius lėmė ES struktūrinių fondų intervencijos?
	2. Koks buvo Sanglaudos skatinimo veiksmų programos II prioriteto I uždavinio „Užtikrinti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ intervencijų poveikis Sanglaudos skatinimo veiksmų programoje įvardytiems atitinkamiems strateginio konteksto rodikliams (taip pat svarbiausiems netolygumams tarp ES ir Lietuvos sveikatos paslaugų srityje) bei jų pokyčiams? Išanalizuoti priešastinius intervencijų ryšius, įvardijant, kaip ir kokios ES struktūrinių fondų lėšomis modernizuotos / įdiegtos atitinkamos sveikatos priežiūros paslaugos turėjo poveikį tam tikrų strateginio konteksto rodiklių pokyčiams.	<ul style="list-style-type: none"> • Kokie yra strateginio konteksto rodiklių planų vykdymo rezultatai? • Kokios rodiklių reikšmės būtų pasiektos be ES finansavimo? • Kokį poveikį strateginio konteksto rodikliams ir jų pokyčiams padarė SSVP II prioriteto I uždavinio intervencijos? • Kokie svarbiausi netolygumai nustatyti tarp ES ir Lietuvos sveikatos paslaugų sričių? Kokią įtaką šiems netolygumams padarė SSVP II prioriteto I uždavinio intervencijos? • Kokia buvo SSVP II prioriteto I uždavinio intervencijų logika, priešastiniai ryšiai? • Kaip ir kokios ES struktūrinių fondų lėšomis modernizuotos / įdiegtos atitinkamos sveikatos priežiūros paslaugos turėjo poveikį tam tikrų strateginio konteksto rodiklių pokyčiams?
	3. Ar ES struktūrinių fondų intervencijų sąlygoti pokyčiai ir poveikis atitiko tikslinių grupių poreikius ir interesus? Kodėl?	<ul style="list-style-type: none"> • Kokie yra tikslinių grupių poreikiai? • Ar tikslinių grupių poreikiai atitinka intervencijų logiką? • Ar sukurtas poveikis atitiko tikslinių grupių interesus?
	4. Kokių rezultatų pasiekta, įgyvendinus Sanglaudos skatinimo veiksmų programos II prioriteto I uždavinio „Užtikrinti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ priemones ir projektus? Išanalizuoti pasiektus rezultatus pagal pagrindines investicijų kryptis ir joms keliamus tikslus bei įvertinus Sanglaudos skatinimo veiksmų programos II prioriteto I uždavinio priemonių ir joms keliamų tikslų, uždavinių bei rodiklių pasiekimo lygį. Kokie veiksniai (teigiami ir neigiami) turėjo įtakos intervencijų tikslams atskirose ES struktūrinės paramos	<ul style="list-style-type: none"> • Kokie tikslai kelti kiekvienai priemonei įgyvendinti? • Koks yra tų tikslų pasiekimo laipsnis? • Koks ryšys tarp projekto finansuojamų veiklų ir projekto efektyvumo? • Koks yra santykis tarp priemonės rezultatų ir indėlių? • Koks ryšys tarp priemonių rezultatų ir ES finansavimo intensyvumo? • Kokie pasiekti rezultatai pagal investicijų kryptis ir koks jų ryšys su SSVP II prioriteto I uždavinio priemonių tikslais, uždaviniais ir rodiklių pasiekimo lygiu? • Kokie veiksniai turėjo įtakos priemonių efektyvumui?

Uždavinys	Klausimas	Tikslinantys klausimai
	<p>investicijų kryptyse ir priemonėse įgyvendinti, susijusiems rodikliams pasiekti?</p> <p>Ar buvo pasirinktos tinkamiausios priemonės tikslui pasiekti? Kodėl? Ar galima buvo pasiekti geresnių rezultatų kitomis priemonėmis? Kokiomis ir kodėl?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ar tinkamai pasirinktos priemonės ir kodėl? • Ar buvo galima pasiekti geresnių rezultatų kitomis priemonėmis? Kokiomis ir kodėl?
	<p>5. Kokių rezultatų pasiekta, ES struktūrinių fondų lėšomis įgyvendinant tam tikras nacionalines programas?</p> <p>Išanalizuoti, kokius nacionalinėse programose nustatytų tikslų, uždavinių ir atitinkamų rodiklių pokyčius ir kokių mastu sąlygojo ES struktūrinių fondų parama.</p> <p>Kokie veiksniai (teigiami ir neigiami) turėjo įtakos nacionalinėse programose nustatytiems rodikliams pasiekti?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kokie tikslai kelti kiekvienai programai įgyvendinti? • Koks yra tų tikslų, uždavinių ir atitinkamų rodiklių pasiekimo laipsnis? • Kokią įtaką nacionalinių programų tikslams, uždaviniams ir atitinkamiems rodikliams pasiekti turėjo ES investicijų intervencijos? • Kokie veiksniai turėjo įtakos nacionalinėse programose nustatytiems rodikliams pasiekti?
	<p>6. Kokie buvo esminiai ES struktūrinių fondų intervencijų sąlygoti sisteminiai pokyčiai (tendencijos) sveikatos priežiūros paslaugų (prevencijos, gydymo, šiuolaikinio gydymo) kokybės ir prieinamumo gerinimo, sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimo srityje?</p> <p>Nustatyti pagal kiekvieną ES struktūrinių fondų investicijų kryptį konkrečias intervencijas (projektus), kurios buvo rezultatyvios, efektyvios, tinkamos (atsižvelgiant į Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų Sanglaudos skatinimo veiksmų programos priemonių papildomų ir antrinių rodiklių skaičiavimo metodikoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 24 d. įsakymu Nr. V-894, nurodytus rodiklius, kt. tinkamus vertinimo kriterijus).</p> <p>Įvertinti, ar visos įgyvendintos priemonės ir projektai (apimtis, finansavimas, kt.) buvo tinkami ir efektyvūs nustatytiems Sanglaudos skatinimo veiksmų programos II prioriteto I uždavinio tikslams, uždaviniams ir</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kurie iš įvykusių pokyčių (tendencijų) buvo sąlygoti ES investicijų (sąsaja su pirmuoju klausimu)? • Kurie iš šių pokyčių buvo esminiai? • Kuriuos pokyčius galima vertinti kaip tendencijas? • Kokios konkrečios intervencijos (projektai) buvo rezultatyvios, efektyvios ir tinkamos? • Ar visos įgyvendintos priemonės ir projektai (apimtis, finansavimas, kt.) buvo tinkami ir efektyvūs? • Ar visos įgyvendintos priemonės ir projektai tinkamai ir efektyviai prisidėjo prie suplanuotų rezultatų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimo, sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimo srityse pasiekimo?

Uždavinys	Klausimas	Tikslinantys klausimai
	<p>suplanuotiems rezultatams pasiekti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimo, sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimo srityje.</p> <p>7. Išnagrinėti rezultatų ir poveikio tvarumą ir tęstinumą. Ar Sanglaudos skatinimo veiksmų programos II prioriteto I uždavinio „Užtikrinti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ lėšomis finansuotų priemonių ir projektų rezultatai ir poveikis išliks ateityje? Kiek jie tęsis, pasibaigus projektų finansavimui? Ar rezultatų tvarumui bei tęstinumui išlaikyti sudarytos pakankamos teisinės ir finansinės prielaidos?</p> <p>Įvertinti ir numatyti prognozes, kokių papildomų techninių / finansinių išteklių gali prireikti ateityje, siekiant išlaikyti ES struktūrinių fondų lėšomis sukurtą paslaugų struktūrą ir infrastruktūrą.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ar planuojant projektus buvo vertinamos sukurtos infrastruktūros palaikymo išlaidos?⁴⁷ • Ar anksčiau įvertintas poveikis yra ilgalaikis? • Kokie veiksniai gali naikinti / mažinti sukurtus rezultatus ir poveikį? • Kokia tokių veiksmų pasireiškimo tikimybė? • Ar sukurti rezultatai išliks, pasibaigus projektų finansavimui? • Ar rezultatų ir poveikio tvarumui bei tęstinumui išlaikyti sudarytos pakankamos teisinės ir finansinės prielaidos? • Kokių papildomų techninių ir finansinių išteklių gali prireikti ateityje, siekiant išlaikyti ES struktūrinių fondų lėšomis sukurtą paslaugų struktūrą ir infrastruktūrą? • Koks yra sukurtų rezultatų ir poveikio tvarumas (apibendrinant ankstesnius tikslinančius klausimus)?
2. Įvertinti kitų ūkio sektorių priemonių poveikį sveikatos srities probleminių klausimų sprendimui.	<p>8. Kokios kitų ūkio sektorių ES struktūrinių fondų lėšomis įgyvendintos specifinės priemonės ir intervencijos (sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos tobulinimo, e. sveikatos sistemos diegimo, sveikatos sistemos veiklos valdymo tobulinimo, kt. srityse) bei koku mastu prisidėjo prie sveikatos sričiai aktualių probleminių klausimų sprendimo? Ar buvo galima pasiekti geresnių rezultatų kitomis priemonėmis? Kokiomis ir kodėl?</p> <p>9. Nustatyti projektų, kurie galėjo turėti poveikio gyventojų sveikatai ir jos apsaugai bei kurie galėtų būti</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kokios priemonės darė įtaką sveikatos apsaugos sektoriaus probleminių klausimų sprendimui? • Koku mastu sveikatos apsaugos paslaugas teikiančios įstaigos ir sveikatos apsaugos sektoriaus institucijos pasinaudojo kitomis priemonėmis? • Kokie rezultatai buvo pasiekti, įgyvendinant šių priemonių projektus sveikatos apsaugos paslaugas teikiančiose įstaigose ir sveikatos apsaugos sektoriaus institucijose? • Ar buvo galima pasiekti geresnių rezultatų kitomis priemonėmis? Kokiomis ir kodėl? • Kokie projektai, sukurti pagal kitų ūkio sektorių priemones, buvo vykdyti efektyviai?

⁴⁷ ES priemonėmis finansuojamos investicijos, tačiau ne infrastruktūros palaikymo išlaidos. Atitinkamai kyla grėsmė, kad ES finansavimo dėka sukurta infrastruktūra ir jos kuriamas poveikis ilguoju laikotarpiu išnyks, nes nebuvo suplanuotos ir nebus skiriamos lėšos tai infrastruktūrai palaikyti ir prižiūrėti. Kitaip tariant, nenumatant infrastruktūros palaikymo išlaidų, kyla grėsmė sukurti poveikio tvarumui.

Uždavinys	Klausimas	Tikslinantys klausimai
	laikomi gerosiomis iniciatyvomis, pavyzdžius.	<ul style="list-style-type: none"> Kurie projektai, sukurti pagal kitų ūkio sektorių priemones, turėjo didžiausią įtaką sveikatos apsaugos sektoriui?
3. Nustatyti gerosios praktikos pavyzdžius, pateikti aktualias rekomendacijas.	10. Kurie projektai turėjo / galėjo turėti didžiausią teigiamą poveikį sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimo srityje? Kodėl ir kaip? Pateikti projektų pavyzdžių, kurie konkrečiais įrodymais iliustruotų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir / ar prieinamumo gerėjimą įstaigos ir / ar regiono bei šalies lygiu.	<ul style="list-style-type: none"> Kurie iš anksčiau analizuotų projektų ypač pagerino sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą? Kodėl ir kaip?
	11. Kuriuos projektus galima priskirti prie gerosios, kuriuos – prie blogosios praktikos pavyzdžių (vertinant pasiektų rezultatų, poveikio ir kitais aspektais)? Kodėl?	<ul style="list-style-type: none"> Kurie projektai buvo efektyvesni ir darė didesnę poveikį? Kokiais įgyvendinimo aspektais šie projektai skiriasi nuo mažesnio efektyvumo ir poveikio projektų?
	12. Kokios svarbiausios ES lėšomis finansuotų priemonių, projektų įgyvendinimo pamokos?	<ul style="list-style-type: none"> Kokios priežastys lemia projektų poveikio mastą? Kokios priežastys lemia projektų įgyvendinimo efektyvumą?
	13. Kokios (teikiamos, daromos, siūlomos ar pan.) išvados ir rekomendacijos dėl priemonių, kurios užtikrintų investicijų efektyvumą, rezultatyvumą, tęstinumą ir tvarumą, planavimo ir įgyvendinimo 2014–2020 m. ES struktūrinių fondų paramos laikotarpiu?	<ul style="list-style-type: none"> Kokios (teikiamos, daromos, siūlomos) išvados ir rekomendacijos dėl priemonių, kurios užtikrintų investicijų efektyvumą, rezultatyvumą, tęstinumą ir tvarumą? Kokios (teikiamos, daromos, siūlomos) išvados ir rekomendacijos dėl planavimo ir įgyvendinimo 2014–2020 m. ES struktūrinių fondų paramos laikotarpiu?

Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis technine specifikacija bei ekspertiniu vertinimu

1.2. Pagrindinės prielaidos

Remiantis 1996 m. spalio 3 d. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu Nr. I-1562, kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos yra apibrėžiamos kaip prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami⁴⁸.

Sveikatos paslaugų prieinamumas vertinamas, atsižvelgiant į 3 pagrindines dimensijas⁴⁹:

- Komunikacinis prieinamumas;
- Organizacinis prieinamumas;
- Ekonominis prieinamumas.

Teikiamame vertinime daroma prielaida, kad, didėjant bent vienai iš šių paslaugos prieinamumo dimensijų, bendram paslaugos prieinamumui yra daroma teigiama įtaka.

Taip pat, atsižvelgiant į sveikatos priežiūros paslaugų apibrėžimą, pateikiamą Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme, galima daryti prielaidą, kad paslaugos prieinamumo gerėjimas indikuoja ir teigiamą paslaugos kokybės pokytį, kadangi, remiantis minėtu kokybiškų paslaugų apibrėžimu, paslaugų prieinamumas yra vienas iš kokybiškų paslaugų elementų.

Atsižvelgiant į aukščiau išdėstytą teorinę dalį vertinimo metu buvo vadovujamasi pagrindine prielaida – didėjant paslaugų prieinamumui, didėja paslaugų kokybė.

⁴⁸ Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas Nr. I-1562. Valstybės žinios, 1996 m. spalio 23 d., Nr. 102-2317

⁴⁹ Zolubienė E., Beržanskytė A., Aguonytė V., Nedzinskienė L. „65 m. ir vyresnių asmenų požiūris į Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą“, 2014.

<[http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2014.3\(66\)/VS%202014%203\(66\)%20ORIG%20Sveikatos%20prieziura.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2014.3(66)/VS%202014%203(66)%20ORIG%20Sveikatos%20prieziura.pdf)>

1.3. Taikomi metodai

Atsakant į konkretų klausimą bei jo papildomus klausimus, buvo taikyti skirtingi metodai ar skirtingų metodų rinkinys (kompleksas), todėl metodų taikymo aspektai ir turinys priklauso nuo konkretaus atsakomo klausimo. Toliau esančioje lentelėje pateikiamas bendras vertinimo metu taikytų metodų sąrašas bei trumpas jų aprašas.

2 lentelė. Vertinimo metodų aprašas

Metodas	Trumpas metodo aprašymas
Antrinių šaltinių analizė	Antrinių šaltinių informacijos analizė gali būti apibrėžta kaip veikla, skirta tinkamai informacijai identifikuoti, rinkti, analizuoti ir interpretuoti. Šiuo atveju analizės tikslas orientuotas į sveikatos apsaugos sektoriaus pokyčių ir jų sąsajos su programa analizę.
Interviu su ekspertais	Šio metodo tikslas – užtikrinti, kad atliekamas vertinimas būtų itin aukštos kokybės ir taikant metodus būtų išanalizuoti visi sveikatos apsaugos sektoriaus vystymuisi svarbūs aspektai. Šiam vertinimui pasitelkiami vidiniai („Civitta“) ir išoriniai ekspertai.
Statistinė analizė	Statistinė analizė leidžia kiekybiškai įvertinti sveikatos apsaugos sektoriuje įvykusius pokyčius ir jų kontekstą. Aprašomosios statistikos metodai naudojami siekiant įvertinti ir pateikti išanalizuotus kiekybinius duomenis, lemiančius tyrimo tikslų įgyvendinimą.
Priežastinio ryšio analizė	Šio metodo esmė – įvertinti priežastinių ryšių tarp sveikatos apsaugos sektoriuje vykusių pokyčių ir ES struktūrinės paramos intervencijų egzistavimą ir stiprumą.
Loginių intervencijos modelių analizė	Šio metodo tikslas – pavaizduoti kiekvienos priemonės loginį modelį, lauktus rezultatus ir poveikį. Visa tai leidžia nustatyti, kaip priemonės įgyvendinimas prisidėjo prie laukiamų rezultatų.
Paramos gavėjų apklausa	Šio metodo taikymo metu apklausiamos institucijos ir įstaigos, gavusios paramą pagal uždavinio įgyvendinimo priemones. Apklausta daugiau nei pusė LR institucijų ir įstaigų, veikiančių sveikatos apsaugos sektoriuje bei pasinaudojusių analizuojamomis priemonėmis.
Interviu su institucijų ir ASP įstaigų vadovais arba kitais atstovais	Interviu atlikti su SAM, kaip analizuojamas priemonės kuruojančios institucijos, atstovais ir kitais asmenimis, nurodytais šiame skyriuje esančiame respondentų sąrašė. Atlikti skirtingų tipų interviu: „akis į akį“, giluminiai (trukmė apie 1 valandą), pusiau struktūriškai apibrėžti, t. y. jų metu siekta sužinoti respondentų nuomonę tam tikrais iš anksto numatytais klausimais, leidžiant respondentui laisvai interpretuoti užduodamus klausimus. Klausimynai pateikiami 1 priede.
Ekspertų vertinimas	Ekspertų vertinimas yra metodas, skirtas kokybiškiausiai informacijos interpretavimui užtikrinti. Jis pasitelkiamas, atsakant į didžiąją dalį klausimų. Vertinime dalyvavo vidiniai ir, pagal poreikį, išorės ekspertai.
Lyginamoji analizė	Šio metodo esmė – apibendrinti kitų metodų taikymo rezultatus ir suformuluoti vertinimo išvadą. Taikant šį metodą, lyginami apklausos ir

Metodas	Trumpas metodo aprašymas
	interview metu nustatyti tikslinių grupių poreikiai su poreikiais, numatytais strateginiuose dokumentuose, ir su poreikiais, kuriems tenkinti skirtos ES struktūrinės paramos priemonės.
Kiekybinė projektų ir priemonių efektyvumo analizė	Šis metodas, kurio taikymo metu vertintas sukurto rezultato ir poveikio santykis su indėliais, leido palyginti skirtingų projektų efektyvumą ir identifikuoti gerąsias bei tobulintinas praktikas.
Atliktų analizių apibendrinimas	Šio metodo tikslas – apibendrinti atliktas analizes ir SAM pateikti nuoseklias ir pagrįstas išvadas dėl SSVP II prioriteto I uždavinio lėšomis finansuotų projektų įgyvendinimo tinkamumo, poveikio ir efektyvumo didinimo.

Šaltinis: sudaryta autorių

1.4. Duomenų šaltiniai

Vertinimui naudojami duomenys buvo surinkti iš pirminių bei antrinių šaltinių. Pirminių šaltinių duomenys buvo renkami interviu metu bei atliekant apklausas raštu, jas siunčiant el. paštu. Šių duomenų paskirtis – patikrinti ir papildyti antrinių informacijos šaltinių duomenis, užtikrinti jų tikslumą bei gauti papildomos informacijos. Žemiau lentelėje pateiktas su respondентаis⁵⁰ atliktų interviu bei apklausų sąrašas.

3 lentelė. Baigiamojo vertinimo metu atliktų interviu bei apklausų respondentų sąrašas

Eil. Nr.	Respondentas	Atstovaujama institucija	Susitikimo (apklausos) data
1.	Struktūrinės paramos departamento Sveikatos projektų skyriaus viršininkė Aurima Lasickienė	Centrinė projektų valdymo agentūra	2016 m. birželio 30 d.
2.	Direktorė Ona Davidonienė	Valstybinis psichikos sveikatos centras	2016 m. liepos 5 d.
3.	Direktorius dr. Algimantas Pamerneckas bei Programų ir projektų skyriaus vedėja Kristina Ubavičiūtė	VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė	2016 m. liepos 5 d.
4.	Direktoriaus pavaduotoja strategijai ir plėtrai Danutė Junevičienė	Nacionalinis vėžio institutas	2016 m. liepos 12 d.
5.	Visuomenės sveikatos biurų asociacijos pirmininkė Danguolė Avižiuvienė	Savivaldybių visuomenės sveikatos biurų asociacija	2016 m. rugpjūčio 10 d. (interviu atliktas telefonu)
6.	Įstaigų vadovai arba jų atstovai	Paramą gavusios SPĮ	2016 m. liepos mėn.
7.	Sveikatos priežiūros specialistai	Paramą gavusios SPĮ	2016 m. liepos mėn.
8.	Direktoriaus pavaduotoja medicinai Idalija Zagurskienė	VšĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras	2016 m. spalio 12 d.

Šaltinis: sudaryta autorių Atliekant ES struktūrinės paramos poveikio vertinimą, taip pat buvo analizuojami ir antrinių šaltinių duomenys, reikalingi rodiklių apžvalgai. Žemiau esančioje lentelėje pateikiamos vertinime naudojamos duomenų bazės.

⁵⁰ Respondentai parinkti pagal finansuotas investicijų sritis bei ASPĮ atstovų galimybes sudalyvauti interviu

4 lentelė. Vertinime naudojamų institucijų duomenų bazių sąrašas

Eil. Nr.	Duomenų bazė	Duomenų gavimo data	Nuoroda / šaltinis
1.	ES struktūrinės paramos kompiuterinė informacinė valdymo ir priežiūros sistema (SFMIS)	2016 m. liepos 13 d.	Prieiga SAM patalpose
2.	„Eurostat“	2016 m. birželio–rugpjūčio mėn.	http://ec.europa.eu/eurostat/data/database
3.	Higienos institutas	2016 m. birželio–rugpjūčio mėn.	http://stat.hi.lt/
4.	Kauno teritorinė ligonių kasa	2016 m. rugpjūčio mėn.	http://www.ktlk.lt/gyventojams/eiles/archyvas/
5.	LR statistikos departamentas	2016 m. liepos–rugpjūčio mėn.	http://osp.stat.gov.lt/
6.	Pasaulio sveikatos organizacija	2016 m. liepos–rugpjūčio mėn.	http://data.euro.who.int/hfad/
7.	Pasaulio bankas	2016 m. liepos–rugpjūčio mėn.	http://data.worldbank.org/topic/health?view=chart
8.	Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos	2016 m. liepos 12 d.	Duomenys pateikti oficialiu raštu „Excel“ formatu

Šaltinis: sudaryta autorių

2. Pokyčiai sveikatos apsaugos sektoriuje 2007–2013 m. laikotarpiu

Šiame skyriuje apžvelgta sveikatos apsaugos sektoriaus padėtis ir visuomenės sveikatos rodikliai prieš ES struktūrinės paramos programavimo laikotarpio pradžią. Taip pat buvo įvertinti sveikatos apsaugos sektoriaus reformos tikslai bei svarbiausių statistinių rodiklių dinamika, siekiant nustatyti, ar buvo įgyvendinti visi planuoti pokyčiai.

2.1. Sveikatos apsaugos sistemos apžvalga prieš 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos programavimo laikotarpį

Toliau pateikiama bendra sveikatos apsaugos sistemos charakteristika prieš 2007-2013 m. ES struktūrinės paramos programavimo laikotarpį, t.y. 2006 metais.

5 lentelė. Bendra sveikatos apsaugos sistemos charakteristika, 2006 m.

Sritis	Sritį apibūdinantys rodikliai bei jų reikšmės
Sveikatos apsaugos sistemoje veikiančios sveikatos priežiūros įstaigos ir paslaugų gavėjai	<ul style="list-style-type: none"> Veikė 370 ASPJ, sudariusių sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, iš jų 173 viešosios įstaigos ir 197 privačios
	<ul style="list-style-type: none"> Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2006 m. gruodžio 31 d. duomenimis, ASPJ prisiregistravusiųjų skaičius siekė 3 473 227, iš jų valstybinėse – 2 669 834 (76,9 proc.), privačiose – 803 393 (23,1 proc.)⁵¹
	<ul style="list-style-type: none"> Prisiregistravusiųjų asmenų skaičius, tenkantis vienai valstybinei ASPJ - 1 325⁵²
	<ul style="list-style-type: none"> Ligoninių skaičius – 158
Visuomenės sveikatos būklę nurodantys rodikliai	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalizacijos skaičius 1 tūkst. gyventojų – 221,8 ligonio⁵³
	<ul style="list-style-type: none"> Standartizuotas mirtingumas 100 tūkst. gyventojų – 1 081,2⁵³
Rodikliai, nurodantys sveikatos priežiūros sistemos būklę Lietuvoje	<ul style="list-style-type: none"> Ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų skaičius – 437⁵⁴
	<ul style="list-style-type: none"> Apsilankymai pas pirminės asmens sveikatos priežiūros gydytojus 100 gyventojų – 446,8 per metus⁵⁵
	<ul style="list-style-type: none"> Vidutinė gulėjimo ligoninėje trukmė – 10 dienų⁵⁵
	<ul style="list-style-type: none"> Lovų skaičius, tenkantis 100 tūkst. gyventojų – 715⁵⁶
	<ul style="list-style-type: none"> Lovos užimtumas – 76 proc. per metus⁵⁷
	<ul style="list-style-type: none"> Lovos apyvarta – 35 pacientai per metus⁵⁸

⁵¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas, Nr. V-717 „Dėl sveikatos priežiūros plėtos koncepcijos patvirtinimo“. „Valstybės žinios“, 2007.

⁵² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas, Nr. V-717 „Dėl sveikatos priežiūros plėtos koncepcijos patvirtinimo“. „Valstybės žinios“, 2007.

⁵³ Higienos institutas, statistiniai duomenys, 2016 m. liepa.

⁵⁴ Lietuvos statistikos departamentas, Socialinės statistikos – sveikatos duomenys, 2016 m. liepa.

⁵⁵ Higienos institutas, statistiniai duomenys, 2016 m. liepa.

⁵⁶ Pasaulio sveikatos organizacija, HFA-DB duomenys, 2016 m. liepa.

⁵⁷ „Eurostat“, statistiniai duomenys, 2016 m. liepa.

Šaltinis: sudaryta autorių Vertinant Lietuvos sveikatos apsaugos sektoriaus raidą, svarbu apžvelgti jo problematiką, kuri nulėmė ES finansinių intervencijų poreikį bei kryptis. SSVP nurodomos pagrindinės sveikatos apsaugos sistemos problemos, su kuriomis susidurta prieš ES struktūrinės paramos programavimo laikotarpį:

- Teikiama per daug stacionariųjų paslaugų, kurių struktūra neatitinka gyventojų poreikių;
- Neefektyviai naudojami turimi ištekliai;
- Prastos darbuotojų darbo sąlygos;
- Mažai išplėtotos dienos stacionaro / chirurgijos paslaugos;
- Neužtikrinta laboratorinių tyrimų kokybė;
- Trūksta įstaigų, kurios teiktų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas savivaldybėse, ir gebėjimų nustatyti sveikatą lemiančius veiksnius;
- Prasta pastatų ir įrengimų būklė;
- Santykinai didelės išlaidos brangiai kainuojančioms stacionarinėms paslaugoms apmokėti mažina kapitalo investicijas į įrangą, šiuolaikines technologijas, naujus gydymo metodus ir kitas paslaugas.

Slaugos paslaugų poreikis nėra visiškai patenkintas: 1 lova 1 tūkst. gyventojų, daugelis slaugos skyrių nėra integruoti į daugiaprofilines ligonines bei neišplėtotos slaugos dienos stacionaro paslaugos, nepakankamas techninis aprūpinimas. SSVP taip pat nurodyti svarbiausi netolygumai tarp ES valstybių narių ir Lietuvos sveikatos apsaugos paslaugų srityje bei sveikatos rodiklių kontekste. Kaip trys pagrindinės mirties priežastys tiek Lietuvoje, tiek išsivysčiusiose ES valstybėse narėse SSVP programoje išskiriamos širdies ir kraujagyslių ligos, piktybiniai navikai ir traumos bei apsinuodijimai. Vis dėlto, Lietuvoje dar pastebimas ir didelis atotrūkis nuo kitų ES šalių, vertinant savižudybių kiekį 100 tūkst. gyventojų. Dėl šios priežasties, analizuojant mirtingumą pagal diagnozes, įtrauktas ir savižudybių rodiklis. Prieš 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos programavimo laikotarpio pradžią mirtingumo rodikliai buvo aukšti⁵⁹:

- Mirusiųjų nuo piktybinių navikų skaičius 100 tūkst. gyventojų (0–64 m. amžiaus grupėje) – 99,2⁶⁰;
- Mirusiųjų nuo širdies ir kraujagyslių ligų skaičius 100 tūkst. gyventojų (0–64 m. amžiaus grupėje) – 163,47⁶¹;
- Mirusiųjų dėl išorinių priežasčių skaičius 100 tūkst. gyventojų – 154,6⁶²;
- Savižudybių skaičius 100 tūkst. gyventojų – 29,94⁶³.

Išskirti rodikliai SSVP programoje laikomi strateginiais konteksto rodikliais, atspindinčiais bendrinius pokyčius sveikatos apsaugos sektoriuje. Toliau apžvelgiami aukščiau minėti ir kiti sveikatos sektoriaus būklę apibūdinantys rodikliai (ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos, lovų skaičius, ligoninių skaičius ir kt.), jų reikšmės ir dinamika prieš ir po 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos programavimo laikotarpio, o taip pat, vykdytos sveikatos apsaugos sektoriaus reformos.

⁵⁸ Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 647 „Dėl antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“. „Valstybės žinios“, 2006.

⁵⁹ Higienos institutas, statistiniai duomenys, 2016 m. liepa.

⁶⁰ Pasaulio sveikatos organizacija, HFA-DB duomenys, 2016 m. liepa.

⁶¹ Higienos institutas, statistiniai duomenys, 2016 m. liepa.

⁶² Higienos institutas, statistiniai duomenys, 2016 m. liepa..

⁶³ Pasaulio sveikatos organizacija, HFA-DB duomenys, 2016 m. liepa

2.2. Sveikatos apsaugos sektoriaus sisteminiai pokyčiai

Analizuojant ES investicijų poveikį sveikatos sektoriui (sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimui ir kokybės didinimui) 2007–2013 m. laikotarpiu, svarbu įvertinti vidines šalies pastangas, nukreiptas į nagrinėjamų rodiklių gerinimą. Šiuo atveju, nagrinėjami šalies mastu inicijuoti sisteminiai sveikatos apsaugos sektoriaus pokyčiai, atsiradę dėl sveikatos apsaugos sistemos restruktūrizavimo. Iki Lietuvos Nepriklausomybės atgavimo sveikatos sektorius buvo labiau orientuotas į ligų gydymą, o ne į jų prevenciją. Pokyčiai prasidėjo nuo 2003 metų inicijavus sveikatos apsaugos sistemos reformą – keičiant sveikatos politikos kryptis, orientuojantis į ligų profilaktiką, sveiką gyvenseną bei ankstyvą ligos diagnozavimą. Vykdamas sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizaciją 2003–2012 m., buvo „siekiama tobulinti ir atnaujinti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir optimizuoti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą, užtikrinant geresnį gyventojų sveikatos priežiūros poreikių tenkinimą, geresnę paslaugų kokybę, saugumą, prieinamumą ir racionalių išteklių panaudojimą“⁶⁴.

2.2.1. Sveikatos apsaugos sistemos restruktūrizavimo etapai bei jų sąsaja su 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos programavimo laikotarpiu

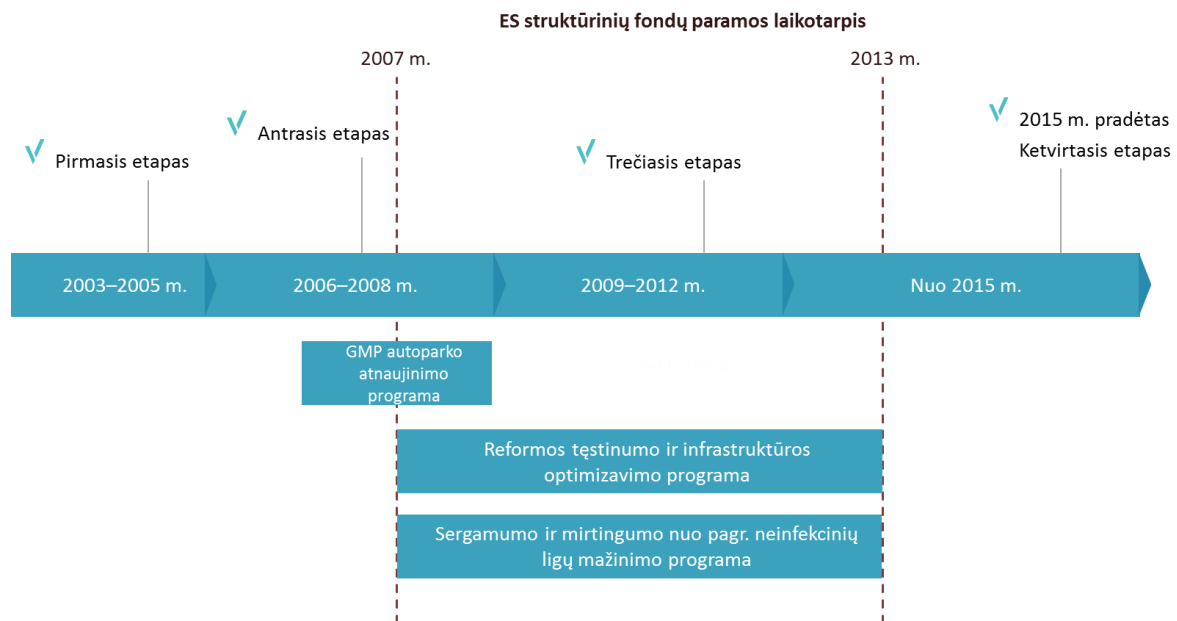
Nagrinėjama ES struktūrinės paramos programavimo laikotarpiu buvo įgyvendinama sveikatos apsaugos sistemos restruktūrizacija. Restruktūrizacijos procesai pradėti 2003 m., LR Vyriausybei 2003 m. kovo 18 d. nutarimu Nr. 335 patvirtinus sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją ir numačius ją įgyvendinti dviem etapais: per pirmąjį – iki 2005 metų, per antrąjį – iki 2008 metų⁶⁵. Minėtoje strategijoje pateikiami tik pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo kriterijai ir planuojami rezultatai. LR Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimu Nr. 647 numatyti antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos⁶⁶ restruktūrizavimo kriterijai ir planuojami rezultatai. Pertvarkos užtruko ilgiau, nei buvo planuota; 2009 m. gruodžio 7 d. LR Vyriausybės nutarimu Nr. 1654 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“ patvirtinta ir pradėta vykdyti sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programa. 2015 m. gruodžio 9 d. LR Vyriausybės nutarimu Nr. 1290 „Dėl ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo“ pristatytas ir šiuo metu jau pradėtas įgyvendinti ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo planas.

⁶⁴ 2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programa, 2009 m. gegužės 14 d., p. 23.

⁶⁵ Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 335 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“. „Valstybės žinios“, 2003.

⁶⁶ Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 647 „Dėl antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“. „Valstybės žinios“, 2006.

1 pav. Sveikatos apsaugos sektoriaus reformų etapai ir nacionalinės programos



Šaltinis: sudaryta autorių

ES struktūrinės paramos programavimo laikotarpiu 2007–2013 m. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje buvo vykdomas antrasis ir trečiasis sveikatos apsaugos sektoriaus pertvarkų etapai, kurių metu buvo išskirti du prioritetai: optimizuoti ligoninių tinklą bei restruktūrizuoti sveikatos priežiūros paslaugas ir atlikti greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) pertvarką. Optimizuojant ligoninių tinklą ir restruktūrizuojant sveikatos priežiūros paslaugas, pagrindinės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimo kryptys siejosi su ambulatorinių ir slaugos paslaugų plėtojimu bei stacionariųjų paslaugų optimizavimu. Pagrindiniai antrojo prioriteto – GMP pertvarkos – elementai buvo šie: pakeista mokėjimo už GMP tvarka ir įvykdytas dispečerinių centralizavimas⁶⁷.

Taigi, į 2007–2013 m. laikotarpį, per kurį buvo skiriama ES struktūrinių fondų parama, iš esmės patenka antrasis bei trečiasis reformų etapai. Taip pat minėto laikotarpio metu buvo vykdomos 3 nacionalinės programos: Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimas, Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimas 2007–2013 m. bei Greitosios medicinos pagalbos automobilių parko atnaujinimas. Pastaroji prasidėjo dar prieš, o pirmosios dvi įgyvendintos kartu su vertinamuoju ES paramos laikotarpiu. Toliau šiame skyriuje išsamiau analizuojami antrojo bei trečiojo reformų etapų bei minėtų nacionalinių programų tikslai bei pasiekti rezultatai.

Antrasis sveikatos apsaugos sistemos reformų etapas

Antrasis sveikatos apsaugos sistemos restruktūrizavimo etapas vyko 2006–2008 m. Jo metu buvo siekiama nuolat gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą, toliau restruktūrizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, optimaliau naudoti žmogiškuosius, finansinius ir materialinius išteklius⁶⁸. Vienas iš antrojo restruktūrizavimo etapo uždavinių buvo plėtojant slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sistemą siekti, kad iki 2008 metų ne

⁶⁷ Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 1290 „Dėl ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinkle konsolidavimo etapo plano patvirtinimo“. Teisės aktų registras, 2015.

⁶⁸ Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 647 „Dėl antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“. „Valstybės žinios“, 2006.

mažiau kaip 80 proc. šių paslaugų būtų teikiama bendrojo pobūdžio ligoninėse ir ne mažiau kaip 50 proc. slaugos paslaugų būtų teikiama kartu su socialinėmis (globos) paslaugomis.

Ypatingas dėmesys, įgyvendinant antrąjį sveikatos apsaugos sistemos reformų etapą 2006–2008 m., buvo skirtas savanoriškajam sveikatos draudimui skatinti, greitosios medicinos pagalbos tarnybų teikiamoms paslaugoms gerinti (atnaujinti 97 greitosios pagalbos automobiliai), slaugos paslaugoms integruoti į bendrojo pobūdžio ligonines (slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų apimtys padidėjo 15 proc.), stacionarinėms reabilitacijos paslaugoms optimizuoti bei ambulatorinėms paslaugoms plėtoti (17 proc. išaugo ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų apimtys)⁶⁹.

Antrajame restruktūrizavimo etape optimizuojant stacionarinę grandį buvo siekiama modernizuoti savivaldybių ligoninių, skirtų labiausiai paplitusioms ir nesudėtingoms ligoms gydyti, infrastruktūrą, o sudėtingų ligų diagnostiką ir gydymą koncentruoti universitetų ir didžiųjų miestų ligoninėse, geriau jas aprūpinant modernia įranga⁷⁰. Analizuojant pasiektus rezultatus, matyti, kad sustiprintas dienos stacionariųjų paslaugų teikimas – jų apimtys padidėjo 22 proc., tačiau bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse jų apimtys augo tik 1,8 proc.⁷¹

Trečiasis sveikatos apsaugos sistemos reformų etapas

2009–2011 metais vyko trečiasis sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapas. Lyginant su pirmaisiais etapais, šiame etape užsibrėžti platesnio profilio tikslai, orientuoti ne tik į sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimą, bet ir į sveikatos priežiūros įstaigų jungimą, kad būtų efektyviau naudojamos lėšos ir gerinamas paslaugų prieinamumas. Pagrindiniai šio etapo siekiai:

- Suformuoti efektyvesnę sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, jungiant sveikatos priežiūros įstaigas į stambesnius juridinius vienetus bei integruojant monoprofilines sveikatos priežiūros įstaigas į daugiaprofilinių sveikatos priežiūros įstaigų sudėtį;
- Suformuoti racionalesnę sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą plačiai paplitusioms ligoms gydyti, o sudėtingų ligų diagnostikos ir gydymo technologijas koncentruoti didžiosiose ligoninėse.

Trečiojo etapo metu ligoninės pagal teikiamų paslaugų pobūdį suskirstytos į tris lygmenis: respublikos, regiono ir rajono. Reformavimas vykdytas, nustatius pagrindinius kriterijus: gyventojų, pacientų ir medicinos personalo pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugų kokybe ir sauga pokytis, pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų plėtra ir finansavimo didėjimas, ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų apimtys padidėjimas ne mažiau kaip 5 procentais (iki 2011 metų), dienos stacionario paslaugų apimtys padidėjimas ne mažiau kaip 8 proc. (iki 2011 metų), hospitalizacijos rodiklio 100 gyventojų mažėjimas iki 18 (iki 2011 metų)⁷².

Išnagrinėjus sveikatos apsaugos sektoriaus restruktūrizavimo eigą, pagrindinius tikslus bei uždavinius, tolesnėje ataskaitos dalyje vertinami strateginiai dokumentai, kurių įgyvendinimas turėjo įtakos 2007–2013 m. laikotarpiu vykusiems sveikatos rodiklių pokyčiams.

Nacionalinės programos

SAM administruotos SSVP priemonės turėjo prisidėti prie šių tikslų ir uždavinių įgyvendinimo, suplanuotų rezultatų pasiekimo, o priemonių stebėsenos rodikliai turėjo būti suderinti su atitinkamais nacionalinių programų vertinimo kriterijais. Siekiant įgyvendinti SSVP tikslus, sukurti nacionaliniai strateginio

⁶⁹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 335 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“. „Valstybės žinios“, 2003.

⁷⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-160, „Dėl sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programos patvirtinimo“. „Valstybės žinios“, 2008.

⁷¹ Jogaitė B. „Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos vertinimas įrodymais grįstos politikos kontekste“. Vytauto Didžiojo universitetas, magistro baigiamasis darbas, Kaunas, 2014, p. 37.

http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2014~D_20140620_103510-70919/DS.005.0.01.ETD

⁷² Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 1654 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“. „Valstybės žinios“, 2009.

planavimo dokumentai, kurie buvo pritaikyti prie SSVP priemonių⁷³. Pagrindinės nacionalinės programos, aktualios įgyvendinant SAM administruojamas SSVP priemonės, yra šios:

1. **Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programa.** Programos paskirtis buvo suplanuoti ir efektyviai panaudoti 2007–2013 metų programavimo periodo ES struktūrinių fondų ir bendrojo finansavimo lėšas, skiriamas sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir prieinamumui gerinti, investicijas nukreipiant į ambulatorinių paslaugų plėtrą, stacionariųjų paslaugų optimizavimą, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtrą, visuomenės sveikatos priežiūros plėtrą bei visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimą⁷⁴. Programą galima įvardinti kaip jungtinį dokumentą, kuris konsoliduoja svarbiausių sveikatos sektoriaus vystymą reglamentuojančių dokumentų nuostatas: Lietuvos nacionalinę visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 metų strategiją ir jos įgyvendinimo priemonių 2006–2008 metų planą, sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją, antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategiją, LR Vyriausybės 2006–2008 metų programą, Lietuvos 2007–2013 metų ES struktūrinės paramos panaudojimo strategiją konvergencijos tikslui įgyvendinti, Valstybinę visuomenės sveikatos priežiūros plėtros savivaldybėse 2007–2010 metų programą. Optimizavimo programoje nurodyta, kad, siekiant įgyvendinti sveikatos politiką, būtina toliau kryptingai vykdyti asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros reformą bei įgyvendinti vienas kitą papildančius tikslus:

- Stiprinti visuomenės sveikatos priežiūrą, gerinant visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei plečiant visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas bendruomenėje;
- Gerinti paslaugų kokybę, didinant sveikatos priežiūros sektoriaus efektyvumą ir modernizuojant įstaigų infrastruktūrą;
- Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo apimtį ir struktūrą priderinti prie paslaugų poreikio ir kokybės reikalavimų, užtikrinant tolygesnį paslaugų prieinamumą.⁷⁵

Programoje buvo numatytos tokios įgyvendinimo kryptys:

- Visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas apimant sveikatos politikos formavimą ir įgyvendinimą;
- Ambulatorinių paslaugų plėtra;
- Stacionariųjų paslaugų optimizavimas;
- Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra;
- Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros savivaldybėse plėtra.

2. **Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 metų programa.** Programoje užsibrėžti šie tikslai: gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, investuojant į sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros modernizavimą ir šiuolaikinių technologijų diegimą, bei sumažinti sergamumą pagrindinėmis neinfekcinėmis ligomis ir mirtingumą nuo jų, taip pat ir nuo išorinių mirties priežasčių. Programos įgyvendinimo kryptys:

- Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas;
- Mirtingumo ir neįgalumo dėl traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių mažinimas;
- Ankstyvoji onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas;

⁷³ VŠĮ „Europos socialiniai, teisiniai ir ekonominiai projektai“. „Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų Sanglaudos skatinimo veiksmų programos priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimas“, 2011, p. 20.

⁷⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos ministro įsakymas Nr. V-160 „Dėl sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programos patvirtinimo“. „Valstybės žinios“, 2008.

⁷⁵ Ten pat, LR sveikatos ministro įsakymas Nr. V-160 „Dėl sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programos patvirtinimo“.

- Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimas.
3. **Greitosios medicinos pagalbos, skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos ir pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros automobilių parko atnaujinimo 2006–2008 metų programa.** Programoje iškelti tikslai: atnaujinti greitosios medicinos pagalbos automobilių parką, aprūpinti greitosios medicinos pagalbos automobilius sveikatos apsaugos ministro nustatyta medicinos įranga bei aprūpinti greitosios medicinos pagalbos automobilius moderniomis ryšio priemonėmis ir buvimo vietos nustatymo įranga (GPS), įdiegti juose su Bendrosios pagalbos centru suderintą techninę ir programinę įrangą.

2.2.2. Sukurtas poveikis sveikatos apsaugos sistemai

Vykdamas sveikatos apsaugos sistemos restruktūrizaciją, pasiekta šių rezultatų:

- ASPJ tinklo restruktūrizavimo metu ligoninių skaičius sumažintas 24 vienetais ir 2014 m. siekė 134;
- Uždaryta 14 rajono lygmens ligoninių akušerijos skyrių, kuriuose per vienerius metus priimta mažiau kaip 300 gimdymų (Druskininkų, Ignalinos, Joniškio, Kupiškio, Molėtų, Naujosios Akmenės, Pakruojo, Plungės, Prienų, Skuodo, Šakių, Šilalės, Varėnos, Zarasų)⁷⁶;
- Uždaryta 10 rajono lygmens ligoninių chirurgijos skyrių (Ignalinos, Gargždų, Kaišiadorių, Molėtų, Pakruojo, Naujosios Akmenės, Širvintų, Šilalės, Prienų, Zarasų), kuriuose per vienerius metus didžiųjų operacijų, kurių sąrašą tvirtina sveikatos apsaugos ministras, atlikta mažiau nei 660, o atstumas iki artimiausios ligoninės neviršijo 50 km);
- Centralizuotas greitosios medicinos pagalbos paslaugų valdymas;
- Greitosios medicinos pagalbos paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų sumažėjo 5 juridiniais asmenimis (Lazdijų, Pagėgių, Palangos, Rietavo, Širvintų), o šių sveikatos priežiūros įstaigų, esančių Kalvarijos ir Kazlų Rūdos savivaldybėse, greitosios medicinos pagalbos paslaugos perduotos Marijampolės greitosios medicinos pagalbos stočiai, tačiau šios įstaigos neturėjo savarankiško juridinio asmens statuso;
- Vykdamas GMP pertvarką nagrinėjamu ES struktūrinės paramos teikimo laikotarpiu, dispečerinių skaičius sumažintas iki 10. Toks didelis sumažėjimas (82 %) teigiamai veikia pacientams suteikiamas greitosios medicinos pagalbos paslaugas, kadangi centralizavus dispečerines siunčiama artimiausia brigada nebepaisant teritorinių apribojimų;
- Pradėtos teikti dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugos, taip pat vykdyta ambulatorinių, slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų plėtra⁷⁷.

Šie sveikatos apsaugos sektoriaus pokyčiai, įgyvendinti suskirstant sveikatos priežiūros įstaigas į skirtingus lygmenis, pasiekti ne tik vykdamas sveikatos apsaugos sistemos restruktūrizaciją, bet ir įgyvendinant projektus, kuriems suteikta ES struktūrinių fondų parama. Jie buvo įgyvendinami tiek pagal SAM, tiek pagal kitų ministerijų administruotas priemones. Prie sveikatos apsaugos sektoriaus funkcionavimo prisidėjo šios kitų ministerijų administruotos priemonės: „Žmogiškųjų išteklių tobulinimo viešajame sektoriuje“, „Pažangių elektroninių paslaugų“, „Viešosios paskirties pastatų renovavimo nacionaliniu lygiu“, „Viešųjų politikos reformų skatinimo“.

SAM priemonių įgyvendinimas užtikrino probleminėms sritims svarbių sveikatos priežiūros įstaigų modernizaciją bei naujų centrų kūrimą – psichikos dienos stacionarai, krizių intervencijos centrai, diferencijuotos kompleksinės pagalbos vaikui ir šeimai centrai, nauji savivaldybių visuomenės sveikatos biurai. SAM rengtos ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos administruotos priemonės suteikė

⁷⁶ Reikalavimo priimti ne mažiau kaip 300 gimdymų neatitiko VšĮ „Anykščių rajono savivaldybės ligoninė“. Akušerijos paslaugų teikimas šioje ligoninėje nenutrauktas, tačiau finansuojamas iš Anykščių rajono savivaldybės lėšų, o ne Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto.

⁷⁷ Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 1290 „Dėl ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo“. Teisės aktų registras, 2015

galimybę įvairių lygių centrų specialistams kelti savo kvalifikaciją. Šis kompleksškumas leido investicijas labiau suderinti su siekiamais pokyčiais ir paskirstyti jas taip, kad būtų užtikrintas šių pokyčių tęstinumas. Plačiau šių priemonių sukurtas poveikis ir efektyvumas nagrinėjamas 9 skyriuje.

Gyventojų pasitenkinimas sveikatos priežiūros sistema po įgyvendintų pokyčių

Sveikatos apsaugos sistemos pokyčiai vertinami pagal poveikio kriterijų, kurį atspindi pacientų pasitenkinimo gaunamomis paslaugomis rodikliai. 2007 m. Europos Komisijos užsakymu atliktas tyrimas, kurio metu nagrinėti pacientų pasitenkinimo sveikatos priežiūra Europos Sąjungoje rodikliai⁷⁸. 2012 m. Sveikatos apsaugos ministerijos užsakymu buvo atliktas tyrimas „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos atlikimas ir analizės parengimas“⁷⁹, kuriame nurodoma, kad „trečiojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapo įgyvendinimo laikotarpiu gyventojai dažniausiai naudojami šeimos gydytojo, specializuotomis ambulatorinėmis ir greitosios medicinos pagalbos paslaugomis, rečiausiai – dienos chirurgijos bei slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugomis“⁸⁰.

ES struktūrinės paramos skyrimo laikotarpio pradžioje, 2007 m., 77 proc. respondentų nurodė šeimos gydytojo paslaugas kaip pakankamai geras, o 80 proc. respondentų šeimos gydytojo paslaugas įvertino kaip lengvai prieinamas⁸¹. 2012 m. apklausos tyrime nurodoma, kad iki 18 m. amžiaus grupėje bendras gerai arba labai gerai vertinančiųjų šeimos gydytojų paslaugas skaičius 2011-aisiais siekė 88 proc. 19–64 m. amžiaus grupėje šis skaičius siekė 80 proc., o tarp 65 m. bei vyresnių žmonių šeimos gydytojų paslaugas teigiamai vertino 81 proc. Patys sveikatos priežiūros specialistai pirminio lygio paslaugas vertino teigiamai. Gerai arba labai gerai jas įvertino 81 proc. apklaustųjų. Atitinkamai 40 proc. bei 43 proc. teigė pastebėję išaugusią sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą⁸². Lyginant tyrimo duomenis ir „Eurobarometer“ analizės⁸³ duomenis, galima teigti, kad visuomenės pasitenkinimas sveikatos priežiūros apsauga ES lėšų panaudojimo periodu augo.

Rodiklių pokyčiai

Visi rodikliai, atspindintys visuomenės sveikatos būklę bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą (įvardinti ataskaitos pradžioje (žr. skyrių 2.1), 2007–2013 m. keitėsi. Pasikeitimai taip pat matomi ir mirtingumo nuo skirtingų priežasčių, kurios laikomos probleminėmis, statistikoje. Didžioji dalis visų pokyčių buvo teigiami. Šiame skyriuje nagrinėjami rodikliai, lyginant jų augimo tempą⁸⁴.

Vienintelis rodiklis, kurio didėjimas nereiškia pagerėjusios situacijos – sergamumas 1 000 gyventojų. 2006 m. jo reikšmė siekė 546,94, tačiau 2014 m. jis išaugo iki 625,56. Kita vertus, dar vienas svarbus rodiklis, nurodantis asmenų, kuriems jau diagnozuota bent viena liga ar trauma iš atskirų ligų grupių, yra ligotumas 1 000 gyv. Šis rodiklis taip pat didėja – 2006–2014 m. laikotarpiu jis padidėjo 13,71 proc. Šių rodiklių pokyčiai siejami su senėjančios visuomenės problema, kuri aptariama tolimesniuose skyriuose.

⁷⁸ Special Eurobarometer, Health and long-term care in the European Union, 2007.

⁷⁹ Tyrimas atliktas 2010 m. spalio–lapkričio mėnesiais ir 2011 m. lapkričio–gruodžio mėn. Apklausti pacientai bei sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai.

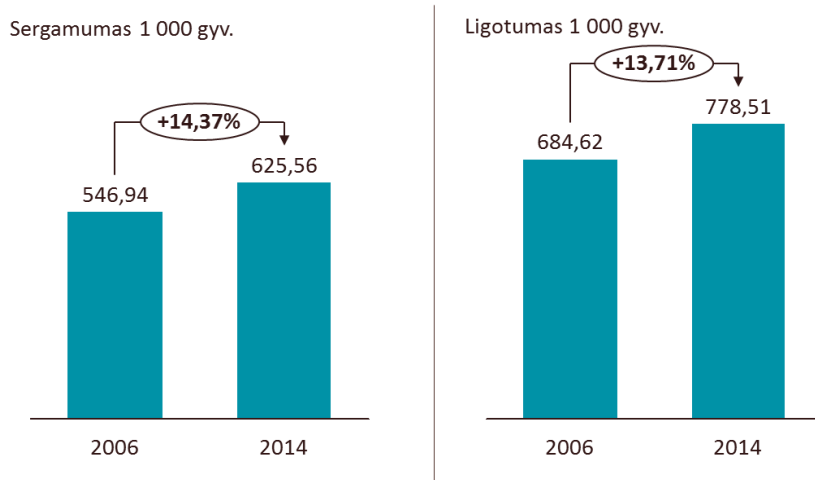
⁸⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos tyrimo „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos atlikimas ir analizės parengimas“ medžiaga, 2012 m.

⁸¹ Special Eurobarometer, Health and long-term care in the European Union, 2007.

⁸² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos tyrimo „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos atlikimas ir analizės parengimas“ medžiaga, 2012 m.

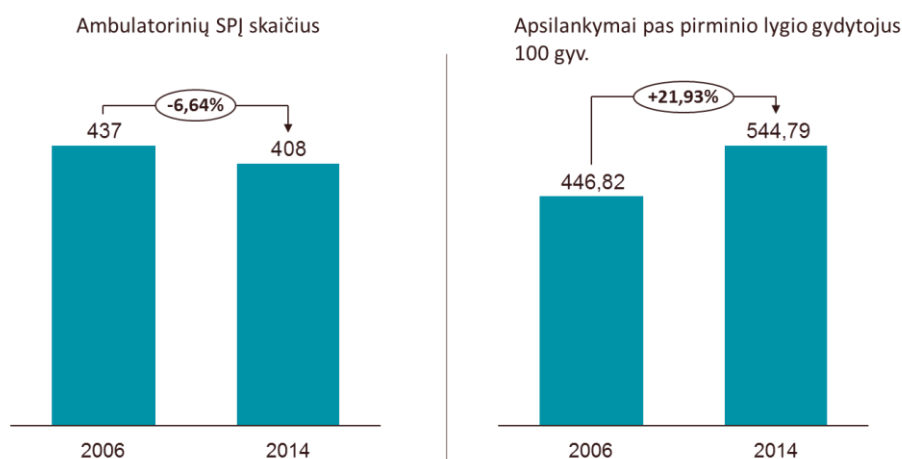
⁸³ Special Eurobarometer, Health and long-term care in the European Union, 2007.

⁸⁴ Skaičiavimui naudojama formulė: $(x_2 - x_1) / x_1 \times 100$, kai x_1 = antrųjų metų reikšmė, x_2 = pirmųjų metų reikšmė.

2 pav. Veiksmų programos rodiklių pokyčiai

Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenų bazės informacija

Igyvendinant sveikatos sektoriaus reformą, numatyta ambulatorinių paslaugų plėtra, tačiau kartu numatyta mažinti ir sveikatos priežiūros įstaigų skaičių, optimizuojant sveikatos sektoriaus infrastruktūrą. 2006 m. Lietuvoje veikė 437 pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos, o po ES paramos laikotarpio šis rodiklis sumažėjo iki 408. Prielaidą apie ambulatorinių paslaugų prieinamumo augimą minėtu laikotarpiu, leidžia daryti apsilankymų pas pirminio lygio gydytojus skaičiaus augimas – nuo 2006 m. iki 2014 m. rodiklis išaugo beveik 22 proc. (žr. 3 pav.).

3 pav. Rodiklių, susijusių su sveikatos priežiūros paslaugų kokybe ir prieinamumu, pokyčiai

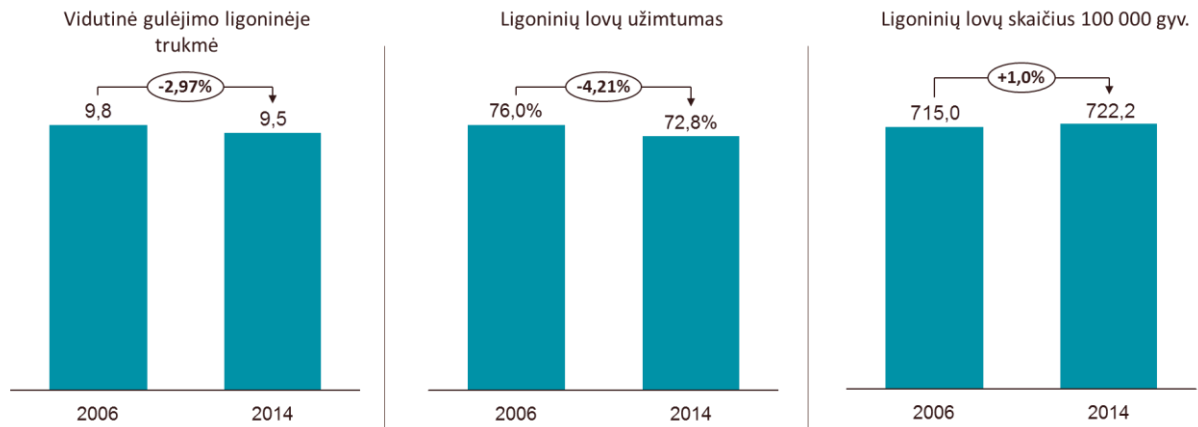
Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Statistikos departamento ir Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenų bazių informacija

Teigiamus pokyčius galima įžvelgti dar vienoje su sveikatos paslaugų kokybe⁸⁵, prieinamumu bei infrastruktūros optimizavimu susijusioje rodiklių grupėje. Svarbus pasikeitimas įvyko hospitalizacijų srityje

⁸⁵ Nagrinėjami rodikliai įvardinti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymo „Dėl sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų plano patvirtinimo“ Nr. V-810 47 punkto „Sveikatos priežiūros

– vidutinis gulėjimo ligoninėje laikas 2014 m. sumažėjo iki 9,5 dienos, nors 2006 m. siekė 9,8 dienos. Vis dėlto, pastebimas ir neigiamas pokytis – sumažėjęs ligoninių lovų užimtumas, kuris pasikeitė nuo vidutiniškai 76 proc. laiko per metus iki 72,8 proc. (žr. 4 pav.). Taip pat 2006–2014 m. laikotarpiu išaugo santykinis ligoninių lovų skaičius. Lovų skaičių buvo planuojama mažinti ir absoliutus rodiklis sumažėjo, tačiau gyventojų skaičiaus mažėjimas Lietuvoje buvo didesnis, todėl santykinis rodiklis augo. Ši problematika plačiau aiškinama kitame ataskaitos skyriuje (žr. skyrių 2.3).

4 pav. Rodiklių, susijusių su sveikatos priežiūros paslaugų kokybe ir prieinamumu, pokyčiai



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Statistikos departamento, „Eurostat“ bei Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazių informacija

Mirtingumas pagal ligų grupes skirtingose amžiaus grupėse

Nustatant mirtingumo nuo pagrindinių mirties priežasčių procentinį pokytį šalyje, gyventojai buvo suskirstyti į dvi grupes – 0–64 m. ir pensinio amžiaus asmenis (65+ m.). Šios dvi grupės pasirinktos atsižvelgus į SSVP išskirtus strateginio konteksto rodiklius, be to, pensinio amžiaus gyventojų dalis kuria pagrindinį krūvį sveikatos apsaugos sistemai. 5 pav. ir 6 pav. iliustruojamos tendencijos rodo, kaip per nagrinėjamą laikotarpį sąlyginai pakito mirčių atvejų skaičius atitinkamose ligų grupėse. Atsižvelgiant į tai, kad vertinamas 2007-2013 metų finansavimo periodas, analizės atskaitos tašku pasirinkti 2006 metai, žymintys pirminę situaciją. Procentinis pokytis skaičiuojamas iki 2014 m. (metai po ES struktūrinės paramos finansavimo laikotarpio pabaigos). Taip pat, siekiant palyginti mirtingumo skirtumus bei įvertinti ES struktūrinės paramos įtaką, prie jau minėtų pagrindinių mirties priežasčių – širdies ir kraujagyslių ligų, traumų bei apsinuodijimų, piktybinių navikų ir savižudybių – papildomai pasirinkti mirtingumo dėl kvėpavimo bei virškinimo sistemų ligų rodikliai. Žemiau pateikiama mirčių atvejų, tenkančių 100 tūkst. gyventojų, pagal ligų grupes dinamika skirtingose amžiaus grupėse.

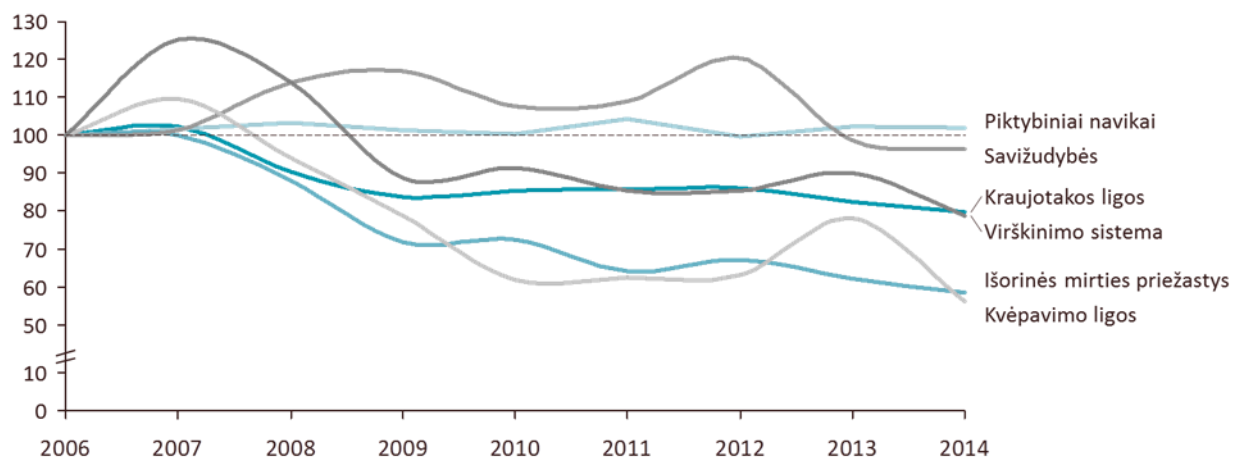
0–64 m. amžiaus žmonių grupėje matomas mirtingumo pagal atitinkamas ligų grupes sumažėjimas. Mirčių, kurių priežastys – kraujotakos sistemos ligos, išorinės priežastys, – tendencingai mažėjo. Didžiausias

paslaugų prieinamumo, netolygumų tarp miesto ir kaimo/socialinės atskirties mažinimo bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo kryptyje išskiriami šie prioritetai” 47.4 papunkčiu „Lovų fondo panaudojimo pagrindinių rodiklių gerinimas – lovos funkcionavimo, vidutinės gulėjimo trukmės, lovos apyvartos ir kt.”

pokytis pastebimas išorinių mirties priežasčių grupėje, mirtingumas nuo šių priežasčių iki 2014 m. sumažėjo labiausiai. Mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų 2007 m. dar neženkiai augo, tačiau vėliau tendencingai mažėjo. Mirtingumas nuo piktybinių navikų nagrinėjamoju laikotarpiu laikėsi panašiam lygyje ir 2014 m. buvo 2 proc. didesnis nei 2006 m.

Mirtingumas dėl kitų priežasčių – virškinimo bei kvėpavimo sistemų ligų – 2006–2014 m. laikotarpiu taip pat mažėjo. Mirtingumo nuo kvėpavimo sistemos ligų sumažėjimas buvo labai stiprus (40 proc.). Mirtingumas nuo virškinimo sistemos ligų mažėjo kiek lėčiau (apie 20 proc.). Savižudybių skaičius po sumažėjimo 2013 m. (1,2 proc.) liko maždaug tame pačiame lygyje, t.y., 2014 m. buvo 3,5 proc. mažesnis nei 2006 m.

5 pav. 0–64 m. amžiaus žmonių grupės mirtingumo pagal ligų grupes procentinis pokytis 2006–2014 m.

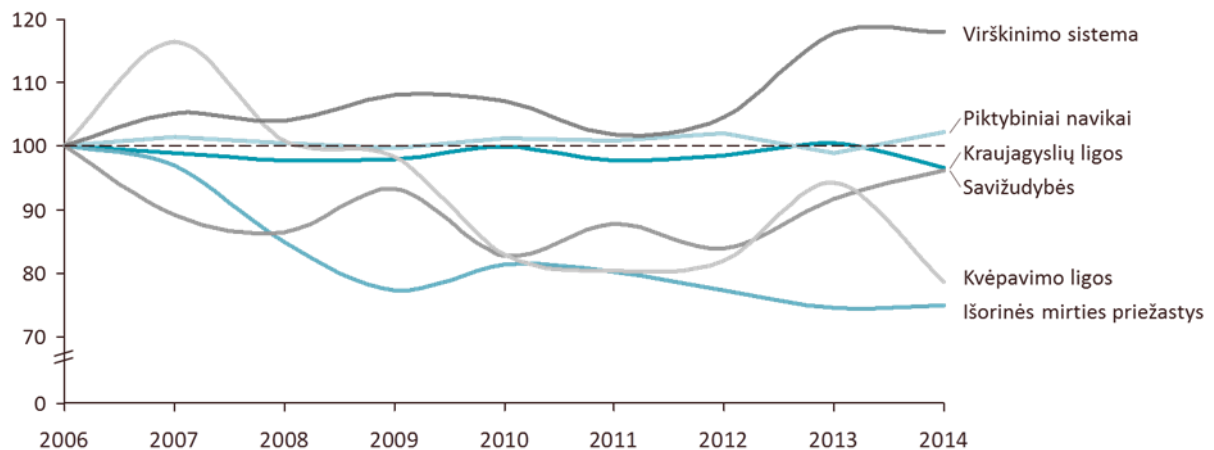


Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Higienos instituto duomenų bazės informacija

Pensinio amžiaus žmonių grupėje mirtingumo tendencijos skiriasi. Priešingai nei 0–64 m. amžiaus žmonių grupėje, analizuojamoje diagramoje (žr. 6 pav.) beveik nėra vienareikšmių mirtingumo rodiklių kitimo tendencijų. Kraujagyslių ligos išlieka viena pagrindinių mirties priežasčių tarp pensinio amžiaus grupės žmonių. Mirtingumas nuo kraujagyslių ligų 2006–2013 m. laikotarpiu svyravo nežymiai ir išliko beveik toks pat, nors 2014 m. matomas nežymus sumažėjimas. Mirtingumas nuo piktybinių navikų taip pat svyravo nežymiai ir 2014 m. buvo 2 proc. didesnis nei 2006 m. Ryškiausiai mažėjantis rodiklis šioje amžiaus grupėje yra mirtingumas nuo išorinių priežasčių. Mirčių skaičius 100 tūkst. gyventojų nuo 2007 m. tendencingai mažėjo ir 2014 m. buvo 25 proc. mažesnis nei 2006 m.

Priešingai nei 0–64 m. amžiaus žmonių grupėje, tarp pensinio amžiaus žmonių mirtingumas nuo virškinimo sistemos ligų augo ir, nors 2011 m. buvo panašus kaip 2006 m., iki 2014 m. padidėjo 20 proc. Nors 2007 ir 2013 m. mirtingumas nuo kvėpavimo sistemos ligų augo, visais kitais metais šis rodiklis mažėjo arba buvo pastovus. 2014 m. šis rodiklis buvo 21,3 proc. mažesnis nei laikotarpio pradžioje. Kitos mirties priežastys – savižudybės – neturėjo ryškios tendencijos ir kito nepastoviai. Nors 2014 m. savižudybių skaičius buvo beveik 4 proc. mažesnis nei 2006 m., nuo 2012 m. šis rodiklis didėjo.

6 pav. Pensinio amžiaus žmonių grupės mirtingumo pagal ligų grupes pokytis 2006–2014 m.



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Higienos instituto duomenų bazės informacija

Apibendrinant, bendra sveikatos apsaugos sektoriaus situacija Lietuvoje 2006–2014 m. laikotarpiu pasikeitė. Didžioji dalis rodiklių (standartizuotas mirtingumas, ambulatorinių paslaugų kiekis, ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų skaičius, vidutinė gulėjimo ligoninėje trukmė, mirčių atvejai tam tikrose amžiaus grupėse) rodo teigiamus pokyčius. Kita vertus, pastebimas ir neigiamas pokytis – padidėjęs ligoninių lovų skaičius, tenkantis 100 tūkst. gyventojų. Veiksniai, prisidėję prie šių rodiklių pokyčių, detalai išnagrinėti kitame skyriuje (žr. 5.2).

2.3. ES struktūrinių fondų intervencijų sritys ir jų įtaka sveikatos apsaugos sektoriaus pokyčiams

Ankstesniame ataskaitos skyriuje identifikavus bendrus pokyčius, šiame skyriuje aprašomos investicijų sritys ir priemonės, kuriomis remiantis investicijos buvo nukreiptos į minėtų rodiklių rezultatų gerėjimą. Detali priežastinio ryšio analizė ir loginiai intervencijų modeliai yra pateikiami 3.1 skyriuje.

2.3.1. I investicijų sritis: „Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas“

Čia ir toliau (skirsniuose 2.3.1–0) detalizuojama investicijų sritis (priemonių, nacionalinių programų bei numatomų pasiekti rezultatų sąrašas) bei pateikiamas kiekvienos priemonės aprašas.

6 lentelė. I investicijų sritis: „Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas“

Susijusios priemonės	Įgyvendinimo nacionalinės programos	Numatomi pasiekti rezultatai
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas (1 priemonė) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 m. programa (sergamumo ir mirtingumo nuo ŠKL mažinimo kryptis) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Modernizuotų sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių ambulatorinę ir stacionarinę pagalbą sergantiems širdies ir kraujagyslių ligomis, skaičius – 34; ✓ Padidintas sveikatos priežiūros paslaugų skaičius (bus įdiegtos naujos širdies ir kraujagyslių ligų diagnostikos ir gydymo metodikos); ✓ Vidutinio gulėjimo ligoninėje (širdies ir kraujagyslių ligos) laiko sumažėjimas vidutiniškai viena para; ✓ Hospitalizacijų dėl širdies ir kraujagyslių ligų skaičiaus 1000 gyventojų sumažėjimas iki 10 proc.; ✓ Pacientų / asmenų skaičius, kuriems pagerėjo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas, – apie 600 tūkst.

Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis SAM administruojamų SSVP priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimu ir aktualiomis nacionalinėmis priemonių įgyvendinimo programomis

1 priemonė „Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas“

Šia priemone buvo numatyta modernizuoti sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą ir gerinti paslaugų kokybę ir prieinamumą, taip prisidedant prie sergamumo ir mirtingumo nuo kraujagyslių bei širdies ligų mažinimo. Priemonės finansuojamos veiklos – šeimos gydytojų, sveikatos priežiūros įstaigų kabinetų, stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų aprūpinimas nauja diagnostine įranga, naujų metodų diegimas, sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros modernizavimas. Siekiant gauti finansavimą pagal šią priemonę, buvo pateikta viena projekto paraiška, inicijuota Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų. Projektas apėmė 34 ASPĮ Vidurio ir Vakarų Lietuvos regionuose, kurioms labiausiai reikalingas infrastruktūros atnaujinimas bei naujos įrangos įsigijimas. Tokio pobūdžio projektas, kai viena įstaiga vykdo projektą, apimantį kelias įstaigas, vadinamas „skėtinio principo“ projektu (toliau – skėtinis projektas). Projekto įgyvendinimo metu Vidurio ir Vakarų Lietuvos regionų didžiųjų miestų bei rajonų sveikatos priežiūros įstaigos buvo aprūpintos šiuolaikiška medicinos įranga (defibriliatoriais, plaučių ventiliacijos aparatais, reanimacinių lovų komplektais ir kt.), rekonstruota ir modernizuota dalies įstaigų infrastruktūra, apimant visų lygių asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Iš viso šiam projektui skirta 45,32 mln. Eur. Įgyvendinus šią ES struktūrinių fondų lėšomis finansotą priemonę, planuota teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą pagerinti kiek daugiau nei 95 tūkst. gyventojų, pagal nacionalinę Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo programą, planuota teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą pagerinti 600 tūkst. gyventojų. Kadangi projekto įgyvendinimo pabaiga buvo 2015 m. gruodžio mėn., tikslus aptarnautų pacientų skaičius dar nėra identifikuotas; pasiektas rodiklis vertintinas 2016 m. pabaigoje.

2.3.2. II investicijų sritis: „Mirtingumo ir neįgalumo dėl traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių mažinimas“

7 lentelė. II investicijų sritis: „Mirtingumo ir neįgalumo dėl traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių mažinimas“

Susijusios priemonės	Įgyvendinimo nacionalinės programos	Numatomi pasiekti rezultatai
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitų, dėl išorinių priežasčių sąlygotų būklių atvejais, infrastruktūros atnaujinimas (2 priemonė) ✓ Greitosios medicinos pagalbos ir skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos infrastruktūros atnaujinimas (3 priemonė) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 metų programa (mirtingumo ir neįgalumo nuo traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių mažinimo kryptis) ✓ Greitosios medicinos pagalbos, skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos ir pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros automobilių parko atnaujinimo 2006–2008 m. programa 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paramą gavusių sveikatos priežiūros įstaigų skaičius – ne mažiau kaip 20. ✓ Pacientų skaičius, kuriems pagerės sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas – ne mažiau kaip 200 tūkst. ✓ Atnaujinti sveikatos priežiūros įstaigų priėmimo – skubios pagalbos skyriai, operacinės, reanimacijos-intensyviosios terapijos ir kiti tiesiogiai su skubios pagalbos teikimu susiję skyriai. ✓ 2006–2008 metais, atsižvelgiant į realius greitosios medicinos pagalbos stočių ir skyrių poreikius, bus atnaujinti visi greitosios medicinos pagalbos automobiliai, kurių eksploataavimo trukmė 2008 m. bus ilgesnė nei 7 metai; ✓ Visi atnaujinti greitosios medicinos pagalbos automobiliai bus aprūpinti sveikatos apsaugos ministro nustatyta medicinos įranga; ✓ Visi atnaujinti greitosios medicinos pagalbos automobiliai bus aprūpinti moderniomis ryšio priemonėmis ir buvimo vietos nustatymo įranga (GPS), greitosios medicinos pagalbos automobiliuose bus įdiegta su Bendrosios pagalbos centru suderinta techninė ir programinė įranga; ✓ Per 2006–2008 metus bus atnaujinta 157 B kategorijos ir 14 C kategorijos greitosios pagalbos automobilių. Iš viso – 171 automobilis.

Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis SAM administruojamų SSVP priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimu

2 priemonė „Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitais išorinių priežasčių sąlygotais būklių atvejais, infrastruktūros atnaujinimas“

Priemonės tikslas – modernizuoti sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą, siekiant mažinti mirtingumą dėl traumų ir kitų išorinių priežasčių. Pagal priemonę galėjo būti finansuojamas sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitų išorinių sužalojimų atvejais, modernizavimas, taip pat reikiamos įrangos ir baldų įsigijimas. Finansavimui pagal šią priemonę gauti pateikta 17 paraiškų, iš kurių 16 buvo patvirtinta ir gavo finansavimą. Daugiausiai projektų pateikė regioninės ligoninės (Alytaus, Panevėžio, Utenos, Šiaulių, Klaipėdos, Telšių, Tauragės). Net penktadalį viso finansavimo gavo Kauno medicinos universiteto klinikų projektas trečio lygio traumų ir skubios pagalbos centro plėtrai. Likusiems projektams skirtos sumos buvo panašios – svyravo nuo 1 mln. iki 3 mln. Eur. Iš viso šiai priemonei finansuoti skirta 50,33 mln. Eur (tai 180,24 tūkst. Eur daugiau nei buvo numatyta SSVP). Pagal šią priemonę planuota pagerinti paslaugų kokybę ir prieinamumą 200 tūkst. gyventojų, atnaujinti 15 ASP.

Sėkmingą įgyvendinimą rodo tai, kad planuotas pacientų, kuriems pagerėjo paslaugų kokybė ir prieinamumas, skaičiaus rodiklis pasiektas daugiau nei dvigubai⁸⁶.

3 priemonė „Greitosios medicinos pagalbos ir skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos infrastruktūros atnaujinimas“

Priemone siekta atnaujinti greitosios medicinos pagalbos ir skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos automobilių parką, aprūpinti automobilius modernia medicina įranga, ryšio priemonėmis, programine įranga. Pagal šią priemonę buvo pateiktas vienas projektas, inicijuotas SAM. Juo buvo pagerinta Lietuvos greitosios medicinos pagalbos parko būklė. Kartu su „Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią mediciną pagalbą traumų ir kitais išorinių priežasčių sąlygotais būklių atvejais, infrastruktūros atnaujinimo“ priemone buvo padidinti sveikatos priežiūros paslaugų, suteikiamų per „auksinę valandą“ pacientams, patyrusiems traumas ar kitus sužalojimus, prieinamumas bei kokybė. Pagal priemonę planuota kokybę pagerinti ir prieinamumą padidinti truputį daugiau nei 180 tūkst. gyventojų, o realiai pasiektas skaičius viršijo tikslą 4 kartus. Projekto įgyvendinimui skirta 7,23 mln. Eur.

2.3.3. III investicijų sritis: „Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimas“

⁸⁶ SFMIS, priežiūros rodiklių pasirinkimo duomenys, 2016 m. liepa. Sistemoje nevertinti unikalūs pacientai, kuriems pagerėjo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė.

8 lentelė. III investicijų sritis: „Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimas“

Susijusios priemonės	Igyvendinimo nacionalinės programos	Numatomi pasiekti rezultatai
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įkūrimas (5 priemonė); ✓ Psichiatrijos stacionaro modernizavimas (6 priemonė); ✓ Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos užtikrinimo infrastruktūros modernizavimas (7 priemonė); ✓ Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas (8 priemonė); ✓ Krizių intervencijos centrų įkūrimas (9 priemonė). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių infekcinių ligų mažinimo 2007–2013 metų programa (Psichiatrijos stacionaro modernizavimo kryptis) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Kuriant diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrus numatoma, kad paramą gaus 5 sveikatos priežiūros įstaigos; ✓ Modernizuojant psichiatrijos stacionarus numatoma, kad paramą gaus 6 sveikatos priežiūros įstaigos; ✓ Steigiant psichikos dienos stacionarus (centrus) numatoma, kad paramą gaus 20 sveikatos priežiūros įstaigų; ✓ Kuriant krizių intervencijos centrus numatoma, kad paramą gaus 5 sveikatos priežiūros įstaigos; ✓ Modernizuojant infrastruktūrą, skirtą psichikos sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos užtikrinimui, numatoma, kad paramą gaus 1 sveikatos priežiūros įstaiga. ✓ Įsteigus diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrus, numatoma, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas pagerės 6 500 pacientų; ✓ Modernizavus psichiatrijos stacionarus numatoma, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas pagerės 27 000 pacientų; ✓ Įkūrus psichikos dienos stacionarus (centrus) numatoma, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas pagerės 37 000 pacientų; ✓ Įkūrus krizių intervencijos centrus numatoma, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas pagerės 2 500 pacientų; ✓ Stebimų sveikatos įstaigų / veiklų apimtį padidėjimas modernizavus infrastruktūrą, skirtą psichikos sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos užtikrinimui – 38 įstaigos.

Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis SAM administruojamų SSVP priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimu ir aktualiomis nacionalinėmis priemonių įgyvendinimo programomis

5 priemonė „Diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įkūrimas“

Pagrindinis priemonės tikslas – plėtoti kompleksines vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. Investicijos pagal šią priemonę skirtos: regioninių diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įsteigimui (planuota įsteigti 5 tokius centrus visoje Lietuvoje), patalpų remontui, rekonstravimui ar įrengimui, kiemelių įrengimui, reikiamos įrangos bei transporto įsigijimui. Finansuojami projektai įgyvendinti 5 didžiuosiuose Lietuvos miestuose, respublikinėse ligoninėse. Jų įgyvendinimo metu renovuotos esamos patalpos, įkurti vidiniai kiemeliai vaikų užimtumui, įsigyta medicininė įranga, baldai, automobiliai, skirti vykti į krizines vietas. Įsteigus 5 regioninių diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrus, paslaugų kokybė bei prieinamumas turėjo padidėti 6,5 tūkst. gyventojų, tačiau galutinis rezultatas beveik dvigubai didesnis. Paslaugų kokybė ir prieinamumas padidėjo 11 tūkst. gyventojų. Bendras projektams skirtas finansavimas – 3,2 mln. Eur.

6 priemonė „Psichiatrijos stacionaro modernizavimas“

Pagrindinis priemonės tikslas – modernizuoti ūmios psichiatrijos stacionarą pagal šiuolaikinius ES standartus. Numatyta investuoti į šešių įstaigų, teikiančių stacionarinę pagalbą ūmių psichikos sutrikimų atvejais, patalpų remontą bei įrengimą, aprūpinimą šiuolaikinėmis specialios priežiūros priemonėmis, kita medicinos įranga, taip pat teismo psichiatrijos paslaugų ir padalinių infrastruktūros tobulinimą.

Finansavimui gauti pagal šią priemonę buvo pateiktos 8 paraiškos, finansavimas buvo patvirtintas visoms. 1 projektas buvo skirtas Valstybinės teismo psichiatrijos tarnybos prie SAM Utenos ekspertinio skyriaus II poskyrio rekonstrukcijai, kiti 7 – psichiatrijos skyrių įrengimui ar modernizavimui. Finansavimas suteiktas penkioms respublikinėms ligoninėms – Klaipėdoje, Panevėžyje, Kaune, Vilniuje, Šiauliuose – bei psichikos sveikatos centrui Vilniuje. Panaudojus gautas lėšas, buvo rekonstruotos psichiatrijos skyrių patalpos, sutvarkyti vidiniai kiemeliai pacientams, įrengti suoliukai, sutvarkyti takeliai bei želdiniai, įdiegta moderni pacientų stebėjimo sistema. Veiksmų programoje numatytas siekiamas pacientų, kuriems pagerėjo sveikatos apsaugos paslaugų kokybė ir prieinamumas, rodiklis pagal šią priemonę buvo 27 tūkst. gyventojų. Vis dėlto, paslaugų kokybė ir prieinamumas padidėjo šiek tiek mažiau nei 20 tūkst. gyventojų. Iš viso pagal šią priemonę projektų įgyvendinimui skirta 4,02 mln. Eur.

7 priemonė „Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos užtikrinimo infrastruktūros modernizavimas“

Priemone siekta sudaryti galimybę efektyviai vertinti psichikos sveikatos apsaugos sistemos veiklą, užtikrinant prieinamas geros kokybės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. Buvo remiamos šios veiklos: įstaigų, vykdančių vertinimą ir stebėseną, infrastruktūros atnaujinimas; biuro, kompiuterinės įrangos įsigijimas; transporto įsigijimas. Finansavimui gauti buvo pateikta 1 paraiška, kurios vykdytojas buvo Valstybinis psichikos sveikatos centras Vilniuje. Projekto įgyvendinimo metu atliktas įstaigos patalpų remontas, įrengiant poilsio kambarį, archyvą, konferencijų salę; įrengtas keltuvas žmonėms su negalia; įsigytas naujas lengvasis automobilis, baldai bei kompiuterinė įranga konferencijų salei ir kabinetams. Ši priemonė nukreipta į psichikos sveikatos priežiūros paslaugų stebėseną, todėl ir poveikis skaičiuojamas ne pagal pacientų skaičių, bet pagal stebimų psichikos sveikatos priežiūros įstaigų skaičių. Remiantis Lietuvos Respublikos Psichikos sveikatos strategijos 30.24 punktu⁸⁷, reikalinga vykdyti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės stebėseną, taip užtikrinant psichikos sveikatos šalyje plėtrą bei psichikos sveikatos rodiklių mokslinį vertinimą. Valstybinio psichikos sveikatos centro stebimų įstaigų skaičius finansavimo pabaigoje buvo didesnis nei planuota – 136 įstaigos vietoj 97 įstaigų. Projekto įgyvendinimui skirta 188,79 tūkst. Eur. Įgyvendinus projektą, sudarytos sąlygos laiku ir efektyviai vertinti psichikos sveikatos priežiūros įstaigų teikiamas paslaugas, veiksmingai stebėti ir administruoti psichikos sveikatą prižiūrinčių įstaigų teikiamų paslaugų kokybę.

8 priemonė „Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas“

Priemonės tikslas – plėtoti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų tinklą bei didinti jų prieinamumą, įsteigiant apie 20 psichikos dienos stacionarų prie jau esamos psichikos sveikatos centrų infrastruktūros. Remiamos veiklos: patalpų (individualiems, grupiniams užsiėmimams, psichoterapijai, procedūrinių kambarių ir kt.) remontas ir įrengimas; statinių ar patalpų, susijusių su psichiatrijos dienos stacionaro paslaugų teikimu, statyba, remontas, rekonstravimas; reikiamos įrangos bei baldų įsigijimas. Finansavimui gauti buvo pateiktos 32 paraiškos, iš kurių patvirtintos 27. Tarp pareiškėjų dominavo sveikatos priežiūros centrai, sudarę beveik pusę visų pareiškėjų pagal šią priemonę, – 14. Likę pareiškėjai – 9 poliklinikos, 3 savivaldybių administracijos, 1 privati uždaroji akcinė bendrovė. Buvo įkurti 27 psichikos dienos stacionaro centrai visoje Lietuvoje. Psichikos dienos stacionarų centrai įkurti 4 didžiuosiuose Lietuvos miestuose – Panevėžyje, Šiauliuose, Kaune (3 centrai), Vilniuje; didžioji dalis centrų įkurta mažesniuose miestuose (Šilutėje, Mažeikiuose, Utenoje, Kėdainiuose ir kt.). Tai prisidėjo prie pacientų, kuriems pagerėjo paslaugų kokybė ir prieinamumas, skaičiaus didėjimo – paslaugų kokybė pagerėjo 10 tūkst. pacientų. Iš viso projektų įgyvendinimui skirta 9,66 mln. Eur.

9 priemonė „Krizių intervencijos centrų įkūrimas“

Priemonės tikslas – užtikrinti ankstyvą pagalbą, esant krizinėms situacijoms, trikdančioms žmogaus psichinę sveikatą, įsteigiant 5 krizių intervencijos centrus didžiuosiuose Lietuvos miestuose. Pagal priemonę remiamos šios veiklos: patalpų, skirtų pacientams stebėti ir gydyti trumpą laiką, bendros

⁸⁷ Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas Nr. X-1070 „Dėl psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2007.

paskirties, psichoterapijos užsiėmimams, susijusių su psichikos sveikatos paslaugų teikimu, remontas ir įrengimas, reikiamos įrangos, baldų bei automobilių mobiliosioms paslaugoms teikti įsigijimas. Paraiškas pateikė penkios įstaigos didžiuosiuose miestuose – 4 respublikinės ligoninės (Panevėžio, Šiaulių, Klaipėdos ir Kauno) bei 1 psichikos sveikatos centras Vilniuje. Patvirtintos visos projektų paraiškos, pagal kurias didžiuosiuose miestuose įsteigti krizių intervencijos centrai, kurių tikslas – padėti užtikrinti ankstyvą pagalbą, esant krizinėms situacijoms. Juose veikia stacionaras bei dienos stacionaras, įsigyta nauja įranga ir automobiliai, reikalingi teikti mobilies paslaugas pacientams. Naujai įkurti centrai prisidėjo prie to, kad paslaugų kokybė ir prieinamumas pagerėtų kiek daugiau nei 2 tūkst. pacientų. Iš viso projektams skirta 2,39 mln. Eur. Didžiausia finansinė parama pagal šią priemonę, 788,03 tūkst. Eur, suteikta Respublikinei Šiaulių ligoninei, o pacientų, kuriems pagerėjo teikiamų paslaugų kokybė bei prieinamumas rodiklis pasiektas 1,4 karto daugiau nei buvo numatyta⁸⁸.

2.3.4. IV investicijų sritis: „Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas“

9 lentelė. IV investicijų sritis: „Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas“

Susijusios priemonės	Įgyvendinimo nacionalinės programos	Numatomi pasiekti rezultatai
✓ Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas (4 priemonė)	✓ Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 metų programa (ankstyvos onkologinių susirgimų diagnostikos ir visavertio gydymo kryptis)	✓ Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas pagerės apie 59 000 onkologinių pacientų (90 proc. visų onkologinių pacientų, kurių 2005 metais ilgalaikio stebėjimo įskaitoje dėl navikų buvo apie 65 500). ✓ Atnaujinta 7 sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra.

Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis SAM administruojamų SSVP įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimu ir aktualiomis nacionalinėmis priemonių įgyvendinimo programomis

4 priemonė „Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas“

Įgyvendinant projektus pagal šią priemonę, siekta mažinti gyventojų sergamumą ir mirtingumą nuo onkologinių ligų, modernizuojant sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą. Pagrindinės finansuotos veiklos – onkologinių susirgimų diagnostikos bei gydymo įrangos įsigijimas bei sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių onkologijos paslaugas, patalpų remontas. Pagal šią priemonę buvo pateikta 10 paraiškų, jos visos patvirtintos kaip tinkamos gauti finansavimą. 1 projektas buvo įgyvendintas SAM: 3 sveikatos priežiūros įstaigoms nupirkti linijiniai greitintuvai, reikalingi onkologinių ligų išorinei spindulinei terapijai. Visas projektų paraiškas teikė didžiųjų Lietuvos miestų ligoninės, po kelias paraiškas pateikė dviejų didžiųjų Lietuvos miestų ligoninės – Vilniaus ir Šiaulių. Tris projektus pateikė Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos – onkologinių ligų ankstyvos diagnostikos, chirurginio, chemoterapinio gydymo kokybės gerinimui, pozitronų emisijos tomografijos komplekso įkūrimui bei ankstyvos onkologinių susirgimų diagnostikos ir gydymo kokybės gerinimui VŠĮ VUL Santariškių klinikų Vaikų filiale. Šių projektų metu įsigyta pozitronų emisijos tomografijos įranga, padedanti nustatyti tikslią naviko lokaciją, taip pat įsigyta diagnostinė ir medicininė įranga, reikalinga kaulų čiulpų transplantacijoms, kraujo patogenų procedūroms, imunosorbicijos procedūroms. Minėtų VUL Santariškių klinikų įgyvendintų trijų projektų bendra vertė sudarė 24 % visų projektų įgyvendinimui skirtų lėšų. VŠĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė įgyvendino 2 projektus: linijinio greitintuvo įsigijimo bei ankstyvos onkologinių susirgimų diagnostikos gerinimo. Šiais projektais įsigyta naujausia diagnostinė įranga labiausiai paplitusiems navikams aptikti bei fluorescencinės sistemos, aptinkančios navikus ankstyviausioje stadijoje. ES lėšomis

⁸⁸ SFMIS, priežiūros rodiklių pasirinkimo duomenys, 2016 m. liepa

įsigyta įranga bei kiti atnaujinimai prisidėjo prie to, kad paslaugų kokybė ir prieinamumas padidėjo daugiau nei 240 tūkst. pacientų. Modernios medicininės diagnostinės įrangos įsigijimas lėmė tai, kad sveikatos priežiūros paslaugos suteikiamos greičiau bei tiksliau. Bendras finansavimas, skirtas visiems projektams pagal priemonę įgyvendinti, – 49,39 mln. Eur.

2.3.5. V investicijų sritis: „Sveikatos priežiūros sistemos tęstinumas, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimas“

10 lentelė. V investicijų sritis: „Sveikatos priežiūros sistemos tęstinumas, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimas“

Susijusios priemonės	Įgyvendinimo nacionalinės programos	Numatomi pasiekti rezultatai
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionariųjų paslaugų optimizavimas (10 priemonė) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programa (ambulatorinių paslaugų plėtos kryptis). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas pagerės apie 790 000 pacientų (planuojama, kad 2013 m. antrinio lygio ambulatorines paslaugas ir ambulatorinės reabilitacijos paslaugų kiekis išaugs 2 proc.); ✓ Atnaujinta 77 asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių antrinio lygio ambulatorines paslaugas ir ambulatorinės reabilitacijos paslaugas, infrastruktūra;
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programa (palaikomo gydymo ir slaugos paslaugų plėtos kryptis). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas pagerės apie 39 000 pacientų (planuojama, kad 2013 m. palaikomojo gydymo, slaugos paslaugų kiekis išaugs 2 proc.). ✓ Numatoma atnaujinti 60 asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas, infrastruktūrą. ✓ Palaikomojo gydymo ir slaugos lovų skaičius, tenkantis 1000 šalies gyventojų bus padidintas vidutiniškai iki 1,5 lovų. ✓ Numatoma įsteigti apie 180 paliatyvosios pagalbos stacionariųjų lovų.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros savivaldybėse plėtra (11 priemonė) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programa (stacionariųjų paslaugų optimizavimo kryptis). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas pagerės apie 493 000 pacientų (planuojama, kad 2013 m. stacionariųjų paslaugų skaičius nepasikeis); ✓ Modernizuoti asmens sveikatos priežiūros įstaigų priėmimo-skubios pagalbos skyriai – 49; ✓ Modernizuoti asmens sveikatos priežiūros įstaigas, teikiančias dienos chirurgijos paslaugas – 57.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investicijos į privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų viešųjų ambulatorinių ir stacionariųjų paslaugų infrastruktūrą (12 priemonė) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programa. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Modernizuotų savivaldybių visuomenės sveikatos biurų, teikiančių visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, numatytas Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme, skaičius – 15. ✓ 50 proc. Lietuvos gyventojų teikiamos labiau prieinamos ir kokybiškos visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos per savivaldybių visuomenės sveikatos biurus.

Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis SAM administruojamų SSVP priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimu ir aktualiomis nacionalinėmis priemonių įgyvendinimo programomis

10 priemonė „Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionariųjų paslaugų optimizavimas“

Pagal šią priemonę finansuota daugiausiai ASPĮ bei jų įgyvendintų projektų iš visų SSVP priemonių, skirtų sveikatos apsaugai. Jos tikslas – viešosiose ASPĮ plėtoti ambulatorines, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas bei paliatyviąją pagalbą ir optimizuoti stacionarines paslaugas. Pagal priemonę finansuotas viešųjų ASPĮ aprūpinimas diagnostine medicinos įranga; antrojo lygio ambulatorinių paslaugų teikimo patalpų remontas; slaugos ir palaikomojo gydymo, dienos chirurgijos paslaugas teikiančių įstaigų infrastruktūros atnaujinimas. Paramai gauti buvo pateikta 110 paraiškų, iš kurių finansavimui gauti patvirtintos 108. Visų projektų įgyvendinimui skirta 99,7 mln. Eur,

- Didžiausios apimties projektas įgyvendintas Vilniaus universiteto ligoninėje Santariškių klinikose – jam skirtas 14,19 mln. Eur finansavimas. Projekto metu padidintas skubios pagalbos skyriaus bei ambulatorinės reabilitacijos skyrių plotas (didesnis aptarnaujamas plotas leidžia priimti daugiau pacientų vienu metu), įsigyta nauja diagnostikai ir gydymui reikalinga įranga (echoskopai, operaciniai stalai, endoskopai, radiologinė įranga, hidroterapijos įranga, fizioterapijos įranga ir kt.).
- Kitas pagal finansavimo ir indėlių apimtį didelis projektas įgyvendintas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno klinikose – jo įgyvendinimui skirta 5,87 mln. Eur. Šio projekto metu buvo pastatytas naujas laboratorinės diagnostikos korpusas, siekiant optimizuoti bei pagerinti laboratorinių tyrimų kokybę ir tikslumą.
- Dar vienas finansavimo intensyvumu išsiskiriantis projektas įgyvendintas Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje – jam skirta 2 mln. Eur lėšų. Projekto metu atliktas kapitalinis remontas ligoninei priklausančiose patalpose, kurios pritaikytos dienos chirurgijos paslaugų teikimui, taip pat įsigyta nauja medicininė įranga.

Kitiems projektams skirtos sumos svyruoja tarp 63 tūkst. bei 1 mln. Eurų, o projektų metu įgyvendintos skirtingos veiklos – renovuotos patalpos pritaikant jas dienos chirurgijai, paliatyviajai pagalbai, slaugai bei palaikomajam gydymui, įsigyta medicininė įranga, reikalinga fizinei reabilitacijai, ambulatoriniam gydymui, lovų komplektai.

11 priemonė „Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros savivaldybėse plėtra“

Priemonės tikslas – gerinti visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų savivaldybėse prieinamumą ir kokybę. Pagal ją remtas savivaldybių visuomenės sveikatos biurų modernizavimas: patalpų remontas, biuro baldų ir kitos įrangos įsigijimas, transporto bei ryšių priemonių įsigijimas. Finansavimui gauti buvo pateikta 30 paraiškų, iš kurių patvirtintos 27. Septyni projektai buvo įgyvendinti miestuose, o kiti dvidešimt – rajonuose. Įkūrus ar modernizavus savivaldybių visuomenės sveikatos biurus, gyventojams sukurtos palankios sąlygos užsiimti aktyvia veikla, rūpintis ligų prevencija ir sveikata. Žemiau esančiame paveiksle pavaizduotos savivaldybės, kuriose ES struktūrinių fondų investicijomis 2007–2013 m. laikotarpiu įkurti ar modernizuoti savivaldybių visuomenės sveikatos biurai. Sukurti savivaldybių sveikatos biurai prisidėjo prie geresnės prieigos kiekvienam gyventojui. Bendra projektams skirta suma – 4 mln. eurų.

7 pav. Savivaldybės, kuriose ES lėšomis modernizuoti ar įkurti savivaldybių visuomenės sveikatos biurai



Šaltinis: *esparama.lt*

12 priemonė „Investicijos į privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų viešųjų ambulatorinių ir stacionariųjų paslaugų infrastruktūrą“

Priemonės tikslas – modernizuoti viešųjų⁸⁹ ambulatorinių ir stacionariųjų paslaugų infrastruktūrą privačiose ASPĮ. Pagal šią priemonę remtos veiklos: privačių ASPĮ, teikiančių antrines ambulatorines paslaugas bei dienos chirurgijos paslaugas, aprūpinimas medicinos įranga bei jų patalpų remontas. Paraiškas paramai gauti pateikė 70 ASPĮ, finansavimą gavo 36. Įgyvendinant projektus, atliktos patalpų renovacijos, įsigyta nauja įranga (echoskopai, operacinė įranga, ultragarso aparatai, endoskopai ir kt.), išplėstas antrinių ambulatorinių paslaugų teikimo spektras. Iš viso šių projektų įgyvendinimui skirta 4,8 mln. Eur – ši suma yra skiriama iš ES investicinių fondų. Ši priemonė vienintelė įgyvendinta projektų konkurso būdu.

Finansuotų priemonių apibendrinimas

Visos apibūdintos priemonės skirtos asmens sveikatos priežiūros paslaugų bei visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų kokybei bei prieinamumui ir veiklos infrastruktūrai pagerinti. Pagrindinės investicijos nukreiptos į problemines sritis: širdies ir kraujagyslių ligas, onkologines ligas, traumas, psichikos ligas bei visuomenės sveikatą. 2007–2013 m. laikotarpiu bendras finansavimas, skirtas projektų vykdytojams, tinkamai įvykdžiusiems projektines veiklas, sudarė 284 mln. Eur. Didžiausia finansavimo dalis skirta ambulatorinėms, stacionarinėms bei palaikomojo gydymo paslaugoms optimizuoti, mirtingumui nuo širdies ir kraujagyslių ligų, onkologinių ligų mažinti, ambulatorinių įstaigų, teikiančių pagalbą traumų ir kitų sužeidimų atvejais, infrastruktūrai atnaujinti. Iš viso pagal šias priemones atnaujintos 344 ASPĮ – sutvarkyta infrastruktūra, įsigyta nauja diagnostinė ir medicininė įranga (echoskopai, operacinė įranga, linijinis greitintuvas, plaučių ventiliacijos aparatai, reanimacinių lovų komplektai, kt.), transporto priemonės, įkurti nauji psichiatrijos ir krizių centrai (psichikos dienos stacionarai, krizių intervencijos centrai, diferencijuotos kompleksinės pagalbos vaikui ir šeimai centrai). Visi aprašyti priemonių produkto

⁸⁹ Viešosios paslaugos – PSDF biudžeto lėšomis finansuojamos sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos privačių ASPĮ pagal jų sudarytas sutartis su teritorine ligonių kasa.

rodikliai atspindi ES paramos indėlį į Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos pokyčius, o suteiktas ES struktūrinis finansavimas prisidėjo prie didžiosios dalies 2007–2013 m. laikotarpiu sveikatos apsaugos sektoriuje įvykusių pokyčių.

Apibendrinimas

2006 m. – prieš ES struktūrinių fondų programavimo laikotarpį – didžioji dalis Lietuvos sveikatos sektorių apibūdinančių rodiklių buvo žemi, lyginant su kitomis ES valstybėmis narėmis. SSVP buvo išskirtos probleminės sveikatos apsaugos sektoriaus sritys, kuriose Lietuva labiausiai atsiliko nuo ES vidurkio. Tai: 0–64 m. amžiaus grupės mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų, 0–64 m. amžiaus grupės mirtingumas nuo piktybinių navikų ir bendras mirtingumas nuo išorinių priežasčių bei savižudybių skaičius. Didžioji dalis šių ir kitų sveikatos apsaugos sistemą charakterizuojančių rodiklių, lyginant 2006 m. bei 2014 m., pagerėjo:

- 1,2 karto padidėjo apsilankymų pas pirminio lygio gydytojus 100 tūkst. gyventojų;
- 0,3 dienos sutrumpėjo vidutinė gulėjimo ligoninėje trukmė;
- 3,5 proc. sumažėjo mirtingumas 0–64 m. asmenų grupėje dėl savižudybių;
- 42 proc. sumažėjo mirtingumas 0–64 m. asmenų grupėje nuo išorinių mirties priežasčių.
- 25 proc. sumažėjo mirtingumas 65+ m. asmenų grupėje dėl išorinių mirties priežasčių;
- 30 proc. sumažėjo mirtingumas 0–64 m. asmenų grupėje nuo širdies ir kraujagyslių ligų.

Mirtingumo mažėjimas atskirose amžiaus grupėse buvo vienas pagrindinių SSVP išskirtų tikslų – rodiklių pokyčiai ir gauti rezultatai rodo, kad rodiklis gerėjo, didžiausias pokytis matomas labiausiai probleminėse ligų grupėse (širdies ir kraujagyslių ligų, piktybinių navikų, išorinių mirties priežasčių). Atskirose ligų grupėse mažėjęs mirtingumas lėmė ir mažėjantį standartizuotą mirtingumą šalyje (nuo 10,8 2006 m. iki 8,5 2014 m.).

Dalis rodiklių pablogėjo:

- 1 proc. išaugo ligoninių lovų skaičius 100 tūkst. gyventojų;
- 4 proc. sumažėjo lovų užimtumas;
- 14 proc. padidėjo sergamumas 1 000 gyventojų;
- 13,7 proc. padidėjo ligotumas 1 000 gyventojų;
- 2 proc. padidėjo mirtingumas 65+ m. asmenų grupėje dėl piktybinių navikų.

Kitose ligų grupėse, kurioms investicijos 2007–2013 m. laikotarpiu nebuvo skirtos (virškinimo bei kvėpavimo sistemos ligų grupėse) pastebėti šie pokyčiai:

- 18 proc. padidėjęs mirtingumas 65+ m. asmenų grupėje dėl virškinimo sistemos ligų;
- 12 proc. sumažėjęs mirtingumas 65+ m. asmenų grupėje dėl kvėpavimo ligų;
- 12 proc. sumažėjęs mirtingumas 0-64 m. asmenų grupėje dėl virškinimo sistemos ligų.

Įvykę pokyčiai susiję su nacionalinėse programose Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 metų programa, Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programa numatytais tikslais – stiprinti visuomenės sveikatos priežiūrą, gerinti paslaugų kokybę, didinant sveikatos priežiūros sektoriaus efektyvumą ir modernizuojant įstaigų infrastruktūrą, sumažinti sergamumą pagrindinėmis neinfekcinėmis ligomis bei mirtingumą nuo jų, taip pat ir nuo išorinių mirties priežasčių. Intervencijų teisingą kryptį pagrindžia ir mirtingumo nuo pagrindinių mirties priežasčių mažėjimas, ypač 0–64 m. amžiaus asmenų grupėje, o mirtingumas nuo kitų ligų iki 2013 m. labiau linkęs didėti, vėliau jis pasižymi staigiu mažėjimu. Įvertinus rodiklių pokyčius, vertiname, kad ES intervencijos tiesiogiai siejasi su įvykusiais teigiamais pokyčiais sveikatos apsaugos srityje.

3. SSVP II prioriteto I uždavinio „Užtikrinti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ intervencijų poveikis strateginio konteksto rodikliams

Ankstesniuose ataskaitos skyriuose apžvelgti bendrųjų sveikatos rodiklių pokyčiai, iliustruojantys visuomenės sveikatos būklę. Šioje dalyje analizė tęsiama ir nagrinėjami SSVP II prioriteto I uždavinio rodikliai. Jų pasikeitimai turi įtakos anksčiau išnagrinėtiems rodikliams. Visas rodiklių gerinimo mechanizmas paaiškintas naudojantis intervencijų logikos schemomis, kurios rodo, kaip buvo panaudota ES struktūrinių fondų parama.

3.1. Intervencijų logika

2007–2013 m. ES struktūrinė parama buvo paskirstyta pagal 5 investicijų sritis, kur analizuojamuoju laikotarpiu identifikuotos aktualiausios sveikatos apsaugos sektoriaus problemos. Pateiktose intervencijų logikos schemose yra nurodyti jų sprendimo būdai. Įvertinus, kad aprašomi intervencijų logikos modeliai yra tinkami (loginės sąsajos yra tvirtos ir tiesioginės), į šią analizę tolesniuose ataskaitos skyriuose referuojama, siekiant pagrįsti priežastinį sąryšį tarp ES investicijų ir analizuojamų rodiklių pokyčių. Vertinant, kad investicijų sričių intervencijų logikos modeliai yra tinkami, loginės sąsajos yra tvirtos ir tiesioginės, remiamasi anksčiau atliktu „Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų Sanglaudos skatinimo veiksmų programos priemonių stebėsenos rodiklių tinkamumo ir efektyvumo vertinimu“⁹⁰, kuriame pagal SSVP bei nacionalines programas sudarytos loginės intervencijos schemos.

Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas

Pirmoji sritis, į kurią buvo būtina nukreipti ES investicijas, sergamumo ir mirtingumo širdies ir kraujagyslių ligomis mažinimas. Šią problemą iliustruoja 2006 m. mirtingumo nuo išeminių širdies ligų⁹¹ statistika – Lietuvoje ji siekė 336 mirtis 100 tūkst. gyventojų (žr. skyrių 3.2). Tai net 3,5 karto viršijo ES vidurkį.

Siekiant pagerinti mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų rodiklį, buvo išskirtos penkios pagrindinės intervencijos (11 lentelė). Visų pirma, ketinta šeimos gydytojus (lentelėse – ŠG) aprūpinti papildoma diagnostikos įranga (elektrokardiografais), kuri užtikrintų efektyvesnę širdies bei kraujagyslių ligų profilaktiką. Šios įrangos turėjo sulaukti ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos (lentelėse – SPJ), teikiančios šeimos medicinos paslaugas. Kitą įsigytą įrangą (žr. skyrių 2.3) planuota skirti stacionarines kardiologines bei neurologines paslaugas teikiančioms SPJ, universitetinėms ligoninėms. Be to, turėjo būti įdiegti nauji širdies ir kraujagyslių ligų diagnostikos bei gydymo metodai ir pastatytos bei (ar) atnaujintos tam skirtos patalpos.

Tikėtasi, kad visa tai modernizuos sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą, pagerins teikiamų paslaugų kokybę ir padarys jas labiau prieinamas. Ilguoju laikotarpiu turėjo būti užtikrintas mažesnis žmonių sergamumas širdies bei kraujagyslių ligomis ir mirtingumas nuo jų, o galutinis šių investicijų tikslas – vidutinės gyvenimo trukmės ilgėjimas.

⁹⁰ VšĮ „Europos socialiniai, teisiniai ir ekonominiai projektai“, „Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų Sanglaudos skatinimo veiksmų programos priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimas“. 2011 m. spalio

⁹¹ Lyginant Lietuvos ir ES rodiklius, naudojamas mirtingumo nuo išeminės širdies ligos rodiklis, nes Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazėje nepateikiama apibendrinta mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų rodiklio reikšmė, be to, ši liga yra viena dažniausių tarp pacientų Lietuvoje.

11 lentelė. I investicijų sritis „Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas“: intervencijos logika

PRIEMONIŲ INTERVENCIJA	Uždavinys	Produktas	Rezultatas	Poveikis
<p>ŠG aprūpinimas papildoma diagnostine medicinos įranga, skirta efektyvesnei širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikai</p> <p>SPJ kabinetų, kuriuose teikiamos ambulatorinės kardiologinės ir neurologinės paslaugos, aprūpinimas diagnostine įranga</p> <p>Įstaigų, teikiančių stacionarias SPP širdies ir kraujagyslių ligų srityje, aprūpinimas diagnostine ir gydymo įranga, universiteto ligoninių aprūpinimas naujausiomis medicinos technologijomis</p> <p>Naujų širdies ir kraujagyslių ligų diagnostikos ir gydymo metodų įdiegimas</p> <p>Statinių ir (ar) patalpų, susijusių su širdies ir kraujagyslių ligų diagnostika ir gydymu, statyba, rekonstravimas ir remontas</p>	Modernizuoti SPJ infrastruktūrą	Gerinti teikiamų paslaugų kokybę ir prieinamumą	Mažinti gyventojų sergamumą ir mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų	Pailginti vidutinę gyvenimo trukmę ir gerinti jo kokybę
SSVP RODIKLIAI		Produkto rodikliai	Rezultato rodikliai	
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paramą gavusios SPJ (sk.) ✓ Įgyvendinti projektai 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientai, kuriems pagerėjo SPP kokybė ir prieinamumas (sk.) 	

Šaltinis: 2011 m. spalio 11 d. SAM administruojamų SSVP priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimas

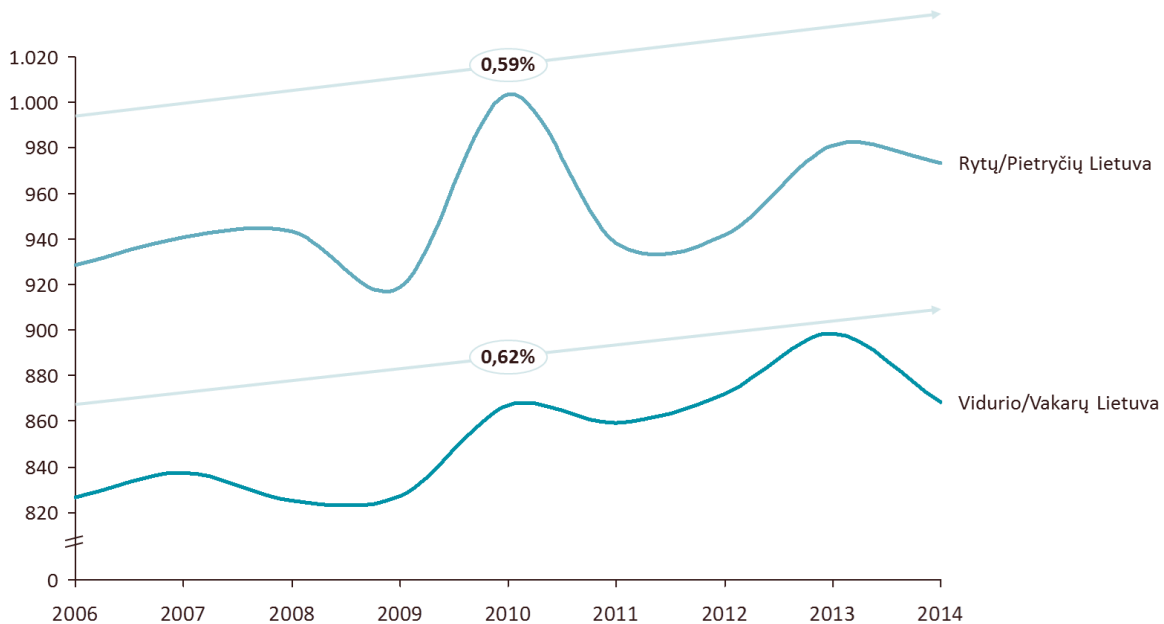
Šios investicijų krypties vykdytų intervencijų poveikį rodo mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų rodiklis skirtingose savivaldybėse. Vertinant ES investicijų poveikį rodiklių pokyčiams, atsižvelgiama ir į ankstesnį, 2004–2006 m. ES struktūrinių fondų finansavimo laikotarpį. Šio finansavimo laikotarpiu lėšos buvo skirstomos remiantis Lietuvos bendruoju programavimo dokumentu (toliau – BPD). Jame išskirti 5 prioritetai, atsižvelgiant į esamą situaciją Lietuvoje. Šiam vertinimui aktualios 1-ojo prioriteto „Socialinės ir ekonominės infrastruktūros plėtra“ 1.4 priemonės „Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas ir modernizavimas“ vykdytos veiklos:

- Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, prioritetą teikiant Rytų ir Pietryčių Lietuvos rajonų sveikatos priežiūros įstaigoms bei koordinacinio centro Vilniuje sustiprinimui;
- Bendrosios praktikos gydytojų (toliau – BPG) paslaugų tinklo kaimiškose vietovėse modernizavimas ir plėtra, prioritetą teikiant blogesniais ekonominiais rodikliais pasižymintiems rajonams.

2004–2006 m. ES struktūrinės paramos periodu pagal pirmąją veiklos kryptį įgyvendintas „Rytų ir pietryčių Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirštamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo modernizuojant ir optimizuojant sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą bei teikiamas paslaugas“ projektas. 7 pav. pateiktoje diagramoje vaizduojamas mirtingumo rodiklis pagal savivaldybes, kurių ligoninėms skirta parama 2004–2006 m. finansavimo laikotarpiu (Rytų / Pietryčių Lietuva) ir 2007–2013 m. finansavimo laikotarpiu (Vidurio / Vakarų Lietuva). Diagramoje vaizduojamas mirtingumo rodiklis visose amžiaus grupėse pagal atskiras savivaldybes. Pokytis matomas apskaičiavus vidutinį sudėtinį metinį

augimo tempą⁹², kuris parodo, koku tempu kasmet per nagrinėjamą laikotarpį kito mirtingumo rodiklis. Tiek Vidurio / Vakarų Lietuvoje, tiek Rytų / Pietryčių Lietuvoje nagrinėjamu 2006–2014 m. laikotarpiu mirtingumo rodiklis kito tuo pačiu tempu – vidutiniškai augo 0,6 proc. Panašus Vidurio / Vakarų ir Rytų / Pietryčių Lietuvos regionų mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų rodiklis rodo, jog ES struktūrinių fondų intervencijos turi sąlyginai vienodą poveikį, t.y. įgyvendinti ES struktūrinėmis lėšomis finansuojami projektai prisideda prie vykstančių teigiamų pokyčių šalyje.

8 pav. Mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų skaičius savivaldybėse 2006–2014 m.



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Higienos instituto duomenų bazės informacija

Mirtingumo ir neįgalumo dėl traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių mažinimas

Traumos ir kitos išorinės priežastys taip pat labai dažnai lemia Lietuvos gyventojų mirtis (trečia priežastis pagal mirčių kiekį 100 tūkst. gyventojų 2006 m.). Statistika rodo, kad 2006 m. 100 tūkst. Lietuvos gyventojų teko 154,6 mirtys dėl traumų ir apsinuodijimų (žr. skyrių 3.2), o ES vidurkis buvo 40 mirčių 100 tūkst. gyventojų. Taigi, mirtingumo nuo traumų ir kitų išorinių priežasčių mažinimas taip pat buvo išskirtas kaip sritis, reikalaujanti ES struktūrinių fondų investicijų.

Apraše nurodytos dvi pagrindinės priemonės, kurios turėtų padėti sumažinti minėtus rodiklius. Vykdamas vieną iš jų, planuota atnaujinti skubiosios pagalbos skyrius, operacines, reanimacijas, intensyviosios terapijos ir kitas susijusias patalpas bei statinius. Be to, suplanuotos investicijos į sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros gerinimą. Kitos priemonės tikslas buvo atnaujinti greitosios medicinos pagalbos (lentelėje – GMP) ir skubios sveikatos priežiūros pagalbos automobilių parką bei aprūpinti jį reikiama įranga, kuri būtų suderinta su Bendrosios pagalbos centru.

Vertinant ES struktūrinės paramos poveikį, naudojantis pateikta schema (12 lentelė), bus atsižvelgiama į tai, kad joje nurodytos priemonės turėjo modernizuoti sveikatos priežiūros įstaigų bei greitosios medicinos ir skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos infrastruktūrą. Tikėtasi, jog tai nulems

⁹² Vidutinis sudėtinis augimo tempas (angl. *Compound average growth rate (CAGR)*) vertina vidutinį augimą, kuriuo rodiklis turi augti per metus, kad pasiektų laikotarpio pabaigos reikšmę.

geresnę paslaugų kokybę bei didesnę jų prieinamumą ir sumažins mirtingumą dėl išorinių priežasčių. Pagerintos paslaugos turėjo prisidėti prie ilgesnės gyvenimo trukmės bei kokybės.

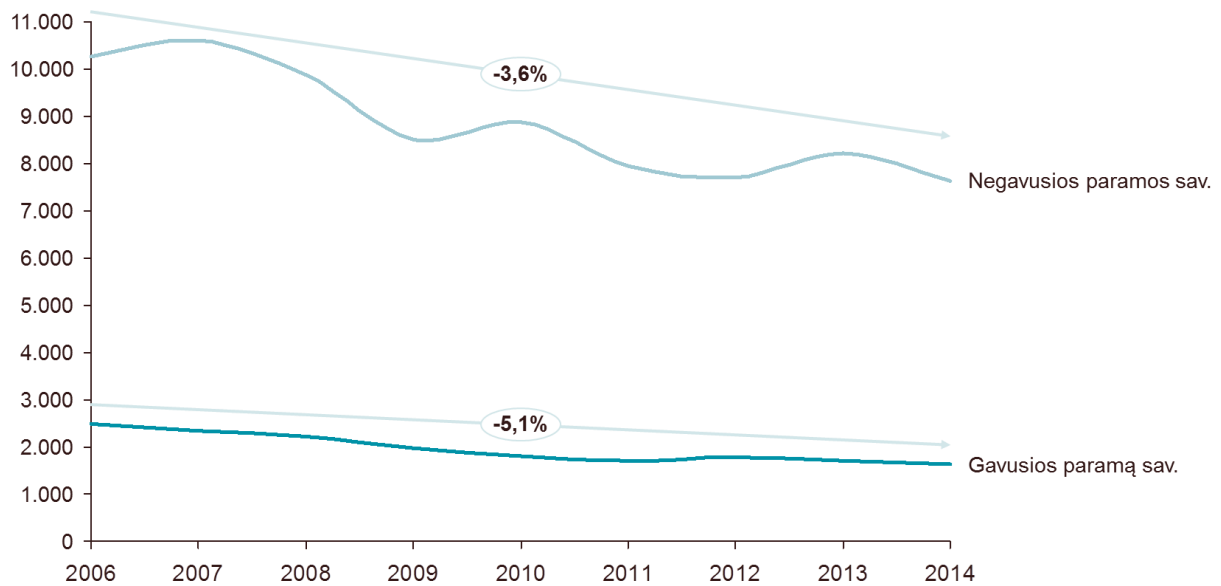
12 lentelė. II investicijų sritis „Mirtingumo ir neįgalumo dėl traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių mažinimas“: intervencijos logika

PRIEMONIŲ INTERVENCIJA	Uždavinys	Produktas	Rezultatas	Poveikis
✓ Statinių ir (ar) patalpų (priėmimo ir skubiosios pagalbos skyrių, operacinių, reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrių, kitų skyrių), tiesiogiai susijusių su skubios medicinos pagalbos teikimu, statyba, rekonstravimas ir remontas, reikiamos įrangos ir baldų įsigijimas (2 priemonė)	Modernizuoti SPJ, teikiančių institucinę (nestacionarinę ir stacionarinę) skubią medicinos pagalbą traumų ir kitais išorinių priežasčių sąlygotų būklių	Gerinti teikiamų paslaugų kokybę ir prieinamumą	Mažinti mirtingumą nuo traumų ir kitų išorinių priežasčių	Pailginti vidutinę gyvenimo trukmę ir pagerinti jo kokybę
✓ GMP ir skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos automobilių parko atnaujinimas, greitosios medicinos pagalbos automobilių aprūpinimas sveikatos apsaugos ministro nustatyta medicinos įranga, moderniomis ryšio priemonėmis ir buvimovietos nustatymo įranga, su Bendrosios pagalbos centru suderintos techninės ir programinės įrangos įdiegimas juose (3 priemonė)	Atnaujinti greitosios medicinos pagalbos ir skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos infrastruktūrą (3 priemonė)	Gerinti teikiamų paslaugų kokybę ir prieinamumą	Mažinti mirtingumą nuo traumų ir kitų išorinių priežasčių	Pailginti vidutinę gyvenimo trukmę ir pagerinti jo kokybę
SSVP RODIKLIAI	Produkto rodikliai	Produkto rodikliai	Rezultato rodikliai	
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paramą gavusios SPJ (sk.) ✓ Įgyvendinti projektai 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientai, kuriems pagerėjo SPP kokybė ir prieinamumas (sk.) 	

Šaltinis: 2011 m. spalio 11 d. SAM administruojamų SSVP priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimas

Vertinant šios investicijų sritis įtaką, apžvelgiami skirtumai tarp savivaldybių, kurių ASPJ gavo paramą ir savivaldybių, kurių ASPJ paramos negavo. 9 pav. lyginamos savivaldybės, kurių ligoninėms skirta parama 2007–2013 m. ES struktūrinių lėšų finansavimo laikotarpiu, ir savivaldybės, kurios nevykdė projektų pagal šią investicijų kryptį. Kaip ir ankstesnėje diagramoje, apskaičiavus sudėtinį metinį augimo tempą, matoma, kad mirtingumo rodiklis savivaldybėse, kurių ligoninės įgyvendino projektus pagal 2007–2013 m. ES struktūrinėmis lėšomis finansuotas priemones, mirtingumo nuo traumų ir kitų išorinių priežasčių mažėjimas buvo didesnis (5,1 proc.) nei kitose savivaldybėse (3,6 proc.). Skirtumas tarp savivaldybių leidžia daryti prielaidą dėl ES intervencijų poveikio mirtingumo nuo traumų ir išorinių priežasčių mažėjimui.

9 pav. Mirtingumo nuo traumų ir kitų išorinių priežasčių skaičius savivaldybėse 2006–2014 m.



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Higienos instituto duomenų bazės informacija

Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimas

Įvertinus kitas dažnas mirties priežastis Lietuvoje, nustatyta, kad struktūrines ES investicijas buvo būtina nukreipti ir į psichikos sveikatos priežiūros sritį. Vien 2006 m. savižudybių, tenkančių 100 tūkst. gyventojų, skaičius Lietuvoje siekė 29,9, kai ES vidurkis buvo triskart mažesnis – 10,4.

III investicijų srities „Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimas“ apraše Psichikos sveikatos stiprinimui, savižudybių, prievartos, priklausomybės ligų ir kitų visuomenės sveikatos problemų, tiesiogiai susijusių su psichikos sveikata, sprendimams išskirtos 5 priemonės. Visų pirma, užsibrėžti keli tikslai pagal atskiras priemones – plėtoti kompleksines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, modernizuoti psichikos stacionarą, didinti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, užtikrinti ankstyvąją pagalbą esant krizinėms situacijoms. Tikslams pasiekti investuota į erdvių, skirtų žmonėms, kuriems reikia psichiatrinės pagalbos, statybą, remontą, aprūpinimą naujausiomis specialios priežiūros priemonėmis, į krizės vietas mobiliosioms brigadoms vykti skirti automobiliai.

Investicijos turėjo būti pasitelktos taip, kaip nurodyta intervencijos logikos schemoje (13 lentelė) – įsteigiant iki 5 regioninių diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų, modernizuojant įstaigų, teikiančių stacionarinę psichinę pagalbą, bei teismo psichiatrijos padalinių infrastruktūrą. Taip pat planuota atnaujinti psichikos sveikatos priežiūros įstaigų stebėseną vykdančių įstaigų veiklą, įsteigti apie 27 psichikos dienos centrus bei iki 5 intervencijos centrų. Panaudojant išvardintas priemones, turėjo būti pagerintas psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė bei sustiprinta visuomenės psichinė sveikata. Tam įvertinti bus analizuojamas pacientų, kuriems pagerėjo paslaugų kokybė ir prieinamumas, rodiklis, taip pat naujai įsteigtų įstaigų išsidėstymas, dienos stacionaro bei stacionaro paslaugų santykis (žr. skyrių 5.1). Tai turėjo sumažinti savižudybių, smurto ar kitokio destruktinio elgesio atvejų skaičių.

13 lentelė. III investicijų sritis „Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimas“: intervencijos logika

PRIEMONIŲ INTERVENCIJA	Uždavinys	Produktas	Rezultatas	Poveikis
✓ Investavimas į statinių ir (ar) patalpų statybą, rekonstravimą, remontą ir įrengimą, kiemelių įrengimą, reikiamą įrangą ir transportą, skirtą vykdyti krizės ištikimo vietas (5 priemonė)	Įsteigti iki 5 regioninių diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų.	Gerinti psichikos SPP kokybę ir prieinamumą, sukuriant kompleksinę psichikos sveikatos priežiūros sistemą**	Stiprinti visuomenės psichikos sveikatą	Mažinti savižudybių, prievartos ar kitokio destruktinio elgesio, nukreipto į save ar kitus, atvejų skaičių.
✓ Investavimas į patalpų remontą (rekonstravimą) ir įrengimą, kiemelių įrengimą, jų aprūpinimą šiuolaikinėmis specialios priežiūros priemonėmis, reikiama medicinos įranga (6 priemonė) ✓ Investavimas į teismo ekspertizės stacionaro modernizavimą, patalpų remontą ir gydymo sąlygų gerinimą (6 priemonė)	Modernizuoti 5 įstaigų, kuriose teikiama stacionari pagalba ūmių psichikos sutrikimų atvejais, infrastruktūrą; tobulinti teismo psichiatrijos padalinių infrastruktūrą	Gerinti psichikos SPP kokybę ir prieinamumą, sukuriant kompleksinę psichikos sveikatos priežiūros sistemą**	Stiprinti visuomenės psichikos sveikatą	Mažinti savižudybių, prievartos ar kitokio destruktinio elgesio, nukreipto į save ar kitus, atvejų skaičių.
✓ Investavimas į patalpų rekonstravimą (remontą), reikiamą (biuro, kompiuterinę, programinę ir kitą) įrangą, transporto įsigijimas (7 priemonė)	Atnaujinti įstaigų, vykdančių vertinimo ir stebėsenos veiklą, infrastruktūrą	Gerinti psichikos SPP kokybę ir prieinamumą, sukuriant kompleksinę psichikos sveikatos priežiūros sistemą**	Stiprinti visuomenės psichikos sveikatą	Mažinti savižudybių, prievartos ar kitokio destruktinio elgesio, nukreipto į save ar kitus, atvejų skaičių.
✓ Statinių ir (ar) patalpų, susijusių su psichiatrijos dienos stacionaro paslaugų teikimu, statyba, rekonstravimas, remontas ir įrengimas; reikiamos įrangos ir baldų įsigijimas (8 priemonė)	Įsteigti apie 20 psichikos dienos stacionarų (centrų) prie savivaldybių lygiu jau sukurtos psichikos sveikatos centrų infrastruktūros	Gerinti psichikos SPP kokybę ir prieinamumą, sukuriant kompleksinę psichikos sveikatos priežiūros sistemą**	Stiprinti visuomenės psichikos sveikatą	Mažinti savižudybių, prievartos ar kitokio destruktinio elgesio, nukreipto į save ar kitus, atvejų skaičių.
✓ Patalpų* remontas (rekonstravimas) ir įrengimas; reikiamos įrangos ir baldų įsigijimas; automobilių, skirtų mobiliosioms paslaugoms teikti, įsigijimas (9 uždutis)	Įsteigti iki 5 krizių intervencijos centrų didžiuosiuose Lietuvos miestuose	Gerinti psichikos SPP kokybę ir prieinamumą, sukuriant kompleksinę psichikos sveikatos priežiūros sistemą**	Stiprinti visuomenės psichikos sveikatą	Mažinti savižudybių, prievartos ar kitokio destruktinio elgesio, nukreipto į save ar kitus, atvejų skaičių.
SSVP RODIKLIAI		Produkto rodikliai	Rezultato rodikliai	
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paramą gavusios SPJ (sk.) ✓ Įgyvendinti projektai 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientai, kuriems pagerėjo SPP kokybė ir prieinamumas (sk.) ✓ Stebimos ir vertinamos SPJ (sk.) 	

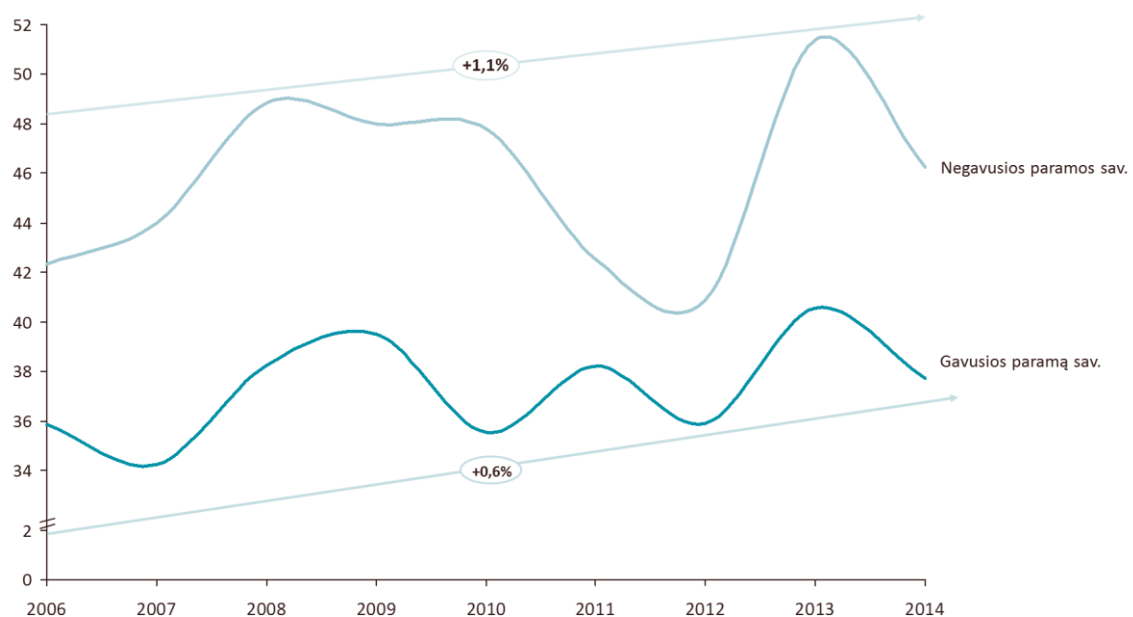
Šaltinis: 2011 m. spalio 11 d. SAM administruojamų SSVP priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimas

* Kambariai, skirti trumpą laiką stebėti ir gydyti pacientus, kabinetai, skirti bendroms paciento, personalo reikmėms ir psichoterapijos užsiėmimams; kitos patalpos, susijusios su psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, esant krizinėms situacijoms.

**Plėtojant kompleksines vaikų ir paauglių psichikos sveikatos paslaugas (ambulatorines ir konsultacines, dienos stacionaro, krizių intervencijos, stacionaro) (5 priemonė), sudarant galimybę efektyviai vertinti psichikos sveikatos apsaugos sistemos veiklą (7 priemonė), plėtojant psichikos sveikatos priežiūros paslaugų tinklą (8 priemonė), užtikrinant ankstyvą pagalbą, esant krizinėms situacijoms, sutrikdančioms žmogaus psichinę sveikatą (9 priemonė).

Šioje investicijų srityje taikytų intervencijų poveikį galima vertinti lyginant mirtingumą dėl savižudybių, lyginant savivaldybes, kuriose buvo įgyvendinti projektai, priskiriami III investicijų kryptčiai ir finansuojami ES struktūrinėmis lėšomis, ir savivaldybes, kuriose tokių projektų nebuvo. Pateiktoje diagramoje (žr. 10 pav.) vaizduojami skirtumai tarp minėtų savivaldybių grupių. 2006–2014 m. laikotarpiu mirtingumo dėl savižudybių sudėtinis metinis augimo tempas ES struktūrinėmis lėšomis finansuotus projektus įgyvendinusiose savivaldybėse buvo –0,6 proc. Tai, kad pokytis nebuvo staigus, galima paaiškinti dviem išskirtiniais taškais, rodančiais neįprastai aukštą savižudybių skaičių tam tikru laikotarpiu. Tai – 2008–2009 m., kada Lietuvą palietė ekonominės krizės padariniai, lėmę aukštą nedarbo lygį, finansinius sunkumus, prisidėjusius prie silpnos visuomenės psichikos sveikatos. Kitas veiksnys – 2013 m., kada pasireiškė vadinamasis Verterio efektas⁹³ – juo vadinamas suicidinio elgesio mėgdžiojimas, nusižudžius artimam žmogui ar įžymybei. Paramos negavusiose savivaldybėse per nagrinėjamą laikotarpį vidutinis augimo tempas buvo didesnis ir siekė 1,1 proc.

10 pav. Mirtingumas nuo savižudybių savivaldybėse 2006–2014 m.



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Higienos instituto duomenų bazės informacija

Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas

Atsižvelgiant į išnagrinėtus strateginio konteksto rodiklius, pastebima, kad 2006 m. mirtingumas nuo piktybinių navikų taip pat buvo didelis – 194,5 mirčių 100 tūkst. gyventojų⁹⁴. Nors ES vidurkį (175,39 mirtys, tenkančios 100 tūkst. žmonių) Lietuva lenkia tik nežymiai, ši problema yra opi tiek mūsų šalyje, tiek ES.

Remiantis IV investicijų srities aprašu SSVP, situaciją ketinta gerinti dvejomis kryptimis. Pirmiausia dėmesys skiriamas efektyvesnei diagnostikai apskričių, specializuotų onkologinę pagalbą teikiančių gydymo įstaigų ir universitetinių ligoninių lygmenyje, antra – plėsti piktybinių navikų gydymo pajėgumą dviejose universitetinėse ligoninėse bei penkiuose sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančiose kompleksines

⁹³ VšĮ Vilniaus m. psichikos sveikatos centro direktoriaus pavaduotoja medicininai, interviu, Vilnius, 2016 m. spalio 12 d.

⁹⁴ Čia ir toliau lyginant Lietuvos ir Europos Sąjungos mirtingumo rodiklius, naudojamas standartizuotas rodiklis. Šis rodiklis dažniausiai naudojamas lyginant skirtingų valstybių rodiklius, jis leidžia palyginti rodiklius eliminuojant kitų aplinkybių įtaką.

onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo paslaugas. Tai padėtų vykdyti efektyvesnę profilaktiką, diagnostiką, gydymą ir pasiekti kokybiškesnių rezultatų (pasiekti rezultatai analizuojami 5.1 skyriuje).

Vertinant ES struktūrinės paramos kovai su onkologinėmis ligomis poveikį, bus naudojama pateikta intervencijos logika (14 lentelė). Intervencijos logikos schemoje nurodytos priemonės, kuriomis siekta modernizuoti sveikatos priežiūros paslaugų įstaigų infrastruktūrą bei gerinti jų teikiamų paslaugų kokybę ir prieinamumą. Įgyvendinus intervencijų logikos schemoje numatytus uždavinius, siekta mažinti sergamumą ir mirtingumą nuo onkologinių ligų, o jų ilgalaikis poveikis turėjo užtikrinti ilgesnį bei kokybiškesnį gyvenimą.

14 lentelė. IV investicijų sritis „Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas“: intervencijos logika

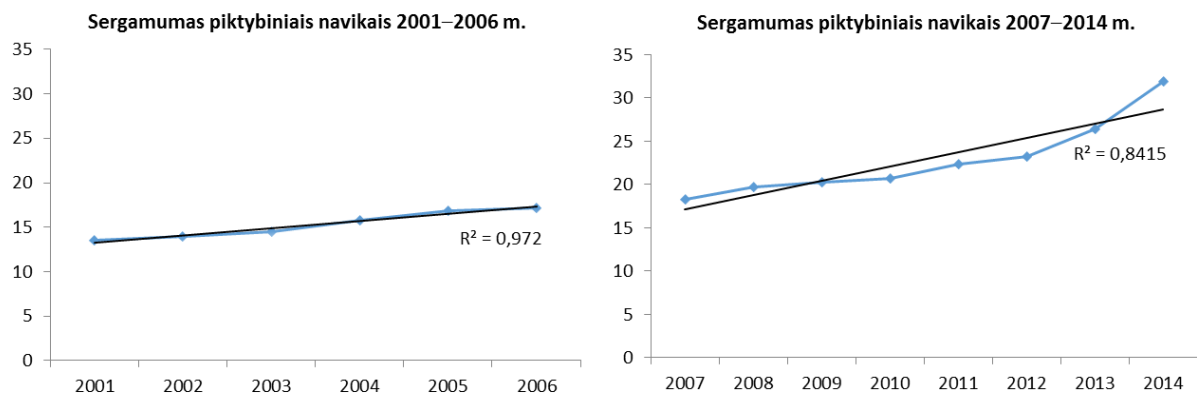
PRIEMONIŲ INTERVENCIJA	Uždavinys	Produktas	Rezultatas	Poveikis
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investicijos į onkologinių susirgimų diagnostikos įrangą ✓ Investicijos į onkologinių susirgimų gydymo įrangą ✓ Statinių ir (ar) patalpų, susijusių su onkologinių paslaugų teikimu, statyba, rekonstravimas ir remontas 	Modernizuoti SPJ infrastruktūrą	Gerinti teikiamų paslaugų kokybę ir prieinamumą	Mažinti gyventojų sergamumą ir mirtingumą nuo onkologinių ligų	Pailginti vidutinę gyvenimo trukmę ir pagerinti jo kokybę
SSVP RODIKLIAI		Produkto rodikliai	Rezultato rodikliai	
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paramą gavusios SPJ (sk.) ✓ Įgyvendinti projektai 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientai, kuriems pagerėjo SPP kokybė ir prieinamumas (sk.) 	

Šaltinis: 2011 m. spalio 11 d. SAM administruojamų SSVP priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimas

Šioje investicijų srityje intervencijų poveikis vertinamas pagal sergamumo piktybiniais navikais rodiklį. Analizuojant šį rodiklį, atsižvelgiama į tai, kad investicijos šiai sričiai buvo nukreiptos į specializuotą onkologinę pagalbą teikiančias įstaigas, esančias didžiuosiuose Lietuvos miestuose. Paramą gavusios ASPJ yra tretinio lygio įstaigos, taigi gyventojai diagnostikos, gydymo tikslais į jas nukreipiami iš visų Lietuvos savivaldybių. Sukuriamas poveikis pasireiškia visoje šalyje, todėl diagramoje pateikiama informacija⁹⁵ apie sergamumo piktybiniais navikais pokyčius prieš ES paramos skyrimo laikotarpį ir po jo. Rezultatai rodo, kad prieš ES paramos skyrimo laikotarpį sergamumas piktybiniais navikais šalyje augo lėčiau nei 2007–2014 m. Tokie augimo tempai grindžiami atliktomis investicijomis – investavus į tretinio lygio ASPJ infrastruktūros, skirtos ankstyvajai onkologinių susirgimų diagnostikai bei gydymui, tobulinimą didėjo aptinkamų navikų skaičius (žr. 5.1 skyrių). Taigi, sergamumo augimas rodo, kad investicijos sukūrė poveikį – tikėtina, diagnozuojamų navikų skaičius didėja dėl atnaujintos diagnostinės įrangos įsigijimo.

⁹⁵ Remiamasi Higienos instituto duomenų bazės informacija, kadangi reikalingi duomenys nuo 2006 m. Vėžio registre neteikiami (pateikiami tik 2012 m. duomenys pagal savivaldybes). Vėžio registrą papildžius ankstesnių metų duomenimis, galimi nežymūs netikslumai su pateikiama Higienos instituto duomenų bazės statistika.

11 pav. Sergamumas piktybiniais navikais 2001–2006 m. ir 2007–2014 m.



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Higienos instituto duomenų bazės informacija

Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumas, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimas

Reformos tęstinumui užtikrinti V investicijų srities aprašyme įvardijamos 7 pagrindinės veiklos. Planuota viešąsias ASPĮ aprūpinti diagnostine medicinos, slaugos įranga bei palaikomojo gydymo, slaugos ir paliatyvosios pagalbos stacionariomis lovomis. Be to, ketinta atnaujinti patalpas, susijusias su antrinio lygio ambulatorinėmis, reabilitacijos, dienos chirurgijos, slaugos, paliatyvosios ir skubiosios pagalbos paslaugomis. Taip pat turėjo būti atnaujintos laboratorijos, įsigyti nauji biuro bei medicininiai baldai ir greitosios medicinos pagalbos automobiliai, įrengtos darbo vietos.

Kaip nurodyta intervencijos logikos schemoje (15 lentelė), kuri vėliau bus naudojama analizuojant ES investicijų poveikį, įgyvendinant projektus turėjo būti atnaujinta bei modernizuota ambulatorinių, palaikomojo gydymo, paliatyvosios pagalbos ir stacionariųjų paslaugų infrastruktūra, modernizuoti savivaldybių visuomenės sveikatos biurai. Tikėtasi, jog numatytų priemonių įgyvendinimas lems pagerėjusią paslaugų kokybę ir prieinamumą, o galiausiai bus sumažintas žmonių sergamumas bei mirtingumas. Ilguoju laikotarpiu, kaip ir kitomis priemonėmis, siekta vidutinės gyvenimo trukmės bei kokybės padidėjimo efekto.

15 lentelė. V investicijų sritis „Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumas, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimas“: intervencijos logika

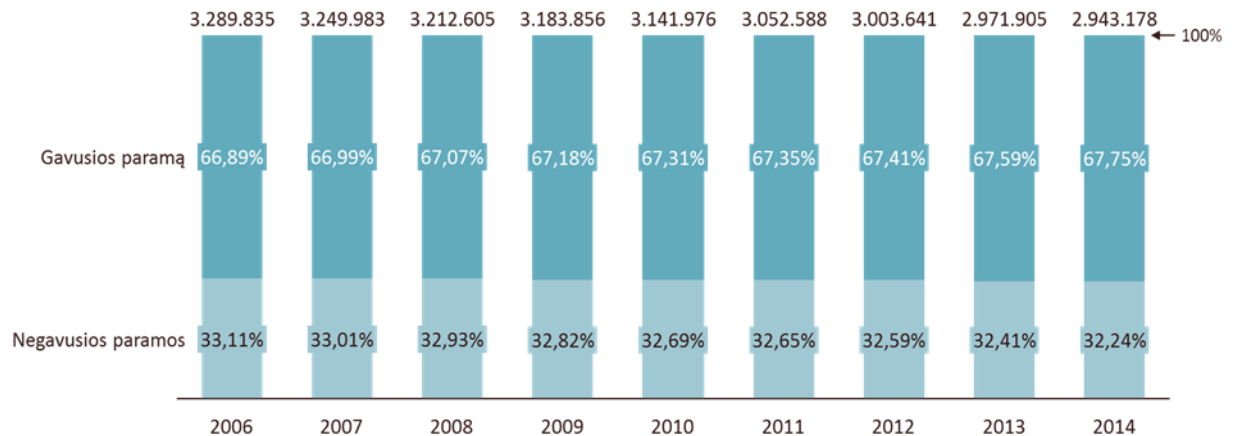
PRIEMONIŲ INTERVENCIJA	Uždavinys	Produktas	Rezultatas	Poveikis
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Viešosios sveikatos priežiūros įstaigos (toliau - VASPĮ) aprūpinimas antrinio lygio ambulatorinėms paslaugoms teikti skirta diagnostine medicinos įranga, su šių paslaugų teikimu susijusių patalpų remontas (rekonstravimas) (10 priemonė) ✓ VASPĮ, teikiančių/numatančių teikti ambulatorinės reabilitacijos, dienos chirurgijos paslaugas, aprūpinimas medicinos įranga, susijusių su šiomis paslaugomis patalpų remontas (rekonstravimas) (10 priemonė) ✓ VASPĮ, teikiančių slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas, aprūpinimas būtina medicinos ir slaugos įranga, patalpų remontas (rekonstravimas), naujų palaikomojo gydymo ir slaugos lovų įsteigimas (10 priemonė) ✓ Paliatyviosios pagalbos stacionariųjų lovų, aprūpintų reikiama medicinos įranga, įsteigimas VASPĮ, patalpų remontas (rekonstravimas) (10 priemonė) ✓ VASPĮ, teikiančių stacionarines asmens SPP, priėmimo ir skubiosios pagalbos skyrių, laboratorijų atnaujinimas – statinių ir (ar) patalpų statyba, rekonstravimas ir remontas, pasenusios įrangos keitimas arba aprūpinimas nauja, medicininiais ir biuro baldais, GMP automobiliais 	<p>Atnaujinti ir plėtoti ambulatorinių, palaikomojo gydymo, slaugos paslaugų ir paliatyviosios pagalbos infrastruktūrą, optimizuoti stacionariųjų paslaugų infrastruktūrą VASPĮ (10 priemonė)</p>	<p>Gerinti teikiamų paslaugų kokybę ir prieinamumą</p>	<p>Mažinti gyventojų sergamumą ir mirtingumą</p>	<p>Pailginti vidutinę gyvenimo trukmę ir pagerinti jo kokybę</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Patalpų remontas (rekonstravimas), darbo vietų įrengimas (kompiuterių ir programinės įrangos, biuro baldų ir kitos įrangos įsigijimas) ir transporto, ryšių priemonių įsigijimas (11 priemonė) 	<p>Modernizuoti savivaldybių visuomenės sveikatos biurus (kurti materialinę bazę) (11 priemonė)</p>	<p>Gerinti teikiamų paslaugų kokybę ir prieinamumą</p>	<p>Mažinti gyventojų sergamumą ir mirtingumą</p>	<p>Pailginti vidutinę gyvenimo trukmę ir pagerinti jo kokybę</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ PASPĮ, teikiančių antrines ambulatorines paslaugas, ir PASPĮ, teikiančių dienos chirurgijos paslaugas, aprūpinimas medicinos įranga, patalpų remontas (rekonstravimas) (12 priemonė) 	<p>Modernizuoti ir optimizuoti viešųjų ambulatorinių ir stacionariųjų paslaugų infrastruktūrą PASPĮ</p>	<p>Gerinti teikiamų paslaugų kokybę ir prieinamumą</p>	<p>Mažinti gyventojų sergamumą ir mirtingumą</p>	<p>Pailginti vidutinę gyvenimo trukmę ir pagerinti jo kokybę</p>
SSVP RODIKLIAI		Produkto rodikliai	Rezultato rodikliai	
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paramą gavusios SPĮ (sk.) ✓ Įgyvendinti projektai 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientai, kuriems pagerėjo SPP kokybė ir prieinamumas (sk.) ✓ Lietuvos gyventojai, kuriems teikiama geros kokybės ir prielaimesnės visuomenės SPP per visuomenės sveikatos biurus (sk.) 	

Šaltinis: 2011 m. spalio 11 d. SAM administruojamų SSVP priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimas

Šioje investicijų srityje intervencijų poveikis vertinamas pagal tai, kokiai daliai gyventojų pagerėjo teikiamų visuomenės sveikatos paslaugų kokybė per visuomenės sveikatos biurus. Sukurtas poveikis turėjo prisidėti prie 50 proc. gyventojų paslaugų pagerėjimo. Pasiectam rezultatui įvertinti analizuojamos savivaldybės, kuriose įsteigti visuomenės sveikatos biurai, bei tos, kuriose tokie biurai įsteigti nebuvo. Bendrai šalyje pastebimas gyventojų skaičiaus mažėjimas, tačiau procentinė gyventojų dalis nagrinėjamose savivaldybėse kinta nežymiai. Vis dėlto savivaldybėse, kuriose įsteigti ar modernizuoti

sveikatos biurai ES struktūrinėmis lėšomis, gyventojų dalis yra didesnė nei kitose – jose gyvenančių asmenų dalis sudaro apie 33 proc. visų šalies gyventojų. Atitinkamai, mažėjant gyventojų skaičiui savivaldybėse, neturinčiose visuomenės sveikatos biurų, didėja gyventojų dalis paramą gavusiose savivaldybėse, taip didesnei daliai gyventojų suteikiamos kokybiškos visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos per visuomenės sveikatos biurus.

12 pav. Gyventojų dalis savivaldybėse, kuriose įsteigti/modernizuoti visuomenės sveikatos biurai 2006–2014 m.



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Statistikos departamento duomenų bazės informacija

Pirmosios keturios investicijų sritys buvo išskirtos pagal svarbiausias problemas Lietuvos sveikatos apsaugos sektoriuje – širdies ir kraujagyslių ligos, onkologinės ligos, traumos ir kitos išorinės mirties priežastys, psichikos sutrikimai. Penktoji investicijų sritis orientuota į platesnę sritį – visuomenės sveikatą bei sveikatos apsaugos sistemos reformos tęstinumą. Kiekvienoje investicijų kryptyje pateikti esminiai pokyčiai, prie kurių prisidėjo ES struktūrinių fondų intervencijos.

- Savivaldybėse, kurių sveikatos priežiūros įstaigos įgyvendino projektus, finansuotus ES lėšomis, mažėja mirtingumas dėl traumų ir kitų išorinių priežasčių; lėčiau didėja savižudybių skaičius bei mirtingumas dėl širdies ir kraujagyslių ligų.
- Onkologijos srityje pastebimas sergamumo piktybiniais navikais augimas, tačiau tai siejama su pagerinta ankstyvos diagnostikos kokybe, leidžiančia greičiau ir tiksliau lokalizuoti naviką (dėl šios priežasties diagnozuojami atvejai, kurie būtų buvę diagnozuoti vėliau arba nedidžiuojuoti visiškai).
- Vertinant investicijų sritį „Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumas, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimas“, matomas didelis ES intervencijų poveikis paramą gavusiose ASPJ. Sėkmingai įgyvendinta visuomenės sveikatos apsaugos priežiūros plėtra steigiant ir modernizuojant visuomenės sveikatos biurus.

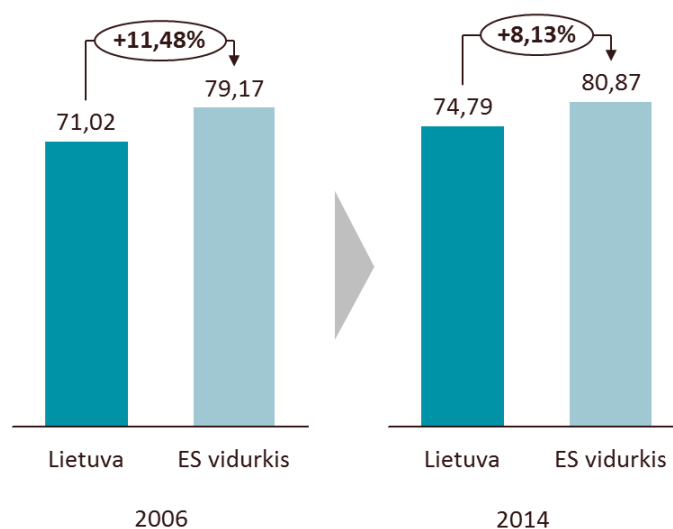
3.2. Esminiai sveikatos priežiūros rodiklių pokyčiai ES kontekste

Ankstesniame skyriuje išnagrinėjus nustatytą ES intervencijų logiką atskirose investicijų srityse bei įvertinus mirtingumo, sergamumo rodiklių pokyčius, toliau bus nagrinėjami Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos būklę rodantys rodikliai. Prie jau minėtų strateginio konteksto rodiklių išskiriami ir esminius netolygumus tarp Lietuvos ir ES atspindintys rodikliai. Pokyčių vertinimui pasirinkti 2006 m. ir 2014 m. rezultatai – vertinami rodikliai prieš ES struktūrinės paramos skyrimą bei projektų įgyvendinimo pabaigos metais. Atsižvelgiant į tai, kad lyginami ne tik Lietuvos, bet ir ES rodikliai, analizei nepakanka Lietuvoje

prieinamų rodiklių duomenų bazių. Dėl šios priežasties šiame skyriuje pagrindiniais duomenų šaltiniais laikomos Pasaulio banko bei Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazės⁹⁶. Skirtumas tarp Lietuvos bei ES valstybių narių vertinamas santykiu tarp rodiklių reikšmių nurodant procentine išraiška⁹⁷.

Pirmasis nagrinėjamas strateginio konteksto rodiklis yra **vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė**. Šis rodiklis nurodo nagrinėjamais metais gimusių kūdikių tikėtiną gyvenimo trukmę (žr. 13 pav.). Šiam rodikliui tiesioginę ir netiesioginę įtaką daro visos sveikatos apsaugos sektoriuje vykdomos iniciatyvos, todėl jis leidžia apibendrintai apžvelgti sveikatos apsaugos būklę šalyje. 2006 metais Lietuvoje šis rodiklis siekė 71,02 metų. Tai yra, ES vidurkis buvo 11,48 proc. didesnis ir siekė 79,17 metų. 2014 metais atotrūkis sumažėjo: Lietuvoje vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė siekė 74,79 metus, o ES vidurkis – 80,87 metų. Nors vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodiklis didėjo tiek Lietuvoje, tiek Europos Sąjungoje, tačiau Lietuvoje augimas buvo didesnis.

13 pav. Vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodiklis



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Pasaulio banko duomenų bazės informacija

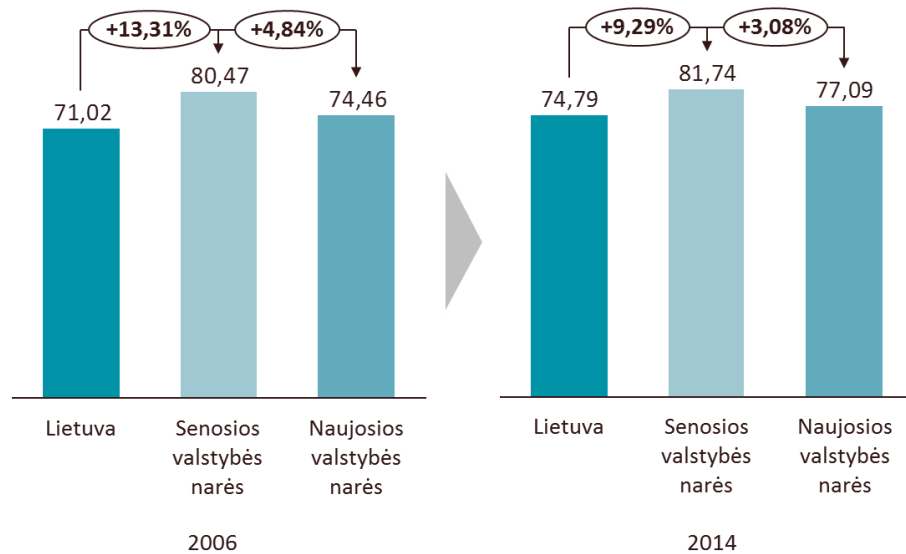
Tam, kad Lietuvos sveikatos sektoriaus pokyčiai būtų geriau atskleisti ES kontekste, pravartu Lietuvos rodiklius palyginti su naujųjų ir senųjų valstybių narių rodikliais. Skirtis tarp naujųjų ir senųjų valstybių narių pasirinkta, atsižvelgiant į Europos integracijos proceso laikotarpį. Senosiomis valstybėmis narėmis laikomos valstybės, įstojusios į ES iki 1995 metų: Belgija, Italija, Liuksemburgas, Nyderlandai, Prancūzija, Vokietija, Airija, Danija, Jungtinė Karalystė, Graikija, Ispanija, Portugalija, Austrija, Suomija, Švedija. Naujomis valstybėmis narėmis laikomos šalys, įstojusios po Didžiosios ES plėtros, vykusios 2004 metais (2004 metus įskaitant): Čekija, Estija, Kipras, Latvija, Lenkija, Lietuva, Malta, Slovakija, Slovėnija, Vengrija, Bulgarija, Rumunija, Kroatija. Senųjų valstybių rodikliai šioje analizėje vertinami kaip Lietuvos siektini tikslai, o naujųjų valstybių narių rodikliai reikalingi Lietuvos Europos integracijos rezultatams palyginti.

Žemiau pateiktose diagramose matyti, kad 2006 m. senųjų valstybių gyvenimo trukmės vidurkis buvo 9,45 metais didesnis nei Lietuvos, o naujųjų valstybių narių – 3,44 metais (žr. 14 pav.) 2014 metais vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė pailgėjo visoje ES – skirtumas tarp Lietuvos ir senųjų valstybių narių buvo beveik 7 metai, o tarp Lietuvos ir naujųjų valstybių narių nežymiai (2 metais) sumažėjo.

⁹⁶ Pateikiami duomenys gali skirtis, lyginant su Lietuvos sveikatos apsaugos sektoriaus duomenų bazių informacija.

⁹⁷ Skaičiavimui naudojama formulė: $(x_2/x_1) - 1 \times 100$, kai x_1 = Lietuvos rodiklio reikšmė, x_2 = ES rodiklio reikšmė.

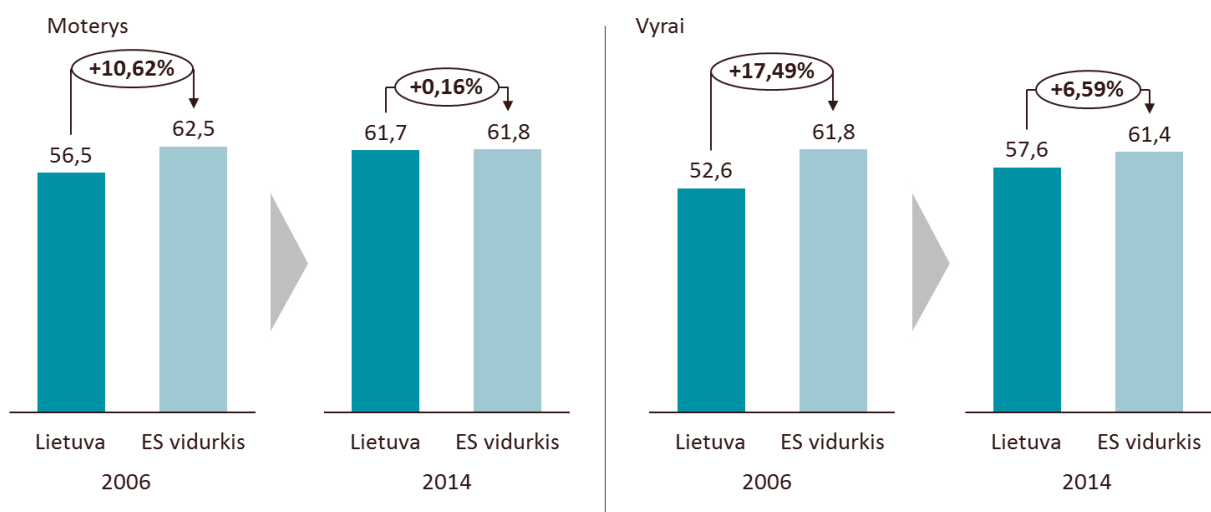
14 pav. Vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodiklio



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Pasaulio banko duomenų bazės informacija

Nustačius vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčius Lietuvoje ir ES, toliau nagrinėjamas kitas susijęs rodiklis – **tikėtina sveiko gyvenimo trukmė**. Šis rodiklis skaičiuojamas atskirai pagal lytį ir parodo nagrinėjamais metais gimusių kūdikių tikėtiną sveiko gyvenimo trukmę. Žemiau pateiktose diagramose (žr. 15 pav.) iliustruojama, kad 2006–2014 m. tikėtina tiek moterų, tiek vyrų sveiko gyvenimo trukmė Lietuvoje augo – 2006 m. moterų tikėtina sveiko gyvenimo trukmė ES buvo 10,62 proc. ilgesnė nei Lietuvoje, o 2014 m. – 0,16 proc. Tikėtina vyrų sveiko gyvenimo trukmė 2006 m. ES buvo 17,49 proc. didesnė, o 2014 m. – tik 6,59 proc. Bendra tendencija rodo, kad ES tikėtina sveiko gyvenimo trukmė linkusi mažėti, o Lietuvoje ji auga.

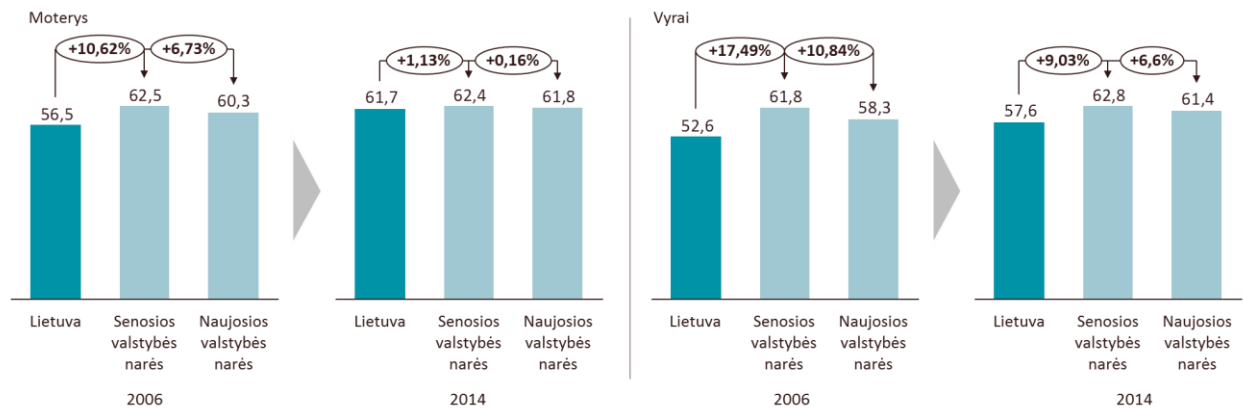
15 pav. Tikėtina sveiko gyvenimo trukmė pagal lytį



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis „Eurostat“ duomenų bazės informacija

Lyginant Lietuvą su senosiomis bei naujosiomis Europos Sąjungos valstybėmis, pastebima panaši tendencija – Lietuvos ir naujųjų ES valstybių narių tikėtina sveiko gyvenimo trukmė linkusi didėti, o senųjų ES valstybių narių nežymiai mažėja. 2006 m. ES senųjų valstybių narių moterų sveiko gyvenimo trukmė buvo 10,62 proc. ilgesnė nei Lietuvos, o naujųjų ES valstybių narių – 6,73 proc., 2014 m. vidurkis nežymiai skyrėsi nuo naujųjų valstybių narių – 0,16 proc., o nuo senųjų valstybių narių skyrėsi 1,13 metų. Vyrų grupėje pokyčiai šiek tiek skiriasi – tikėtina sveiko gyvenimo trukmė didėjo tiek Lietuvoje, tiek kitose ES valstybėse narėse, tad atotrūkis išliko. Senųjų narių vidurkis buvo 9,03 proc. didesnis už Lietuvos, o naujųjų – 6,6 proc.

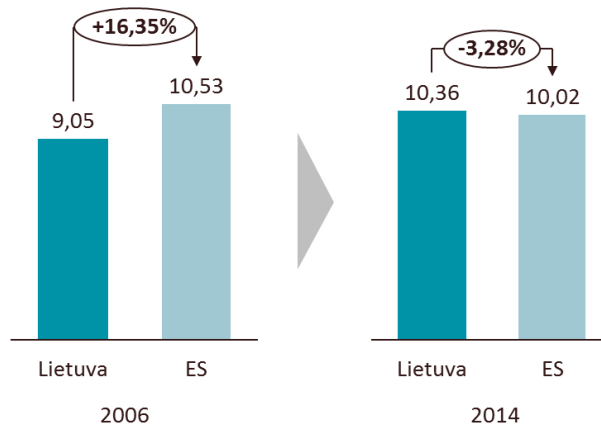
16 pav. Tikėtinos sveiko gyvenimo trukmės pagal lytį palyginimas



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis „Eurostat“ duomenų bazės informacija

Nustačius vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pokyčius Lietuvoje ir Europos Sąjungoje, toliau bus vertinami demografiniai rodikliai. Vienas iš rodiklių, SSVP programoje nurodytas kaip strateginio konteksto rodiklis sveikatos apsaugos srityje, – **gimstamumas 1 000 gyventojų**. Jis parodo, kiek gyvų kūdikių gimsta kasmet 1 000 gyventojų. Skirtumas tarp Lietuvos ir Europos Sąjungos 2006 m. buvo ganėtinai ryškus – ES vidurkis buvo 16,35 proc. didesnis nei Lietuvos vidurkis, t. y. Europos Sąjungoje vidutiniškai 1 000 gyventojų gimdavo 10,53 vaikų, o Lietuvoje šis rodiklis siekė 9,05 (žr. 17 pav.). Situacija 2014 m. pasikeitė iš esmės – Lietuvos gimstamumo rodiklis išaugo 13 proc., o Europos Sąjungos vidurkis sumažėjo 5 proc. Tokie pokyčiai lėmė, kad gimstamumas ES 2014 m. buvo 3,28 proc. mažesnis už Lietuvos vidurkį. Svarbu paminėti, kad didelę įtaką gimstamumo rodiklių gerėjimui gali turėti užtikrinta parama jaunoms šeimoms.

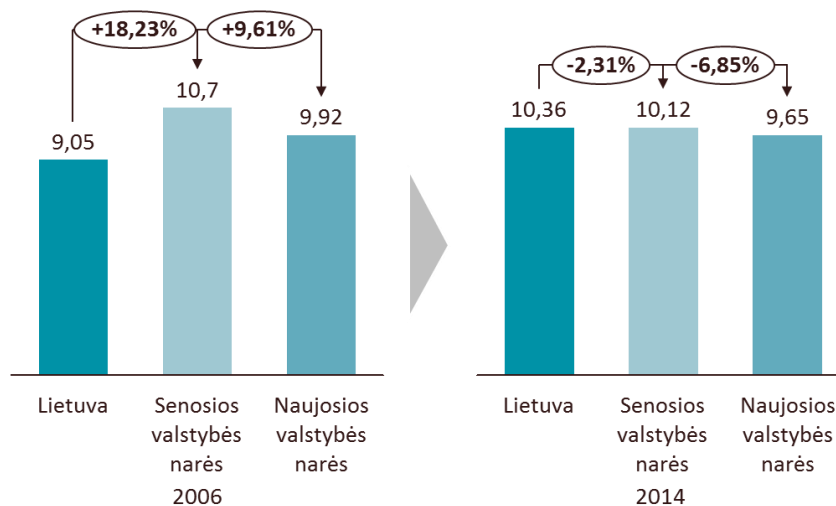
17 pav. Gimstamumo rodiklis 1 tūkst. gyventojų



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazės informacija

Lyginant Lietuvos vidurkį su kitomis Europos Sąjungos valstybėmis – senosiomis ir naujosiomis – pastebimas pokytis. 2006 m. senųjų ES valstybių narių vidurkis buvo 18,23 proc. didesnis nei Lietuvos, o naujųjų – 9,61 proc. (žr. 18 pav.) Per nagrinėjamą laikotarpį situacija pasikeitė ir 2014 m. gimstamumo rodiklis Lietuvoje viršijo gimstamumo rodiklį senosiose (2,31 proc.) ir naujosiose (6,85 proc.) ES valstybėse. Žemiau pateiktame grafike matoma, jog gimstamumas 2006–2014 m. laikotarpiu Lietuvoje didėjo labiau nei kitose ES valstybėse.

18 pav. Gimstamumo rodiklio 1 tūkst. gyventojų palyginimas

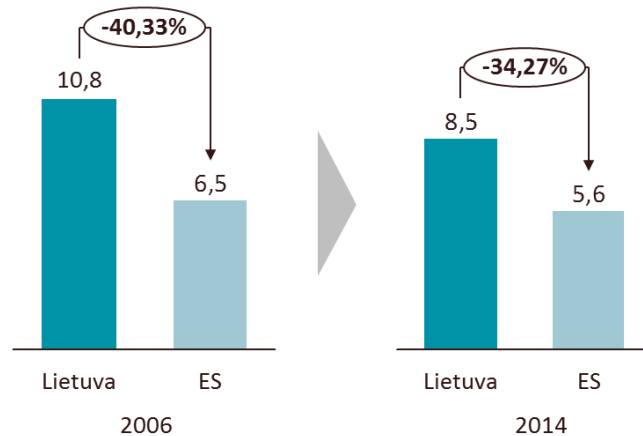


Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazės informacija

Įvertinus gimstamumo rodiklio skirtumus Lietuvoje ir Europos Sąjungoje, nagrinėjamas kitas svarbus rodiklis – **standartizuotas mirtingumas, tenkantis 1 000 gyventojų**. Lietuvoje standartizuoto mirtingumo rodiklis, lyginant su Europos Sąjunga, yra ganėtinai aukštas. 2006 m. Lietuvoje 1 000 gyventojų mirdavo 10,8 žmonių, Europos Sąjungos vidurkis tuo metu buvo 6,5 mirčių (žr. 19 pav.). Nagrinėjamu laikotarpiu labai didelių mirtingumo pokyčių nebuvo nei Lietuvoje, nei Europos Sąjungoje. Nors Lietuvoje rodiklis

sumažėjo iki 8,5, Europos Sąjungos vidurkis mažėjo kiek lėčiau – iki 5,6 atvejų 1 000 gyventojų. Dėl šios priežasties atotrūkis tarp ES ir Lietuvos pasikeitė – 2014 m. Lietuvos vidurkis viršijo ES vidurkį 34,27 proc.

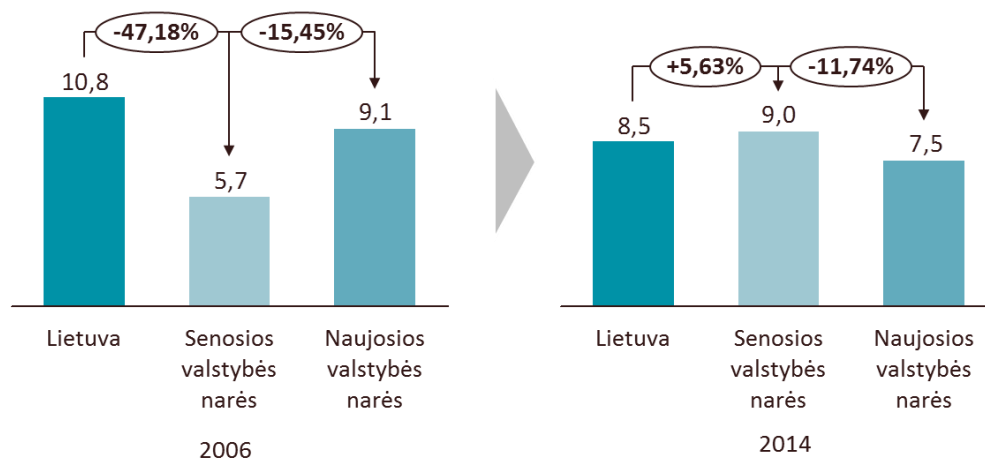
19 pav. Standartizuoto mirtingumo rodiklis 1 tūkst. gyventojų



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Pasaulio banko duomenų bazės informacija

Lyginant senąsias ir naujasias ES valstybes su Lietuva, taip pat pastebimas nemažas atotrūkis. Pateikiamoje iliustracijoje matyti, jog 2006–2014 m. laikotarpiu mirtingumas nežymiai didėjo senosiose ES valstybėse, naujosiose narėse jis sumažėjo iki 7,5 atvejų 1 000 gyventojų, o Lietuvoje sumažėjo iki 8,5 atvejų 1 000 gyventojų (žr. 20 pav.). Taigi atotrūkis tarp Lietuvos ir senųjų valstybių narių siekė 5,63 proc., o tarp Lietuvos ir naujųjų valstybių narių – 11,74 proc. Mirtingumo rodiklių pokyčius galima paaiškinti gyventojų skaičiaus mažėjimo tempais. Lietuvoje mažėjo darbingo amžiaus žmonių, to pagrindinė priežastis gali būti emigracija. O pensinio amžiaus gyventojų kiekis kito lėčiau, tad visuomenės senėjimas turėjo įtakos mirtingumui.

20 pav. Mirtingumo rodiklio, tenkančio 1 tūkst. gyventojų, palyginimas

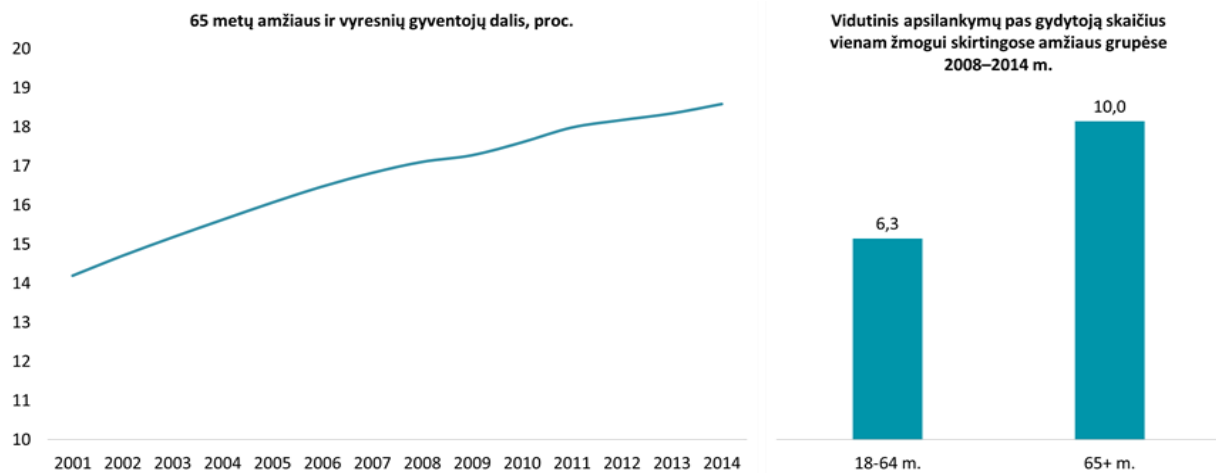


Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Pasaulio banko duomenų bazės informacija

Pateiktoje diagramoje matoma, kad nuo 2001 m. vis didesnę dalį gyventojų šalyje užima vyresni nei 65 m. amžiaus asmenys (žr. 21 pav.). Tokia tendencija rodo visuomenės senėjimą. Atsižvelgiant į šiuos duomenis (žr. 21 pav.), daroma prielaida, kad didesnę našta sveikatos priežiūros paslaugų sektoriui sukuria būtent

pensinio amžiaus žmonių grupė. Diagrama šią prielaidą patvirtina – joje vaizduojamas vidutinis apsilankymų pas gydytoją skaičius vienam žmogui skirtingose amžiaus grupėse rodo, kad 65 m. ir vyresni žmonės vidutiniškai pas gydytoją apsilanko 10 kartų, o jaunesni – 6,3 karto per metus. Šie rodikliai, vaizduojantys visuomenės senėjimą ir apsilankymų pas gydytojus proporcijas, padeda aiškinti nagrinėjamus santykinius rodiklius bei jų pokyčius. Tendencija nuo 2001 m. pasirinkta siekiant tiksliau pamatyti įvykusius pokyčius visuomenės amžiaus struktūroje.

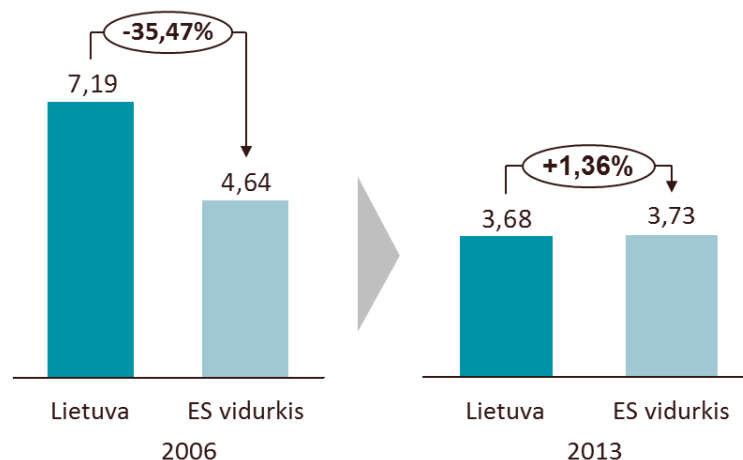
21 pav. Vyresnių nei 65 m. amžiaus gyventojų dalis ir vidutinis apsilankymų pas gydytoją skaičius



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Higienos instituto duomenų bazės informacija

Vertinant sveikatos apsaugos sistemos būklę bei pokyčius šalyje, svarbus rodiklis – **kūdikių mirtingumas**. 2006 m. kūdikių iki vienerių metų mirtingumas Lietuvoje sudarė 7,19 mirčių 1 000 gimimų – šis skaičius viršijo Europos Sąjungos vidurkį 35,47 proc. (žr. 22 pav.) Pažymėtina, kad rodiklis gerėja – 2013 m. Lietuvoje kūdikių mirtingumas sumažėjo beveik perpus, t. y. 3,68 mirčių 1 000 gimimų. Europos Sąjungos vidurkis taip pat šiek tiek sumenko ir beveik su Lietuvos vidurkiu.

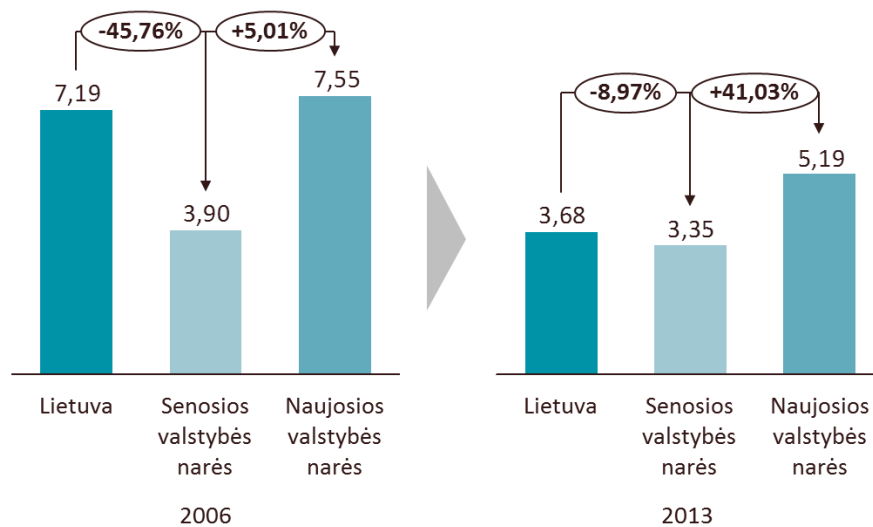
22 pav. Kūdikių mirtingumas, tenkantis 100 tūkst. gyventojų



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazės informacija

Lyginant su senosiomis Europos Sąjungos valstybėmis, 2006 m. kūdikių mirtingumo rodiklis senosiose valstybėse narėse buvo 45,76 proc. mažesnis nei Lietuvoje, o naujųjų narių – didesnis 5 proc. (žr. 23 pav.). 2013 m. situacija pasikeitė, Lietuvos vidurkis sumažėjo dvigubai ir senųjų Europos Sąjungos valstybių vidurkis buvo mažesnis beveik 9 proc. Naujųjų Europos Sąjungos valstybių vidurkis buvo 41,03 proc. didesnis nei Lietuvos. Vis dėlto, Lietuvos rodiklis mažėjo labiau nei senųjų ar naujųjų valstybių, todėl 2013 m. pastebimas atotrūkio sumažėjimas.

23 pav. Kūdikių mirtingumo, tenkančio 1 tūkst. gimimų, palyginimas



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazės informacija

Rezultatai rodo, kad Lietuvoje kūdikių mirtingumo mažėjimas buvo didesnis nei kitose ES šalyse.

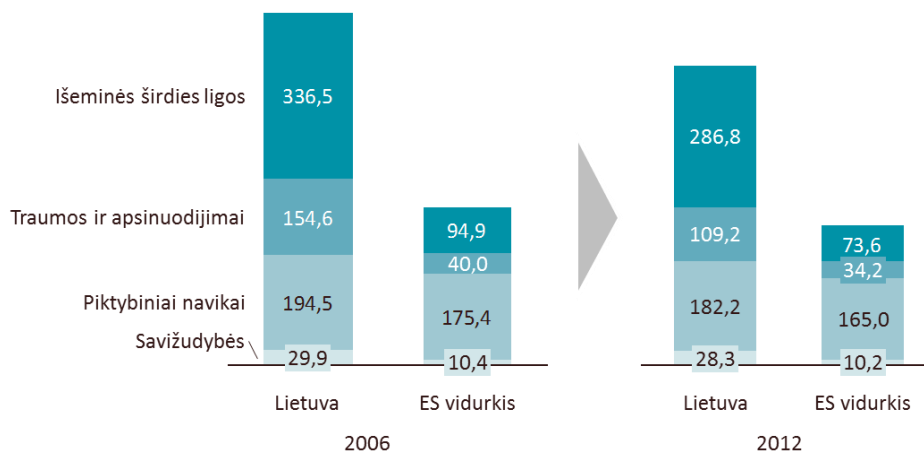
Mirtingumas pagal ligų grupes

Kaip minėta ankstesniame ataskaitos skyriuje (žr. 2.1), trimis pagrindinėmis mirties priežastimis tiek Lietuvoje, tiek išsivysčiusiose ES valstybėse narėse SSVP programoje išskiriamos širdies ir kraujagyslių ligos, piktybiniai navikai, traumos ir kitos išorinės priežastys. Pirmajame skyriuje trumpai apžvelgta mirtingumo situacija Lietuvoje, šiame skyriuje pateikiamas situacijos palyginimas su ES. Šio skyriaus tikslas – apžvelgti mirtingumo nuo pagrindinių ligų grupių rodiklius Lietuvoje, lyginant juos su ES. Duomenų šaltiniu šioje analizėje naudojama Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazė, kurioje pateikiama informacija ES ir atskirų jos valstybių mastu. Pasaulio Sveikatos organizacijos duomenų bazėje nepateikiamas bendras mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų rodiklis. Atsižvelgiant į tai, kad išeminės širdies ligos yra viena labiausiai probleminių sričių širdies ir kraujagyslių ligų srityje Lietuvoje, todėl lyginant Lietuvą bei Europos Sąjungą širdies ir kraujagyslių ligų srityje vertinamas mirtingumo nuo išeminių širdies ligų rodiklis. Žemiau nagrinėjami standartizuoto mirtingumo pagal ligų grupes rodikliai. 2006 m. Lietuvoje lyginant mirtingumo, tenkančio 100 tūkst. gyventojų, pagal ligų grupes rodiklį su ES atitinkamais rodikliais, pastebimas didelis atotrūkis⁹⁸. Didžiausią standartizuoto mirtingumo dalį Lietuvoje 2006 m. sudarė išeminės širdies ligos (336,5 mirtys 100 tūkst. gyv.), o ES didesni standartizuoto mirtingumo rodikliai užfiksuojami dėl piktybinių navikų (173,4 mirtys 100 tūkst. gyv.).

⁹⁸ Apskaičiuota, kiek iš viso mirčių atvejų nuo pagrindinių mirties priežasčių tenka 100 tūkst. gyventojų pagal standartizuotą mirtingumo rodiklį. Standartizuotas rodiklis naudojamas lyginant skirtingus regionus, šiuo atveju Lietuvą ir Europos Sąjungą, siekiant eliminuoti rodikliui įtaką darančius veiksnius.

2012 m.⁹⁹ mirtingumas dėl šių priežasčių sumažėjo, tačiau pagrindinės mirties priežastys liko tos pačios – Lietuvoje tai buvo išeminės širdies ligos, o ES – piktybiniai navikai. Nors ir mažėjęs kiek lėčiau nei Lietuvoje, ES standartizuoto mirtingumo rodiklis vis dar išliko dvigubai mažesnis nei Lietuvos (žr. 24 pav.). Nors mirčių skaičius nagrinėjamu laikotarpiu sumažėjo, pasiskirstymas pagal priežastis beveik nepakito. Tiek Lietuvoje, tiek ES pastebimas mirtingumo nuo piktybinių navikų sumažėjimas 6 proc. Mirtingumo nuo traumų¹⁰⁰ bei apsinuodijimų skaičius Lietuvoje sumažėjo 30 proc., ES – 15 proc.

24 pav. Standartizuotas mirtingumas pagal ligų grupes, tenkantis 100 tūkst. gyventojų



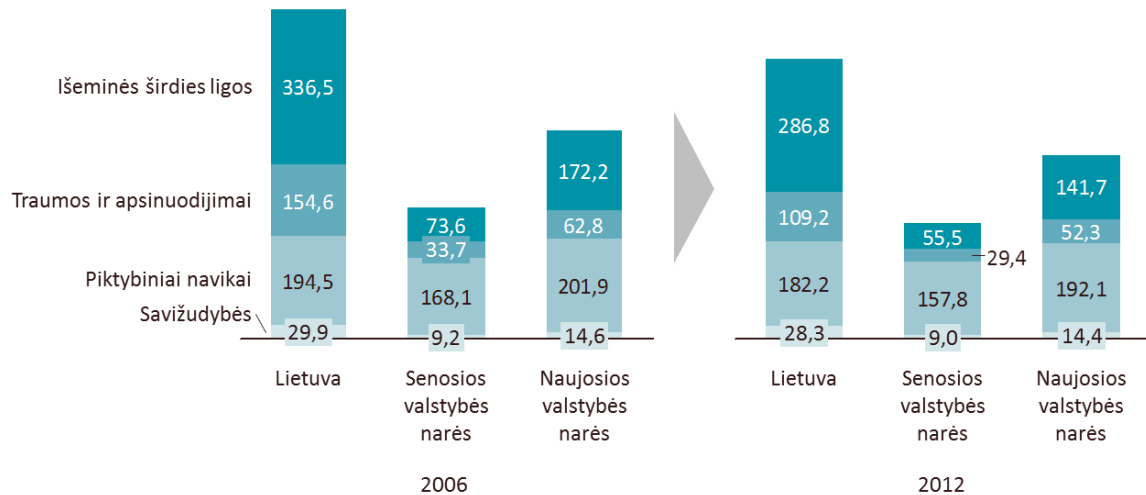
Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazės informacija

Lyginant tiek su senosiomis ES valstybėmis narėmis, tiek su naujosiomis, pagal pagrindinių ligų standartizuoto mirtingumo rodiklius Lietuvos rodikliai viršija ES rodiklius. 2012 m. visoje ES pastebėtas standartizuoto mirtingumo pagal ligų grupes mažėjimas, tačiau Lietuvoje jis vis dar išliko didelis (žr. 25 pav.). Lietuvoje pastebima, kad 1,5 proc. sumažėjo savižudybių skaičius. Panašios tendencijos pastebimos ir senosiose bei naujosiose ES valstybėse narėse. Mirtingumas nuo išeminių širdies ligų senosiose bei naujosiose ES valstybėse sumažėjo 20–25 proc., o Lietuvoje – 15 proc. Traumos bei apsinuodijimai kitose ES valstybėse narėse vis dar sudaro daug mažesnę dalį tarp pagrindinių mirties priežasčių nei Lietuvoje. Mirtingumas nuo traumų ir apsinuodijimų nagrinėjamu laikotarpiu beveik nekito, tačiau Lietuvoje pastebimas didelis 30 proc. sumažėjimas.

⁹⁹ Analizei pasirinkti 2012 m. informacija, nes Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazėje ne visos senosios ir naujosios Europos Sąjungos valstybės narės yra pateikusios šiuos duomenis.

¹⁰⁰ Čia ir toliau į šį rodiklį neįtrauktos savižudybės.

25 pav. Standartizuoto mirtingumo pagal ligų grupes, tenkančio 100 tūkst. gyventojų, palyginimas



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazės informacija

Įvertinus standartizuotą mirtingumą pagal ligų grupes, toliau detaliau vertinamas SSVP svarbiais strateginiais konteksto rodikliais įvardyti – mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų, mirtingumas nuo piktybinių navikų bei mirtingumas nuo traumų ir kitų išorinių priežasčių jaunesnių nei 65 m. asmenų grupėje. Siekiant tikslesnės analizės, bus vertinami pokyčiai ne tik minėtoje jaunesnių nei 65 m. asmenų grupėje, bet atskirai ir vyresnių nei 65 m. asmenų grupėje. Pasirinktas standartizuoto mirtingumo rodiklis parodo, kiek mirčių nuo atitinkamos diagnozės tenka 100 tūkst. gyventojų.

Skirtumas tarp ES ir Lietuvos yra reikšmingas – 2006 m. standartizuotas mirtingumas nuo išeminių širdies ligų ir piktybinių navikų jaunesnių nei 65 m. amžiaus asmenų grupėje Lietuvoje buvo didesnis nei ES. Šios amžiaus grupės standartizuotas mirtingumas nuo piktybinių navikų bei išeminių širdies ligų Lietuvoje pasiskirstė panašiai – 83,5 mirtys nuo išeminių širdies ligų ir 99,2 – nuo piktybinių navikų. ES pasiskirstymas buvo beveik visiškai kitoks – daugiau nei pusę mirčių nuo nagrinėjamų ligų sukėlė piktybiniai navikai, tuo tarpu išeminės širdies ligos – daug mažesnę dalį.

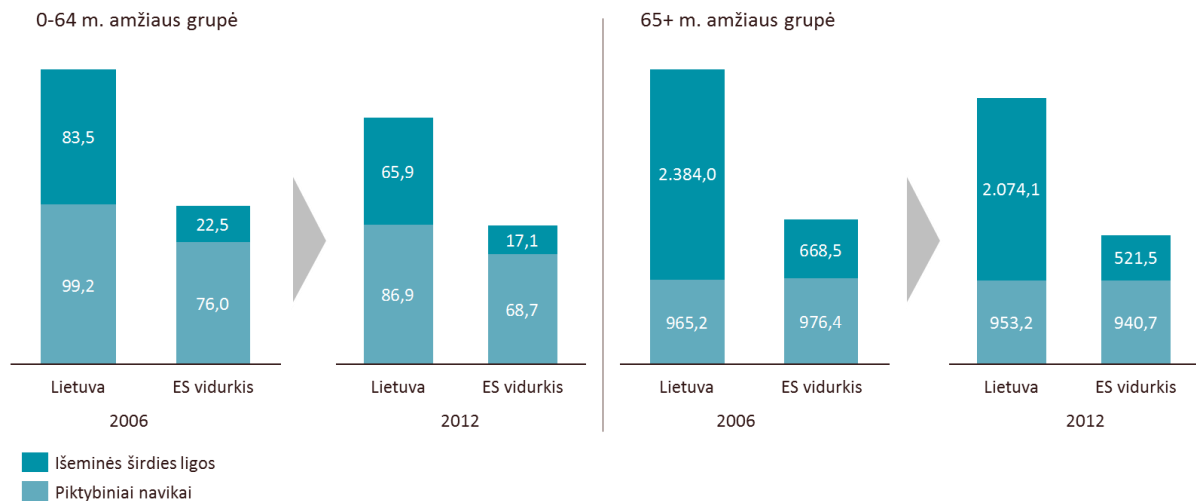
Šių ligų pasiskirstymas visiškai skiriasi vyresnių nei 65 m. asmenų grupėje. Lietuvoje standartizuotas mirtingumas nuo minėtų ligų 2006 m. ES vidurkį viršijo beveik dvigubai. Lietuvoje vyresnių nei 65 m. asmenų grupėje standartizuotas mirtingumas nuo išeminių širdies ligų 2006 m. sudarė daugiau nei pusę visų mirčių nuo šiame grafike nagrinėjamų ligų (ES didesnę dalį sudaro mirtingumas nuo piktybinių navikų). Taip pat pastebima, kad tiek Lietuvoje, tiek ES 2006 m. standartizuotas mirtingumas nuo išeminių širdies ligų bei piktybinių navikų vyresnių nei 65 m. asmenų grupėje trečdaliu viršijo rodiklį jaunesnių nei 65 m. asmenų grupėje.

2012 m.¹⁰¹ situacija, nors ir nežymiai, bet pasikeitė – atotrūkis tarp Lietuvos ir ES 0–64 m. asmenų grupėje sumažėjo, o vyresnių nei 65 m. asmenų grupėje padidėjo (žr. 26 pav.). 2012 m. ir toliau pastebimas netolygumas tarp ligų pasiskirstymo skirtingose amžiaus grupėse tiek Lietuvoje, tiek ES. Taip pat matoma, jog standartizuotas mirtingumas nuo išeminių širdies ligų panašiu tempu mažėjo tiek jaunesnių nei 65 m. asmenų grupėje, tiek vyresnių nei 65 m. asmenų grupėje. Rodiklių pasikeitimas abejose amžiaus grupėse Lietuvoje buvo didesnis nei ES.

¹⁰¹ Analizei pasirinkti 2012 m., nes Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazėje naujesnių duomenų nepateikė Belgija, Bulgarija, Kipras, Danija, Estija, Prancūzija, Graikija, Airija, Italija, Latvija, Rumunija, Slovakija ir Slovėnija.

Nors Lietuvos standartizuoto mirtingumo rodiklis pagal išeminių širdies ligų bei piktybinių navikų grupes išlieka beveik dvigubai aukštesnis nei ES vidurkis, 2007–2013 m. laikotarpiu pastebimas rodiklių gerėjimas. Santykinis pasiskirstymas tarp ligų išliko panašus, tačiau atvejų skaičiai rodo, jog mirtingumas nuo išeminių širdies ligų bei piktybinių navikų Lietuvoje sumažėjo. Sumenko ir ES vidurkis. Lietuvoje rodikliai gerėjo, tačiau kol kas nepakankamai, kad būtų geresni nei ES vidurkis.

26 pav. Standartizuotas mirtingumas pagal ligų grupes, tenkantis 100 tūkst. gyventojų



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazės informacija

Toliau atliekama detalesnė analizė ir nagrinėjami skirtumai tarp Lietuvos ir senųjų bei naujųjų ES valstybių narių. Pastebima, kad Lietuvos atotrūkis nuo naujųjų ES šalių perpus mažesnis nei nuo senųjų. 2006 m. tiek senosiose, tiek naujosiose ES valstybėse narėse, lyginant standartizuotą mirtingumą nuo išeminių širdies ligų bei nuo piktybinių navikų, daugiau nei pusę atvejų jaunesnių nei 65 m. asmenų grupėje sudarė mirtys nuo piktybinių navikų. Lietuvoje, nors mirtingumas nuo piktybinių navikų sudarė daugiau nei pusę mirties priežasčių, abiejų priežasčių dažnumo pasiskirstymas panašus. Kitose ES valstybėse narėse abiejų mirtingumo rodiklių skirtumai didesni (žr. 27 pav.).

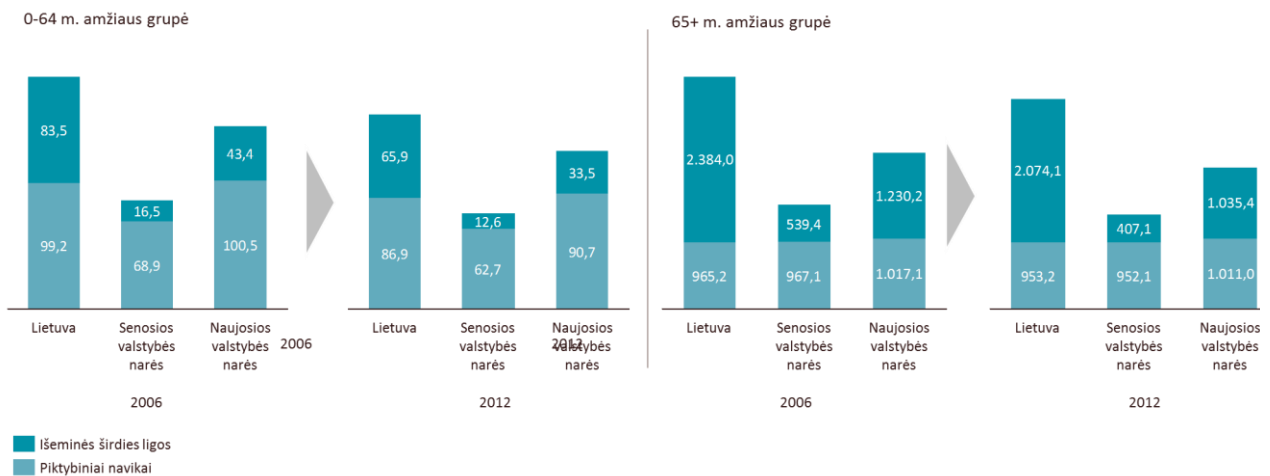
Vyresnių nei 65 m. asmenų grupėje pasiskirstymas visiškai kitoks. Senosiose ES valstybėse didesniąją dalį mirties priežasčių sudarė piktybiniai navikai, o naujosiose valstybėse narėse bei Lietuvoje didesnis procentas teko mirtingumui nuo išeminių širdies ligų.

2012 m. Lietuvoje 0–64 m. amžiaus žmonių mirtingumas nuo išeminių širdies ligų sumažėjo 22 proc., nuo piktybinių navikų – 12,5 proc. Naujosiose valstybėse narėse mirtingumas nuo išeminių širdies ligų sumenko 13 proc., nuo piktybinių navikų – 10 proc. Senosiose valstybėse narėse mirtingumas nuo išeminių širdies ligų sumenko beveik 14 proc., o nuo piktybinių navikų – 10 proc. Visose valstybėse išaugo mirčių nuo piktybinių navikų dalis ir atitinkamai sumažėjo mirtingumas nuo išeminių širdies ligų.

Vyresnių nei 65 m. asmenų grupėje pokyčiai nebuvo tokie dideli. Lietuvoje mirtingumas nuo išeminių širdies ligų sumažėjo 13 proc., nuo piktybinių navikų – 2 proc. Naujosiose valstybėse narėse mirtingumas nuo išeminių širdies ligų sumenko 15 proc., nuo piktybinių navikų – 0,6 proc. Senosiose valstybėse narėse mirtingumas nuo išeminių širdies ligų sumenko beveik 15 proc., o nuo piktybinių navikų – 4,5 proc.

Ryškėja bendra tendencija, jog 2006–2012 m. laikotarpiu Lietuvoje didesnė dalis vyresnių nei 65 m. žmonių miršta nuo išeminių širdies ligų, o dažnesnė jaunesnių nei 65 m. asmenų mirties priežastis yra piktybiniai navikai. ES abiejose amžiaus grupėse didesnę dalį sudarė mirtingumas nuo piktybinių navikų.

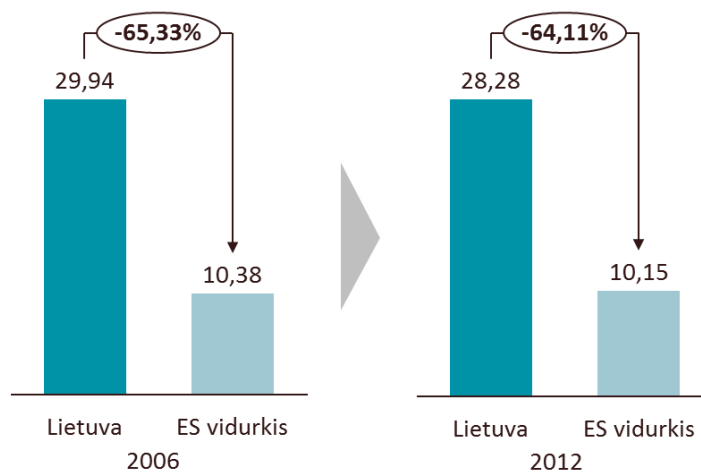
27 pav. Standartizuoto mirtingumo pagal ligų grupes, tenkančio 100 tūkst. gyventojų, palyginimas



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazės informacija

Išanalizavus mirtingumą pagal ligų grupes Lietuvoje ir ES, toliau bus nagrinėjamas dar vienas svarbus mirtingumo rodiklis – **standartizuotas savižudybių skaičius, tenkantis 100 tūkst. gyventojų**. Pagal šį rodiklį matomas didelis Lietuvos atotrūkis nuo ES vidurkio. 2006 m. Lietuvoje savižudybių skaičius, tenkantis 100 tūkst. gyventojų, buvo beveik 3 kartus didesnis nei visoje ES (žr. 28 pav.). 2012 m. atotrūkis sumažėjo 1 proc., nes savižudybių skaičius Lietuvoje sumažėjo 1,7 savižudybės, tenkančios 100 tūkst. gyventojų, o ES vidurkis mažėjo lėčiau ir išliko beveik nepakitęs. Vis dėlto savižudybių skaičius Lietuvoje išlieka didesnis nei ES.

28 pav. Standartizuotas savižudybių skaičius, tenkantis 100 tūkst. gyventojų

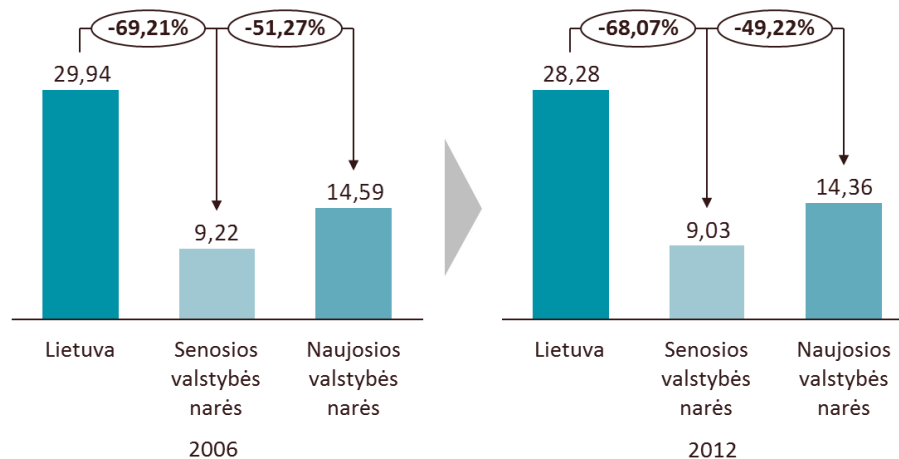


Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazės informacija

Žvelgiant į savižudybių skaičiaus skirtumą tarp Lietuvos ir atskirai senųjų bei naujųjų ES valstybių, pastebima, kad senųjų narių vidurkis buvo daugiau nei triskart mažesnis nei Lietuvos ir per nagrinėjamą laikotarpį nepakito. Lyginant su naujosiomis valstybėmis, Lietuvos vidurkis 2006 m. buvo dukart didesnis, tačiau 2012 m. jis sumažėjo 2 proc. (žr. 29 pav.). Lietuvoje pastebimas labiau teigiamas rodiklio pokytis nei kitose ES šalyse – per analizuojamą laikotarpį jis Lietuvoje, nors ir nežymiai, tačiau sumažėjo. Senosiose

valstybėse rodiklis visiškai nesikeitė, o naujosiose sumažėjo 0,23 savižudybės, tenkančios 100 tūkst. gyventojų.

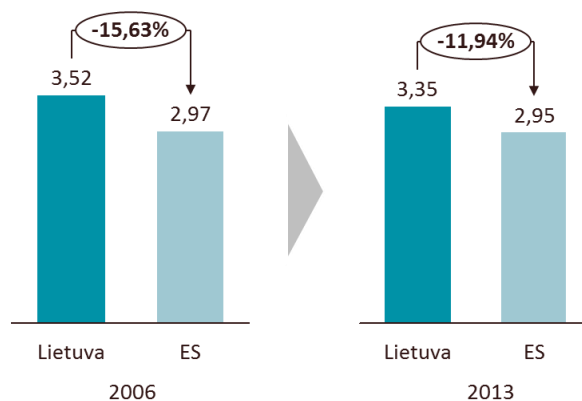
29 pav. Standartizuoto savižudybių skaičiaus, tenkančio 100 tūkst. gyventojų, palyginimas



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazės informacija

Aptarus pagrindinius gimstamumo bei mirtingumo rodiklius, kitas aktualus rodiklis yra **ligoninių skaičius, tenkantis 100 tūkst. gyventojų**. Jis parodo, koks kiekis medicininę, diagnostinę bei gydomąją pagalbą teikiančių ASPJ tenka minėtam žmonių skaičiui. Kaip matyti iš diagramos (žr. 30 pav.), tarp Lietuvos ir ES itin reikšmingo atotrūkio nėra – 2006 m. jis siekė 15,63 proc. Per nagrinėjamą laikotarpį situacija beveik nepasikeitė – Lietuvoje ligoninių skaičius 100 tūkst. gyventojų sumažėjo 0,17 ligoninės, o Europos Sąjungoje šis santykinis rodiklis sumažėjo 0,02 ligoninės. Taigi, atotrūkis tarp ES ir Lietuvos išliko panašus.

30 pav. Ligoninių skaičius, tenkantis 100 tūkst. gyventojų

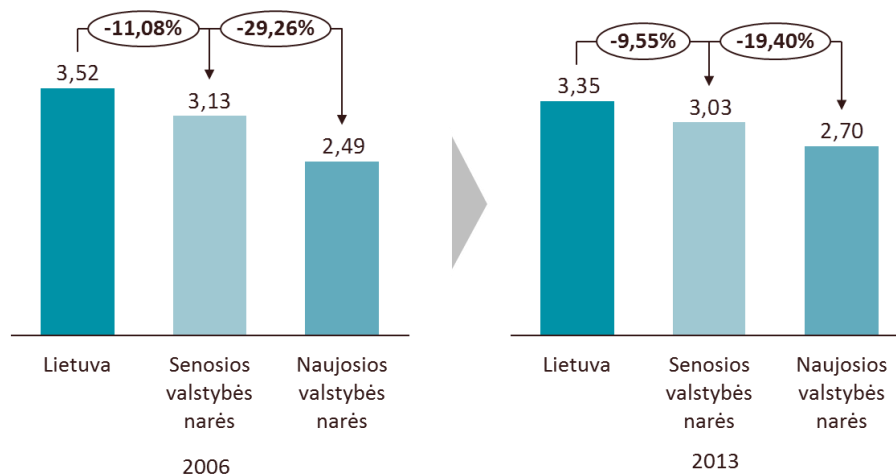


Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazės informacija

Palyginus su naujosiomis ir senosiomis valstybėmis, Lietuvoje ligoninių skaičius, tenkantis 100 tūkst. gyventojų, tiek 2006 m., tiek 2013 m. buvo didesnis nei kitose ES valstybėse narėse. Atotrūkis tarp Lietuvos ir naujųjų valstybių yra didesnis nei tarp Lietuvos ir senųjų ES narių. 2006 m. lėvų skaičius, tenkantis 100 tūkst. gyventojų, senosiose valstybėse narėse buvo 11,08 proc. mažesnis nei Lietuvoje, o naujosiose – 29,26 proc. mažesnis. 2013 m. skirtumas tarp senųjų valstybių narių ir Lietuvos buvo 9,55 proc., o tarp Lietuvos ir naujųjų valstybių jis sumažėjo iki 19,4 proc. (žr. 31 pav.). Lietuvos rodiklio

mažėjimas siejamas su vykdyta sveikatos apsaugos sektoriaus restruktūrizacija – uždarytos nepilnu pajėgumu veikiančios ligoninės, stiprinamos tretinio ir antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigos, taip užtikrinant efektyvų ir struktūrizuotą sveikatos priežiūros įstaigų darbą. Šio reformos etapo metu ligoninių skaičius sumažintas 24 vienetais. Taip pat įvertinamas minėtas visuomenės senėjimas, turintis įtakos santykiniams rodikliams.

31 pav. Ligoninių skaičiaus, tenkančio 100 tūkst. gyventojų, palyginimas



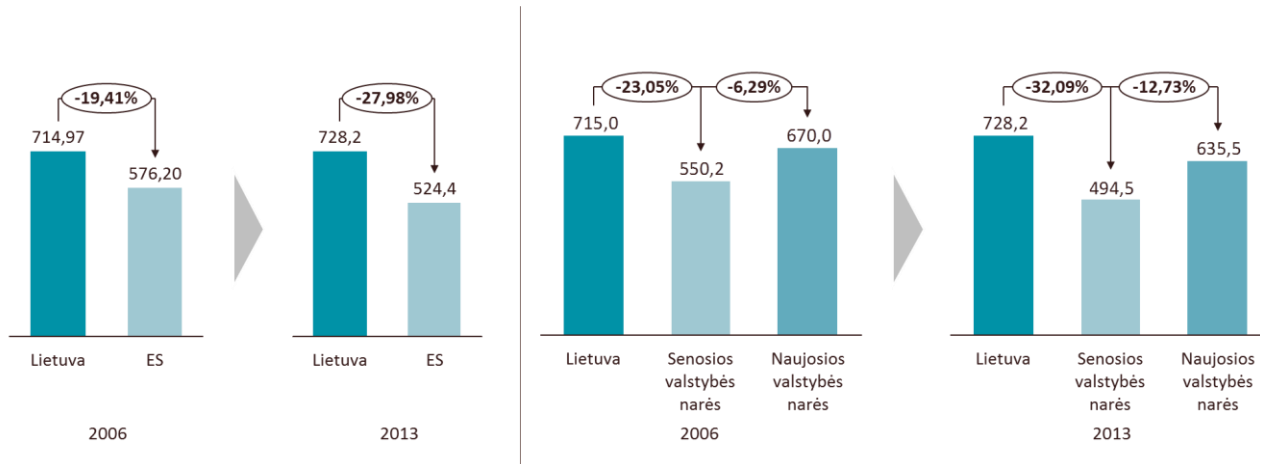
Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazės informacija

Taip pat pravartu smulkiau išanalizuoti kitą su ligoninėmis susijusį rodiklį – **100 tūkst. gyventojų tenkantį ligoninių lovų skaičių**. Jis parodo, kiek šalies sveikatos priežiūros įstaigose yra reguliariai naudojamų ir paruoštų priimti pacientus lovų. Į šį rodiklį įskaičiuojamos užimtos ir neužimtos lovos visose valstybės ligoninėse.

2006 m. ES lovų, tenkančių 100 tūkst. gyventojų, skaičius buvo 19,41 proc. mažesnis nei Lietuvoje. Nors ES struktūrinės paramos teikimo laikotarpiu 2007–2013 m. pastebima Europos ligoninių lovų mažėjimo tendencija, Lietuvoje lovų skaičius, tenkantis 100 tūkst. gyventojų, išaugo – 2013 metais skirtumas tarp Lietuvos ir ES lovų skaičiaus vidurkio siekė 27,58 proc. (žr. 32 pav.).

2013 metais ligoninių lovų skaičius, tenkantis 100 tūkst. gyventojų, sumažėjo tiek senosiose, tiek naujosiose ES valstybėse narėse, todėl senųjų valstybių narių rodiklis 2013 metais buvo 32,09 proc. mažesnis nei Lietuvos. Lyginant su naujosiomis valstybėmis narėmis, skirtumas išaugo dar labiau – nuo 6,29 proc. iki 12,73 proc.

32 pav. Ligoninių lovų, tenkančių 100 tūkst. gyventojų, palyginimas

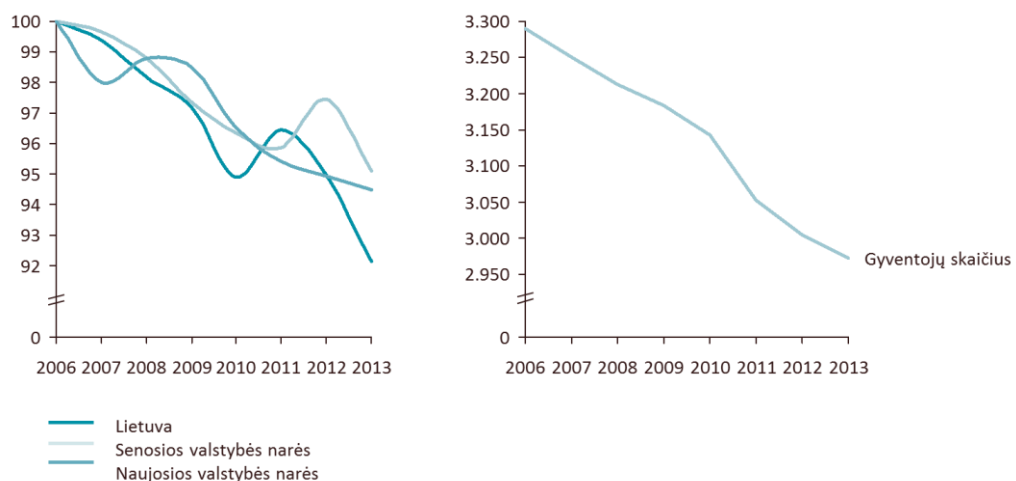


Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazės informacija

Vertinant absoliutų ligoninių lovų skaičių Lietuvoje, 2006–2013 m. laikotarpiu jis mažėjo taip pat, kaip ir visoje ES. Atskaitos tašku pasirinkus 2006 m., pastebima, kad Lietuvoje ligoninių lovų skaičius mažėjo netgi greičiau nei senosiose ar naujosiose ES valstybėse. Nors skirtumas tarp pokyčio naujosiose ir senosiose ES narėse yra visai nedidelis, Lietuvos rodikliai skiriasi. Absoliutus lovų skaičius per nagrinėjamą laikotarpį ganėtinai svyravo, tačiau vis tiek buvo pastebima mažėjimo tendencija (žr. 33 pav.).

2006–2013 m. laikotarpiu gyventojų skaičius Lietuvoje sumažėjo 10 proc., o absoliutus lovų skaičius mažėjo kiek lėčiau – 7 proc. Greitesnis gyventojų skaičiaus mažėjimas lemia didesnį ligoninių lovų, tenkančių 100 tūkst. gyventojų, rodiklį, kuris neatspindi tendencingo absoliutaus ligoninių lovų skaičiaus mažėjimo Lietuvoje.

33 pav. Ligoninių lovų skaičiaus procentinis pokytis bei gyventojų skaičiaus pokytis Lietuvoje 2006–2013 m.

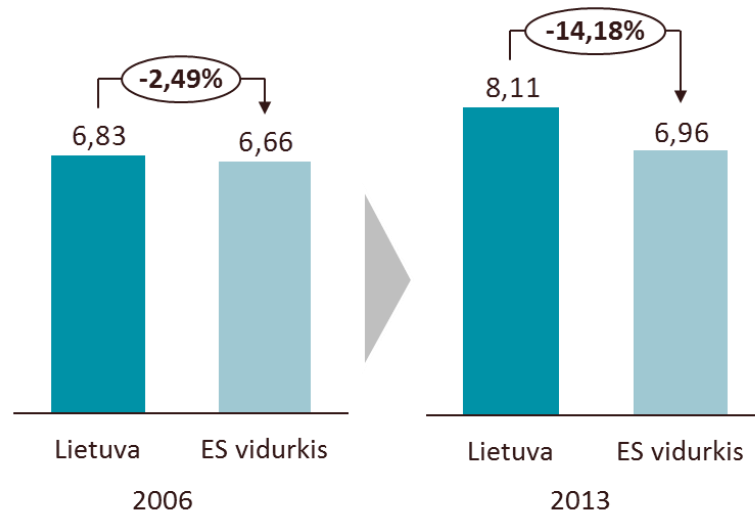


Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos ir LR statistikos departamento duomenų bazių informacija

Ambulatorinių apsilankymų skaičius – svarbus rodiklis, padedantis nustatyti ES struktūrinės paramos finansuojamų priemonių efektyvumą. Jo reikšmė parodo, kiek apsilankymų pas ambulatorines ar pirmines

sveikatos apžiūros paslaugas¹⁰² teikiančius gydytojus vidutiniškai tenka vienam gyventojui per metus. 2006 m. skirtumas tarp Lietuvos ir Europos Sąjungos vidurkio buvo minimalus – ES rodiklis buvo 2,49 proc. mažesnis. 2013 m. didesnis augimas matomas Lietuvoje – konsultacijų skaičius vienam gyventojui išaugo iki 8,11. Europos Sąjungos vidurkis per septynerius metus beveik nepakito ir padidėjo tik 0,3 konsultacijos (žr. 34 pav.).

34 pav. Ambulatorinių apsilankymų skaičius, tenkantis 1 gyventojui per metus

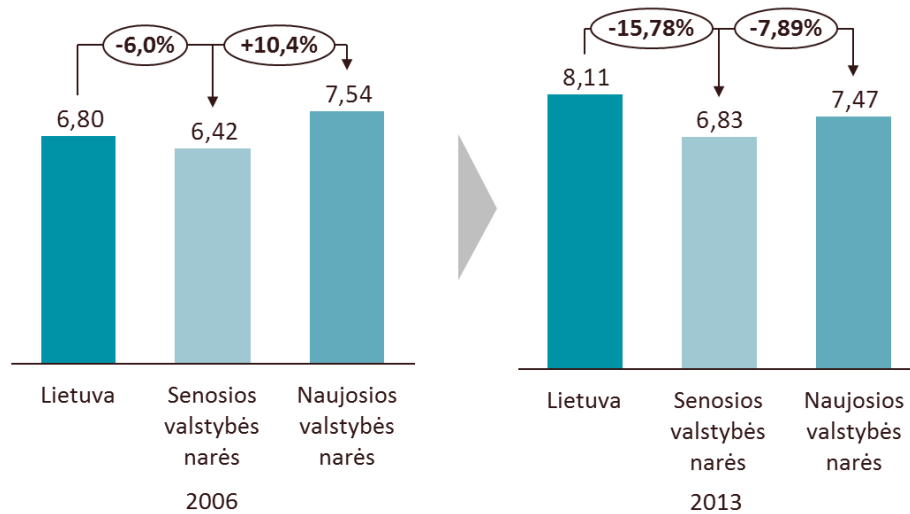


Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazės informacija

Lietuvoje pastebimas stiprus ambulatorinių apsilankymų skaičiaus didėjimas – 2006 m. 1 gyventojui per metus teko 6,8 apsilankymai, o 2013 m. šis skaičius išaugo iki 8,11. Senosiose Europos Sąjungos valstybėse rodiklis padidėjo 0,39 apsilankymo, o naujosiose narėse sumažėjo 0,07 apsilankymo. senųjų valstybių narių rodiklis 2006 m. buvo 6,0 proc. mažesnis nei Lietuvos, o 2013 m. – 15,78 proc. (žr. 35 pav.). Taigi, pastebima, jog ambulatorinių apsilankymų skaičius linkęs didėti.

¹⁰² Skaičiuojant ambulatorinių apsilankymų rodiklį įtraukiami paciento apsilankymai gydytojo kabinete, gydytojo apsilankymas pas pacientą namuose, greitosios medicinos pagalbos iškvietimas, dienos pacientų atvejai, kai pacientas nepaguldomas į stacionarą.

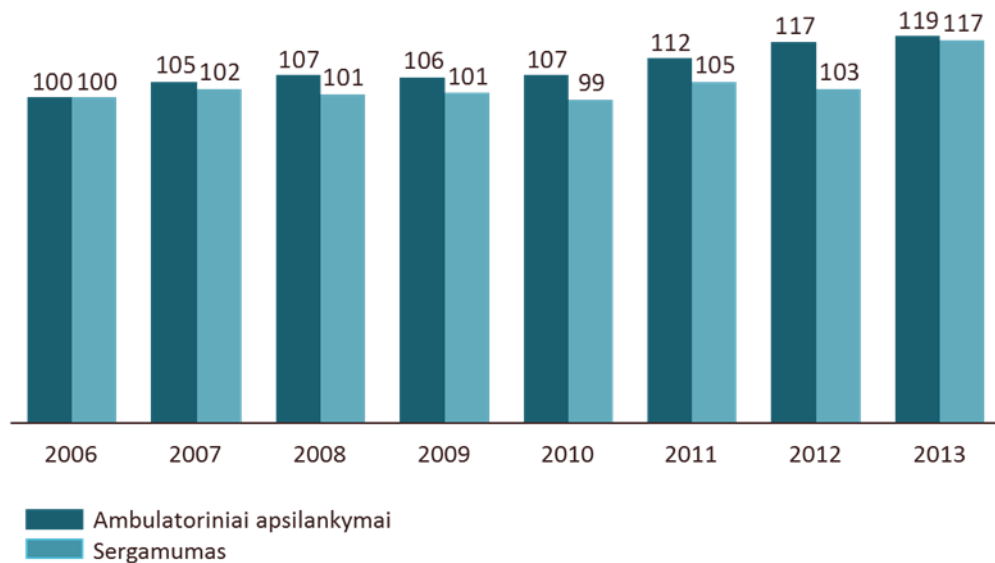
35 pav. Ambulatorinių apsilankymų skaičiaus, tenkančio 1 gyventojui per metus, palyginimas



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazės informacija

Žemiau pateiktoje diagramoje matomas ambulatorinių apsilankymų skaičiaus bei sergamumo procentinis pokytis 2006–2013 m. (žr. 36 pav.). Sergamumu įvardijamas naujai susirgusių asmenų skaičius. Atskaitos tašku analizės tikslais pasirenkami 2006 m., taigi abiejų rodiklių procentinis pokytis vertinamas lyginant su 2006 m. rodikliu. Pastebima, kad nagrinėjamoju laikotarpiu tiek sergamumo, tiek ambulatorinių apsilankymų, tenkančių 1 gyventojui, rodikliai didėjo. Sergamumo rodiklis svyravo labiau nei ambulatorinių apsilankymų rodiklis, o nuo 2012 m. pastebimas staigus šuolis aukštyn. Ši analizė reikalinga įvertinti, kaip kinta ambulatorinių apsilankymų ir sergamumo rodikliai bei koks jų santykis. Atsižvelgiant į tai, kad sveikatos apsaugos sektoriaus restruktūrizavimo metu numatyta plėtoti ambulatorines paslaugas, nurodyti duomenys bus naudojami tolimesnėje analizėje siekiant įvertinti realųjį ambulatorinių apsilankymų augimą.

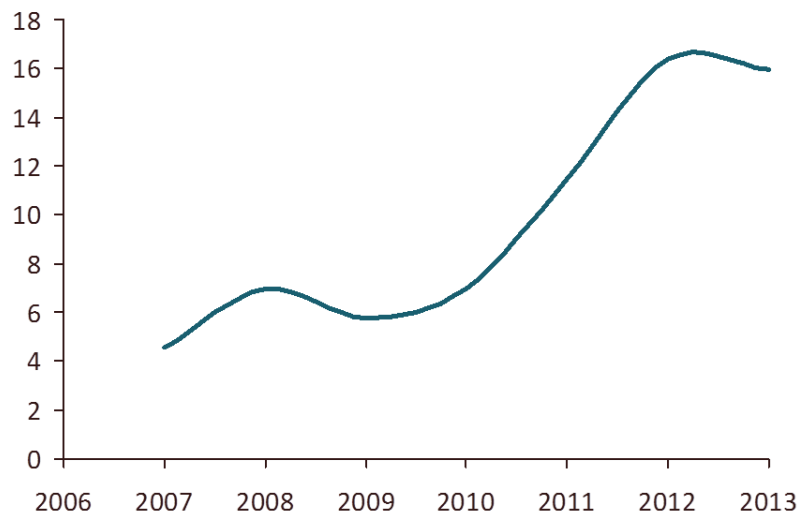
36 pav. Ambulatorinių apsilankymų ir sergamumo rodiklių procentinis pokytis 2006–2013 m.



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Higienos instituto ir Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazių informacija

Analizės tikslais, siekiant įvertinti realųjį ambulatorinių apsilankymų skaičiaus augimą, buvo eliminuota sergamumo įtaka ambulatorinių apsilankymų skaičiaus augimui. Eliminavimas atliktas ambulatorinių apsilankymų pokyčio skirtumą padalinus iš sergamumo pokyčio skirtumo ir išreiškus gautą rezultatą procentiniu pokyčiu. Šis rezultatas parodo, koku tempu realiai, atmetus įtaką, kurią ambulatorinių apsilankymų skaičiaus augimui daro sergamumo augimas, didėjo ambulatorinių apsilankymų skaičius vienam gyventojui per metus. Diagramoje matoma, kad realus ambulatorinių apsilankymų skaičius tolygiai didėjo (žr. 37 pav.). Vertiname, kad 2006–2013 m. laikotarpiu, kaip planuota, vyko ambulatorinių paslaugų plėtra. Eliminavus savaiminių pokyčių aspektą, matomas 16 proc. ambulatorinių apsilankymų augimas nagrinėjamu laikotarpiu.

37 pav. Ambulatorinių paslaugų kiekio procentinis pokytis, eliminavus sergamumo įtaką



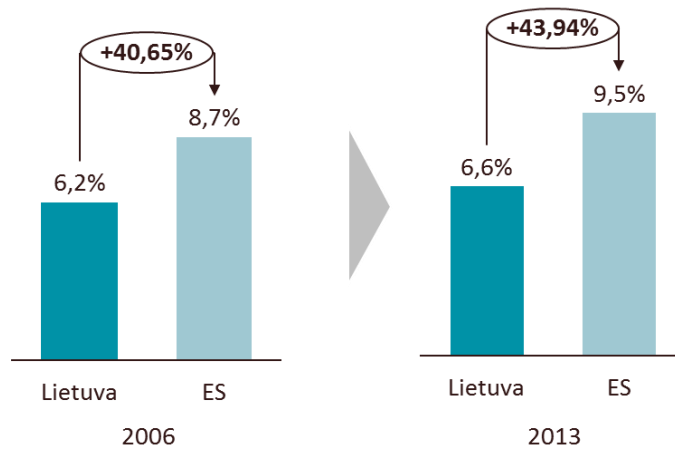
Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Higienos instituto ir Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazių informacija

Didėjant sergamumui, didėja ir pacientų apsilankymų pas gydytoją skaičius, todėl eliminavus sergamumo įtaką, matome realųjį ambulatorinių apsilankymų pas gydytojų augimą, nepaveiktą išorinio veiksnio. Ambulatorinių apsilankymų masto didėjimas taip pat gali būti siejamas su vykdyta sveikatos apsaugos sektoriaus restruktūrizacija, kurios metu dėmesys sutelktas į ambulatorinių paslaugų plėtrą.

Įvertinus rodiklių pokyčius sveikatos apsaugos sistemoje, svarbu apžvelgti, kokia procentinė dalis valstybės bendrojo vidaus produkto (toliau – BVP) yra skiriama būtent sveikatos apsaugos sektoriaus išlaidoms.

Išlaidų sveikatos apsaugai rodiklis. Pastebimas šio rodiklio skirtumas tarp Lietuvos ir ES, kuris beveik nekito viso nagrinėjamo laikotarpio metu. 2006 m. Lietuva skyrė 6,2 proc. BVP sveikatos apsaugai, kai ES vidurkis buvo 40,65 proc. didesnis ir siekė 8,7 proc. 2013 m. situacija beveik nepasikeitė – tiek Lietuvoje, tiek Europos Sąjungoje procentinė BVP dalis sveikatos apsaugai padidėjo, tačiau Lietuvoje augimas buvo lėtesnis nei Europos Sąjungoje (žr. 38 pav.). Tai lėmė skirtumo padidėjimą iki 43,94 proc.

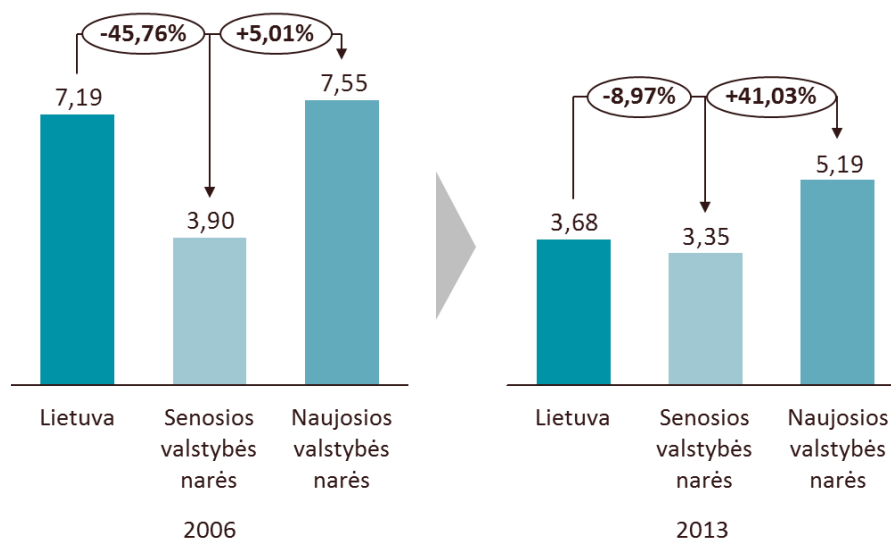
38 pav. Išlaidos sveikatos apsaugai, proc. BVP



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Pasaulio banko duomenų bazės informacija

Lyginant su senosiomis Europos Sąjungos valstybėmis, senųjų valstybių narių išlaidų, skiriamų sveikatos apsaugos sektoriui, procentinė dalis nuo BVP 2006 m. buvo 51,13 proc. didesnė nei Lietuvos, o 2013 m. – 55,15 proc. didesnė. Išlaidų nuo BVP dalis sveikatos apsaugai maždaug vienodu tempu didėjo Lietuvoje ir naujosiose Europos Sąjungos valstybėse – atotrūkis tarp jų yra 2,58 proc. 2006 m. ir 2,42 proc. 2013 m. (žr. 39 pav.). Taip pat pastebima tendencija, kad išlaidos sveikatos apsaugai augo visoje Europoje, tačiau padidėjusius skirtumus tarp senųjų ir naujųjų ES valstybių narių ir Lietuvos lėmė sąlyginai lėtesnis Lietuvos BVP procentinės dalies augimas.

39 pav. Išlaidų sveikatos apsaugai palyginimas, proc. BVP



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Pasaulio banko duomenų bazės informacija

Atlikta strateginio konteksto rodiklių analizė parodė, kad Lietuvos atotrūkis nuo ES valstybių narių 2006 m. buvo ganėtinai didelis ir lyginant daugelį rodiklių siekė daugiau nei 50 proc. Itin didelis savižudybių skaičiaus skirtumas tiek tarp Lietuvos ir senųjų ES valstybių, tiek tarp Lietuvos bei naujųjų narių.

Vertinant kitus mirtingumo rodiklius pagal ligas skirtingose amžiaus grupėse ir bendrai visų gyventojų, 2006–2012 m. Lietuvoje 100 tūkst. asmenų tenka daug didesnė išeminių širdies ligų, piktybinių navikų, traumų ir apsinuodijimų dalis nei ES.

Vis dėlto, pastebimas rodiklių gerėjimas 2013 m. Bendrą sveikatos apsaugos sistemos situacijos gerėjimą rodo didėjanti tikėtina vidutinė gyvenimo trukmė – Lietuvoje ji auga labiau nei ES. Mažėja ir mirtingumas pagal konkrečias ligų grupes, SSVP išskirtas kaip pagrindines mirties priežastis – Lietuvoje nagrinėjamu laikotarpiu beveik trečdaliu sumažėjo mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų rodiklis, ypač darbingo amžiaus žmonių grupėje, taip pat mažėja mirčių nuo piktybinių navikų skaičius bei patiriama mažiau traumų. Nors rodikliai dar neviršija ES vidurkio, tačiau teigiamų pokyčių tempai dažnai lenkia ES vidurkį. Ir nors rodikliai išlieka aukštesni, atotrūkis tarp senųjų ir naujųjų ES valstybių palaipsniui mažėja.

Apibendrinant atliktos rodiklių analizės (žr. skyrių 3.2) duomenis, daroma išvada, kad nagrinėjamu laikotarpiu Lietuvos sveikatos apsaugos sektoriaus rodikliai gerėjo. Priežastinis ryšys tarp rodiklių gerėjimo ir ES struktūrinių fondų investicijų grindžiamas 3.1 skyriuje aprašomais intervencijų loginiais modeliais.

3.3. Antrinių projektų rodiklių pasiekimo mastas be ES finansavimo

Pagal numatytą papildomų ir antrinių stebėsenos rodiklių skaičiavimo metodiką¹⁰³ antrinis rodiklis – rodiklis, apibrėžiantis pagrindinį SAM administruojamų SSVP priemonių įgyvendinimo stebėsenai taikomą rezultato rodiklį „Pacientų, kuriems pagerėjo paslaugų kokybė ir prieinamumas skaičius“, o papildomas rodiklis – rodiklis, leidžiantis papildomai įvertinti 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų sveikatos sektoriuje investicijų naudą ir papildantis 2007–2013 m. SAM administruojamų SSVP priemonių įgyvendinimo stebėsenos sistemoje numatytus rodiklius. Interviu su ekspertais¹⁰⁴ metu paaiškėjo, kad galimybė įgyvendinti projektus ir visiškai pasiekti planuojamus rodiklius (žr. 40 pav.) praktiškai egzistuoja tik tuomet, kai sulaukiama investicijų iš paramos fondų, t. y. ES struktūrinių fondų, Lietuvos Respublikos ir Šveicarijos konfederacijos bendradarbiavimo programos, Europos ekonominės erdvės (EEE) ir Norvegijos finansinių mechanizmų. Pagrindinė to priežastis – valstybės skiriamos lėšos sudaro mažą dalį viso projekto biudžeto.

Apklausoje metu vos 3 įstaigos nurodė, kad 2007–2013 m. laikotarpiu antriniai projektų stebėsenos rodikliai (žr. 5.1 skyrių) būtų pasiekti ir be ES paramos (žr. 40 pav.). Su šiuo teiginiu nesutiko 73 įstaigos. Taip pat 62 įstaigos atsakė, jog be ES finansavimo būtų įgyvendinta vos mažiau nei 30 proc. pasiektos projektų apimties, 7 įstaigos nurodė, kad būtų įgyvendinusios 30–50 proc. projektų apimties, 4 – 50–70 proc., o 3 įstaigoms be ES paramos būtų pavykę įgyvendinti 70–100 proc. faktiškai pasiektos projektų apimties.

Be to, Nacionalinio vėžio instituto vidinis tyrimas¹⁰⁵ parodė, kad ši įstaiga be ES paramos būtų įgyvendinusi tik 15 proc. šiuo metu įgyvendintų projektų masto. Verta paminėti, jog šių investicijų dėka institute dukart padaugėjo ultragarso paslaugų, operacijos laikas sutrumpėjo 21 proc., komplikacijų skaičius sumažėjo 39 proc., o profilaktinių patikrinimų skaičius išaugo beveik dvigubai. VŠĮ Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės atstovai interviu¹⁰⁶ taip pat teigė, jog įgyvendinta infrastruktūros plėtra buvo įmanoma tik gavus ES finansavimą.

¹⁰³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-894 „Dėl sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų sanglaudos skatinimo veiksmų programos priemonių papildomų ir antrinių rodiklių skaičiavimo metodikos patvirtinimo“, 2012 m. rugsėjo 24 d.

¹⁰⁴ VŠĮ Vilniaus m. psichikos sveikatos centro direktoriaus pavaduotoja medicinai, interviu, Vilnius, 2016 m. spalio 12 d.

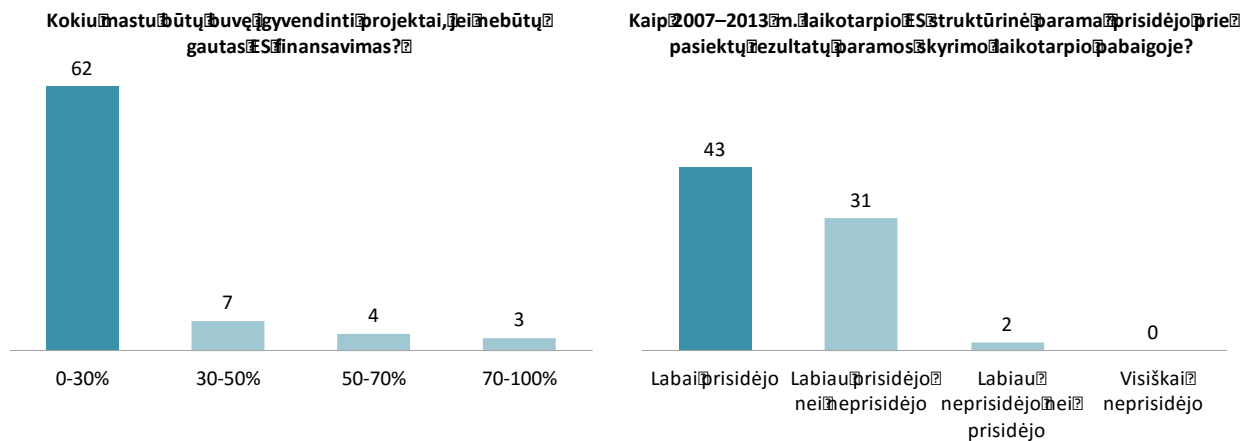
ir Nacionalinio vėžio instituto direktoriaus pavaduotoja strategijai ir plėtrai, interviu, Vilnius, 2016 m. liepos 12 d.

¹⁰⁵ „Tyrimas apie onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo efektyvumą dėka ES paramos“, Nacionalinis vėžio institutas, Vilnius, 2013 m. balandis.

¹⁰⁶ Vilniaus greitosios medicinos pagalbos ligoninės direktorius ir Projektų vadovė, interviu, Vilnius, 2016 m. liepos 7 d.

Tai, kad didžioji dalis šių projektų be ES paramos būtų buvę neįgyvendinti, leidžia daryti prielaidą, jog atitinkami rodiklių pokyčiai (14,7 proc. sumažėjęs standartizuotas mirtingumas nuo išeminių širdies ligų, 30 proc. sumažėjęs mirtingumas nuo traumų ir kitų išorinių priežasčių, 5,54 proc. sumažėjęs savižudybių skaičius) būtų mažesni arba jų reikšmės būtų netgi pablogėjusios, kadangi rodiklių pokyčiai siejami būtent su projektų poveikiu. 43 įstaigų atstovai iš 76 atsakė, jog ES struktūrinių fondų lėšos prisidėjo prie pasiektų rezultatų, 31 įstaiga nurodė, kad parama turėjo teigiamą įtaką – prie rezultatų labiau prisidėjo nei neprisidėjo. Šie rezultatai pagrindžia ankstesnį teiginį.

40 pav. Įstaigų atstovų apklausos rezultatai



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis apklausos duomenimis

Įvertinus interviu bei apklausos duomenis, vertinama, kad be ES struktūrinės paramos projektai būtų įgyvendinti vidutiniškai 15 proc. apimtimi. Ankstesniame skyriuje įvertintus rodiklių pokyčius atskirose savivaldybėse patvirtina ir apklausos duomenys – daugumos respondentų teigimu, ES struktūrinė parama labai prisidėjo prie nagrinėjamo laikotarpio pasiektų rezultatų. Konkretūs pagal priemones pasiekti rodikliai bus nagrinėjami 5.1 skyriuje.

3.4. ES investicijų poveikis strateginių rodiklių pokyčiams

ES investicijos darė įtaką visų projektų, įgyvendintų ES struktūrinių fondų lėšomis, rodiklių pasiekimui. Iš apklausos duomenų bei pasitelkus ekspertų¹⁰⁷ įžvalgą galima išskirti ir konkrečias sritis, labiausiai prisidėjusias prie strateginio konteksto rodiklių gerėjimo. Apžvelgus veiksnius, turėjusius įtakos visų rodiklių pokyčiams, šios sritys nagrinėjamos atskirai. Pateikiami pagrindiniai veiksniai kiekvienoje srityje, atsižvelgiant į minėtų ekspertų įžvalgą bei jas paremiant atlikta sveikatos priežiūros specialistų apklausa.

Didelės reikšmės turi sveikatos priežiūros įstaigų tinklo gerinimas bei plėtojimas. Tai, pasak ekspertų¹⁰⁸, rodo tretinio lygio ligoninių padalinių ar atskirų centrų kūrimasis mažesniuose regionuose. Daugelis paslaugų pradėtos teikti arčiau žmonių gyvenamosios vietos, todėl tapo lengviau pasiekiamos, t. y., pagerėjo paslaugų prieinamumas. Dar vienas reikšmingas dalykas – atnaujinta medicinos įranga, dėl kurios pagerėjo tiek diagnostika, tiek pacientų gydymas (detalūs rodiklių pokyčiai smulkiau analizuojami 5 skyriuje). Kadangi specialistai buvo apmokomi naudoti naują įrangą (kvalifikacijos kėlimo mokymų

¹⁰⁷ VšĮ Vilniaus m. psichikos sveikatos centro direktoriaus pavaduotoja medicinai, interviu, Vilnius, 2016 m. spalio 12 d. ir Nacionalinio vėžio instituto direktoriaus pavaduotoja strategijai ir plėtrai, interviu, Vilnius, 2016 m. liepos 12 d.

¹⁰⁸ Valstybinio psichikos sveikatos centro direktorė, interviu, Vilnius, 2016 m. liepos 5 d. ir VšĮ Vilniaus m. psichikos sveikatos centro direktoriaus pavaduotoja medicinai, interviu, Vilnius, 2016 m. spalio 12 d.

projektai plačiau aprašomi 9.1 skyriuje), pagerėjo jų kvalifikacija. Šios priemonės pagerino sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, prieinamumą ir prisidėjo prie atitinkamų strateginių konteksto rodiklių pokyčių – vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės ilgėjimo, mirtingumo nuo pagrindinių mirties priežasčių sumažėjimo, savižudybių skaičiaus mažėjimo. Gerėjant rodikliams, padidėjo ir vidutinė gyvenimo trukmė. Šis sąryšis plačiau paaiškintas intervencijų logikos scheme (žr. skyrių 3.1).

Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų

Jaunesnių nei 65 m. amžiaus asmenų mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažėjo (20 proc. lyginant 2014 m. su 2006 m.) dėl to, jog radiologijos, echoskopijos bei endoskopijos paslaugos tapo kokybiškesnės bei prieinamesnės. Taip pat pradėta teikti daugiau kardioechoskopijų; daugiau pacientų buvo suteiktos paslaugos dėl infarkto ar kitų ūmių širdies negalavimų. Padidėjo ir ambulatorinės reabilitacijos paslaugų skaičius (žr. 5.1 skyrių). Visi šie pokyčiai buvo pabrėžti atsakymuose į atvirus apklausos klausimus.

Mirtingumas nuo piktybinių navikų

Paramą gavusių ASPJ atstovai taip pat įvardino, jog jaunesnių nei 65 m. žmonių grupės mirtingumo nuo piktybinių navikų mažėjimą lėmė patobulėjusi echoskopija, endoskopija bei gastroenterologija. Atliekant tyrimus modernesne įranga, didėja tikimybė diagnozuoti navikus ankstyvoje stadijoje, neleisti jiems išplisti, taip mažinant mirtingumo tikimybę. Be to, Nacionalinio vėžio instituto specialistai pokalbio metu nurodė, kad ES investicijų dėka visi šios įstaigos tyrimai tapo skaitmeniniai, t. y. pacientui atliktų tyrimų rezultatai lengviau prieinami gydančiam ar konsultuojančiam gydytojui. Institutas taip pat įsigijo modernų diagnostinį aparatą, itin pagerinantį paslaugų kokybę (tiksliau, paslaugos veiksmingumą¹⁰⁹). Diagnostinis aparatas leidžia greičiau ir tiksliau nustatyti naviko lokaciją (diagnozavimo laikas sutrumpėjo 2 dienomis). Tuo atveju, kai paciento diagnozė nėra aiški, naudojamas šis aparatas, kurio pagalba navikas lokalizuojamas itin tiksliai ir greitai.

Mirtingumas nuo išorinių priežasčių

Mirtingumo nuo traumų mažėjimui įtakos turėjo sėkmingas traumatologijos skyrių atnaujinimas sveikatos priežiūros įstaigose (žr. skyrių 2.3.2). ES intervencijos taip pat lėmė ne tik mirtingumo mažėjimą konkrečiose savivaldybėse, bet prisidėjo ir prie mirtingumo nuo traumų ir kitų išorinių priežasčių mažėjimo.

Savižudybių skaičius

Tiek ekspertų¹¹⁰, tiek apklausos bei interviu¹¹¹ duomenimis, vienas svarbiausių pasiekimų gerinant psichikos priežiūros paslaugas bei kartu mažinant savižudybių skaičių yra psichikos dienos stacionarų sukūrimas. Šie centrai suteikia pacientui galimybę sveikatos priežiūros įstaigoje praleisti dieną, vakarais grįžtant namo. Ekspertų nuomone, tai paskatina žmogų kreiptis reikalingos pagalbos, kadangi nebūtina gulėti stacionare. Su ES parama buvo naujai įkurti 27 centrai, įvertinus šių įstaigų gerąją praktiką, centrų išsidėstymas praplėstas – dar 13 psichikos dienos stacionarų įkurta be ES finansavimo – pačių įstaigų lėšomis ar dalinai pasitelkiant valstybės biudžeto pagalbą. Tai šios srities paslaugas išplėtė geografiškai, todėl itin pagerėjo paslaugų prieinamumas. Be to, įkūrus kompleksinės pagalbos ir krizių intervencijos centrus sukurta dalis visiškai naujų paslaugų. Kitos paslaugos, anksčiau teiktos kitose įstaigose, naujai įkurtuose centruose teikiamos pasitelkus kokybiškesnę įrangą, modernesnes patalpas.

Gydytojų apklausa ir pacientų pasitenkinimo tyrimai

Siekiant įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo pagerėjimą, pasitelkti anksčiau atlikti tyrimai, kurių metu apklausti pacientai. Paslaugų kokybės ir pacientų pasitenkinimo jomis vertinimui pasirinkti trys rodikliai – slaugos ir palaikomojo gydymo, greitosios medicinos pagalbos ir

¹⁰⁹ Vadovaujantis 1.2 skyriuje pateikiamu kokybiškų paslaugų apibrėžimu.

¹¹⁰ VšĮ Vilniaus m. psichikos sveikatos centro direktoriaus pavaduotoja medicinai, interviu, Vilnius, 2016 m. spalio 12 d. ir Valstybinio psichikos sveikatos centro direktorė, interviu, Vilnius, 2016 m. liepos 5 d.

¹¹¹ Valstybinio psichikos sveikatos centro direktorė, interviu, Vilnius, 2016 m. liepos 5 d.

šeimoms gydytojų paslaugos – nagrinėti dviejuose skirtingų laikotarpių tyrimuose. 2011 m. UAB „Socialinės informacijos centras“ ir UAB „Europos tyrimai“ atlikto „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybe bei prieinamumu analizė“¹¹². Tyrimo metu nustatyta, jog:

- Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas pacientai vertina vidutiniškai;
- Greitosios medicinos pagalbos paslaugas pacientai vertina 83 proc.;
- Šeimoms gydytojų paslaugas pacientai vertina teigiamai – 82 proc.

Kitas tyrimas, atliktas 2015 m., padės įvertinti pacientų nuomonės pokytį. Šį tyrimą „Pacientų pasitenkinimas viešosiomis sveikatos priežiūros paslaugomis Lietuvoje“¹¹³ 2015 m. atliko „Eurotela“. Šio tyrimo metu nustatyta:

- Pacientai slaugos ligoninių paslaugas vertina teigiamai – 83 proc.;
- Greitosios medicinos pagalbos paslaugas pacientai vertina 85 proc.;
- Šeimoms gydytojų paslaugas pacientai vertina teigiamai – 83 proc.

Išnagrinėjus minėtus tyrimus, matoma, kad tam tikros paslaugos, pacientų nuomone, 2011–2015 m. laikotarpiu pagerėjo. Ryškus pokytis matomas vertinant palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas, kadangi 2011 m. tyrimo metu jos vertintos tik vidutiniškai, o 2015 m. tyrimo metu slaugos paslaugas pacientai vertino geriau. Kitų paslaugų – greitosios medicinos pagalbos ir šeimoms gydytojų – kokybės ir pacientų pasitenkinimo jomis pagerėjimas taip pat matomas, nors ir nėra labai ryškus.

Tam, jog paslaugų kokybė bei prieinamumas išties gerėjo, pritaria ir paramą gavusių sveikatos priežiūros įstaigų gydytojai. Daugiau nei pusė jų (98 iš 173) nurodė, kad įstaigos, kurioje dirba jie patys, teikiamos paslaugos tapo kokybiškesnės. Dar 54 respondentai atsakė, jog kokybė labai išaugo, o jos suprastėjimą pastebėjo tik 4 apklaustieji.

Žvelgiant į prieinamumą, beveik tiek pat – 97 gydytojai – teigė, kad pacientų laukimo laikas nuo registracijos iki paslaugos suteikimo sumažėjo. 10 specialistų pranešė apie sumažėjusį paslaugų suteikimo laukimo laiką. Dar 13 respondentų nurodė, kad šis rodiklis išaugo, o du gydytojai tikino, jog jis labai padidėjo. Visi kiti apklaustieji laukimo laiko prieš suteikiant paslaugą pokyčių nepastebėjo.

Siekiant tikslesnio vertinimo apklausos duomenims patikrinti, pasinaudota Kauno teritorinės ligoninių kasos teikiamais duomenimis¹¹⁴. Nagrinėjant laukimo patekti pas specialistą eiles, pasirinkta Kauno teritorijos atvejo studija, nagrinėjami 18 sveikatos priežiūros įstaigų pateikti duomenys 2007–2013 m. laikotarpiu. Žemiau pateiktoje lentelėje išvardintos sveikatos priežiūros įstaigos, pateikusios duomenis apie pacientų laukimo eiles Kauno teritorinei ligoninių kasai.

16 lentelė. Sveikatos priežiūros įstaigų, pateikusių duomenis apie laukimo patekti pas gydytoją laiką, sąrašas

Eil. Nr.	SPĮ	Eil. Nr.	SPĮ
1.	VšĮ Jonavos ligoninė	2.	VšĮ Kazlų Rūdos ligoninė
3.	LSMU ligoninė viešoji įstaiga Kauno klinikos	4.	VšĮ Kauno klinikinė ligoninė
5.	VšĮ Šakių ligoninė	6.	VšĮ Prienų ligoninė
7.	VšĮ Kaišiadorių ligoninė	8.	VšĮ Kėdainių ligoninė

¹¹² UAB Socialinės informacijos centras ir UAB „Europos tyrimai“, „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybe bei prieinamumu analizė (I dalis)“. 2011 m. vasario 25 d.

¹¹³ UAB „Eurotela“, „Pacientų pasitenkinimas viešosiomis sveikatos priežiūros paslaugomis Lietuvoje“. 2015 m.

¹¹⁴ 2014 m. spalio 28 d. nutarimu Nr. 1K-287 „Dėl asmenų registravimo į asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eiles ir šių eilių stebėsenos tvarkos aprašo ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių stebėsenos ataskaitų formų patvirtinimo“ patvirtinta nauja pacientų eilių stebėjimo tvarka, todėl kitos teritorinės ligoninių kasos ankstesnių duomenų nepateikia.

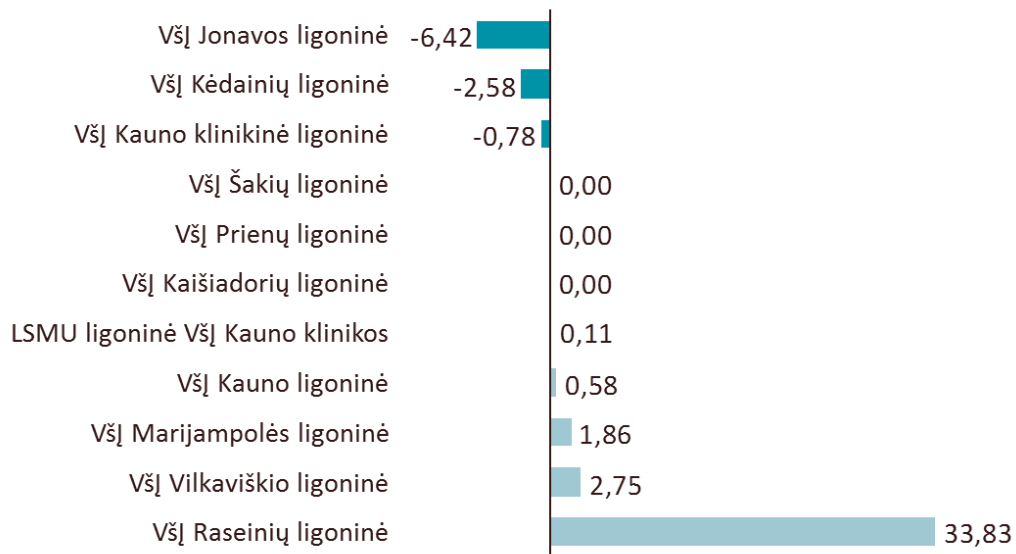
Eil. Nr.	SPĮ	Eil. Nr.	SPĮ
9.	VšĮ Kauno Kalniečių poliklinika	10.	VšĮ Kalvarijos ligoninė
11.	VšĮ Kauno ligoninė	12.	VšĮ Raseinių ligoninė
13.	VšĮ Vilkaviškio ligoninė	14.	VšĮ Kauno Dainavos poliklinika
15.	VšĮ Marijampolės ligoninė	16.	VšĮ Kauno Centro poliklinika
17.	VšĮ Kauno Šilainių poliklinika	18.	VšĮ Kauno Šančių poliklinika

Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Kauno teritorinės ligonių kasos duomenimis

Remiantis surinktais duomenimis, apskaičiuotas vidutinis trumpiausias laukimo patekti pas atitinkamos srities gydytoją laikas kiekvienoje įstaigoje, atsižvelgiant į tai, pagal kokias priemones įstaigoms buvo skirtas ES struktūrinis finansavimas. 41 pav. pateiktas sveikatos priežiūros įstaigų, gavusių paramą širdies ir kraujagyslių ligų srityje, laukimo patekti pas šių ligų gydytoją trukmės pokytis 2007–2013 m. laikotarpiu. Rezultatai rodo, kad iš 11 paramą gavusių sveikatos priežiūros įstaigų laukimo laikas sutrumpėjo / nepasikeitė 6 įstaigose. Labiausiai laukimo patekti pas širdies ir kraujagyslių ligų specialistus laikas sutrumpėjo VšĮ Jonavos ligoninėje. Kaip partnerė dalyvaudama „Vidurio ir vakarų Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo, modernizuojant ir optimizuojant sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą bei teikiamas paslaugas“ projekte, ligoninė aprūpinta reanimacijos lovos komplektais, echokardiografais, kita kardiologijai reikalinga įranga.

Nežymus laukimo patekti pas gydytoją laiko pailgėjimas (mažiau nei viena diena) fiksuojamas 2 sveikatos priežiūros įstaigose. Dar dviejose laukimo laikas pailgėjo 1,86 (VšĮ Marijampolės ligoninė) ir 2,75 (VšĮ Vilkaviškio ligoninė) dienos. Prasčiausias rezultatas užfiksuotas VšĮ Raseinių ligoninėje, kurioje laukimo patekti pas širdies ir kraujagyslių ligų gydytoją laikas pailgėjo 33 dienomis. Šis laukimo laiko pailgėjimas siejamas su tuo, kad projekto įgyvendinimo metu buvo atliekamas reanimacijos-intensyvios terapijos skyriaus patalpų kapitalinis remontas. Dėl vykstančių remonto darbų sumažėjo pacientams priimti reanimacijos-intensyvios terapijos skyriuose skirtos patalpos, o tai lėmė padidėjusias pacientų laukimo eiles. Įgyvendinus projektą, sveikatos priežiūros įstaiga vėl veiks visu pajėgumu, dėl ko pacientų laukimo eilės ilgalaikėje perspektyvoje sutrumpės.

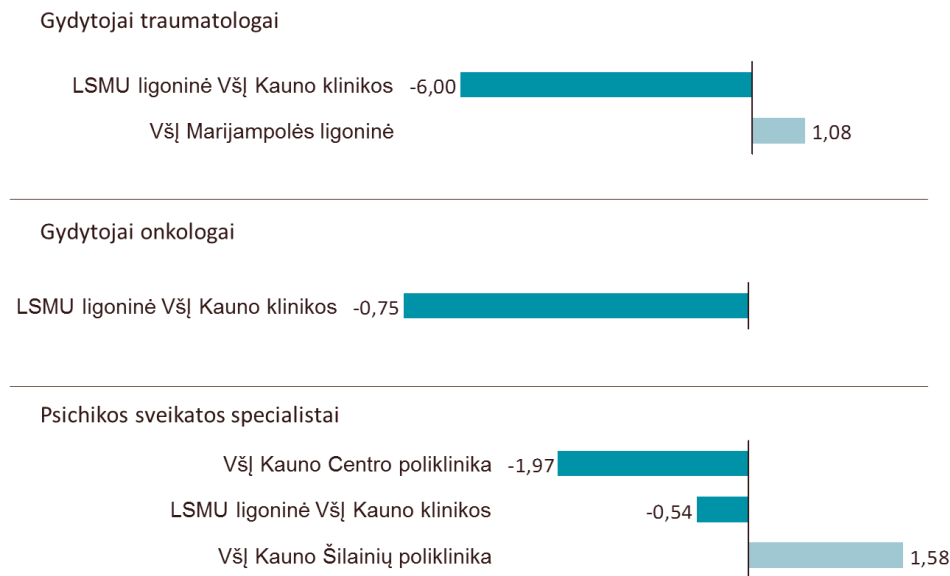
41 pav. Trumpiausio laukimo patekti pas širdies ir kraujagyslių gydytoją laiko pokytis (dienomis) 2007–2013 m.



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Kauno teritorinės ligonijų kasos duomenimis

Žemiau pateikiamose diagramose (žr. 42 pav.) vaizduojamas pacientų laukimo patekti pas atitinkamos srities gydytoją laiko pokytis, atsižvelgiant į tai, pagal kokią investicijų sritį sveikatos priežiūros įstaigai buvo skirtas ES struktūrinių lėšų finansavimas. Rezultatai rodo, kad vidutinis trumpiausias laukimo laikas patekti pas konkrečios srities gydytoją nagrinėjamu laikotarpiu trumpėja. Traumatologijos srityje iš nagrinėjamų įstaigų parama buvo skirta dviem – LSMU ligoninėje Kauno klinikose laukimo laikas sutrumpėjo 6 dienomis, VšĮ Marijampolės ligoninėje fiksuojamas nedidelis laukimo trukmės ilgėjimas – 1,08 dienos. Onkologijos srityje pacientų laukimo laikas taip pat trumpėja – per nagrinėjamą laikotarpį sutrumpėjo 0,75 dienos. Psichikos sveikatos srityje taip pat fiksuojamas laukimo laiko trumpėjimas – dviuose paramą gavusiose įstaigose laukimo laikas sutrumpėjo atitinkamai 1,97 (VšĮ Kauno Centro poliklinika) ir 0,54 (LSMU ligoninė VšĮ Kauno klinikos) dienos.

42 pav. Trumpiausio laukimo patekti pas gydytoją laiko pokytis (dienomis) 2007–2013 m.

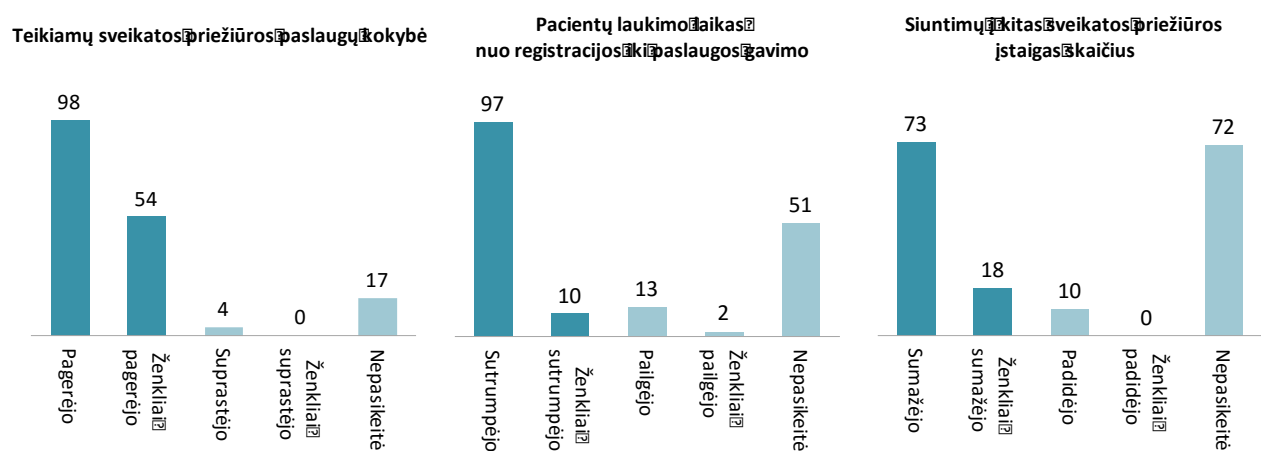


Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Kauno teritorinės ligonių kasos duomenimis

Apžvelgus pacientų laukimo patekti pas gydytoją laiko pokytį, pastebima, kad nagrinėjamoje Kauno teritorinės ligonių kasos teritorijoje paramą gavusiose sveikatos priežiūros įstaigose pacientams norint patekti pas specialistą reikia laukti trumpiau nei anksčiau.

Prieinamumui bei patogumui įtakos turi ir siuntimų į kitas sveikatos priežiūros įstaigas skaičius. Šis aspektas įvertintas remiantis atlikta paramą gavusių įstaigų gydytojų apklausa. Jo mažėjimą apklausoje nurodė 73 specialistai. 72 respondentai atsakė, kad siuntimų kiekis nepakito, tačiau šios apklausos rezultatai praneša apie teigiamą pokytį, nes dar 18 gydytojų teigimu, rodiklis sumažėjo, o jo augimą pastebėjo tik 10 respondentų.

43 pav. Gydytojų apklausos rezultatai



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis apklausos duomenimis

Sveikatos priežiūros įstaigų apklausos metu paaiškėjo konkretūs pokyčiai, lėmę išaugusią paslaugų kokybę bei prieinamumą. Pagrindiniai pokyčiai įvardijami šie: pagerėjusios sąlygos sveikatos priežiūros įstaigose, t. y., moderni įranga bei renovuotos patalpos, didesnis paslaugų spektras. Atliktos gydytojų apklausos duomenys rodo, kad šį pagerėjimą pastebi ir sveikatos priežiūros specialistai. Didėjanti paslaugų kokybė bei prieinamumas prisidėjo prie strateginių konteksto rodiklių pokyčių. Geresnius strateginių konteksto rodiklių rezultatus pasiekti padėjo išaugusi kokybė ir prieinamumas, taigi, galima daryti prielaidą, jog ES paramos įtaka rodikliams buvo paskatinta išvardintų pokyčių.

Apibendrinimas

Siekiant identifikuoti tikslinio ES finansavimo poreikius ir kryptis, buvo sudarytos intervencijų logikos schemos kiekvienai investicijų krypčiai atskirai. Schemose nurodyti siekti rezultatai ir poveikis – vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės didėjimas, mirtingumo ir sergamumo nuo pagrindinių mirties priežasčių mažinimas, savižudybių skaičiaus mažėjimas. Palyginus rodiklius savivaldybėse, kurių ASPĮ buvo suteikta parama, su likusiomis savivaldybėmis, nustatyta, kad kiekvienoje investicijų srityje įvyko esminiai pokyčiai. Gerėjantys rodikliai regionuose, kuriuose buvo įgyvendinti ES struktūrinėmis lėšomis finansuoti projektai, leidžia daryti prielaidą, kad ES intervencijos buvo ne tik nukreiptos tinkama linkme, bet ir sukūrė lauktą poveikį.

Remiantis gautais rezultatais pagal atskiras investicijų sritis savivaldybėse, toliau buvo nagrinėjami SSVP nurodyti strateginio konteksto rodikliai bei kiti (išlaidos sveikatos sektoriui, kūdikių mirtingumas 1 tūkst. gyventojų, ligoninių skaičius 100 tūkst. gyventojų, ligoninių lovų skaičius 100 tūkst. gyventojų) rodikliai. Rezultatai rodo, kad 2006–2014 m. laikotarpiu sveikatos apsaugos sistemos būklė šalyje gerėjo, t. y., didžioji dalis nagrinėtų rodiklių labai pagerėjo. Vis dėlto, ES rodikliai išlieka geresni nei Lietuvos daugelyje sričių, nors situacija Lietuvoje gerėja netgi labiau nei ES. Dėl šios priežastys, vykstantys pokyčiai yra teigiami. Nagrinėjamoju laikotarpiu Lietuvoje padidėjo vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (3,77 metais), padidėjo gimstamumas 1 tūkst. gyventojų (nuo 9,05 iki 10,36), beveik dvigubai sumažėjo kūdikių mirtingumas 100 tūkst. gyventojų (nuo 7,19 iki 3,68), sumažėjo mirtingumas pagal atskiras ligų grupes skirtingose amžiaus grupėse, padidėjo ambulatorinių paslaugų kiekis 1 gyv. (nuo 6,83 iki 8,11), padidėjo išlaidos sveikatos apsaugai (nuo 6,2 proc. iki 6,6 proc.).

Įvertinus pacientų pasitenkinimą teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybe, nustatyta, kad pacientai linkę palankiau vertinti tam tikras paslaugas – šeimos gydytojų, slaugos ir paliatyviosios pagalbos, greitosios medicinos pagalbos. Didėjantis jų pasitenkinimas leidžia daryti prielaidą dėl gerėjančios suteikiamų paslaugų kokybės.

4. Intervencijų sąlygotų pokyčių ir poveikio atitiktis tikslinių grupių poreikiams ir interesams

Prieš atsakant į vertinimo klausimą apie intervencijų sąlygotų pokyčių ir poveikio atitiktį tikslinių grupių poreikiams ir interesams, visų pirma svarbu identifikuoti pačius tikslinių grupių, kurias padėjo išskirti sveikatos priežiūros specialistų apklausa, poreikius. Tai atliekama atsižvelgiant į toje pačioje apklausoje pasikartojančių atsakymų tendencijas. Ar šiuos poreikius atitiko ES struktūrinių fondų intervencijų sąlygoti pokyčiai, nustatyta analizuojant jų sąryšį su intervencijų logika bei sveikatos priežiūros specialistų ir sveikatos priežiūros įstaigų atstovų apklausų duomenimis.

4.1. Tikslinių grupių poreikiai

Igyvendinant struktūrinę ES paramą sveikatos sektoriuje, buvo siekiama gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę, todėl ES paramos panaudojimo tikslinės grupės yra sveikatos priežiūros paslaugų, kurioms sukurti arba patobulinti buvo panaudota ES parama, gavėjai. Atsižvelgiant į pagrindines mirties priežastis Lietuvoje, buvo identifikuotos pagrindinės sveikatos priežiūros sektoriaus sritys, kuriose reikalingi pokyčiai. Remiantis šiais tikslinių grupių poreikiais, paaiškinama, kaip buvo siekiama pokyčių sveikatos apsaugos sektoriuje pagal ES struktūrinės paramos intervencijų logikos kryptis. Kaip pristatyta ankstesniuose vertinimo ataskaitos skyriuose, SSVP II prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ I uždavinio „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ priemonės, reikalingos svarbiausiems identifikuotų tikslinių grupių poreikiams pasiekti, pagal pobūdį yra skirstomos į 5 investicines kryptis. Šiame skyriuje investicijų sritys apžvelgiamos pagal išskirtas tikslines grupes bei jų poreikius.

Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas

Remiantis tuo, kad viena iš pagrindinių mirties priežasčių Lietuvoje yra širdies ir kraujagyslių ligos, sergantiesiems šiomis ligomis ar patenkantiems į rizikos grupę svarbu gauti kokybiškas paslaugas. Ši investicijų kryptis suformuota pagal tikslines grupes – pacientus, kurie naudojami šeimos gydytojų, diagnostinėmis ir stacionarinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis širdies ir kraujagyslių ligoms mažinti. Pagrindiniai tikslinės grupės poreikiai – teikiamos kokybiškesnės paslaugos, trumpesnis laukimo patekti pas gydytoją laikas. Atsižvelgiant į tikslinių grupių poreikius, šioje investicijų kryptyje buvo patvirtinta viena priemonė, pagal kurią ES struktūrinė parama buvo suteikta vienam paramos gavėjui, t. y., Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninei Kauno klinikoms, įgyvendinusioms vieną skėtinį projektą.

Mirtingumo ir neįgalumo dėl traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių mažinimas

Viena iš trijų pagrindinių mirties priežasčių šalyje – traumos ir kitos išorinės priežastys. Svarbu, kad traumas patyrę pacientai gautų reikalingiausią pagalbą kritiniu momentu. Pagrindinės tikslinės grupės šioje investicijų kryptyje – traumas patyrę pacientai bei pacientai, kuriems reikalinga greitoji medicininė pagalba. Jiems svarbu gauti greitą ir kokybišką pagalbą per „auksinę valandą“ (60 minučių potrauminis laikotarpis, per kurį traumą patyrusiam pacientui privalomai turi būti suteikta būtinoji pagalba, taip reikšmingai padidinant tikimybę pacientui išgyventi ir sumažinant komplikacijų tikimybę). Atsižvelgiant į tikslines grupes bei poreikius, pagal šią investicijų kryptį buvo finansuojamas sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitų išorinių sužalojimų atvejais, modernizavimas, t. y., nupirkta reikiama įranga, įsigyti baldai, atnaujintas skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos automobilių parkas (automobiliai aprūpinti modernia medicinos įranga, ryšio priemonėmis, programine įranga).

Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimas

Tikslinės grupės yra visų amžiaus grupių pacientai, kurie naudojami psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis. Jų poreikiai yra pagerintas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas (galimybė gauti paslaugą arčiau namų esančioje sveikatos priežiūros įstaigoje, trumpesnis paslaugos laukimo laikas),

pagerinta sveikatos apsaugos paslaugų kokybė (veiksmingesnės, saugesnės ir lengviau prieinamos paslaugos¹¹⁵). Atsižvelgiant į identifiкуotus tikslinių grupių poreikius, pagal šią investicijų kryptį finansavimas paskirstytas 5 priemonėms, kurių pagrindu įsteigti regioniniai diferencijuoti kompleksinės psichiatriinės pagalbos vaikui ir šeimai centrai, praplėstas psichikos dienos stacionarų tinklas, įkurti krizių intervencijos centrai, atliktas psichikos sveikatos priežiūros centrų patalpų remontas, įrengti kiemeliai, įsigyta reikiama įranga bei transportas. Taip pat modernizuotas ūmios psichiatrijos stacionaras pagal šiuolaikinius ES standartus.

Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas

Viena iš pagrindinių mirties priežasčių šalyje – piktybiniai navikai, todėl pacientams svarbi galimybė kuo anksčiau diagnozuoti ligą bei laiku pradėti ją gydyti. Atsižvelgiant į tai, tikslinė grupė, pagal kurią numatyta investicijų kryptis, – pacientai, kuriems suteikiamos onkologinių susirgimų ir diagnostikos sveikatos priežiūros paslaugos. Didžiausi jų poreikiai – ankstyva ligos diagnozė, paslaugos prieinamumas bei kokybė. Remiantis pagrindiniais tikslinės grupės poreikiais, pagal šią investicijų kryptį buvo patvirtinta viena priemonė, kuriai įvykdyti parama buvo skirta dešimčiai paramos gavėjų. Įgyvendinant šios priemonės projektus, ES paramos dėka buvo gerinamos diagnostinės gydymo paslaugos (diegiami inovatyvūs diagnostiniai tyrimų metodai, gerinama paslaugų kokybė pacientams), įsigyta gydymo įranga (medicininė įranga, reikalinga kaulų čiulpų transplantacijoms, kraujo patogenų procedūroms, imunosorbicijos procedūroms, atliktas sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių onkologijos paslaugas, patalpų remontas. Viena svarbiausių investicijų – įsigyta pozitronų emisijos tomografijos įranga, padedanti fiksuoti radioaktyvių medžiagų sankaupas paciento organizme ir taip įvertinti vidaus organų pakitimus. Taikant šį metodą, naviko lokaciją galima nustatyti labai anksti ir laiku pradėti būtiniausią gydymą.

Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumas, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimas

Sveikatos priežiūra yra būtina ir reikalinga visiems Lietuvos gyventojams ne vien susirgus, bet ir siekiant užtikrinti ligos prevenciją. Taigi, sveikatos priežiūros paslaugoms gauti tikslinė grupė yra Lietuvos visuomenė. Toks tikslinės grupės generalizavimas reikalauja analizuoti visuomenės sveikatos pokyčius, atsižvelgiant į bendrinius sveikatos sektoriaus Lietuvoje rodiklius (pvz.: ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų statistika, vidutinės sveiko gyvenimo trukmės pailgėjimas ir pan.). Tikslinės grupės poreikis – sėkmingai vykdoma ligų prevencija, padidėjęs sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė visų amžiaus grupių pacientams. Remiantis šiais poreikiais, investicinė kryptis apima sveikatos priežiūros sistemos reformavimą, įtraukiant tiek stacionarinių, tiek ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimą bei visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų savivaldybėse plėtrą steigiant ir modernizuojant esamus savivaldybių visuomenės sveikatos biurus. Pagal šią investicinę kryptį buvo finansuotos 3 priemonės. Įgyvendinant projektus, ES struktūrinės paramos pagalba pagal šias priemones buvo įsigyta sveikatos priežiūros įstaigų diagnostinė medicinos įranga, atliktas antrojo lygio ambulatorinių paslaugų teikimo patalpų remontas, atnaujinta slaugos ir palaikomojo gydymo, stacionarines asmens sveikatos priežiūros, dienos chirurgijos paslaugas teikiančių įstaigų infrastruktūra, modernizuoti savivaldybių visuomenės sveikatos biurai. Viena iš šios investicijų krypties priemonių buvo skirta aprūpinti privačias ASPĮ, teikiančias antrines ambulatorines paslaugas bei dienos chirurgijos paslaugas, medicinos įranga bei atlikti patalpų remontą.

Remiantis jau minėtu 2011 m. atliktu „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybe bei prieinamumu analizė (I dalis)“ tyrimu, daroma išvada, kad bendrai visiems pacientams, nepriklausomai nuo ligos, kuria jie serga, ar kito negalavimo, reikšminga aplinka, kurioje jiems suteikiama sveikatos priežiūros paslauga. Respondentų grupėse (vaikai iki 18 metų / jų tėvai ar atstovai, 19–64 m. asmenys bei 65 m. ir vyresni asmenys) dominuoja panašaus pobūdžio poreikiai. Pagrindinis visų grupių poreikis yra gydytojo požiūris į pacientą, jo gebėjimas įsigilinti į paciento problemą. Kitas reikšmingas aspektas – švara bei tvarka gydytojo kabinete. Šio punkto poreikis visų grupių buvo vertinamas 4–4,5 balo 5 balų skalėje. Tai tiesiogiai siejasi su ES struktūrinių lėšų pagalba įgyvendintų

¹¹⁵ Remiantis 1.2 skyriuje pateikiamu kokybiškų paslaugų apibrėžimu.

projektų siekiais atnaujinti ne tik medicininę diagnostinę įrangą, bet ir renovuoti senas patalpas ar pastatyti naujus pastatus¹¹⁶.

Šiuos poreikius pagrindžia ir kitas jau minėtas tyrimas – „Pacientų pasitenkinimas viešosiomis sveikatos priežiūros paslaugomis Lietuvoje“¹¹⁷. Tyrimo metu taip pat tirti ir pacientų poreikiai. Nustatyta, kad stiprų poveikį pacientų aptarnavimo kokybei turi medicininė įranga ir priemonės, kuriomis suteikiama paslauga. Kiek silpnesnį poveikį turi ir komfortiška aplinka, atitinkanti higienos normas, tinkama temperatūra.

4.2. Intervencijų logikos atitiktis tikslinių grupių poreikiams

Remdamasi identifikuotomis pagrindinėmis tikslinėmis grupėmis bei jų poreikiais, 2006 m. buvo pasirinkta atitinkama intervencijų logika, kuri numatė penkias investicijų kryptis. Siekiant išsiaiškinti, ar ji iš tiesų siejasi su minėtų tikslinių grupių poreikiais, reikia pažvelgti į jau sudarytas schemas, atitinkančias kiekvieną investicijų kryptį.

Į tikslines grupes patenka asmenys, priklausantys atitinkamai rizikos grupei, besigydantys konkrečias ligas – širdies ir kraujagyslių, onkologines ligas, patyrę traumas, sergantys psichikos ligomis, besikreipiantys dėl būtinios pagalbos ar slaugos. Kiekvienai pacientų grupei yra būtinos išskirtinės paslaugos.

Pirmojoje intervencijų logikos schemoje (11 lentelė) nurodytas siekis mažinti sergamumą bei mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų. Šios investicijų srities tikslinės grupės poreikis siejamas būtent su pagerėjusia paslaugų kokybe (paslaugų veiksmingumu) bei prieinamumu. Prie šių poreikių patenkinimo prisidėjo įsigyta papildoma ir nauja medicininė diagnostinė įranga bei patalpų, kuriose teikiamos paslaugos, remontas.

Antroji intervencijų logika (12 lentelė) nukreipta į mirtingumo ir neįgalumo dėl traumų ir kitų išorinių priežasčių mažinimą – rekonstruotos priėmimo-skubios pagalbos skyrių patalpos, atnaujintas greitosios pagalbos automobilių parkas.

Trečioji intervencijų logika (13 lentelė) orientuota į psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimą. Šioje srityje buvo ne tik atnaujinamos esamos paslaugos, bet ir plečiamas jų geografinis mastelis. Taip pat buvo kuriamos naujos paslaugos, reikalingos pacientams, bei rekonstruotos ar įkurtos naujos patalpos.

Ketvirtoji intervencijų logika (14 lentelė) nukreipta į ankstyvą onkologinių susirgimų diagnostiką ir visavertį gydymą – didžiausios investicijos skirtos diagnostinei įrangai, leidžiančiai aptikti ligą itin ankstyvoje stadijoje, taip pat remontuotos sveikatos priežiūros įstaigų patalpos.

Penktoji intervencijų logika (15 lentelė) apima plačiausią sritį – šalies gyventojų sveikatos apsaugos priežiūrą. Čia daugiausia dėmesio skirta ambulatoriniam gydymui, slaugai, palaikomajam gydymui bei paliatyviajai pagalbai. Taip pat modernizuojami visuomenės sveikatos biurai, orientuoti į prevencinių programų kūrimą bei platinimą visuomenėje. Dalis investicijų nukreipta ir į privačias sveikatos priežiūros įstaigas.

Pagal tikslines grupes nustatyti poreikiai iš esmės yra kokybiškos ir prieinamos jiems reikalingos paslaugos. Be tiesioginių veiksnių, nuo kurių priklauso minėtieji kriterijai, pacientams taip pat svarbu, kad sveikatos priežiūros įstaigų, kuriose jie lankosi, patalpose nebūtų šalta, jos būtų tinkamos išvaizdos. Taigi, kaip paaiškinta anksčiau, šie poreikiai su intervencijų logika siejasi (žr. 3.1).

¹¹⁶ UAB Socialinės informacijos centras ir UAB „Europos tyrimai“, „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybe bei prieinamumu analizė (I dalis)“. 2011 m. vasario 25 d., 64–68 psl.

¹¹⁷ UAB „Eurotela“, „Pacientų pasitenkinimas viešosiomis sveikatos priežiūros paslaugomis Lietuvoje“. 2015 m.

4.3. Sukurto poveikio atitiktis tikslinių grupių interesams

Nustačius, jog identifikuotų tikslinių grupių poreikiai siejasi su intervencijų logika (žr. skyrių 3.2), svarbu išsiaiškinti, ar sukurtas poveikis atitiko tikslinių grupių interesus. Tai nustatoma išanalizavus įgyvendintų projektų tikslus bei žmonių skundų skaičiaus pokyčius.

Pagrindiniai pagal visas investicijų kryptis siekti rezultatai – gyventojų sergamumo ir mirtingumo mažinimas bei visuomenės psichikos sveikatos stiprinimas; šių rezultatų poveikis – vidutinės gyvenimo trukmės ilgėjimas bei gyvenimo kokybės gerinimas. Pagal psichikos sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo kryptį siekta mažinti savižudybių, prievartos ar kitokio destruktinio elgesio, nukreipto į save ar kitus, atvejų skaičių.

Ankstesniame skyriuje pateikta rodiklių analizė (žr. 3.2 skyrių) parodė, kad 2007–2013 m. laikotarpiu sveikatos apsaugos sektoriuje įvyko esminiai pokyčiai – pailgėjusi vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė, sumažėjęs mirtingumas nuo pagrindinių ligų. Šie pokyčiai buvo vieni esminių siektinų rezultatų, nurodytų ES struktūrinių fondų intervencijų logikos schemose (žr. 3.1 skyrių). Atsižvelgiant į tai, žemiau pateikiamoje lentelėje išskiriamos tikslinės grupės pagal penkias investicijų sritis bei pagrindiniai šių tikslinių grupių poreikiai, nurodyti ankstesniame skyriuje (žr. 4.1 skyrių). Remiantis rezultatais, sukurtais atskirai pagal investicijų sričių priemones ir projektus, lentelėje įvertinama sukurto poveikio atitiktis pagrindinių tikslinių grupių poreikiams.

17 lentelė: Sukurto poveikio atitiktis tikslinių grupių interesams

Tikslinė grupė	Tikslinės grupės poreikis	Sukurto poveikio atitiktis tikslinių grupių poreikiams
Pacientai, kurie naudojami šeimos gydytojų, diagnostinėmis ir stacionarinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis širdies ir kraujagyslių ligoms mažinti.	<ul style="list-style-type: none"> Teikiamos kokybiškesnės sveikatos priežiūros paslaugos; Trumpesnis laukimo patekti pas gydytoją laikas 	<ul style="list-style-type: none"> Suteikiama daugiau kardiologo paslaugų (žr. 5.1 skyrių); Sutrumpėjęs laukimo patekti pas gydytoją laikas (žr. 3.4 skyrių).
Traumas patyrę pacientai bei pacientai, kuriems reikalinga greitoji medicininė pagalba.	<ul style="list-style-type: none"> Greita ir kokybiška pagalba per „auksinę valandą“. 	<ul style="list-style-type: none"> Sumažėjo paslaugų, įvykio vietoje suteikiamų traumas patyrusiems pacientams, vidutiniškai tenkančių vienai GMP įstaigai per metus–35 %.
Pacientai, kurie naudojami psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis.	<ul style="list-style-type: none"> Padidintas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas (galimybė gauti paslaugą arčiau namų esančioje sveikatos priežiūros įstaigoje, trumpesnis paslaugos laukimo laikas); Padidinta sveikatos apsaugos paslaugų kokybė. 	<ul style="list-style-type: none"> Geografiškai plačiai išsidėstę naujai įkurti psichikos dienos centrai, krizių intervencijos centrai, diferencijuotos kompleksinės pagalbos vaikui ir šeimai centrai (žr. 5.2 skyrių); Sukurtos naujos psichikos sveikatos paslaugos (trumpalaikės ir ilgalaikės ambulatorinės psichosocialinės reabilitacijos paslaugos, multisensorinės terapijos).

<p>Pacientai, kuriems suteikiamos onkologinių susirgimų ir diagnostikos sveikatos priežiūros paslaugos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ankstyva ligos diagnozė; • Paslaugos prieinamumas bei kokybė. 	<ul style="list-style-type: none"> • Padidėjo ankstyvoje stadijoje diagnozuojamų atvejų skaičius (žr. 3.1 skyrių); • Padidėjo išgyvenamumo sergant onkologinėmis ligomis rodiklis (žr. 5.1 skyrių).
<p>Gyventojai, gaunantys antrinio lygio ambulatorines paslaugas, skubią pagalbą, slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas, gyventojai, suinteresuoti visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros savivaldybėse plėtra.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sėkmingai vykdoma ligų prevencija; • Padidėjęs sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė visų amžiaus grupių pacientams. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sveikatos priežiūros ir prevencijos paslaugos prieinamos daugiau nei 60 proc. šalies gyventojų (žr. 3.1 skyrių); • Įkurti ar modernizuoti savivaldybių visuomenės sveikatos biurai 45 proc. šalies savivaldybių.

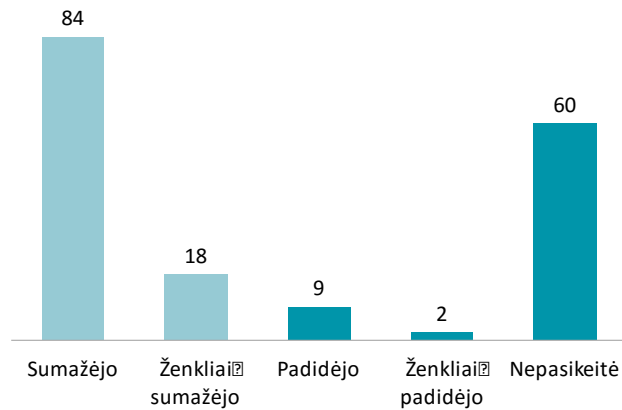
Šaltinis: sudaryta autorių

Vertiname, jog sukurtas poveikis atitiko pagrindinius tikslinių grupių poreikius, kadangi 1,3 mln. šalies gyventojų pagerėjo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė bei prieinamumas, sukurtos naujos paslaugos, atnaujinta ASPJ infrastruktūra.

Tai, kad sukurtas poveikis atitiko tikslinių grupių interesus ir poreikius, galima teigti ir remiantis paramą gavusių ASPJ atstovų apklausa. Net 95 proc. respondentų atsakė, kad ES struktūrinės paramos projektai sutapo su daugumos pacientų poreikiais, o likę 5 proc. nurodė, jog tikslai atitiko bent dalies sergančiųjų poreikius. Pastarojo atsakymo priežastis ta, kad dalis įsigytos įrangos buvo skirta tik specifinėms ligoms gydyti (pvz.: onkologinėms ligoms, itin retoms ligoms), taigi, jos įsigijimas didelei daliai pacientų nebuvo aktualus.

Nustatant sukurto poveikio atitiktį tikslinių grupių poreikiams, svarbus rodiklis yra skundų skaičius. Gydytojų apklausa parodė, jog gyventojų nusiskundimų skaičius didelėje dalyje įstaigų ėmė mažėti. 84 gydytojai iš 173 atsakė, kad sulaukė mažiau skundų, o dar 18 nurodė, jog paslaugomis nepatenkintų pacientų sumažėjo. Vos 9 respondantai tikino sulaukę daugiau skundų, o dar 2 jų sulaukė daug daugiau. Gydytojai teigė, kad pagrindinės pacientų skundų priežastys – ilgas laukimo patekti pas gydytoją laikas, šaltos sveikatos priežiūros įstaigos patalpos. Įgyvendinus ES struktūrinėmis lėšomis finansuotus projektus, skundų skaičius, pasak gydytojų, sumažėjo. Tai rodo pagerėjusią pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

44 pav. Ar padidėjo gyventojų nusiskundimų sveikatos priežiūros paslaugomis po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo? (Apklauso rezultatai)



Šaltinis: sudaryta autorių

Remiantis šia apklausa bei anksčiau minėtais pacientų pasitenkinimo paslaugomis tyrimais, teigtina, jog pacientų poreikiai apima labai platų spektrą – tai su konkrečia jų liga ar negalavimu susijusių sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, taip pat itin svarbus gydytojo požiūris į pacientą, atidumas, nuoširdus bendravimas. Nemažą įtaką turi ir švari bei tvarkinga aplinka. Šių poreikių patenkinimas lemia tai, kad pacientai geriau vertina sveikatos priežiūros paslaugas. Taigi, į tikslinių grupių interesus buvo atsižvelgta ne tik formaliai (t. y., formuojant intervencijų logiką). Pacientai iš tiesų jaučia teigiamus pokyčius.

Apibendrinimas

Planuojant ES struktūrinės paramos intervencijas, daugiausia dėmesio buvo skiriama pagrindiniams rodiklių netolygumams. Būtent pagal juos nustatytos pacientų tikslinės grupės, į kurių sveikatos priežiūrą atsižvelgti reikėtų labiausiai. Įvertinus pagrindinius šių grupių poreikius, nustatyta, kad, nepaisant to, su kokia liga susiduriama, pacientams itin svarbu, kad jais pasirūpintų atsakingas gydytojas, paslaugą suteiktų atidžiai ir rūpestingai; be to, nemažą svarbą paciento pasitenkinimui turi ir gydymo įstaigos aplinka – švarios, tvarkingos patalpos bei nauja medicininė įranga ir kitos priemonės.

Įgyvendinant projektus, buvo investuota į diagnostikos gerinimą bei prieinamumą, įsigyjant modernią įrangą, renovuojant sveikatos priežiūros įstaigų patalpas. Šios investicijos prisideda prie abipusio poveikio – sukuriama palankesnė darbo aplinka darbuotojams, pacientai taip pat lankosi tvarkingoje ir švarioje sveikatos priežiūros įstaigoje, paslaugos jiems teikiamos naujausia medicinine įranga. Išanalizavus pacientų nuomonės tyrimus, nustatyta, kad sveikatos priežiūros paslaugas jie vertina palankiau, ypač teigiamas pokytis matomas slaugos ir paliatyviosios pagalbos, šeimos gydytojų bei greitosios medicinos pagalbos teikiamų paslaugų srityje.

Palyginus tikslinių grupių poreikius su ES intervencijomis pasiektais rezultatais, matoma, kad sukurtas poveikis atitiko pagrindinių tikslinių grupių poreikius. Įgyvendinus projektus buvo ne tik pagerinta sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra, bet ir sukurtos naujos paslaugos, didesnis prieinamumas paslaugoms psichikos sveikatos srityje, visuomenės sveikatos priežiūros srityje. Tai rodo, kad atliktos intervencijos buvo nukreiptos tinkama linkme ir įgyvendinti projektai šiose konkrečiose srityse prisidėjo prie pacientų poreikių patenkinimo ir pasitenkinimo paslaugų kokybe gerėjimo.

5. Priemonių bei projektų, skirtų užtikrinti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas, rezultatai

Šiame skyriuje nagrinėjama, kokius rezultatus pavyko pasiekti visoms 12 vertinamų finansavimo priemonių. Apžvelgus tiek pirminius, tiek antrinius rodiklius, svarbu išsiaiškinti, kokie veiksniai turėjo įtakos jų pasiekimo mastui. Skyriaus gale nustatomas išanalizuotų priemonių tinkamumas, parodantis, ar ES struktūrinių fondų investicijos iš tiesų buvo nukreiptos tikslingai.

5.1. Pagrindinės priemonės

Visos priemonės vertinamos pagal atitinkamus pirminius ir antrinius rodiklius, padedančius nustatyti pagal priemonę įgyvendintų projektų efektyvumą. Visų rodiklių rezultatai vertinami 2013 m.

Pirminiai rodikliai, taikomi visoms priemonėms (išskyrus 7 ir 11 priemones), yra šie:

- **Pacientų, kuriems pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas, skaičius** – rodiklis nurodo pacientų, kuriems per paskutinius kalendorinius metus buvo suteikta konkreti paslauga konkrečioje ES paramą gavusioje sveikatos priežiūros įstaigoje, kurios visa numatyta atnaujinti infrastruktūra yra modernizuota, skaičių;
- **Paramą gavusios sveikatos priežiūros įstaigos** – šiuo rodikliu apibrėžiamas sveikatos priežiūros įstaigų, kuriose modernizuota visa projekte numatyta atskiros įstaigos infrastruktūra, skaičius;
- **Įgyvendinti projektai** – rodiklis nurodo, kiek projektų buvo įgyvendinta pagal priemonę, atsižvelgiant į pasirašytas finansavimo ir administravimo sutartis.

1 priemonė: „Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas“

Paramą pagal šią priemonę gavo 34 ASPJ, įgyvendinusios bendrą projektą „Vidurio ir Vakarų Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, modernizuojant ir optimizuojant sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą bei teikiamas paslaugas“.

Priemonės rezultatai buvo vertinami pagal pirminių ir antrinių rodiklių įgyvendinimo rezultatus¹¹⁸:

- **Pacientų, kuriems pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas, skaičius.** Priemonės apraše numatytas rodiklis siekia 95,3 tūkst. pacientų, sutartyse numatytas pasiekti pacientų skaičius – 350 tūkst. Kadangi projektas baigtas įgyvendinti 2015 m. pabaigoje, o rodiklis skaičiuojamas praėjus metams po galutinės ataskaitos pateikimo, duomenys šiam rodikliui apskaičiuoti dar nėra pateikiami. Pacientų rodiklis bus skaičiuojamas nuo 2016 m. pabaigos.
- **Pacientų, kuriems pagerėjo detalus kardiologinis ištyrimas, skaičius.** Rodiklis rodo per nagrinėjamą laikotarpį padidėjusį paramą gavusių ASPJ apsilankančių pacientų, gaunančių detalių kardiologinį ištyrimą, skaičių. Remiantis suteiktų kardiologų paslaugų apimtimi, paslauga suteikta 51 936 pacientams.
- **Sumažėjęs hospitalizacijų dėl širdies ir kraujagyslių ligų skaičius, tenkantis 1 tūkst. gyventojų.** 2006 m. rodiklis buvo 42,28 hospitalizacijos 1 tūkst. gyventojų, o 2014 m. – padidėjo iki 43,87 hospitalizacijos 1 tūkst. gyventojų.
- **Vidutinė gulėjimo ligoninėje dėl ŠKL trukmė¹¹⁹.** Vienas iš priemonės tikslų buvo sutrumpinti vidutinę gulėjimo ligoninėje dėl širdies ir kraujagyslių ligų trukmę viena para. Prieš vertinamo finansavimo skyrimą, 2006 m., vidutinė gulėjimo ligoninėje trukmė dėl ŠKL buvo 12,96 dienos. Iki

¹¹⁸ Vertinant šią priemonę, nebuvo vertinamas darbo dienų praradimo dėl ŠKL rodiklis, kadangi SODRA negalėjo pateikti duomenų šiam rodikliui apskaičiuoti.

¹¹⁹ Vertinamas pokytis visoje Lietuvoje

2011 m. trukmė nežymiai mažėjo, tačiau 2012 m. išaugo iki 13,54 dienos. Po ES struktūrinės paramos skyrimo, 2014 m., vidutinis gulėjimo ligoninėje laikas dėl ŠKL vis dar augo ir jau siekė - dienos.

Priemone buvo siekiama mažinti sergamumą bei mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų visose amžiaus grupėse. Remiantis statistikos duomenimis, šis tikslas buvo visiškai pasiektas: mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų 0-64 m. asmenų grupėje sumažėjo 30 proc., o vyresnių nei 65 m. asmenų – 3,5 proc. Kitas svarbus rodiklis, kurio siekta įgyvendinant projektą, – padidėjęs pacientų, kuriems pagerėjo detalus kardiologinis ištyrimas, skaičius. Remiantis konkrečių kardiologinių paslaugų kodais, ASPJ, teikiančiose antrinio lygio kardiologo paslaugas, pacientų, gaunančių kardiologinį ištyrimą skaičius padidėjo 3,5 karto. Tretinio lygio paslaugas teikiančiose įstaigose pacientų skaičius padidėjo 1,5 karto.

Taip pat vertintas hospitalinio sergamumo¹²⁰ 1 tūkst. gyventojų širdies ir kraujagyslių ligomis rodiklis. Įgyvendinant projektus buvo siekta šio rodiklio mažėjimo, tačiau 2007–2013 m. laikotarpiu jis kito nepastoviai, o periodo pabaigoje buvo nežymiai didesnis nei finansavimo išvakarėse – 43,87 atvejo, tenkančio 1 tūkst. gyventojų. Tai lėmė ir kito rodiklio – vidutinės gulėjimo ligoninėje trukmės dėl ŠKL – reikšmės pokyčius. Įgyvendinant projektą, numatyta 1 para sumažinti vidutinę gulėjimo trukmę, tačiau šis rodiklis nebuvo pasiektas – 2013 m. vidutinė gulėjimo trukmė ligoninėje dėl ŠKL buvo 13,71 paros. Vis dėlto, šiam rodikliui įtakos turi ir tai, kad projektas baigtas įgyvendinti 2015 m. antroje pusėje, todėl tikėtina, kad projektu sukurta pridėtinė vertė bus matoma praėjus bent metams po projekto įgyvendinimo pabaigos.

Priemone finansuotos šios veiklos: medicininės, diagnostinės įrangos (reanimacinių lovų komplektai, dirbtinės plaučių ventilacijos aparatai, automatiniai švirkštai, otorinolaringologinė įranga su endoskopais, 320 pjūvių KT aparatas, echokardiografai, veloergometrai, defibriliatoriai, kraujo krešėjimo analizatoriai, elektrokardiografai, gyvybinių funkcijų stebėjimo monitoriai) įsigijimas, patalpų remontas (atnaujintos klinikų laboratorijos, funkcinės diagnostikos, kardiologiniai kabinetai), LSMUL Kauno klinikose įrengtas diagnostinis centras. Įvertinus įvykdytas projekto veiklas, jų mastą ir apklausų metu gautus duomenis, nustatyta, kad projektas įgyvendintas sėkmingai ir efektyviai. Kadangi projekto partnerės buvo 34 ASPJ, įsigyta įranga išdalinta plačiu geografiniu mastu Vidurio ir Vakarų Lietuvoje. Tai lėmė geresnį paslaugų prieinamumą mažesnių miestų bei rajonų gyventojams, pagerėjo kardiologinio ištyrimo paslaugų kokybę (įsigyta nauja, tikslesnė įranga pagerino paslaugų veiksmingumą, taip pat pacientų aptarnavimo pajėgumus).

Rezultatų įgyvendinimą galima paaiškinti ir papildomu valstybės finansavimu – siekiant mažinti mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų, Valstybės investicijų programoje numatyta priemonė „Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimas“, pagal kurią iš valstybės biudžeto skiriamas papildomas finansavimas. Ši programa derinta su SSVP numatytais siekti tikslais sveikatos apsaugos sektoriuje. Programoje numatyti tikslai mažinti sergamumą bei mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų, traumų bei kitų išorinių mirties priežasčių, piktybinių navikų, gerinti visuomenės psichikos sveikatą. Programoje numatytas finansavimas sudarytas iš ES lėšų bei valstybės lėšų. Kai kurių rodiklių pasiekimui įtakos turėjo tai, kad projektas įgyvendintas mažiau nei prieš metus, todėl dalis rodiklių nepradėta skaičiuoti ar dar nėra juntamas jų realus pokytis.

2 priemonė: „Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitų, dėl išorinių priežasčių sąlygotų būklių atvejais, infrastruktūros atnaujinimas“

Pagal šią priemonę paramą gavo 13 ASPJ, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitų išorinių priežasčių sąlygotų būklių atvejais. Priemone buvo planuota pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą 200 tūkst. pacientų, paramą suteikti 15 ASPJ.

¹²⁰ Hospitalinis sergamumas – tai išrašytų iš stacionaro pacientų skaičius per metus dėl atskirų ligų ar ligų grupių 1 tūkst. gyventojų

Priemonės rezultatai buvo vertinami pagal pirminių ir antrinių rodiklių įgyvendinimo rezultatus¹²¹:

- **Pacientų, kuriems pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas, skaičius.** Priemonės apraše numatytas pasiekti rodiklis – 200 tūkst., bendrai projektų sutartyse numatytas rodiklis – 180 763 pacientai, kuriems pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų kokybė. Realiai pasiektas rodiklis – 438 768¹²² pacientai, kuriems pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų kokybė.
- **Paramą gavusios sveikatos priežiūros įstaigos.** Pagal priemonę buvo planuota paramą suteikti 15 ASPJ. Patvirtinta 16 paraiškų, tačiau trys ASPJ pateikė po dvi paraiškas, taigi, bendras finansavimą gavusių įstaigų skaičius – 13.
- **Įgyvendinti projektai.** Priemone planuota įgyvendinti 15 projektų, tačiau realiai įgyvendinta 16 projektų.

Pagal pirminius rodiklius planuota įgyvendinti 15 projektų, tačiau realiai įgyvendinta daugiau projektų, nei numatyta, – 16. Vis dėlto, projektus įgyvendinančių įstaigų skaičius mažesnis – 13; taip atsitiko dėl pasikartojančių įstaigų, įgyvendinančių skirtingo profilio projektus. VŠĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė įgyvendino du projektus – operacinio bloko remonto bei priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus optimizavimo ir infrastruktūros atnaujinimo, VŠĮ VUL Santariškių klinikos įgyvendino skubios medicinos pagalbos traumų atvejais kokybės gerinimo bei vaikų traumų centro infrastruktūros plėtros projektus. Dar viena įstaiga, įgyvendinusi du projektus, – VŠĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, kurios projektai skirti ligonių priėmimo bei skubiosios pagalbos infrastruktūros plėtrai ir traumatologinės pagalbos infrastruktūrai ir kokybei gerinti.

2007–2013 m. laikotarpiu pastebimas mirtingumo nuo traumų ir kitų išorinių priežasčių mažėjimas. Darbingo amžiaus žmonių grupėje tokių atvejų sumažėjo 1 681 atveju, t. y. 59 proc., vyresnių nei 65 m. asmenų grupėje – 200 atvejų, t. y. 19 proc. Taip pat nagrinėjamoju laikotarpiu daugėjo pacientų, patyrusių traumą ar kitą sužeidimą, kurie iškart pervežami į priėmimo-skubiosios pagalbos centrus. Remiantis UAB „Eurointegracijos projektai“ 2015 m. atliktu LR sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų priemonių poveikio „auksinei valandai“ vertinimu¹²³, 2007–2012 m. laikotarpiu sumažėjo paslaugų, įvykio vietoje suteikiamų traumų patyrusiems pacientams, – atitinkamai 1 517 atvejų ir 980 atvejų, vidutiniškai tenkančių vienai greitosios medicinos pagalbos įstaigai per metus. Taip pat, remiantis šios analizės duomenimis, minėtuoju laikotarpiu padidėjo į traumos centrus pervežamų pacientų skaičius – 2007 m. jis buvo 850 pacientų, o 2012 m. – 930 pacientų. Atsižvelgiant į tai, kad mirtingumas nuo traumų ir kitų išorinių priežasčių analizuojamu laikotarpiu drastiškai mažėjo (žr. 3.1 skyrių), teigiama, kad tam įtakos turi pagerėjusi paslaugų kokybė. Pirmiausia atnaujintuose priėmimo-skubiosios pagalbos medicinos centruose įsigyta nauja medicininė įranga, taip pat tiksliau sureguliuotas priėmimo procesas, leidžiantis greitai ir efektyviai priimti pacientus, didina paslaugų prieinamumą ir atitinkamai kokybę; visa tai atspindi sumažėję mirtingumo rodikliai.

Vertinant pacientus, kuriems pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, pasiektas rodiklis veiksmų programoje numatytąjį viršija 2,2 karto. Tai rodo, jog didesniai nei planuota pacientų skaičiui buvo suteiktos geresnės kokybės paslaugos.

Pagal šią priemonę įgyvendintų projektų metu buvo renovuotos priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių patalpos, įsigyti automobiliai su mobilia bei kita įranga, įsigyta medicininė įranga. Remiantis apklausų ir interviu duomenimis, galima daryti prielaidą, jog šios veiklos buvo būtinos, siekiant pagerinti paslaugų kokybę bei prieinamumą pacientams, patyrusiems traumas. Pagrindiniuose priėmimo-skubiosios pagalbos

¹²¹ Remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. lapkričio 29 d. įsakymu Nr. 515 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atsakomybės tvarkos“, forma 110/a „Greitosios medicinos pagalbos kvietimo kortelė“ įstaigoje saugoma 3 metus, todėl rodiklis – Pacientų, kuriems traumos atveju paslauga suteikta per „auksinę valandą“, skaičius – negali būti apskaičiuotas.

¹²² SFMIS, priežiūros rodiklių pasirinkimo duomenys, 2016 m. liepa

¹²³ UAB „Eurointegracijos projektai“. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų priemonių poveikio „auksinei valandai“ vertinimas. Galutinė vertinimo ataskaita“, 2015 m. vasario 17 d., p. 47.

skyriuose Lietuvoje kasdien apsilanko iki kelių šimtų pacientų, kuriems reikalinga būtinoji pagalba. Nors pacientų srautai yra pakankamai dideli – kasdien didžiųjų miestų priėmimo-skubios pagalbos skyriuose priimama apie 200–300 pacientų, kasmet tai yra apie 73 tūkst. – 100 tūkst. pacientų, tačiau interviu su ASPJ atstovais¹²⁴ metu išsiaiškinta, kad didelių eilių priėmimo-skubios pagalbos skyriuose nepastebima. Dėl atnaujintos priėmimo sistemos, įsigytos įrangos greičiau priimamas pacientas, efektyviau suteikiama jam reikalingiausia būtinoji pagalba.

Šiai priemonei buvo skirta viena didžiausių finansavimo sumų, lyginant su kitomis priemonėmis. ES intervencijos galimai siejasi su beveik per pusę sumažėjusiu mirtingumu dėl traumų ir kitų išorinių priežasčių. Projektų efektyvumas, vertinant pagerėjusius rodiklius, plačiau aptariamas 7.1.3 skyriuje. Remiantis atlikto tyrimo duomenimis, laikas nuo iškvietimo priėmimo iki paciento pristatymo į priėmimo-skubios pagalbos centrą 2006–2012 m. reikšmingai nekito¹²⁵, išliko apie 50 min. Statistiškai mažai reikšmingi pokyčiai leidžia daryti prielaidą, kad didesnę įtaką rodiklių gerėjimui turėjo atnaujinti priėmimo-skubiosios pagalbos centrai, į kuriuos pristatytas pacientas gauna operatyvesnę bei tikslingesnę pagalbą traumas atveju.

3 priemonė: „Greitosios medicinos pagalbos ir skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos infrastruktūros atnaujinimas“

Pagal šią priemonę buvo įgyvendinamas 1 projektas, vykdytas SAM ir skirtas Greitosios medicinos pagalbos parkui atnaujinti.

Priemonės rezultatai buvo vertinami pagal pirminių ir antrinių rodiklių įgyvendinimo rezultatus¹²⁶:

- **Pacientų, kuriems pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas, skaičius.** Veiksmų programoje numatytas siekiamas rodiklis – 183 244 pacientai, projekto sutartyje numatytas rodiklis – 113 799 pacientai, realiai pasiektas rodiklis – 765 801¹²⁷ pacientas;
- **Paramą gavusios sveikatos priežiūros įstaigos.** Veiksmų programoje numatytas rodiklis – 43 sveikatos priežiūros įstaigos, realiai pasiektas rodiklis – 48 sveikatos priežiūros įstaigos;
- **Įgyvendinti projektai.** Greitosios medicinos pagalbos automobilių parko atnaujinimą organizavo Sveikatos apsaugos ministerija, įgyvendinusi 1 projektą.

Vienas pagrindinių siekiamų tikslų buvo pagerinti skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos bei greitosios medicinos pagalbos teikiamų paslaugų kokybę ir prieinamumą. Greitosios medicinos pagalbos automobiliais aprūpintas visas greitosios medicinos pagalbos automobilių parkas, atnaujinti automobiliai suteikia pacientui galimybę būti pervežamam į sveikatos priežiūros įstaigą kokybiškesnėmis sąlygomis (vienas iš pacientų poreikių, jau aptartų 4 skyriuje, yra nauja medicininė įranga, jos priemonės). Tai, kad greitosios medicinos pagalbos parko atnaujinimas prisidėjo prie kokybiškesnių ir prieinamesnių sveikatos priežiūros paslaugų, pagrindžia ir jau nagrinėti (žr. 3.4 skyrių) pacientų nuomonės tyrimai, rodantys gerėjantį pacientų požiūrį į greitosios medicinos pagalbos paslaugas.

Veiksmų programoje numatytais tikslais siekta pagerinti paslaugų kokybę ir prieinamumą kiek daugiau nei 180 tūkst. pacientų, realiai pasiektas rodiklis – daugiau nei 750 tūkst. pacientų rodo, jog, įgyvendinus projektą, gaunamų paslaugų kokybė padidėjo 4 kartus didesniai pacientų skaičiui, nei tikėtasi. Kadangi projekto įgyvendinimo metu 48 įstaigoms įtakos turėjo naujai įsigyta įranga, pastebimas teigiamas

¹²⁴ VšĮ Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės direktorius bei Programų ir projektų skyriaus vedėja, interviu, Vilnius, 2016 m. liepos 5 d.

¹²⁵ UAB „Eurointegracijos projektai“. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų priemonių poveikio „auksinei valandai“ vertinimas (galutinė vertinimo ataskaita)“. 2015 m.

¹²⁶ Remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. lapkričio 29 d. įsakymu Nr. 515 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atsakomybės tvarkos“, forma 110/a „Greitosios medicinos pagalbos kvietimo kortelė“ įstaigoje saugoma 3 metus, todėl rodiklis – Pacientų, kuriems traumas atveju paslauga suteikta per „auksinę valandą“, skaičius – negali būti apskaičiuotas.

¹²⁷ SFMIS, priežiūros rodiklių pasirinkimo duomenys, 2016 m. liepa.

poveikis pacientams. Jį galima vertinti pagerėjusiu greitosios medicinos pagalbos paslaugų vertinimu (žr. 3.4 skyrių). Projekto įgyvendinimo metu įsigyti 56 vnt. B kategorijos automobilių su medicinine ir GPS įranga, 15 vnt. C kategorijos automobilių su medicinine ir GPS įranga bei 2 vnt. C kategorijos automobilių su medicinine, GPS įranga ir papildoma medicinine įranga. Įsigyti automobiliai turėjo įtakos didelei daliai Lietuvos regionų¹²⁸.

Įgyvendinto projekto teigiamas poveikis, atnaujinus greitosios medicinos pagalbos automobilių parką automobiliais su modernia ryšio priemonių ir medicinine įranga, sukurtas 48 sveikatos priežiūros įstaigoms. Nauji greitosios medicinos pagalbos automobiliai su naujai įdiegta įranga leidžia suteikti aukštesnės kokybės greitąją pagalbą transportuojant asmenį, įdiegti GPS imtuvai leidžia stebėti ir planuoti automobilių judėjimą mieste, taip pat nauji automobiliai pasižymi minimalia gedimo kelyje rizika. Tokie atnaujinimai lėmė skubiau ir kokybiškiau suteikiamas sveikatos priežiūros paslaugas traumas patyrusiems pacientams. Paslaugų kokybės pagerėjimas, remiantis minėtomis intervencijų logikos schemomis, prisidėjo prie mirtingumo nuo traumų ir kitų išorinių priežasčių mažėjimo.

Būtinybė suteikti skubiąją pagalbą pacientui per „auksinę valandą“, siekiant išgelbėti kuo daugiau pacientų, nurodo, jog modernesnės įrangos įsigijimas bei greitosios pagalbos automobilių atnaujinimas yra reikalinga sąlyga intervencijos tikslams pasiekti. Šiai priemonei įgyvendinti lėšos buvo skirtos ne vien iš ES struktūrinės paramos, tačiau ir pagal Valstybės investicijų programos projektus. Remiantis gautais duomenimis, pagal šios nacionalinės programos finansavimą greitosios medicinos pagalbos parkui atnaujinti įsigyta 30 vnt. lengvųjų automobilių, 40 vnt. B kategorijos GMP automobilių su medicinine ir GPS įranga, 27 vnt. B kategorijos GMP automobilių su medicinine įranga.

4 priemonė: „Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas“

Pagal priemonę vieną projektą vykdė SAM, kuri įsigijo onkologinių ligų diagnostikai reikalingą įrangą trimis ASPJ.

Priemonės rezultatai buvo vertinami pagal pirminių ir antrinių rodiklių įgyvendinimo rezultatus¹²⁹:

- **Pacientų, kuriems pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas, skaičius.** Veiksmų programoje numatytas rodiklis – 59 tūkst. pacientų, bendrai projektų sutartyse numatytas rodiklis – 57 336 pacientai; realiai pasiektas rodiklis – 240 296¹³⁰ pacientai;
- **Paramą gavusios sveikatos priežiūros įstaigos.** Planuota paramą suteikti 7 ASPJ, tačiau dalis projektų buvo įgyvendinama su partneriais, todėl realiai paramą gavo 15 ASPJ;
- **Įgyvendinti projektai.** Planuota įgyvendinti septynis projektus, tačiau galutinis rezultatas parodė, kad buvo įgyvendinta 10 projektų;
- **Pacientų, kuriems onkologinė liga diagnozuota ankstyvojoje stadijoje, skaičius.** Pagal šį rodiklį vertintos diagnozės, aptiktos pirminę ambulatorinę pagalbą teikiančios sveikatos priežiūros

¹²⁸ Akmenės r., Alytaus r., Biržų r., Ignalinos r., Jonavos r., Joniškio r., Jurbarko r., Kauno m., Kelmės r., Klaipėdos m., Klaipėdos r., Kupiškio r., Lazdijų r., Marijampolės sav., Mažeikių r., Neringos sav., Pagėgių sav., Panevėžio m., Panevėžio r., Pasvalio r., Plungės r., Radviliškio r., Rietavo sav., Rokiškio r., Skuodo r., Šalčininkų r., Šiaulių m., Šiaulių r., Šilutės r., Švenčionių r., Tauragės r., Telšių r., Trakų r., Ukmergės r., Varėnos r., Vilkaviškio r., Vilniaus m., Vilniaus r., Zarasų r.

¹²⁹ Remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. lapkričio 29 d. įsakymu Nr. 515 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atsakomybės tvarkos“, forma 110/a „Greitosios medicinos pagalbos kvietimo kortelė“ įstaigoje saugoma 3 metus, todėl rodiklis – Pacientų, kuriems traumas atveju paslauga suteikta per „auksinę valandą“, skaičius – negali būti apskaičiuotas.

¹³⁰ SFMIS, priežiūros rodiklių pasirinkimo duomenys, 2016 m. liepa, Higienos instituto duomenys, 2016 m. liepa.

įstaigose¹³¹ – pacientų skaičius – 3 064. Bendrai šalyje ankstyvoje stadijoje diagnozuojamų atvejų skaičius 2006 m. buvo 8 794 atvejai, o 2012 m. – 9 402 atvejai¹³².

Vertinant pirminius rodiklius, pastebima, kad įgyvendintų projektų skaičius viršijo planuojamus pasiekti rodiklius. Taip galimai atsitiko, nes kelios įstaigos pateikė po kelias skirtingas paraiškas. VŠĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė įvykdė du projektus – įsigijo linijinį greitintuvą bei pagerino ankstyvos onkologinių susirgimų diagnostikos kokybę ir visavertį gydymą. VŠĮ VUL Santariškių klinikos įvykdė 3 projektus: pozitronų emisijos tomografijos komplekso įkūrimo, onkologinių ligų ankstyvos diagnostikos, chemoterapinio, chirurginio ir transplantacinio gydymo kokybės gerinimo bei ankstyvos onkologinių susirgimų diagnostikos kokybės gerinimo Vaikų ligoninėje.

Priemone finansuojamos šios veiklos: investicijos į onkologinių susirgimų diagnostikos įrangą, investicijos į onkologinių susirgimų gydymo įrangą, investicijos į gydymo įstaigų, teikiančių onkologijos paslaugas, patalpų remontą (rekonstravimą). Atsižvelgiant į duomenis, gautus apklausų bei interviu metu¹³³, įsigyta įranga prisidėjo prie efektyvesnės įstaigų veiklos bei pagerino pacientams suteikiamų paslaugų kokybę bei prieinamumą. Naujai įsigyta įranga leido tiksliau nustatyti piktybinių navikų lokaciją bei išaiškinti diagnozę, dėl to, kaip nurodyta anksčiau, padidėjo pirminėse stadijose diagnozuojamų atvejų skaičius. Nacionalinio vėžio instituto atliktas tyrimas¹³⁴ parodė, kad, įsigijus naują įrangą, piktybiniai navikai lokalizuojami greičiau, t. y., diagnozė nustatoma 2 dienomis trumpiau. Be to, remiantis Higienos instituto duomenų bazėje teikiamais duomenimis, 2006–2012 m. beveik dvigubai padaugėjo ankstyvoje stadijoje (*in situ*) diagnozuojamų atvejų¹³⁵. Įgyvendinta priemonė leido kokybiškiau ir efektyviau aptarnauti didesnę dalį pacientų, taip pat greičiau diagnozuoti ligą ankstyvoje stadijoje.

Vertinant mirtingumo rodiklius, pastebimas mirtingumo nuo piktybinių navikų nežymus augimas. Tiek 0–64 m. amžiaus asmenų grupėje, tiek vyresnių nei 65 m. asmenų grupėje mirtingumas padidėjo 2 proc. Kitas svarbus rodiklis, padedantis įvertinti pokyčius onkologijos ligų srityje, – išgyvenamumas. Vertinant 2006–2012 m., matomas ir moterų, ir vyrų išgyvenamumo rodiklių gerėjimas¹³⁶. Abiejose grupėse beveik dvigubai padaugėjo išgyvenančiųjų ilgiau nei 10 m. (vyrų – nuo 3 383 atvejų iki 6 616 atvejų, moterų – nuo 9 608 atvejų iki 16 872 atvejų). Itin pagerėjo daugiau nei 5 m. išgyvenančių vyrų rodiklis – 8 945 atvejai 2006 m. ir 18 465 atvejai 2012 m. Moterų rodiklis geresnis nei vyrų, tačiau pokytis ne toks didelis – 20 115 atvejų 2006 m. ir 29 730 atvejų 2012 m.

Ankstyva onkologinių ligų diagnozė yra vienas svarbiausių efektyvaus gydymo būdų. Atsižvelgiant į ankstyvoje stadijoje nustatomų onkologinių susirgimų procentą, matoma, kad nagrinėjamu laikotarpiu didėja ankstyvoje stadijoje diagnozuojamų ligos atvejų skaičius. Didžiausias pokytis matomas *in situ* atvejų diagnozėje – nuo 2006 m. atvejų skaičius išaugo beveik dvigubai – 2006 m. diagnozuota 613 atvejų, o 2012 m. – 1 066 atvejai. Pastebima kita tendencija, jog lėtai mažėja ir IV stadijoje diagnozuojamų atvejų, tai galimai rodo gerėjančią ankstyvąją diagnostiką. Interviu metu surinktais duomenimis, projektų įgyvendinimo metu įsigyta įranga padėjo pasiekti projektuose planuotus bei antrinius stebėsenos rodiklius ir pagerinti ankstyvosios diagnostikos bei piktybinių navikų susirgimų gydymą. Pagal priemonę skirta finansavimo suma yra didelė (17 proc. viso finansavimo), tačiau ji buvo tikslinga, atsižvelgiant į pasiektus rezultatus. Didėjantis pirminėse stadijose diagnozuojamų onkologinių ligų atvejų skaičius leidžia daryti prielaidą, kad įsigyta įranga sėkmingai panaudojama didžiausius pacientų srautus priimančiose ASPJ.

¹³¹ Informacija apie pacientus, kuriems onkologinė liga diagnozuota ankstyvoje stadijoje, Valstybinės ligonių kasos sistemoje „Sveidra“ apskaitoma tik pagal pirminės ambulatorinės ASPJ suteiktas ankstyvosios piktybinių navikų diagnostikos skatinamąsias paslaugas.

¹³² Vėlesnių metų duomenų Higienos instituto ataskaitose nepateikiama.

¹³³ Paramą gavusių įstaigų atstovų ir gydytojų apklausa, Nacionalinio vėžio instituto direktoriaus pavaduotoja strategijai ir plėtrai, interviu, Vilnius, 2016 m. liepos 12 d.

¹³⁴ „Tyrimas apie onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo efektyvumą dėka ES paramos“, Nacionalinis vėžio institutas, Vilnius, 2013 m. balandis.

¹³⁵ Higienos Instituto duomenų bazė, 2016 m. rugpjūtis

¹³⁶ Nacionalinis vėžio institutas, Vėžio registras, išgyvenamumo duomenys 2006–2012 m.

Pasak ekspertų¹³⁷ antrinio lygio ligoninėse ne visa įsigyta įranga išnaudojama visu pajėgumu, kadangi pacientų srautai jose mažesni nei didesnėse ligoninėse.

Vertinant įgyvendintų projektų pasiektus rodiklius, galima paminėti, kad įtakos rodiklių rezultatams galėjo turėti ir kiti veiksniai. Prie mirtingumo nuo piktybinių navikų mažinimo galimai prisidėjo ir pagal Valstybės investicijų programą skiriamos valstybės lėšos finansuoti „Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo“ priemonei. Kaip minėta anksčiau, pagal šią programą numatyta mažinti mirtingumo nuo piktybinių navikų rodiklį, tam skiriamos valstybės biudžeto lėšos bei ES struktūrinės lėšos projektams pagal SSVP priemones įgyvendinti.

5 priemonė: „Diferencijuotose kompleksinės pagalbos vaikui ir šeimai centruose teikiamų paslaugų įvairovė“

Pagal šią priemonę finansavimas buvo suteiktas penkioms ASPJ – dviems universitetinėms ligoninėms ir trimis respublikinėms.

Priemonės rezultatai buvo vertinami pagal pirminių ir antrinių rodiklių įgyvendinimo rezultatus¹³⁸:

- **Pacientų, kuriems pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas, skaičius.** Veiksmų programoje numatytas rodiklis – 6 500 pacientų, bendrai projektų sutartyse numatytas rodiklis – 5 490 pacientų, realiai pasiektas rodiklis – 11 214¹³⁹ pacientų;
- **Paramą gavusios sveikatos priežiūros įstaigos.** Pagal priemonę numatyta paramą suteikti 5 ASPJ, šis rodiklis buvo įgyvendintas, kaip ir planuota. Parama suteikta 5 ASPJ;
- **Įgyvendinti projektai.** Šis rodiklis taip pat buvo pasiektas, kaip ir planuota, penkios skirtingos ASPJ įgyvendino skirtingus projektus.

Įgyvendinant priemones, buvo pasiekti planuoti pirminiai rodikliai, nurodantys paramą gavusias ASPJ bei įgyvendintų projektų skaičių. Kaip ir planuota, pagal priemonę buvo įkurti penki skirtingi diferencijuotos kompleksinės pagalbos vaikui ir šeimai centrai. Pacientų, kuriems pagerėjo teikiamų paslaugų kokybė, rodiklis viršytas 1,8 karto.

Priemone finansuojamos šios veiklos: regioninių diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įsteigimas (iki 5) – investavimas į patalpų remontą (rekonstravimą) ir įrengimą, kad būtų sukurta saugi ir patogi pacientams ir personalui aplinka, į kiemelių įrengimą, reikiamą įrangą ir transportą, skirtą mobiliosioms paslaugoms teikti. Analizuojant duomenis, gautus iš apklausų bei interviu, nustatyta, jog įkurti diferencijuotos kompleksinės pagalbos centrai reikalingi ne tik sergančiajam, bet ir jo šeimai. Finansuotomis veiklomis didžiuosiuose Lietuvos miestuose įkurti nauji centrai, teikiantys įvairią medicininę pagalbą psichikos ligomis sergantiesiems vaikams bei jų artimiesiems. Projekto efektyvumą lėmė tai, kad finansuotos veiklos sukūrė naują paslaugą. Anksčiau reikalinga pagalba dažniau buvo suteikiama tik sergančiajam, nesujungiant bendros pagalbos jam ir jo šeimai. Be to, psichikos ligomis sergantiesiems paslaugos skirtos skirtingose įstaigose. Vis dėlto, įgyvendinus projektus susidurta su tolesnės plėtros bei veiklos problemomis, kurias lėmė nepakankamas išankstinis planavimas bei kvalifikuoto personalo stoka regionuose. Tai yra viena priežasčių, kodėl centrai kol kas kurti didžiuosiuose miestuose, kur yra didesnis žmogiškųjų išteklių kiekis. Taip pat, remiantis apklausų bei interviu¹⁴⁰ duomenimis, naujai sukurtos paslaugos sukuria didesnę pridėtinę vertę bei turi didesnį poveikį nei tik atnaujintos paslaugos. Taip yra

¹³⁷ Nacionalinio vėžio instituto direktoriaus pavaduotoja strategijai ir plėtrai, interviu, Vilnius, 2016 m. liepos 12 d.; VšĮ Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės direktorius ir Projektų vadovė, interviu, Vilnius, 2016 m. liepos 7 d.

¹³⁸ Duomenų apie konkrečias paslaugas diferencijuotose kompleksinės pagalbos vaikui ir šeimai centruose Valstybinė ligonių kasa neteikia, nes jų turimi duomenys nedetalizuojami pagal tokius gydymo įstaigų tipus.

¹³⁹ SFMIS, priežiūros rodiklių pasirinkimo duomenys, 2016 m. liepa.

¹⁴⁰ VšĮ Vilniaus m. psichikos sveikatos centro direktoriaus pavaduotoja medicinai, interviu, Vilnius, 2016 m. spalio 12 d. ir Paramą gavusių įstaigų atstovų bei sveikatos priežiūros specialistų apklausa, internetinė apklausa, 2016 m. liepos mėn.

todėl, kad visiškai naujomis paslaugomis yra tenkinami paciento poreikiai, kurie anksčiau nebuvo tenkinami. Atnaujintos paslaugos, t. y., ta pati paslauga teikiama su nauja įranga, sukuria mažesnę vertę, kadangi yra teikta jau anksčiau, pacientas negauna konkrečios paslaugos, kuri labiau atitiktų jo poreikius.

Bendrai visoms paraiškas pateikusioms įstaigoms pagal šią priemonę buvo skirta 3,2 mln. eurų parama. Vis dėlto įstaigų veiklos nėra įgyvendinamos visiškai pagal planą, t. y. naujų paslaugų teikimą gali stabdyti išankstinio finansinio planavimo trūkumas bei kvalifikuoto personalo stoka regionuose. Iš anksto nenumačius, kaip naujai sukurtos paslaugos bus finansuojamos PSDF lėšomis, paslaugų teikimo pradžios terminas prasitęsė, kadangi nebėra aišku, kas paslaugas finansuoja. Atsižvelgiant į skirtą lėšų sumą, ilguoju laikotarpiu nebuvo tiksliai suplanuotas teikiamų paslaugų spektras bei joms numatytas finansavimas.

Prie kompleksinės pagalbos centrų veiklos prisidėjo ir Valstybės investicijų programa, pagal kurios programą „Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimas 2007–2013 m.“ buvo dalinai finansuojamas šių centrų įkūrimas.

6 priemonė: „Psichiatrijos stacionaro modernizavimas“

Pagal šią priemonę paramą gavo 8 ASPJ – penkios respublikinės ligoninės, viena universitetinė ligoninė, vienas psichikos sveikatos centras ir psichikos sveikatos tarnyba.

Priemonės rezultatai buvo vertinami pagal pirminių ir antrinių rodiklių įgyvendinimo rezultatus:

- **Pacientų, kuriems pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas, skaičius.** Veiksmų programoje nurodytas siektinas rodiklis – 27 tūkst. pacientų, bendrai sutartyse numatytas rodiklis – 5 830 pacientų, realiai pasiektas rodiklis – 19 716¹⁴¹ pacientų;
- **Paramą gavusios sveikatos priežiūros įstaigos.** Pagal priemonę planuota paramą suteikti 6 ASPJ, tačiau po įgyvendinimo matoma, kad rodikliai įgyvendinti geriau, nei planuota, ir paramą gavo 8 ASPJ;
- **Įgyvendinti projektai.** Pagal priemonę planuota įgyvendinti 6 projektus, tačiau, kaip matoma ir iš paramą gavusių įstaigų skaičiaus, projektų įgyvendinta daugiau – 8;
- **Lovų skaičius 100 tūkst. gyventojų iki ir po modernizavimo.** 2006 m. psichiatrijos lovų skaičius siekė 10,89 lovos 100 tūkst. gyventojų, po įstaigų modernizavimo, 2013 m., lovų skaičius siekė 11,03 lovos 100 tūkst. gyventojų.

Vertinant tikslų pasiekimo laipsnį, pastebima, kad priemonės rodikliai įgyvendinti ne visiškai taip, kaip planuota – nors paramą gavo daugiau įstaigų, nei numatyta pirminiame plane, tačiau veiksmų programoje numatytas pacientų, kuriems pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, rodiklis nepasiektas. Taip atsitiko todėl, kad programoje numatyti rodikliai viršijo realiai galimus pasiekti rodiklius. Atkreipiamas dėmesys į tai, kad sveikatos priežiūros įstaigų, vykdyusių psichiatrijos stacionaro modernizavimo projektus, sutartyse numatytas pacientų, kuriems pagerėjo paslaugų kokybė ir prieinamumas, rodiklis buvo 5 830 pacientų. Vertinant šį rodiklį, projektai numatytus tikslus viršijo beveik 4 kartus.

Vertinant kitus rodiklius, po psichikos stacionaro modernizavimo išaugo lovų skaičius, tenkantis 100 tūkst. gyventojų. Šio santykinio rodiklio pokyčiui įtakos galėjo turėti ir senėjanti visuomenė (žr. skyrių 3.2). Vyresnių nei 65 m. amžiaus asmenų dalis tarp visų gyventojų šalyje tendencingai auga, o, remiantis paslaugų kiekiu, tenkančiu 1 gyventojui pagal amžiaus grupę (žr. 21 pav.), vyresni nei 65 m. asmenys kuria didžiausią krūvį sveikatos apsaugos sistemai. Be to, 2013 m. vyresni nei 65 m. asmenys sudarė 31 proc. visų sergančiųjų psichikos ligomis. Dėl to, jog šios amžiaus grupės sergančiųjų daugėja, santykinis rodiklis, rodantis lovų skaičių 100 tūkst. gyventojų, taip pat auga.

Pagal šią priemonę įgyvendintiems projektams buvo skirta 4,3 mln. Eur, sąlyginai mažas finansavimas, lyginant su kitomis priemonėmis. Galutiniai rezultatai rodo, kad pasiekti numatyti pirminiai stebėsenos

¹⁴¹ SFMIS, priežiūros rodiklių pasirinkimo duomenys, 2016 m. liepa.

rodikliai: modernizuojant psichikos sveikatos stacionarą, atnaujintos įstaigų patalpos, atsižvelgiant į tai, kad sutartyse ASPĮ planavo pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę mažesnei daliai pacientų, nei numatyta Veiksmų programoje, realiai pasiektas pacientų, kuriems pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas, rezultatas rodo, kad rodiklis buvo pasiektas. Taip pat dėl sveikatos apsaugos reformos absoliutus psichiatrijos lovų skaičius mažėja (2006 m. bendras vaikų ir suaugusiųjų psichiatrijos lovų skaičius siekė 3 037 lovas, o 2013 m. – 2 912). Absoliutaus lovų skaičiaus mažėjimas, kai santykinis rodiklis didėja, atspindi anksčiau aprašytą senėjančios visuomenės įtaką santykiniams rodikliams.

7 priemonė „Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos užtikrinimo infrastruktūros modernizavimas“

Pagal priemonę parama buvo suteikta vienai įstaigai – Valstybiniam psichikos sveikatos centrai, atliekančiam stebėsenos funkciją 97 psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms įstaigoms.

Priemonės rezultatai buvo vertinami pagal pirminių ir antrinių rodiklių įgyvendinimo rezultatus¹⁴²:

- **Stebimos ir vertinamos sveikatos priežiūros įstaigos**. Veiksmų programoje ir projekto sutartyje numatyta rodiklio reikšmė – 97 įstaigos, realiai pasiektas rodiklis – 136¹⁴³ įstaigos;
- **Įgyvendinti projektai**. Pagal priemonę buvo planuota įgyvendinti vieną projektą. Rodiklis buvo pasiektas, t. y. įgyvendintas 1 projektas.

Vertinant rodiklių tikslų pasiekimus, matoma, kad buvo pasiekti pirminiai rodikliai – įgyvendinta tiek projektų, kiek planuota. Taip pat šiame projekte buvo numatyta stebėti 97 Valstybinio psichikos sveikatos centro prižiūrimas įstaigas ir vertinti jų vykdomą veiklą, po projekto įgyvendinimo stebėseną užtikrinta 136 sveikatos priežiūros įstaigoms. Įgyvendinus projektą sudarytos palankesnės sąlygos psichikos sveikatos specialistų kvalifikaciniam mokymams, konferencijų bei kitų renginių psichikos sveikatos tematika rengimas.

Šiai priemonei buvo skirtas mažiausias finansavimas lyginant iš visų 12 priemonių (0,06 proc. viso finansavimo). Priemone buvo finansuojamos naujos biuro įrangos įsigijimas, patalpų remontas. Šios veiklos padėjo užtikrinti tolimesnę psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų stebėseną, kurią vykdo Valstybinis psichikos centras. Įgyvendinęs projektą, Valstybinis psichikos sveikatos centras efektyviau vykdo mokymus, seminarus psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų vadovams, atstovams. Taip pat centras padeda dar tiksliau vykdyti stebėsenos veiklą, prijungdamas ir naujai įkurtus psichikos dienos stacionarus, diferencijuotas kompleksines pagalbos vaikui ir šeimai centrus bei krizių intervencijos centrus.

Priemone siekta pagerinti vienos pagrindinės psichikos sveikatos priežiūros įstaigos, prižiūrinčios Lietuvoje esančias psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias įstaigas, veiklą. Įgyvendinus šią priemonę, įrengtos geresnės konferencijų patalpos, leidžiančios priimti daugiau specialistų vienu metu. Valstybinis psichikos sveikatos centras per nagrinėjamą laikotarpį bei po jo suorganizavo daug skirtingų mokymų, kvalifikacijos kėlimo kursų, konferencijų skirtingomis psichikos sveikatos priežiūros temomis. Nors bendras finansinis indėlis į šią priemonę nebuvo didelis, tačiau ji labiau nukreipta į sveikatos priežiūros specialistus bei jų tobulėjimą ilgalaikėje perspektyvoje.

8 priemonė: „Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas“

Parama suteikta 27 ASPĮ – du projektus vykdė rajonų savivaldybių administracijos, dar du – miestų savivaldybių administracijos, 9 įstaigos buvo poliklinikos, 14 – pirminės sveikatos priežiūros centrai.

Priemonės rezultatai buvo vertinami pagal pirminių ir antrinių rodiklių įgyvendinimo rezultatus:

¹⁴² Šiai investicijų sričiai netaikomi papildomi antriniai projektų stebėsenos rodikliai, todėl apskaičiuojami tik Veiksmų programos produkto rodikliai.

¹⁴³ SFMIS, priežiūros rodiklių pasirinkimo duomenys, 2016 m. liepa

- **Pacientų, kuriems pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas, skaičius.** Veiksmų programoje numatytas rodiklis – 37 tūkst. pacientų, bendrai sutartyse numatytas rodiklis – 5 116 pacientų, realiai pasiektas rodiklis – 10 014¹⁴⁴ pacientų;
- **Paramą gavusios sveikatos priežiūros įstaigos.** Pagal priemonę planuota paramą suteikti 20 įstaigų, tačiau patvirtinta daugiau paraiškų, taigi parama suteikta 27 įstaigoms, kurių renovuotose ar naujose patalpose įkurti psichikos dienos stacionarai;
- **Įgyvendinti projektai.** Pagal priemonę planuota įgyvendinti 20 projektų, tačiau galutinis rezultatas didesnis – įgyvendinti 27 projektai;
- **Dienos stacionaro ir stacionaro paslaugų skaičiaus santykis**¹⁴⁵. 2006 m. stacionarinių psichiatrijos paslaugų kiekis viršijo dienos stacionaro paslaugas 8,8 karto, o 2013 m. stacionarinių paslaugų buvo tik 4,5 karto daugiau nei dienos stacionaro paslaugų.

Įgyvendinus projektus, buvo sukurti 27 psichikos dienos stacionarai, nors pagal pirminius rodiklius planuota įgyvendinti apie 20 projektų. Įkurti psichikos dienos centrai patenkino pacientų poreikius. Centrai išdėstyti platesniu mastu visoje Lietuvoje¹⁴⁶, o tai lėmė didesnę prieinamumą psichikos ligomis sergantiems pacientams. Šios priemonės sėkmingą įgyvendinimą bei intervencijos atitikimą tikslinių grupių poreikiams rodo ir tai, kad įkūrus 27 psichikos dienos centrus iš ES struktūrinės paramos fondų, dar 13 sveikatos priežiūros įstaigų nusprendė tokius centrus įkurti savomis lėšomis. Tokį sprendimą lėmė sėkmingas pirmųjų centrų įkūrimas, teigiamas pacientų požiūris ir noras tokiuose centruose lankytis¹⁴⁷. Taip dar labiau išaugo paslaugos komunikacinis prieinamumas ir atitinkamai pagerėjo pacientams suteikiamų paslaugų kokybė (dėl prieinamumo padidėjimo).

Projektu finansuojamos veiklos – patalpų (individualiems ir grupiniams užsiėmimams, psichoterapijai, meno, muzikos ir šviesos, judesio terapijai, pacientų ir personalo poilsiui, procedūrinių kabinetų ir higienos kambarių) remontas (rekonstravimas) ir įrengimas; sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros modernizavimas: statinių ir (ar) patalpų, susijusių su psichiatrijos dienos stacionaro paslaugų teikimu, statyba, rekonstravimas, remontas ir įrengimas; reikiamos įrangos ir baldų įsigijimas. Didžiosios dalies vykdytų projektų metu steigti nauji psichikos dienos stacionarai, renovuotos esamos patalpos ar įrengtos naujos, įsigyta terapijoms reikalingos įrangos.

Dar prieš kuriant naujus centrus, pastebėta, kad pacientams psichikos stacionaro paslaugos ne visuomet yra priimtinos¹⁴⁸. Dienos stacionarai kaip skyriai prieš ES finansavimo laikotarpį veikė respublikinėse ligoninėse, tačiau ne visiems pacientams paslaugos buvo arti namų. Dienos stacionaro ir stacionaro paslaugų skaičius buvo linkęs didėti, tačiau dienos stacionaro psichiatro paslaugų skaičiaus augimas buvo didesnis. Remiantis Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos pateiktais duomenimis apie psichiatrijos stacionaro ir dienos stacionaro paslaugų kiekį, matoma, kad 2007–2013 m. laikotarpiu tiek stacionaro, tiek dienos stacionaro paslaugų skaičius augo. Dienos stacionaro paslaugų kiekis nagrinėjamu laikotarpiu išaugo dvigubai – nuo 63 tūkst. iki 138 tūkst., stacionaro paslaugos augo kiek lėčiau – nuo 576 tūkst. iki 657 tūkst. Dėl to 2013 m. psichikos stacionaro ir psichikos dienos stacionaro paslaugų skaičiaus santykis sumažėjo nuo 8,8 iki 4,5.

¹⁴⁴ SFMIS, priežiūros rodiklių pasirinkimo duomenys, 2016 m. liepa.

¹⁴⁵ SVEIDRA, sveikatos priežiūros įstaigų duomenys, 2016 m. liepa.

¹⁴⁶ 5 centrai įkurti Vilniuje – VšĮ Antakalnio poliklinikoje, VšĮ Centro poliklinikoje, VšĮ Karoliniškių poliklinikoje, VšĮ Šeškinės poliklinikoje, VšĮ Vilniaus raj. centrinėje poliklinikoje, dar 4 centrai įkurti Kaune – VšĮ Centro poliklinikoje, VšĮ Dainavos poliklinikoje, VšĮ Šilainių poliklinikoje, UAB „Medgintras“, taip pat po vieną centrą įkurta Marijampolėje, Tauragėje, Šilutėje, Kretingoje, Mažeikiuose, Telšiuose, Joniškėje, Kėdainiuose, Jonavoje, Panevėžyje, Pasvalyje, Rokiškėje, Utenoje, Ukmergėje, Elektrėnuose, Alytuje, Druskininkuose.

¹⁴⁷ R. Šulskienė, A. Gaižauskienė. „Pacientų požiūris į psichikos dienos stacionaro teikiamas paslaugas: atvejo analizė“. 2015 m. rugsėjis.

¹⁴⁸ Valstybinio psichikos sveikatos centro direktorė, interviu, Vilnius, 2016 m. liepos 5 d.

Išanalizavus interviu¹⁴⁸ duomenis, nustatyta, kad psichikos dienos stacionarai patenkino pacientų lūkesčius, buvo suteikta geresnė prieiga prie reikalingos paslaugos. Pacientui paslauga suteikiama arčiau artimos aplinkos, jis pernelyg neatitraukiamas nuo kasdienės veiklos.

9 priemonė: „Krizių intervencijos centrų įkūrimas“

Parama suteikta 5 ASPJ: 4 respublikinėms ligoninėms ir vienam psichikos sveikatos centrui.

Priemonės rezultatai buvo vertinami pagal pirminių ir antrinių rodiklių įgyvendinimo rezultatus:

- **Pacientų, kuriems pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas, skaičius.** Veiksmų programoje numatytas pasiekti rodiklis – 2 500 pacientų, bendrai sutartyse numatytas rodiklis – 1 724 pacientai, realiai pasiektas rodiklis – 2 140¹⁴⁹ pacientų;
- **Paramą gavusios sveikatos priežiūros įstaigos.** Pagal pirminį priemonės įgyvendinimo rodiklį planuota paramą suteikti 5 ASPJ. Šis rodiklis pasiektas, finansuojant penkių ASPJ krizių centrų įkūrimą;
- **Įgyvendinti projektai.** Pagal priemonę planuota įgyvendinti 5 projektus. Šis rodiklis pasiektas;
- **Dienos stacionaro ir stacionaro paslaugų skaičiaus santykis¹⁵⁰.** 2006 m. stacionarinių psichiatrijos paslaugų kiekis viršijo dienos stacionaro paslaugas 8,8 karto, o 2013 m. stacionarinių paslaugų buvo tik 4,5 karto daugiau nei dienos stacionaro paslaugų.

Vertinant pirminius priemonės numatytus rodiklius, parama suteikta tokiam skaičiui įstaigų, kaip ir planuota, pagal priemonę įgyvendinant 5 projektus. Pacientų, kuriems pagerėjo suteikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, rodiklis iš dalies pasiektas, kadangi viršijo sutartyse numatytą skaičių 400 pacientų. Lyginant su Veiksmų programos numatytu rodikliu, realiai pasiektas rodiklis yra 380 pacientų mažesnis. Vertinama, jog tokia situacija susiklostė dėl to, kad Veiksmų programoje numatyti siekti rodikliai pranoko realius lūkesčius, o būtent įstaigų, įgyvendinusių projektus, sutartyse numatyti rodikliai buvo realiau suplanuoti. Nagrinėjant antrinį rodiklį, rodantį dienos stacionaro ir stacionaro paslaugų skaičiaus santykį, matoma, kad 2006–2013 m. laikotarpiu dienos stacionaro psichiatro suteikiamų paslaugų skaičius augo labiau nei stacionarinių psichiatrijos paslaugų skaičius, todėl santykis tarp jų sumažėjo beveik dvigubai.

Priemone finansuojamos veiklos: patalpų (kambarių, skirtų trumpą laiką stebėti ir gydyti pacientus, kabinetų, skirtų bendroms pacientų, personalo reikmėms ir psichoterapijos užsiėmimams) remontas (rekonstravimas) ir įrengimas; kitų patalpų, susijusių su psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, esant krizinėms situacijoms, remontas (rekonstravimas) ir įrengimas; reikiamos įrangos ir baldų įsigijimas; automobilių, skirtų mobiliosioms paslaugoms teikti, įsigijimas. Įvertinus atliktas projektų investicijas, buvo vykdomos visos galimos finansuoti veiklos. Taip pat kiekviename centre atsirado naujų paslaugų – būtinosios pagalbos paslaugos teikiamos visą parą, taip pat numatyta galimybė mobiliai brigadai vykti į krizės ištikto asmens buvimo vietą. Centruose taikomos psichoterapijos paslaugos – muzikos terapija, grupinės terapijos, filmų terapija. Šiuose centruose pagalbos teikimas orientuotas į suaugusiuosius, sergančius psichikos sveikatos ligomis. Išanalizavus apklausų ir interviu metu gautus duomenis, nustatyta, kad krizių intervencijos centrai, sutelkti prie didžiųjų miestų ligoninių, nesukūrė tokios didelės pridėtinės vertės, kaip po mažesnius regionus išskaidyti centrai. Interviu¹⁵¹ metu nustatyta, kad naujoms paslaugoms, numatytoms projektų aprašymuose, nebuvo numatyta tiksli finansavimo schema, taip pat pritrūko tikslų teikiamų paslaugų aprašų bei specifikacijų. Dėl šių priežasčių, nors visa reikalinga įranga jau įsigyta, dar vykdomas paslaugų teikimo pasiruošimo procesas, siekiant užtikrinti paslaugų teikimą visu pajėgumu.

Remiantis tuo, kad įstaigos yra įsigijusios reikalingą įrangą bei pasiruošusios teikti planuotas paslaugas, finansavimo derinimo su PSDF ir kitomis atsakingomis institucijomis procesas ilgai užtrukti neturėtų.

¹⁴⁹ SFMIS, priežiūros rodiklių pasirinkimo duomenys, 2016 m. liepa.

¹⁵⁰ SVEIDRA, sveikatos priežiūros įstaigų duomenys, 2016 m. liepa.

¹⁵¹ Valstybinio psichikos sveikatos centro direktorė, interviu, Vilnius, 2016 m. liepa.

Nepaisant finansavimo trukdžių, kitas paslaugoms teikti reikalingas prielaidas (eksploatacines išlaidas, paslaugų aprašus, įrangą) įstaigos yra įsigijusios, taip užtikrinamos projektų įgyvendinimo tęstinumą ir tvarumą.

Šiai krypčiai buvo skirta maža finansavimo dalis (0,9 proc. bendro finansavimo, mažiausia dalis, 0,06 proc., skirta 7 priemonei), tačiau įkurti 5 nauji centrai. Juose taip pat sukurtos naujos paslaugos pacientams. Šios priemonės įgyvendinimui įtakos galėjo turėti išankstinio strateginio planavimo bei žmogiškųjų išteklių trūkumas, kai nevisiškai sudarytos sąlygos įkurtiems centrams veikti visu pajėgumu. Vis dėlto, įvertinus vykstantį finansavimo derinimo procesą, pagal šią priemonę sukurtų projektų sukurta pridėtinė vertė turėtų būti jaučiama jau trumpalaikėje perspektyvoje.

10 priemonė: „Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas“

Tai – didžiausia iš visų finansuotų priemonių, kurios metu parama suteikta 104 įstaigoms. Finansavimas suteiktas įvairaus tipo įstaigoms: pirminės sveikatos priežiūros centrums, respublikinėms, rajoninėms, regioninėms ligoninėms, poliklinikoms.

Priemonės rezultatai buvo vertinami pagal pirminių ir antrinių rodiklių įgyvendinimo rezultatus:

- **Pacientų, kuriems pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas, skaičius.** Veiksmų programoje numatytas pasiekti rodiklis – 800 tūkst. pacientų, bendrai sutartyse numatytas rodiklis – 1 167 657 pacientai, realiai pasiektas rodiklis – 4 400 154¹⁵² pacientai (nevertinant unikalių apsilankymų);
- **Paramą gavusios sveikatos priežiūros įstaigos.** Pagal priemonę planuota paramą suteikti 100 įstaigų, rodiklis įvykdytas geriau, nei planuota, ir parama suteikta 104 įstaigoms;
- **Įgyvendinti projektai.** Priemone planuota įgyvendinti 100 projektų, tačiau pasiektas didesnis rodiklis – iš viso įgyvendinti 109 projektai. Projektų skaičius didesnis nei paramą gavusių įstaigų, nes kelios įstaigos organizavo po 2 projektus – VŠĮ Jonavos ligoninė, VŠĮ Antakalnio poliklinika, VŠĮ Kauno klinikinė ligoninė, VŠĮ respublikinė Panevėžio ligoninė, VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos;
- **Suteiktų slaugos ir palaikomojo gydymo, paliatyviosios pagalbos paslaugų (lovadienių) skaičius** – 1,59 mln., slaugos ir palaikomojo gydymo – 1,51 mln. lovadienių, paliatyviosios pagalbos – 78 369 lovadieniai.
- **Įsteigtų paliatyviosios pagalbos lovų skaičius.** Planuota 2013 m. įsteigti 180 lovų, realiai pasiektas rodiklis buvo 164 lovos;
- **Įsteigtų papildomų slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičius 1 tūkst. gyventojų.** Planuose numatyta, kad 2013 m. rodiklis sieks 1,5 lovos 1 tūkst. gyv., realiai pasiektas rodiklis buvo didesnis – 1,72 lovos;
- **Suteiktų laparoskopinių dienos chirurgijos paslaugų skaičius** – 3 698;
- **Pacientų, kuriems atlikta laparoskopija, skaičius** – 3 691;
- **Suteiktų dienos chirurgijos paslaugų skaičius** – 101 434;
- **Pacientų, kuriems po dienos chirurgijos paslaugos neprireikė priežiūros pratęsimo virš 48 val.** – 101 404.

2006–2013 m. laikotarpiu šia priemone numatyti rodikliai augo. 2013 m. slaugos ir palaikomojo gydymo bei paliatyviosios pagalbos paslaugų kiekis buvo 10 proc. didesnis nei 2008 m.¹⁵³. Slaugos ir palaikomojo gydymo lovadienių skaičius nuo 2006 m. padidėjo 25 proc., o paliatyviosios pagalbos lovadienių skaičius nuo 2008 m. padidėjo 6 kartus.

¹⁵² SFMIS, priežiūros rodiklių pasirinkimo duomenys, 2016 m. liepa.

¹⁵³ Bendras skaičius lyginamas su 2008 m., kadangi tik nuo šių metų pradėta teikti paliatyviosios pagalbos paslauga.

Pagal priemonę planuota padidinti slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičių. 2008 m. pradėjus teikti paliatyviosios pagalbos paslaugą, šių lovų skaičius nuo 26 lovų padidėjo iki 164 lovų 2013 m. Šis skaičius ir toliau didėja – 2015 m. paliatyviosios pagalbos lovų buvo jau 205. Slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičius minėtuoju laikotarpiu taip pat didėjo ir lyginant su 2006 m. išaugo 29 proc.

Taip pat kasmet pastebimas dienos chirurgijos paslaugų didėjimas – 2006 m. tokių paslaugų buvo 36,5 tūkst., o 2013 m. – jau 101,4 tūkst. Taip pat Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) lėšomis apmokamų laparoskopinių procedūrų kiekis 2013 m. siekė 3 698 procedūras. Pacientų, kuriems atlikta ši procedūra, skaičius siekia 3 691 pacientą. Per metus taip pat padaugėjo pacientų, kuriems po dienos chirurgijos paslaugos neprireikė priežiūros pratęsimo virš 48 val., – skaičius išaugo 104 pacientais.

Priemone buvo finansuojama daug skirtingų veiklų: ASPJ aprūpinimas diagnostine medicinine įranga, skirta antrinio lygio ambulatorinėms paslaugoms, slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugoms, stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, dienos chirurgijos paslaugoms, klinikiniams tyrimams atlikti; patalpų rekonstravimas, renovavimas; medicininių, biuro baldų įsigijimas. Vykdamas projektines veiklas, siekta pagerinti paslaugų kokybę ir prieinamumą didesniai pacientų skaičiui, apsirūpinti modernesne medicinine ir kita įranga, siekiant pagerinti teikiamų paslaugų kokybę (veiksmingumo aspektu). Slauga, palaikomasis gydymas bei paliatyvioji pagalba suteikiama didesniai kiekiui pacientų. Taip pat daugėja dienos chirurgijos paslaugų, ir tai rodo projektų efektyvumą, siekiant mažinti stacionaro chirurgijos atvejų skaičių.

Ši priemonė buvo viena didžiausių finansine apimtimi bei įstaigų, gavusių paramą, skaičiumi. Parama skirta ambulatorinės, slaugos bei palaikomojo gydymo ir paliatyviosios pagalbos paslaugų kokybei didinti bei prieinamumui užtikrinti. Ši priemonė prisidėjo prie nacionalinės sveikatos sektoriaus reformos, kuria siekta didinti ambulatorinių paslaugų kiekį ir mažinti stacionaro paslaugų apimtį. Detaliau šis rezultatas nagrinėjamas 11.2 skyriuje. Prie sėkmingų projektų rezultatų prisidėjo ir naujos paslaugos – paliatyviosios pagalbos – teikimas. Pacientų poreikis augo sąlyginai greitai ir per 2008–2013 m. laikotarpį šia paslauga besinaudojančių pacientų padidėjo beveik 9 kartus. Paslaugos prieinamumas galimai paskatino vyresnio amžiaus žmones, ypač gyvenančius atokesniuose rajonuose, rinktis geresnę priežiūrą, sergant sudėtinga liga¹⁵⁴.

11 priemonė: „Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros savivaldybėse plėtra“

Pagal priemonę finansavimas suteiktas 27 įstaigoms – visuomenės sveikatos biurams.

Priemonės rezultatai buvo vertinami pagal pirminių ir antrinių rodiklių įgyvendinimo rezultatus:

- **Lietuvos gyventojų, kuriems teikiamos geros kokybės ir prieinamesnės visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos per visuomenės sveikatos biurus, skaičius.** Veiksmų programoje numatytas pasiekti rodiklis – 1,7 mln. Lietuvos gyventojai, bendrai sutartyse numatytas rodiklis – 2 855 410 gyventojų, realiai pasiektas rodiklis – 5 431 921¹⁵⁵ gyventojas (nevertinant unikalių lankytojų);
- **Paramą gavusios sveikatos priežiūros įstaigos.** Pagal priemonę planuota finansuoti 15 savivaldybių visuomenės sveikatos biurų, tačiau pasiekti žymiai didesni rodikliai ir finansavimas suteiktas 27 visuomenės sveikatos biurams;
- **Įgyvendinti projektai.** Pagal priemonę planuota įgyvendinti 15 projektų. Šis rodiklis, kaip ir paramą gavusių sveikatos priežiūros įstaigų rodiklis, pasiektas didesnis – įgyvendinti 27 projektai.

¹⁵⁴ VšĮ Vilniaus m. psichikos sveikatos centro direktoriaus pavaduotoja medicinai, interviu, Vilnius, 2016 m. spalio 12 d.

¹⁵⁵ SFMIS, priežiūros rodiklių pasirinkimo duomenys, 2016 m. liepa. Duomenys sistemoje pateikti neatskaičiuojant unikalių pacientų, todėl pateikiamas rodiklis nurodo visus pacientus apsilankiusius pagal šią priemonę paramą gavusiose įstaigose, dalyvavusiuose renginiuose ar kitoje įstaigų vykdomoje veikloje. Vertinant turimus rodiklių duomenis nėra galimybės atskirti unikalius įstaigoje apsilankiusius pacientus.

Priemone siekta prisidėti prie Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros kokybės gerinimo, šis rodiklis įgyvendintas geriau, nei planuota. Lietuvoje 2013 m. veikė 33 visuomenės sveikatos biurai skirtingose savivaldybėse, 25 savivaldybėse sveikatos priežiūros paslaugos buvo teikiamos pagal bendradarbiavimo sutartis, sudarytas su kitais visuomenės sveikatos biurais.

Vertinant pirminius rodiklius, nustatyta, kad priemonės tikslai pasiekti, ir įgyvendinti norimi rodikliai. Modernizuoti 27 visuomenės sveikatos biurai skirtingose savivaldybėse, vykdant jų infrastruktūros plėtrą.

Priemone finansuojamos šios veiklos: savivaldybių visuomenės sveikatos biurų modernizavimas (materialinės bazės kūrimas) – investavimas į patalpų remontą (rekonstravimą), darbo vietų įrengimą (kompiuterių ir programinės įrangos, biuro baldų ir kitos įrangos įsigijimą) ir transporto, ryšių priemonių įsigijimą. Projektų metu buvo atliekamos visos šios projektinės veiklos. Išanalizavus¹⁵⁶ interviu¹⁵⁷ duomenis bei Lietuvoje veikiančių visuomenės sveikatos biurų strateginius dokumentus nustatyta, kad visuomenės sveikatos biurai aktyviai vykdo prevencinę veiklą visuomenėje, ypač orientuotą į alkoholio, tabako, narkotinių medžiagų vartojimo mažinimą. Projektų metu vykdytomis veiklomis siekta pagerinti biurų infrastruktūrą bei galimybes didesniai gyventojų skaičiui gauti paslaugas. Jų atstovė¹⁵⁷ teigia, kad tarp besilankančių žmonių pastebimas požiūrio į sveikatą, gyvenimo būdą pokytis. Tai reiškia, kad visuomenės sveikatos biuruose apsilankantys žmonės nebūna vienkartiniai lankytojai. Be to, visuomenės sveikatos biuro atstovės teigimu, gyventojai vis energingiau įsitraukia į aktyvią veiklą, prisideda prie vykdomos prevencinės veiklos narkotikų, alkoholio vartojimo, kitų žalingų įpročių mažinimo srityse.

Visiems projektams skirta suma siekė 4 mln. Eur. Pasiekti rezultatai rodo, kad beveik pusė – 45 proc. – Lietuvos savivaldybių įkūrė ar atnaujino visuomenės sveikatos biurus – ir vykdo sėkmingą bendradarbiavimą su jų neturinčiomis savivaldybėmis. Savivaldybių visuomenės sveikatos biurų pilnavertei ir efektyviai veiklai būtinos ne vien finansinės investicijos, tačiau ir pakankamas žmogiškųjų išteklių kiekis. Šiuo metu, pasak Visuomenės sveikatos biurų asociacijos pirmininkės¹⁵⁸, pastebimas žmogiškųjų išteklių trūkumas, ypač mažesnių miestelių, regionų visuomenės sveikatos biuruose. Taip galima atsitinka todėl, kad didžioji dalis darbuotojų pirmenybę skiria didesnių miestų visuomenės sveikatos biurams, o ne esantiems atokiau. Vis dėlto, kalbant apie visuomenės sveikatos biurus ir sėkmingą jų veiklą vykdant ligų prevenciją, itin svarbu, kad keistųsi visuomenės požiūris, žmonės aktyviau užsiimtų ligų prevencija, aktyviai dalyvautų vykdomose prevencinėse programose, tuomet savivaldybių visuomenės sveikatos biurų sukuriamas teigiamas poveikis visuomenės sveikatai būtų efektyvesnis. Vis dėlto, kad vykdomų programų, akcijų ir kitų šių biurų vykdomų veiklų poveikis turėtų didelės įtakos visuomenėje, turi praeiti keleri ar daugiau metų, kadangi visuomenės požiūris nepasikeičia staiga. Todėl, ekspertų nuomone¹⁵⁹, galima teigti, kad priemonės finansavimas iš dalies orientuotas ir į ilgalaikę perspektyvą.

12 priemonė: „Investicijos į privačių asmenų sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų viešųjų ambulatorinių ir stacionarių paslaugų infrastruktūrą“

Pagal šią priemonę paramą gavo 36 privačios ASPJ – chirurgijos centrai, ortopedijos centrai, akių ligų klinikos.

Priemonės rezultatai buvo vertinami pagal pirminių ir antrinių rodiklių įgyvendinimo rezultatus¹⁶⁰:

¹⁵⁶ Paramą gavusių sveikatos priežiūros įstaigų atstovų bei sveikatos priežiūros specialistų apklausa, internetinė apklausa, 2016 m. liepa.

¹⁵⁷ Visuomenės sveikatos biurų asociacijos pirmininkė, interviu telefonu, Vilnius, 2016 m. rugpjūčio 10 d.

¹⁵⁸ Visuomenės sveikatos biurų asociacijos pirmininkė, interviu telefonu, Vilnius, 2016 m. rugpjūčio 10 d.

¹⁵⁹ Visuomenės sveikatos biurų asociacijos pirmininkė, interviu telefonu, Vilnius, 2016 m. rugpjūčio 10 d. ir VŠĮ Vilniaus m. psichikos sveikatos centro direktoriaus pavaduotoja medicinai, interviu, Vilnius, 2016 m. spalio 12 d.

¹⁶⁰ Antriniai rodikliai vertinami pagal duomenis, kuriuos Valstybinė ligonių kasa galėjo suteikti apie privačias paramą gavusias įstaigas.

- **Pacientų, kuriems pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas, skaičius.** Veiksmų programoje numatytas pasiekti rodiklis – 76 400 pacientų, bendrai sutartyse numatytas rodiklis – 98 791 pacientas, realiai pasiektas rodiklis – 428 225¹⁶¹ pacientai;
- **Paramą gavusios sveikatos priežiūros įstaigos.** Pagal priemonę planuota paramą suteikti 11 privačių įstaigų, tačiau galutinis rezultatas rodo, kad parama suteikta didesniai skaičiui įstaigų – 36;
- **Įgyvendinti projektai.** Pagal priemonę planuota įgyvendinti 11 projektų, tačiau galutinis rezultatas rodo, kad rodiklis viršytas ir įgyvendinti 36 projektai;
- **Suteiktų laparoskopinių dienos chirurgijos paslaugų skaičiaus padidėjimas.** 2012 m. suteiktos 167 paslaugos, o 2013 m. – 154 paslaugos;
- **Pacientų, kuriems atlikta laparoskopija, skaičius.** 2012 m. pacientų skaičius buvo 162, o 2013 m. – 152;
- **Suteiktų dienos chirurgijos paslaugų skaičiaus padidėjimas.** 2006 m. suteiktų paslaugų skaičius – 1 762, o 2013 m. – 12 087 paslaugos;
- **Pacientų, kuriems po dienos chirurgijos paslaugos neprireikė priežiūros pratęsimo virš 48 val., 2013 m. rodiklis siekė 12 086 pacientų, tai 69 pacientais daugiau nei 2012 m.**

Vertinant pirminius rodiklius, matoma, kad planuoti rodikliai buvo įgyvendinti ir didesniais mastais nei planuota iš pradžių. Pagal priemonę įgyvendinti 36 projektai, parama suteikta 37 privačioms ASPJ. Pagal turimus antrinių rodiklių duomenis matoma, kad padidėjo dienos chirurgijos paslaugų skaičius – nagrinėjamu laikotarpiu jis išaugo 6,9 karto. Vertinant laparoskopinių procedūrų skaičių, Valstybinė ligonių kasa galėjo pateikti tik dvejų metų duomenis, iš kurių matomas pacientų ir paslaugų skaičiaus mažėjimas.

Priemone finansuojamos šios veiklos: privačių ASPJ, teikiančių antrines ambulatorines paslaugas, aprūpinimas diagnostine medicinos įranga, skirta antrinio lygio ambulatorinėms paslaugoms teikti, ir patalpų, susijusių su antrinio lygio ambulatorinių paslaugų teikimu, remontas (rekonstravimas); privačių ASPJ, teikiančių dienos chirurgijos paslaugas, aprūpinimas medicinos įranga, skirta dienos chirurgijos paslaugoms teikti, ir patalpų, susijusių su dienos chirurgijos paslaugų teikimu, remontas (rekonstravimas). Įgyvendinant projektus, buvo vykdomos visos šios veiklos. Vis dėlto, pagal šią priemonę parama buvo skiriama infrastruktūrai, kuria teikiamos viešosios sveikatos priežiūros paslaugos. Šios paslaugos apmokamos PSDF lėšomis, sudarius atitinkamas sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis. Privačių įstaigų verslo plėtra, infrastruktūra, skirta teikti paslaugoms, už kurias pacientai moka savomis lėšomis, pagal šią priemonę finansuojama nebuvo.

Atlikus pasiektų rodiklių analizę, nustatyta, kad didžioji pirminių rodiklių dalis buvo įgyvendinti ar netgi viršyti. Paramą gavo didesnis, nei numatyta, kiekis ASPJ, taip pat įgyvendinta didesnė, nei planuota, dalis projektų. Kita vertus, atsižvelgiant į pasiektus rodiklius bei remiantis atliktais interviu¹⁶², matoma, kad pirminis rodiklis, nurodantis pacientų, kuriems pagerėjo paslaugų kokybė ir prieinamumas, skaičių, ne visose priemonėse skaičiuotas, atsižvelgiant į unikalius pacientus. T. y., apsilankiusių pacientų skaičius pateikiamas, pacientus, kurie lankėsi keliose įstaigose, įskaičiavus ne vieną kartą, o kiekvienoje įstaigoje. Kadangi unikalių pacientų skaičiavimas sudėtingas procesas, ir toliau, naudojant šį rodiklį kaip pirminį stebėsenos rodiklį, gali kilti sunkumų.

Beveik visi antriniai rodikliai buvo pasiekti, tačiau daliai jų įtakos galėjo turėti socialinė-ekonominė situacija – jau minėta senėjančios visuomenės problema, vyresnio amžiaus žmonių sergamumo didėjimas. Pastebėta, kad gerėja steigiamų slaugos bei palaikomojo gydymo lovų skaičius, mažėja stacionariųjų paslaugų, daugiau pacientų naudojami dienos chirurgijos paslaugomis. Išnagrinėti

¹⁶¹ SFMIS, priežiūros rodiklių pasirinkimo duomenys, 2016 m. liepa.

¹⁶² Struktūrinės paramos departamento Sveikatos projektų skyriaus viršininkė, Centrinė projektų valdymo agentūra, Vilnius, 2016 m. liepos 5 d.

rodikliai rodo, kad slaugos bei palaikomojo gydymo lovų skaičius didėja, be to, remiantis jau minėtais pacientų pasitenkinimo vertinimo tyrimais (žr. skyrių 3.4), pacientai būtent šias paslaugas linkę vertinti geriau nei anksčiau. Valstybinės ligonių kasos prie SAM suteikti duomenys apie atliktas laparoskopines dienos chirurgijos operacijas rodo, kad per metus duomenis pateikusiose įstaigose tokio pobūdžio operacijų kiekis mažėja. Vis dėlto, bendrai suteikiamų dienos chirurgijos paslaugų skaičius 2006–2013 m. laikotarpiu didėjo.

Šiame skyriuje apžvelgti atskiromis priemonėmis pasiekti rodikliai – tiek pirminiai stebėsenos rodikliai (paramą gavusių įstaigų skaičius, įgyvendintų projektų skaičius, pacientų, kuriems pagerėjo paslaugų kokybė ir prieinamumas, skaičius), tiek antriniai rodikliai (pvz.: pacientų, kuriems pagerėjo kardiologinis ištyrimas, skaičius, ankstyvoje stadijoje diagnozuojamų piktybinių navikų skaičius, slaugos ir palaikomojo gydymo lovadienių skaičius, paliatyviosios pagalbos lovų skaičius). Atlikus rodiklių analizę, nustatyta, kad beveik visoms priemonėms numatyti rodikliai buvo pasiekti (išskyrus pailgėjusių gulėjimo ligoninėje dėl širdies ir kraujagyslių ligų trukmę, padidėjusį santykinį psichiatrijos lovų skaičiaus rodiklį). Psichikos sveikatos srityje sunkumų sukėlė iš anksto nevisiškai suderintas naujai sukurtų paslaugų finansavimas bei žmogiškųjų išteklių trūkumas mažesniuose regionuose. Šiuo metu vykstantys galutinio finansavimo derinimo procesai su PSDF bei kitomis atsakingomis institucijomis šias problemas padės išspręsti trumpalaikėje perspektyvoje. Apibendrinus gautus rezultatus, daroma išvada, kad priemonių rodikliai įgyvendinti, o pacientų, kuriems pagerėjo paslaugų kokybė ir prieinamumas, skaičius padidėjo.

5.2. Rodiklių pasiekimo mastą lėmę veiksniai

Ankstesniame skyriuje išanalizavus rezultatų pasiekimą priemonių lygiu, toliau bus analizuojami stambesni duomenys investicijų kryptių lygmenyje. Remiantis atlikta priemonių rodiklių pasiekimo vertinimo analize, šiame skyriuje bus apibendrinami ir analizuojami veiksniai, lėmę tiek investicijų kryptių, tiek priemonių rodiklių įgyvendinimą.

I investicijų sritis „Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas“

Pagal šią investicijų sritį vykdyto projekto įgyvendinimo metu buvo atnaujinta didelė dalis ASPJ patalpų, nusipirkta naujos įrangos. Dirbant atnaujintose patalpose su geresne įranga, paslaugos atliekamos kokybiškiau, greičiau, didesnė dalis pacientų yra patenkinti. Kaip minėta anksčiau, prie rodiklių įgyvendinimo prisidėjo ir Valstybės investicijų programos finansuota programa „Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimas“. Vienas iš jos tikslų buvo sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, skiriant valstybės biudžeto lėšų dalį ES struktūrine parama finansuojamai priemonei.

Įtakos įgyvendinto projekto tikslų siekimui turėjo ir pacientų srautai – pagerinus teikiamų paslaugų kokybę, apklausų¹⁶³ duomenimis, paramą gavusiose įstaigose padidėjo apsilankančių pacientų skaičius. Didėjantys srautai rodo, kad pacientai norimoje įstaigoje gali gauti reikalingą paslaugą, greitėja jų priėmimas.

Nemažą neigiamą įtaką rodiklių įgyvendinimui gali turėti socialiniai-ekonominiai veiksniai¹⁶⁴. Nagrinėjamu laikotarpiu pakito asmenų gyvenimo būdas – prasidėjusi ekonominė krizė lėmė didelius nedarbo skaičius, tai peraugo į didėjantį stresą, nerimą – vienas iš pagrindinių priežasčių, prisidedančių prie sergamumo širdies ir kraujagyslių ligomis didėjimo. Šių veiksnių įtaka konkrečiu laikotarpiu vaizduojama tolesnėje analizėje (žr. 50 pav.).

¹⁶³ Paramą gavusių sveikatos priežiūros įstaigų atstovų bei sveikatos priežiūros specialistų apklausa, internetinė apklausa, 2016 m. liepa. ir Nacionalinio vėžio instituto direktoriaus pavaduotoja strategijai ir plėtrai, interviu, Vilnius, 2016 m. liepos 12 d.

¹⁶⁴ VšĮ Vilniaus m. psichikos sveikatos centro direktoriaus pavaduotoja medicinai, interviu, Vilnius, 2016 m. spalio 12 d.

Remiantis apklausų¹⁶⁵ bei interviu¹⁶⁶ duomenimis, didelę įtaką įrangos panaudojimui ir projektų tvarumui turėjo iš anksto numatytos įrangos tolesnio išlaikymo išlaidos. Tokios išlaidos sudaro tam tikrų įrangos dalių keitimą, remontą, kitas įrangos naudojimo visu pajėgumu užtikrinti reikalingas išlaidas. Įstaigos, nenusimačiusios eksploatacinių išlaidų, galėjo susidurti su finansavimo sunkumais, t. y., sugedus naudojamai įrangai, biudžete reikėtų ieškoti papildomų lėšų, užtruktų įrangos taisymo darbai.

Taip pat augo sergamumas širdies ir kraujagyslių ligomis, nors tai galima susieti su gerėjančia diagnostika – vykdant efektyvesnę diagnozę, nustatoma daugiau ligų atvejų, tačiau juos lengviau išgydyti. Didelę įtaką sergamumui šioje srityje turi žmogaus gyvenimo būdas, galintis neigiamai paveikti žmogaus sveikatą, net jei į medicininę diagnostinę įrangą investuojama daug lėšų¹⁶⁷.

Projekto metu taip pat įdiegta telekardiologijos sistema, kurios tikslas – suteikti galimybę gydančiam specialistui konsultuotis su tretinio lygio paslaugas teikiančios įstaigos specialistais dėl paciento sveikatos būklės. Įdiegtos sistemos finansavimas numatytas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2011 m. gegužės 9 d. priimtu įsakymu Nr. V-455 „Dėl telekardiologijos paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo patvirtinimo“. Pagal jį yra numatytos PSDF lėšos, skirtos apmokėti šiai paslaugai. Vis dėlto, pagal įstatymą, finansavimo principas tarp konkrečių įstaigų nustatomas abipusėmis sutartimis. Dėl tokio konkrečiai nereglamentuoto finansavimo susiduriama su paslaugos teikimo problemomis, paskirstant finansavimą. Atsižvelgiant į tai, galima išskirti dar vieną veiksni, lėmusį projekto rezultatyvumą, – teisinės prielaidos. Kuriant naujas paslaugas, būtinas tikslus ir aiškus teisinis reglamentavimas, numatantis paslaugos finansavimą PSDF ar kitų šaltinių lėšomis, konkretų sveikatos priežiūros įstaigų tarpusavio lėšų pasidalijimo principą. Tik tokiu būdu būtų užtikrinama visapusiška paslaugos plėtra ir sėkmingas įgyvendinimas.

II investicijų sritis „Mirtingumo ir neįgalumo dėl traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių mažinimas“

Rodiklių pasiekimui pagal šią investicijų sritį teigiamos įtakos turėjo tikslingai pasirinktos investicijos – atnaujintas greitosios pagalbos automobilių parkas, remontuotos patalpos bei nauja įranga lėmė ne vien didesnę pacientų¹⁶⁸, bet ir darbuotojų¹⁶⁹ pasitenkinimą. Taip pat prie efektyvesnio rodiklių pasiekimo prisidėjo ir papildomos lėšos, skirtos pagal Valstybės investicijų programą, siekiant atnaujinti greitosios medicinos pagalbos automobilių parką. Atnaujinus jį, paslaugą suteikia kokybiškesnės transporto priemonės, pacientą vežant į sveikatos priežiūros įstaigą, jam galima suteikti geresnę pirminę pagalbą. Taip pat daug dėmesio skiriama kokybiniais darbo rodikliams – įdiegtos naujos sistemos, leidžiančios iš anksto informuoti priėmimo-skubios pagalbos centrą, kad atvežamas sunkią traumą patyręs pacientas, įdiegta kvietimų prioritetų nustatymo tvarka. Šios priemonės prisidėjo prie didesnio poveikio sukūrimo ir padidino bendrai sukurtą efektyvumą.

Neigiamą įtaką šios investicijų srities įgyvendinimui turėjo valstybinio strateginio planavimo trūkumas, numatant investicijas ir skirstant finansavimą laikotarpio pradžioje. Lygiagrečiai su ES investicijomis Lietuvoje buvo vykdomi sveikatos priežiūros restruktūrizacijos etapai, kurių tikslai orientuoti į sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pagal lygmenis stiprinimą, daugiausia dėmesio kreipiant į ASPJ, teikiančias antrinio ir tretinio lygio paslaugas. Taip siekta sustiprinti antrinį ir tretinį sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygmenį. Vis dėlto ES struktūrinis finansavimas skirstytas, finansuojant numatytą plėtoti infrastruktūrą.

¹⁶⁵ Paramą gavusių sveikatos priežiūros įstaigų atstovų bei sveikatos priežiūros specialistų apklausa, internetinė apklausa, 2016 m. liepa.

¹⁶⁶ CPVA ES paramos skyriaus viršininkė, interviu, Vilnius, 2016 m. birželio 30 d.

¹⁶⁷ VšĮ Vilniaus m. psichikos sveikatos centro direktoriaus pavaduotoja medicinai, interviu, Vilnius, 2016 m. spalio 12 d.

¹⁶⁸ UAB Socialinės informacijos centras ir UAB „Europos tyrimai“, „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybe bei prieinamumu analizė (I dalis)“, 2011 m. vasario 25 d., ir UAB „Eurotela“, „Pacientų pasitenkinimas viešosiomis sveikatos priežiūros paslaugomis Lietuvoje“, 2015 m.

¹⁶⁹ Paramą gavusių sveikatos priežiūros įstaigų atstovų ir gydytojų apklausa, 2016 m. liepa.

Prie mirtingumo ir neįgalumo dėl traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių mažinimo priemonės efektyvumo galimai prisidėjo ir sveikatos priežiūros restruktūrizacija, kurios metu optimizuota greitosios medicinos pagalbos įstaigų veikla, vykdant centralizaciją ir sukuriant stambesnes dispečerines bei nustatant privalomą brigadų kiekį. Taip pat papildomu veiksmu galima laikyti kitų ministerijų, savivaldybių visuomenės sveikatos biurų ar kitų įstaigų vykdytas traumų ir nelaimingų atsitikimų prevencijos programas. Lietuvos automobilių kelių direkcija prie Susisiekimo ministerijos 2006–2014 m. organizavo keletą skirtingų socialinių akcijų, kuriomis siekta mažinti autoavarijų skaičių. Tai socialinės reklamos dėl vairavimo išgėrus, greičio viršijimo, saugos diržų segėjimo, atšvaitų dėvėjimo pėstiesiems, vairavimo kultūros. 2006 m. šios reklamos buvo transliuojamos keturiuose televizijos kanaluose ir penkiose radijo stotyse, 2014 m. jos buvo transliuojamos jau septyniuose televizijos kanaluose bei 13 radijo stočių. Stiprus išorinių mirties priežasčių atvejų sumažėjimas leidžia daryti prielaidą, kad prevencija pasiteisina.

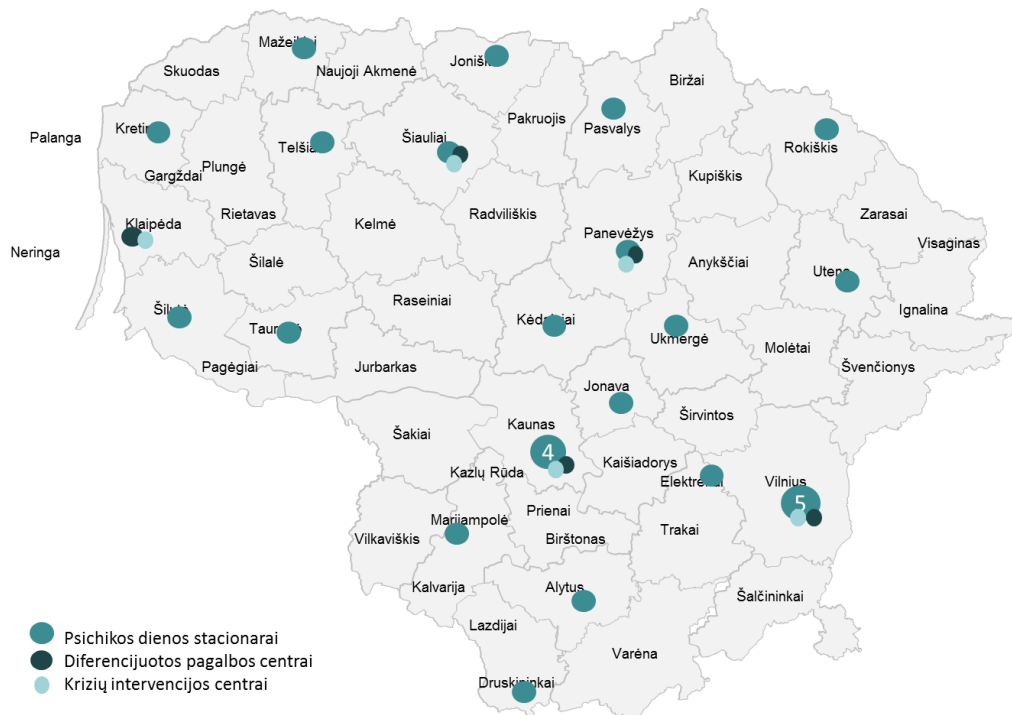
Įtakos mirtingumui dėl traumų ir kitų priežasčių neretai daugiau turi aplinkybės – prie mirtingumo mažinimo prisideda ir socialinės reklamos bei kitos prevencinės akcijos¹⁷⁰. Be to, itin svarbu, kad asmeniui, patyrusiam traumą, pagalba būtų suteikta kuo greičiau ir kokybiškiau, todėl greitosios medicinos pagalbos įrangos atnaujinimas prisideda prie geresnių rezultatų.

III investicijų sritis „Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimas“

Atsižvelgiant į didelį mirtingumą dėl priežasčių, sukeltų psichikos ligų, Lietuvoje buvo būtina vykdyti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą. Teigiamą įtaką šios investicijų srities priemonėms turėjo jų pasirinktas projektų įgyvendinimo būdas – kurti psichikos sveikatos priežiūros centrus mažesnėse savivaldybėse. Nemaža dalis kaimuose ar mažose gyvenvietėse gyvenančių asmenų nesiryžta ar nenori kreiptis į specialistą, nes jis yra per toli nuo gyvenamosios vietos¹⁷⁰. Palankus geografinis naujai įkurtų centrų išsidėstymas suteikė galimybes didesnei daliai pacientų ryžtis kreiptis į specialistą ir gauti paslaugą arčiau namų. Taigi, naujai įkurti centrai išsidėstę vidurio, vakarų, pietų ir šiaurės Lietuvoje, nėra sutelkti vienoje vietoje. Tai ypač aktualu, kuriant psichikos dienos centrus, – anksčiau dienos stacionariai buvo prijungti prie kelių didžiųjų miestų ligoninių, tačiau įgyvendinus projektus psichikos dienos stacionariai įkurti didesnėje dalyje šalies savivaldybių.

¹⁷⁰ VšĮ Vilniaus m. psichikos sveikatos centro direktoriaus pavaduotoja medicinai, interviu, Vilnius, 2016 m. spalio 12 d.

45 pav. Psichikos ligomis sergantiesiems skirtų centrų išsidėstymas savivaldybėse



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis esparama.lt duomenimis

Didėjantis visuomenės sąmoningumas, pasiryžimas kreiptis į specialistus pagalbos taip pat teigiamai paveikia projektų efektyvumą ir rodiklių įgyvendinimą. Gyventojai nebijo kreiptis į psichikos specialistų pagalbos, todėl tikėtina, kad liga nebus per stipriai progresavusi, didesnės galimybės pacientą greičiau integruoti į visuomenę.

Kita aktuali problema psichikos sveikatos srityje – savižudybės. Svarbiausi veiksniai, galintys lemti šių išorinių mirties priežasčių atvejų skaičių, yra socialiniai-ekonominiai. Vertinant savižudybių skaičiaus pokytį, matoma, kad jam nemažą įtaką turėjo prasidėjusi ekonominė krizė – ekonominio nuosmukio metu savižudybių skaičiaus rodiklis 2 proc. padidėjo. O priešingai – ekonominio augimo laikotarpiu – savižudybių skaičius buvo 4 proc. mažesnis.

Kvalifikuotų medicinos darbuotojų trūkumas regionuose identifikuotas kaip neigiamą įtaką daręs veiksnys. Jis lėmė ir tai, kad krizių intervencijų ar psichikos centrai negali dirbti visu pajėgumu – išsiųsti mobilias brigadas ir tuo pačiu metu prižiūrėti pacientus, esančius stacionare. Taip atsitinka dėl žmoniškųjų išteklių trūkumo – mažesniuose rajonuose nepakanka dirbančių specialistų, nemaža jų dalis išvyksta į didmiesčius ar kitas valstybes. Taip pat prie minėtųjų centrų nevisiškai realizuoto veikimo prisidėjo iš anksto iki galo nesuplanuotas finansavimas. Aiškus finansavimas buvo numatytas tik toms paslaugoms, kurios nebuvo naujos, t. y., anksčiau teiktos kitose ASPJ. Nebuvo pateikti naujų paslaugų aiškūs aprašai ir įkainiai, užsitęsęs finansavimo derinimo procesas. Dėl šios priežasties, net ir įsigijus reikiamą įrangą, dar vykdomas paslaugos teikimo reglamentavimo ir finansavimo užtikrinimo procesas, diskutuojama su suinteresuotomis institucijomis. Šie neigiami veiksniai prisidėjo prie mažesnio rodiklių pasiekimo masto (žr. 5.1 skyrių). Neužtikrinus visų teisinių reglamentų, pakankamo žmoniškųjų išteklių kiekio, įgyvendinant psichikos ligų srities priemones, nepasiektas planuotas pacientų, kuriems pagerėjo paslaugų kokybė ir prieinamumas, rodiklis.

Visų psichikos sveikatos priežiūros priemonių rezultatyvumui įtaką daro didelis mirtingumo nuo psichikos ligų skaičius. Kuriant naujus krizių centrus, plečiant dienes programas, visuomenė skatinama atkreipti

dėmesį į didėjančią problemą, pacientams užtikrinamos geresnės ir prieinamesnės sąlygos gydytis, jie labiau integruojami į visuomenę.

Dar vienas teigiamas veiksnys, lėmęs šios investicijų srities anksčiau minėtų (žr. 5.1 skyrių) rodiklių pasiekimą, – sveikatos priežiūros restruktūrizacija, kurios tikslas buvo plėtoti dienos stacionaro ir ambulatorines paslaugas. Įkurti dienos stacionarai, krizių centrai buvo sveikatos priežiūros politikos restruktūrizavimo padariniai, teigiamai paveikę psichikos sveikatos priežiūros sektorių. Taip pat nemaža dalimi prisideda Valstybinio psichikos sveikatos centro 2006–2008 m. laikotarpiu vykdytos prevencinės programos („Pamiršk“, „Būk blaivus“) – kovos su alkoholio, narkotinių medžiagų vartojimu, rūkymu ir kt. Taip didinamas visuomenės sąmoningumas, lemiantis mažėjančius mirtingumo atvejus.

IV investicijų sritis „Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas“

Vienas iš pagrindinių teigiamą įtaką šios srities efektyvumui daręs veiksnys – vykdomos prevencinės programos, ypač dėl krūties, gimdos kaklelio ar prostatos piktybinių navikų. Pradėjus šių sričių prevenciją, 2004 m. labai padidėjo ankstyvoje stadijoje diagnozuotų atvejų skaičius. Pagal atskiras programas tikslinės grupės sveikatos priežiūros įstaigoje gali pasitikrinti dėl grėsmės susirgti onkologine liga. Tai padeda daliai pacientų nustatyti ligą ankstyviausioje stadijoje ir taip išgelbėti paciento gyvybę. Itin svarbu itin daug dėmesio skirti tikslinėms teritorijoms, kur mirtingumas nuo piktybinių navikų yra pats didžiausias. Taigi prie rodiklių gerėjimo prisideda tikslingai vykdomų prevencinių programų intensyvumas. Prie rodiklių gerėjimo prisidėjo tyrimų skaitmenizacija – perkėlus tyrimus į skaitmeninę erdvę, daug lengviau juos analizuoti, pateikti pacientui ar kitiems sveikatos priežiūros specialistams. Taip pat pradėtos teikti naujos paslaugos – mamografo paslaugos, krūtų tomosintezė, kt. Galimybė suteikti daugiau ir kokybiškesnių paslaugų lėmė efektyvesnį projektų rodiklių įgyvendinimą.

Vis dėlto, sergamumas gali didėti ir dėl senėjančios visuomenės – didžioji dalis sergančiųjų yra vyresnio amžiaus žmonės. Tai reiškia, kad didėjant vyresnio amžiaus žmonių daliai tarp visų šalies gyventojų, jie sukuria didesnę naštą sveikatos apsaugos sektoriui (žr. 21 pav.). Sergamumo rodiklio didėjimas būtent ir atspindi šį senėjimą bei vyresnio amžiaus žmonių dalies didėjimą.

Priemonių įgyvendinimo efektyvumui įtakos galėjo turėti ir netolygus finansavimo skyrimas – mažoms rajonų ligoninėms skirta įranga negali veikti visu pajėgumu, kadangi pacientų srautas įstaigoje yra per mažas. Dėl to, jog nemažai investuota į mažas ligonines, kuriose apsilanko nedideli pacientų srautai, didžiosios ligoninės, suteikiančios paslaugas daug didesnei daliai pacientų, gauna santykinai mažesnę finansavimą.

V investicijų sritis „Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumas, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimas“

Ši investicijų sritis apėmė labai plačią sveikatos apsaugos sektoriaus sritį – ambulatorines paslaugas, visuomenės sveikatos biurus, privačias sveikatos priežiūros įstaigas. Atsižvelgiant į tai, planuotų projektų stebėsenos rodiklių mastas priklauso nuo daug skirtingų veiksnių. Išskiriami tiek teigiami, tiek neigiami veiksniai, turėję įtakos planuose numatytų stebėsenos rodiklių pasiekimui šioje investicijų srityje.

Vienas svarbiausių teigiamų veiksnių – didėjantis gyventojų sąmoningumas. Vertinant ekspertų¹⁷¹ įžvalgas, teigiama, kad žmonės vis dažniau įsitraukia į vykdomas prevencines, aktyvias laisvalaikio ar kitas veiklas, skatinančias sveiką gyvenimo būdą. Taip sudaromos sąlygos gerėti ne tik šios konkrečios investicijų srities, bet ir kitų krypčių rodikliams.

Platus geografinis visuomenės sveikatos biurų išdėstymas lemia geresnę paslaugos prieinamumą kuo daugiau Lietuvos gyventojų. Šis faktas itin svarbus, atsižvelgiant į tai, kaip pavyko pasiekti suplanuotus priemonių rodiklius, kadangi gyventojams suteikiama galimybė gauti norimą paslaugą dar arčiau namų. Efektyvumą taip pat lėmė savivaldybių, kuriose yra visuomenės sveikatos biurai, bendradarbiavimas su

¹⁷¹ Visuomenės sveikatos biurų asociacijos pirmininkė, interviu telefonu, Vilnius, 2016 m. rugpjūtis ir VŠĮ Vilniaus m. psichikos sveikatos centro direktoriaus pavaduotoja medicinai, interviu, Vilnius, 2016 m. spalio 12 d.

gretimomis savivaldybėmis, neturinčiomis šių įstaigų. Taip dar labiau prisidėta prie paslaugos prieinamumo didinimo. Verta atkreipti dėmesį į tai, kad visuomenės sveikatai skiriamų investicijų poveikis yra ilgalaikis, t. y., investavus į vykdomas prevencines programas, sveiko gyvenimo būdo skatinimą bei kitas veiklas, didžiausias poveikis bus matomas po kelerių metų. Taigi, trumpuoju laikotarpiu realiai įvertinti teigiamą ar neigiamą poveikį sudėtinga. Vis dėlto visuomenės poreikis tokioms paslaugoms sąlyginai auga – mažesniuose rajonuose jis išlieka gan didelis – ten žmonėms labiau reikalingi papildomi užsiėmimai, įsitraukimas į bendruomeninę veiklą. Be to, prie rezultatyvumo prisideda tai, kad kiekvienos savivaldybės visuomenės sveikatos biuras identifikuoja tame regione labiausiai problemines sritis ir ta kryptimi vykdo pagrindinę veiklą. Tai prisideda prie didesnio rezultato visos šalies mastu.

Sėkmingam projektų įgyvendinimui šioje investicijų srityje teigiamos įtakos turėjo vykdoma sveikatos priežiūros sektoriaus reforma, nukreipta į ambulatorinių paslaugų didinimą. Pacientams suteikiamų paslaugų kokybės gerėjimas matomas įvertinus pokyčius sveikatos apsaugos sistemoje – modernizuoti ambulatorinių paslaugų skyriai, mažinamas stacionaro lovų skaičius.

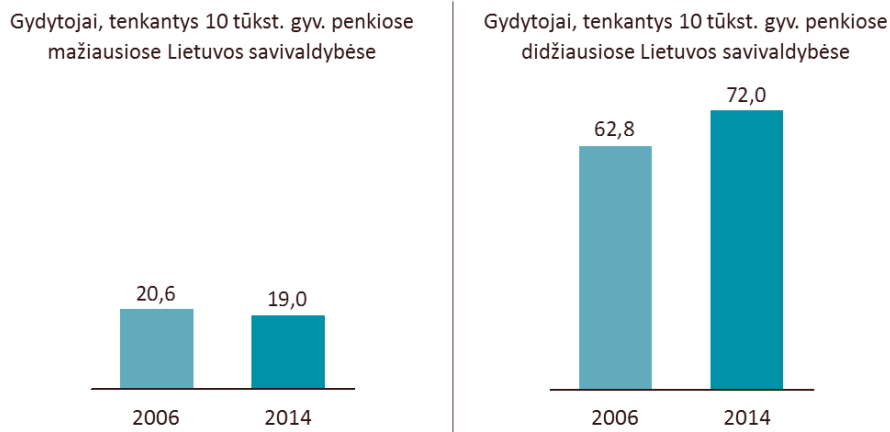
Kitas teigiamas veiksnys – naujos paslaugos – pagal šią investicijų sritį finansuojant vykdomas priemones, pradėta kurti paliatyviosios pagalbos paslauga Lietuvoje. Šios paslaugos poreikis buvo pakankamai didelis, todėl jos įkūrimas Lietuvoje pasiteisino ir prisidėjo prie geresnių rodiklių – didesniam kiekiui pacientų pagerėjo suteikiamų paslaugų kokybė bei prieinamumas. Pokytis matomas išanalizavus įkurtų paliatyviosios pagalbos lovų skaičių (žr. 5.1 skyrių) – rodiklio didėjimas rodo, kad planuoti pokyčiai įvyko ir paslaugos plėtra vykdyta intensyviai.

Šios investicijų srities efektyvumui nemažai įtakos turėjo besikeičiantis visuomenės požiūris į ligų prevenciją (visuomenės sveikatos biurų vykdoma aktyvių užsiėmimų veikla, socialinės akcijos) ir didėjantis įsitraukimas į bendruomenines aktyvias veiklas. Taip pat reikšminga tai, kad investicijų srities priemonės glaudžiai siejosi su vykdyta sveikatos reforma, t. y., daugiausia dėmesio skirtas ambulatorinių paslaugų plėtrai, slaugos ir palaikomojo gydymo bei paliatyviosios pagalbos paslaugų plėtrai. Šios veiklos bei visuomenės sveikatos biurų veikla labiau orientuotos į ilgalaikę perspektyvą, padedant užtikrinti visuomenės sveikatos gerėjimą.

Remiantis ankstesniuose skyriuose atliktų analizių rezultatais bei interviu su ekspertais¹⁷², nustatyta, kad svarbus aspektas įgyvendinamų projektų efektyvumui yra žmogiškieji išteklių bei pakankama jų kvalifikacija. Surinkta informacija rodo, kad žmogiškųjų išteklių trūkumo problema ypač aktuali mažesnėms savivaldybėms, kai, tuo tarpu, didžiosiose savivaldybėse gydytojų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų linkęs didėti (žr. 46 pav.).

¹⁷² Visuomenės sveikatos biurų asociacijos pirmininkė, interviu telefonu, Vilnius, 2016 m. rugpjūtis; Valstybinio psichikos sveikatos centro direktorė, interviu, Vilnius, 2016 m. liepos 5 d.

46 pav. Gydytojų pasiskirstymas didžiosiose ir mažosiose Lietuvos savivaldybėse



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Statistikos departamento duomenų bazės informacija

Gydytojų skaičiaus augimui didžiosiose savivaldybėse įtakos gali turėti tai, kad baigusieji studijas prioritetą teikia darbui būtent didesniuose miestuose, o ne miesteliuose ar kaimo vietovėse. Tendencijoms išliekant tokioms pačioms, gydytojų skaičius didžiuosiuose miestuose ir toliau gali augti, o mažuosiuose miestuose – mažėti. Įvertinus statistinius bei interviu duomenis nustatyta potenciali rizika, jog žmogiškųjų išteklių trūkumas gali turėti neigiamos įtakos įgyvendinamų projektų efektyvumui ir rezultatų pasiekimui. Šios problemos sprendimui svarbūs lygiagrečiai vykdomi projektai, suteikiantys sveikatos apsaugos sektoriaus darbuotojams galimybes kelti savo kvalifikaciją.

Įvertinus galimas prielaidas, prisidedančias prie rodiklių įgyvendinimo masto, pastebėta, kad visose srityse yra tiek teigiamų, tiek neigiamų veiksnių. Vis dėlto nemažą įtaką priemonių efektyvumui turi socialiniai-ekonominiai veiksniai – senėjanti visuomenė, visuomenės požiūrio į sveikatos prevenciją pokyčiai, ekonominė situacija. Teigiamą poveikį ES struktūrinė parama finansuojamų projektų rodiklių pasiekimo mastui turi ir papildomos priemonės – prevencinės programos, socialinės akcijos – suderinus šias veiklas pasiekiamas dar geresnis rezultatas, kurio poveikis bus matomas ir ilgalaikėje perspektyvoje.

5.3. Pasirinktų priemonių tinkamumas

Šiame skyriuje toliau vertinamas priemonių tinkamumas. Anksčiau identifikavus pagrindinius teigiamus ir neigiamus veiksnius bei rodiklių pokyčius, bus vertinama, ar investicijoms pasirinktos priemonės buvo tinkamiausios.

Atlikus rodiklių analizę, daroma išvada, kad bendras visuomenės sergamumas nagrinėjamu laikotarpiu didėja. Taip pat pastebimas stiprus mirtingumo nuo pagrindinių mirties priežasčių mažėjimas visose amžiaus grupėse. Vis dėlto, net ir didėjantį sergamumą galima laikyti dalinai teigiamu pokyčiu, kadangi didžioji ES investicijų dalis buvo nukreipta į diagnostinės įrangos įsigijimą. Pasitelkus šią įrangą, padidėja diagnozuojamų ligų atvejų skaičius, tikėtina, kad liga pastebima ankstyvoje stadijoje ir pradedama greitai bei efektyviai gydyti. Dėl šios priežasties paaiškinamas ir mirtingumo mažėjimas – didesnė dalis ligų diagnozuojama laiku ir nespėja išplisti iki mirtinos stadijos.

Atsižvelgiant į sveikatos priežiūros reformos veiklą bei ES struktūrinių fondų lėšomis finansuojamas priemones, matyti, kad didžioji dalis investicijų tikslingai nukreipta į infrastruktūros atnaujinimą, siekiant pagerinti sąlygas ASPJ apsilankantiems pacientams bei patiems įstaigų darbuotojams. Daug investuota į diagnostinės, medicininės įrangos atnaujinimą – didelė dalis įstaigų įsigijo modernius aparatus, galinčius greičiau ir tiksliau nustatyti diagnozę, taip pat išaugo galimybės suteikti daugiau reikalingiausių ir geresnės

kokybės paslaugų atokesniuose rajonuose gyvenantiems asmenims. Šiomis priemonėmis taip pat buvo pradėtos teikti ir naujos paslaugos – nors jų buvo santykinai mažai, tačiau poveikis juntamas.

Įvertinus pasiektus rezultatus bei įtakos priemonių įgyvendinimui turėjusius veiksnius, pastebima, kad priemonės buvo tikslingai orientuotos į labiausiai problemines sveikatos apsaugos sektoriaus sritis – širdies ir kraujagyslių ligų, piktybinių navikų, traumų bei kitų išorinių priežasčių mirtingumo mažinimą, psichikos sveikatos sektoriaus optimizavimą bei visuomenės sveikatą. ES struktūrinių lėšų skyrimo laikotarpiu mirtingumas nuo pagrindinių mirties priežasčių labai sumažėjo, o regionuose, kuriuose buvo vykdomi projektai, poveikis dar didesnis nei kituose (žr. skyrių 3.1). Daugiausia dėmesio sutelkus į infrastruktūros, įrangos atnaujinimą, diagnostinį gydymą, pavyksta anksčiau aptikti ligą, padėti pacientui reikalingiausiu metu ir apsaugoti jį nuo mirties. Tai, kad investicijos nukreiptos tikslingai, rodo Nacionalinio vėžio instituto atlikto tyrimo duomenys, jog diagnostikos laikas įsigijus naują įrangą sutrumpėjo dviem dienomis. Be to, instituto duomenimis, šalies mastu taip pat dvigubai padaugėjo ankstyvoje stadijoje diagnozuojamų navikų skaičius. Tinkamiausiai įgyvendintais projektais gali būti laikomi psichikos dienos stacionarai, kurie puikiai atspindėjo vieną iš pagrindinių tikslų – gerinti paslaugų prieinamumą pacientams. Išdėstyti geografiškai plačiu mastu – po kelis centrus įkurta Vilniuje ir Kaune, po vieną 17 kitų miestų – jie pagerino prieinamumą ir galimybes visiems Lietuvos gyventojams. Tą patvirtina ir pacientai, besinaudojantys psichikos dienos stacionarų paslaugomis. Jų teigimu, šiuose centruose jie jaučiasi kaip namuose, jaučiasi labiau visavertiškai bei visuomenės pripažįstami¹⁷³. Visi įgyvendinti projektai prisidėjo prie rodiklių gerėjimo šalyje – mažėjantis mirtingumas, ilgėjanti gyvenimo trukmė, mažėjantis santykis tarp stacionaro ir dienos stacionaro paslaugų.

Remiantis interviu¹⁷⁴ metu gautais duomenimis, ASPJ atstovai vieningai teigė, kad numatytos investicijų priemonės buvo tikslingai nukreiptos į svarbiausias sveikatos priežiūros sritis Lietuvoje. Tą rodo ir besikeičiantys rodikliai – nagrinėjamu laikotarpiu matomas mirtingumo nuo pagrindinių mirties priežasčių mažėjimas, didėjanti vidutinė gyvenimo trukmė. Remiantis gautais duomenimis, taip pat nustatyta, kad naujos paslaugos turėjo sąlyginai didesnę įtaką rodiklių pagerėjimui ir projektų įgyvendinimo efektyvumui nei vien tik naujos įrangos įsigijimas. Šios paslaugos labiausiai susijusios su psichikos centrais, nes naujuose centruose teikiamos kompleksinės psichiatrų, psichologų paslaugos, įvairios terapijos, dienos stacionaro paslaugos, leidžiančios pacientui jaustis kaip namuose. Taip pat onkologijos srityje svarbus pozitronų emisijos tomografijos tyrimas, itin pažangi technologija, leidžianti įvertinti pasikeitimus paciento organizme pagal radioaktyviasias medžiagas. Kita vertus, interviu metu pagrįsta hipotezė, kad visiškai naujų sukurtų paslaugų buvo mažai – didesnioji dalis sukurtų paslaugų buvo ne tiek naujos, kiek modernus jau esamų paslaugų teikimo būdas. Vis dėlto, nors investuoti į naują, modernesnę įrangą yra svarbu ir reikalinga, naujų paslaugų kūrimas praplėstų pacientams teikiamų paslaugų spektrą (atitinkamai ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą) ir pagerintų sveikatos apsaugos paslaugų kokybę. Galima teigti, kad platesniam naujų paslaugų kūrimo procesui kelią užkirto nevisiškai suplanuotas finansavimas, tai ypač atsispindėjo psichiatrijos srityje.

Apibendrinant pasirinktų priemonių tinkamumą, daroma išvada, kad ES struktūrinės paramos finansavimas buvo nukreiptas į problemines sritis, į kurias investuojant buvo pasiektas tikslinių grupių poreikius atitinkantis poveikis. Tai, kad paslaugų kokybė pagerėjo rodo ir didesnis pacientų pasitenkinimas teikiamomis šeimos gydytojų, greitosios medicinos pagalbos bei slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugomis. Pasirinkus labiausiai problemines sritis sveikatos apsaugos sektoriuje ir sutelkus pagrindines investicijas būtent joms, galima daryti prielaidą, kad buvo pasiektas didžiausias poveikis visuomenei, tą atspindi labiau nei kitose savivaldybėse mažėjantys mirtingumo rodikliai regionuose, kuriuose buvo įgyvendinti ES lėšomis finansuoti projektai (žr. skyrių 3.1). Nors finansavimo sritys pasirinktos optimaliai,

¹⁷³ R. Šulskienė, A. Gaižauskienė. „Pacientų požiūris į psichikos dienos stacionaro teikiamas paslaugas: atvejo analizė“. 2015 m. rugsėjis.

¹⁷⁴ Valstybinio psichikos sveikatos centro direktorė, interviu, Vilnius, 2016 m. liepos 5 d.; VŠĮ Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės direktorius bei Programų ir projektų skyriaus vedėja, interviu, Vilnius, 2016 m. liepos 5 d.

daugiau dėmesio buvo galima skirti naujų paslaugų kūrimui. Vis dėlto, naujų paslaugų kūrimui neigiamos įtakos turėjo sudėtingas finansavimo planavimo procesas, užsitęsęs ir po projektų įgyvendinimo pabaigos.

Apibendrinimas

Rengiant priemones ES struktūrinei paramai gauti, vienas pagrindinių tikslų buvo suteikti kokybiškas ir pacientams lengviau prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas.

Atlikta priemonių analizė parodė, kad didžioji dalis planuotų rodiklių buvo įgyvendinti taip, kaip planuota, ar netgi viršijo planus. Kai kuriose srityse pastebimi neigiami rodiklių pokyčiai, t. y., nepasiektas planuojamų pacientų, kuriems pagerėjo paslaugų kokybė, rodiklis psichikos ligų srityje, nesumažėjo gulėjimo ligoninėje dėl širdies ir kraujagyslių ligų trukmė. Šių pokyčių galimos priežastys išnagrinėtos pagal kiekvieną investicijų sritį – socialinės-ekonominės aplinkybės, visuomenės senėjimas ir gyventojų mažėjimas, žmogiškųjų išteklių trūkumas. Vertiname, kad didesnis projektų poveikis bus matomas ilgalaikėje perspektyvoje, juo labiau kad dalis projektų baigti įgyvendinti 2015 m. pabaigoje. Itin efektyviai įgyvendinta priemonė laikoma psichikos dienos stacionaro centrų įkūrimas, jie ne tik suteikė pacientams geresnį prieinamumą, bet ir atsižvelgus į sėkmingumą, savivaldybių lėšomis buvo papildomai kuriami be ES finansavimo.

Nagrinėjant rezultatus investicijų sričių lygmenyje, vertinti veiksniai, galėję turėti teigiamos ir neigiamos įtakos efektyvumui pasiekti. Gautos išvados, jog visose srityse neišvengta tiek teigiamų, tiek neigiamų veiksnių, tačiau bendras rezultatas rodo, kad aplinkybės priemonių įgyvendinimui buvo palankios. Pagrindiniais veiksniais išskiriami socialiniai-ekonominiai veiksniai: gyvenimo būdas, finansinė situacija, paslaugų prieinamumas, prevencinės programos. Vis dėlto pastebėti ir neigiami veiksniai – išankstinio finansavimo neapibrėžtumas, gyventojų skaičiaus mažėjimas.

Apžvelgus rodiklių įgyvendinimą priemonių lygiu bei investicijų sričių rezultatyvumą, vertiname, kad ES investicijoms buvo pasirinktos tinkamos priemonės. Jos buvo nukreiptos į labiausiai problemines sveikatos sektoriaus sritis Lietuvoje, tad investicijų sukurtas poveikis buvo reikšmingas visuomenei.

6. Nacionalinių programų rezultatai

Siekiant įvertinti nacionalinių programų pasiektus rezultatus, nustatyti jų siekiai (tikslai, uždaviniai) ir išnagrinėtinas šių tikslų pasiekimo mastas. Šiame vertinimo ataskaitos skyriuje tikslų pasiekimo mastas vertintas analizuojant programų aprašuose nurodytus rodiklius. Skyriaus pabaigoje pristatomas ES intervencijų poveikis bei įtakos pagrindinių rodiklių pasiekimui turėję veiksniai.

6.1. Nacionalinių programų tikslai

SAM administruojamų SSVP priemonių įgyvendinimui yra aktualios 3 pagrindinės programos. Tai: Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programa, Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 metų programa bei Greitosios medicinos pagalbos, skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos ir pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros automobilių parko atnaujinimo 2006–2008 metų programa. Jose apibrėžti konkretūs tikslai, priemonės ir numatomi siekiami rezultatai.

Detalesnis šių programų apibūdinimas pateikiamas ankstesnėse vertinimo ataskaitos dalyse (žr. skyrių 2.2). Šiame skyriuje programos pristatomos trumpai, kadangi ši informacija yra svarbi toliau atliekamai analizei.

2008 m. vasario 29 d. sveikatos apsaugos ministro priimtame įsakyme Nr. V-160 „Dėl sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programos patvirtinimo“ išskirti pagrindiniai tikslai:

- Stiprinti ir gerinti visuomenės sveikatos priežiūrą;
- Gerinti paslaugų kokybę;
- Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo apimtį ir struktūrą priderinti prie paslaugų poreikio ir kokybės reikalavimų, užtikrinant tolygesnį paslaugų prieinamumą.

2007 m. spalio 9 d. sveikatos apsaugos ministro priimtame įsakyme Nr. V-799 „Dėl sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 metų programos patvirtinimo“ nurodomi tikslai yra šie:

- Gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą;
- Sumažinti sergamumą pagrindinėmis neinfekcinėmis ligomis bei mirtingumą nuo jų, taip pat ir dėl išorinių mirties priežasčių.

2006 m. birželio 1 d. sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-455 „Dėl greitosios medicinos pagalbos automobilių parko atnaujinimo 2006–2008 m. programos patvirtinimo“ išskiria tris programos tikslus:

- Atnaujinti GMP automobilių parką;
- Aprūpinti GMP automobilius sveikatos apsaugos ministro nustatyta medicinos įranga;
- Aprūpinti GMP automobilius moderniomis ryšio priemonėmis ir GPS, įdiegti juose su Bendrosios pagalbos centru suderintą techninę ir programinę įrangą.

6.2. Rodiklių analizė

Vertinant nacionalinių programų tikslų įgyvendinimą, reikia atsižvelgti į tai, ar jas vykdant pavyko pasiekti numatytus rezultatus. Ši analizė atspindi pokyčius, vykusius 2007–2013 m. laikotarpiu, ir tai, kaip jie su ES struktūrinių fondų parama padėjo pagerinti Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos būklę.

Kai kurių programų kryptių aprašai kaip vertinimo kriterijus nurodo įgyvendintų projektų skaičių. Kadangi jie turi tiesioginę įtaką didžiajai daugumai rodiklių, projektų įgyvendinimo mastas nagrinėtinas atskirai –

pagal SSVP priede Nr. 787 nurodytas SAM administruojamų 12 skirtingų priemonių. Šios priemonės yra minimos pirmojoje ataskaitos dalyje. Trys iš jų buvo pasitelktos siekiant Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programos tikslų, aštuonios – Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 metų programos tikslų bei viena – Greitosios medicinos pagalbos, skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos ir pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros automobilių parko atnaujinimo 2006–2008 metų programos tikslų.

6.2.1. Sveikatos priežiūros reformos tęstinumas

Ši programa yra suskirstyta į 5 kryptis, turinčias atskirus joms numatytus rezultatus.

Pagal Visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo kryptį, apimančią sveikatos politikos formavimą ir įgyvendinimą kryptį, per nagrinėjamą laikotarpį turėjo būti parengti 9 dokumentai, skirti paslaugų kokybei gerinti. Kiekvienais metais nuo 2007-ųjų iki 2013 m. jų buvo priimta bent po vieną, o iš viso – 14, tai yra 56 proc. daugiau, nei planuota¹⁷⁵.

Ambulatorinių paslaugų plėtros krypties aprašas išskiria tai, jog 790 tūkst. pacientų turėjo pagerėti sveikatos priežiūros paslaugų kokybė bei prieinamumas. Šio rodiklio įgyvendinimas matomas įvertinus rodiklių pasiekimo mastą priemonių lygmenyje (žr. skyrių 5.1) – pagal 10 priemonę „Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionariųjų paslaugų optimizavimas“ šis rodiklis pagerėjo daugiau nei 4,4 mln. pacientų¹⁷⁶. Visgi rodiklis neatspindi unikalių pacientų skaičiaus, o nurodo visus asmenis, apsilankiusius pagal priemonę paramą gavusiose ASPJ (t. y., neatsižvelgiama į tai, kad vienas pacientas gali lankytis daugiau nei vienoje ASPJ). Atsižvelgiant į tai, kad SFMIS pateikiamų duomenų perskaičiuoti nėra galimybių, anksčiau minėto tikslo (pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę 790 tūkst. pacientų) pasiekimas negali būti vertinamas tiesiogiai. Kita vertus, tai, kad analizuojamas rodiklis viršija tikslą 5,5 karto, reiškia, kad minėtas tikslas buvo nepasiektas tik tuo atveju, jei vidutinis sergantysis per metus apsilanko vidutiniškai 5,5 skirtingose ASPJ. Antrinio lygio ambulatorinių paslaugų skaičius išaugo: 2013 m. jis siekė 564, kai 2007 m. šis skaičius buvo 493¹⁷⁷. 2 proc. augimo tikslas buvo viršytas. Taip pat daugiau nei 2 proc. padidėjo antrinio lygio ambulatorinės reabilitacijos paslaugų skaičius – jis išaugo nuo 13 436 iki 28 844¹⁷⁸. Kita vertus, modernizuota keliomis antrinio lygio paslaugas teikiančiomis įstaigomis mažiau, nei planuota, – vietoje 77 atnaujintos 72 įstaigos¹⁷⁹.

Pagal Stacionariųjų paslaugų optimizavimo kryptį, turėjo būti modernizuoti 49 sveikatos priežiūros įstaigų priėmimo-skubios pagalbos centrai bei 57 įstaigos, teikiančios dienos chirurgijos paslaugas. Remiantis *esparama.lt* portale esančiais projektų aprašais, pagal 10 priemonę buvo atnaujintos atitinkamai 37 ir 55 minėtos įstaigos. Kita vertus, pagal šią priemonę iš viso įgyvendinti 108 projektai, nors buvo planuojama įgyvendinti 100. Tai leidžia teigti, kad nepasiektas modernizuotų ASPJ rodiklis nėra reikšmingas – projektų lygmenyje tikslai viršyti. Įmanoma, jog nustatyti tikrąjį tikslų pasiekimo mastą sutrukdė netikslūs projektų aprašymai.

Pagal Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtros kryptį, svarbiausia, jog buvo atnaujintos 73 įstaigos, teikiančios paliatyviąją pagalbą, – šis tikslas viršytas 22 proc.¹⁷⁹. Progresą šioje srityje demonstruoja ir įvardintoms paslaugoms skirtų lovų skaičiaus 1 tūkst. gyventojų didėjimas, kuris 2007 m. dar siekė 1,3, o iki 2013-ųjų palaiptai didėjo iki kiek daugiau nei 1,7¹⁸⁰. Šis rodiklis laikotarpio metu išaugo 31 proc. Kita vertus, iš viso vietoje 180 planuotų buvo įsteigtos 164 lovos. Šis tikslas nepasiektas, tačiau progresą, atsižvelgiant į mažėjantį gyventojų skaičių, galima laikyti teigiamu. Verta paminėti, jog pacientų skaičiaus,

¹⁷⁵ Valstybinio akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Teisės aktai <<http://www.vaspvt.gov.lt/node/338>>.

¹⁷⁶ SFMIS, priežiūros rodiklių pasiekimo duomenys, 2016 m. liepa.

¹⁷⁷ Higienos institutas, statistiniai duomenys, 2016 m. liepa.

¹⁷⁸ SVEIDRA, sveikatos priežiūros įstaigų duomenys, 2016 m. liepa.

¹⁷⁹ *esparama.lt*, gautos ir vertintos paraiškos, 2016 m. liepa.

¹⁸⁰ Higienos institutas, statistiniai duomenys, 2016 m. liepa.

kuriam pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų kokybė bei prieinamumas, nustatyti pagal šią kryptį nepavyks, nes ji visiškai neatitinka jokios priemonės, o vykdyti projektai darė įtaką šiam rodikliui ir kitose paslaugų kategorijose.

Pagal 11 priemonę „Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros savivaldybėse plėtra“, atitinkančią penktąją nagrinėjamos programos kryptį, buvo numatyta, kad sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų per visuomenės sveikatos biurus, kokybė bei prieinamumas pagerės 1,7 mln. gyventojų. Tikslas viršytas 3,2 karto, nes paslaugos pagerėjo 5,4 mln. asmenų (kaip minėta anksčiau šiame skyriuje, nevertinant asmenų, kurie lankosi daugiau nei viename visuomenės sveikatos biure)¹⁸¹. Nors iškeltas rezultato rodiklis viršytas net kelis kartus, tačiau jis vaizduoja ne unikalius gyventojus, o apskritai visus asmenis, apsilankiusius visuomenės sveikatos biuruose. Pagal tą pačią priemonę tikėtasi atnaujinti 15 visuomenės sveikatos biurų. Šie lūkesčiai taip pat buvo viršyti, nes iš viso modernizuoti 27¹⁸² biurai. Pagal tą pačią priemonę tikėtasi 50 proc. Lietuvos gyventojų teikti labiau prieinamas ir kokybiškas visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas per savivaldybių visuomenės sveikatos biurus¹⁸³. Įgyvendinus projektus visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas per savivaldybių visuomenės sveikatos biurus pagerėjo 67 proc. šalies gyventojų. Detalesnė šio rodiklio analizė pateikiama 3.1 skyriuje.

Žvelgiant į bendrą projektų skaičių, siekiant sveikatos priežiūros reformos tęstinumo bei infrastruktūros optimizavimo, per 7 metus planuota įgyvendinti 126 projektus. Šis skaičius buvo viršytas 38 proc. ir laikotarpio pabaigoje siekė 174¹⁸². Labiausiai vertėtų išskirti investicijų į privačių asmenų priežiūros įstaigų, teikiančių viešąsias ambulatorines ir stacionarines paslaugas, infrastruktūros atnaujinimo priemonę, kuri planą viršijo daugiau nei triskart. Pagal ją vietoje planuotų 11 projektų buvo įgyvendinta 37.

Galima apibendrinti, jog buvo pasiekti beveik visi sveikatos priežiūros reformos tęstinumo programos produkto rodikliai – modernizuota mažiau nei planuota įstaigų, tačiau įgyvendintų projektų skaičius viršijo planuotą. Rezultato rodiklių dėl techninių skaičiavimų specifikos tiesiogiai vertinti nėra galimybės. Atsižvelgiant į tai, daroma išvada, kad 2014–2020 metų finansavimo periodo priemonių stebėsenos rodiklių praktiškumui užtikrinti reikia skirti papildomai dėmesio.

6.2.2. Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimas

Programa, skirta mažinti sergamumui bei mirtingumui nuo neinfekcinių ligų, turi 4 kryptis. Jos rezultatai taip pat išnagrinėti skirstant rodiklius.

Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies bei kraujagyslių ligų mažinimo krypties apraše išskirti 5 rodikliai. Visų pirma, svarbu paminėti, kad nagrinėjamo laikotarpio metu buvo numatyta modernizuoti 34 sveikatos priežiūros įstaigas. Šis rezultatas buvo pasiektas įvykdžius vieną skėtinį projektą. Sveikatos priežiūros paslaugų skaičius – apsilankymai pas kardiologą 100 gyventojų – nuo 2007 m. iki 2013 m. išaugo nuo 14,6 iki 19¹⁸⁴. Teigiamas pokytis buvo pasiektas. Hospitalinis sergamumas širdies ir kraujagyslių ligomis nuo 42,28 padidėjo iki 43,87. Vidutinė gulėjimo ligoninėje dėl ŠKL trukmė taip pat padidėjo nuo 12,96 iki 13,74 dienos. Rodiklis, kokiam skaičiui pacientų pagerėjo paslaugų kokybė bei prieinamumas, šiuo atveju yra nevertinamas, nes ne visi projektai buvo baigti laiku, todėl pacientų, kuriems pagerėjo paslaugų kokybė ir prieinamumas, rodiklis dar nėra skaičiuojamas.

Mirtingumo ir neįgalumo dėl traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių kryptį galima susieti su 2 priemone. Pagal ją, sveikatos priežiūros paslaugų kokybė bei prieinamumas išaugo 438 768¹⁸⁵ pacientams, o

¹⁸¹ SFMIS, priežiūros rodiklių pasiekimo duomenys, 2016 m. liepa

¹⁸² esparama.lt, gautos ir vertintos paraiškos, 2016 m. liepa

¹⁸³ Lietuvos Respublikos sveikatos ministro įsakymas Nr. V-160 „Dėl sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programos patvirtinimo“. 5 priedas. „Valstybės žinios“, 2008.

¹⁸⁴ Higienos institutas, statistiniai duomenys, 2016 m. liepa.

¹⁸⁵ SFMIS, priežiūros rodiklių pasiekimo duomenys, 2016 m. liepa.

planuotas šio rodiklio rezultatas buvo 200 tūkst. Taigi pasiektas daugiau nei dukart didesnis skaičius. Paramą taip pat gavo 27 sveikatos priežiūros įstaigos vietoje 20.

Atitinkamai ankstyvosios onkologinių susirgimų diagnostikos ir visaverčio gydymo kryptis sietina su 4 priemone. ES struktūrinės paramos kompiuterinės informacinės valdymo ir priežiūros sistemos (toliau – SFMIS) duomenimis, pagal ją sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas vietoje 59 tūkst. pacientų, kaip planuota, pagerėjo daugiau nei 240 tūkst. Pažymėtina, jog šis rodiklis skaičiuoja ne unikalius asmenis. Be to, nagrinėjamos nacionalinės programos dėka modernizuota 10 įstaigų infrastruktūra – 3 daugiau nei nurodytas tikslas¹⁸⁶.

Pagal Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimo kryptį iš viso buvo numatyta, kad paramą gaus 5 diferencijuoti kompleksinės pagalbos vaikui ir šeimai centrai, 6 psichikos stacionarai, 20 psichikos dienos stacionarų, 5 krizių intervencijos centrai bei 1 įstaiga, užtikrinanti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų stebėseną. Visi šie rezultatai atitinkamai siekė 5, 8, 27 bei 1¹⁸⁶. Taigi planuoti pasiekti produkto rodiklių rezultatai buvo ne tik visiškai įgyvendinti, bet netgi viršyti. Taip pat pagal 5 priemonę, siejamą su kompleksine pagalba vaikui bei šeimai, paslaugų kokybė ir prieinamumas pagerėjo 11 214¹⁸⁷ pacientų vietoje 6 500. Pagal 6 priemonę, modernizavus psichiatrijos stacionarus, paslaugų kokybė bei prieinamumas išaugo beveik 20 tūkst. asmenų, tačiau tikslas įgyvendintas nevisiškai (siektinas rezultatas – siekė 27 tūkst. Be to, įkūrus psichikos dienos centrus, vietoje 37 tūkst. žmonių paslaugų kokybė ir prieinamumas pagerėjo tik kiek daugiau nei 10 tūkst. pacientų, o krizės intervencijos centrų srityje šis rodiklis siekė 2 140, nors plane numatytas skaičius buvo 2 500. Kita vertus, vienas iš priemonės Nr. 7 stebėsenos rodiklių buvo Valstybinio psichikos sveikatos centro stebimų ir vertinamų psichikos sveikatos priežiūros įstaigų skaičius. Įgyvendinus pagal šią priemonę finansuotą projektą, pasiektas rodiklis buvo 136 psichikos sveikatos priežiūros įstaigos, kurių stebėseną vykdoma Valstybinio psichikos sveikatos centro. Tuo tarpu nagrinėjamos nacionalinės programos apraše siekta tik 38 įstaigų stebėjimo.

Mažinant sergamumą bei mirtingumą nuo pagrindinių neinfekcinių ligų, buvo išsikeltas tikslas įgyvendinti 60 projektų. Jį pavyko viršyti, nes galutinis rezultatas siekė 73 projektus arba 1,2 karto daugiau, nei planuota. Šioje srityje labiausiai išsiskyrė priemonė, skirta ankstyvai onkologinių susirgimų diagnostikai bei visaverčiam gydymui, įgyvendinusi tikslą 143 proc. Be to, pagal psichikos dienos stacionarų (centrų) kūrimo priemonę įgyvendinta 135 proc. planuotų projektų.

Beveik visi išnagrinėti tikslai buvo pasiekti ir nacionalinėje Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo programoje. Geri šio rodiklio rezultatai pasiekti mirtingumo nuo išorinių priežasčių ir onkologinių ligų mažinimo srityse. Kita vertus, nemažos dalies savo tikslų nepasiekė su psichikos sveikatos priežiūra siejamos priemonės. Joms pavyko tik modernizuoti užsibrėžtą skaičių įstaigų, tačiau paslaugų prieinamumo ir kokybės gerėjimo rodiklis nebuvo pasiektas 3 priemonėse iš 4.

6.2.3. Greitosios medicinos pagalbos automobilių parko atnaujinimas

Šios programos įgyvendinimo metu tikėtasi įsigyti 157 B kategorijos ir 14 C kategorijos automobilių. 2008 m. nupirkti 56 B kategorijos bei 17 C kategorijos automobilių. Naudojantis ES parama, buvo įgyvendinta tik mažoji pirmojo tikslo dalis, tačiau, kaip minėta ankstesniame ataskaitos skyriuje, dar 67 B kategorijos bei 30 lengvųjų automobilių buvo įsigyta valstybės lėšomis. Taigi, bendras įsigytų automobilių skaičius siekė 170 greitosios medicinos pagalbos automobilių. Naudojantis ES parama, nupirkta 73 arba 42,6 proc. planuotų automobilių (likę įsigyti valstybės biudžeto lėšomis).

Kaip nurodyta tiksluose, nauji automobiliai buvo aprūpinti nauja medicinos įranga, moderniomis ryšio priemonėmis, buvimo vietos nustatymo įranga bei su Bendruoju pagalbos centru suderinta programine bei technine įranga, nes visos šios sąlygos buvo įtrauktos į viešųjų pirkimų konkurso sąlygas.

¹⁸⁶ esparama.lt, gautos ir vertintos paraiškos, 2016 m. liepa.

¹⁸⁷ SFMIS, priežiūros rodiklių pasiekimo duomenys, 2016 m. liepa.

Galiausiai, pagal Greitosios medicinos pagalbos ir skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos infrastruktūros atnaujinimo priemonę sveikatos priežiūros paslaugų kokybė bei prieinamumas išaugo daugiau nei 765 tūkst. pacientų, nors planuotas rodiklis siekė vos 183 244. Šio tikslo pasiekimo mastas – didesnis 4,1 karto. Taigi, Greitosios medicinos pagalbos automobilių parko atnaujinimo programa, žvelgiant į jos tikslų įgyvendinimo mastą, buvo rezultatyvi. Faktas, kad programos produkto rodiklis – atnaujintų greitosios pagalbos automobilių skaičius – buvo įgyvendintas nevisiškai, o 99,4 proc., vertinamas kaip nereikšmingas, kadangi buvo viršytas programos rezultato rodiklis – asmenų, kuriems pagerėjo paslaugų prieinamumas ir kokybė, skaičius. Galima apibendrinti, jog toks rodiklių įgyvendinimas rodo, kad priemonė įgyvendinta sėkmingai.

6.3. ES intervencijų poveikis rezultatams

ES struktūrinių fondų investicijos darė esminę įtaką visiems pasiektiems rezultatams, nes suteikė didžiąją projektų finansavimo (nuo 84 iki 100 proc.) dalį. Viso 2007–2013 m. ES struktūrinio finansavimo laikotarpio metu ES paramos sulaukė 245 projektai. Be to, pacientų, kuriems pagerėjo paslaugų kokybė ir prieinamumas, rodiklio planas viršytas net kelis kartus. Jau ankstesniuose ataskaitos skyriuose minėta (žr. 3.3 skyrių), jog be ES struktūrinių fondų lėšų būtų pasiekta tik maža dalis visų numatytų rodiklių (paslaugų pacientams kokybės ir prieinamumo padidėjimo, kitų antrinių stebėsenos rodiklių).

Struktūrinių fondų įtaka Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo bei sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programai aiškinama sugrįžtant prie intervencijų logikos. Kaip nurodyta V investicijų srities schemoje (15 lentelė), atnaujinus ambulatorinio, palaikomojo gydymo, slaugos paslaugų bei paliatyviosios pagalbos infrastruktūrą bei optimizavus stacionarių paslaugų infrastruktūrą, išaugo visų šių paslaugų kokybė bei prieinamumas pacientams, tai rodo ir ankstesniame skyriuje (žr. skyrių 5.1) išnagrinėti šio rodiklio planuoti ir pasiekti rezultatai. Tikėtina, jog tai prisidėjo ir prie ilgėjančios vidutinės gyvenimo trukmės.

Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 metų programa apėmė daugiau investicijų sričių. Pasinaudojant I srities schema (11 lentelė), matyti, jog aprūpinimas nauja diagnostine įranga, skirta efektyvesnei širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikai, leido modernizuoti sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą. Į tai įeina tiek kabinetai, kuriuose teikiamos ambulatorinės kardiologinės bei neurologinės paslaugos, tiek sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios stacionarines paslaugas širdies ir kraujagyslių ligų srityje. Be to, buvo atnaujinta daug su minėtomis ligomis susijusių patalpų bei įdiegti nauji gydymo metodai. Viso to dėka pagerėjo teikiamų paslaugų kokybė (veiksmingumo aspektas), o šis faktas lėmė sergamumo bei mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų sumažėjimą.

Toliau pateikiami skaičiavimai, padedantys įvertinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą pagal ligų grupes¹⁸⁸. Remiantis VLK pateiktomis suteiktų kardiologo konsultacijų¹⁸⁹ apimtimis¹⁹⁰ ir Higienos instituto duomenų baze¹⁹¹ (naudojamas rodiklis – asmenų, sergančių kraujotakos

¹⁸⁸ Pažymėtina, kad atliekant skaičiavimus pagal visas ligų grupes daroma prielaida, jog didėjantis paslaugų kiekis vienam sergančiajam nurodo didėjančią paslaugų kokybę, o mažėjantis mirčių vienam sergančiajam skaičius atspindi gerėjančią paslaugų kokybę. Analizės tikslais skaičiuojamas ne bendras gyventojų skaičius, tačiau konkrečios ligų grupės diagnozę turintys pacientai.

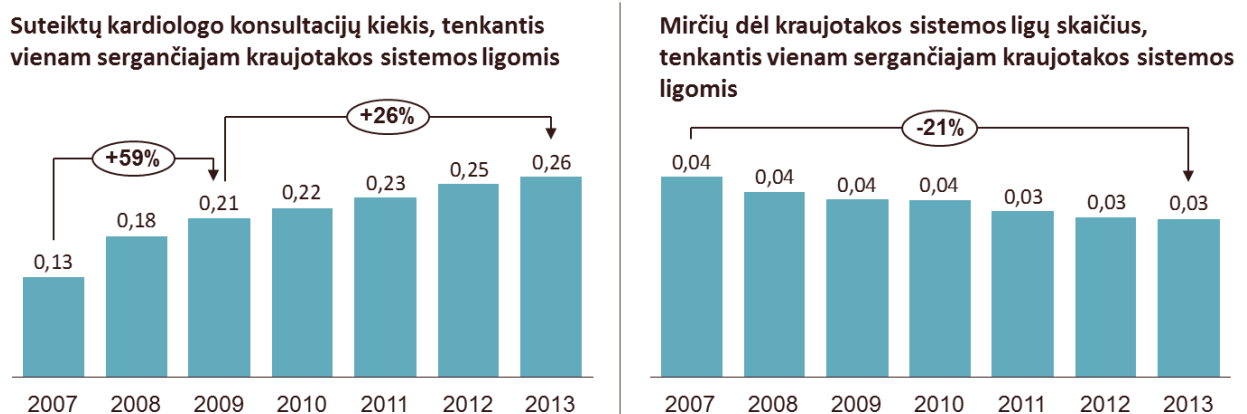
¹⁸⁹ Į pateikiamus duomenis patenka: 1. Kardiologo (kai atliekama širdies echoskopija ir (ar) veloergometrija, ir (ar) perstemplinis elektrofiziologinis ištyrimas (stimuliacija), ir (ar) EKG Holter kompiuterinė analizė, ir (ar) paros arterinio kraujospūdžio stebėseną, ir (ar) kraujagyslių standumo tyrimas, ir (ar) kaklo kraujagyslių ultragarsinis tyrimas), (paslaugos kodas 2705); 2. Kardiologo (kai atliekama širdies echoskopija ir (ar) veloergometrija, ir (ar) perstemplinis elektrofiziologinis ištyrimas (stimuliacija), ir (ar) EKG Holter kompiuterinė analizė, ir (ar) paros arterinio kraujospūdžio stebėseną, ir (ar) kraujagyslių standumo tyrimas, ir (ar) kaklo kraujagyslių ultragarsinis tyrimas) (paslaugos kodas 2752); 3. Kardiologo paslaugos (konsultacijos) (paslaugos kodas 1685).

¹⁹⁰ Valstybinė ligonių kasa, 2016 m. liepos 12 d.

sistemos ligomis, skaičius), vertinama, kad 2007–2013 metų periodu paslaugų kiekis, tenkantis vienam sergančiajam minėtomis ligomis, augo kasmet. Per analizuojamą laikotarpį rodiklis išaugo nuo 0,13 iki 0,26 kardiologo konsultacijos, tenkančios vienam sergančiajam. Vertinama, kad šis rodiklis atspindi paslaugų prieinamumo augimą. Ryšio egzistavimas tarp paslaugų prieinamumo augimo ir ES struktūrinių fondų intervencijų yra grindžiamas ankstesniame skyriuje pateikiamu loginiu intervencijos modeliu (11 lentelė).

Paslaugų, teikiamų asmenims, sergantiems kraujotakos sistemos ligomis, kokybę analogiškai vertinama, remiantis Higienos instituto duomenų baze (naudojami rodikliai: asmenų, sergančių kraujotakos sistemos ligomis, skaičius ir asmenų, mirusių nuo minėtų ligų, skaičius). Vadovaujamosi logika, kad, mažėjant dviejų minėtų rodiklių santykiui, teikiamų sveikatos apsaugos paslaugų kokybė (veiksmingumo aspektu) auga, kadangi mažėja mirčių atvejų (netgi augant sergančių asmenų kiekiui). 2007–2013 metų laikotarpiu analizuojamas rodiklis mažėjo metai po metų ir 2013 metais pasiekė 0,03 mirties, tenkančios vienam asmeniui, sergančiam kraujotakos sistemos ligomis. Šis rezultatas rodo paslaugų, teikiamų asmenims, sergantiems kraujotakos sistemos ligomis, kokybės gerėjimą.

47 pav. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų kraujotakos sistemos ligomis sergantiems asmenims, kokybę ir prieinamumą atspindintys rodikliai



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro ir Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos statistika

ES parama sveikatos priežiūros įstaigoms, vykdančioms onkologinių susirgimų diagnostiką bei gydymą, ir priemonei, kurios tikslas yra mažinti mirtingumą nuo piktybinių navikų bei didinti ankstyvos diagnostikos atvejų skaičių, prisidėjo prie visos infrastruktūros modernizavimo. Tai lėmė investicijos į įvairią įrangą bei patalpų statyba ar atnaujinimas, baldų įsigijimas (13 pav.). Visos šios priemonės pagerino teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą.

Remiantis VLK pateikta informacija dėl asmenų, gavusių ankstyvosios onkologinių susirgimų diagnostikos paslaugą, skaičiaus¹⁹¹ ir Higienos instituto duomenų baze¹⁹² (naudojamas rodiklis – asmenų, kuriems

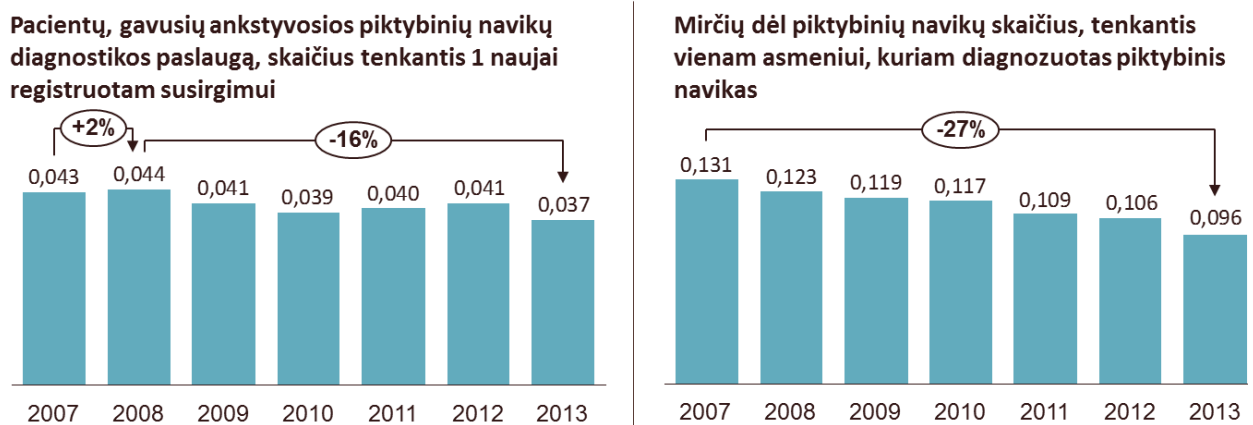
¹⁹¹ Higienos institutas, 2016 m. rugsėjo 3 d.

¹⁹² Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2016 m. liepos 12 d.

diagnozuotas susirgimas, skaičius, atsižvelgiant į tai, kad vertinama paslaugų kokybė ir paslaugų kiekio rodiklis sergantiesiems), vertinama, kad 2007–2013 metų periodu paslaugų kiekis, tenkantis vienam sergančiajam minėtomis ligomis, iš lėto mažėjo – per 7 analizuojamo periodo metus rodiklis sumažėjo 14 proc. Visgi, svarbu paminėti, kad visu analizuojamu laikotarpiu augo asmenų, kuriems yra diagnozuoti onkologiniai susirgimai, skaičius¹⁹⁴, taigi, vertinant ankstyvosios diagnostikos paslaugas absoliučia išraiška, suteiktų paslaugų apimtys augo. Atitinkamai galima daryti išvadą, kad be ES struktūrinių fondų intervencijos daliai asmenų ankstyvos onkologinės diagnostikos paslaugų prieinamumas analizuojamu laikotarpiu būtų buvęs mažesnis (diagnostiniai pajėgumai ir diagnostikai skirta infrastruktūra būtų likusi to paties lygio, kaip laikotarpio pradžioje, tačiau dėl augančio asmenų skaičiaus laukimo laikas būtų pailgėjęs).

Ankstyvųjų onkologinių susirgimų diagnostikos paslaugų kokybė analogiškai vertinama, remiantis Higienos instituto duomenų baze (naudojami rodikliai – asmenų, sergančių onkologiniais susirgimais, skaičius ir asmenų, mirusių nuo minėtų susirgimų, skaičius). Vadovaujamosi logika, kad mažėjant dviejų minėtų rodiklių santykiui, teikiamų sveikatos apsaugos paslaugų kokybė (veiksmingumo aspektu) auga, kadangi mažėja mirčių atvejų, netgi augant sergančių asmenų kiekiui. 2007–2013 metų laikotarpiu analizuojamas rodiklis mažėjo metai po metų ir 2013 metais pasiekė 0,096 mirties, tenkančios vienam asmeniui, sergančiam onkologiniais susirgimais. Šis rezultatas indikuoja paslaugų, teikiamų asmenims, sergantiems onkologiniais susirgimais, kokybės gerėjimą. Ryšio tarp paslaugų kokybės gerinimo ir ES struktūrinių fondų intervencijų egzistavimas yra grindžiamas ankstesniame skyriuje pateikiamu loginiu intervencijos modeliu (14 lentelė).

48 pav. Onkologinės diagnostikos paslaugų kokybę ir prieinamumą atspindintys rodikliai



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro ir Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos statistika

Su ES struktūrinių fondų investicijų pagalba steigiant regioninius psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrus, modernizuojant įstaigų, teikiančių stacionarinę pagalbą ūmių psichikos sutrikimų atvejais, bei įstaigų, vykdančių vertinimo ir stebėsenos veiklą, infrastruktūrą, buvo pagerinta psichikos priežiūra

¹⁹³ Higienos institutas, 2016 m. rugsėjo 3 d.

¹⁹⁴ Higienos institutas, 2016 m. rugsėjo 3 d.

paslaugų kokybė, prieinamumas, visuomenės psichikos sveikata. Tai atspindi III investicijų srities intervencijų logika (13 lentelė).

Prie rezultatų taip pat prisidėjo ES lėšomis sukurti psichikos dienos stacionarai bei krizių intervencijos centrai didžiuosiuose šalies miestuose. Duomenys analizuojami atskiromis grupėmis – vaikai ir paaugliai (0–18 m.) bei suaugusieji (18 m. ir vyresni).

Pirmiausia, remiantis VLK pateiktomis suteiktų suaugusiųjų psichiatro konsultacijų¹⁹⁵ apimtimis¹⁹⁶ ir Higienos instituto duomenų baze¹⁹⁷ (naudojamas rodiklis – vyresnių nei 18 m. asmenų, turinčių psichikos ar elgesio sutrikimų, skaičius), vertinama, kad 2007–2013 metų periodu paslaugų kiekis, tenkantis vienam suaugusiajam, turinčiam minėtų sutrikimų, išliko pastovus ir svyravo nuo 4,27 iki 4,47 paslaugos, tenkančios vienam suaugusiajam, turinčiam psichikos ar elgesio sutrikimų. Taip pat svarbu paminėti, kad visu analizuojamu laikotarpiu augo suaugusiųjų asmenų, kuriems yra diagnozuoti psichikos ar elgesio sutrikimai, skaičius¹⁹⁸, taigi psichiatrijos paslaugų apimtys, vertinant absoliučia išraiška, augo.

Kiek kitokios tendencijos pastebimos analizuojant vaikų ir paauglių grupę. Analizuojami VLK pateikti vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijų¹⁹⁹ apimčių²⁰⁰ duomenys ir Higienos instituto duomenų bazės informacija²⁰¹ (naudojamas rodiklis – asmenų iki 18 m., turinčių psichikos ar elgesio sutrikimų, skaičius). Vertinama, kad 2007–2013 metų periodu paslaugų kiekis, tenkantis vienam vaikui / paaugliui, turinčiam minėtų sutrikimų, išliko sąlyginai pastovus, tačiau pastebima mažėjimo tendencija – nuo 1,13 (2007 m.) iki 0,89 (2013 m.). Taip pat svarbu paminėti, kad visu analizuojamu laikotarpiu nepastoviai kito vaikų ir paauglių, kuriems yra diagnozuoti psichikos ar elgesio sutrikimai, skaičius²⁰², taigi ir psichiatrijos paslaugų apimtys, vertinant absoliučia išraiška, kito sąlyginai nevienodai.

Pagal atitiktį anksčiau analizuotiems ankstyvosios onkologinių susirgimų diagnostikos paslaugų teikimo rodikliams, vertinama, kad be ES struktūrinių fondų intervencijos daliai asmenų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas analizuojamu laikotarpiu būtų buvęs mažesnis. Ryšys tarp paslaugų prieinamumo augimo ir ES struktūrinių fondų intervencijų yra grindžiamas ankstesniame skyriuje pateikiamu loginiu intervencijos modeliu (13 lentelė).

Analogiškai paslaugų, teikiamų asmenims, turintiems psichikos ar elgesio sutrikimų, kokybė vertinama, remiantis Higienos instituto duomenų baze (naudojami rodikliai – 18 m. ir vyresnių asmenų bei jaunesnių nei 18 m. asmenų, turinčių psichikos ar elgesio sutrikimų, skaičius ir nusižudžusių tos pačios amžiaus grupės asmenų skaičius). Vadovaujamosi logika, kad mažėjant dviejų minėtų rodiklių santykiui, teikiamų sveikatos apsaugos paslaugų kokybė (veiksmingumo aspektu) auga, kadangi mažėja savižudybių atvejų, netgi augant asmenų, turinčių psichikos ar elgesio sutrikimų, kiekiui.

2007–2013 metų laikotarpiu analizuojamas rodiklis augo 2007–2009 metais suaugusiųjų tarpe, tačiau vėliau ėmė tendencingai mažėti. 2013 metais rodiklis šiek tiek išaugo ir pasiekė 0,006 savižudybės, tenkančios vienam suaugusiajam asmeniui, turinčiam psichikos ar elgesio sutrikimų. Šis rezultatas rodo paslaugų, teikiamų suaugusiems, turintiems psichikos ar elgesio sutrikimų, kokybės gerėjimą.

Skirtingi rezultatai pastebimi vaikų ir paauglių tarpe – tendencingo savižudybių, tenkančių vienam asmeniui, turinčiam psichikos ar elgesio sutrikimų, skaičiaus didėjimo ar mažėjimo nagrinėjamu

¹⁹⁵ Į pateikiamus duomenis patenka: 1. suaugusiųjų psichiatro (paslaugos kodas 249) paslaugų (apsilankymų) skaičius; 2. suaugusiųjų psichiatro dienos stacionaro (paslaugos kodas 338) paslaugų skaičius.

¹⁹⁶ Valstybinė ligonių kasa, 2016 m. liepos 12 d.

¹⁹⁷ Higienos institutas, 2016 m. rugsėjo 3 d.

¹⁹⁸ Ten pat.

¹⁹⁹ Į pateikiamus duomenis patenka: 1. vaikų ir paauglių psichiatro (paslaugos kodas 250) paslaugų (apsilankymų) skaičių s; 2. vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro (paslaugos kodas 1497) paslaugų skaičius.

²⁰⁰ Valstybinė ligonių kasa, 2016 m. liepos 12 d.

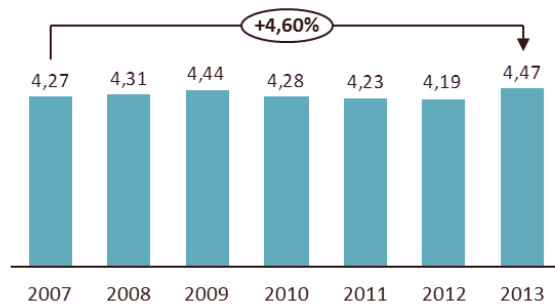
²⁰¹ Higienos institutas, 2016 m. rugsėjo 3 d.

²⁰² Ten pat.

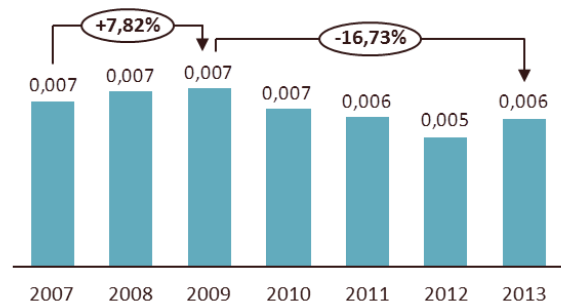
laikotarpiu nėra. Pastebimas staigus padidėjimas 2009 m., vėliau skaičius pastovus – 0,003–0,004 savižudybės, 2013 m. rodiklis vėl išaugo iki 0,006 savižudybės.

49 pav. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų psichikos ar elgesio sutrikimų turintiems asmenims, kokybę ir prieinamumą atspindintys rodikliai

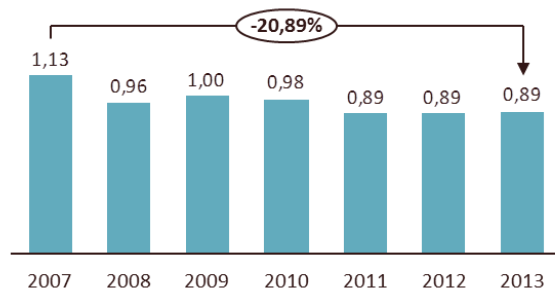
Suteiktų psichiatrijos paslaugų kiekis tenkantis vienam suaugusiajam, turinčiam psichikos ar elgesio sutrikimų



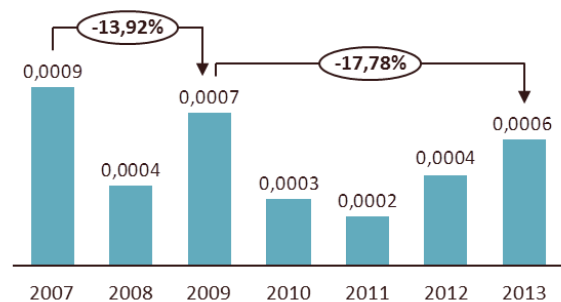
Savižudybių skaičius, tenkantis vienam suaugusiajam, turinčiam psichikos ar elgesio sutrikimų



Suteiktų psichiatrijos paslaugų kiekis tenkantis vienam vaikui / paaugliui, turinčiam psichikos ar elgesio sutrikimų



Savižudybių skaičius, tenkantis vienam vaikui / paaugliui, turinčiam psichikos ar elgesio sutrikimų



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro ir Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos statistika

ES investicijų nauda, įgyvendinant Greitosios medicinos pagalbos, skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos ir pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros automobilių parko atnaujinimo 2006–2008 metų programą, pastebima žvelgiant į tai, jog pavyko įsigyti daugiau GMP automobilių, nei planuota. Dėl to buvo atnaujinta greitosios medicinos pagalbos infrastruktūra bei pagerinta jos teikiamų paslaugų kokybė ir prieinamumas, tai sumažino mirtingumą dėl traumų bei kitų išorinių priežasčių (žr. 9 pav.).

Apibendrinimas

Nacionalinių programų analizė rodo, kad pavyko pasiekti didžiąją dalį juose nustatytų tikslų. Nors dalis pirminių priemonių stebėsenos rodiklių (įgyvendintų projektų skaičius, pacientų, kuriems pagerėjo paslaugų kokybė ir prieinamumas, skaičius) nebuvo visiškai pasiekti, vykdytos programos užtikrino

sveikatos apsaugos sistemos reformos tęstinumą, sėkmingą kovą su pagrindinėmis neinfekcinėmis ligomis bei prisidėjo prie gerėjančios paslaugų kokybės greitosios medicinos pagalbos srityje. Visų įgyvendintų programų rezultatas – padidėjusi sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas pacientams. Šiuos pokyčius atspindi paslaugų kiekio, tenkančio vienam sergančiam asmeniui, augimas ir mirčių atvejų skaičiaus, tenkančio vienam sergančiam asmeniui, mažėjimas. Intervencijų loginiai modeliai, analizuoti 3.1 ataskaitos skyriuje, grindžia ES struktūrinių fondų intervencijų ir minėtų rodiklių sąryšį. Prie šio teigiamo pokyčio prisidėjo ES struktūrinių fondų parama, užtikrinusi didžiąją dalį projektų finansavimo, kadangi be jos aptartų rodiklių pasiekimo mastas būtų mažesnis. Be to, neskyrus ES investicijų psichiatrijos ir onkologijos paslaugų teikimo infrastruktūrai, asmens sveikatos apsaugos paslaugų prieinamumas daliai visuomenės būtų sumažėjęs dėl augančio sergančių asmenų skaičiaus. Šios lėšos iš esmės buvo vienas pagrindinių veiksnių, padėjusių pasiekti užsibrėžtus tikslus. Prie paslaugų kokybės bei prieinamumo augimo prisidėjo ir tai, kad kai kurioms įstaigoms kartu su ES parama pavyko pritraukti išorinių investicijų²⁰³. Svarbu, jog išsikelti tikslai buvo realūs (tai patvirtina faktas, jog didžioji dalis iškeltų tikslų buvo pasiekta), o projektai – gerai suplanuoti (tai pagrindžia faktas, kad asmenų, kuriems pagerėjo sveikatos apsaugos kokybė ir prieinamumas, rodikliai buvo ne tik pasiekti, bet ir viršyti). Taip pat, formuojant stebėsenos rodiklius, siūloma skirti daugiau dėmesio rodiklių praktiniams apskaičiavimo aspektams (pavyzdžiui, pacientų, kuriems pagerėjo paslaugų kokybė ir prieinamumas, skaičiaus rodiklio tiesioginis vertinimas nebuvo galimas, kadangi nebuvo galimybių eliminuoti rodiklių persidengimus dėl lankymosi skirtingose ASPJ).

²⁰³ VšĮ Vilniaus m. psichikos sveikatos centro direktoriaus pavaduotoja medicinai, interviu, Vilnius, 2016 m. spalio 12 d.

7. Esminiai ES struktūrinių fondų intervencijų sąlygoti sisteminiai pokyčiai

Šioje dalyje apžvelgiama, kokius sisteminius pokyčius lėmė ES struktūrinių fondų intervencijos. Skyriuje pateikiamos mirtingumo nuo pagrindinių mirties priežasčių tendencijos lyginant du laikotarpius – 2001–2006 m. ir 2007–2013 m. Skyriaus pabaigoje pateikiama projektų efektyvumo analizė.

7.1. Pagrindinių rodiklių pokyčių tendencijos

Siekiant įvertinti vykdytų projektų bei priemonių efektyvumą, reikia išanalizuoti strateginius konteksto rodiklius, kadangi jie šiuo atveju geriausiai atspindi intervencijų poveikį. Ankstesniame ataskaitos skyriuje (žr. skyrių 3.1) išnagrinėti strateginio konteksto rodiklių pokyčiai 2006–2014 m., lyginant Lietuvą ir ES. Kadangi ES struktūrinių fondų investicijos buvo nukreiptos būtent į minėtų rodiklių gerinimą (žr. 10 pav.–14 pav.), šiame skyriuje atliekama gilesnė strateginio konteksto rodiklių analizė, siekiant įvertinti, kaip keitėsi rodiklių tendencijos prieš 2007–2013 m. paramos laikotarpį ir jo metu.

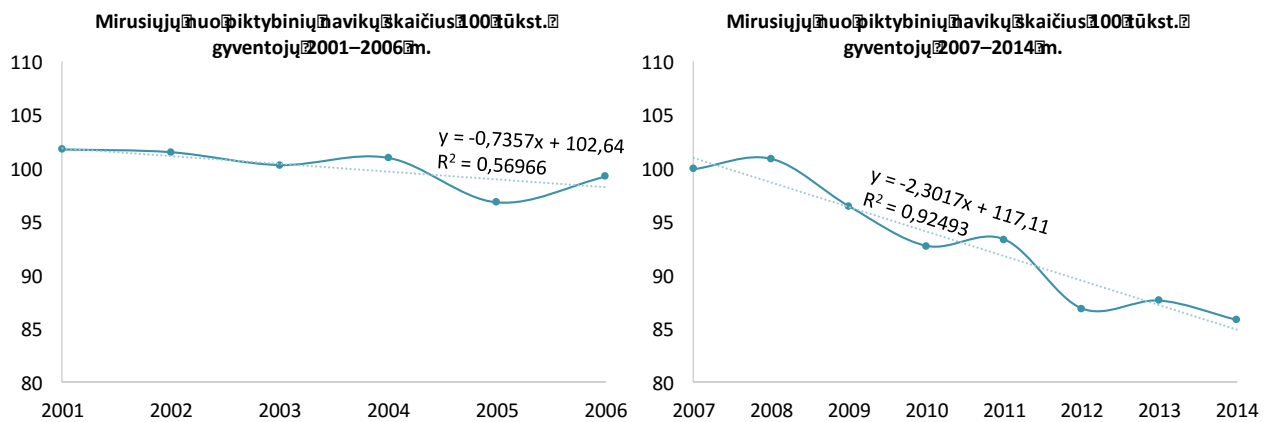
7.1.1. Mirtingumas nuo piktybinių navikų

Vertinant standartizuotą vaikų bei darbingo amžiaus suaugusiųjų mirtingumą nuo piktybinių navikų nuo 2001 m., aiškiai matyti, kad iki 2014 m. šis skaičius sumažėjo. Rodiklis nuo 2005 m. iki 2008 m. stabiliai didėjo, tačiau po to sumažėjo, kol paskutiniaisiais metais pasiekė 85,8.

Tendencijas iki ES struktūrinių lėšų panaudojimo ir paramos laikotarpio metu, kada pradėta įgyvendinti SSVP, vertinant atskirai, galima pastebėti, jog standartizuotas mirtingumas nuo piktybinių navikų ėmė mažėti tik antrojoje jo dalyje. Tai pagrindžia apskaičiuotų tiesinių regresijų mažėjimo koeficientai²⁰⁴. Pirmosios tiesės, rodančios analizuojamo rodiklio pokyčius 2001–2006 m., krypties koeficientas yra $-0,7$ (žr. 50 pav.). Tai rodo nedidelę mažėjimo tendenciją, tačiau antrojo grafiko koeficientas yra $-2,3$. Tai reiškia, kad pagal antrąją tendenciją galima tikėtis, jog standartizuotas mirusiųjų nuo piktybinių navikų skaičius 100 tūkst. gyventojų kasmet mažės 2,3, kai pagal antrąją tikėtinas mažėjimas siekia tik 0,7.

²⁰⁴ Regresijos metodu gauta tiesė, kurios bendras atstumas nuo duomenų taškų vaizduojamame grafike yra mažiausias. Jos lygtis atitinka formą $y = ax + b$, kur a yra tiesės krypties (regresijos didėjimo arba mažėjimo) koeficientas, b – mažiausia arba didžiausia nagrinėjamo laikotarpio įmanoma rodiklio reikšmė (y), o x žymi kintamąjį. Pats kintamasis – nagrinėjamo laikotarpio metai eilės tvarka. Šiuo atveju, kai $x = 1$, gaunama regresijos rodiklio y reikšmė 2001 m. Atitinkamai, kai $x = 2$, gaunama y reikšmė 2002 m. ir t. t.

50 pav. Standartizuotas mirtingumas (0–64 m. amžiaus grupėje) nuo piktybinių navikų, prieš ir po ES finansavimo periodo



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro statistika

Atsižvelgiant į tai, jog tendencijos pokytis beveik sutampa su ES finansavimo laikotarpio pradžia, galima daryti prielaidą, kad pokytis buvo sąlygotas šios paramos intervencijų. Priežastinis ryšys tarp ES investicijų ir analizuojamo rodiklio tendencijos pokytis yra grindžiamas ankstesniame 3.1 skyriuje pateikiamais loginiais intervencijų modeliais. Taip pat pažymėtina, jog prie to prisidėjo Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 metų programa – viena iš programos priemonių VP3-2.1-SAM-04-V „Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas“ skyrė lėšas įsigyti įrangai, leidžiančiai nustatyti onkologinius susirgimus ankstyvoje stadijoje ir gerinti tokių susirgimų gydymo kokybę (platesnis priemonės aprašymas pateikiamas 5.1 skyriuje).

Modeliuojant, jog rodiklio tendencija nuo 2007 m. išliktų tokia pati ir skaičiuojant pagal regresijos metodu gautąją tiesę, standartizuotas mirusiųjų nuo piktybinių navikų skaičius 100 tūkst. gyventojų 2014 m. siektų 92,3. Vis dėlto, minimų metų faktinis rodiklis yra 7 proc. mažesnis. Tai leidžia daryti prielaidą, jog ES parama prisidėjo prie rodiklio gerėjimo, kuriuo remiantis, vien 2007–2013 m. buvo išsaugota per 300 gyvybių²⁰⁵ (šis sąryšis grindžiamas anksčiau minėta loginių intervencijos modelių analize, taip pat 6 skyriuje pateikiama antrinių šaltinių analize – analizės metu nebuvo nustatyta kitų iniciatyvų, priemonių ar programų, nefinansuotų iš ES lėšų, galinčių pakeisti nacionalinio rodiklio kitimo tendenciją). Be to, atsižvelgiant į vidutinį žmogaus indėlį, teigiamas šios srities intervencijų poveikis šalies BVP galėjo siekti daugiau nei 4,5 mln. Eur per 2007–2014 metų laikotarpį²⁰⁶.

Sergamumas piktybiniais navikais visose amžiaus grupėse²⁰⁷ išlikė nedidelę augimo tendenciją. Tai galima iš dalies sieti ne tik su gyventojų senėjimu, bet ir su pagerėjusiu ligų išaiškinamumu bei diagnostika. Taigi, didesnis sergamumas (diagnozuotų atvejų kiekis) nereiškia, jog daugiau žmonių pradėjo tiesiog sirgti minėtomis ligomis.

²⁰⁵ Vertintas teorinis scenarijus, kai 2001–2007 metų tendencija išliko nepakitusi. Kiekvienais metais 2007–2014 metų laikotarpiu apskaičiuojamas skirtumas tarp teorinės nepakitusios tendencijos reikšmės ir faktinių duomenų. Šie skirtumai tuomet yra susumuojami.

²⁰⁶ Anksčiau aprašytas įvertintas išsaugotų gyvybių skaičius (pagal teorinį tendencijos modelį) yra dauginamas iš vidutinio BVP 2007–2014 metais, tenkančio vienam gyventojui.

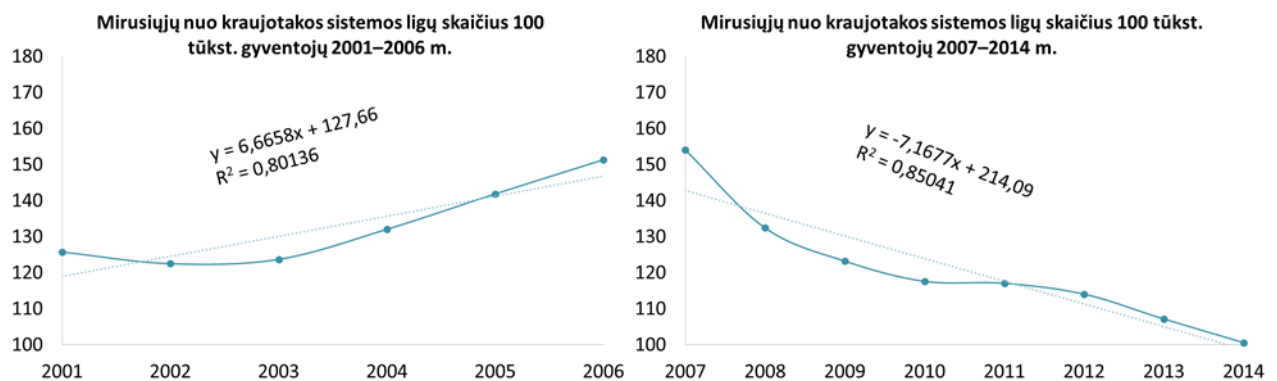
²⁰⁷ Higienos instituto Sveikatos informacijos centras pateikia 0–17 m., 18–44 m., 45–64 m. bei 65+ m. amžiaus grupių duomenis.

Taip pat derėtų paminėti abiejų tendencijų linijų determinacijos koeficientus, kurių reikšmės atitinkamai yra 0,57 bei 0,92. Jie abu, ypač antrasis, rodo nedidelę reikšmių sklaidą, tad teigtina, jog regresinis modelis yra patikimas, ir ilgalaikis rodiklio mažėjimas nėra sukeltas tik atsitiktinių svyravimų.

7.1.2. Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų

Vaikų bei darbingo amžiaus suaugusiųjų standartizuoto mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų statistiką, panašiai kaip ankstesnėje iliustracijoje (žr. 50 pav.) pateikiamus duomenis, galima padalinti į dvi dalis. Šiuo klausimu matomi dar akivaizdesni skirtumai, lyginant su mirtingumu nuo piktybinių navikų (žr. 51 pav.).

51 pav. Standartizuotas mirtingumas (0–64 m. amžiaus grupėje) nuo širdies ir kraujagyslių ligų Vakarų regione²⁰⁸, prieš ir po ES finansavimo periodo



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro statistika

Tiesinės regresijos analizė (analogiška ankstesnei) rodo ryškų rodiklio augimą iki 2007 m., kuomet SSVP bei Sergamumo ir mirtingumo nuo neinfekcinių ligų mažinimo programa dar nebuvo pradėtos įgyvendinti. Vis dėlto, reikia paminėti, kad 2004–2006 m. ES struktūrinės lėšos taip pat buvo skirtos mažinti sergamumui ir mirtingumui nuo širdies ir kraujagyslių ligų. Tuo metu buvo finansuojamas vienas „Rytų ir pietryčių Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirštamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo modernizuojant ir optimizuojant sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą bei teikiamas paslaugas“ projektas. Kaip demonstruoja pirmasis grafikas kairėje, šio laikotarpio regresijos augimo koeficientas buvo 5,8, kuris reiškia, jog jei ši tendencija tęstųsi ir toliau, kasmet būtų galima tikėtis panašaus mirtingumo didėjimo. Tokiu atveju, jei tendencija nesikeistų, standartizuotas 2014 m. rodiklis siektų beveik 200 mirusiųjų nuo širdies ir kraujagyslių ligų 100 tūkst. žmonių. Taigi, galima daryti prielaidą, jo ES struktūrinių fondų intervencijos 2007–2013 m. prisidėjo prie daugiau nei 14 tūkst. gyvybių išsaugojimo²⁰⁹ (šis priežastinis sąryšis grindžiamas anksčiau minėta loginių intervencijos modelių analize, taip pat 6 skyriuje pateikiama antrinių šaltinių analize – analizės metu nebuvo nustatyta kitų iniciatyvų, priemonių ar programų, nefinansuotų iš ES lėšų, galinčių pakeisti analizuojamo rodiklio kitimo tendenciją), o teigiamas šios srities intervencijų poveikis 2007–2013 metų periodu šalies BVP galėjo siekti daugiau nei 153 mln. Eur²¹⁰.

²⁰⁸ Vertinamos tik savivaldybės, dalyvavusios „Vidurio ir vakarų Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo [...] projekte“: Alytaus r., Anykščių r., Jonavos r., Joniškio r., Jurbarko r., Kaišiadorių r., Kauno r., Kauno m., Kelmės r., Kėdainių r., Lazdijų r., Marijampolės r., Mažeikių r., Pakruojo r., Panevėžio r., Plungės r., Prienų r., Radviliškio r., Raseinių r., Šakių r., Šiaulių r., Šilalės r., Tauragės r., Telšių r., Ukmergės r., Klaipėdos m., Panevėžio m., Šiaulių m., Vilniaus m., Biržų r., Klaipėdos r., Pasvalio r., Šilutės r.

²⁰⁹ Taikoma skaičiavimo metodika yra analogiška metodikai, aprašytai 7.1.1 skyriuje.

²¹⁰ Taikoma skaičiavimo metodika yra analogiška metodikai, aprašytai 7.1.1 skyriuje.

Vis dėlto, po 2007 m. situacija pasikeitė – analizuojant duomenis ES struktūrinės paramos finansuojamų projektų įgyvendinimo laikotarpiu, matoma visiškai priešinga tendencija. Regresijos mažėjimo koeficiento absoliuti reikšmė netgi didesnė už ankstesnio laikotarpio koeficiento reikšmę, todėl teigiami pokyčiai yra akivaizdūs. Tendencijos linijai nepasikeitus, nagrinėjamo rodiklio reikšmė būtų beveik 87 proc. didesnė už faktinius duomenis.

2001–2014 m. nuosekliai didėjo visų amžiaus grupių sergamumas, o 2013 m. procentinis augimas buvo didžiausias. Turint omenyje tai, jog nuo 2007 m. ėmė mažėti standartizuotas mirtingumas, galima daryti išvadą, kad sergamumui įtaką darė ir pagerėjusi kraujotakos sistemos ligų diagnostika. Tuo metu jau buvo įpusėjęs didelės apimties „Vidurio ir vakarų Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo [...] projektas“. Tiesa, kaip jau minėta anksčiau, prie sergamumo augimo prisidėjo ir ekonominės krizės padariniai.

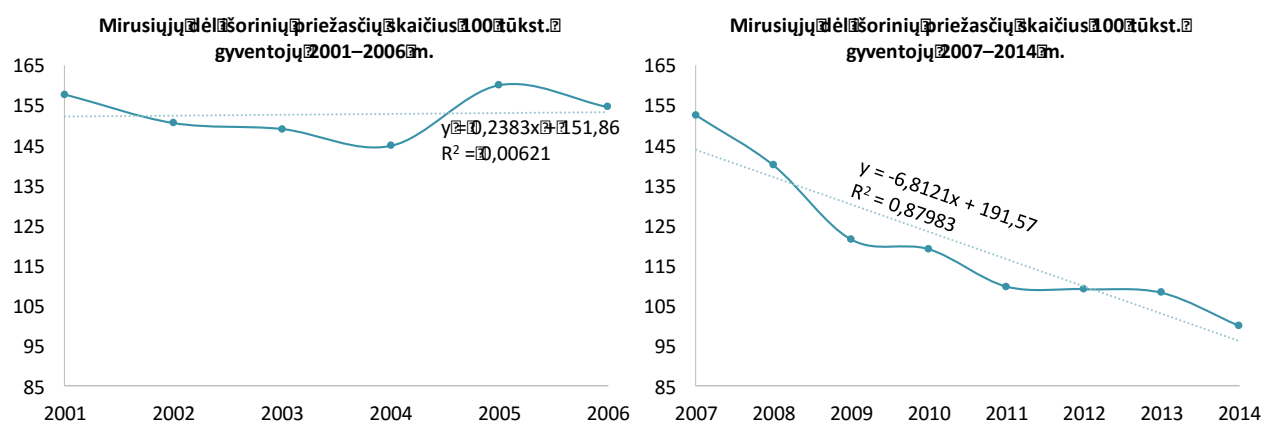
Galų gale, abiejų linijų determinacijos koeficientai yra arti vieneto (atitinkamai 0,80 bei 0,85). Vadinas, reikšmių sklaida nėra didelė, tai rodo regresinio modelio patikimumą ir padidina tikimybę, jog šios tendencijos nėra atsitiktinumas.

7.1.3. Mirtingumas nuo išorinių priežasčių

Skirtingos tendencijos matomos ir analizuojant standartizuotą mirusių asmenų skaičių, kurių mirties priežastys buvo išorinės. Iki 2007 m. rodiklis išliko beveik stabilus, tačiau vėliau ėmė mažėti.

Kaip rodo tiesinės regresijos analizė, rodiklis pirmojoje nagrinėjamo laikotarpio dalyje iš esmės nepasikeitė. Nuo 2007-ųjų, kai pradėtas SSVP įgyvendinimas, standartizuotas mirtingumas sumenko – iš viso per septynerius metus pasiekė 100 mirusiųjų 100 tūkst. gyventojų, o regresijos mažėjimo koeficientas siekė –6,8 (žr. 52 pav.). Tai reiškia, jog jei tendencija nesikeis, tikėtina, kad analizuojamas rodiklis kasmet mažės 6,8.

52 pav. Standartizuotas mirtingumas nuo išorinių priežasčių, prieš ir po ES finansavimo periodo



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro statistika

Pažymėtina, jog jei po 2007 m. rodiklis būtų keitęsis kaip iki tol, 2014 m. standartizuoto mirtingumo reikšmė būtų visiškai kitokia – ji būtų išaugusi iki 155,2. Galima daryti prielaidą, kad ES struktūrinių fondų investicijos prisidėjo prie to, kad 2007–2014 m. išsaugota daugiau nei 8 tūkst. žmonių gyvybių²¹¹ (šis priežastinis sąryšis grindžiamas anksčiau minėta loginių intervencijos modelių analize, taip pat 6 skyriuje pateikiama antrinių šaltinių analizė – analizės metu nebuvo nustatyta kitų iniciatyvų, priemonių ar programų, nefinansuotų iš ES lėšų, galinčių pakeisti nacionalinio rodiklio kitimo tendenciją), o šios srities

²¹¹ Taikoma skaičiavimo metodika yra analogiška metodikai, aprašytai 7.1.1 skyriuje.

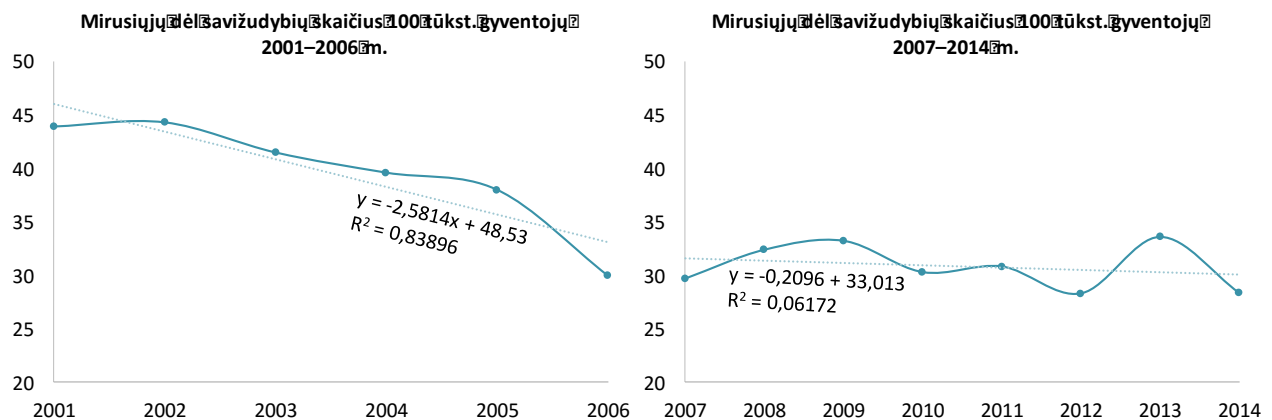
intervencijos, tikėtina, prisidėjo prie to, kad Lietuva neprarado beveik 89 mln. Eur BVP²¹² 2007–2013 metų laikotarpiu. Prasidėjusį rodiklio mažėjimą galima sieti tiek su vykdytomis nacionalinėmis programomis – Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų 2007–2013 m. mažinimo programa, Greitosios medicinos pagalbos, skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos ir pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros automobilių parko atnaujinimo 2006–2008 metų programa, – tiek su vykdomomis prevencinėmis programomis. Pavyzdžiui, sukurta Valstybinė traumatizmo profilaktikos 2008–2010 m. programa, smurto prevencijos programos (artimoje aplinkoje, prieš moteris, prieš vaikus), 2006–2015 m. socialinės akcijos „Nevairuok išgėręs“. Tiesa, pažymėtina, jog pirmojo grafiko tiesės determinacijos koeficientas yra itin žemas. Tai rodo didelę reikšmių sklaidą ir mažą tikimybę, jog stabilumo tendencija išties nėra nulemta atsitiktinių svyravimų. Vis dėlto, antrojo grafiko koeficientas siekia 0,88, tai rodo, jog 2007–2014 m. mažėjimo tendencija yra patikima.

7.1.4. Mirtingumas nuo savižudybių

Savižudybių skaičius nuo 2001 m. atrodo kiek kitaip. Šis rodiklis mažėjo jau analizuojamo laikotarpio pradžioje ir tokią pat tendenciją išlaikė iki šių dienų.

Pažymėtina, jog iki 2007 m., kaip rodo atlikta tiesinės regresijos analizė, savižudybių skaičius mažėjo labiau nei po to, kai buvo pradėtos įgyvendinti SSVP ir sergamumo bei mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo programos (žr. 53 pav.). Šį faktą iliustruoja regresijos metodu gautų tiesių krypties koeficientai, kurių pirmasis siekia $-2,6$, o antrasis $-0,2$. Tai reiškia, kad ankstesnėje laikotarpio dalyje kasmet buvo galima tikėtis, jog rodiklis sumažės $2,6$, o vėlesnėje $0,2$. Jei pirmajame grafike matoma tendencija būtų išlaikyta ir nuo 2007 m., 2014 m. standartizuotas savižudybių skaičius būtų pasiekęs daug didesnę reikšmę $-12,4$.

53 pav. Standartizuotas savižudybių skaičius 100 tūkst. gyventojų, prieš ir po ES finansavimo periodo



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro statistika

Kita vertus, analizuojamo rodiklio sumažinti iki nulio yra neįmanoma, taigi natūralu, kad artėjant prie menkesnės reikšmės, mažėja ir pokyčiai – čia galima pritaikyti mažėjančio ribinio naudingumo dėsnį. Be to, didelę įtaką apskaičiuotai tendencijai turėjo ir neįprastas rodiklio augimas 2008 m., 2009 m. bei 2013 m. Savižudybės atspindi ne tik sveikatos būklę, bet yra ir socialinį rodiklį, taigi, tokius pokyčius paaikškina ir gilesnis žvilgsnis į tuometinę aplinką. Pirmuosius dvejus metus santykiniam savižudybių skaičiui įtaką darė ekonominė krizė²¹³, o 2013 m. pasireiškė Verterio efektas²¹⁴.

²¹² Taikoma skaičiavimo metodika yra analogiška metodikai, aprašyta 7.1.1 skyriuje.

²¹³ VšĮ Vilniaus m. psichikos sveikatos centro direktoriaus pavaduotoja medicinai, interviu, Vilnius, 2016 m. spalio 12 d.

Įdomu, jog pašalinus pastarąją reikšmę regresijos mažėjimo koeficientas tampa $-0,48$. Ji turi įtakos ir reikšmių sklaidai – antrojo grafiko determinacijos koeficientas siekia tik $0,08$, tačiau vėl pašalinus 2013 m. duomenis šis skaičius išauga iki $0,38$. Pirmojo grafiko koeficientas yra $0,83$, dėl to galima teigti, jog reikšmių sklaida tikrai nėra didelė.

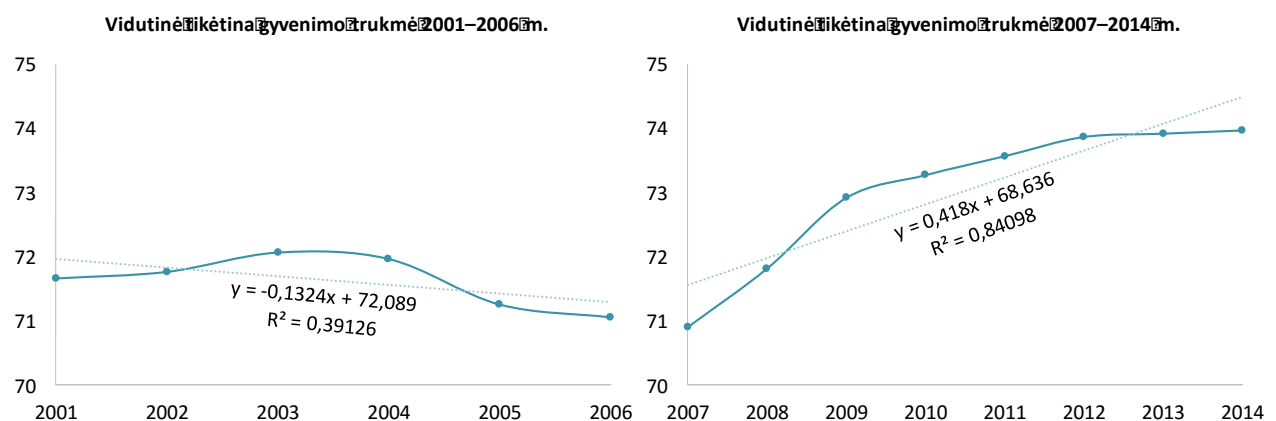
Galų gale, reikia paminėti, jog didžiosios dalies diferencijuotos pagalbos ir krizių intervencijų centrų kūrimas buvo baigtas 2014–2015 m., todėl jų atnešama nauda ir sukurtas poveikis dar neatsispindi rezultatuose. Detaliau sukurta nauda yra aprašoma ankstesniame 5.2 skyriuje.

7.1.5. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė

Vertinime naudojant intervencijų logikos schemas (11 lentelė–15 lentelė), svarbu paminėti, jog teigiami keturių šioje dalyje išanalizuotų strateginių rodiklių pokyčiai turėjo prisidėti prie penktojo – vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės ilgėjimo.

2001–2006 m., kai mirtingumas nuo piktybinių navikų, širdies ir kraujagyslių ligų, išorinių priežasčių bei savižudybių kito nevienodai, didelių pokyčių tikėtinos gyvenimo trukmės statistikoje nebuvo. Kaip rodo kairiajame grafike nurodytas regresijos mažėjimo koeficientas (žr. 54 pav.), šioje laikotarpio dalyje rodiklis vidutiniškai mažėjo po $0,13$ metų. Jei tokia tendencija būtų išlikusi iki pat 2014 m., vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė būtų buvusi $70,2$ m. Vis dėlto, nuo 2008 m. rodiklis jau ėmė augti ir kasmet didėdamas 2014 m. pasiekė $73,97$ m.

54 pav. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė, prieš ir po ES finansavimo periodo



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Pasaulio banko duomenų bazės informacija

Atsižvelgiant į tai, kad ėmė gerėti mirtingumo nuo piktybinių navikų, kraujotakos ligų bei išorinių priežasčių statistika, galima teigti, jog šių rodiklių gerinimui skirtos priemonės, kaip nurodyta intervencijų logikoje, galiausiai prisidėjo ir prie tikėtinos gyvenimo trukmės augimo. Toliau besitęsęs, tačiau jau mažesniu tempu, santykinio savižudybių skaičiaus mažėjimas turėjo įtakos vidutinės tikėtinos gyvenimo

²¹⁴ Verterio efektas stebimas tada, kai savižudybių skaičius padidėja nusižudžius žyminiam ar pažįstamam žmogui. Jis dar sustiprėja, jeigu įvykis yra nušviečiamas žiniasklaidos. 2013-aisiais Lietuvoje nusižudė žymus pramogų pasaulio atstovas – tais metais itin padaugėjo vidutinio ir jaunesnio amžiaus vyrų savižudybių.

trukmės ilgėjimui, tačiau didžiausią poveikį padarė tų rodiklių pokyčiai, kurių iki 2007–2013 metų ES struktūrinių fondų paramos laikotarpio pradžios ir jo metu pastebimos priešingos tendencijos.

7.2. Priemonių ir projektų efektyvumas

Pagal visas nacionalines programas bei pagal su jomis susijusias priemones vykdyti projektai prisidėjo prie pasikeitusių strateginių konteksto rodiklių pokyčių tendencijų. Jų tinkamumas išanalizuotas 4 ataskaitos skyriuje – priemonės laikytinos tinkamomis, nes buvo skirtos probleminėms sveikatos apsaugos sektoriaus sritims. Vis dėlto, pravartu nustatyti, ar visos šios priemonės bei projektai buvo ne tik tinkami, bet ir efektyvūs. Tam pasitelkta statistinė analizė, tirianti ryšį tarp tikslų pasiekiamumo bei projektų lėšų panaudojimo.

Pagrindinis SAM administruotų priemonių stebėsenos rodiklis – pacientų, kuriems pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas, skaičius. Juo buvo matuojami visų, išskyrus 7 priemonės, rezultatai. Priemonė „Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos užtikrinimo infrastruktūros modernizavimas“ vertinama pagal stebimų bei vertinamų SPĮ skaičių.

Analizei pasirinktos ne absoliučios rodiklių reikšmės, o jų tikslų pasiekimo mastas dėl to, jog šie skirtingų priemonių rodikliai yra nepalyginami. Pacientų, kuriems pagerėjo paslaugų kokybė bei prieinamumas, skaičiui tiesioginę įtaką daro atskiromis ligomis sergančiųjų skaičius, nes priemonėmis siekta sumažinti sergamumą bei mirtingumą skirtingose srityse.

Pagrindinis rodiklis, reikalingas šiai analizei, yra efektyvumo koeficientas, gaunamas tikslų pasiekimo procentą dalijant iš procento, matuojančio, kiek skirtų lėšų buvo panaudota. Pastarasis santykis apskaičiuojamas projektams išmokėtą sumą dalijant iš viso jiems skirto finansavimo. Kitaip tariant, efektyvumo koeficientas vertina priemonės tikslų pasiekimo laipsnį, atsižvelgiant į planuotų lėšų panaudojimą (jei priemonė pasiekė iškeltus tikslus numatyto finansavimo ribose, ji yra įgyvendinta efektyviau, nei priemonė, kuri pasiekė analogiškus tikslus, tačiau tam reikalingas finansavimas buvo didesnis, nei numatyta). Koeficiento formulė:

$$\text{Efektyvumo koeficientas} = \frac{\text{stebėsenos rodiklio tikslas}}{\frac{\text{faktinė rodiklio reikšmė}}{\text{išmokėtų lėšų suma}} \cdot \text{visas skirtas finansavimas}}$$

11²¹⁵ priemonių efektyvumas iliustruotas 55 pav. Pastebima, jog savo tikslus viršijo beveik visos priemonės, o kai kurie jų projektai netgi neišnaudojo viso jiems skirto finansavimo. Su Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programa sietinos 10 priemonė („Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas“) bei 12 priemonė („Investicijos į privačių ASPĮ teikiamų viešųjų ambulatorinių ir stacionarių paslaugų infrastruktūrą“) pasiekė daugiau nei penkis kartus didesnę efektyvumo koeficiento reikšmę už tą, kuri jau būtų laikoma gera. Jos atitinkamai užtikrino ambulatorinių, palaikomojo gydymo, slaugos paslaugų plėtrą bei stacionarių paslaugų optimizavimą ir investicijas į privačių asmenų sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų bei kitais išorinių priežasčių sąlygotų būklių atvejais, infrastruktūros atnaujinimą. Kita (11) šios nacionalinės programos priemonė „Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros savivaldybėse plėtra“ pasiekė koeficiento reikšmę, lygią 3,24²¹⁶.

²¹⁵ Priemonės Nr. 1 „Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas“ rodiklio rezultatai nenagrinėjami, nes jos galutinė ataskaita pateikta tik 2015 m. gruodžio 30 d., o pacientų, kuriems pagerėjo paslaugų kokybė bei prieinamumas, skaičius yra nustatomas praėjus metams po ataskaitos pateikimo datos.

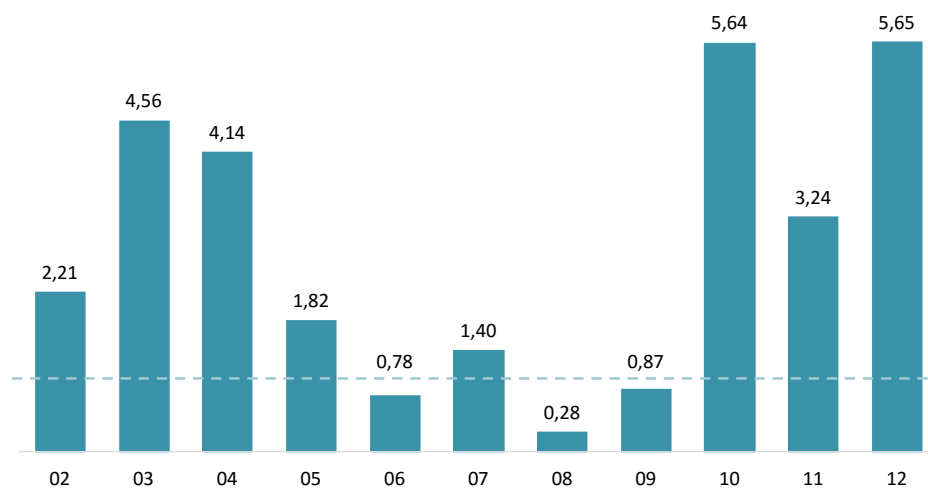
²¹⁶ Siekiant vienodo palyginimo su visomis priemonėmis, naudojamas vienodas stebėsenos rodiklis, taikomas visoms nagrinėtoms priemonėms.

Savo tikslus taip pat viršijo 3 ir 4 priemonės. Pirmoji iš jų sietina su GMP, skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos ir pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros automobilių parko atnaujinimo programa, o antroji – su „Ankstyvosios onkologinių susirgimų diagnostikos ir visaverčio gydymo“ kryptimi, priklausančia Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo programai. Be to, 3 priemonės projekto įgyvendinimui išmokėta tik 92 proc. planuotų lėšų, todėl jos efektyvumas buvo dar didesnis.

Taigi, visos išvardintos priemonės bei 2, 5 ir 7 priemonės gali būti laikomos efektyviomis, nes jų koeficientas viršija 1.

Pasiekti reikiamos efektyvumo koeficiento reikšmės nepavyko „Psichiatrijos stacionaro modernizavimo“, „Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimo“ bei „Krizių intervencijos centrų įkūrimo“ – atitinkamai 6, 8 bei 9 – priemonėms. Vis dėlto, kaip minėta ankstesniuose skyriuose, dauguma šių projektų buvo sėkmingi. Galima palyginti, kad, sudėjus atskirų projektų sutartyse nurodytus tikslus, bendras skaičius yra daug mažesnis. Svarbiausia, jog savo tikslus viršijo ir didesnes už 1 efektyvumo koeficiento reikšmes pasiekė beveik visi išvardintų priemonių projektai. Tai atsispindi ir tolesnėje analizėje. Taigi, šias priemones taip pat galima laikyti efektyviomis.

55 pav. Priemonių efektyvumo koeficientai



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis esparama.lt ir SFMIS sistemos duomenimis

Analogiškai gali būti nustatytas ir projektų efektyvumas, kuris toliau vertinamas pagal anksčiau nurodytą efektyvumo koeficiento skaičiavimo formulę. Apskaičiuojamas kiekvieno projekto efektyvumo koeficientas, tuomet projektai yra grupuojami pagal priemonę ir efektyvumo koeficiento reikšmę (nuo 0 iki 0,99 – projektas nebuvo efektyvus, nuo 1 iki 1,29 – projektas laikomas efektyviai įgyvendintu, nuo 1,3 – laikoma, kad projektas įgyvendintas labai efektyviai). Atskirų projektų procentinis pasiskirstymas pagal efektyvumo koeficientą yra pateikiamas 56 pav.

Vertinant 2 priemonę, didesnę koeficiento reikšmę nei 1,3 pasiekė 11 projektų iš 16 (68,8 proc. visų projektų). Kiek mažiau efektyvesni, tačiau taip pat efektyvūs buvo du projektai, o neefektyvūs – trys projektai.

Pagal 3 priemonę vykdytas vienintelis GMP automobilių parko atnaujinimo projekto efektyvumo koeficientas yra 4,14, taigi, jis taip pat laikytinas efektyviu. Tokiu laikytinas ir vienintelis 7 priemonės

projektas. Itin efektyvūs buvo absoliučiai visi pagal 6 bei 11 priemonės vykdyti projektai²¹⁷. 5 priemonės projektai lėšas panaudojo sėkmingai – keturi iš jų pasiekė labai aukštą efektyvumo koeficientą, o vieno projekto rezultatas siekia 1,18.

Daugiau nei pusė 4 priemonės projektų pasiekė didesnę koeficiento reikšmę nei 1,3, o neefektyvūs buvo tik 3 projektai iš 10.

Panašūs rezultatai gaunami, vertinant 8 priemonę, kur labai didelis efektyvumas užfiksuotas 20 vykdytų projektų iš 27. Jie, kartu su kitais 2 projektais, laikytini efektyviais.

Tarp 9 priemonės projektų pastebima neįprasta situacija – trijų šios priemonės projektų koeficientas itin aukštas, o kiti du buvo visai arti vieneto reikšmės. Pagal pradžioje įvardintą apibrėžimą, efektyviais laikyti galima tik tris projektus, tačiau neprastų rezultatų pasiekė visi projektai.

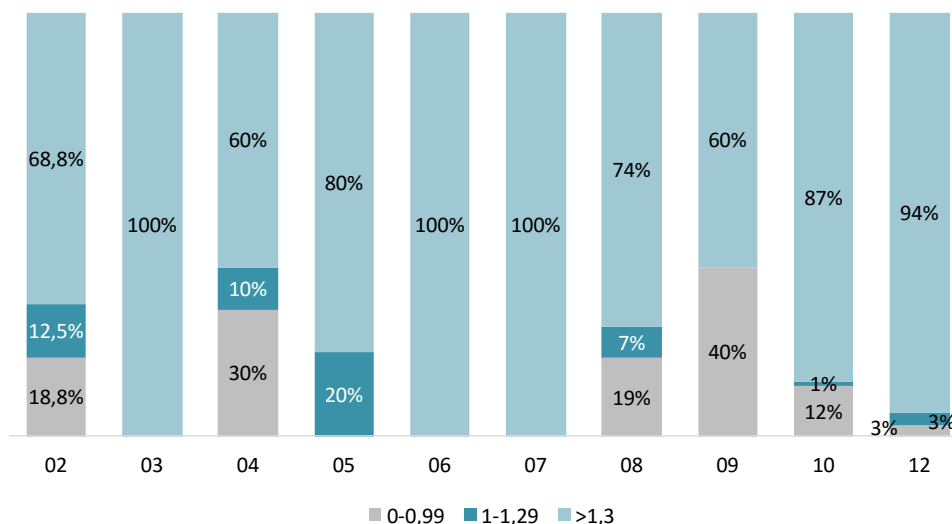
Vertinant 10 priemonę pažymėtina, jog, nors to nesimato vizualiai toliau pateikiamoje iliustracijoje (žr. 56 pav.), priemonės apimtyje įgyvendinta daugiausia tikslo nepasiekusių ir kartu neefektyvių projektų – 13. Kita vertus, iš viso šią priemonę sudaro 109 projektai, todėl neefektyvių projektų dalis nėra didelė. Didesnę koeficiento reikšmę nei 1,3 pasiekė net 95 projektai, o dar vieno projekto efektyvumo reikšmė buvo 1,13.

Galiausiai, 34 iš 36 projektų buvo itin efektyvūs ir pagal 12 priemonę. Dar vienas projektas, kurio įgyvendinimui buvo panaudotos visos skirtos lėšos, tikslą viršijo keliais proc. Neefektyviu galima laikyti tik vieną projektą.

Taigi, apibendrinta projektų analizė rodo, kad didžioji projektų dalis buvo efektyvūs – 87,6 proc. projektų buvo įvertinti kaip efektyvūs arba labai efektyvūs (t. y., viršiję numatytus tikslus). Projektų, kurie savo tikslų neįgyvendino panaudodami visas gautas lėšas, taip pat buvo, tačiau jų dalis daug mažesnė nei efektyvių projektų. Taip pat didelė dalis projektų viršijo numatytus tikslus, todėl galima teigti, kad priemonės įgyvendintos sėkmingai, o lėšos panaudotos efektyviai. Tai iliustruoja 6.2 skyriuje pristatytos strateginio konteksto rodiklių pokyčių tendencijos.

²¹⁷ Efektyvumas vertinamas pagal kiekvienam projektui numatytą ir pasiektą pacientų, kuriems pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumas, skaičių. Numatytas 50 proc. rodiklis taikomas priemonės mastu, o ne projekto lygmeniu.

56 pav. Skirtingų priemonių projektų efektyvumo koeficientų pasiskirstymas pagal tai, kaip pavyko pasiekti stebėsenos rodiklio tikslus



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis esparama.lt ir SFMIS sistemos informacija

Apibendrinimas

Pagal atitinkamas investicijų sritis išnagrinėti penki gerosios praktikos pavyzdžiai, kurių sėkmę atskleidžia stebėsenos rodiklių rezultatai. Šie projektai, vykdyti LSMU ligoninės Kauno klinikų, Respublikinės Šiaulių ligoninės, Mažeikių psichikos centro, Nacionalinio vėžio instituto bei VU ligoninės Santariškių klinikų, darė teigiamą įtaką sveikatos apsaugos sektoriui – augo paslaugų prieinamumas ir kokybė; panašiu principu pasireiškė ir kitų projektų poveikis. Jis matomas išnagrinėjus standartizuotų strateginių rodiklių tendencijas, kurios ES paramos skyrimo laikotarpiu pasikeitė iš esmės: ėmė mažėti mirtingumas nuo piktybinių navikų, kraujotakos sistemos ligų, išorinių mirties priežasčių, sulėtėjo mirtingumo nuo savižudybių mažėjimas, ėmė didėti vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės augimas. Vertinama, kad ES struktūrinių fondų intervencijos prisidėjo prie daugiau nei 22 tūkst. gyvybių išsaugojimo (vertinama teigiama įtaka LR BVP siekia 248 mln. Eur per 2007–2013 m. laikotarpį). Šiuos rezultatus lėmė efektyvus priemonių bei projektų įgyvendinimas – visos ES struktūrinių fondų intervencijų priemonės buvo įgyvendintos efektyviai. 87,6 proc. visų projektų vertinami kaip efektyvūs arba labai efektyvūs.

8. Rezultatų ir poveikio tvarumas bei tęstinumas

Igyvendinant SSVP II prioriteto I uždavinio „Užtikrinti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ priemonių projektus, tikėtasi, jog projektų rezultatai bus ilgalaikiai ir sukurs pridėtinę vertę. Visos 12 priemonių buvo orientuotos į tikslinių grupių poreikių tenkinimą bei nacionalinių sveikatos apsaugos sektoriaus rodiklių gerėjimo užtikrinimą. Ankstesniuose ataskaitos skyriuose pateikta pasiektų rezultatų bei rodiklių pokyčių analizė rodo, jog įgyvendintais projektais pagerinti numatyti rodikliai bei pasiekta didžioji dalis planuotų rezultatų. Dėl to svarbu įvertinti, kaip ilgalaikėje perspektyvoje bus užtikrintas projektų įgyvendinimu pasiektas poveikis bei kokios priemonės tam naudojamos. Šiame skyriuje vertinamas išankstinis projektų tęstinumo bei tvarumo planavimas, įtaką turintys veiksniai bei rezultatų ir poveikio tvarumas.

8.1. Tvarumas bei tęstinumas investicijų sričių lygmenyje

Remiantis ekspertų nuomone²¹⁸, tęstinumas 5 metus po projektų įgyvendinimo yra užtikrintas ir numatytas rengiant projektus, t. y., informacija apie tokio laikotarpio planuojamas išlaidas, pajamas yra numatomos investiciniame projekte, rengiamame prieš paraiškos pateikimą. Be to, per šį laikotarpį įsigyta įranga ar naujai įrengtos patalpos dar nespėja nusidėvėti tiek, kad reikėtų didelio papildomo finansinio indėlio. Ilgalaikėje perspektyvoje tęstinumo užtikrinimas sunkesnis, kadangi atsiranda papildomų išlaidų, nenumatytų aplinkybių, todėl itin svarbu, kiek konkrečiai įstaiga yra pasiruošusi susitvarkyti su kilsiančiais finansiniais ar teisiniais nesklandumais. Šiame skyriuje tęstinumo ir tvarumo užtikrinimas vertinamas investicijų sričių lygmeniu.

I investicijų sritis „Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas“

Didesnioji dalis paramą gavusių įstaigų įsigijo visiškai naują įrangą, taip pat renovavo senas patalpas ar įrengė naujas. Atliekant tokio pobūdžio investicijas, svarbu numatyti ilgalaikėje perspektyvoje reikalingas papildomas išlaidas įrangos bei infrastruktūros eksploatacijai, einamajam remontui. Įsigyta anksčiau neturėta ir visiškai nauja įranga, todėl ankstesniuose biudžeto planuose išlaidos nebuvo numatytos. Tai reiškia, kad, rengiantis projekto įgyvendinimui, turėjo būti planuojamos papildomos išlaidos ir reinvesticijos. Remiantis apklausos metu gautais duomenimis, nustatyta, kad dalis sveikatos priežiūros įstaigų prieš rengdamos projektus nenumatė reikalingų eksploatacinių išlaidų ar reinvesticijų. Tokios priežastys gali lemti biudžeto lėšų trūkumą ilgalaikėje perspektyvoje, kai prireikia minimalaus įrengtų patalpų remonto ar įrangos atnaujinimo.

Remiantis ASPĮ atstovų apklausos duomenimis, beveik 50 proc. respondentų teigė, kad projektų tęstinumas bei tvarumas nebuvo užtikrintas teisinėmis prielaidomis. Nagrinėjant šią investicijų sritį, teisinės prielaidos labiausiai susijusios su naujai įkurta telemedicinos sistema. Remiantis jau anksčiau minėtu finansavimą numatančiu dokumentu (žr. skyrių 5.2), matoma, kad finansavimas nebuvo numatytas pakankamai tiksliai. Tokia priežastis lemia nevisišką paslaugos funkcionavimą. Taip pat teisinės prielaidos reikalingos tam, kad visiškai veiktų visos numatytos konsultacijų paslaugos projekte dalyvavusiose sveikatos priežiūros įstaigose.

Po projekto įgyvendinimo gali atsirasti papildomų veiksmų, darančių įtaką sukurtų rezultatų tęstinumui ir tvarumui. Prie to prisideda kitų ministerijų administruotos priemonės, užtikrinančios sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos tobulinimo kursus²¹⁹. Šios priemonės leidžia pašalinti riziką, kad investavus į sveikatos apsaugos paslaugoms teikti reikalingą infrastruktūrą, nebus sukurtas maksimalus galimas poveikis (neapmokius esamų specialistų naudotis nauja įranga). Netinkamai arba visai nenaudojama

²¹⁸ CPVA ES paramos skyriaus viršininkė, interviu, Vilnius, 2016 m. birželio 30 d.

²¹⁹ VšĮ Vilniaus m. psichikos sveikatos centro direktoriaus pavaduotoja medicinai, interviu, Vilnius, 2016 m. spalio 12 d.

įranga reikštų projekto tęstinumo nebuvimą. Prie neigiamų veiksnių galima išskirti nenumatytą trumpalaikį ar ilgalaikį įrangos gedimą – tuo atveju prireikia didesnių, nei numatyta, išlaidų ar visiškai naujos įrangos pirkimo. Be to, grėsmės projekto tęstinumui kyla dėl anksčiau šiame skyriuje aprašytų teisinių prielaidų (nevisiškai apibrėžtas telemedicinos paslaugos finansavimas), galinčių sutrikdyti teikiamų paslaugų finansavimą ir dėl to – funkcionavimą.

II investicijų sritis „Mirtingumo ir neįgalumo dėl traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių mažinimas“

Pagal šią investicijų sritį finansuotas medicininės įrangos, automobilių įsigijimas. Svarbu tai, jog išankstinio planavimo metu būtų numatytos reikalingos eksploatacinės išlaidos. Šiuo atveju, iš anksto turėtų būti numatytos ne vien remontui, bet ir automobilių eksploatacijai reikalingos išlaidos. Kadangi projektų apimtyje buvo atnaujinamas greitosios pagalbos automobilių parkas, rengiant projektus būsimų išlaidų poreikis buvo numatomas, remiantis turimiems automobiliams išlaikyti reikalingomis išlaidomis. Tai patvirtina apklausos duomenys – pagal šią priemonę paramą gavusių įstaigų atstovai patvirtino, jog dalimi įsigytos įrangos atnaujinimo senąją, todėl eksploatacinės išlaidos buvo numatytos ir iki projektų įgyvendinimo. Dėl to papildomų išlaidų iš anksto planuojant numatyti nereikėjo.

Šioje investicijų srityje tvarumui ir tęstinumui didelę įtaką daro pagal sveikatos apsaugos reformą optimizuotas greitosios pagalbos dispečerinių darbas. Be to, tęstinės Lietuvos automobilių kelių direkcijos prie Susisiekimo ministerijos vykdomos prevencinės programos (2006–2015 m. vykdyta akcija „Nevairuok išgėręs“ ir kt.) prisideda prie šios investicijų srities projektų tęstinumo, siekiant mažinti mirtingumą dėl traumų ir kitų išorinių priežasčių.

III investicijų sritis „Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimas“

Pagal šią investicijų sritį finansuotas medicininės įrangos įsigijimas, patalpų įrengimas, sukurtos naujos paslaugos. Atsižvelgiant į atliktas investicijas, tęstinumui ir tvarumui būtinos finansinės bei teisinės prielaidos. Naujai sukurtų paslaugų tęstinumą padeda užtikrinti aiškūs ir tikslūs aprašai. Interviu metu²²⁰ nustatyta, kad, įgyvendinant minėtus projektus, susidurta su finansavimo planavimo problemomis. Atsižvelgiant į tai, kad buvo sukurtos naujos paslaugos, joms įgyvendinti ir plėtoti turėjo būti numatomos finansavimo lėšos, sukuriami konkretūs paslaugų aprašai, specifikacijos. Be to, kuriant naujas paslaugas svarbu numatyti reikalingą papildomų žmogiškųjų išteklių kiekį bei jų užtikrinimą. Šioje srityje nemažai neigiamos įtakos tolesniam tvarumui ir tęstinumui turintis veiksnys yra naujai kurtų paslaugų aprašų išankstinio sudarymo trūkumas. Tai prisidėjo prie sunkumų pradėjus įgyvendinti paslaugas bei užtikrinant tolesnį tikslingą jų vykdymą.

Valstybinis psichikos sveikatos centras pagal Vidaus reikalų ministerijos administruojamas priemonės įgyvendino projektus, kurių metu sukurti dokumentai (pvz.: „Skubios pagalbos nukentėjusiems nuo traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių teikimo Lietuvoje organizacinės sistemos sukūrimas“, parengtas UAB „Tarptautinės skubiosios medicinos akademijos“, Sveikatos apsaugos ministerijos parengti 123 protokolai kardiologijos, traumatologijos, vaikų ligų, galvos smegenų kraujagyslių susirgimų, onkologijos srities protokolai, reglamentuojantys šių sričių rizikingiausių pacientų saugą bei gydymą, Valstybinio psichikos sveikatos centro parengta Visuomenės psichikos sveikatos esamos būklės studija, vykdomi epidemiologiniai sociologiniai tyrimai) prevencinių priemonių kryptims nustatyti, psichikos sveikatos paslaugoms teisiškai reglamentuoti – tai prisideda prie sėkmingo įgyvendintų projektų tęstinumo.

IV investicijų sritis „Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas“

Pagal šią investicijų sritį finansuotas medicininės diagnostinės įrangos įsigijimas. Siekiant užtikrinti projektų tęstinumą bei tvarumą, būtina numatyti reinvesticijas, skirtas įrangos priežiūrai. Remiantis apklausų bei interviu su paramą gavusių ASPJ atstovais metu surinktais duomenimis, rengiant projektus buvo atsižvelgta į faktą, kad įsigyjama visiškai nauja įranga, kuriai ateityje prireiks papildomų išlaidų veikimui palaikyti ar minimaliam remontui.

²²⁰ Vėj Vilniaus m. psichikos sveikatos centro direktoriaus pavaduotoja medicinai, interviu, Vilnius, 2016 m. spalio 12 d. ir CPVA ES paramos skyriaus viršininkė, interviu, Vilnius, 2016 m. birželio 30 d.

Individualios įstaigos (pvz., Nacionalinis vėžio institutas), turėdamos naują įrangą, reikalingą tiksliai diagnozei nustatyti, rengia prevencines programas, orientuotas į tikslinius regionus Lietuvoje, kur sergamumas ir mirtingumas nuo piktybinių navikų yra didžiausias. Taip užtikrinamas projektų tolesnis vykdymas, tikslingai naudojant įsigytą įrangą, gerinant paslaugų kokybę vis didesniam pacientų skaičiui ir kreipiant dėmesį į pačius aktualiausius regionus.

Vis dėlto, galima įžvelgti grėsmių projektų tęstinumui, nes mažesnių regionų sveikatos priežiūros įstaigose su įsigyta moderniausia įranga per metus aptarnaujama sąlyginai mažas pacientų skaičius bei neišnaudojamos visos galimybės. Tai prieštarauja vykdytai sveikatos sistemos reformai, kurios tikslas buvo stiprinti antrinio bei tretinio lygio ASPĮ. Dėl šios priežasties pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros centrai, įsigiję tam tikrą naują įrangą gali neužtikrinti tolesnio projekto įgyvendinimo po penkerių ataskaitinių metų, nes jiems nepakaks pacientų srauto ir galimai pritrūks finansavimo.

V investicijų sritis „Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumas, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimas“

Pagal šią investicijų sritį finansuotas medicininės įrangos įsigijimas, patalpų remontas, naujų patalpų kūrimas. Atsižvelgiant į šias investicijas, projektų rezultatų tęstinumui svarbu numatyti finansines bei teises prielaidas. Šiuo atveju, remiantis apklausų duomenimis, mažiau nei pusė ASPĮ, rengdamos projektus, nenumatė reinvesticijų, reikalingų įrangos priežiūrai ateityje. Dalis įsigytos įrangos buvo senosios įrangos naujesni modeliai, kita dalis įrangos buvo visiškai nauja – dėl šios priežasties dalis ASPĮ įrangos priežiūros išlaidų ankstesniame biudžete nebuvo numačiusios. Remiantis apklausomis, dauguma apklaustųjų teigė, kad teisinių prielaidų iš anksto numatyta nebuvo. Vis dėlto, tokios prielaidos buvo numatytos, įgyvendinant vieną didžiausių projektų pagal priemonę – statant Kauno klinikų laboratorinės diagnostikos korpusą.

Vertinant visuomenės sveikatos biurų modernizavimo priemonę, svarbu paminėti, kad projekto poveikis gali būti pastebėtas tik po kelerių metų, kadangi investicijos į sveikatos prevenciją yra orientuotos į ilgalaikę perspektyvą. Tolesnį projektų vykdymą užtikrinti padeda ir besikeičiantis visuomenės sąmoningumas. Ekspertų nuomone²²¹, šalies gyventojai vis daugiau dėmesio skiria savo sveikatai, stengiasi imtis prevencinių priemonių, o ne kreipiasi į sveikatos priežiūros specialistus tik sirgdami.

Be to, lygiagrečiai šioms investicijų sritims buvo vykdomi Vidaus reikalų ministerijos administruojamų priemonių projektai, kurių metu sukurti dokumentai, reglamentuojantys asmens sveikatos priežiūros kokybės gerinimo procesus, poveikio visuomenės sveikatai vertinimo plėtojimą. Šie dokumentai prisidės prie tolesnio projektų tęstinumo ir sėkmingo įgyvendinimo.

Visomis SSVP II prioriteto I uždavinio priemonėmis buvo finansuojamas medicininės, diagnostinės, kompiuterinės įrangos, baldų įsigijimas, taip pat patalpų remontas. Visos šios investicijos yra ilgalaikės, t. y., jų teikiama nauda bei poveikis bus aktualus ne tik trumpalaikėje, bet ir ilgalaikėje perspektyvoje. Kadangi įsigyta įranga ilgainiui nusidėvi, o remontuotioms patalpoms prireikia einamojo remonto, projektų organizavimo ir rengimo pradžioje turėjo būti numatytos išlaidos, kurių prireiks ateityje skirti minėtų investicijų eksploatacijai. Remiantis apklausų bei interviu su paramą gavusių įstaigų atstovais metu surinktais duomenimis, matoma, kad kiek daugiau nei pusė projektų vykdytojų, ruošdamiesi projektų įgyvendinimui, numatė tolesnes eksploatacines išlaidas, reikalingas naujai įsigytai įrangai, patalpų būklei palaikyti. Dalis įstaigų, rengdamos projektus, eksploatacinių išlaidų ar reinvesticijų atskirai neplanavo, nes jų įsigyta įranga pakeitė senąją įrangą. Dėl šios priežasties einamojo remonto ir kitos eksploatacijai skirtos išlaidos biudžete buvo numatytos jau anksčiau, senosios įrangos būklei palaikyti. Kaip rodo interviu su projektus administruojančios institucijos atstove²²², gauta duomenų, jog paraiškų pildymo etapas buvo sąlyginai sudėtingas didžiajai daliai ASPĮ – dauguma tai darė pirmą kartą, iš anksto nebuvo susipažinta su investicinio projekto ar paraiškos šablonu, kildavo daug neiškumų dėl pildymo ypatumų. Tai lėmė, kad

²²¹ Vėlį Vilniaus m. psichikos sveikatos centro direktoriaus pavaduotoja medicinai, interviu, Vilnius, 2016 m. spalio 12 d. ir Visuomenės sveikatos biurų asociacijos pirmininkė, interviu telefonu, Vilnius, 2016 m. rugpjūčio 10 d.

²²² CPVA ES paramos skyriaus viršininkė, interviu, Vilnius, 2016 m. birželio 30 d.

dalį įstaigų nenumatė reinvesticijų ar eksploatacinių išlaidų ateičiai tiesiog dėl to, kad kūrė investicinius projektus bei pildė paraiškas, neturėdami patirties; kiti galėjo numatyti per mažas išlaidas, todėl ilgalaikėje perspektyvoje padidėja tikimybė patirti biudžeto lėšų trūkumą.

8.2. ES struktūrinių fondų lėšomis sukurtos paslaugų struktūros ir infrastruktūros ateitis

Kaip minėta ankstesniame skyriuje, projektų tęstinumą gali užtikrinti keletas veiksnių:

- Išankstinio planavimo metu tinkamai numatytos eksploatacinės išlaidos, reinvesticijos, jei įsigyjama nauja įranga ar rengiamos naujos patalpos. Jei įsigyjama įranga yra tik senosios atnaujinimas, papildomų išlaidų numatyti dažniausiai nereikia, nes jos biudžete būna numatytos jau anksčiau;
- Numatytos teisinės prielaidos (finansavimo reglamentavimas, paslaugos aprašai ir kt.), kai kuriamos visiškai naujos paslaugos. Aprašai turi būti tikslūs ir aiškūs, pagal kuriuos numatyta detali paslaugos teikimo koncepcija;
- Numatytas adekvatus naujų paslaugų finansavimas, kadangi kai kurios naujai įdiegtos paslaugos nevisiškai apmokamos PSDF ar kitų šaltinių lėšomis. Taip atsitinka dėl paslaugų aprašų trūkumo ar dėl to, jog mokama pagal senus įkainius, nors naujos paslaugos yra kitokio lygmens ir seni įkainiai nepadengia naujų kaštų;
- Strateginio planavimo kompleksškumas – kartu su projektais, pagal kuriuos finansuojamos infrastruktūros investicijos, įgyvendinami ir kiti projektai, skirti žmoniškųjų išteklių tobulinimui, teisinio reglamentavimo rengimui, kapitaliniam remontui;
- Kitų ministerijų ar įstaigų lygiagrečiai vykdomos konkrečios srities prevencinės programos, socialinės akcijos bei reklamos, kurių tikslas – prisidėti prie situacijos sveikatos apsaugos sektoriuje gerinimo;
- Įstaigų bendradarbiavimas, siekiant pagerinti teikiamų paslaugų kokybę ir prieinamumą. Tokia iniciatyva įgyvendinta LSMU ligoninės Kauno klinikų vykdytame projekte, kurio tikslas – mažinti sergamumą ir mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų. Kuriamą telemedicinos sistema, leidžianti sveikatos priežiūros specialistams dalintis informacija apie pacientą, jei norima patikslinti diagnozę.

.Įsigytos įrangos tvarumas užtikrinamas garantuojant, kad sveikatos priežiūros įstaiga bus pajėgi finansuoti ateityje reikalingas einamojo remonto ar nenumatyto remonto išlaidas.

Pažymėtina, jog, siekiant toliau užtikrinti jau įgyvendintų projektų tęstinumą bei tvarumą, reikalinga, kad nuosekliai būtų vykdomos ir kitų ministerijų ar įstaigų administruojamos programos.

Apibendrinimas

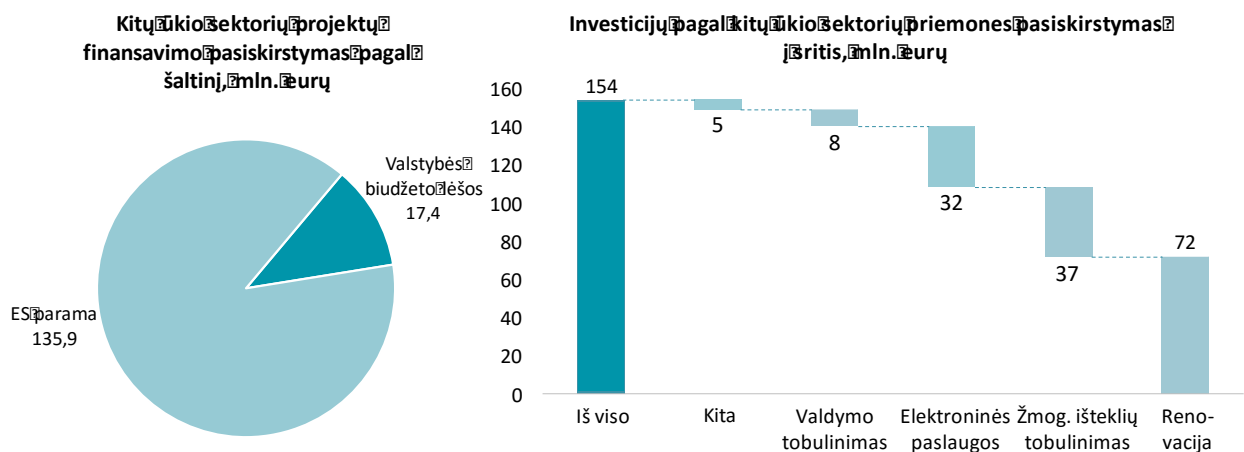
Remiantis paramą gavusių įstaigų atstovų duomenimis bei kitų ministerijų vykdytais projektais, nustatyta, kad didžioji dalis įstaigų planavimo etape numatė reikalingas eksploatacines išlaidas, reinvesticijas, taip užtikrinamos galimybę būti finansiškai pajėgios užtikrinti projekto tęstinumą nenumatytais atvejais. Esminės problemos kyla dėl naujų paslaugų (pvz.: telemedicina, mobilios krizių brigados), kurioms trūksta teisinio reglamentavimo ir adekvataus finansavimo.

Projektų rezultatų tęstinumui ir tvarumui itin svarbus kompleksškumo principas, reiškiantis, kad lygiagrečiai vykdomos kitų įstaigų prevencinės programos, akcijos, administruojamos priemonės, turinčios teigiamos įtakos sveikatos apsaugos sektoriui. Taip prisidedama prie jau įgyvendintų projektų tolesnio rezultatų palaikymo.

9. Kitų ūkio sektorių įtaka sveikatos sektoriui

Prie sveikatos apsaugos sistemos tobulinimo prisidėjo keletas sričių projektai. Juos be SAM vykde Socialinės apsaugos ir darbo, Švietimo ir mokslo, Vidaus reikalų, Ūkio ministerijos bei Informacinės visuomenės plėtros komitetas prie Susisiekimo ministerijos. Iš viso pagal 16 keturioms programoms priklausančių priemonių įgyvendinta daugiau nei 150 projektų, prisidėjusių prie sveikatos apsaugos paslaugų gerinimo. Jiems buvo skirta per 150 mln. Eur, kurių didžiąją dalį sudarė ES struktūrinių fondų lėšos (žr. 57 pav.).

57 pav. ES struktūrinių fondų paramos dalis, finansuojant kitų ūkio sektorių, turėjusių įtakos sveikatos sektoriui, projektus (mln. Eur)



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis www.esparama.lt duomenimis

Beveik visi šie projektai priklauso 4 sritims: sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos tobulinimo, elektroninės sveikatos sistemos diegimo, pastatų renovacijos bei sveikatos sistemos veiklos valdymo tobulinimo. Į jas investuota beveik 97 proc. visų skritulinėje diagramoje nurodytų lėšų, pravartu kiekvieną šią sričių išanalizuoti detaliau.

Taip pat svarbu atsižvelgti į tai, kaip nurodytos kitų ministerijų kuruojamos priemonės pasiekė užsibrėžtus tikslus gerinant nustatytus rodiklius.

9.1. Žmogiškųjų išteklių tobulinimas

9.1.1. Investicijos

Socialinės apsaugos ir darbo ministerija administruoja 2 priemones, kuriomis pasinaudojo ASPĮ, siekdamas kelti darbuotojų kvalifikaciją (priemonės priklausė žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programos I prioritetui: kokybiškas užimtumas ir socialinė aprėptis): VP1-1.1-SADM-06-K Žmogiškųjų išteklių tobulinimo viešajame sektoriuje ir VP1-1.1-SADM-10-V Sveikatos specialistų, prisidedančių prie sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo, kvalifikacijos kėlimo. Šiomis priemonėmis, be pavienių poliklinikų bei ligoninių, pasinaudojo ir dvi didžiausios ASPĮ – Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos.

Remiantis žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programa, žmogiškųjų išteklių tobulinimo viešajame sektoriuje priemonės investicijos buvo daugiausiai skiriamos viešąsias paslaugas teikiančioms įstaigoms. Prioritetas buvo teikiamas tokiems mokymams, kurie yra reikalingi įgyvendinant konkrečių įstaigų ar jų grupių sistemingus darbuotojų kvalifikacijos tobulinimo planus, įdiegiant naujus ir efektyvius darbo

metodus (taip pat jungtiniams kelių viešojo sektoriaus įstaigų ar asocijuotų struktūrų projektams, kurie galėtų lemti kokybinius pokyčius konkrečiame sektoriuje)²²³. Sveikatos specialistų, prisidedančių prie sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo, kvalifikacijos kėlimo priemonė skirta prisidėti prie darbuotojų ir įmonių prisitaikymo prie rinkos poreikių didinimo. Didinant konkrečių sveikatos priežiūros specialistų kvalifikaciją, suteikiant specialias profesines, bendrąsias su profesine veikla susijusias žinias, siekiama užtikrinti kvalifikuotą sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Vertinama, kad sveikatos apsaugos specialistų kvalifikacija turi tiesioginę įtaką suteikiamų paslaugų kokybei²²⁴ (paslaugų saugumo ir veiksmingumo aspektams), taigi pagal šias priemones skirtas finansavimas turėjo tiesioginę įtaką sveikatos apsaugos paslaugų kokybei.

Abiejų priemonių apimtyje vykdyti projektai, prisidėję prie specialistų, dirbančių sveikatos apsaugos sektoriuje, kvalifikacijos kėlimo ir įgūdžių tobulinimo. Pagal priemonę, skirtą žmogiškųjų išteklių tobulinimui viešajame sektoriuje projektus įgyvendino ne tik ASPĮ, bet ir įvairios sveikatos priežiūros specialistų sąjungos, draugijos, kitos susijusios įstaigos. Įgyvendinant projektus pagal šią priemonę investuota į Kauno greitosios medicinos pagalbos stoties, Ekstremalių sveikatai situacijų centro bei Vilniaus Respublikinės universitetinės ligoninės personalo, prisidedančio prie mirtingumo ir neįgalumo dėl traumų mažinimo, mokymą. Projektus taip pat įgyvendino Lietuvos kardiologų draugija, Lietuvos gydytojų sąjunga ir kt. Projektai sietini su specialistų profesiniais mokymais, įgūdžių lavinimu pagal naujausius standartus, kvalifikacijos kėlimu.

Sveikatos specialistų, prisidedančių prie sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo, kvalifikacijos kėlimo projektus vykdė Lietuvos kardiologų draugija, o Santariškių klinikų darbuotojai dalyvavo Kardiologijos specialistų mokymų projekte. Šiuos projektus galima sieti su siekiu sumažinti sergamumą bei mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų.

Nacionalinis Vėžio institutas pagal dvi priemones įgyvendino du projektus, skirtus specialistų, dirbančių su onkologiniais susirgimais mokymams, kuriems iš viso skirta 903 tūkst. eurų. Kauno klinikos bei Higienos institutas taip pat vykdė projektus, skirtus su onkologiniais susirgimais dirbančių asmenų kvalifikacijai kelti.

Nemažai investicijų sulaukė ir prie visuomenės psichikos sveikatos gerinimo prisidedančios įstaigos: Vilniaus bei Valstybinis psichikos sveikatos centrai ir Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė.

Iš viso pagal žmogiškųjų išteklių tobulinimo viešajame sektoriuje ir sveikatos specialistų, prisidedančių prie sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo, kvalifikacijos kėlimo priemones įgyvendinti 27 projektai, kuriems skirtas finansavimas siekė beveik 37 mln. eurų. Visų šių lėšų šaltinis – ES struktūriniai fondai.

9.1.2. Rodiklių analizė

Priemonės „Žmogiškųjų išteklių tobulinimas viešajame sektoriuje“ rezultatyvumas matuojamas 3 jos apraše nurodytais pirminiais rodikliais. Svarbu paminėti, jog šie skaičiai nurodo ne unikalius darbuotojus – nėra atsižvelgiama į tai, kad specialistai gali dalyvauti keliuose skirtinguose to paties projekto mokymuose. Pagal šią priemonę ASPĮ įgyvendino 20 projektų, kurių finansavimo sutartyse buvo numatyta, jog mokymuose dalyvaus 30 177 asmenys. Pasiekta didesnė rodiklio reikšmė – 32 962 (tikslas buvo viršytas daugiau nei 9 proc.). Išskirtinas Klaipėdos rajono visuomenės sveikatos centras, Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė, Joniškio ligoninė bei VU ligoninė Santariškių klinikos – visos šios įstaigos apmokė daugiau nei 30 proc. didesnę skaičių darbuotojų nei planavo.

Iš šių mokymuose dalyvavusių specialistų 29 867 turėjo dalyvauti mokymuose, kurie suteiktų ar patobulintų profesinę kvalifikaciją, specialias profesines žinias bei įgūdžius. Šis tikslas visų sveikatos

²²³ Žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programa, 2013.

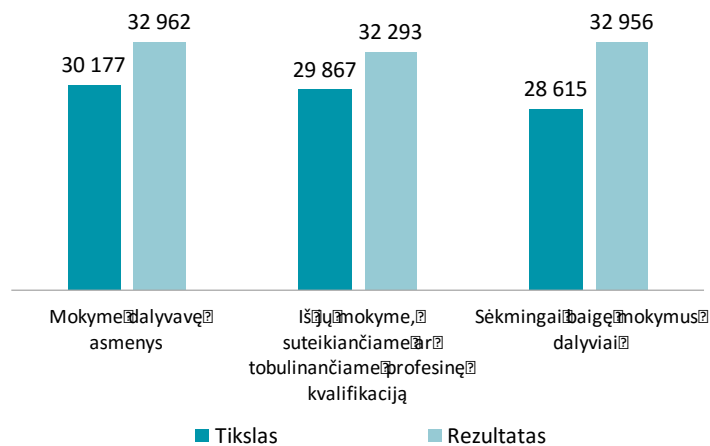
²²⁴ Pavyzdžiui, Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 metų programoje teigiama, jog „siekiant užtikrinti kokybišką chirurginę onkologinę pagalbą Lietuvoje labai svarbi yra gydytojų chirurgų kvalifikacija <...>“.

priežiūros įstaigų taip pat buvo viršytas daugiau nei 8 proc. Kita vertus, pažymėtina, jog mažiau specialistų pagal nagrinėjamą priemonę apmokė 6 įstaigos (arba 20 proc. ASPĮ, gavusių paramą pagal šią priemonę).

Buvo tikimasi, kad mokymus sėkmingai baigs (gaus pažymėjimą) beveik visi juose dalyvavę asmenys – konkretus skaičius siekė 28 615. Šio rodiklio rezultatas buvo geriausias, nes jį pavyko viršyti daugiau nei 15 proc. Be to, iš visų darbuotojų kursų nebaigė vos 6 asmenys.

Pagal šią priemonę mokymus iš viso galėjo baigti daugiau nei 19 proc. sveikatos apsaugos bei socialinio darbo sektoriaus darbuotojų²²⁵. Svarbu paminėti, kad nėra galimybių įvertinti unikalių specialistų skaičių, todėl tikslus faktinis rezultatas nebuvo įvertintas.

58 pav. „Žmogiškųjų išteklių tobulinimo viešajame sektoriuje“ priemonės tikslai ir rezultatai



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis SFMIS sistemos duomenimis

7 projektų, įgyvendintų pagal „Sveikatos specialistų, prisidedančių prie sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo bei kvalifikacijos kėlimo“ priemonę, rezultatyvumas buvo matuojamas rodikliais, analogiškais žmogiškųjų išteklių tobulinimo viešajame sektoriuje priemonei. Planuota, kad mokymuose dalyvaus 24 731 asmuo. Atsižvelgiant į tai, kad iš viso buvo apmokyti 25 892 specialistai, tikslas buvo viršytas 4,7 proc., o geriausią rezultatą pasiekė Nacionalinis vėžio institutas. Mokymuose dalyvavo 915 šios įstaigos darbuotojų, nors projekto sutartyje numatytas skaičius siekė tik 408. Taip pat beveik dvigubai projekto tikslą viršijo Higienos institutas.

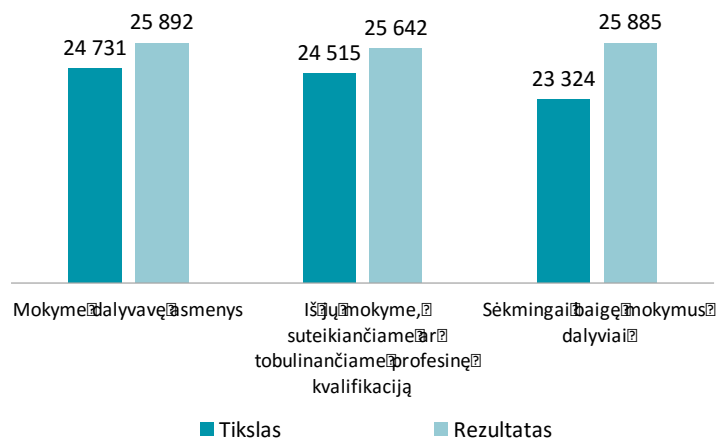
Specialistų, mokymų metu įgijusių ar patobulinusių profesinę kvalifikaciją, specialiąsias žinias bei profesinius įgūdžius, skaičiaus rodiklis taip pat sudaro daugiau nei 104 proc. bendros numatytos reikšmės. Vykdytų projektų rezultatų pasiekimas panašus daugelyje ASPĮ, tačiau išsiskyrė beveik dvigubai geresnius rezultatus, nei planuota, pasiekę Nacionalinis vėžio institutas bei Higienos institutas.

Numatyti rodikliai buvo dar labiau viršyti, vertinant sėkmingai mokymus baigusius asmenis. Išskirtinius rezultatus parodė jau minėtos įstaigos, o apskritai visi 7 projektai tikslą viršijo beveik 11 proc.

Kaip ir atliekant žmogiškųjų išteklių tobulinimo viešajame sektoriuje priemonės rodiklių analizę, vertinama, kad pagal šią priemonę buvo galima sėkmingai apmokyti 16,8 proc. viso sveikatos apsaugos bei socialinio darbo sektoriaus darbuotojų.

²²⁵ Rodiklis apskaičiuotas kaip asmenų, baigusių mokymus, ir vidutinio sveikatos apsaugos sektoriaus samdomų darbuotojų bei užimtųjų skaičiaus 2008–2013 m. santykis.

59 pav. „Sveikatos specialistų, prisidedančių prie sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo bei kvalifikacijos kėlimo“ priemonės tikslai ir rezultatai



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis SFMIS sistemos duomenimis

9.2. Elektroninės sveikatos sistemos diegimas

9.2.1. Investicijos

Kita sritis, kurią administruo Informacinės visuomenės plėtros komitetas prie Susisiekimo ministerijos, buvo e. sveikatos sistemos diegimas. Pagal vieną iš priemonių buvo investuojama į šią infrastruktūrą nacionaliniu lygiu, o pagal kitą – savivaldybių.

E. sveikatos sistemos kūrimo procesas pradėtas įgyvendinti, atsižvelgiant į Lietuvos sveikatos programą, patvirtintą LR Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII-833. Naudojant informacines ir ryšių technologijas, siekta didinti galimybes visuomenei gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, veiksmingiau vykdyti sveikatos apsaugos sektoriaus veiklą, pagerinti prevenciją, diagnozavimą, gydymą, stebėjimą ir valdymą.

Naujai sukurtos e. sveikatos sistemos tikslai – personalizuoti pacientų sveikatos istoriją, suteikti galimybę pacientams bei gydytojams reikiamu laiku gauti ligos istoriją, nepaisant organizacinių barjerų, užtikrinti sveikatos sektoriaus dalyvių bendradarbiavimą, veiklos tęstinumą, gerinti suteikiamų sveikatos priežiūros paslaugų organizacinį prieinamumą, optimizuoti sveikatos apsaugai skiriamas lėšas.

Siekiant užtikrinti sistemingą e. sveikatos proceso plėtrą, buvo rengiamos plėtros strategijos bei veiksmų programos. Pagal tai elektroninės sveikatos sistemos diegimas vykdytas trimis etapais:

- 2005–2007 m. vykdytas NESS-I diegimo procesas. Jo metu sukurtas sistemos branduolys ir keturios esminės funkcijos:
 - Paciento apsilankymų pas gydytoją registravimas, keitimasis klinikiniais, administraciniais duomenimis;
 - Siuntimų konsultuotis / gydytis sukūrimas ir išsiuntimas, atsakymų išrašymas ir gavimas;
 - Diagnostikos siuntimų (laboratorija, medicininiai vaizdai) formavimas ir išsiuntimas, rezultatų gavimas ir saugojimas;
 - Registravimas konsultuotis / gydytis / tirtis.

Šiame etape sukurtą ir įdiegtą įrangą planuota panaudoti tolesniuose e. sveikatos plėtros etapuose, sujungiant atskirų sveikatos priežiūros įstaigų informacines sistemas ir pereinant prie centralizuotos e. sveikatos sistemos.

- 2009–2015 m. – Lietuvos e. sveikatos sistemos kūrimas. Šiame etape visiškai įteisinta e. sveikatos sąvoka, reglamentuotas Lietuvos e. sveikatos sistemos funkcionavimas. Šiuo laikotarpiu buvo sukurta Lietuvos e. sveikatos sistema, kurią sudaro centrinė e. sveikatos informacinė sistema (Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema (toliau – ESPBI IS)) bei jos posistemės – e. receptas ir medicininiai vaizdai, bei 25 sveikatos priežiūros įstaigų informacinės sistemos (toliau – IS); įgyvendinti 29 e. sveikatos sistemos projektai – 16 nacionalinių ir 13 regioninių. Įgyvendinusios regioninius projektus gydymo įstaigos sukūrė, o kai kuriais atvejais – patobulino savo IS, pritaikydamos jas sveikatos duomenų mainams su ESPBI IS. Buvo sukurta po vieną regioninę sveikatos priežiūros įstaigos informacinę sistemą kiekvienos Lietuvos apskrities teritorijoje, kuria gali naudotis visos SPJ, neturinčios savo informacinių sistemų. E. sveikatos plėtros IS projektuose dalyvavo apie 150 ASPJ, kurioms buvo skirtas ES paramos finansavimas tam, kad jų kuriamose IS būtų tie funkcionalumai, kurie reikalingi įstaigos darbui bei duomenų mainams su kitomis institucijomis užtikrinti. E. sveikatos sistemos 2009–2015 m. plėtros etape įgyvendinant projektus realizuotas numatytų pacientų medicininių dokumentų – 12 klinikinių formų (siuntimai, epikrizės, apsilankymo aprašymai, e. receptai, tyrimų aprašymai ir kt.), taip pat – 8 medicininių pažymų (sveikatos pažymos moksleiviams, vairuotojams, šaunamo ginklo turėtojams, gimimo ar mirties pažymos ir kt.) pildymas elektroniniu būdu.

Pagal dar vieną priemonę, pavadintą „Pažangios elektroninės paslaugos“, buvo įgyvendinti 2 projektai – Kauno klinikos perkėlė savo sveikatos priežiūros paslaugas į elektroninę erdvę, o Santariškių klinikos įdiegė pažangias telemedicinos paslaugas.

Iš viso į išvardintas priemones investuota beveik 32 mln. Eur, iš kurių 27,2 mln. Eur skyrė ES.

9.2.2. Rodiklių analizė

Visų 3 minėtų priemonių efektyvumas, kaip numatyta jų aprašuose, matuojamas dviem pirminiais rodikliais. Vienas iš jų – sukurtų e. paslaugų vartotojų dalis – nėra analizuojamas, nes jį įvertinti galima tik praėjus dvejimėms metams po e. sistemos sukūrimo. Šis laikotarpis dar nepraėjo, o detalesnės to priežastys pateikiamos 9.5 ataskaitos skyriuje. „Pažangių elektroninių paslaugų“ priemonė turėtų būti vertinama ir pagal tai, kiek elektroninių paslaugų pavyko suteikti verslo subjektams bei gyventojams, tačiau šis skaičius neanalizuojamas dėl anksčiau minėtos priežasties.

Kitas rodiklis, kurio rezultatyvumą galima patikrinti, yra paremtų interaktyvių elektroninių sveikatos paslaugų skaičius. Kaip ir pagal pirmąją iš minėtų priemonių, remiantis sutartyse nurodytais siektiniais rodikliais bei realiai pasiektais rezultatais²²⁶, planuotos ir sukurtos 26 paslaugos. Verta išskirti, jog SAM įgyvendino 3 projektus ir sukūrė 8 paslaugas, o Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie SAM įgyvendino 1 projektą ir sukūrė 4 paslaugas. Šių įstaigų rodikliai yra didžiausi tarp visų įstaigų įgyvendintų projektų. 100 proc. tikslas įgyvendintas ir antrąja priemone, pagal kurią parama skirta 16 interaktyvių paslaugų sukūrimui²²⁶. Trečiosios priemonės rezultatai panašūs – įgyvendintos 5 paslaugos iš 5²²⁶.

9.3. Pastatų renovacija

9.3.1. Investicijos

Visą pastatų renovaciją administravo Ūkio ministerija. Kaip ir diegiant elektroninę sveikatos sistemą, finansavimas pagal skirtingas priemones buvo skirstomas nacionaliniu bei regioniniu lygiu. Ši kryptis, ypač – nacionalinės renovacijos priemonė, sulaukė daugiausiai ES struktūrinių fondų lėšų – 61,4 mln. Eur, iš kurių beveik 48 mln. Eur teko minėtajai priemonei.

²²⁶ SFMIS, priežiūros rodiklių pasirinkimo duomenys, 2016 m. liepa

Pagal priemonę didelio masto projektus įgyvendino tiek didžiosios, tiek kelios mažesniuose miestuose esančios ligoninės. Atnaujintos bei modernizuotos patalpos prisidėjo prie sveikatos priežiūros paslaugų kokybės augimo (didėjo teikiamų paslaugų saugumas, kadangi renovuotose patalpose lengviau palaikyti aukštesnę oro temperatūrą, taip išvengta neigiamos įtakos daliai pacientų).

Išskirtinos įstaigos, turinčios įtakos minėtų konkrečių SSVP strateginių rodiklių pokyčiams. Tai – Nacionalinis vėžio institutas, Ekstremalių sveikatai situacijų centras, Rokiškio psichiatrijos ligoninė ir Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė. Jų pastatų renovacijai ES skyrė 3 mln. Eur.

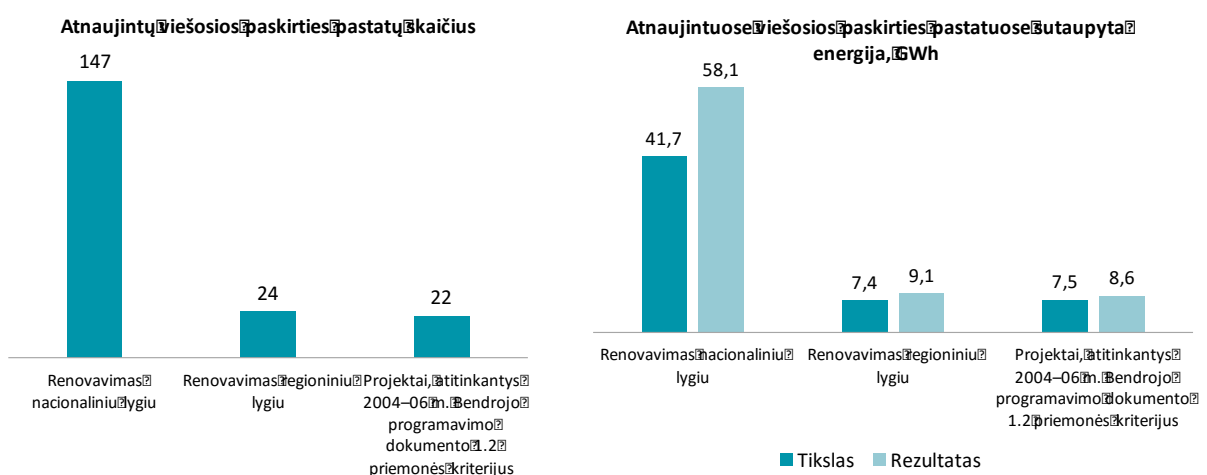
Regioninio lygio renovacija sulaukė daug mažiau investicijų (iš viso beveik 10 mln. Eur), bet tokiu būdu įgyvendinta 15 svarbių, nors ir nedidelės apimties, projektų. Kartu su įvairiomis poliklinikomis bei ligoninėmis pagal šią priemonę buvo atnaujinti ir Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras bei Kauno miesto greitosios medicinos pagalbos stotis.

Įgyvendinant „Viešosios paskirties renovavimo projektus, atitinkančius Lietuvos 2004–2006 m. Bendrojo programavimo dokumento 1.2 priemonės [...] vertinimo kriterijus“, atnaujinti dar šešių ligoninių pastatai.

9.3.2. Rodiklių analizė

Visi rezultatai vertinami pagal du pirminius rodiklius. Visų pirma, pagal „Viešosios paskirties pastatų renovavimo nacionaliniu lygiu“ priemonę buvo atnaujinti 147 pastatai iš tiek pat planuotų. Nors visos 30 įstaigų rodiklį pasiekė 100 proc., verta išskirti Šv. Roko bei Respublikinę Vilniaus psichiatrijos ligonines, atitinkamai renovavusias daugiau nei 10 pastatų. Skaičiai, kiek įstaigoms atnaujinus pastatus pavyko sutaupyti energijos, yra kur kas įvairesni. Renovuojant pastatus nacionaliniu lygiu, 9 projektuose iš 56 užsibrėžtas tikslas pasiektas tik iš dalies, o VU ligoninės Žalgirio klinika bei vienas Kauno ligoninės projektų mažesnių energijos sąnaudų nepasiekė visai. Kita vertus, iš viso pradėta sutaupyti 58,13 GWh per metus, nors planuota rodiklio reikšmė buvo 41,66. Taigi, šį tikslą pavyko viršyti 40 proc. Prie to prisidėjo Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė ir Nacionalinis vėžio institutas – jų rodikliai, atitinkamai: 1,67 GWh energijos vietoje 0,47 GWh bei 2,04 GWh vietoje 0,79 GWh. Taip pat išsiskiria Vilniaus sutrikusio vystymosi kūdikių namai, savo tikslą viršiję net 1 tūkst. proc., tačiau, vertinant absoliučia išraiška, sutaupymas siekė tik 0,44 GWh energijos (todėl šis rezultatas bendrame kontekste nėra reikšmingas).

60 pav. Energijos taupymo požiūriu atnaujintų viešosios paskirties pastatų skaičius bei juose sutaupyta energija (GWh) pagal priemones



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis SFMIS sistemos duomenimis

Regioniniu lygiu buvo atnaujinti 24 pastatai, iš kurių 4 renovavo Mykolo Marcinkevičiaus ligoninė bei 3 – Kauno Dainavos poliklinika. Visos 15 įstaigų rodiklį taip pat įgyvendino 100 proc. Pagal šią priemonę iš viso sutaupyta 9,14 GWh energijos, nors planuose buvo numatyta 7,44 GWh. Labiausiai išsiskyrė Vilniuje

įsikūrusi Centro poliklinika, sutaupiusi 0,35 GWh vietoje 0,04 GWh, Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras, sutaupęs 1,02 GWh vietoje 0,36, bei Kauno Kalniečių poliklinika, kuriai pavyko sutaupyti 0,77 GWh energijos, nors planavo tik 0,32 GWh.

Pagal paskutinę priemonę buvo planuota rekonstruoti 22 pastatus; rodiklis buvo pasiektas. Labiausiai prie bendro skaičiaus prisidėjo po 8 pastatus renovavusios LSMU Kauno klinikos ir Respublikinė Panevėžio ligoninė. Iš viso sutaupyta 8,6 GWh ir tikslas viršytas 14 proc. 3,76 GWh vietoje planuotų 1,94 GWh sutaupė Kauno klinikos, o 2,19 GWh vietoje 0,68 GWh – Rokiškio psichiatrijos ligoninė.

9.4. Sveikatos sistemos veiklos valdymo tobulinimas

9.4.1. Investicijos

6,3 mln. Eur ES struktūrinių fondų lėšų (iš viso – 7,4 mln. Eur) skirta sveikatos sistemos valdymo sukūrimui. Daugiau nei po vieną projektą pagal „Viešųjų politikos reformų skatinimo“ priemonę, administruotą Vidaus reikalų ministerijos, įgyvendino Higienos institutas, Valstybinis sveikatos psichikos centras, Ekstremalių sveikatai situacijų centras bei Sveikatos mokymų ir ligų prevencijos centras.

Higienos institutas minėto finansavimo dėka nustatė strategines visuomenės sveikatos plėtros kryptis; diegiant sveikatos technologijų vertinimo ir nepageidaujamų įvykių registravimo sistemas, pagerino paslaugų organizacinį prieinamumą (ir, atitinkamai, kokybę²²⁷) bei sukūrė traumų ir nelaimingų atsitikimų stebėsenos sistemą. Organizacinę sistemą, kaip teikti skubią pagalbą nukentėjusiems dėl traumų, sukūrė Ekstremalių sveikatai situacijų centras.

9.4.2. Rodiklių analizė

Pagal vieną šios priemonės rodiklių vertinama, kiek žmonių dalyvavo priemonės finansuotuose mokymuose. Šiuo rodikliu buvo vertinami tik 2 projektai – Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos valdymo ekstremaliųjų sveikatai situacijų atvejais tobulinimas bei Skubios pagalbos nukentėjusiems dėl traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių teikimo Lietuvoje organizacinės sistemos sukūrimas. Pirmajame planuota apmokyti 216 asmenų, antrajame – 72. Abu šie tikslai įgyvendinti 100 proc.

Kitas rodiklis – parengtų dokumentų paketų, susijusių su sveikatos priežiūros sistemos tobulinimu ir (arba) su sveikatos priežiūros kokybe ir (arba) sveikatos priežiūros technologijų vertinimu, skaičius²²⁸. Šis tikslas taip pat įgyvendintas 100 proc., nes iš viso parengti 169 paketai iš tiek pat planuotų. Labiausiai išsiskyrė Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, parengęs 47, bei Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, parengęs 46 dokumentų paketus.

9.5. Investicijų poveikis

Vertinant kitų ūkio sektorių poveikį sveikatos sektoriui, verta sugrįžti prie anksčiau nagrinėtų intervencijų logikos schemų.

Šioje vertinimo ataskaitos dalyje galima pritaikyti I investicijų srities, skirtos gyventojų sergamumui ir mirtingumui nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinti, schemą (11 lentelė). Joje nurodytas uždavinys modernizuoti sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą buvo pasiektas renovuojant pastatus. Dėl trijų šios srities priemonių iš viso sutaupyta 75,8 GWh energijos (60 pav.); tai leis sutaupyti lėšas skirti kitoms su sveikatos priežiūros paslaugomis susijusioms reikmėms ir didinti paslaugų kokybę. Kardiologijos srityje dirbančių specialistų kvalifikacijos kėlimo projektai yra taip pat neatsiejami nuo SAM kuruojamų

²²⁷ Remiantis 1.2 skyriuje pateikiamu kokybiškų paslaugų apibrėžimu.

²²⁸ Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 789 „Dėl Žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programos priedo patvirtinimo“. Suvestinė redakcija 2015 m.

priemonių sėkmės – seną medicininę įrangą keičiant nauja, būtina apmokyti specialistus ja naudotis, nes priešingu atveju kiltų grėsmė, kad ji bus naudojama nevisu pajėgumu ar nenaudojama visai. Be to, jau buvo paminėtas ne vienas projektas, skirtas būtent širdies ir kraujagyslių ligų gydymo sričiai.

II investicijų srities uždaviniai, kaip nurodyta intervencijos logikos schemoje (12 lentelė), buvo skirta modernizuoti sveikatos priežiūros įstaigas, teikiančias skubią pagalbą traumų ir panašiais atvejais, bei atnaujinti greitosios medicinos pagalbos infrastruktūrą. Prie jų įgyvendinimo prisidėjo Kauno greitosios medicinos pagalbos stoties, Ekstremalių sveikatai situacijų centro bei Vilniaus respublikinės universitetinės ligoninės darbuotojų kvalifikacijos kėlimo projektai. Minėtosios stoties ir centro pastatai taip pat buvo atnaujinti, kitų ūkio sektorių poveikis mirtingumui bei neįgalumui dėl traumų ir kitų išorinių priežasčių yra tikėtinas.

Psichikos srities schemoje (13 lentelė) nurodyti uždaviniai apėmė įvairių psichiatrinės pagalbos centrų steigimą bei infrastruktūros modernizavimą. Siekti šių tikslų taip pat padėjo darbuotojų kvalifikacijos bei pastatų atnaujinimo priemonės, pagal kurias projektus vykdė ne viena psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikianti įstaiga. Žmogiškieji išteklių buvo tobulinami Valstybiniame psichikos sveikatos centre bei Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre, taip pat Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje. Pastarosiose dviejose įstaigose ir Rokiškio psichiatrijos ligoninėje dar įgyvendinti renovavimo projektai.

Remiantis IV investicijų srities intervencijos logikos schema (14 lentelė), teigiama, kad modernizuoti onkologines ligas diagnozuojančių bei gydančių sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą padėjo tos pačios su specialistų kvalifikacijos didinimu bei patalpų renovacija susijusios priemonės. Pagal pirmąją kompetentingesni tapo Nacionalinio vėžio instituto darbuotojai, o pagal antrąją, kartu su ligoninėmis, padidintas šio instituto energetinis efektyvumas, todėl galima daugiau lėšų nukreipti į sveikatos apsaugos paslaugas.

Tikėtina, jog kitų ūkio sektorių priemonės taip pat turėjo įtakos investicijų srities, skirtos sveikatos priežiūros reformos tęstinumui bei sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimui, uždavinių rezultatams (15 lentelė). Ši sritis apima bene visas 8.1 punkte aprašytas priemones. Vis dėlto, šiuo atveju išskirtina elektroninė sveikatos sistema bei sveikatos sistemos valdymo tobulinimas, nes tai tiesiogiai kitų investicijų kryptinių strateginių rodiklių pokyčių nelėmė.

2007–2008 m. laikotarpiu buvo sukurtos didžiųjų universitetinių ligoninių informacinės sistemos, Rytų ir Pietryčių Lietuvos kardiologijos sistema, išankstinės pacientų registracijos sistema. Šiame periode išryškėjo poreikis sutvarkyti teisinius e. sveikatos sistemos pagrindus. 2009–2015 m. laikotarpiu buvo sukurta Lietuvos e. sveikatos sistema, kurios gamybinė eksploatacija pradėta 2015 m. birželio mėn. Į centrinę e. sveikatos sistemą (ESPBI IS) sujungta beveik 40 informacinių sistemų (IS); centrinė e. sveikatos sistema (ESPBI IS) yra sukurta ir veikia, tačiau reikalingi laiko ir finansiniai išteklių tokios kompleksiškos sistemos veiklai suderinti ir darbuotojams apmokyti. Be to, pažymėtina, jog e. sveikatos naudojimas didele dalimi priklauso nuo SPĮ patirties darbe su elektroninėmis sistemomis, įstaigų komunikacijos su IS diegėjais, SPĮ vadovų motyvacijos, požiūrio į veiklos kokybę ir procesų skaidrumą, gebėjimo įgyvendinti ir valdyti veiklos pokyčius, efektyviai organizuoti SPĮ dirbančių sveikatos priežiūros specialistų darbą su naujomis technologijomis. Kitų šalių, jau turinčių nacionalines e. sveikatos sistemas, patirtis rodo, kad tokios kompleksiškos nacionalinio masto IS naudojimui visa apimtimi prireikia kelerių metų.

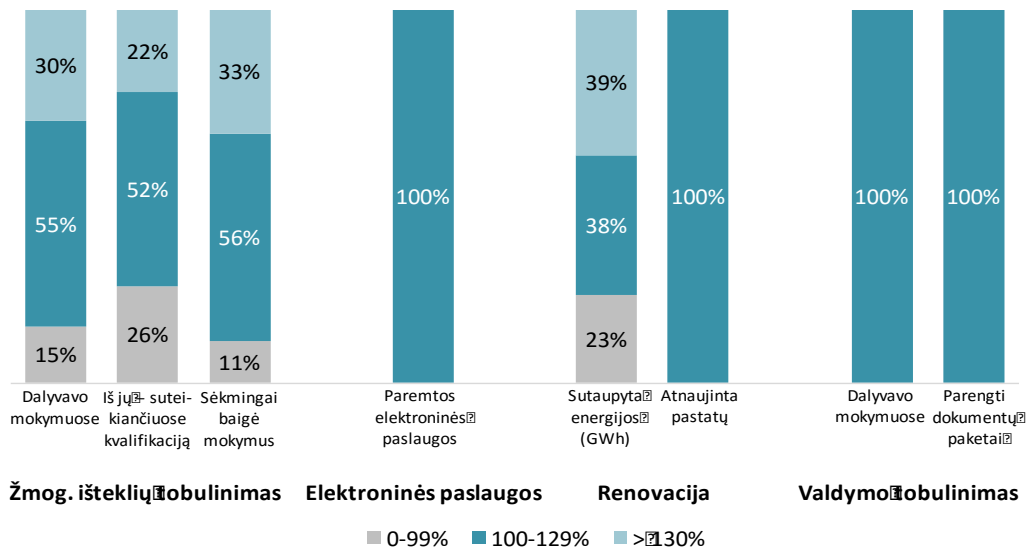
Apibendrinimas

Atliktos analizės rezultatai rodo, jog sveikatos priežiūros įstaigų pagal kitų ūkio sektorių priemones vykdyti projektai buvo sėkmingi. Didžioji jų dalis pasiekė savo tikslus, o pagerėję rodikliai demonstruoja ES struktūrinių fondų naudą.

Pagal visus tris priemonių, priskirtų žmogiškųjų išteklių tobulinimo sričiai, rodiklius, savo tikslus bent 30 proc. viršijo beveik trečdalis vykdytų projektų. Išlieka tikimybė, kad, esant tokiems rezultatams, daliai projektų buvo nustatyti per žemi tikslai, tačiau pasiekti rezultatai yra vertintini gerai (žr. 61 pav.). Kita vertus, mokymų, suteikiančių ar tobulinančių profesinę kvalifikaciją, specialiasias profesines žinias bei

įgūdžius, srityje, projektų, kurie viršijo numatytus tikslus, dalis galėtų būti didesnė. Be to, pastebima, kad rodiklio, matuojančio būtent tokio tipo mokymuose dalyvavusių asmenų skaičių, nepasiekė didžiausia projektų dalis.

61 pav. Skirtingų priemonių projektų pasiskirstymas pagal tai, kaip pavyko pasiekti rodiklių tikslus



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis SFMIS sistemos informacija

Kadangi dar nepraėjo dveji metai nuo elektroninių sveikatos paslaugų projektų įgyvendinimo pabaigos, vienintelis kriterijus, pagal kurį buvo galima išmatuoti jų sėkmingumą, rodo tik tai, ar sveikatos priežiūros įstaigoje apskritai buvo įdiegta e. sveikatos sistema. Pats diegimo procesas, nors ir užsitęsęs, buvo sėkmingas, ir galiausiai savo tikslus įgyvendino visos ES paramos sulaukusios įstaigos.

Pastatų renovacijos srityje dviejų rodiklių pasiskirstymas yra skirtingas. Vertinti teigiamai galima tai, jog 28 sveikatos priežiūros įstaigos iš 77 pasiekė ar šiek tiek viršijo užsibrėžtus tikslus, o 30 juos viršijo daugiau nei 30 proc. Pažymėtina, jog kiekviena įstaiga sugebėjo atnaujinti visus pastatus, kuriuos planavo. Net jei prie energetikos efektyvumo tai prisidėjo mažiau nei planuota, įgyvendintų projektų dėka pagerėjo suteikiamų paslaugų kokybė bei pacientų nuomonė apie įstaigą.

Abiejų sveikatos apsaugos sistemos valdymo tobulinimo rodiklių tikslai buvo pasiekti 100 proc., todėl šios dalies išvados yra ribotos. Kita vertus, sveikatos priežiūros reformos tęstinumui svarbu, kad su tuo susiję projektai būtų vykdomi kaip planuota. Šiuo atveju, jie susiję su sistemos tobulinimu, sveikatos priežiūros kokybe ir (arba) sveikatos priežiūros technologijų vertinimu. Be to, visi naujai parengti dokumentai, reikalingi reformos tęstinumui užtikrinti, sukuria reikalingą teisinę bazę.

Kadangi didžioji dalis visų projektų pasiekė ar viršijo tikslus, o priemonės buvo suderinamos su sveikatos apsaugos sektoriaus strateginių dokumentų tikslais, kitų ūkio sektorių priemonių pasirinkimas buvo teisingas – priemonės veikė kompleksiskai ir papildė ES intervencijų poveikį sveikatos apsaugos sektoriui.

10. Gerosios iniciatyvos kituose ūkio sektoriuose

Prieš atskirų gerosios praktikos pavyzdžių kokybinį vertinimą, pirmiausia atliekamas bendrinė šių projektų apžvalga. Šiuo tikslu atliekama kiekybinė analizė, nurodanti sąryšį tarp investicijų bei pasiektų rodiklių rezultatų. Jie nagrinėjami pagal ankstesnėje ataskaitos dalyje identifikuotas sritis. Tai leidžia išskirti projektus, laikytinus gerosios praktikos pavyzdžiais.

10.1. Kiekybinė analizė

Siekiant įžvelgti tendencijas bei nustatyti jų mastą ir patikimumą, pasitelktas Pearsono koreliacijos metodas. Juo naudojantis, iš pradžių yra nustatomas koreliacijos koeficientas r . Tuomet, priklausomai nuo turimų duomenų (šiuo atveju – projektų) skaičiaus n bei gautojo koeficiento, apskaičiuojamas santykinis koreliacijos rodiklis t bei tokia jo reikšmė, kurią pasiekus, šią koreliaciją galima laikyti reikšminga.

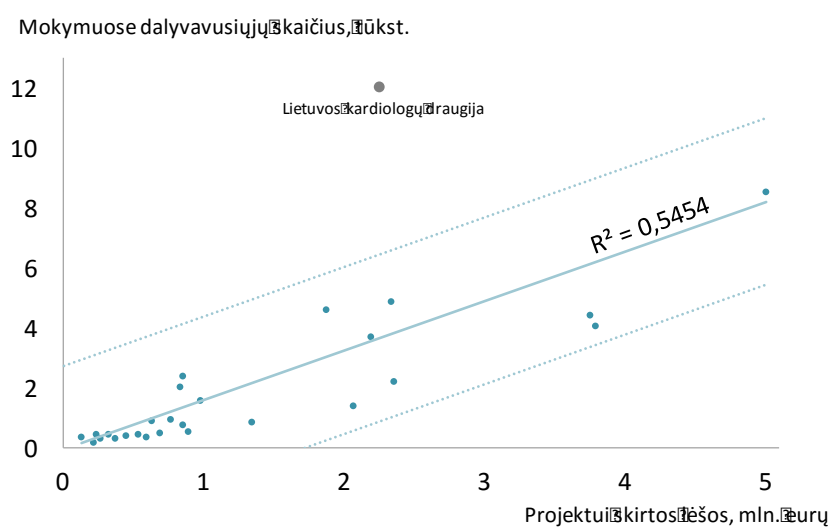
10.1.1. Žmogiškųjų išteklių tobulinimas

Dviejų Socialinės apsaugos bei darbo ministerijos priemonių tikslų pasiekimo mastas nurodytas 58 pav. bei 59 pav. Šioje dalyje analizuojami projektų lygmens rodikliai ir siejamo su tuo, kiek tikslams pasiekti buvo skirta lėšų.

Žvelgiant į bendrą „Žmogiškųjų išteklių tobulinimo viešajame sektoriuje“ ir „Sveikatos specialistų, prisidedančių prie sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo, kvalifikacijos kėlimo“ priemonių grafiką, matoma, jog didėjant finansavimui, didėja ir rodiklio reikšmė. Šiuo atveju tai yra mokymuose dalyvavusių asmenų skaičius.

Gautas tendencijos determinacijos koeficientas R^2 lygus 0,55 – tai reiškia, kad duomenų sklaida yra nedidelė. Be to, apskaičiuotoji t reikšmė rodo, kad ši koreliacija yra reikšminga, esant vos 0,0002 proc. paklaidai. Vadinas, išlieka beveik 100 proc. tikimybė, jog gauta tendencija tikrai turi prasmę. Modelio patikimumą rodo ir determinacijos koeficientas – ant pačios tendencijos linijos arba itin arti jos galima rasti daugiau nei pusę nagrinėjamų reikšmių.

62 pav. Kvalifikacijos tobulinimo mokymuose dalyvavusių asmenų bei projektams skirtų lėšų sąryšis



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis esparama.lt ir SFMIS sistemos duomenimis

Pearsono koreliacijos tarp projektams skirtų lėšų bei kitų dviejų rodiklių – asmenų, dalyvavusių mokymuose, suteikiančiuose ar tobulinančiuose profesinę kvalifikaciją, skaičiaus ir sėkmingai mokymus

baigusią žmonių skaičiaus – taip pat yra labai panašios. Tiek jų abiejų determinacijos koeficientai, tiek rodiklio t reikšmės yra beveik tokios pat, kaip nagrinėjant pirmąją koreliaciją (R^2 atitinkamai lygus 0,54 ir 0,55).

Grafike taip pat išskirtas itin gerus rezultatus pademonstravęs Lietuvos kardiologų draugijos vykdytas projektas „Šiuolaikinės pradinės ir specializuotos kardiologinės pagalbos sistemos diegimas bei personalo įgūdžių lavinimas pagal naujausius medicinos standartus“. Šis projektas, kaip vienintelė statistinė išskirtis²²⁹, tolesnėje ataskaitos dalyje aprašomas plačiau.

Taigi, ryšys tarp žmogiškųjų išteklių tobulinimo rodiklių bei įvairius mokymus investuotų lėšų egzistuoja. Tai reiškia, jog, didėjant projektų finansavimui, mokymų kaina žmogui išliko panaši – didžioji dalis mokymų nebuvo nei itin brangūs, nei per daug pigūs, dėl ko kristų jų kokybė. Kita vertus, be paminėto gerosios praktikos atvejo, galima pastebėti ne vieną projektą, esantį žemiau tendencijos linijos. Ryškesnius nukrypimus daugeliu atvejų lėmė tai, jog dėl vykdytų mokymų pobūdžio buvo reikalingos aukštesnės kvalifikacijos specialistų paslaugos. Vieną tokių projektų įgyvendino Lietuvos gydytojų vadovų sąjunga. Kauno miesto greitosios medicinos pagalbos stoties darbuotojų mokymai taip pat buvo sutelkti į specialiąsias žinias, o Vilniaus Centro poliklinikos personalas apmokytas valdyti sudėtingas situacijas, dirbti su specialiųjų poreikių pacientais bei supažindintas su vadovavimu.

10.1.2. Elektroninės sveikatos sistemos diegimas

Kaip ir nagrinėjant tikslų pasiekimo mastą, išvadų apie šią sritį padaryti šiuo metu negalima, nes dėl užsitęsusio e. sveikatos sistemos diegimo proceso dar nepraėjo dveji metai nuo projektų vykdymo pabaigos.

10.1.3. Pastatų renovacija

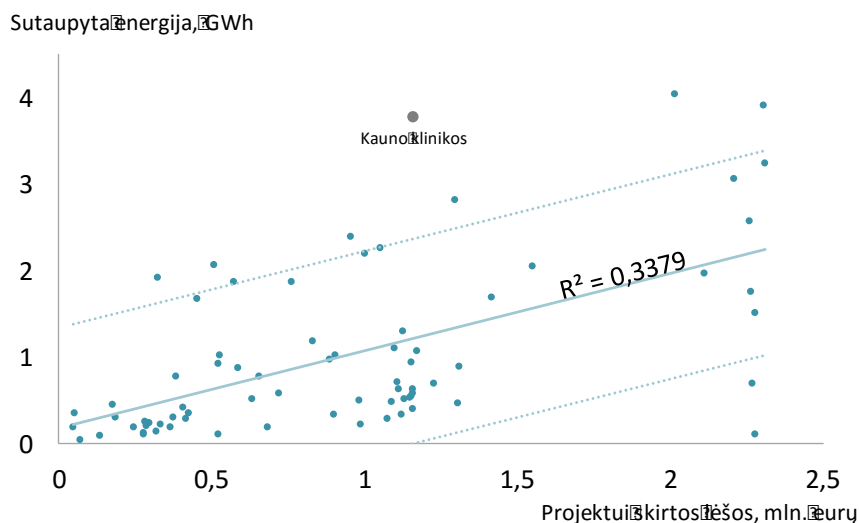
Įvairių sveikatos priežiūros įstaigų pastatai buvo atnaujinti pagal tris priemones, kurių bendri tikslai bei galutiniai rezultatai nurodyti 60 pav. Pasitelkiant Pearsono koreliacijos metodą, atskirų projektų rodiklius galima susieti su jų finansavimu ir šioje srityje.

Analizuojant projektus „Viešosios paskirties pastatų renovavimas nacionaliniu lygiu“, „Viešosios paskirties pastatų renovavimas regioniniu lygiu“ bei „Viešosios paskirties pastatų renovavimo projektai, atitinkantys Lietuvos 2004–2006 m. Bendrojo programavimo dokumento 1.2 priemonės [...] vertinimo kriterijus“, taip pat matoma panaši tendencija – didėjant projektui skirtoms lėšoms, didėja ir rodiklio reikšmė (žr. 63 pav.). Šioje srityje nagrinėjamas pastatuose sutaupytos energijos kiekis.

Šios tendencijos determinacijos koeficientas siekia 0,32 – tai reiškia, jog grafike matomoje tiesėje arba itin arti jos galima rasti 32 proc. nagrinėjamų duomenų reikšmių. Mažesnė R^2 reikšmė nei žmogiškųjų išteklių srityje rodo, kad atnaujintų pastatų sutaupytos energijos kiekis su projektų finansavimu siejasi ne taip glaudžiai. Tai gali lemti ir tai, jog pagal šias priemones įgyvendinta daugiau projektų. Svarbu tai, kad apskaičiuota t reikšmė rodo reikšmingą koreliaciją su dar mažesne paklaida nei kitoje minėtoje srityje – egzistuoja beveik 100 proc. tikimybė, jog grafike pavaizduotas ryšys nėra atsitiktinis.

²²⁹ Statistinėmis išskirtimis šiuo atveju laikomos tos reikšmės, kurios nuo grafike pavaizduotos tendencijos linijos yra nutolusios daugiau nei per 1,5 standartinio nuokrypio. Pastarasis gaunamas apskaičiuojant vidutinį skirtumą tarp faktinių duomenų (nurodytų y ašyje) bei tendencijos linijos reikšmių, atitinkančių tą patį x ašies tašką. Taip pat grafike esančios dvi punktyrinės linijos nuo tendencijos linijos yra nutolusios būtent per 1,5 standartinio nuokrypio.

63 pav. Po pastatų renovacijos sutaupytos energijos bei projektams skirtų lėšų sąryšis



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis *esparama.lt* ir SFMIS sistemos duomenimis

Reikšminga koreliacija dar nereiškia, kad didesnę sutaupytos energijos kiekį nulemia būtent didesnės investicijos, tačiau logiška manyti, jog jos tikrai tam turi įtakos, nes esant didesniai finansavimui paprasčiausiai galima atnaujinti didesnę plotą ar daugiau pastatų.

Grafike išsiskiria tai, jog daugiau statistinių išskirčių yra išsidėsčiusios viršuje – šiuos projektus galima laikyti gerosios praktikos pavyzdžiais. Tolesnėje ataskaitos dalyje yra aprašytas iš kitų išsiskiriantis LSMUL Kauno klinikų projektas.

Kita vertus, reikia atkreipti dėmesį į 2 projektus, nuo tendencijos linijos nutolusius daugiau nei per 1,5 standartinio nuokrypio bei matomus grafiko apačioje. Jie buvo vykdomi galimai neefektyviai, tačiau praktika rodo, jog renovacijų kaštams didelę įtaką turi pastato amžius bei pati jo architektūra, tad mažiau sutaupyti galėjo pavykti dėl inžinerinės specifikos. Vieno šių projektų metu renovuota VU ligoninės Santariškių klinikų filialo vaikų reabilitacijos skyrius Druskininkų „Saulutė“. Projekto įgyvendinimas pareikalavo didelių investicijų ir nebuvo efektyvus, nes pasiekė vos 31 proc. užsibrėžto tikslo. Tai lėmė ir faktas, jog šiame pastate joks remontas nebuvo atliktas nuo pat jo statybos 1984 m.; tai sukėlė papildomų sunkumų. Tuo tarpu VUL Santariškių klinikų poliklinikos ir laboratorijų korpusas savo tikslą pasiekė visu 100 proc., pastatas taip pat statytas dar vadovaujantis sovietinių laikų reikalavimais.

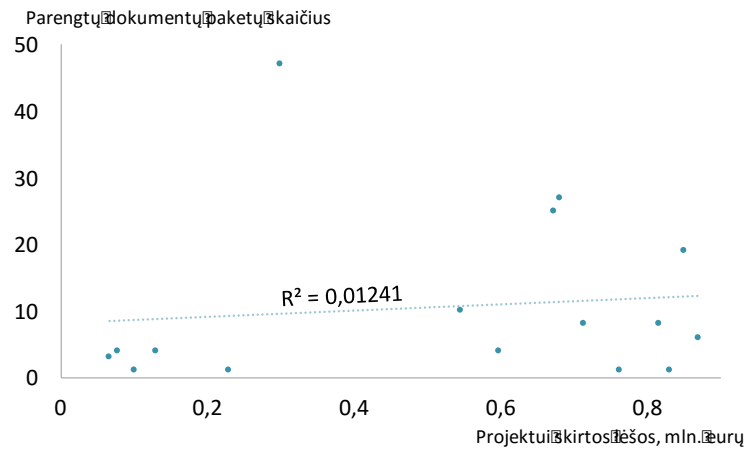
10.1.4. Sveikatos sistemos veiklos valdymo tobulinimas

Taikant Pearsono koreliacijos metodą, toliau vertinami projektai, skirti sveikatos sistemos veiklos valdymo tobulinimui.

Vienintelis rodiklis, kuris keitėsi (išskyrus pagal du projektus mokymuose dalyvavusių asmenų skaičių), yra parengti dokumentų paketai, susiję su sveikatos priežiūros sistemos tobulinimu ir (arba) su sveikatos priežiūros kokybe bei sveikatos priežiūros technologijų vertinimu²³⁰. Grafike iš pirmo žvilgsnio matoma nežymi tendencija (žr. 64 pav.).

²³⁰ Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 789 „Dėl Žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programos priedo patvirtinimo“. Suvestinė redakcija 2015 m.

64 pav. Parengtų dokumentų, skirtų sveikatos priežiūros sistemos tobulinimui, skaičiaus bei projektams skirtų lėšų sąryšis



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis *esparama.lt* ir SFMIS sistemos duomenimis

Kaip rodo determinacijos koeficientas, lygus 0,01, bei itin maža rodiklio t reikšmė, koreliacija nėra statistiškai reikšminga. Pačiam parengtų dokumentų skaičiui projektų finansavimas įtakos neturi, tačiau šių ryšių nebuvimas gali reikšti skirtingą minėtų dokumentų projektų apimtį, svarbą bei poveikį sveikatos sistemai.

10.2. Gerosios praktikos pavyzdžiai

Atlikus kiekybinę projektų analizę, išskiriami ir apžvelgiami tie projektai, kurie gali būti laikomi pavyzdžiais kitiems pareiškėjams.

10.2.1. Žmogiškųjų išteklių tobulinimas

Pažymėtina, jog sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų kvalifikacijos kėlimo priemonės buvo itin naudingos. Toliau aprašomas projektas yra tinkama visos žmogiškųjų išteklių tobulinimo srities iliustracija.

Lietuvos kardiologų draugijos organizuotas projektas „Šiuolaikinės pradinės ir specializuotos kardiologinės pagalbos sistemos diegimas bei personalo įgūdžių lavinimas pagal naujausius medicinos standartus“, buvo išskirtas ir ankstesnėje ataskaitos dalyje (žr. 62 pav.). Be to, šis projektas vertinamas ir visuomenės bei srities ekspertų – 2010 m. vykusiuose geriausių ES struktūrinių fondų finansuotų projektų rinkimuose jis surinko daugiausiai balsų.

Į šį projektą buvo investuota daugiau nei 2 mln. Eur (100 proc. ES struktūrinių fondų finansavimas). Šių lėšų dėka sukurta pakopinė mokomoji programa, buvo organizuojami įvairūs mokymai, gerinę ne tik specialistų, bet ir visuomenės kompetenciją bei įgūdžius, prisidedančius prie mirtingumo nuo išeminės širdies ligos mažėjimo. Mirtingumas nuo kraujotakos ligų yra kertinis Lietuvos rodiklis – jam mažinti buvo sukurta ir atskirta investicijų sritis.

Iš viso sėkmingai mokymus baigė daugiau nei 12 011 specialistų – žymiai daugiau nei bet kuriame kitame projekte. Negana to, „[...] kardiologinės pagalbos sistemos diegimas bei personalo įgūdžių lavinimas pagal naujausius medicinos standartus“ dar ir viršijo iškeltą tikslą, nes iš pradžių buvo numatyta, kad mokymus baigs 10 100 žmonių. Svarbus šio projekto aspektas yra tas, kad jis buvo vykdomas ne konkrečioje ligoninėje ar regione, bet apėmė visos šalies specialistus.

10.2.2. Elektroninės sveikatos sistemos diegimas

Nors nuodugnios kiekybinės su elektronine sveikatos sistema susijusių projektų analizės atlikti neįmanoma dėl duomenų nepakankamumo, giliau šią sritį leidžia apžvelgti konkrečios sveikatos priežiūros įstaigos. Diegiant e. sveikatos sistemą, lydere yra laikoma Vilniaus Centro poliklinika. Jos įdiegtas modelis, ekspertų nuomone, yra laikytinas gerosios praktikos pavyzdžiu.

Pagrindinės projekto problemos yra nepakankamai gera pacientų slaugos namuose kokybė, prieinamumas bei infrastruktūros netinkamumas šiai paslaugai teikti. Be to, esant dideliame pacientų ir atliekamų procedūrų skaičiui, buvo būtina pagerinti paliatyviosios pagalbos paslaugų teikimą bei užtikrinti efektyvų duomenų apsikeitimą tarp skirtingų sveikatos priežiūros įstaigų bei jų saugojimą. Informacinės technologijos buvo įdiegtos siekiant šių tikslų.

Centro poliklinika pradėjo teikti Europos mastu modernias elektronines paslaugas. Svarbu tai, jog padaugėjo slaugytojų vizitų į namus – įstaigos vadovo teigimu, vizitų skaičius per dieną išaugo trečdaliu²³¹. Įdiegus e. sveikatos sistemą, vizitai į namus yra užsakomi internetu, o į ligonio namus atvykę slaugai mobilioji kompiuterizuota įranga gali realiu laiku tyrimų rezultatus siųsti tiesiai ligoninėje esančiam gydytojui. Tokiu būdu galima atlikti elektrokardiogramą, pamatuoti kraujospūdį, kūno temperatūrą, gliukozės kiekį kraujyje, hemoglobino įsotinimą deguonimi bei kitus rodiklius.

Be to, nuo 2012 m. Centro poliklinikoje pradėjo veikti vaiko raidos elektroninė sveikatos istorijos sistema, kurioje tvarkomi minėtais metais bei vėliau gimusių vaikų duomenys. Joje prisijungę tėvai gali peržiūrėti savo vaiko sveikatos istoriją, skiepų kalendorių bei užregistruoti jį apsilankymui pas gydytoją. Taip pat su visa šia informacija patogiu būdu gali susipažinti gydytojai.

Sveikatos apsaugos ministerijai 2015 m. pabaigoje užbaigus e. recepto sukūrimo projektą, Centro poliklinika viena pirmųjų pritaikė šią naują įstaigos darbe. Tai turi didelės reikšmės, nes tiek paciento namuose, tiek vizitų pas gydytojus, metu dokumentų pildymas bei receptų išrašymas užima daug laiko. 2016 m. birželio mėn. duomenimis, Vilniaus Centro poliklinika per mėnesį išrašė daugiau kaip 3 tūkst. elektroninių receptų – tai sudarė apie du trečdalius tokių receptų, išrašomų visoje Lietuvoje.

10.2.3. Pastatų renovacija

Šioje srityje išsiskyrė LSMUL Kauno klinikų pagal „Viešosios paskirties pastatų renovavimo projektų, atitinkančių Lietuvos 2004–2006 m. Bendrojo programavimo dokumento 1.2 priemonės [...] vertinimo kriterijus“ priemonę vykdyta „[...] onkologijos ligoninės pastatų renovacija, siekiant padidinti energijos vartojimo efektyvumą“. Projekto metu buvo renovuoti 8 pastatai bei sutaupyta 3,76 GWh energijos. Rodiklio bei projektui skirtų lėšų santykis yra vienas mažiausių iš visų renovacijos iniciatyvų. Kauno klinikoms iš viso skirta beveik 1,16 mln. Eur, kurių 85 proc. sudarė ES struktūrinių fondų parama.

Projekto aprašyme pabrėžiama, jog iki renovacijos Onkologijos ligoninės pastatų būklė neatitiko STR keliamų reikalavimų. Palatose bei kabinetuose, ypač žiemos sezono metu, buvo šalta ir drėgna, buvo nesilaikoma higienos normų. Dėl to skųsdavosi ne tik pacientai, bet nukentėdavo ir gydytojų darbo kokybė. Svarbiausia, buvo būtina sumažinti pastatų eksploatacijos išlaidas – to siekta didinant energijos vartojimo efektyvumą.

Atnaujintuose pastatuose pakeisti langai, durys, apšiltintos sienos, stogas, renovuoti šilumos punktai, vėdinimo sistema. Įgyvendinus projektą, energetika iš tiesų tapo efektyvesnė – tai patvirtina ir vienas didžiausių sutaupytos energijos kiekių iš visų sveikatos priežiūros įstaigų. Dar vienas teigiamas pokytis, jog buvo sumažinta oro tarša.

²³¹ Masionytė A. „Poliklinikoje – saugos paslaptys internetu“, Lietuvos žinios, 2014 m. 02 mėn., <<http://lzinios.lt/lzinios/print.php?idas=173765>>.

Svarbiausia, jog šio projekto dėka pagerėjo Kauno klinikų onkologijos ligoninėje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė (saugumo atžvilgiu). Tai lėmė patogesnė aplinka pacientams ir dėl sumažėjusio energijos suvartojimo sutaupytos lėšos, kurias galima investuoti į pačias paslaugas.

Šis pavyzdys išskirtinai svarbus ir dėl to, kad Onkologijos ligoninė tiesiogiai prisideda prie vieno strateginių rodiklių – darbingo amžiaus asmenų mirtingumo nuo piktybinių navikų – gerinimo. Įstaigoje gydomi onkologinėmis ligomis sergantys ligoniai iš Kauno, Alytaus bei Marijampolės apskričių, kuriose gyvena trečdalis visos šalies žmonių. Taigi, potencialių pacientų skaičius yra reikšmingas šalies mastu.

10.2.4. Sveikatos apsaugos sistemos valdymo tobulinimas

Išskirti pavyzdinį šios srities projektą yra keblu, kadangi „Viešųjų politikų skatinimo“ priemonės rodikliai nepasižymi efektyvumu. Ankstesnėje ataskaitos dalyje nurodyta, jog koreliacija tarp projektų finansavimo bei vienintelio rodiklio – parengtų dokumentų paketų skaičiaus – neegzistuoja. Šiuo atveju, pasirinktas Higienos instituto vykdytas „Traumų ir nelaimingų atsitikimų stebėsenos sistemos sukūrimas“, turintis teigiamą poveikį sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumui bei vieno strateginių rodiklių mažėjimui. Tai – mirtingumas nuo traumų, apsinuodijimų ir kitų išorinių priežasčių.

Bendros sistemos sukūrimu buvo siekiama vykdyti efektyvią traumatizmo mažinimo politiką, nes iki tol įvairių institucijų duomenų bazių informacija apie traumas bei jų pasekmes buvo fragmentiška, dalis jos visai neregistruota. Be to, surinktus duomenis buvo sunku susisteminti, todėl nebuvo įmanoma efektyviai ieškoti problemų sprendimo bei dėti politikos prioritetų.

Sistemai pradėjus veikti 2015 m. rugsėjo 1 d., imti registruoti visuose šaltiniuose esantys įstaigoms reikalingi duomenys, apimantys visus traumų atvejus. Tai sudaro bendra informacija apie trauminį įvykį, jo priežastis bei aplinkybes, klinikinius parametrus, taikytą gydymą ir pasekmes (pvz., neįgalumą ar laikiną nedarbingumą). Remiantis traumų bei nelaimingų atsitikimų stebėsenos duomenimis bus galima planuoti ir vykdyti tinkamas traumatizmo prevencijos priemones bei net vertinti traumų sąlygotus ekonominius nuostolius valstybei. Sistemoje kaupiami duomenys bus kasmet analizuojami. Pagal tai ketinama teikti ataskaitas.

Kuriant šią sistemą, parengta ne tik teisinė bazė, bet sukurta ir viena Traumų patyrusio paciento registracijos forma, pildoma stacionariniams ir priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių ambulatoriniams ligoniams. Be to, su traumų bei nelaimingų atsitikimų statistika gali susipažinti ir paprastas vartotojas, nes projekto lėšomis buvo sukurtas universalus internetinis duomenų portalas, kuriame galima rasti informaciją ir apie kitas sveikatos problemas.

Šiuo metu Traumų bei nelaimingų atsitikimų stebėsenos sistema apdoroja duomenis, gautus iš Valstybinės ligonių kasos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos prie SADM, Valstybės socialinio draudimo fondo valdybos prie SADM bei Higienos instituto Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registro. Taip pat tikimasi artimiausiu metu įteisinti darbą su Greitosios medicinos pagalbos informacinių sistemų duomenimis.

Pagrindinis šio projekto privalumas yra tas, jog sukurta sistema palengvins bei pagreitins sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių pagalbą traumų bei nelaimingų atsitikimų atvejais, darbą. Dėl šios priežasties pacientams bus suteiktos geresnės paslaugos ir sumažės neigiamų traumų pasekmių tikimybė. Kaip jau minėta, svarbus šios sistemos vaidmuo nustatant tolesnes mirtingumo nuo išorinių priežasčių mažinimo gaires, analizuojant esamą šios srities situaciją bei užtikrinant sveikatos apsaugos sistemos reformos tęstinumą.

Apibendrinimas

Kokybinė analizė pagal skirtingas sritis parodė, jog dviejose iš jų, kurias apibūdinantys rodikliai yra informatyvūs, egzistuoja ryšys tarp projekto finansavimo bei jo pasiekiamų rezultatų. Kita vertus, buvo galima išskirti ne vieną projektą, pasiekusį daug geresnių rezultatų nei būtų galima tikėtis vidutiniškai.

Taip pat išnagrinėti du projektai, neišsiskiriantys kiekybiniais rezultatais, tačiau darantys poveikį strateginiams SSVP rodikliams.

Lietuvos kardiologų draugijos įgyvendintas projektas „Šiuolaikinės pradinės ir specializuotos kardiologinės pagalbos sistemos diegimas bei personalo įgūdžių lavinimas pagal naujausius medicinos standartus“ prisidėjo prie mirtingumo nuo kraujotakos ligų mažėjimo. Vilniaus Centro poliklinikos e. sveikatos sistema bei Higienos instituto sukurta Traumų ir nelaimingų atsitikimų stebėsenos sistema ilgainiui užtikrins sveikatos priežiūros reformos tęstinumą bei bendrą paslaugų kokybės ir prieinamumo augimą. Pastaroji, tikėtina, turės teigiamos įtakos mirtingumo nuo išorinių priežasčių statistikai. Kitas gerosios praktikos pavyzdys – projektas „Kauno medicinos universiteto onkologijos ligoninės pastatų renovacija, siekiant padidinti energijos vartojimo efektyvumą“, tikėtina, prisidėjo prie mirtingumo nuo piktybinių navikų mažėjimo.

Išvardinti projektai yra vieni geriausių pavyzdžių savo srityse. Panašių rezultatų pasiekti pavyko ir kitoms pagal tas pačias priemones paramą gavusioms sveikatos priežiūros įstaigoms, taigi, jei teigiama įtaka sveikatos apsaugos sektoriui yra pastebima atskirų projektų dėka, ji yra neabejotina dėl visų įstaigų indėlio.

11. Ataskaitos apibendrinimas

Ankstesniuose vertinimo skyriuose pateiktos detalios investicijų sričių, SSVP priemonių, siekiamų rodiklių analizės, apklausos bei interviu, padėję įvertinti 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos investicijų poveikį sveikatos apsaugos sektoriui. Šiame ataskaitos skyriuje pateikiamas vertinimo apibendrinimas, išskiriant gerosios praktikos pavyzdžius bei finansavimo laikotarpiu išmoktas pamokas.

11.1. Projektai, sukūrę didžiausią poveikį sveikatos apsaugos sektoriui

Atlikus finansavimo priemonių įgyvendinimo analizę, įvertinti atskirai priemonių aprašuose nurodyti tikslai bei jų sąsaja su sveikatos sektoriaus restruktūrizacijos siekiais. Kaip aprašyta 2 skyriuje, prieš ES struktūrinės paramos teikimo laikotarpį Lietuvos sveikatos sektorius susidūrė su keletu esminių problemų: per dideliu stacionarių paslaugų kiekiu, neefektyviai naudojamais išteklių, neišplėtotomis dienos stacionaro paslaugomis. Dėl šių priežasčių pradėta įgyvendinti sveikatos sektoriaus restruktūrizacijos reforma, orientuota į stacionarių ir ambulatorinių paslaugų santykio pokytį.

2007–2013 m. laikotarpiu, kuomet buvo įgyvendinti ES struktūrinės paramos lėšomis finansuojami projektai, sveikatos apsaugos sistemoje vykdyti antrasis ir trečiasis sveikatos apsaugos sektoriaus pertvarkų etapai, kurių metu orientuotasi į ligoninių tinklo optimizavimą, sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimą bei greitosios medicinos pagalbos pertvarką. Šios kryptys siejosi su ambulatorinių bei slaugos paslaugų plėtra, stacionaro optimizavimu. SSVP priede nurodytos 12 priemonių papildė vykdomą sveikatos reformą, kadangi daug išteklių buvo skiriama ambulatorinių paslaugų ir dienos stacionarų plėtrai. Visose priemonėse užsibrėžtas pagrindinis tikslas – pagerinti teikiamų paslaugų kokybę bei prieinamumą pacientams. Siekiant tikslesnio vertinimo, pagal atskiras priemones buvo išskirti antriniai rodikliai, padedantys nustatyti, kokį poveikį priemonė turėjo sveikatos apsaugos sistemos pokyčiams.

5 skyriuje įvertinti priemonių pasiekti rezultatai pagal išsikeltus tikslus. Gauti rezultatai parodė, kad didžiosios dalies rodiklių tikslai viršyti – planuota įgyvendinti 186 projektus, tačiau realiai įgyvendinti net 245 projektai. Be to, vertinant pacientų, kuriems pagerėjo paslaugų kokybė bei prieinamumas, skaičius, daroma išvada, kad šis rodiklis buvo viršytas 3,7 karto. Įvertinus kitus rodiklius, nustatyti teigiami pokyčiai:

- Didelis standartizuoto mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų bei traumų ir kitų išorinių priežasčių pokytis 2007–2014 m. – šie rodikliai atitinkamai sumažėjo 14, 33 ir 37 proc.;
- Tuo pačiu laikotarpiu 3 metais pailgėjusi vidutinė gyvenimo trukmė;
- Dienos stacionarų plėtra šalies mastu – 27 psichikos dienos stacionarai;
- 8 proc. ambulatorinių paslaugų plėtos augimas;
- 2006–2012 m. 7 proc. padidėjęs ankstyvoje stadijoje diagnozuotų piktybinių navikų atvejų skaičius.

Atsižvelgiant į teigiamus pokyčius bei vertinant išsikeltus ir pasiektus tikslus, išskiriami didžiausią teigiamą poveikį sveikatos apsaugos sektoriui turėję projektai respublikos, regiono bei rajono mastu.

1. LSMU ligoninės Kauno klinikų vykdytas „Vidurio ir vakarų Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo, modernizuojant ir optimizuojant sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą bei teikiamas paslaugas“ projektas. Atsižvelgiant į sėkmingą ankstesnio „Rytų ir pietryčių Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirštamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo modernizuojant ir optimizuojant sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą bei teikiamas paslaugas“ projekto įgyvendinimą, šis projektas yra laikomas tęstiniu. Jis buvo plačiausios apimties iš visų 2007–2013 m. laikotarpiu ES lėšomis finansuotų projektų; be to, tai buvo vienintelis skėtinis projektas, apėmęs sveikatos priežiūros įstaigas Vidurio ir Vakarų Lietuvoje. Atnaujinus esamas patalpas bei būtina naujausia įranga aprūpinus 34 ASPJ ir šeimos gydytojus, paslaugų kokybė pagerėjo konkrečiose įstaigose besilankantiems pacientams. Identifikuotas stiprus kardiologų suteikiamų paslaugų padidėjimas – per nagrinėjamą laikotarpį šis

skaičius išaugo beveik 2,4 karto. Pagerėjęs kardiologų teikiamų paslaugų skaičius rodo, jog projektas pateisino lūkesčius ir sukūrė teigiamą poveikį visos šalies mastu – itin gerėja teikiamų paslaugų prieinamumas pacientams, t. y., didesnė dalis pacientų gauna reikalingas bei kokybiškas paslaugas. Be to, nustatyta, kad per nagrinėjamą laikotarpį, lyginant su laikotarpiu iki paramos skyrimo, ėmė mažėti standartizuotas mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų.

2. Mažeikių psichikos sveikatos centro projektas „Psichikos dienos centro pastato Sedos g.29/Vilties g.12, Mažeikiuose, statyba“ vertinamas kaip turintis didžiausią teigiamą poveikį psichikos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimui regione. Prieš paramos teikimo laikotarpį psichikos dienos stacionaro Mažeikių regione nebuvo, todėl pacientams reikalingos paslaugos buvo sudėtingai pasiekiamos, jų nebuvo galima gauti arti namų. Naujojo centro įkūrimas teigiamai prisidėjo prie psichikos sveikatos paslaugų prieinamumo didinimo. Taip pat pastebima, kad per pirmus 2 įstaigos gyvavimo metus suteikiamų suaugusiųjų psichiatro dienos stacionaro paslaugų skaičius padidėjo 12 proc., o pacientų skaičius išaugo 9 proc. Be to, matomas ženklus stacionaro paslaugų skaičiaus mažėjimas – suaugusiųjų psichiatro stacionare teikiamų paslaugų skaičius augo iki 2008 m., nuo tada ėmė mažėti ir 2013 m. sumažėjo beveik 20 proc.; vaikų ir paauglių psichiatro stacionare didžiausias paslaugų kiekis fiksuotas 2010 m., o 2013 m. skaičius sumažėjo kiek daugiau nei 40 proc. Galų gale, išaugo priklausomybės ligų psichiatro teikiamų paslaugų kiekis – 11 proc. viršijo prieš ES finansavimo laikotarpį buvusį paslaugų kiekį.

Šio projekto įgyvendinimo metu itin pagerintas planuotas pacientų, kuriems pagerės paslaugų kokybė, rodiklis. Jis viršytas beveik 3,5 karto, taip išskirdamas šį projektą iš kitų pagal priemonę finansuotų projektų. Vertinant pagal skirtą finansavimą, šis projektas pasiekė geresnių rezultatų nei kiti (gavę didesnę paramą).

3. ES struktūrinė parama šioje investicijų srityje buvo skirta vienam projektui, kurį įgyvendino LSMU ligoninė Kauno klinikos – „Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų trečiojo (aukščiausio) lygio traumos ir skubios pagalbos centro plėtra“. Projekto metu įrengtas visiškai naujas traumų ir skubios pagalbos centras. Pastato statyba leido centralizuoti pacientams, patyrusiems traumas ar kitus sužalojimus, teikiamas skubios pagalbos paslaugas. Įkurtame pastate veikia pacientų stebėjimo palatos, operacinės, aprūpintos modernia įranga, diagnostikos ir procedūrų kabinetai. Siekiant įvertinti pasiekimų rezultatus, atsižvelgta į mirčių dėl šių priežasčių skaičiaus mažėjimą konkrečiose savivaldybėse. Ryškiausias pokytis pastebimas būtent Šiaulių rajono savivaldybėje, kurioje mirtingumas nuo traumų ir kitų išorinių priežasčių nagrinėjamuoju laikotarpiu sumažėjo 8,08 proc.

Apžvelgus gerosios praktikos pavyzdžius LR, regiono ir rajono mastu, nustatyta, kad ES struktūrinės paramos lėšomis buvo sukurtas teigiamas poveikis sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimui šalyje. Vykdytas vienas skėtinis projektas prisidėjo prie teigiamų pokyčių širdies ir kraujagyslių ligų srityje, be to, apėmė didžiąją Lietuvos teritorijos dalį, o tai lėmė projekto sėkmę respublikos mastu. Regiono mastu teigiamos įtakos turėjo psichikos sveikatos srityje vykdytas Mažeikių psichikos sveikatos centro projektas, kurį įgyvendinus suteikta palankesnė prieiga prie paslaugos mažesnėse savivaldybėse gyvenantiems pacientams. Didžiausias teigiamas poveikis rajono mastu pasiektas Šiaulių rajono savivaldybėje, kur itin sėkmingai įgyvendinti projektai, prisidėję prie traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių atvejų mažinimo.

Prie šių projektų sėkmingo įgyvendinimo prisidėjo tinkamai pasirinkta projekto apimtis – vykdytas jau minėtas skėtinis projektas, kurio dėka teigiamas poveikis sukurtas šalies mastu. Taip pat dėmesys sutelktas į mažesnius regionus, kur tam tikros paslaugos nebuvo lengvai prieinamos. Tokiuose regionuose sukuriant naujus centrus, šiuo atveju psichikos dienos stacionarus, prisidėta prie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo ir didesnio pacientų pasitenkinimo. Įsigijus naują medicininę įrangą bei atnaujinus sveikatos priežiūros įstaigų patalpas ar naudojamą transportą, pagerinta teikiamų paslaugų kokybė, o tai prisidėjo prie teigiamų rodiklių pokyčių sveikatos apsaugos sistemoje.

11.2. Gerosios ir blogosios praktikos pavyzdžiai

Įvertinus pagal priemones pasiektus rodiklius, identifikuoti projektai, pagal atskiras investicijų sritis pasiekę geriausius rezultatus.

I investicijų sritis „Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas“

Pagal šią investicijų sritį buvo įgyvendintas vienas projektas, vykdytas VšĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų. Projektas sujungė 34 ASPĮ, siekiant mažinti sergamumą ir mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų – mirtingumas nuo šių ligų per paramos gavimo laikotarpį sumažėjo, pokytis matomas visose amžiaus grupėse (žr. 26 pav.).

Projektas apėmė visus tris asmens sveikatos priežiūros paslaugų lygius. Universitetinės ligoninės – LSMU ligoninė Kauno klinikos, VU ligoninė Santariškių klinikos – aprūpintos naujausiomis technologijomis: angiografijos aparatais, magnetinio rezonanso aparatais, 320 pjūvių daugiasluoksnės kompiuterinės tomografijos aparatais, reanimacijos lovų komplektais, pozitronų emisijos tomografais ir kt. įranga. Kitos didžiųjų miestų ir rajonų (Alytaus, Anykščių, Biržų, Jonavos, Joniškio, Jurbarko, Kaišiadorių, Kelmės, Kėdainių, Klaipėdos, Lazdijų, Marijampolės, Mažeikių, Pakruojo, Panevėžio, Pasvalio, Plungės, Prienų, Radviliškio, Raseinių, Šakių, Šiaulių, Šilalės, Šilutės, Tauragės, Telšių, Ukmergės, Vilkaviškio, Vilniaus) ligoninės taip pat aprūpintos būtiniausia medicinine įranga ankstyvajai širdies ir kraujagyslių ligų diagnostikai, gydymui – veloergometrais, Holterio monitoriais, elektrokardiografais, echokardiografijos aparatais, pulsinio doplerio aparatais, reanimacinių lovų komplektais ir kt. įranga.

Penkiose didžiųjų miestų įstaigose – LSMU ligoninėje Kauno klinikose, VU ligoninėje Santariškių klinikose, Klaipėdos jūrininkų ligoninėje, Respublikinėje Šiaulių ligoninėje, Respublikinėje Panevėžio ligoninėje – įkurti širdies ir kraujagyslių centrai, kuriuose 24 valandas per parą suteikiama kardiologinė pagalba bei atliekamos sudėtingos širdies ir kraujagyslių ligų procedūros visiems Lietuvos gyventojams. LSMU ligoninėje Kauno klinikose taip pat įkurtas Radiologinės diagnostikos centras. Širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos tikslais pirminės ASPĮ šeimos gydytojai aprūpinti elektrokardiografais su kompiuterinio ryšio galimybe, leidžiančia elektrokardiogramą užrašyti, išsaugoti ir esant poreikiui persiųsti kitam konsultuojančiam kardiologui.

Šis projektas buvo antrasis tokio pobūdžio ir masto projektas, kada vienas projekto vykdytojas kuravo daugiau nei 30 kitų ASPĮ kaip projekto partnerių. Ankstesniais metais buvo vykdytas kitas Lietuvos geografinius regionus apimantis „Rytų ir pietryčių Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirštamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo modernizuojant ir optimizuojant sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą bei teikiamas paslaugas projektas“, kurio vykdytoja buvo VU ligoninė Santariškių klinikos.

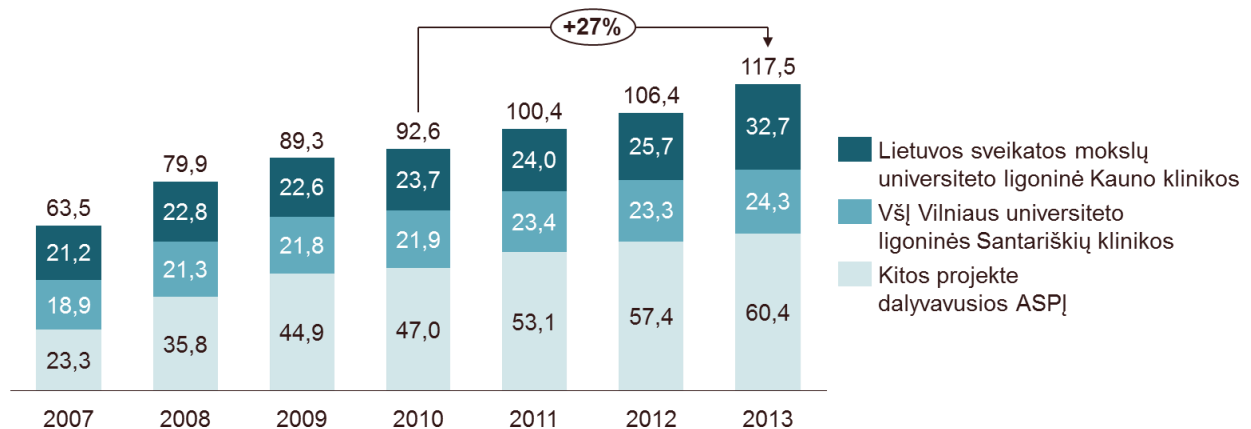
Apklausų metu surinkti duomenys rodo, kad projekto įgyvendinimas lėmė platesnį paslaugų suteikimo spektrą kardiologijos srityje – atliekama daugiau radiologinių, endoskopinių tyrimų, kardioechoskopijų. Be to, respondentų teigimu, padidėjo pacientų srautai, tai lėmė daugiau suteikiamų antro lygio specialistų konsultacijų, didesnei daliai pacientų suteikiamos sveikatos priežiūros paslaugos dėl infarkto ir kitų ūmių širdies negalavimų. Įsigyta nauja įranga prisidėjo prie radiologijos, echoskopijos paslaugų kokybės (veiksmingumo aspektu) didėjimo.

Anksčiau minimus faktus sustiprina ir VLK pateikiami duomenys dėl kardiologų suteiktų konsultacijų²³² ASPĮ, dalyvavusiose projekte „Vidurio ir vakarų Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirtingumo nuo širdies

²³² Į pateikiamus duomenis patenka: 1. Kardiologo (kai atliekama širdies echoskopija ir (ar) veloergometrija, ir (ar) perstemplinis elektrofiziologinis ištyrimas (stimuliacija), ir (ar) EKG Holter kompiuterinė analizė, ir (ar) paros arterinio kraujospūdžio stebėseną, ir (ar) kraujagyslių standumo tyrimas, ir (ar) kaklo kraujagyslių ultragarsinis tyrimas), (paslaugos kodas 2705); 2. Kardiologo (kai atliekama širdies echoskopija ir (ar) veloergometrija, ir (ar) perstemplinis elektrofiziologinis ištyrimas (stimuliacija), ir (ar) EKG Holter kompiuterinė analizė, ir (ar) paros arterinio kraujospūdžio stebėseną, ir (ar) kraujagyslių standumo tyrimas, ir (ar) kaklo kraujagyslių ultragarsinis tyrimas) (paslaugos kodas 2752); 3. Kardiologo paslaugos (konsultacijos) (paslaugos kodas 1685).

ir kraujagyslių ligų mažinimas, modernizuojant ir optimizuojant sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą bei teikiamas paslaugas“ (žr. 65 pav.). Duomenys rodo, kad nuo 2010 metų, kai buvo pasirašyta finansavimo ir administravimo sutartis, kardiologų teikiamų paslaugų apimtys išaugo 27 proc. Be to, 6 ASPĮ pradėjo teikti kardiologo konsultacijas dėl šio projekto įgyvendinimo (nauja paslauga buvo įdiegta Prienų, Šilalės rajono, Plungės rajono, Joniškio, Radviliškio ir Vilkaviškio ligoninėse). Šiose įstaigose per analizuojamą laikotarpį suteikta per 2,6 tūkst. kardiologo konsultacijų.

65 pav. Kardiologo suteiktų konsultacijų apimtys ASPĮ, dalyvavusiose „Vidurio ir vakarų Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo, modernizuojant ir optimizuojant sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą bei teikiamas paslaugas“ projekte



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Valstybinės ligonių kasos prie SAM statistika

Vertinant rodiklius (analizė pateikta 5 ataskaitos skyriuje), didelei daliai pacientų padidėjo teikiamų paslaugų kokybė bei prieinamumas, taip pat pagerėjo kardiologinis ištyrimas.

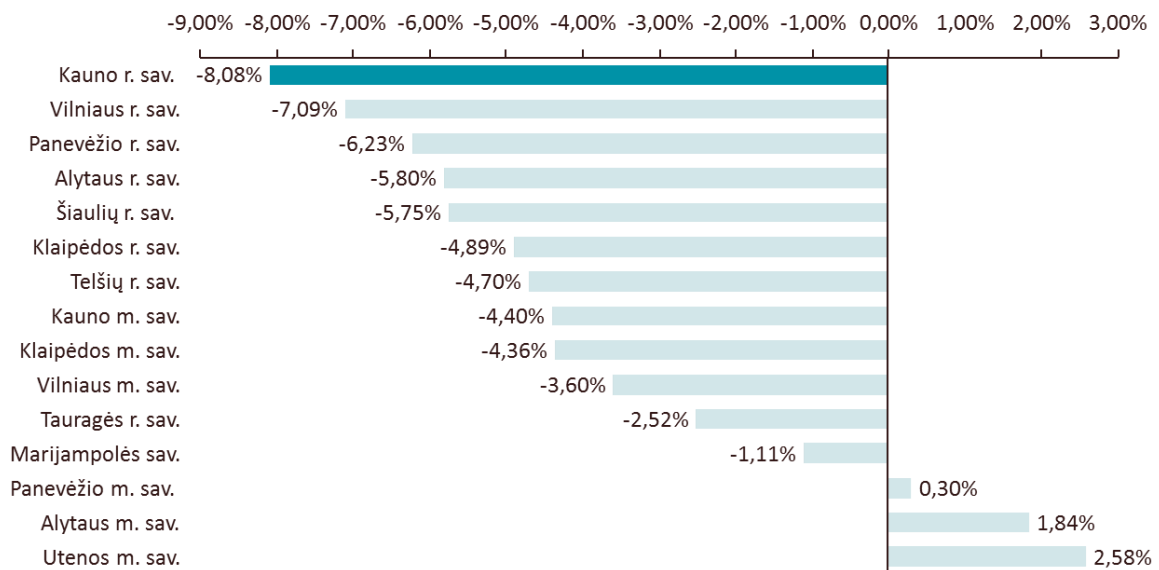
II investicijų sritis „Mirtingumo ir neįgalumo dėl traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių mažinimas“

Šios srities projektai vertinami atsižvelgiant į sumažėjusį mirtingumo nuo traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių rodiklį regionuose, kuriems pagal šią investicijų sritį buvo suteiktas finansavimas ir lyginamas traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių atvejų skaičiaus vidutinis metinis procentinis pokytis²³³. Nagrinėjant mirčių statistiką 2009–2015 m. laikotarpiu (kadangi didžioji dalis projektų finansavimo sutarčių buvo pasirašyta 2009 metais²³⁴), pastebėta, kad didžiausias vidutinis pokytis minėtuoju laikotarpiu fiksuojamas Kauno r. savivaldybėje – vidutinis pokytis nagrinėjamoju laikotarpiu šioje savivaldybėje siekė 8,08 proc.

²³³ Remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro statistine informacija, skaičiuojamas metinis procentinis pokytis 2009–2015 metais, tada apskaičiuojamas vidutinis rodiklio pokytis. Lyginamos tik savivaldybės, gavusios paramą pagal minėtą priemonę.

²³⁴ Remiantis esparama.lt pateikiama informacija.

66 pav. Mirčių atvejų dėl traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių vidutinis metinis sumažėjimas 2009–2015 metų laikotarpiu savivaldybėse, kuriose veikiančios ASPJ gavo finansavimą pagal 2 investicijų srities priemones



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro statistine informacija

ES struktūrinė parama Kauno regione buvo skirta projektui, kurį įgyvendino LSMU ligoninė Kauno klinikos – „Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų trečiojo (aukščiausiojo) lygio traumos ir skubios pagalbos centro plėtra“. Projekto metu įrengtas naujas traumų ir skubios pagalbos centras. Pastato statyba leido centralizuoti pacientams, patyrusiems traumas ar kitus sužalojimus, teikiamas skubios pagalbos paslaugas. Įkurtame pastate veikia pacientų stebėjimo palatos, operacinės, aprūpintos modernia įranga, diagnostikos ir procedūrų kabinetai. Prie projekto įgyvendinimo prisidėjo ir pagal kitą priemonę finansuoto Sveikatos apsaugos ministerijos projekto vykdytos veiklos – atnaujintas greitosios medicinos pagalbos automobilių parkas, todėl pagerėjo atvykimo ir paslaugos suteikimo sąlygos ir Kauno r. esantiems pacientams. Remiantis LSMU ligoninės Kauno klinikų projekto rengimo duomenimis, naujajame Traumų ir skubios pagalbos centre kasmet turėtų būti aptarnaujami daugiau nei 37 tūkst. pacientų, todėl 15 tūkst. kv. m. ploto pastatas su modernia įranga (rentgeno, ultragarso, endoskopijos, kompiuterinės tomografijos aparatais), trimis reanimacijos salėmis, atskiromis vaikų ir suaugusiųjų zonomis, yra būtinas ir reikalingas suteikiant tinkamą pagalbą visiems atvykusiems pacientams. Be to, remiantis anksčiau atlikta atvejo analize (žr. 41 pav. / 3.4 skyrių) laukimo patekti pas gydytoją traumatologą laikas LSMU ligoninėje Kauno klinikose sutrumpėjo 6 dienomis.

Efektivumas vertintas pagal tai, jog 2009–2015 m. laikotarpiu mirtingumas nuo traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių šiame regione mažėjo vidutiniškai 8,08 proc., tai daugiau nei kituose paramą gavusiuose regionuose. Projektas prisidėjo prie gerėjančių rodiklių savivaldybėje (priežastinio ryšio egzistavimas grindžiamas 3.1 skyriuje analizuojamais intervencijų logikos modeliais). Šioje savivaldybėje buvo stebimas didžiausias mirties atvejų traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių atvejų skaičiaus vidutinis metinis procentinis pokytis – tai leidžia projektą priskirti prie gerosios praktikos pavyzdžių.

III investicijų sritis „Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimas“

Šioje srityje ES struktūrinė parama buvo suteikta pagal 5 priemones. Jomis finansuotos skirtingos veiklos, t. y., skirtingos krypties psichikos sveikatos centrų įkūrimas, siekiant suteikti pagalbą kuo platesnei visuomenės daliai. Įvertinę atitiktį pagrindiniams tikslams – užtikrinti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas, taip pat didelius pacientų srautus, – kaip gerosios praktikos pavyzdį ekspertai išskiria konkrečią priemonę – psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimą. Kitų priemonių įgyvendinimas (krizių

intervencijos centrai ir krizių centrai vaikui ir šeimai) buvo labiau orientuotas į stacionarines paslaugas, be to, centrai įkurti tik didžiuosiuose šalies miestuose.

Psichikos dienos stacionarai tapo paklausūs tarp pacientų, kadangi jiems nebereikia keliauti į geografiškai nutolusius regionus (regionų centrus), norint gauti sveikatos priežiūros paslaugą, taip pat nereikia pasilikti sveikatos priežiūros įstaigoje ilgą laiką, galima kasdien grįžti namo. Įgyvendinus psichikos dienos stacionarų įkūrimo projektus, išplėsta psichikos sveikatos priežiūros paslaugų pasiūla visuose Lietuvos miestuose, pacientams sukurtos priimtinesnės ir palankesnės sąlygos kreiptis į specialistus arčiau namų be būtinybės stacionare praleisti ilgą laiką. Dienos stacionarai padeda pacientams, turintiems psichikos sutrikimų, geriau prisitaikyti prie aplinkos, integruotis į visuomenę, neprarasti bendravimo įgūdžių. Visi dienos centrai buvo įkurti ne vienu metu, bet paeiliui; tai galimai prisidėjo ir prie jų sėkmingo įsilyjimo į sveikatos priežiūros sektorių. Apklausų metu respondentai teigė, kad didžiausias poveikis juntamas dėl galimybės teikti paslaugas pacientui, neatitraukiant jo nuo įprastos veiklos ir nesukeliant didelių nepatogumų.

Iš visų 27 įgyvendintų projektų kaip sėkmingiausius projektus ekspertai įvardija Mažeikių psichikos sveikatos centro bei Šiaulių Centro poliklinikos psichikos dienos stacionarus. Anksčiau tokie stacionarai buvo įkurti tik prie kelių didžiųjų miestų ligoninių, todėl jų išplėtimas į mažesnius regionus lėmė itin didelį efektyvumą. Šiuose įkurtuose centruose pradėta teikti nauja trumpalaikės ir ilgalaikės ambulatorinės psichosocialinės reabilitacijos paslauga, skirta individualiems paciento poreikiams. Jos metu dirba komanda, sudaryta iš kelių psichikos sveikatos specialistų, taip užtikrinant efektyviausią pagalbą pacientui.

Mažeikių psichikos sveikatos centro psichikos dienos stacionare per pirmuosius gyvavimo metus suteiktos 3 246 suaugusiųjų psichiatro paslaugos²³⁵, o 2013 m. šis skaičius išaugo iki 3 650 paslaugų per metus. Taip pat centre didėjo ir pacientų skaičius – per metus jis išaugo nuo 122 iki 133 pacientų.

Šiaulių Centro poliklinikos psichikos dienos stacionaras pradėjo veikti tik 2013 m., tačiau per metus jame suteikta 1 290 suaugusiųjų psichiatro paslaugų 49 pacientams. Be to, centras išsiskiria tuo, kad vienintelis iš visų psichikos dienos stacionarų Lietuvoje teikia multisensorinės terapijos paslaugą.

Geriausios praktikos pavyzdžiais laikomi mažesniuose regionuose įkurti nauji psichikos dienos stacionarai, užtikrinantys prieinamesnes ir kokybiškesnes paslaugas pacientams.

IV investicijų sritis „Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas“

Šioje investicijų srityje parama buvo suteikta 8 sveikatos priežiūros įstaigoms, įsikūrusioms didžiuosiuose miestuose. Siekiant išskirti gerosios praktikos pavyzdžius pagal pasiektus rodiklius šioje investicijų srityje, buvo remiamasi interviu²³⁶ metu gautais duomenimis. Nacionalinio vėžio instituto atlikto tyrimo²³⁷ duomenimis, po „Ankstyvos onkologinių susirgimų diagnostikos gerinimas ir visavertio gydymo užtikrinimas Vilniaus universiteto Onkologijos institute“ projekto, kuriam skirtas finansavimas siekė 9,8 mln. Eur, įgyvendinimo matomas stiprus klinikinių rodiklių pagerėjimas.

Projekto įgyvendinimo metu buvo įsigyta nauja medicininė diagnostinė įranga: linijinis greitintuvas, kompiuterinis tomografas, angiografas. Nauja įranga leido pagerinti teikiamų paslaugų kokybę ir patenkinti pagrindinius pacientų poreikius. Įgyvendinus projektą, įstaigoje diagnozės nustatymo laikas sutrumpėjo 2 dienomis, t. y., esant neaiškumui, iškart naudojamas naujas aparatas, leidžiantis tiksliai nustatyti naviko lokaciją ir paplitimą. Taip pat pastebimas sutrumpėjęs gulėjimo stacionare dėl piktybinių navikų laikas – jis sumažėjo 0,3 dienos iki 8,9 dienos.

²³⁵ SVEIDRA, sveikatos priežiūros įstaigų duomenys, 2016 m. liepa.

²³⁶ Nacionalinio vėžio instituto direktoriaus pavaduotoja strategijoms ir plėtrai, interviu, 2016 m. liepos 12 d.

²³⁷ „Tyrimas apie onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo efektyvumą dėka ES paramos“, Nacionalinis vėžio institutas, Vilnius, 2013 m. balandis.

Naujai įsigyta įranga leido pagerinti ir kitus rodiklius – pastebimas operacijų laiko sutrumpėjimas – nuo 150 min. iki 118 min. Šis rodiklis rodo, kad su naujai įsigyta įranga operacijas galima atlikti greičiau. Sutrumpėjęs operacijos laikas lemia geresnę prieigą pacientams, sutrumpėjęs operacijų laukimo laiką.

2009 m. Nacionaliniame vėžio institute taip pat pradėta teikti ambulatorinės reabilitacijos paslauga, iki 2012 m. šios paslaugos kiekis išaugo kiek daugiau nei dvigubai – nuo 60 iki 134 apsilankymų. Tai rodo, kad paslaugos poreikis buvo didelis ir jos teikimas buvo reikalingas pacientams.

Galima apibendrinti, kad naujai įsigyta įranga prisidėjo prie klinikinių ir organizacinių rodiklių gerinimo. Itin pagerėjo ankstyvoje stadijoje diagnozuojamų onkologinių atvejų skaičius, 21,4 proc. sutrumpėjęs operacijos laikas lemia trumpesnį operacijos laukimo laiką, taigi ir pagerėjusį paslaugos prieinamumą.

V investicijų sritis „Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumas, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimas“

Ši investicijų sritis apėmė plačiausią sveikatos apsaugos sektoriaus sritį – visuomenės sveikatą. Gerosios praktikos pavyzdžius tikslinga išskirti remiantis numatytų antrinių stebėsenos rodiklių pasiektais rezultatais. Projektai vertinami pagal tai, kaip keitėsi suteiktų slaugos, palaikomojo gydymo, paliatyviosios pagalbos, dienos chirurgijos paslaugų skaičius; slaugos bei paliatyviosios pagalbos lovų skaičius; pacientų, kuriems atlikta laparoskopija, skaičius.

Įvertinus minėtų rodiklių pokyčius vertinama, jog geriausius rezultatus per nagrinėjamą laikotarpį pasiekė VU ligoninė Santariškių klinikos. Pagal šios investicijų srities priemones įstaiga įgyvendino 2 projektus – „Ambulatorinės reabilitacijos, palaikomojo gydymo ir slaugos ir dienos chirurgijos paslaugų plėtra Vaikų ligoninėje, VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filiale“ bei „VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų priėmimo skyriaus ambulatorinės reabilitacijos skyriaus patalpų rekonstrukcija ir įrengimas“. Įgyvendinus projektus, buvo praplėstas priėmimo-skubios pagalbos skyrius – įkurtos naujos apžiūros, diagnostikos, higieninės ir bendrosios paskirties, pacientų stebėjimo patalpos. Padidėjo tiek priėmimo-skubios pagalbos skyrius, tiek ambulatorinės reabilitacijos skyriaus patalpos.

Vis dėlto, projektų sėkmingumas vertinamas ne vien pagal įsigytos įrangos ar atnaujintų patalpų apimtį. ASPJ VU ligoninė Santariškių klinikos pasirinkta kaip gerosios praktikos pavyzdys dėl įstaigos pasiektų rodiklių. Nagrinėjamu laikotarpiu, Valstybinių ligonių kasų duomenimis, šioje įstaigoje kiek daugiau nei 5 kartus padidėjo suteikiamų dienos chirurgijos etapų skaičius, o kitose paramą gavusiose įstaigose didėjimas buvo ne toks greitas ir stiprus. Kitas svarbus rodiklis – laparoskopinių procedūrų kiekis bei pacientų, kuriems jos suteiktos, skaičius. Pagal šį rodiklį VU ligoninė Santariškių klinikos taip pat ganėtinai išsiskiria – lyginant 2012 m. ir 2013 m.²³⁸, suteikiamų paslaugų bei pacientų skaičius išaugo beveik dvigubai, o kitose paramą gavusiose įstaigose tokių paslaugų ir pacientų skaičius arba mažėjo, arba išliko visai nepakitęs. Suteikiamų ambulatorinės reabilitacijos paslaugų per nagrinėjamą laikotarpį šioje įstaigoje taip pat padidėjo – beveik 3 kartus. Lyginant su kitomis ASPJ, rodiklis šioje ASPJ didėjo labiau.

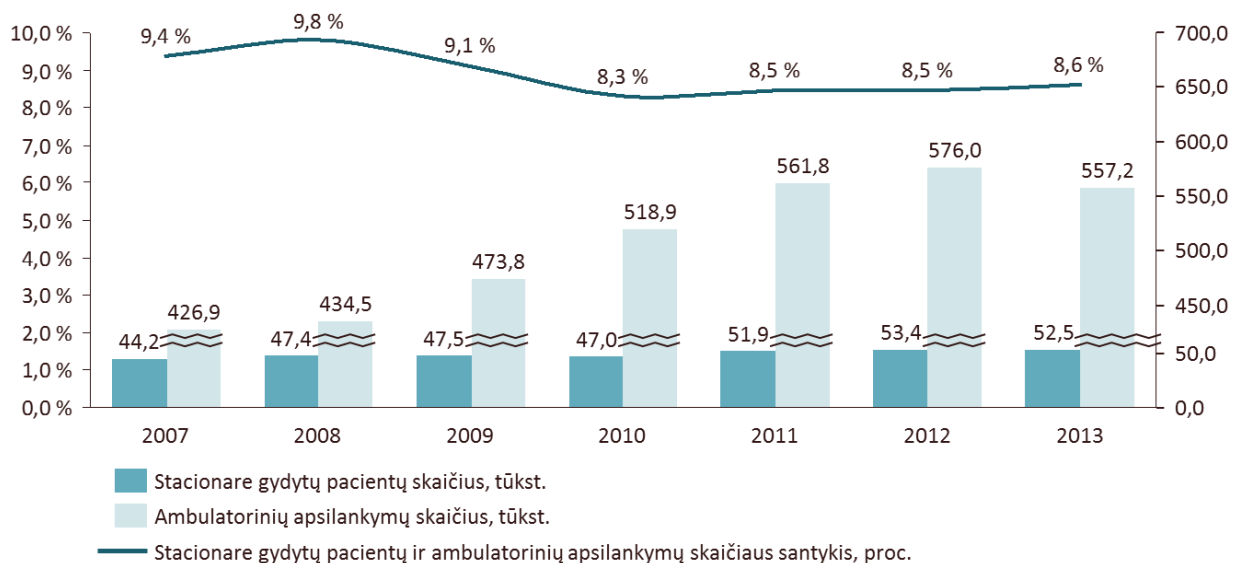
Įvertinus kiekybinius rodiklius, teigtina, kad VU ligoninė Santariškių klinikos pagerino planuotus antrinius rodiklius. Jų įgyvendinimas lėmė tolesnį sėkmingą ASPJ darbą ir prisidėjo prie gerėjančios paslaugų kokybės bei prieinamumo pacientams.

Vertinant projektą sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo ir sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo tikslų kontekste, augant ambulatorinių paslaugų apimtims, turėjo įvykti atitinkami stacionariųjų paslaugų apimtį pokyčiai. Remiantis Santariškių klinikų pateikiamais duomenimis²³⁹, stacionare gydytų pacientų skaičiaus santykis su ambulatorinių apsilankymų skaičiumi 2007–2013 metų periodu mažėjo, lyginant su ambulatorinių apsilankymų skaičiumi (žiūrėti 67 pav.).

²³⁸ Valstybinė ligonių kasa galėjo pateikti tik šių metų duomenis.

²³⁹ Santariškių klinikos, 2014 m. veiklos ataskaita, 2015 kovo 31 d., prieiga internete: <http://www.santa.lt/images/ataskaitos/2014ataskaita_EJ_internetui.pdf>.

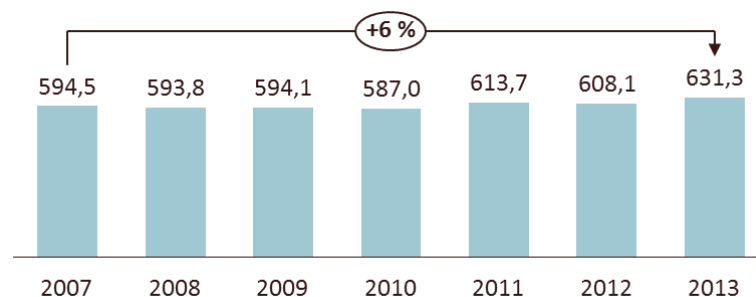
67 pav. Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų stacionare gydytų ligonių skaičius, ambulatorinių apsilankymų skaičius ir jų santykis



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų 2014 m. veikos ataskaita

Vertinamu laikotarpiu augo suteikiamų ambulatorinių paslaugų kiekis ir, atitinkamai, ambulatorinių apsilankymų skaičius (vidutiniškai augo 4,6 proc. per metus). Taip pat buvo pastebimas ir stacionare gydytų pacientų skaičiaus pokytis – rodiklis augo vidutiniškai 2,9 proc. per metus. Vertinant sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo ir sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo tikslų kontekste, būtų tikimasi šio rodiklio mažėjimo. Priešingai, nei tikėtasi, stacionare gydytų pacientų skaičiaus dinamika gali būti paaiškinama sergančių asmenų Vilniaus apskrityje skaičiumi – per analizuojamą laikotarpį šis rodiklis augo kasmet (išskyrus 2010 ir 2012 metus) ir 2013 metais siekė 631,3 tūkst. sergančiųjų arba 6 proc. daugiau nei 2007 metais (žiūrėti 68 pav.).

68 pav. Vilniaus apskrityje registruotų sergančių asmenų skaičius, tūkst.



Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro statistine informacija

Vertinama, kad šis projektas turi būti priskiriamas prie gerosios praktikos pavyzdžių, atsižvelgiant į tai, kad VUL Santariškių klinikos sugebėjo padidinti ambulatorinių paslaugų kiekį tiek vertinant absoliučia išraiška, tiek ir santykinai, lyginant su stacionariu gydymu (tai parodo 5 investicijų srities „Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumas, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimas“ tikslų siekimą). Be to,

šie rezultatai buvo pasiekti didėjant sergančių asmenų skaičiui (taigi, ir didėjant ASPĮ stacionaro apkrovoms).

Išanalizavus apklausų duomenis, nustatyta, kad didžioji dalis (80,6 proc. visų respondentų²⁴⁰) ASPĮ, įgyvendindamos projektus, siekė pagerinti įstaigos klinikius (tokius, kaip diagnozių nesutapimai, komplikacijų skaičius, diagnozės nustatymas laiku, teikiamų paslaugų spektras ir kt.) bei organizacinius rodiklius (tokius, kaip laukimo laikas nuo registracijos iki paslaugos suteikimo, gydytojų apkrautumas ir kt.). Identifikavus gerosios praktikos pavyzdžius, matoma, kad didžioji dalis paramą gavusių ASPĮ pagerino klinikius rodiklius. Gerėjantys atskirų įstaigų rodikliai taip pat prisidėjo ir prie bendrų rodiklių gerėjimo šalies mastu. Didžioji dalis projektus įgyvendinusių įstaigų buvo aprūpintos reikalingiausia medicinine ir diagnostine įranga, renovavo ir rekonstravo patalpas – tai prisidėjo ir prie organizacinių įstaigų rodiklių gerinimo, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės didinimo bei prieinamumo pacientams.

11.2.1. Projektų poveikio masto priežastys

Vertinimo metu atliktos rodiklių analizės priemonių bei projektų lygmeniu. Pagrindiniu siektinu rodikliu kiekvienoje priemonėje nurodytas pacientų, kuriems pagerėjo paslaugų kokybė ir prieinamumas, skaičius. Vertinant jau minėtus gerosios praktikos pavyzdžius, daugiau dėmesio skirta antrinių rodiklių pokyčiams, pagal kuriuos tikslingiau įvertintas projektų rezultatyvumas.

Atliktos analizės parodė keletą projektų sukuriamo poveikio ir efektyvumo priežasčių:

- Finansavimo nukreipimas tikslinga linkme labiausiai probleminėms sritims;
- ES lėšomis finansuojamų projektų bei Valstybės biudžeto lėšomis finansuojamų projektų tikslų suderinamumas;
- Tinkamų stebėsenos ir vertinimo rodiklių pasirinkimas;
- Lygiagrečiai vykdomi kitų ministerijų ar įstaigų administruojami projektai, prevencinės programos ar kitos akcijos, papildančios sveikatos sektoriuje finansuojamų projektų įgyvendinimą ir tęstinumą;
- Orientavimasis į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimą mažesniuose miestuose;
- Socialinės-ekonominės aplinkybės, kurios sunkiai kontroliuojamos – gyventojų skaičiaus mažėjimas bei visuomenės senėjimas, ekonominės krizės. Šios priežastys turi įtakos rodiklių pokyčiams (žr. 5.2 skyrių), kuriuos veikia finansuojami projektai;
- Išankstinis planavimas prisideda prie projektų efektyvumo, todėl tikslingas jo vykdymas užtikrina geresnį rezultatyvumą bei tęstinumą.

Anksčiau išskirti gerosios praktikos pavyzdžiai buvo efektyviai įgyvendinti projektai skirtingais lygmenimis. Vertinant pagal pasiektus pirminių bei antrinių rodiklių rezultatus, minėtieji projektai labiausiai prisidėjo prie didesnio poveikio ir efektyvumo. Juos įgyvendinant, išvengta didelių nesklandumų ir neigiamą poveikį turinčių veiksnių.

Vertinant iškeltus ir pasiektus tikslus, pastebima, kad keletas projektų galėjo būti įgyvendinti efektyviau. Prie tokių praktikų priskiriamas VšĮ Ariogalos pirminės sveikatos priežiūros centro projektas „Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra VšĮ Ariogalos pirminio sveikatos priežiūros centre“ bei VšĮ Rietavo pirminės sveikatos priežiūros centro projektas „Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų kokybės gerinimas Rietavo savivaldybėje“, kadangi nagrinėjamoju laikotarpiu palaikomojo ir slaugos gydymo lovdienių skaičius įstaigose sumažėjo 35–37 proc., nors kituose centruose šis skaičius augo.

Be to, efektyviau galėjo būti įgyvendinti Krizių intervencijos centrų kūrimo projektai, kadangi dviejose įstaigose nepasiektas planuotas pacientų skaičiaus rodiklis. Vis dėlto, pažymėtina, jog bendras priemonės rodiklis buvo pasiektas, todėl tikėtina, kad atskirų įstaigų tikslai bus įgyvendinti praėjus šiek tiek daugiau laiko nuo projekto įgyvendinimo pabaigos.

²⁴⁰ Paramą gavusių įstaigų atstovų apklausa, internetinė apklausa, 2016 m. liepa.

Apibendrinus atliktas analizes, daroma išvada, kad prie projektų sukuriama poveikio masto prisideda nemažai planavimo, socialinių-ekonominių, stebėsenos priežasčių. Kita vertus, didžioji dalis įgyvendintų projektų viršijo numatytus rodiklius, o tai rodo, kad išvengta esminių neigiamą poveikį projektams galinčių turėti priežasčių. Nors neišvengta nelabai efektyvių projektų, tačiau bendras sukurto rezultato poveikis yra vertinamas teigiamai.

11.3. Svarbiausios SSVP II prioriteto I uždavinio lėšomis finansuotų priemonių ir projektų pamokos

Įgyvendinus 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos lėšomis finansuotus projektus, matomas itin teigiamas pokytis sveikatos apsaugos sektoriuje. Atlikus vertinimo analizes, išskirtos pagrindinės pamokos, kurias suteikė nagrinėjamas finansavimo periodas.

1. **Optimalus finansavimo paskirstymas.** Nagrinėjamo periodo finansavimas buvo tikslingai paskirstytas pagal labiausiai problemines Lietuvos sveikatos sektoriaus sritis. Atliktos analizės rodo, kad buvo tinkamai nustatyti svarbiausi sveikatos sektoriaus rodiklių netolygumai tarp Lietuvos bei ES, pagrindinės mirties priežastys. Remiantis šiomis priežastimis, finansavimas skiriamas tikslinėms sritims, kuriose labiausiai reikalingi teigiami pokyčiai. Finansavimo optimalumą patvirtina itin pagerėję pagrindiniai sveikatos sektoriaus rodikliai, pasiekti ar net viršyti SSVP numatyti rodiklių tikslai, taip pat priemonėse numatyti tikslai, įgyvendinant projektus ir gerinant paslaugų kokybę bei prieinamumą pacientams.
2. **Tikslinga stebėsenos rodiklių sistema.** Vertinant 2007–2013 m. finansavimo laikotarpiu pasiektus rezultatus, remiantis anksčiau atliktais vertinimais²⁴¹, pastebėta, kad pagrindiniai Veiksmų programoje numatyti stebėsenos rodikliai nepakankamai leidžia įvertinti pasiektą rezultatą. Dėl to galutiniam vertinimui prireikė papildomų antrinių rodiklių, padedančių tiksliau įvertinti priemonių bei projektų rezultatyvumą, efektyvumą bei tinkamumą. Antriniai rodikliai buvo orientuoti į labiau apčiuopiamus rezultatus, be to, parinkti pagal konkrečios priemonės sritį, todėl juos išanalizavus aiškiau matomas priemonių ir projektų rezultatyvumas. Tikslingai apibrėžti rodikliai užtikrina teisingą galutinį vertinimo rezultatą.
3. **Projektų kompleksiskumas leidžia pasiekti geresnius rodiklius bei užtikrina tęstinumą.** Kai dalis priemonių yra investuojama į infrastruktūrą (įrangos, patalpų atnaujinimą), dalis turi būti skirta kitoms investicijoms – žmogiškųjų išteklių kvalifikacijos tobulinimui, kapitaliniam remontui, teisinių reglamentų ir kitų dokumentų rengimui. Lygiagrečiai finansuojamos kitos programos prisideda prie sukuriama teigiamo poveikio, taip atsitiko ir 2007–2013 m. finansavimo laikotarpiu. Kitų ūkio sektorių administruotos priemonės papildė SAM administruotų priemonių projektais pagerintą infrastruktūrą. 9 ir 10 skyriuose atliktos kitų ministerijų administruotų priemonių ir projektų efektyvumo analizės parodė, kad lygiagrečiai finansuojami projektai prisidėjo prie sukurto poveikio konkrečiose investicijų srityse. Visoms investicijų sritims teigiamos įtakos turėjo žmogiškųjų išteklių tobulinimo projektai, prisidėję prie gydytojų kompetencijos kėlimo, gebėjimų naudotis naujausia medicinine įranga tobulinimo. Taip pat visoms sritims teigiamą poveikį turėjo pastatų renovacijos projektai, nors nemaža dalis įstaigų reikalingas patalpas renovavo SAM administruotų priemonių finansavimo pagalba, dalis įstaigų visiškai atnaujino pastatus. Lygiagrečiai diegiama e. sveikatos sistema prisidėjo prie įstaigų bendradarbiavimo didinimo. Tuo atveju, jei pirmiau atliekamos investicijos į infrastruktūrą, o tik po kelerių metų investuojama į kvalifikacijos kėlimą (ar atvirkščiai), atsiranda atotrūkis tarp technologijų ir specialistų kvalifikacijos, todėl nepasiekiamas maksimalus rezultatas.

²⁴¹ UAB „Europos socialiniai, ekonominiai ir teisiniai projektai“, „Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų Sanglaudos skatinimo veiksmų programos priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimas“. 2011 m. spalio 11 d.

4. **Naujos paslaugos, kuriančios didesnę teigiamą poveikį visuomenei.** Įsigyjama įranga dažniausiai būna naujesnis senosios įrangos modelis ir tik leidžia moderniau teikti jau egzistuojančią paslaugą, o ne sukuria visiškai naują produktą. Naujai sukurtos paslaugos labiau prisideda prie sveikatos priežiūros paslaugų kokybės bei asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimo. Išanalizavus atliktus tyrimus, nustatyta, kad teigiamą poveikį pacientams sukūrė įsteigti psichikos dienos stacionarai, išsidėstę plačiu geografiniu mastu Lietuvoje (žr. 45 pav.). Ši naujai suteikiama paslauga leidžia pacientui gydymo įstaigoje jaustis kaip namuose, prisideda prie spartesnio jo gydymo proceso (žr. 5.2 skyrių). Taip pat tokios naujos paslaugos kaip pozitronų emisijos tomografijos aparato įsigijimas onkologijos srityje prisidėjo prie efektyvesnės ankstyvosios diagnostikos lokalizuojant piktybinius navikus (rezultatai rodo, kad diagnozuojama dvigubai daugiau piktybinių navikų ankstyvoje stadijoje nei anksčiau). Šios naujai sukurtos paslaugos suteikia galimybę pacientui gauti reikiamą pagalbą arčiau namų (artimiausiame mieste, savivaldybėje, neišvykstant iš šalies), be to, taip plečiamas kokybiškų ir modernių sveikatos priežiūros paslaugų spektras šalyje.

Kuriant naujas paslaugas, itin svarbu iš anksto planuoti ir tiksliai apibrėžti paslaugų teikimo specifiką, finansavimo pobūdį, lėšų šaltinį. Tinkamai įvykdytas išankstinis planavimas užtikrina mažesnę problemų kiekį projektų įgyvendinimo metu. Taip iš dalies atsitiko kuriant naujas paslaugas diferencijuotos kompleksinės pagalbos vaikui ir šeimai centruose bei krizių intervencijos centruose – planavimo procesas užsitęsė kiek ilgiau, nei planuota.

5. **Didelės apimties projektų efektyvus įgyvendinimas regioniniu lygmeniu.** Į Vidurio ir Vakarų Lietuvoje. Įgyvendinant tokio pobūdžio projektą, pastebėta, kad finansavimas skirstytas sistemingai ir struktūriškai, atsižvelgiant į paramą gaunančios įstaigos teikiamų paslaugų pobūdį bei pacientų srautą. Kompleksinis projektas, apimantis keletą savivaldybių vienu metu, prisideda prie didesnio sukuriama efekto (žr. 7.1.2 skyrių). Tokio pobūdžio projektai skatina didesnę bendradarbiavimą tarp sveikatos priežiūros įstaigų (diegiama telekardiologijos sistema). Be to, tokio pobūdžio projekto įgyvendinimas leidžia išvengti didelės dalies problemų, su kuriomis neretai susiduria projektus įgyvendinančios sveikatos priežiūros įstaigos, t. y., projektų rengimas, planavimas, su tuo susijusios dokumentacijos ruošimas bei tvarkymas, pirkimų vykdymai.
6. **Rengiant projektus būtina adekvati teisinė bazė.** Projektų planavimo etape būtina atsižvelgti į tai, ar projektuose numatomos naujos paslaugos atitinka egzistuojančią teisinę bazę. Jei ne, turi būti vertinama, ar lygiagrečiai su naujomis paslaugomis rengiamos atitinkamos metodikos, įsakymai, įstatymai. Siekiant didžiausio efektyvumo, pirmiausia turi būti užtikrinta tikslinga teisinė bazė, ir tik tuomet tvirtinami ir finansuojami projektai, kuriais numatomas naujų paslaugų sukūrimas. Priešingu atveju (kaip atsitiko kuriant mobiliųjų brigadų paslaugą krizių intervencijos centruose) pirmiau patvirtinus projektą bei skyrus jam finansavimą, kyla rizika, jog įsigyta įranga bus nenaudojama, o reikiamų metodikų, įsakymų ir kt. dokumentų patvirtinimas užims neadekvačiai ilgą laiką.

Išskirtos pagrindinės 2007–2013 m. laikotarpio pamokos rodo, kad ES struktūrinės paramos intervencijos buvo kryptingos ir prisidėjo prie gerėjančių rodiklių. Finansavimo laikotarpiu išmoktos pamokos turės teigiamas įtakos, įgyvendinant ES struktūrinėmis lėšomis finansuojamus projektus ateityje.

Išvados

Sveikatos apsaugos sistema Lietuvoje prieš vertinimo laikotarpį keitėsi – vykdyta sveikatos sistemos reforma pirmiausia buvo nukreipta į problemines sritis, kuriose Lietuvos **rodikliai** 2006 m. nesiekė ES vidurkio. Prasčiausi rezultatai identifikuoti, vertinant 0–64 m. amžiaus grupės standartizuotą mirtingumą nuo kraujotakos sistemos ligų, 0–64 m. amžiaus žmonių standartizuotą mirtingumą nuo piktybinių navikų bei standartizuotą mirtingumą dėl išorinių priežasčių. Prie šių rodiklių taip pat priskirtinas itin aukštas savižudybių skaičius, tenkantis 100 tūkst. gyventojų. Siekiant situacijos minėtose srityse pagerėjimo, buvo tobulinama sveikatos priežiūros paslaugų kokybė bei prieinamumas.

Nors Lietuvai ES vidurkio pasiekti dar nepavyko, pagerinti strateginio konteksto ir kitų netolygumų tarp Lietuvos ir ES rodiklių rezultatai rodo tai, kad ES struktūrinių fondų investicijos lygiagrečiai su sveikatos apsaugos sektoriaus restruktūrizavimo reforma vykdytos tinkama linkme. ES struktūrinių fondų intervencijos prie sveikatos priežiūros paslaugų tobulinimo prisidėjo finansuojant projektus, kurių dėka buvo modernizuota daugelio įstaigų infrastruktūra, kitų ūkio sektorių administruojamos priemonės prisidėjo prie išaugusios darbuotojų kvalifikacijos, didesnio masto pastatų renovacijos, elektroninių paslaugų plėtros. Be šios paramos didžioji dalis projektų būtų buvę neįgyvendinti arba įgyvendinti apie 15 proc.; tai patvirtina ir atliktų apklausų²⁴² bei interviu duomenys.

Taip pat svarbu, jog sveikatos apsaugos sektoriuje įvykę pokyčiai atitiko tikslinių grupių – probleminių sričių pacientų – poreikius. Pagrindiniai jų poreikiai susiję su konkrečių ligų profilaktika bei gydymu; ypatingą dėmesį pacientai skyrė gydytojo dėmesingumui, aplinkai, kurioje suteikiama sveikatos priežiūros paslauga, bei naudojamai įrangai, taip pat galimybei gauti paslaugą arčiau namų. Įgyvendinus ES struktūrinėmis lėšomis finansuotus projektus, atnaujinta sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra, platesniu geografiniu mastu suteikiamos paslaugos psichikos negalavimų ar elgesio sutrikimų turintiems pacientams. Sutvarkyta infrastruktūra prisidėjo prie palankesnių gydytojų darbo sąlygų, o tai lėmė ir didėjantį pacientų pasitenkinimą paslaugomis. Atlikti tyrimai rodo, kad pacientai labiau patenkinti šeimos gydytojų, greitosios medicinos pagalbos, slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugomis, o psichikos dienos stacionarų pacientai jaučiasi geriau integruojami į visuomenę bei greičiau sveikstantys.

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerėjimą patvirtina atlikta priemonių analizė, kurios pagrindinis rodiklis matuoja tai, kokiam žmonių skaičiui paslaugos tapo kokybiškesnės ir prieinamesnės. Didžioji dalis užsibrėžtų tikslų (pagerinti paslaugų kokybę ir prieinamumą tam tikram skaičiui pacientų) buvo pasiekti ar net viršyti, kas leidžia teigti, kad buvo sukurtas teigiamas poveikis. Savo priemonės tikslo nepasiekė kai kurios visuomenės psichikos sveikatos gerinimo priemonės, tačiau to priežastimi galima įvardyti didesnius orientacinius Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų priemonių rodiklius, nei numatyta bendrai projektus įgyvendinančių įstaigų sutartyse. Be to, beveik visi šių priemonių projektai atskirus tikslus viršijo. Panašius rezultatus rodo ir nacionalinių programų analizė. Didžioji dalis tikslų pagerinti paslaugų kokybę ir prieinamumą pacientams buvo įvykdyti ar viršyti tiek užtikrinant sveikatos sistemos reformos tęstinumą, tiek mažinant sergamumą bei mirtingumą nuo pagrindinių neinfekcinių ligų (modernizuota mažiau, nei planuota, įstaigų, tačiau įgyvendintų projektų bei pacientų, kuriems pagerėjo paslaugų kokybė ir prieinamumas, skaičius viršijo planuotą). Padidėjusi paslaugų kokybė bei prieinamumas įvertintas atskirose srityse, apskaičiuojant atitinkamų paslaugų, tenkančių vienam sergančiajam, kiekį bei mirčių dėl atitinkamos priežasties, tenkančių vienam sergančiajam, skaičių. Rezultatai rodo, kad kraujotakos sistemos ligų, psichikos sveikatos srityse, suteikiant daugiau paslaugų vienam sergančiajam, mažėja mirčių kiekis, tenkantis vienam sergančiajam. Širdies ir kraujagyslių ligų srityje 2009–2013 m. laikotarpiu paslaugų, tenkančių vienam sergančiajam, skaičius išaugo 26 proc., o mirčių skaičius vienam sergančiajam sumažėjo 21 proc.; psichiatrijos srityje

²⁴² Paramą gavusių sveikatos priežiūros įstaigų atstovų ir gydytojų apklausa, internetinė apklausa, 2016 m. liepos mėn.

vaikams ir paaugliams teikiamų paslaugų skaičius vienam sergančiajam išaugo 4,6 proc., o mirčių skaičius sumažėjo 16,7 proc.

Sveikatos sistemos reformos rezultatai geriausiai identifikuojami, nagrinėjant standartizuotų rodiklių, siejamų su SSVP išskirtomis probleminėmis sritimis (širdies ir kraujagyslių ligos, piktybiniai navikai, traumos ir kitos išorinės priežastys), tendencijas. Standartizuotas 0–64 m. amžiaus grupės mirtingumas 2001–2006 m. laikotarpiu didėjo tiek kraujotakos sistemos ligų srityje, tiek piktybinių navikų srityje. Standartizuotas mirtingumas nuo traumų minėtuju laikotarpiu taip pat didėjo, tačiau nuo 2007 m. visų šių rodiklių tendencijos iš esmės pasikeitė – jie ėmė mažėti. Prasidėjus ES paramos skyrimo laikotarpiui, sumenko tik standartizuoto savižudybių skaičiaus mažėjimo tendencija. To priežastimi įvardijamos socialinės priežastys (ekonominė situacija, patiriamas stresas, kt.), prisidedančios prie rodiklio svyravimų. Svarbiausia, jog nuo 2007 m. ėmė ilgėti prieš tai trumpėjusi vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė – intervencijų logikos schemose išskirtas siektinas projektų įgyvendinimo poveikis.

Apskaičiavus priemonių efektyvumo koeficientą, kuriuo vertinamas priemonių tikslų pasiekimo laipsnis, nustatyta, kad nukreipus ES investicijas į labiausiai problemines sritis sveikatos apsaugos sektoriuje, 2007–2013 m. laikotarpiu išsaugota daugiau nei 22 tūkst. gyvybių, o teigiama įtaka LR BVP siekia 248 mln. Eur. Be to, projektų efektyvumo vertinimo analizė parodė, kad 87,6 proc. visų projektų įgyvendinti efektyviai, o tai pagrindžia tinkamą intervencijų kryptį.

Siekiant išlaikyti gerėjančias rodiklių tendencijas ir ilgalaikėje perspektyvoje, buvo būtina užtikrinti pokyčių tęstinumą. Didžioji dalis įstaigų šiuo tikslu dar projektų planavimo etape numatė eksploatacines išlaidas bei reinvesticijas, reikalingas įsigytos įrangos ar atnaujintų patalpų funkcionalumui palaikyti. Įgyvendintų projektų tvarumui svarbus kompleksiškas – prie sektoriaus modernizavimo ir teikiamų paslaugų gerinimo prisideda ir kitų ūkio sektorių įgyvendinami projektai. Lygiagrečiai SAM administruotoms priemonėms vykdyti ir kitų ministerijų administruojamų priemonių projektai žmogiškųjų išteklių tobulinimo, pastatų renovacijos, elektroninės sveikatos sistemų bei sveikatos sistemos veiklos tobulinimo srityse. Šiose srityse įgyvendinti projektai lėmė dar efektyvesnę SAM administruojamų priemonių projektų sveikatos apsaugos srityje įgyvendinimą.

Pozityviems sveikatos priežiūros paslaugų kokybės pokyčiams įtakos taip pat turėjo kitų institucijų ES struktūrinių fondų lėšomis finansuoti projektai, skirti pagerinti sveikatos priežiūros veiksmingumą, rezultatyvumą: Lietuvos kardiologų vykdytas „Šiuolaikinės pradinės ir specializuotos kardiologinės pagalbos sistemos diegimas bei personalo įgūdžių lavinimas pagal naujausius medicinos standartus“, Vilniaus Centro poliklinikos e. sveikatos sistemos infrastruktūros sukūrimas, Kauno medicinos universiteto onkologijos ligoninės pastatų renovacija bei Higienos instituto sukurta Traumų ir nelaimingų atsitikimų stebėsenos sistema.

Pagrindinės šios ataskaitos išvados rodo, jog ES struktūrinių fondų lėšos buvo nukreiptos į labiausiai problemines, aktualiausias sveikatos priežiūros sektoriaus sritis. Kartu su lygiagrečiai vykdyta sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimo reforma, kitų LR ministerijų administruojamomis priemonėmis pasiekti norimi rezultatai – padidėjusi paslaugų kokybė didžiajai daliai pacientų, pailgėjusi vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė, sumažėję standartizuoto mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų, piktybinių navikų bei dėl traumų ir kitų išorinių priežasčių rodikliai. Be to, ES intervencijos prisidėjo prie daugiau nei 22 tūkst. gyvybių išsaugojimo 2007–2013 m. laikotarpiu.

Rekomendacijos

17 lentelė. Išvados ir rekomendacijos/strateginiai siūlymai

Eil. Nr.	Išvada	Rekomendacijos / strateginiai siūlymai	Nuoroda į ataskaitos tekstą	Atsakinga institucija	Įgyvendinimo terminas
1.	Teigiamiems 2007-2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksnių programoje numatytų strateginio konteksto ir nacionalinių programų rodiklių pokyčiams didelę įtaką turi ES struktūrinių fondų investicijų skyrimas tikslingai nustatytoms prioritetinėms sritims	<p>Strateginis siūlymas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Siekiant efektyvių pokyčių ir rezultatų sveikatos apsaugos sektoriuje, svarbu, remiantis išryškintomis pagrindinėmis sveikatos problemomis lemiančiomis priežastimis, pagrįstai nustatyti veiksningiausias ir tikslingiausias intervencijų kryptis, kurių įgyvendinimui būtų skiriamos ES struktūrinių fondų investicijos. 2007–2013 m. ES investicijų periodu finansavimo priemonių orientavimas į labiausiai problemines sveikatos apsaugos sritis laikytinas gerąja praktika, todėl ir 2014–2020 m. programavimo laikotarpiu itin svarbu daugiau dėmesio skirti prioritetinių kryptių identifikavimui ir jų tiksliniam finansavimui. 	3.1 skyrius	LR SAM	2016–2020 m.
2.	Efektyviam ES struktūrinės paramos poveikio vertinimui svarbu tikslinga finansavimo priemonių stebėsenos rodiklių sistema.	<p>Strateginis siūlymas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vertinant 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos poveikį, susidurta su SAM administruojamų Sanglaudos skatinimo veiksnių programos priemonių ir projektų įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos nepakankamumo problema. Numatytieji rodikliai – pacientų, kuriems pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas, skaičius, paramą gavusių ASPJ skaičius, įgyvendintų projektų skaičius – buvo nepakankami tinkamai įvertinti ES lėšomis sukuriama poveikį. Veiksnių programoje nurodytas stebėsenos rodiklių sąrašas buvo papildytas papildomais stebėsenos rodikliais, tačiau dalis duomenų 	6 skyriaus Apibendrinimas	LR SAM	2016–2020 m.

Eil. Nr.	Išvada	Rekomendacijos / strateginiai siūlymai	Nuoroda į ataskaitos tekstą	Atsakinga institucija	Įgyvendinimo terminas
		<p>vertinimo metu nebuvo prieinami ar buvo nepakankami.</p> <ul style="list-style-type: none"> priemonių efektyvumo, rezultatyvumo vertinimui nustatyti papildomus rodiklius, koreliuojančius ne tik su Veiksmų programomis, bet ir su nacionaliniais strateginiais dokumentais ir juose numatytais tikslais bei uždaviniais. Pastebima, jog vertinimo efektyvumui kliudo pavyzdinių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo rodiklių, standartizuotų sveikatos priežiūros įstaigų lygmens organizacinių bei klinikių rodiklių, trūkumas. 			
3.	Kompleksinis projektų įgyvendinimas sudaro prielaidas pasiekti geresnių rezultatų, taip sukuriant visapusiškai teigiamą poveikį visuomenei, bei užtikrina rezultatų tęstinumą.	<p>Strateginis siūlymas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 2007–2013 m. ES finansavimo laikotarpiu lėšos pagal LR Sveikatos apsaugos ministerijos finansavimo priemones buvo skiriamos infrastruktūrai tobulinti ir modernizuoti. Tuo tarpu dalis kitų ministerijų administravo priemones, kompleksiškai prisidedančias prie sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo, tačiau nebūtinai buvo tikslingai susietos su identifikuotomis sektoriaus problemomis. Siūloma derinti tarpinstitucinį bendradarbiavimą arba projektus planuoti taip, kad viename projekte būtų numatyta galimybė derinti ir įgyvendinti investicijas į infrastruktūrą, specialistų kvalifikacijos tobulinimo mokymus, paslaugų teikimo aprašų, diagnostinių ir gydymo protokolų, tinkamos teisinės bazės kūrimą bei tobulinimą. 	8.2, 9.5 skyriai	LR SAM	2016–2020 m.
4.	Kvalifikuotos darbo jėgos, sveikatos priežiūros specialistų trūkumas regionuose veikiančiose sveikatos priežiūros įstaigose turi neigiamos įtakos įgyvendinamų projektų sėkmei ir rezultatyvumui.	<p>Rekomendacija:</p> <ul style="list-style-type: none"> 2007–2013 m. ES finansavimo laikotarpiu dalis paramos buvo skiriama mažų regionų įstaigų infrastruktūros atnaujinimams, tačiau neskirta pakankamai lėšų dirbančių specialistų apmokymams. ES investicijų planavimo etape reikalinga atkreipti dėmesį į esamą žmogiškųjų išteklių situaciją – specialistų sutelktumo atskirtis didžiuosiuose bei mažuosiuose miestuose, kaimo vietovėse. Rekomenduojama prieš įgyvendinant projektus, numatyti atitinkamas intervencijas ar priemones specialistų pritraukimui į regionus, kur fiksuojamas sveikatos priežiūros specialistų trūkumas. 	5.2 skyrius	LR SAM	2016–2020 m.
5.	Naujų sveikatos	Rekomendacija:	8.1 skyrius	LR SAM	2016–2020 m.

Eil. Nr.	Išvada	Rekomendacijos / strateginiai siūlymai	Nuoroda į ataskaitos tekstą	Atsakinga institucija	Įgyvendinimo terminas
	<p>priežiūros paslaugų sukūrimas visuomenei sukuria didesnį teigiamą poveikį nei tik jau egzistuojančių paslaugų tobulinimas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sukuriamos naujos paslaugos turi didesnę teigiamą įtaką sveikatos rodiklių pagerėjimui ir pacientų pasitenkinimui, nei jau esamų paslaugų tobulinimas. Be to, naujų paslaugų sukūrimas dažniausiai suteikia šalies gyventojams, pacientams galimybes gauti specifines reikalingiausias paslaugas arčiau gyvenamosios vietos. Tai prisideda prie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo bei kokybės gyventojams gerinimo. Rekomenduojama sudarant valstybės finansuojamų projektų sąrašą ir planuojant investicijų skirstymą, sistemiskai įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų poreikius – atlikti galimybių studijas / vertinimus, leidžiančius nustatyti esamų paslaugų sukuriamą poveikį pacientams, identifikuoti naujų paslaugų paklausą bei poreikį. 			
6.	<p>Naujai sukurtų sveikatos priežiūros paslaugų visapusiškam funkcionavimui yra būtina sukurta teisinė bazė ir užtikrintas adekvatus finansavimas.</p>	<p>Strateginis siūlymas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos periodu sėkmingam ir veiksmingam tam tikrų naujų sveikatos priežiūros paslaugų diegimo procesui neigiamos įtakos turėjo nepakankamai užtikrintas sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas, užsitęsęs teisinių dokumentų, metodikų rengimo / tvirtinimo procedūros (kai kurios paslaugos iš viso nebuvo pradėtos teikti ar teikiamos ne pilna apimtimi). Siūloma planuojant projektus įvertinti paslaugų teikimą reglamentuojančius dokumentus, nustatyti, ar reikalinga parengti atitinkamus teisės aktus, reglamentuojančius naujų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą – nustatyti, ar esami dokumentai užtikrina teises galimybes ir adekvatų finansavimą, atitinkantį sukurtos paslaugos pobūdį. Taip pat atsižvelgti į atvejus, kai pagerėjus teikiamos paslaugos kokybei išauga jos teikimo kaštai, ir pritaikyti paslaugos pobūdį atitinkantį finansavimą. Siūloma sudaryti tikslus naujai sukurtų / patobulintų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo aprašus, numatančius paslaugos pobūdį, koncepciją, finansavimo sąlygas bei šaltinius. 	8.1 skyrius	LR SAM	2016–2020 m.

Eil. Nr.	Išvada	Rekomendacijos / strateginiai siūlymai	Nuoroda į ataskaitos tekstą	Atsakinga institucija	Įgyvendinimo terminas
7.	Didelės apimties projektus efektyviau įgyvendinti regioniniu lygmeniu.	<p>Strateginis siūlymas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2007–2013 m. ES finansavimo laikotarpiu Vidurio ir Vakarų Lietuvoje įgyvendintas mirtingumo ir sergamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo projektas, pratęsė 2004–2006 m. ES finansavimo periodu įgyvendintą panašaus pobūdžio analogišką projektą Rytų ir Pietryčių Lietuvoje. • Siekiant efektyvesnio ES struktūrinių fondų lėšomis finansuojamų projektų įgyvendinimo konkrečiose srityse, siūlome, atlikus priemonių ir projektų įgyvendinimo būdų ir galimybių analizę, planuoti bei įgyvendinti ne atskirų įstaigų, o kompleksinius regioninio ar nacionalinio lygmens projektus. Identifikavus tikslinius regionus / tikslines grupes efektyviau prisidedama prie kompleksinių teigiamų pokyčių sveikatos apsaugos sektoriuje visoje šalyje bei skatinamas ASPĮ tarpusavio bendradarbiavimas. 	Klaida! Nerastas nuorodos šaltinis. skyrius	LR SAM	2016–2020 m.
		<ul style="list-style-type: none"> • 			

Šaltinis: sudaryta autorių

Literatūros sąrašas

Literatūros šaltiniai

1. 2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veikslių programa, Vilnius, 2009.
2. 2007–2013 m. Žmogiškųjų išteklių tobulinimo veikslių programa, Vilnius, 2013.
3. Jogaitė B. „Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos vertinimas įrodymais grįstos politikos kontekste“. Vytauto didžiojo universitetas, Kaunas, 2014.
<http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2014~D_20140620_103510-70919/DS.005.0.01.ETD>
4. Kumpienė J., Sužiedelytė O. „Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimas“, Vilnius, 2010.
5. Nacionalinis vėžio institutas „Tyrimas apie onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo efektyvumą dėka ES paramos“, Vilnius, 2013.
6. Šulskienė R., Gaižuaskienė A. „Pacientų požiūris į psichikos dienos stacionaro teikiamas paslaugas: atvejo analizė“, 2015.
7. UAB „Eurointegracijos projektai“. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų priemonių poveikio „auksinei valandai“ vertinimas. Galutinė vertinimo ataskaita“, 2015.
8. UAB „Eurotela“. „Pacientų pasitenkinimas viešosiomis sveikatos priežiūros paslaugomis Lietuvoje“, 2015.
9. UAB Socialinės informacijos centras ir UAB „Europos tyrimai“. „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybe bei prieinamumu analizė (I dalis)“, 2011.
10. UAB Socialinės informacijos centras ir UAB „Europos tyrimai“. „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos atlikimas ir analizės parengimas“, 2012.
11. VšĮ „Europos socialiniai, teisiniai ir ekonominiai projektai“. „Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų Sanglaudos skatinimo veikslių programos priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimas“, 2011.
12. VUL Santariškių klinikos, 2014 m. veiklos ataskaita, 2015.
http://www.santa.lt/images/ataskaitos/2014ataskaita_EJ_internetui.pdf
13. Zolubienė E., Beržanskytė A., Aguonytė V., Nedzinskienė L. „65 m. ir vyresnių asmenų požiūris į Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą“, 2014.
<[http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2014.3\(66\)/VS%202014%203\(66\)%20ORIG%20Sveikatos%20prieziura.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2014.3(66)/VS%202014%203(66)%20ORIG%20Sveikatos%20prieziura.pdf)>

Teisės aktai

1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-717 „Dėl sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo“. „Valstybės žinios“, 2007, Nr. 96-3897.
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-160 „Dėl sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programos patvirtinimo“. „Valstybės žinios“, 2008, Nr. 27-1000.
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-894 „Dėl sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų sanglaudos skatinimo veikslių programos priemonių papildomų ir antrinių rodiklių skaičiavimo metodikos patvirtinimo“, 2012 m. rugsėjo 24 d.
4. Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas Nr. I-1562. „Valstybės žinios“, 1996, Nr. 102-2317.

5. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 335 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“. „Valstybės žinios“, 2003, Nr. 28-1147.
6. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 647 „Dėl antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“. „Valstybės žinios“, 2006, Nr. 74-2827.
7. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 1654 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“. „Valstybės žinios“, 2009, Nr. 150-6713.
8. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 1290 „Dėl ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinkle konsolidavimo etapo plano patvirtinimo“. Teisės aktų registras, 2015, Nr. 19823.
9. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 789 „Dėl Žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programos priedo patvirtinimo“. Suvestinė redakcija 2015 m.

Internetiniai šaltiniai

1. Esparama.lt. Gautų ir vertinamų paraiškų duomenys. <[http://ec.europa.eu/eurostat/data/statistics-a-z/abc](http://www.esparama.lt/gautos-ir-vertinamos-paraiskos?pgsz=10&order=&page=&proCode=&applicantName=&proName=&program=VP3&amountAskedFrom=&amountAskedTo=&program_priority=VP3-2&requestDateFrom=&requestDateTo=&measure=&proStatusName=Baigtas+%C4%AFgyvendinti&apskritis=&kvietimoNr=&igyv_saviv=&eligResultName=&benefitResultName=&intermediate_institution=SAM&adminResultName=&implementing_institution=&decisionResultName=>http://www.esparama.lt/gautos-ir-vertinamos-paraiskos?pgsz=10&order=&page=&proCode=&applicantName=&proName=&program=VP3&amountAskedFrom=&amountAskedTo=&program_priority=VP3-2&requestDateFrom=&requestDateTo=&measure=&proStatusName=Baigtas+%C4%AFgyvendinti&apskritis=&kvietimoNr=&igyv_saviv=&eligResultName=&benefitResultName=&intermediate_institution=SAM&adminResultName=&implementing_institution=&decisionResultName=>>2. ES struktūrinės paramos kompiuterinė informacinė valdymo ir priežiūros sistema (SFMIS). Priežiūros rodiklių pasiekimo duomenys.3. Eurobarometer. Health and long-term care in the European Union. 2007.4. Eurostat. Statistiniai duomenys. <
5. Higienos institutas. Statistiniai duomenys. <<http://stat.hi.lt/>>
6. Kauno teritorinė ligonių kasa. Trumpiausia laukimo eilė pas gydytojus specialistus. 2007–2013 m. duomenys. <<http://www.ktlk.lt/gyventojams/eiles/archyvas/>>
7. Lietuvos Statistikos departamentas. Socialinės statistikos – Sveikatos duomenys. <<https://osp.stat.gov.lt/>>
8. Masionytė A. „Poliklinikoje – saugos paslaptys internetu“. „Lietuvos žinios“, 2014. <http://lzinios.lt/lzinios/print.php?idas=173765>
9. Nacionalinis vėžio institutas. Vėžio registras. Išgyvenamumo duomenys, 2006–2012. <http://www.nvi.lt/?page_id=3261&lang=lt>
10. Pasaulio bankas. Health indicators. <<http://data.worldbank.org/topic/health?view=chart>>
11. Pasaulio sveikatos organizacija. HFA–DB duomenys. <<http://data.euro.who.int/hfadb/>>

Priedai

Priedas 1. Klausimynas paramą gavusioms institucijoms / įstaigoms

1. Ar esate gavę ES struktūrinę paramą pagal 2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programos 2 prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ 1 uždavinio „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ priemones? Galimi atsakymai:
 - a) Taip;
 - b) Ne.

ES struktūrinės paramos poveikis

1. Pagal kurias 2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programos 2 prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ 1 uždavinio „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ priemones gavote ES struktūrinę paramą? Galimi atsakymai:
 - a) Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas;
 - b) Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitais išorinių priežasčių sąlygotais būklių atvejais, infrastruktūros atnaujinimas;
 - c) Greitosios medicinos pagalbos ir skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos infrastruktūros atnaujinimas;
 - d) Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas;
 - e) Diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įkūrimas;
 - f) Psichiatrijos stacionaro modernizavimas;
 - g) Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos užtikrinimo infrastruktūros modernizavimas;
 - h) Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas;
 - i) Krizių intervencijos centrų įkūrimas;
 - j) Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas;
 - k) Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros savivaldybėse plėtra;
 - l) Investicijos į privačių asmenų sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitais išorinių priežasčių sąlygotų būklių atvejais, infrastruktūros atnaujinimą.

ES struktūrinės paramos įtaka

Eil. Nr.	Klausimas	Taip	Ne
1.	Ar 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turėjo įtakos Jūsų institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimui?		
2.	Ar 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turėjo įtakos Jūsų institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės didinimui?		
3.	Ar po ES struktūrinės paramos įgyvendinimo, 2007–2013 m. laikotarpiu, padaugėjo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų?		
4.	Ar be 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos būtų pasiekti tie patys rezultatai paramos įgyvendinimo laikotarpio pabaigoje?		
5.	Ar ES struktūrinės paramos įgyvendinimo laikotarpiu, 2007–2013 m., buvo pastebėtas išmokyto personalo nutekėjimas?		
6.	Ar įgyvendinant 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinę paramą buvo planuojamos eksploatacinės išlaidos?		
7.	Ar įgyvendinant 2007–2013 m. laikotarpio ES paramą buvo planuojamos ir kaupiamos lėšos ES investicijoms įsigytos įrangos atnaujinimui (reinvesticijoms)? ²⁴³		
8.	Ar rezultatų tvarumui bei tęstinumui išlaikyti sudarytos pakankamos teisinės prielaidos?		

ES struktūrinės paramos mastas

Eil. Nr.	Klausimas	0–30 %	30–50%	50–70 %	70–100%
1.	Kokiu mastu būtų buvę įgyvendinti projektai (projektas), jei nebūtų gautas ES finansavimas?				
2.	Kokia dalis dabartinių rezultatų būtų nepasiekta, jei nebūtų gautas ES finansavimas?				

ES struktūrinės paramos projektų poveikis

- Kokie veiksniai, Jūsų nuomone, lemia pacientų skaičiaus pokyčius? Galimi atsakymai:
 - vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);
 - vidiniai, nuo įstaigos priklausantys, bet su įgyvendinamais projektais (projektu) nesusiję veiksniai (pvz., įstaigos darbo laikas, specialistų kvalifikacija, turima diagnostinė ir gydymo įranga ir pan.);
 - išoriniai, nuo įgyvendinamo projekto ir įstaigos veiksmų nepriklausantys veiksniai (pvz., įstaigos geografinė padėtis, demografinė situacija, emigracija ir pan.).
- Koks 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) poveikis Jūsų įstaigos pacientų srautams? Galimi atsakymai:
 - įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai sumažėjo;
 - įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai ženkliai sumažėjo;
 - įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;
 - įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai ženkliai padidėjo;

²⁴³ Šiuo klausimu siekiama įvertinti ES paramos lėšų panaudojimo tvarumą.

e) įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai išliko nepakitę.

3. Kaip pasikeitė teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinių paramos lėšų finansuotų projektų (projekto) įgyvendinimo? Pažymėkite vieną atsakymą, prie kurio pasirinkite įvertį:

	Visiškai nesutinku	Labiau nesutinku nei sutinku	Labiau sutinku nei nesutinku	Visiškai sutinku
a) suteikiamas didesnis paslaugų spektras				
b) suteikiamas mažesnis paslaugų spektras				
c) situacija išliko nepakitusi				

4. Ar 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo tikslai atitiko pacientų poreikius? Galimi atsakymai:
- ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;
 - dėl tam tikrų priežasčių (pvz., įsigyta medicininė įranga retų ligų gydymui) ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su mažosios dalies pacientų poreikiais.
5. Kaip 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama pakeitė Jūsų institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę? Galimi atsakymai:
- suteikiama daugiau tos pačios kokybės paslaugų per trumpesnę laiką;
 - suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;
 - išliko nepakitęs.
6. Ar įgyvendindami 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektus (projektą) Jūs siekėte pagerinti įstaigos kokybės rodiklius? Galimi atsakymai:
- siekiamo pagerinti organizacinius rodiklius;
 - siekiamo pagerinti klinikinius rodiklius;
 - siekiamo pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;
 - tiesiogiai nesiekiamo pagerinti kokybės rodiklių.
7. Kaip vertintumėte, kokią įtaką 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos įgyvendinimas turėjo Jūsų institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimui?

8. Kaip vertintumėte, kokią įtaką 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos įgyvendinimas turėjo Jūsų institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės didinimui?

9. Kaip 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama prisidėjo prie Jūsų institucijos pasiektų rezultatų paramos skyrimo laikotarpio pabaigoje?

10. Įvardinkite Jūsų institucijos sveikatos priežiūros paslaugomis besinaudojančias tikslines grupes ir išskirkite jų poreikius.

11. Įvardinkite, su kokiomis pagrindinėmis problemomis susidūrėte įgyvendindami 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinę paramą.

12. Nurodykite, kokį poveikį 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turėjo sveikatos apsaugos sistemos pokyčiams? Kodėl?

Kitos ES struktūrinės paramos priemonės

Ar Jūsų įstaigai buvo suteikta ES struktūrinė parama pagal ne Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamas priemones? Galimi atsakymai:

- a) Taip;
- b) Ne.

Ne Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamos priemonės

13. Nurodykite kitas, ne Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamas, ES struktūrinės paramos priemones, pagal kurias Jūsų institucija gavo ES struktūrinę paramą 2007–2013 m. laikotarpiui? Kokie rezultatai pasiekti įgyvendinant nurodytas priemones?

Klausimynas medicinos darbuotojams

1. Kuriame sveikatos priežiūros paslaugų lygyje dirbate? Galimi atsakymai:
 - a) Pirminiame;
 - b) Antriniame;
 - c) Tretiniame.

2. Ar padidėjo gyventojų nusiskundimų sveikatos priežiūros paslaugomis po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo? Galimi atsakymai:
 - a) Sumažėjo;
 - b) Ženkliai sumažėjo;
 - c) Padidėjo;
 - d) Ženkliai padidėjo;
 - e) Nepasikeitė.

3. Kokius dažniausius nusiskundimus sveikatos priežiūros paslaugomis gavote 2007–2013 m. laikotarpiu? Ar skundų priežastys pasikeitė po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo?

4. Ar po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo pailgėjo pacientų laukimo laikas nuo registracijos iki paslaugos gavimo? Galimi atsakymai:
 - a) Sutrumpėjo;
 - b) Ženkliai sutrumpėjo;
 - c) Pailgėjo;
 - d) Ženkliai pailgėjo;
 - e) Nepasikeitė.

5. Ar po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo padaugėjo siuntimų į kitas sveikatos priežiūros įstaigas, negalint suteikti reikiamų sveikatos priežiūros paslaugų? Galimi atsakymai:
 - a) Sumažėjo;
 - b) Ženkliai sumažėjo;
 - c) Padidėjo;
 - d) Ženkliai padidėjo;
 - e) Nepasikeitė.

6. Ar vertinate, kad po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo pasikeitė institucijos, kurioje dirbate, teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė?
- Suprastėjo;
 - Ženkliai suprastėjo;
 - Pagerėjo;
 - Ženkliai pagerėjo;
 - Nepasikeitė.
7. Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1-mažiau svarbu, 4-labai svarbu)

	1	2	3	4
Mažas laukimo laikas gaunant paslaugą				
Aukšta paslaugos kokybė, atitinkanti gyventojų poreikius ir užtikrina tokius rezultatus, kurių pageidauja pacientai				
Ligoninės infrastruktūra				
Medicinos darbuotojų skiriamas dėmesys				

Priedas 2. Įstaigų atstovų bei medicinos darbuotojų apklausų duomenys

Įstaigų atstovų apklausa*

*Atsakymai neredaguoti. Eilės numeris nurodo respondento numerį, atsakymai pateikiami trijose lentelėse.

Eil. Nr.	Ar esate gavę ES struktūrinę paramą pagal 2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programos 2 prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ 1 uždavinio „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ priemones?	Pagal kurias 2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programos 2 prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ 1 uždavinio „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ priemones gavote ES struktūrinę paramą?	[1. Ar 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turėjo įtakos Jūsų institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimui?]	[2. Ar 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turėjo įtakos Jūsų institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės didinimui?]	[3. Ar po ES struktūrinės paramos įgyvendinimo, 2007–2013 m. laikotarpiu, padaugėjo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų?]	[4. Ar be 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos būtų pasiekti tie patys rezultatai paramos įgyvendinimo laikotarpiu pabaigoje?]	[5. Ar ES struktūrinės paramos įgyvendinimo laikotarpiu, 2007–2013 m., buvo pastebėtas išmokyto personalo nutekėjimas?]	[6. Ar įgyvendinant 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektus buvo planuojamos eksploatacinės išlaidos?]	[7. Ar įgyvendinant 2007–2013 m. laikotarpio ES projektus buvo planuojamos ir kaupiamos lėšos ES investicijomis įsigytos įrangos atnaujinimui (reinvesticijoms)?]	[8. Ar rezultatų tvarumui bei tęstinumui išlaikyti sudarytos pakankamos teisinės prielaidos?]	ES struktūrinės paramos mastas [1. Kokiu mastu būtų buvę įgyvendinti projektai (projektas), jei nebūtų gautas ES finansavimas?]
1.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Ne	Taip	50-70 %
2.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Taip	Taip	0-30 %
3.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip	Ne	0-30 %
4.	Ne										
5.	Taip	1. Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, 2. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitais išorinių priežasčių sąlygotais būkliais atvejais, infrastruktūros atnaujinimas, 4. Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	0-30 %
6.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Ne	Taip	0-30 %
7.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Taip	Ne	Taip	Taip	Taip	30-50 %
8.	Taip	11. Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros savivaldybėse plėtra	Taip	Taip	Taip	Ne	Taip	Taip	Taip	Taip	70-100 %
9.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip	Taip	0-30 %
10.	Taip	1. Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, 2. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitais išorinių priežasčių sąlygotais būkliais atvejais, infrastruktūros atnaujinimas, 4. Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip	Taip	0-30 %

Eil. Nr.	Ar esate gavę ES struktūrinę paramą pagal 2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programos 2 prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ 1 uždavinio „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ priemones?	Pagal kurias 2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programos 2 prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ 1 uždavinio „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ priemones gavote ES struktūrinę paramą?	[1. Ar 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turėjo įtakos Jūsų institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimui?]	[2. Ar 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turėjo įtakos Jūsų institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės didinimui?]	[3. Ar po ES struktūrinės paramos įgyvendinimo, 2007–2013 m. laikotarpiu, padaugėjo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų?]	[4. Ar be 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos būtų pasiekti tie patys rezultatai paramos įgyvendinimo laikotarpio pabaigoje?]	[5. Ar ES struktūrinės paramos įgyvendinimo laikotarpio, 2007–2013 m., buvo pastebėtas išmokyto personalo nutekėjimas?]	[6. Ar įgyvendinant 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektus buvo planuojamos eksploatacinės išlaidos?]	[7. Ar įgyvendinant 2007–2013 m. laikotarpio ES projektus buvo planuojamos ir kaupiamos lėšos ES investicijomis įsigytos įrangos atnaujinimui (reinvesticijoms)?]	[8. Ar rezultatų tvarumui bei tęstinumui išlaikyti sudarytos pakankamos teisinės prielaidos?]	ES struktūrinės paramos mastas [1. Kokių mastu būtų buvę įgyvendinti projektai (projektas), jei nebūtų gautas ES finansavimas?]
11.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Taip	Taip	Taip	Taip	30-50 %
12.	Taip	1. Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Ne	Taip	0-30 %
13.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Ne	Taip	0-30 %
14.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Taip	Taip	0-30 %
15.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Ne	Taip	0-30 %
16.	Taip	8. Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip	Taip	0-30 %
17.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Taip	0-30 %
18.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Ne	Taip	0-30 %
19.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	0-30 %
20.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Ne	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Ne	Taip	0-30 %
21.	Taip	1. Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, 2. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitais išorinių priežasčių sąlygotais būkliais atvejais, infrastruktūros atnaujinimas, 4. Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas, 5. Diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įkūrimas, 6. Psichiatrijos stacionaro modernizavimas, 9. Krizių intervencijos centrų įkūrimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip	Taip	0-30 %
22.	Taip	4. Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip	Taip	30-50 %
23.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	0-30 %
24.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip	Taip	30-50 %
25.	Taip	8. Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas, 10. Ambulatorinių,	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Ne	Taip	0-30 %

Eil. Nr.	Ar esate gavę ES struktūrinę paramą pagal 2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programos 2 prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ 1 uždavinio „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ priemones?	Pagal kurias 2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programos 2 prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ 1 uždavinio „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ priemones gavote ES struktūrinę paramą?	[1. Ar 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turėjo įtakos Jūsų institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimui?]	[2. Ar 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turėjo įtakos Jūsų institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės didinimui?]	[3. Ar po ES struktūrinės paramos įgyvendinimo, 2007–2013 m. laikotarpiu, padaugėjo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų?]	[4. Ar be 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos būtų pasiekti tie patys rezultatai paramos įgyvendinimo laikotarpio pabaigoje?]	[5. Ar ES struktūrinės paramos įgyvendinimo laikotarpiu, 2007–2013 m., buvo pastebėtas išmokyto personalo nutekėjimas?]	[6. Ar įgyvendinant 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektus buvo planuojamos eksploatacinės išlaidos?]	[7. Ar įgyvendinant 2007–2013 m. laikotarpio ES projektus buvo planuojamos ir kaupiamos lėšos ES investicijomis įsigytos įrangos atnaujinimui (reinvesticijoms)?]	[8. Ar rezultatų tvarumui bei tęstinumui išlaikyti sudarytos pakankamos teisinės prielaidos?]	ES struktūrinės paramos mastas [1. Kokių mastu būtų buvę įgyvendinti projektai (projektas), jei nebūtų gautas ES finansavimas?]
		palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas									
26.	Taip	8. Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip	Taip	0-30 %
27.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Ne	Taip	0-30 %
28.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip	Taip	0-30 %
29.	Taip	1. Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	0-30 %
30.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Taip	0-30 %
31.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	0-30 %
32.	Taip	8. Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Taip	Taip	0-30 %
33.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip	Taip	0-30 %
34.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Ne	Taip	30-50 %
35.	Taip	2. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitais išorinių priežasčių sąlygotais būkliais atvejais, infrastruktūros atnaujinimas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Ne	Taip	0-30 %
36.	Taip	1. Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, 2. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitais išorinių priežasčių sąlygotais būkliais atvejais, infrastruktūros atnaujinimas, 4. Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip	Ne	0-30 %
37.	Taip	1. Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, 2. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Ne	Taip	0-30 %

Eil. Nr.	Ar esate gavę ES struktūrinę paramą pagal 2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programos 2 prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ 1 uždavinio „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ priemones?	Pagal kurias 2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programos 2 prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ 1 uždavinio „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ priemones gavote ES struktūrinę paramą?	[1. Ar 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turėjo įtakos Jūsų institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimui?]	[2. Ar 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turėjo įtakos Jūsų institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės didinimui?]	[3. Ar po ES struktūrinės paramos įgyvendinimo, 2007–2013 m. laikotarpiu, padaugėjo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų?]	[4. Ar be 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos būtų pasiekti tie patys rezultatai paramos įgyvendinimo laikotarpio pabaigoje?]	[5. Ar ES struktūrinės paramos įgyvendinimo laikotarpiu, 2007–2013 m., buvo pastebėtas išmokyto personalo nutekėjimas?]	[6. Ar įgyvendinant 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektus buvo planuojamos eksploatacinės išlaidos?]	[7. Ar įgyvendinant 2007–2013 m. laikotarpio ES projektus buvo planuojamos ir kaupiamos lėšos ES investicijomis įsigytos įrangos atnaujinimui (reinvesticijoms)?]	[8. Ar rezultatų tvarumui bei tęstinumui išlaikyti sudarytos pakankamos teisinės prielaidos?]	ES struktūrinės paramos mastas [1. Kokių mastu būtų buvę įgyvendinti projektai (projektas), jei nebūtų gautas ES finansavimas?]
		traumų ir kitais išorinių priežasčių sąlygotais būklių atvejais, infrastruktūros atnaujinimas, 3. Greitosios medicinos pagalbos ir skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos infrastruktūros atnaujinimas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas									
38.	Ne										
39.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip	Taip	50-70 %
40.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Ne	Ne	0-30 %
41.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip	Taip	0-30 %
42.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Ne	Taip	50-70 %
43.	Taip	8. Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Ne	Ne	0-30 %
44.	Ne										
45.	Ne										
46.	Taip	8. Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip	Taip	0-30 %
47.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Ne	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Ne	Taip	0-30 %
48.	Taip	2. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitais išorinių priežasčių sąlygotais būklių atvejais, infrastruktūros atnaujinimas, 5. Diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įkūrimas, 6. Psichiatrijos stacionaro modernizavimas, 9. Krizių intervencijos centrų įkūrimas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Ne	Taip	0-30 %
49.	Taip	2. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitais išorinių priežasčių sąlygotais būklių atvejais, infrastruktūros atnaujinimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Ne	Taip	0-30 %
50.	Taip	1. Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip	Taip	0-30 %
51.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip	Taip	0-30 %

Eil. Nr.	Ar esate gavę ES struktūrinę paramą pagal 2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programos 2 prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ 1 uždavinio „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ priemones?	Pagal kurias 2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programos 2 prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ 1 uždavinio „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ priemones gavote ES struktūrinę paramą?	[1. Ar 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turėjo įtakos Jūsų institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimui?]	[2. Ar 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turėjo įtakos Jūsų institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės didinimui?]	[3. Ar po ES struktūrinės paramos įgyvendinimo, 2007–2013 m. laikotarpiu, padaugėjo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų?]	[4. Ar be 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos būtų pasiekti tie patys rezultatai paramos įgyvendinimo laikotarpio pabaigoje?]	[5. Ar ES struktūrinės paramos įgyvendinimo laikotarpio, 2007–2013 m., buvo pastebėtas išmokyto personalo nutekėjimas?]	[6. Ar įgyvendinant 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektus buvo planuojamos eksploatacinės išlaidos?]	[7. Ar įgyvendinant 2007–2013 m. laikotarpio ES projektus buvo planuojamos ir kaupiamos lėšos ES investicijomis įsigytos įrangos atnaujinimui (reinvesticijoms)?]	[8. Ar rezultatų tvarumui bei tęstinumui išlaikyti sudarytos pakankamos teisinės prielaidos?]	ES struktūrinės paramos mastas [1. Kokių mastu būtų buvę įgyvendinti projektai (projektas), jei nebūtų gautas ES finansavimas?]
		stacionarių paslaugų optimizavimas									
52.	Taip	1. Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip	Taip	0-30 %
53.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Ne	Taip	0-30 %
54.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Ne	Taip	0-30 %
55.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip	Taip	0-30 %
56.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Ne	Taip	0-30 %
57.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Ne	Taip	0-30 %
58.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip	Taip	0-30 %
59.	Taip	1. Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, 6. Psichiatrijos stacionaro modernizavimas, 9. Krizių intervencijos centrų įkūrimas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Ne	Taip	0-30 %
60.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Taip	Taip	Taip	Taip	Taip	70-100 %
61.	Taip	2. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitais išorinių priežasčių sąlygotais būkliais atvejais, infrastruktūros atnaujinimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Ne	Taip	0-30 %
62.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Ne	Taip	0-30 %
63.	Ne										
64.	Taip	1. Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Taip	Ne	Taip	Taip	0-30 %
65.	Taip	1. Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, 2. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitais išorinių priežasčių sąlygotais būkliais atvejais, infrastruktūros atnaujinimas, 4. Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip	Taip	0-30 %

Eil. Nr.	Ar esate gavę ES struktūrinę paramą pagal 2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programos 2 prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ 1 uždavinio „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ priemones?	Pagal kurias 2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programos 2 prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ 1 uždavinio „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ priemones gavote ES struktūrinę paramą?	[1. Ar 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turėjo įtakos Jūsų institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimui?]	[2. Ar 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turėjo įtakos Jūsų institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės didinimui?]	[3. Ar po ES struktūrinės paramos įgyvendinimo, 2007–2013 m. laikotarpiu, padaugėjo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų?]	[4. Ar be 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos būtų pasiekti tie patys rezultatai paramos įgyvendinimo laikotarpio pabaigoje?]	[5. Ar ES struktūrinės paramos įgyvendinimo laikotarpio, 2007–2013 m., buvo pastebėtas išmokyto personalo nutekėjimas?]	[6. Ar įgyvendinant 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektus buvo planuojamos eksploatacinės išlaidos?]	[7. Ar įgyvendinant 2007–2013 m. laikotarpio ES projektus buvo planuojamos ir kaupiamos lėšos ES investicijomis įsigytos įrangos atnaujinimui (reinvesticijoms)?]	[8. Ar rezultatų tvarumui bei tęstinumui išlaikyti sudarytos pakankamos teisinės prielaidos?]	ES struktūrinės paramos mastas [1. Kokiu mastu būtų buvę įgyvendinti projektai (projektas), jei nebūtų gautas ES finansavimas?]
		gydymas, 5. Diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įkūrimas, 6. Psichiatrijos stacionaro modernizavimas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas									
66.	Taip	8. Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	0-30 %
67.	Taip	1. Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Taip	Ne	0-30 %
68.	Taip	1. Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Ne	Taip	0-30 %
69.	Taip	1. Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip	Taip	0-30 %
70.	Taip	1. Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Taip	Ne	Taip	Taip	0-30 %
71.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Ne	Taip	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Taip	0-30 %
72.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	0-30 %
73.	Ne										
74.	Taip	1. Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Ne	Taip	0-30 %
75.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Taip	Taip	Ne	Taip	70-100 %
76.	Taip	8. Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip	Taip	30-50 %
77.	Taip	1. Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Ne	Ne	Taip	0-30 %

Eil. Nr.	Ar esate gavę ES struktūrinę paramą pagal 2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programos 2 prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ 1 uždavinio „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ priemones?	Pagal kurias 2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programos 2 prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ 1 uždavinio „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ priemones gavote ES struktūrinę paramą?	[1. Ar 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turėjo įtakos Jūsų institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimui?]	[2. Ar 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turėjo įtakos Jūsų institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės didinimui?]	[3. Ar po ES struktūrinės paramos įgyvendinimo, 2007–2013 m. laikotarpiu, padaugėjo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų?]	[4. Ar be 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos būtų pasiekti tie patys rezultatai paramos įgyvendinimo laikotarpio pabaigoje?]	[5. Ar ES struktūrinės paramos įgyvendinimo laikotarpiu, 2007–2013 m., buvo pastebėtas išmokyto personalo nutekėjimas?]	[6. Ar įgyvendinant 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektus buvo planuojamos eksploatacinės išlaidos?]	[7. Ar įgyvendinant 2007–2013 m. laikotarpio ES projektus buvo planuojamos ir kaupiamos lėšos ES investicijomis įsigytos įrangos atnaujinimui (reinvesticijoms)?]	[8. Ar rezultatų tvarumui bei tęstinumui išlaikyti sudarytos pakankamos teisinės prielaidos?]	ES struktūrinės paramos mastas [1. Kokių mastu būtų buvę įgyvendinti projektai (projektas), jei nebūtų gautas ES finansavimas?]
78.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Ne	Taip	50-70 %
79.	Taip	1. Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, 2. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitais išorinių priežasčių sąlygotais būklių atvejais, infrastruktūros atnaujinimas, 4. Ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas, 5. Diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikai ir šeimai centrų įkūrimas, 6. Psichiatrijos stacionaro modernizavimas, 9. Krizių intervencijos centrų įkūrimas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Ne	Taip	30-50 %
80.	Taip	1. Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, 2. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitais išorinių priežasčių sąlygotais būklių atvejais, infrastruktūros atnaujinimas, 3. Greitosios medicinos pagalbos ir skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos infrastruktūros atnaujinimas, 10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip	Taip	0-30 %
81.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Taip	Ne	Ne	Taip	0-30 %
82.	Taip	10. Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionarių paslaugų optimizavimas	Taip	Taip	Taip	Ne	Ne	Taip	Taip	Taip	0-30 %
83.	Ne										

Eil. Nr.	ES struktūrinės paramos mastas [2. Kokia dalis dabartinių rezultatų būtų nepasiekta, jei nebūtų gautas ES finansavimas?]	Kokie veiksniai, Jūsų nuomone, lemia pacientų skaičiaus pokyčius? Galimi atsakymai:	Koks 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) poveikis Jūsų įstaigos pacientų srautams? Galimi atsakymai:	Kaip pasikeitė teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinių paramos lėšų finansuotų projektų (projekto) įgyvendinimo? Pažymėkite vieną atsakymą, prie kurio pasirinkite įvertį: [1. Suteikiamas didesnis paslaugų spektras]	Kaip pasikeitė teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinių paramos lėšų finansuotų projektų (projekto) įgyvendinimo? Pažymėkite vieną atsakymą, prie kurio pasirinkite įvertį: [2. Suteikiamas mažesnis paslaugų spektras]	Ar 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo tikslai atitiko pacientų poreikius? Galimi atsakymai:	Kaip 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama pakeitė Jūsų institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę? Galimi atsakymai:	Ar įgyvendindami 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektus (projekta) Jūs siekėte pagerinti įstaigos rodiklius? Galimi atsakymai:	Kaip vertintumėte, kokią įtaką 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimas turėjo Jūsų institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimui?
1.	50-70 %	vidiniai, nuo įstaigos priklausantys, bet su įgyvendinamais projektais (projektu) nesusiję veiksniai (pvz., įstaigos darbo laikas, specialistų kvalifikacija, turima diagnostinė ir gydymo įranga ir pan.);	įgyvendinus projektus (projekta) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas padidėjo
2.	70-100 %	vidiniai, nuo įstaigos priklausantys, bet su įgyvendinamais projektais (projektu) nesusiję veiksniai (pvz., įstaigos darbo laikas, specialistų kvalifikacija, turima diagnostinė ir gydymo įranga ir pan.);	įgyvendinus projektus (projekta) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Teikiamų pirminių asmens sveikatos paslaugų prieinamumas pagerėjo
3.	70-100 %	vidiniai, nuo įstaigos priklausantys, bet su įgyvendinamais projektais (projektu) nesusiję veiksniai (pvz., įstaigos darbo laikas, specialistų kvalifikacija, turima diagnostinė ir gydymo įranga ir pan.);	įgyvendinus projektus (projekta) pacientų srautai išliko nepakitę.			ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Atlikus patalpų, skirtų antrinio lygio ambulatorinių bei slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų teikimui, rekonstrukciją ir įsigijus reikiamą įrangą šioms paslaugoms teikti, pagerėjo teikiamų paslaugų prieinamumas.
4.									
5.	70-100 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projekta) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimas turėjo didelę ir svarbią įtaką ligoninės teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui didinimui.
6.	0-30 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projekta) pacientų srautai padidėjo;	Labiau sutinku nei nesutinku		ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Įgyvendinus projektą ir sutvarkius infrastruktūrą atsirado galimybė paslaugas suteikti greičiau ir didesniais pacientų skaičiais
7.	0-30 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai	įgyvendinus projektus (projekta) pacientų srautai padidėjo;	Labiau sutinku nei nesutinku	Labiau nesutinku nei sutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo	suteikiama daugiau tos pačios kokybės	siekiami pagerinti ir	Buvo pagerintos patalpos, taip pat buvo įsigytą naujos modernesnės

		(pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);				tiksiai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	paslaugų per trumpesnį laiką;	klinikinius ir organizacinius rodiklius;	įrangos. tai žinoma leido greičiau aptarnauti pacientus.
8.	30-50 %	išoriniai, nuo įgyvendinamo projekto ir įstaigos veiksmų nepriklausantys veiksniai (pvz., įstaigos geografinė padėtis, demografinė situacija, emigracija ir pan.).	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiama daugiau tos pačios kokybės paslaugų per trumpesnį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Suteikiamos komfortiškesnės pacientui orientuotos paslaugos, kurios ypač palengvino personalo darbą.
9.	0-30 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Projekto metu modernizuota infrastruktūra naudojasi tiek liginės darbuotojai, tiek pacientai. Jo sukurtais rezultatais - t.y. labiau prienamomis medicininėmis paslaugomis gali naudotis ne tik Joniškio rajono gyventojai, bet ir aplinkinių rajonų gyventojai.
10.	70-100 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Atsirado naujos ambulatorinės bei kitokios paslaugos
11.	30-50 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku		ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	palaiikomojo gydymo ir slaugos paslaugų prienamumas padidėjo
12.	0-30 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Sveikatos priežiūros paslaugų prienamumas ženkliai pagerėjo
13.	30-50 %	vidiniai, nuo įstaigos priklausantys, bet su įgyvendinamais projektais (projektu) nesusiję veiksniai (pvz., įstaigos darbo laikas, specialistų kvalifikacija, turima diagnostinė ir gydymo įranga ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku		ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimas turėjo teigiamą įtaką teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prienamumo didinimui.
14.	30-50 %	išoriniai, nuo įgyvendinamo projekto ir įstaigos veiksmų nepriklausantys veiksniai (pvz., įstaigos geografinė padėtis, demografinė situacija, emigracija ir pan.).	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku		ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Įgyvendinus projektą pacientų srautai padidėjo. Sumažėjo pacientų eilės pas gydytojus.
15.	30-50 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Paslaugų prienamumą labiausiai įtakoja specialistų trūkumas bei nepakankamas paslaugų finansavimas, todėl projekto įgyvendinimas didelės įtakos paslaugų prienamumui neturėjo.
16.	50-70 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku		ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	sveikatos priežiūros paslaugų prienamumas pagerėjo
17.	50-70 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais	įgyvendinus projektus (projektą)	Labiau sutinku nei	Labiau nesutinku	ES struktūrinės paramos	suteikiamos	siekiami	Įgyvendinus projektą unikalūs

		projektams (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	pacientų srautai padidėjo;	nesutinku	nei sutinku	projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	pacientų skaičiaus rodiklis padidėjo nuo 600 iki 1225
18.	30-50 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Labiau sutinku nei nesutinku	Labiau nesutinku nei sutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Pagerėjus darbo kokybei, pagerėjo ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Pacientai greičiau ištiriami ir pagydomi VŠĮ Ukmergės ligoninėje ir konsultacijų poliklinikoje, žymiai padaugėjo dienos chirurgijos paslaugų, ambulatorinės medicininės reabilitacijos paslaugų - greičiau atstatomas pacientų darbingumas - sutaupomos PSDF lėšos.
19.	0-30 %	išoriniai, nuo įgyvendinamo projekto ir įstaigos veiksmų nepriklausantys veiksniai (pvz., įstaigos geografinė padėtis, demografinė situacija, emigracija ir pan.).	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai išliko nepakitę.			ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	tiesiogiai nesiekiami pagerinti įstaigos rodiklių.	Suremontuotos patalpos, gauta medicininė įranga pagerino paslaugų kokybę
20.	30-50 %	išoriniai, nuo įgyvendinamo projekto ir įstaigos veiksmų nepriklausantys veiksniai (pvz., įstaigos geografinė padėtis, demografinė situacija, emigracija ir pan.).	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;			ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti klinikinius ir organizacinius rodiklius;	jokios, nes modernizuotas tik slaugos skyrius, o lovų skaičius nepakitė
21.	50-70 %	išoriniai, nuo įgyvendinamo projekto ir įstaigos veiksmų nepriklausantys veiksniai (pvz., įstaigos geografinė padėtis, demografinė situacija, emigracija ir pan.).	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Projektų įgyvendinimas įgalino padidinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.
22.	50-70 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai išliko nepakitę.	Labiau sutinku nei nesutinku	Visiškai nesutinku	dėl tam tikrų priežasčių (pvz., įsigyta medicininė įranga retų ligų gydymui) ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su mažosios dalies pacientų poreikiais.	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Taip, turėjo įtakos. Suteiktos geresnės ir kokybiškesnės paslaugos
23.	30-50 %	vidiniai, nuo įstaigos priklausantys, bet su įgyvendinamais projektais (projektu) nesusiję veiksniai (pvz., įstaigos darbo laikas, specialistų kvalifikacija, turima diagnostinė ir gydymo įranga ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai išliko nepakitę.	Labiau sutinku nei nesutinku		ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Teigiamą - padidėjo pacientų, kuriems pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, skaičius.
24.	50-70 %	išoriniai, nuo įgyvendinamo projekto ir įstaigos veiksmų nepriklausantys veiksniai (pvz., įstaigos geografinė padėtis, demografinė situacija, emigracija ir pan.).	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku		ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Radiologijos, echoskopijos, endoskopijos, gastroenterologijos ir abdominalinės chirurgijos paslaugų prieinamumas padidėjo
25.	70-100 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai išliko nepakitę.	Visiškai sutinku		dėl tam tikrų priežasčių (pvz., įsigyta medicininė įranga retų ligų gydymui) ES struktūrinės paramos	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius	Padidėjo slaugos ir palaikomojo gydymo lovų (papildomos 3 lovos paliatyviai slaugai). Įsteigtas psichiatrijos dienos stacionaras.

		pan.);				projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su mažosios dalies pacientų poreikiais.		rodiklius;	
26.	70-100 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai sumažėjo;	Visiškai sutinku		ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Teigiamai, sumažėjo laukiančių eilės, pagerėjo paslaugų kokybė
27.	0-30 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Labiau nesutinku nei sutinku	Labiau nesutinku nei sutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti klinikinius rodiklius;	Radiologinės diagnostikos paslaugų prieinamumas žymiai pagerėjo, pagerėjo personalo darbo sąlygos.
28.	50-70 %	išoriniai, nuo įgyvendinamo projekto ir įstaigos veiksmų nepriklausantys veiksniai (pvz., įstaigos geografinė padėtis, demografinė situacija, emigracija ir pan.).	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai išliko nepakitę.	Labiau sutinku nei nesutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti organizacinius rodiklius;	Sukurta prieinamesnė infrastruktūra (liftras) neįgaliesiems ir senyvo amžiaus pacientų grupės gyventojams, tiesiogiai įtakoja padidėjusį ir pagerėjusį teikiamų paslaugų prieinamumą
29.	0-30 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Prieinamumas infrastruktūrine prasme pagerėjo, specialistu skaičius liko tas pats
30.	0-30 %	išoriniai, nuo įgyvendinamo projekto ir įstaigos veiksmų nepriklausantys veiksniai (pvz., įstaigos geografinė padėtis, demografinė situacija, emigracija ir pan.).	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;			ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiama daugiau tos pačios kokybės paslaugų per trumpesnį laiką;	siekiami pagerinti organizacinius rodiklius;	2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimas neturėjo įtakos.
31.	30-50 %	vidiniai, nuo įstaigos priklausantys, bet su įgyvendinamais projektais (projektu) nesusiję veiksniai (pvz., įstaigos darbo laikas, specialistų kvalifikacija, turima diagnostinė ir gydymo įranga ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Labiau sutinku nei nesutinku	Labiau sutinku nei nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Pagerėjo paslaugų prieinamumas, kokybė. Užtikrinamas vienodai prieinamų ir kokybiškų ambulatorinės reabilitacijos, palaikomojo gydymo ir slaugos bei priėmimo - skubios pagalbos paslaugų teikimas Zarasų rajono gyventojams.
32.	70-100 %	išoriniai, nuo įgyvendinamo projekto ir įstaigos veiksmų nepriklausantys veiksniai (pvz., įstaigos geografinė padėtis, demografinė situacija, emigracija ir pan.).	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai sumažėjo;	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Įtaka teigiama, nes padidėjo teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų spektras ir pagerėjo kokybė bei prieinamumas.
33.	50-70 %	vidiniai, nuo įstaigos priklausantys, bet su įgyvendinamais projektais (projektu) nesusiję veiksniai (pvz., įstaigos darbo laikas, specialistų kvalifikacija, turima diagnostinė ir gydymo įranga ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Labiau sutinku nei nesutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiama daugiau tos pačios kokybės paslaugų per trumpesnį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Atsirado galimybė teikti paliatyvosios pagalbos, dienos chirurgijos, plėsti palaikomojo gydymo ir slaugos bei antrinio lygio ambulatorines paslaugas. Tai rajono gyventojams labai aktualu.
34.	50-70 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai išliko nepakitę.	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Padidėjo pacientų, gaunančių kokybiškesnes antrinio lygio ambulatorines paslaugas skaičius

35.	50-70 %	išoriniai, nuo įgyvendinamo projekto ir įstaigos veiksmų nepriklausantys veiksniai (pvz., įstaigos geografinė padėtis, demografinė situacija, emigracija ir pan.).	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai išliko nepakitę.	Labiau nesutinku nei sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Paslaugų prieinamumas pagerėjo dienos chirurgijos padalinyje, kituose padaliniuose paslaugos suteikiamos ta pačia apimtimi, tačiau ligų diagnozavimui ir gydymui naudojamos naujausios, šiuolaikinės technologijos, atnaujintos patalpos atitinka šiuolaikinius reikalavimus.
36.	50-70 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Labiau nesutinku nei sutinku	Labiau sutinku nei nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiama daugiau tos pačios kokybės paslaugų per trumpesnį laiką;	siekiami pagerinti klinikinius rodiklius;	paslaugų prieinamumas padidėjo.
37.	0-30 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku		ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Tiesioginę įtaką sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui didinti.
38.									
39.	50-70 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai išliko nepakitę.			ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	tiesiogiai nesiekiami pagerinti įstaigos rodiklių.	teigiamą, tiesiogiai nesiekiami pagerinti įstaigos rodiklių.
40.	30-50 %	vidiniai, nuo įstaigos priklausantys, bet su įgyvendinamais projektais (projektu) nesusiję veiksniai (pvz., įstaigos darbo laikas, specialistų kvalifikacija, turima diagnostinė ir gydymo įranga ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai išliko nepakitę.	Labiau sutinku nei nesutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	tiesiogiai nesiekiami pagerinti įstaigos rodiklių.	Įgyvendinus projektą, pacientams pasiūlytos kokybiškesnės paslaugos. Plėtojant ambulatorinės reabilitacijos, dienos chirurgijos bei skubios pagalbos paslaugas užtikrinta teikiamų paslaugų kokybę, prieinamumas.
41.	30-50 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Labiau sutinku nei nesutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Dėl įsigytos naujesnės ir modernesnės medicininės įrangos pagerėjo paslaugų prieinamumas Kretingos rajono gyventojams.
42.	50-70 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Labiau sutinku nei nesutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	paslaugų prieinamumas padidėjo, pacientų skaičius padidėjo nežymiai, tačiau to priežastimi gali būti gyventojų skaičiaus mažėjimas
43.	70-100 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Rajono gyventojams pradėtos teikti naujos paslaugos
44.									
45.									
46.	0-30 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Tai turėjo įtakos pacientams, kadangi paslaugos pradėtos teikti arčiau gyvenamosios vietos, pacientai paslaugas gavo neatsitraukdami nuo tiesioginės

									savo veiklos.
47.	0-30 %	išoriniai, nuo įgyvendinamo projekto ir įstaigos veiksmų nepriklausantys veiksniai (pvz., įstaigos geografinė padėtis, demografinė situacija, emigracija ir pan.).	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Labiau sutinku nei nesutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Atsirado galimybė padidinti stacionaro lovų skaičių ir padidėjo priimamų pacientų skaičius.
48.	0-30 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Labiau sutinku nei nesutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimas turėjo didelę įtaką teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimui
49.	30-50 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Labiau sutinku nei nesutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Paslaugų prieinamumas padidėjo, padidėjo paslaugų kokybė.
50.	0-30 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku		ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Pagerėjo teikiamų paslaugų prieinamumas ir kokybė
51.	0-30 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiama daugiau tos pačios kokybės paslaugų per trumpesnį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Įgyvendinant 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektą buvo suformuotos naujos penkios palatos, kurios lėmė sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo padidėjimą.
52.	30-50 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Struktūrinės paramos projektų įgyvendinimas turėjo teigiamą įtakos klinikinius ir organizacinius rodiklius, įgyvendinus projektus, buvo pagerintos personalo darbo sąlygos bei paslaugos didesniai skaičiui pacientų buvo suteikiamos per trumpesnį laikotarpį.
53.	30-50 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Labiau sutinku nei nesutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Pacientai gavo geriau prieinamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas.
54.	50-70 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Turėjo teigiamą įtaką, pagerėjo pacientų priėmimo sąlygos
55.	0-30 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Labiau sutinku nei nesutinku		ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimas turėjo teigiamą mūsų institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimui.
56.	70-100 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai ženkliai	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo	suteikiamos aukštesnės kokybės	siekiami pagerinti ir	Labai pagerėjo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas

		(pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	padidėjo;			tiksiai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	paslaugos per trumpesnį laiką	klinikinius ir organizacinius rodiklius;	rajono ir aplinkinių rajonų gyventojams.
57.	30-50 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Labiau sutinku nei nesutinku	Visiškai sutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Pagerėjo darbo sąlygos slaugos darbuotojams slaugos prietaisų pagalba.
58.	30-50 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Paslaugų prieinamumas pagerėjo, pradėjome teikti naujas asmens sveikatos priežiūros paslaugas.
59.	70-100 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Labiau sutinku nei nesutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimas turėjo didelę įtaką
60.	0-30 %	išoriniai, nuo įgyvendinamo projekto ir įstaigos veiksmų nepriklausantys veiksniai (pvz., įstaigos geografinė padėtis, demografinė situacija, emigracija ir pan.).	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku		ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiama daugiau tos pačios kokybės paslaugų per trumpesnį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	teigiamai
61.	50-70 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Labiau sutinku nei nesutinku	Labiau nesutinku nei sutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Turėjo nemažą įtaką. padidėjo paslaugų prieinamumas.
62.	50-70 %	išoriniai, nuo įgyvendinamo projekto ir įstaigos veiksmų nepriklausantys veiksniai (pvz., įstaigos geografinė padėtis, demografinė situacija, emigracija ir pan.).	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai išliko nepakitę.	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Prieinamumas padidėjo, pagerėjo aptarnavimo kokybė, sumažėjo eilės
63.									
64.	0-30 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Labiau sutinku nei nesutinku		ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Ligoninėje teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas pagerėjo.
65.	0-30 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimas turėjo teigiamą įtaką paslaugų prieinamumo didinimui (įsigijus įrangą bei pritaikius patalpas gali suteikti aukštesnės kokybės paslaugas).
66.	50-70 %	išoriniai, nuo įgyvendinamo projekto ir įstaigos veiksmų nepriklausantys veiksniai (pvz., įstaigos geografinė padėtis, demografinė situacija, emigracija ir pan.).	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai išliko nepakitę.	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Atsirado naujų paslaugų spektras, kurių anksčiau nebuvo galimybės teikti.
67.	70-100 %	vidiniai, nuo įstaigos priklausantys, bet su įgyvendinamais projektais (projektu)	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai išliko nepakitę.	Visiškai sutinku	Labiau nesutinku nei sutinku	dėl tam tikrų priežasčių (pvz., įsigyta medicininė	suteikiamos aukštesnės kokybės	siekiami pagerinti ir	Teigiamą- tiek pacientų poreikių tenkinimui, tiek medicinos

		nesusiję veiksniai (pvz., įstaigos darbo laikas, specialistų kvalifikacija, turima diagnostinė ir gydymo įranga ir pan.);				įranga retų ligų gydymui) ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su mažosios dalies pacientų poreikiais.	paslaugos per tą patį laiką;	klinikinius ir organizacinius rodiklius;	darbuotojų (gydytojų, slaugytojų darbo organizavimui)
68.	30-50 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku		ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Teikiamos kokybiškesnės paslaugos, taikomos naujesnės technologijos, todėl pacientui nereikia važiuoti į kitą miestą, kad gauti vieną ar kitą paslaugą. Be to sutrumpėjo paslaugos gavimo laikas. Vadinasi pagerėjo prieinamumas
69.	0-30 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Labiau sutinku nei nesutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Prieinamumo nepakeitė, pagerėjo paslaugų kokybė, darbo sąlygos specialistams.
70.	50-70 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimas turėjo teigiamą įtaką teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimui
71.	70-100 %	vidiniai, nuo įstaigos priklausantys, bet su įgyvendinamais projektais (projektu) nesusiję veiksniai (pvz., įstaigos darbo laikas, specialistų kvalifikacija, turima diagnostinė ir gydymo įranga ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai išliko nepakitę.	Labiau nesutinku nei sutinku	Labiau nesutinku nei sutinku	dėl tam tikrų priežasčių (pvz., įsigyta medicininė įranga retų ligų gydymui) ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su mažosios dalies pacientų poreikiais.	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	tiesiogiai nesiekiami pagerinti įstaigos rodiklių.	Pacientams suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos
72.	30-50 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Labiau nesutinku nei sutinku	Labiau sutinku nei nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti organizacinius rodiklius;	Įsigyta nauja med. įranga, teikiama įvairesnių paslaugų ir didesne apimtimi
73.									
74.	30-50 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Labiau sutinku nei nesutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Teigiamai. Atlikta daugiau radiologinių tyrimų, endoskopinių tyrimų, suteikta daugiau kardiouchoskopijų. Padaugėjo antro lygio specialistų konsultacijų. Padaugėjo pacientų, kuriems suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos dėl infarkto ir kitų ūmių širdies negalavimų. Daugiau suteikta reabilitacijos procedūrų pacientams.
75.	0-30 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	tiesiogiai nesiekiami pagerinti įstaigos rodiklių.	Teigiamą. Padidėjo prieinamumas, Didėjo pirminis ligonių skaičius.
76.	30-50 %	vidiniai, nuo įstaigos priklausantys, bet su įgyvendinamais projektais (projektu) nesusiję veiksniai (pvz., įstaigos darbo	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per	siekiami pagerinti ir klinikinius ir	2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimas turėjo teigiamą

		laikas, specialistų kvalifikacija, turima diagnostinė ir gydymo įranga ir pan.);				didžiosios dalies pacientų poreikiais;	trumpesnį laiką	organizacinius rodiklius;	poveikį prieinamumo didinimui.
77.	0-30 %	išoriniai, nuo įgyvendinamo projekto ir įstaigos veiksmų nepriklausantys veiksniai (pvz., įstaigos geografinė padėtis, demografinė situacija, emigracija ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai išliko nepakitę.	Visiškai sutinku		ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Paslaugų prieinamumas pagerėjo, ligoniai galėjo gauti greičiau paslaugas.
78.	50-70 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai išliko nepakitę.	Visiškai sutinku		ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Teigiamą, ypač aptarnaujant pacientus nesugebančius savęs apsitarnauti
79.	30-50 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti klinikinius ir organizacinius rodiklius;	ES struktūriniai fondai turėjo teigiamą įtaką paslaugų prieinamumui: įsigyta moderni diagnostinė ir gydymo įranga leidžia suteikti daugiau paslaugų.
80.	0-30 %	išoriniai, nuo įgyvendinamo projekto ir įstaigos veiksmų nepriklausantys veiksniai (pvz., įstaigos geografinė padėtis, demografinė situacija, emigracija ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Labiau sutinku nei nesutinku	Labiau nesutinku nei sutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per tą patį laiką;	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Atsirado naujos kokybiškos paslaugos, įgyta nauja šiuolaikinė įranga, paruošti nauji specialistai
81.	0-30 %	vidiniai, tiesiogiai su įgyvendinamais projektais (projektu) susiję veiksniai (pvz., bus pradėtos teikti naujos, geresnės paslaugos, atliekami tyrimai ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Visiškai sutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Mūsų įstaigos teikiamų paslaugų prieinamumui turėjo teigiamą įtaką
82.	0-30 %	išoriniai, nuo įgyvendinamo projekto ir įstaigos veiksmų nepriklausantys veiksniai (pvz., įstaigos geografinė padėtis, demografinė situacija, emigracija ir pan.);	įgyvendinus projektus (projektą) pacientų srautai padidėjo;	Labiau sutinku nei nesutinku	Visiškai nesutinku	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo tikslai sutapo su didžiosios dalies pacientų poreikiais;	suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	siekiami pagerinti ir klinikinius ir organizacinius rodiklius;	Įsigyta medicininė įranga pagerino laboratorinių tyrimų kokybę, žymiai greičiau atliekami tyrimai.
83.									

Eil. Nr.	Kaip vertintumėte, kokią įtaką 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimas turėjo Jūsų institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės didinimui?	Kaip 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama prisidėjo prie Jūsų institucijos pasiektų rezultatų paramos skyrimo laikotarpio pabaigoje?	Įvardinkite Jūsų institucijos sveikatos priežiūros paslaugomis besinaudojančias tikslines grupes ir išskirkite jų poreikius.	Įvardinkite, su kokiomis pagrindinėmis problemomis susidūrėte įgyvendindami 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinę paramą.	Nurodykite, kokį poveikį 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turėjo sveikatos apsaugos sistemos pokyčiams? Kodėl?	Ar Jūsų įstaigai buvo suteikta ES struktūrinė parama pagal ne Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamas priemonės?	Nurodykite kitas, ne Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamas, ES struktūrinės paramos priemones, pagal kurias Jūsų institucija gavo ES struktūrinę paramą 2007–2013 m. laikotarpiui? Kokie rezultatai pasiekti įgyvendinant nurodytas priemones?
1.	Teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė pagerėjo	Labai prisidėjo	Lėtinėmis ligomis sergantys pacientai, ūmiomis ligomis sergantys pacientai, vaikai, nėščios moterys	Pagrindinės problemos yra užtikrinti tęstinumo procesą	Struktūrinė parama suteikė visas galimybes teikti geresnės kokybės ir daugiau sveikatos priežiūros paslaugų, nes buvo apsirūpinta nauja šiuolaikine įranga bei pritaikytos patalpos	Taip	Per Kauno apskrities regioninę programą buvo gauta parama energijos taupymui. Buvo apšiltintas vienas korpusas
2.	Teikiamų pirminių asmens sveikatos paslaugų kokybė pagerėjo	Labai prisidėjo	Palaikomojo gydymo ir slaugos, paliatyvosios pagalbos paslaugos teikiamos pagyvenusiems, su įvairiais lėtiniais susirgimais sergantiems žmonėms.	Įgyvendindami ES projektus problemomis nesusidūrėme	Pagerėjo teikiamų paslaugų kokybė ir prieinamumas, nes įsigyta įvairios medicininės technikos	Ne	
3.	Atlikus patalpų, skirtų antrinio lygio ambulatorinių bei slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų teikimui, rekonstrukciją ir įsigijus reikiamą įrangą šioms paslaugoms teikti, išsiplėtė teikiamų paslaugų spektras, padidėjo tiek pacientų, tiek darbuotojų pasitenkinimas, pagerėjo paslaugų kokybė.	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Sveikatos paslaugomis naudojasi visos tikslinės grupės ir yra tenkinami poreikiai, susiję su sveikatos priežiūros poreikiais	Pagrindinė problema - statybos ir rekonstrukcijos darbus atliekanti įmonė, darbų atlikimo terminai, darbų kokybė.	Struktūrinė parama turėjo teigiamos įtakos sveikatos apsaugos sistemos pokyčiams.	Ne	
4.						Ne	
5.	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimas turėjo didelę ir svarbią įtaką ligoninės teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės didinimui.	Labai prisidėjo	Traumas patyrę pacientai, slaugos ir paliatyvosios slaugos paslaugomis besinaudojantys pacientai, kradiologiniai ligoniniai, skubi pagalba, fizinės medicinos ir reabilitacijos pacientai.	Įstaiga įgyvendindama 2007-2013 m. ES struktūrinę paramą su problemomis nesusidūrė.	ES struktūrinė parama turėjo teigiamą poveikį paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimui. Įsigyta naujos įrangos bei pagerinta įstaigos infrastruktūra.	Taip	Energijos vartojimo efektyvumo didinimas renovuojant Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninės pastatus. Finansavimas – Europos Sąjungos Sanglaudos fondas ir LR valstybės biudžeto lėšos (LR Ūkio ministerija). Pagerinti energijos vartojimo efektyvumo rodikliai.
6.	Pagerėjo teikiamų paslaugų kokybė, pagerėjo sąlygos pacientams ir personalui	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Vyresnio amžiaus slaugomi pacientai Onkologiniai pacientai, kuriems reikalingi leidžiami narkotikai Negalinčių savęs apsitarnauti palaikomasis gydymas	Nepakankamas finansavimas, kvalifikuoto personalo trūkumas	Pagerėjo teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, padidėjo apimtys.	Ne	
7.	Didelę įtaką padarė paslaugų kokybei. su nauja įranga ir atnaujintomis patalpomis geriau pasiekėme užsibrėžtą tikslą.	Labai prisidėjo	Tikslinė grupė tai vidutinio ir senyvo amžiaus rajono gyventojai.	Pagrindinės problemos susijusios su remonto darbus atliekančiomis įmonėmis, taip pat viešaisiais pirkimais.	Poveikis labai ryškus atsirado, įstaigos galėjo atsirenuuoti pastatus, taip pat įsigyti naujos įrangos.	Ne	
8.	Padidino paslaugų prieinamumą ir pagerino paslaugų kokybę.	Labai prisidėjo	Pagyvenę, senyvo amžiaus, vieniši pacientai. Poreikiai ergonomika, pritaikymas neįgaliesiems, nemobiliems.	Sunkiausias momentas buvo tinkamos specifikacijos parinkimas, kuris leistų įsigytą įrangą labiausiai pritaikytą mūsų pacientų poreikiui.	Padidino aptarnaujamų pacientų skaičių, nes įsigyta įrangos leido suteikti daugiau paslaugų, esama įrangos nepakako pacientų poreikiams.	Ne	
9.	Įgyvendinto projekto rezultatų dėka, įstaiga gali teikti gyventojams geresnės kokybės, labiau prieinamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, pagerėjo paslaugų	Labai prisidėjo	Projekto metu modernizuota asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo infrastruktūra nuolat naudojama kasdienėje įstaigos veikloje, teikiant	Įgyvendinant projektą, dalis projekto administravimo, rangos darbų, medicininės įrangos ir techninės priežiūros	Rekonstruotos ligoninės operacinio bloko, konsultacinės poliklinikos, reabilitacijos skyriaus, paliatyvosios pagalbos patalpos. Atnaujinta medicininė įranga skirta dienos chirurgijos,	Taip	Vykdėme projektą "Specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimas ir bendrųjų gebėjimų ugdymas gydymo ir reabilitacijos

	teikimo higienos sąlygos ir įstaigos įvaizdis, taip pat pagerėjo darbo sąlygos darbuotojams.		antrinio lygio ambulatorines, ambulatorinės medicininės reabilitacijos, palaikomojo gydymo ir slaugos, priėmimo-skubios pagalbos, paliatyviosios pagalbos bei dienos chirurgijos paslaugas .	paslaugų išlaidų buvo pripažintos netinkamomis finansuoti išlaidomis. Jos buvo padengtos ligoninės lėšomis.	priėmimo-skubios pagalbos, ambulatorinėms, ambulatorinės reabilitacijos, palaikomojo gydymo ir slaugos, paliatyviosios pagalbos paslaugoms teikti. Teikiamos geresnės kokybės, labiau prieinamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, pagerėjo paslaugų teikimo higienos sąlygos, padidėjo gyventojų pasitikėjimas įstaiga.		įstaigose" (pagal priemonės Nr. VP1.1.1-SADM-06-K-01-141valstybės projektų sąrašą). Kaip partneriai dalyvavome projekte "Vidurio ir vakarų Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo, modernizuojant ir optimizuojant sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą bei teikiamas paslaugas" (pagal priemonės Nr. VP3-2.1-SAM-01 valstybės projektų sąrašą). Kaip partneriai dalyvavome projekte "Elektroninių sveikatos paslaugų plėtra Šiaulių regiono asmens sveikatos priežiūros įstaigose".
10	Pacientas gauna kokybiškesnes šiuolaikiškas paslaugas	Labai prisidėjo	Vaikai, paaugliai bei suaugusieji, neįgalūs asmenys	Medicinos įrangos tiekėjų stoka, statybos įmonių konkurencija	Padidėjo teikiamų prioritetinių pigesnių paslaugų skaičius	Taip	Renovuoti visi ligoninės pastatai, įgyvendinti du energijos taupymo, vienas kelių plėtros projektas
11	palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų kokybė ženkliai padidėjo	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	pagyvenę, sunkiomis ir lėtinėmis ligomis sergantys žmonės, kuriems būtina kokybiška profesionali medikų pagalba ir slauga	rangovų atsakomybės ir profesionalumo stoka ir didelės dokumentacijos pildymo apimtys	atnaujinta ir modernizuota ženkliai sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra ir įsigyta nauja medicininė ir slaugos įranga	Ne	
12	Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ženkliai pagerėjo	Labai prisidėjo	Sveikatos priežiūros paslaugos pagrindu teikiame rajono gyventojams, vyresniems kaip 18 metų amžiaus	Įgyvendinant projektą buvo problemų su rangovu statant priėmimo ir skubios pagalbos skyrių	Ryškiai pagerėjo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas - priėmimo ir skubios pagalbos sk., slaugos ir palaikomojo gydymo sk., konsultacijų poliklinikoje, ambulatorinėje reabilitacijoje, dienos chirurgijoje.	Ne	
13	2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimas turėjo teigiamą įtaką teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės didinimui.	Labai prisidėjo	Pagrindinės dvi tikslinės grupės yra pacientai ateinantys pasitikrinti profilaktiškai ir sergantys pacientai. Sveikų pacientų poreikiai - per trumpą laiką atlikti būtinus tyrimus. Esant reikalui, konsultuoti pas gydytojus specialistus ir atlikti reikiamus papildomus tyrimus. Sergančių pacientų poreikiams patenkinti reikia mažų laukimo eilių pas gydytojus, reikia atlikti daugiau įvairių, sudėtingesnių tyrimų diagnozuoti ligą bei paskirti reikiamą gydymą.	Įgyvendinant 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinę paramą, buvo nesklaidumų vykstant viešuosius pirkimus.	2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turėjo teigiamą poveikį sveikatos apsaugos sistemos pokyčiams. Panaudojus ES struktūrinę paramą yra geriau užtikrinamas medicinos paslaugų prieinamumas, jų kokybė ir saugumas. Taip pat patenkiami pacientų lūkesčiai.	Taip	„Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos ir teikiamų paslaugų kokybės gerinimas keliant darbuotojų kvalifikaciją“ Įstaigos darbuotojai kėlė profesinę kvalifikaciją, gilino žinias užsienio kalbų kursuose, mokėsi bendravimo su pacientais.
14	Suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Pagerėjo pagalba vaikams bei rizikos grupės pacientams.	Ilgas dokumentų derinimas su Centrine projektų valdymo agentūra.	Suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos per trumpesnį laiką, įgyvendinus projektą padidėjo pacientų srautai.	Ne	
15	Pagerėjo pacientų ištyrimo galimybės, padidėjo teikiamų procedūrų spektras.	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos visiems rajono gyventojams bei pacientams, atvykstantiems iš kitų rajonų.	Rimtų problemų neturėjome. Tik tiek, kad tai buvo nauja ir reikėjo daug skaityti ir aiškintis kaip padaryti darbus.	Pagerėjus ištyrimo galimybėms, daugiau pacientų gydyta ambulatoriškai, sumažėjo stacionarizuojamų pacientų skaičius.	Ne	
16	sveikatos priežiūros paslaugų kokybė	Labai prisidėjo	pacientai su tam tikrais psichinės	problemų nebuvo,	pagerėjo paslaugų prieinamumas ir kokybė, ko	Ne	

.	pagerėjo ko pasekoje pacientai gavo kokybiškesnes paslaugas		sveikatos sutrikimais, pacientai kuriems reikia ambulatorinės reabilitacijos paslaugų	pageidautina kad būtų skiriama adekvati finansinė parama t.y. didesnė	pasekoje per tą patį laikotarpį galima suteikti daugiau paslaugų		
17	Teigiamai. Projekto įgyvendinimo metu buvo rekonstruota daugiau nei 6400 kv.m. patalpų, sanitarinės patalpos įrengtos šalia palatų, prie kiekvienos lovos sumontuota moderni iškvietimo sistema, lifantai ir aplinka pritaikyti asmenims su regėjimo negalia. Modernios šildymo, kitų inžinerinių tinklų sistemos leidžia taupyti įstaigos resursus ir sutaupyti lėšas skirti tolimesniam paslaugų kokybės gerinimui.	Labai prisidėjo	Pagrindinė sveikatos priežiūros besinaudojančių asmenų tikslinė grupė - pensijinio amžiaus asmenys bei neįgalūs asmenys, jų poreikiai saluga ir palaikomasis gydymas, reabilitacijos ir fizinės medicinos paslaugos, medicinos psichologo paslaugos, užimtumo terapija.	Įgyvendinant 2007-2013 m. laikotarpio struktūrinę paramą su problemomis nesusidūrėme	Teigiamą. Įgyvendinus projektą, slaugos ir palaikomojo gydymo bei paliatyvosios pagalbos paslaugos iš kelių vietų buvo perkeltos į vieną vietą, o tai leidžia optimizuoti ir modernizuoti tokių paslaugų teikimą, didinti paslaugų prieinamumą, kokybę	Ne	
18	Įgyvendinus šį projektą pagerėjo gydytojų kvalifikacija. Jų darbo kokybė pagerėjo ir pradėjus dirbti su geresne, atnaujinta medicinine įranga.	Labai prisidėjo	- II lygio ambulatorinės paslaugos, kuriomis naudojasi pacientai, kuriems reikalinga gydytojų specialistų pagalba; - stebėjimo paslaugos teikiamos pacientams, atvykusiems į ASP] priėmimo - skubios pagalbos skyrių, atliekant reikiamus tyrimo ir(ar) gydymo veiksmus kai gali kilti pavojus paciento gyvybei, jei jis iš karto būtų išleistas iš ASP]; - dienos chirurgijos paslauga teikiama pacientams, kuriems nereikalingas stacionarinis gydymas, pagal ligų sąrašą, patvirtintą LR SAM 2009m. rugpjūčio 21d įsak. Nr.V- 668; - ambulatorinės medicininės reabilitacijos paslaugos teikiamos pacientams vadovaujantis LR SAM įsakymu 2008 m. sausio 17d. Nr.V-50, stengiantis kad greičiau būtų atstatyta pacientų sveikata ir darbingumas; - priėmimo - skubios pagalbos paslaugos teikiamos pacientams, kai dėl ūmių klinikinių būklių, grėsia pavojus paciento ar aplinkinių gyvybei arba tokios pagalbos nesuteikimas laiku sukelia sunkių komplikacijų grėsmę pacientams.	Manome, kad per mažai lėšų buvo skirta medicininės įrangos atnaujinimui. Kadangi rezultatas geras visi nesklundimai užsimiršo.	Teigiamą, kadangi pagerėjo medicinos įstaigų materialinė bazė, įsigyta daug naujos geros įrangos, pakilo gydytojų kvalifikacija.	Taip	Įgyvendintas projektai: "VšĮ Ukmergės ligoninės pastatų ir energetinių sistemų modernizavimas" ir baigiamas įgyvendinti "E. sveikatos paslaugų plėtra Vilniaus regiono asmens sveikatos priežiūros įstaigose" Dar negalim vertinti rezultatų, nes visi darbai nebaigti.
19	Paslaugų prieinamumas neįgaliesiems, darbuotojams darbo sąlygos gerėjo	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	palaikomasis gydymas ir slauga, onkologinėmis ligomis sergančių ligoniai	labai sudėtingas viešųjų pirkimų vykdymas, užsitęsė nugalėtojo remonto darbams skyrimas.	pagerėjo darbuotojų darbo sąlygos ir pacientams teikiamų paslaugų kokybė	Ne	
20	pagerėjo paslaugų kokybė, nes įsigyta nauja slaugos įranga.	Labiau neprisidėjo nei prisidėjo	slaugos ir palaikomojo gydymo skyriaus ligoniai, kuriems būtina užtikrinti slaugą, maitinimą, medikamentinį ir kitokį gydymą	sudėtingos viešųjų pirkimų procedūros, kurios užima labai daug laiko	manau, kad pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, nes buvo atnaujinta įstaigų infrastruktūra.	Taip	dalyvavome projekte "Medicinos infrastruktūros ir bendradarbiavimo plėtros žmonių saugumui gerinti pasienio regione", jo lėšomis buvo atnaujinta sterilizacinė ir jos

							įranga
21	Projektų įgyvendinimas įgalino padidinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.	Labai prisidėjo	Tikslinės grupės: ligoninės pacientai, ligoninės specialistai.	Viešųjų pirkimų vykdymu, pirkimo-pardavimo sutarčių savalaikiu įgyvendinimu, statybos procesų valdymu.	Struktūrinė parama suteikė realias galimybes padidinti paslaugų prieinamumą pacientams, išplėsti teikiamų paslaugų spektrą.	Taip	Visuomeninių pastatų atnaujinimas (renovacija) nacionaliniu lygmeniu.
22	Taip, turėjo įtakos kokybes didinimui. Suteiktos geresnės ir kokybiškesnės paslaugos	Labiau neprisidėjo nei prisidėjo	Onkologija. Geresnės klinikinės išeišys. Kokybiškesnės paslaugos.	Nebuvo problemų įgyvendindinan 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinę paramą. *	Geresnė diagnostika, kokybiškesnės paslaugos, geresnės išeišys.	Ne	
23	Teigiamą - padidėjo pacientų, kuriems pagerėjo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, skaičius.	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Senyvo amžiaus pacientai, dirbantieji, slaugos paslaugų poreikį turintys pacientai	Ilgas dokumentų tvarkymo laikas, bei pačių dokumentų gausa	Turėjo teigiamą poveikį, nes dėl nepakankamo valstybės finansavimo sveikatos priežiūros įstaigos sunkiai gali atnaujinti savo infrastruktūrą.	Ne	
24	Radiologijos, echoskopijos, endoskopijos, gastroenterologijos ir abdominalinės chirurgijos paslaugų kokybę padidėjo	Labai prisidėjo	Pacientai siunčiami pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo specialistų; Pacientai siunčiami antrinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo specialistų; Pacientai, kuriems teikiama būtinoji pagalba. Poreikiai: greitas paslaugos gavimas, greitas, tikslus ir savalaikis diagnozės nustatymas.	Sudėtingas numatytos projekte įrangos viešųjų pirkimų vykdymas	Išplėtotos VŠĮ Kauno Centro poliklinikos teikiamos antrinio lygio ambulatorinės radiologijos, endoskopijos, echoskopijos, kolonoskopijos paslaugos, pagerinta šių paslaugų diagnostikos kokybė.	Ne	
25	Nauja medicininė įranga, kvalifikuotas personalas. Rekonstruotos patalpos.	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Nuolatinės slaugos poreikį turintys pacientai, kai reikalinga specializuota slauga, būklei pablogėjus arba kai šeima negali dėl asmeninių priežasčių slaugyti namuose. Pacientai kuriems reikalinga trumpalaikė slauga, po stacionarinio gydymo. Pacientai sergantys onkologinėmis ligomis. Pacientai sergantys psichikos sutrikimo ligomis. Šiems pacientams teikiama kompleksinė psichosocialinė pagalba (gydymo korekcija, socialinių įgūdžių formavimas ir palaikymas).	Buvome tik partneriai. Nesusidūrėme.....	Teigiamą. Pagerėjo paslaugų kokybė ir prieinamumas, daugiau pacientų gali naudotis paslaugomis, sumažėjo stacionarinių paslaugų poreikis. Vykdomas sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumas, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programos įgyvendinimas.	Ne	
26	teigiamai, pagerėjo darbo sąlygos, geresnė ir šiuolaikiškesnė įranga	Labai prisidėjo	sergantys psichinėmis ligomis ir reikalaujantys nuolatinės slaugos ar palaikomojo gydymo	su viešaisiais pirkimais, sudėtingos ir painios, bei perteklinės ataskaitos ir rangovų nelankstumas	teigiamą, pagerėjo paslaugų kokybė ir prieinamumas	Ne	
27	Radiologinės diagnostikos paslaugų kokybė pagerėjo	Labai prisidėjo	Tikslinė grupė - pacientai. Poreikis - daugelių susirgimų radiologinė diagnostika.	Įgyvendindami projektą "Radiologinių paslaugų kokybės gerinimas" su problemomis nesusidūrėme	Rentgeno diagnostinės kokybės pagerėjimas, dėl naujesnio ir tobulesnio rentgeno diagnostikos aparato	Ne	
28	Paslaugų kokybės gerinimui įtaka buvo netiesioginė, o daugiau per pagerėjusį gydymo įstaigos prieinamumą, intrastruktūros patrauklumą ir pritaikomumą gyventojams bei jų sveikatos poreikiams.	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Pagrindinės tikslinės pacientų grupės: vaikai (0-17 m.), darbingo amžiaus gyventojai (18-64), bei senyvo amžiaus (65+) bei neįgalieji. Kiekvienos šių grupių poreikiai skiriasi. Vaikų grupei aktualus greitas paslaugų prieinamumas bei gydytojų kvalifikacija; darbingo amžiaus žmonėms - mažos laukimo eilės, platus paslaugų spektras bei paslaugų kokybė; senyvo amžiaus - patogus	Pagrindinė problema - žmogiškųjų išteklių trūkumas, projekto rengimui bei administravimui. Taip pat - labai ribotas paramos tikslinis panaudojimas, norint sėkmingai ir iki galo užbaigti projektą, dalį projekto veiklų teko finansuoti pačiai įstaigai, turint gan ribotą biudžetą.	Turėjo didelį poveikį, nes dauguma įstaigų tik šios paramos dėka turėjo galimybę atsinajinti savo infrastruktūrą, patalpas, įrangą ir pan.	Ne	

			pateikimas, platus spektras nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų, receptų prieinamumas.				
29	Tecnologine iranga zenkliai pagerino teikiamu paslaugų kokybes lygi	Labai prisidėjo	1. Gydytojai, kurie tikslingai naudoja ranga bei igtas projekto metu zinias 2. Slaugytojos, kurios tikslingai naudoja ranga bei igtas projekto metu zinias 3. Pacientai, kurie naudojami projekto rezultatais, infrastruktūra.	Atsirada papildomu investicijų poreikis sukurtos infrastruktūros palaikymui	Zymiai pagerėjo paslaugų kokybe, pagerėjo preinamumas, tačiau mažiau, nes didžioji dalis paramos teko tretiniam lygiui.	Ne	
30	Įsigyta medicininė įranga, bei atliktas liginės kapitalinis remontas pagerino teikiamų paslaugų kokybę.	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Suaugusiųjų palaikomasis gydymas ir slauga. Paliatyvi pagalba ir slauga.	Įgyvendindami 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinę paramą, problemų nekilo.	2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama pagerino sveikatos apsaugos sistemą. Buvo pagerinta teikiamų paslaugų kokybė, atrenovuota liginė, įsigyta medicininė įranga ir kt. inventoriūs.	Ne	
31	Pagerėjo paslaugų kokybė, sumažėjo žmonių sergamumas, kas leidžia jiems prailginti gyvenimo trukmę.	Labai prisidėjo	1. Ambulatorinės reabilitacijos atnaujinimas - nauja medicininė įranga. 2. Priėmimo skubios pagalbos skyriaus infrastruktūros atnaujinimas - nauji medicininiai baldai. 3. Palaikomojo gydymo ir slaugos plėtra, įkuriant paliatyviąją slaugą - atnaujinta medicininė įranga, nupirkti medicininiai baldai. 4. Konsultacijų poliklinikos infrastruktūros atnaujinimas - medicininė įranga (dvių darbo vietų rentgeno aparatas su skaitmenizavimo sistema(1 vnt.).	Problemų įgyvendinant 2007-2013 laikotarpio ES struktūrinę paramą nebuvo.	Įgyvendinus projektą, sumažėjo ekonominiai ir socialiniai skirtumai tarp Zarasų ir kitų labiau išsivysčiusių Lietuvos regionų, t. y. projektas turi teigiamą poveikį Zarasų rajono vystymuisi ir tai prisideda prie Nacionalinės darnaus vystymosi strategijos.	Ne	
32	Įtaka teigiama, nes įsigijus modernią įrangą padidėjo teiskiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų spektras ir pagerėjo kokybė bei prieinamumas.	Labai prisidėjo	Visi Kauno miesto ir rajono gyventojai, pasirinkę sveikatos priežiūros įstaigą.	Perdėtai formalizuotos viešojo pirkimo procedūros apsunkina tinkamų prekių ir patikimų tiekėjų pasirinkimą ir brangina pirkimo procedūras. Ypatinai formalus projekto įgyvendinimą prižiūrinčių institucijų požiūris: atitinka pirkimo sąlygas, bet geresnių parametrų nei tiekėjo pasiūlyme gautas kompiuteris - pažeidimas...	Parama pagerino sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą įsigyjant šiuolaikiškoms technologijoms būtinas priemones, bet neišsprendė iš kokių šaltinių bus kompensuojamas jų nusidėvėjimas.	Taip	Sanglaudos skatinimo veiksmų programos prioriteto Aplinka ir darnus vystymasis Viešosios paskirties pastatų renovavimas regioniniu lygiu.
33	Rekonstruotose patalpose pagerėjo pacientų ir darbuotojų saugaus gydymo ir darbo aplinka. Įsigyta nauja medicininė įranga praplėtė pacientų sveikatos ištyrimo ir gydymo galimybes. Įstaiga galėjo pasiekti SAM keliams uždaviniams sveikatos apsaugoje vykdomai restruktūrizacijai.	Labai prisidėjo	Tai ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos bei paliatyviosios pagalbos paslaugų plėtra bei stacionarinių paslaugų optimizavimas. Rekonstruotos patalpos, įsigyta medicininė įranga, pradėtos teikti naujos paliatyviosios pagalbos paslaugos, atsirado galimybė daugiau teikti palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų, pagerėjo dienos chirurgijos, antrinio lygio ambulatorinių bei	Sunku nurodytu laiku užbaigti projekto įgyvendinimą (dėl viešųjų pirkimų apskundimų, rekonstruojant patalpas atsiradusių nenumatytų darbų).	Pagerėjo pacientų gydymosi ir darbuotojų darbo aplinkos, įsigyta nauja medicinos įranga pagerino liginų ištyrimo galimybes, teikiamos paslaugos tapo kokybiškesnės, sumažėjo eilės prie specialistų konsultantų, įdarbinta naujų medikų įvairesnių specialybių, pagerėjo paslaugų prieinamumas Kretingos rajono gyventojams.	Ne	

			priėmimo - skubios pagalbos paslaugų teikimo galimybės.				
34	Nauja medicininė įranga - kokybiškesnės antrinio lygio ambulatorinės paslaugos	Labai prisidėjo	Antrinio lygio ambulatorinės paslaugos t.y rentgeno , echoskopo ir endoskopo paslaugos	Problemų turėjome gerinant poliklinikos infrastruktūrą t.y atliekant poliklinikos patalpų remontą, buvo nekokybiškai padarytas, turėjome kai ką perdaryti	Padidėjo paslaugų kokybė ir prieinamumas, nes įsigyjome 3 naujus medicininius aparatus:rentgeną achoskopą, endoskopą	Ne	
35	ES struktūrinė parama turi neabejotinai didelę įtaką teikiamų paslaugų kokybės didinimui - atnaujintuose patalpose mažinama infekcijos tikimybė, naujausia įranga padeda tiksliau ir su mažesne invazija atlikti tyrimus ir gydymą.	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Mūsų įstaiga daugiau nei 70 proc. teikia būtinąją pagalbą, todėl mūsų tikslinė grupė yra pacientai besikreipiantys dėl būtiniosios pagalbos.	projektu įgyvendinimo metu kai kuriuose skyriuose buvo apsunkintas darbo organizavimas, pvzvdžiui renovuojant 10 operacinių iš 17, 4 metus operacinis darbas buvo organizuojamas nepertraukiamas, senose likusiose 7 operacinėse.	Sveikatos priežiūros įstaigose buvo iš dalies atnaujinta infrastruktūra, kuri eilę metų nuo įstaigų atidarymo buvo naudojama ir jau susidėvėjusi. Darbuotojai tobulino kvalifikaciją.	Taip	VP1-1.1-SADM-06-K-01-050 projektas finansuotas Socialinės ir darbo ministerijos - „Vilniaus greitosios pagalbos universitetinės ligoninės darbuotojų kompetencijų ugdymas“.
36	kokybė pagerėjo (kartojasi klausimas).....	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	visi Lietuvos gyventojai (universitetinė ligoninė).	Viešųjų pirkimų įstatymas, med įrangos specifikacijų koregavimas	klausimai ministerijai.....	Taip	LVPA priemonė verslo inkubatoriui įkurti.....
37	Kokybė pagerėjo, nes kardinaliai atnaujinta medicininė įranga ir patalpos.	Labai prisidėjo	Pagerėjo vaikų ir suaugusių sveikatos priežiūros kokybė bei aplinka kurioje teikiamos paslaugos.	CPVA biurokratinės kliūtys ir jų šalinimo vilkinimas.	Poveikis tiesioginis visai Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai, nes iš savų resursų šalis nebūtų pajėgi modernizuoti sveikatos priežiūros įstaigų technologijų.	Ne	
38						Ne	
39	Didelę teigiamą.tiesiogiai nesiekiamo pagerinti įstaigos rodiklių.	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Vyresnio amžiaus pacientai, kuriems reikalingos slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugos	Problemų neturėjome.tiesiogiai nesiekiami pagerinti įstaigos rodiklių.	teigiamą, nes gerėjo paslaugų kokybė.tiesiogiai nesiekiami pagerinti įstaigos rodiklių.	Ne	
40	Projektas buvo skirtas ne naujų paslaugų tiekimui, tačiau jau esamų paslaugų kokybės bei prieinamumo gerinimui. Įgyvendinus projektą, pacientams buvo pasiūlytos kokybiškesnės paslaugos,o tai skatina gyventojų sveikatos rodiklių gerėjimą, gyvenimo trukmės ilgėjimą.	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Projekto tikslinė grupė - įstaigos pacientai. Projekto įgyvendinimas leido pagerinti jiems teikiamų paslaugų kokybę bei prieinamumą.	Vykstant rekonstrukcijos darbus paaiškėjo, jog techniniame projekte, kurio pagrindu atliekami darbai, nebuvo numatyti kaip kurie būtini darbai; rangovas kreipėsi su prašymu pratęsti rangos sutartyje numatytą darbų atlikimo terminą. Šiuo atveju turėjo būti pratęstas ir projekto įgyvendinimo terminas. Rangovas neįvykdė savo įsipareigojimų užbaigti rekonstrukcijos darbus iki numatytos projekto veiklų įgyvendinimo pabaigos. Projekto įgyvendinimui skirtų lėšų neužteko visoms projekto išlaidoms finansuoti.	Įgyvendintos priemonės leis pagerinti pacientams teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei jų prieinamumą, o tai skatins gyventojų sveikatos rodiklių gerėjimą, gyvenimo trukmės ilgėjimą.	Taip	Įstaiga sėkmingai įgyvendino projektą, finansuojamą pagal Sanglaudos skatinimo veiksmų programos 3 prioriteto „Aplinka ir darnus vystymasis“ įgyvendinimo VP3-3.4-ŪM-03-V priemonę „Viešosios paskirties pastatų renovavimas nacionaliniu lygiu“ iš Europos Sąjungos fondų ir Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto lėšų. Paramos lėšomis buvo tęsiami jau anksčiau pradėti ligoninės energetinio ūkio renovacijos darbai.
41	Teikiamų paslaugų kokybė pagerėjo, atsirado galimybė teikti ir naujas paslaugas.	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Projekto" Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos bei paliatyviosios pagalbos paslaugų plėtra bei stacionariųjų paslaugų optimizavimas	Sudėtinga nurodytu laiku pagal sutartį užbaigti projekto įgyvendinimą (dėl viešųjų pirkimų apskundimai, projekto	Pagerėjo paslaugų kokybė ir prieinamumas, pagerėjo pacientų lūkesčiai teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis.	Ne	

			VšĮ Kretingos ligoninėje" tikslinė grupė (tiesioginiai projekto naudos gavėjai): 1. Ligoninės pacientai, gaunantys slaugos ir palaikomojo gydymo, paliatyviosios pagalbos, dienos chirurgijos, antrinio lygio ambulatorines bei priėmimo - skubios pagalbos paslaugas; 2. Ligoninės medicinos ir kitas personalas.	įgyvendinimo metu nenumatyti atsiradę darbai, kuriuos projekte nebuvo galima suprojektuoti.)			
42	paslaugų kokybė ženkliai pagerėjo, įsigijus modernesnę įrangą	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	ambulatoriniai ir stacionariniai pacientai, reikalaujantys II lygio paslaugų. poreikiai - II lygio specialistų konsultacijos bei stacionarinis gydymas	ilgai užsitęsęs viešųjų pirkimų konkursas, specialistų trūkumas	pagerėjo ligų profilaktika, ankstyvesnė diagnostika padeda išvengti komplikacijų ateityje, turėjo pamažėti pacientų, vykstančių dėl paslaugų į didžiuosius sveikatos centrus, srautas	Ne	
43	Įsigyta medicininė įranga sudarė palankias galimybes teikti kvalifikuotas ir savalaikes diagnostikos ir gydymo paslaugas.	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Psichikos ligomis sergantys pacientai, specializuotas antrinės asmens sveikatos priežiūros ir ambulatorinės reabilitacijos paslaugas gaunantys pacientai bei pacientai, kuriems reikalinga paliatyvioji stacionarinė pagalba	Viešieji pirkimai; projektus administruojančios institucijos darbuotojų nuomonių skirtumas ir skirtingi reikalavimai įgyvendinant projektus; rangovai, laimėję konkursus už mažiausią kainą, nekokybiškai ir ne laiku atliko darbus	Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos pokyčiams ES parama neturėjo jokios įtakos. Išlieka gydytojų trūkumas dėl mažų atlyginimų, maži paslaugų įkainiai, į kuriuos nėra įskaičiuoti įrangos atnaujinimo kaštai, sutartimis su ligonių kasomis ribojamas paslaugų teikimas.	Taip	"Žmogiškųjų išteklių tobulinimas viešajame sektoriuje" - kvalifikaciją kėlė 270 darbuotojų pagal 398 mokymo programas. "Elektroninės sveikatos paslaugos savivaldybėse" - slaugos namuose paslaugų teikimui pradėta naudoti mobili slaugytojo įranga. "Viešosios paskirties pastatų renovavimas regioniniu lygiu"- rekonstruotas ambulatorijos pastatas dvigubai sumažino išlaidas šildymui, pagerino darbuotojų darbo ir pacientų priėmimo sąlygas.
44						Ne	
45						Ne	
46	Tai turėjo įtakos, kadangi pradėtos teikti platesnio spektro paslaugas, kurios sumažino ligų atkričių atvejus.	Labai prisidėjo	Suaugę pacientai turintys įvairių psichikos ir elgesio sutrikimų - pagerinti biopsichosocialinius poreikius	Komandos formavimas, kuris buvo reikalingas naujų, paveikių terapijų diegimui.	Pagerino paslaugų kokybę, sukurta infrastruktūra, o kartu paruošta komanda užtikrinanti tolesnę projekto veiklą.	Ne	
47	Įgyta slaugos ir medicininė įranga pagerino paslaugų kokybę ir personalo darbo sąlygas.	Labai prisidėjo	1. Slaugos ir palaikomojo gydymo pacientai - teikiamos atitinkamos paslaugos ir tuo metu reikalingas gydymas; 2. Paliatyviosios pagalbos pacientai ir jų artimieji - paliatyviosios pagalbos paslaugos.	Paslaugų teikimo suderinimas su vykstančiais remonto darbais.	Pagerėjo teikiamų paslaugų kokybę, darbo sąlygos personalui. Sukurtos sąlygos paliatyviosios pagalbos paslaugų plėtrai ir jų kokybės gerinimui.	Ne	
48	2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimas turėjo didelę įtaką sveikatos priežiūros paslaugų kokybės didinimui	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Trauminiai pacientai, dienos chirurgijos pacientai, pacientai sergantys psichikos ligomis, vaikai ir paaugliai sergantys psichikos ligomis.	Problemos labiau susijusios su valstybinių institucijų nelankstumu ir biurokratija (pvz.:VASPVT)	2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turėjo labai teigiamą poveikį sveikatos apsaugos sistemos pokyčiams	Ne	
49	Suteikta daugiau aukštesnio lygio ir sudėtingesnių paslaugų	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Odontologinės paslaugos, veido ir žandikaulių chirurginės paslaugos.	Pakankamai ilgas projektų įgyvendinimo laikotarpis	Pagerėjo teikiamų paslaugų kokybę ir prieinamumą.	Ne	
50	Pagerėjo teikiamų paslaugų prieinamumas ir kokybė	Labai prisidėjo	Projekto tiesioginė tikslinė grupė yra pareiškėjas: Šakių ligoninė.	įgyvendindami 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinę	Pagerėjo teikiamų paslaugų prieinamumas ir kokybė nes buvo gauti nauji įrenginiai,	Ne	

			<p>Netiesioginė tikslinė grupė:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Šakių rajono gyventojai (ligoninės darbuotojai ir pacientai). 2. Lietuvos sveikatos sistema. Šalių ligoninės patalpų rekonstrukcija prisidės prie optimalaus sveikatos sistemos finansinių išteklių planavimo, valdymo ir panaudojimo. 3. Šakių rajonas ir Lietuvos valstybė. Naujos kokybės renovuotos Šakių ligoninės patalpos prisidėjo prie socialinės aplinkos gerėjimo Šakių rajone, turi teigiamą poveikį Šakiams, Šakių rajonui, Marijampolės apskričiai. Įgyvendinus Šakių ligoninės patalpų rekonstrukciją, prisidėta prie Lietuvos sveikatos sistemos, Marijampolės apskrities ir Šakių rajono savivaldybės prioritetų (strategijų) įgyvendinimo: sveikatos priežiūros įstaigų išlaidų optimizavimo, efektyvaus lėšų naudojimo siekimo, Lietuvos sveikatos sistemos įstaigų renovavimo ir modernizavimo. 	paramą su didelėmis problemomis nesusidūrėme, viską išsprendėme greitai ir gerai			
51	2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projekto įgyvendinimo dėka suformuotos penkios naujos palatos, kurios lėmė sveikatos priežiūros paslaugų kokybės didėjimą.	Labai prisidėjo	Atnaujinta materialinė bazė leido suteikti kokybiškas paslaugas Alzheimerio liga sergantiems žmonėms	Nesusidūrėme su problemomis įgyvendindami 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinę paramą.	Projekto įgyvendinimo rezultatai turėjo galimybę naudotis ne tik sergantys Alzheimerio liga, bet ir slaugantys artimieji. 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turėjo sveikatos apsaugos sistemos pokyčiams poveikį, kadangi atsirado galimybė sergantiems suteikti kuo daugiau paslaugų.	Ne	
52	Struktūrinės paramos projektų įgyvendinimas turėjo teigiamą įtaką institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei, įgyvendinus projektus, buvo pagerintos personalo darbo sąlygos, įsigyta šiuolaikinius reikalavimus atitinkanti medicinos įranga, pagerėjo pacientams teikiamų paslaugų kokybė.	Labai prisidėjo	Projekto įgyvendinimo rezultatais naudojasi institucijos pacientai (visų socialinių ir amžiaus grupių atstovai), darbuotojai, medicinos studentai, rezidentai, kvalifikaciją keliantys specialistai. Institucijos pacientų pagrindiniai poreikiai yra gauti prieinamas ir kokybiškas paslaugas laiku. Institucijos darbuotojų poreikiai yra susiję su siekiu nuolat tobulėti siekiant patenkinti pacientų poreikius.	Įgyvendindama projektus bei įsisavindama ES struktūrinę paramą, institucija nebuvo susidūrusi su problemomis, kurios ženkliai įtakotų projektų veiklų įgyvendinimo eigą ir kokybę.	ES struktūrinė paramos lėšomis įgyvendinti projektai, kurių metu buvo gerinama sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra ir įsigyjama nauja šiuolaikinė medicinos įranga, padėjo pagerinti sveikatos srities specialistų darbo sąlygas, suteikė galimybes tobulėti, taip pat padėjo padidinti teikiamų paslaugų prieinamumą didesniai skaičiui pacientų bei pagerinti teikiamų paslaugų kokybę.	Taip	Institucijoje buvo įgyvendinami projektai pagal Sanglaudos skatinimo veiksmų programos 3 prioriteto „Aplinka ir darnus vystymasis“ VP3-3.4-ŪM-04-R priemonę „Viešosios paskirties renovavimas regioniniu lygiu“ bei Ekonomikos augimo veiksmų programos 3 prioriteto „Informacinė visuomenė visiems“ įgyvendinimo priemonę VP2-3.1-IVPK-10-V „Elektroninės sveikatos paslaugos“.

							energetinių sistemų būklė bei padidintas vartojamos energijos efektyvumas ir sumažintos išlaidos už energijos suvartojimą, įdiegta informacinė sistema, apimanti 27 funkcijas, įrengtos 133 kompiuterizuotos darbo vietos ir įkurtas techninės įrangos centras, Sudarytos sąlygos gyventojams ir pacientams elektroniniu būdu gauti savo medicininius duomenis, o sveikatos priežiūros įstaigoms saugiai keistis informacija elektroninėje terpėje.
53	Pacientai gavo aukštesnės kokybės asmens sveikatos priežiūros paslaugas.	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Vaikai, neįgalieji ir vyresnio amžiaus žmonės. Pacientai nori gauti paslaugą greitai ir kokybišką.	Ilgos ir sudėtingos viešųjų pirkimų vykdymo procedūros.	Poveikis akivaizdus, ne paslaptis, kad sveikatos apsaugos finansavimas yra nepakankamas, norint naudotis ir įsisavinti pačias pažangiausias technologijas, todėl ES parama labai sustiprino sveikatos priežiūros įstaigų materialinę bazę bei paslaugų prieinamumą ir kokybę.	Taip	Igyvendinome projektą pagal Sanglaudos skatinimo veiksmų programos VP3-3.4-ŪM-04-R prioriteto "Aplinka ir darnus vystymasis" priemonę "Viešosios paskirties pastatų renovavimas regioniniu lygiu. Sutaupėme daugiau nei 0,32 GWh energijos.
54	Turėjo teigiamą įtaką, pagerėjo ligoninėje besigydančių pacientų sąlygos	Labai prisidėjo	Ambulatoriniai ligoniai, slaugos ir palaikomojo gydymo ligoniai - kuo greitesnis patekimas pas gydytojus	Didelių problemų neturėjome. Labai daug biurokratiškos nereikalingų reikalavimų	Teigiamą, sutrumpėjo eilės pas BPG, tapo prieinamesnė stacionarinė pagalba	Ne	
55	ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimas turėjo teigiamą mūsų institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės didinimui.	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Pacientai, kuriems skiriama ambulatorinė ir stacionarinė medicininė reabilitacija.	Statybos remonto darbų kokybė ir terminų laikymasis.	2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turi teigiamą įtaką sveikatos apsaugos sistemos pokyčiams.	Taip	VP3-3.4-ŪM-03-V Viešosios paskirties pastatų renovavimas nacionaliniu lygiu. Šaunios šildymui sumažėjo 25-30 proc.
56	Pagerėjo teikiamų paslaugų kokybę rajono bei aplinkinių rajonų gyventojams.	Labai prisidėjo	Ligoniai sergantys sąnarių, nervų ligų, judamojo aparato ligomis.	Esminių problemų įgyvendinant struktūrinę paramą neturėjome.	Struktūrinė parama dalinai sumažino netolygumus tarp apskrities ir rajono gyventojų, gaunant šias paslaugas.	Ne	
57	Pagerėjo slaugomų pacientų slaugos kokybę, maksimaliai sumažėjo pragulų.	Labai prisidėjo	Visiška negalią turintys asmenys, onkologinėmis ligomis sergantys. Poreikiai - slauga ir palaikomasis gydymas.	Projekto įgyvendinimo metu problemų neiškilo. Projektas vyko sklandžiai.	Pagerėjo paslaugų kokybę ir prieinamumą. Darbuotojams pagerėjo darbo sąlygos.	Taip	Kitų ne Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų ES struktūrinių paramos priemonių nevykdėme.
58	Pagerėjo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Paslaugomis naudojasi Rokiškio rajono ir aplinkinių rajonų gyventojai. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikiai tenkinami.	Ilgai truko viešieji pirkimai, kitų problemų nebuvo.	Pagerėjo asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, išsiplėtė asortimentas (pradėta teikti ambulatorinės reabilitacijos paslaugas, stacionarinės paliatyvosios slaugos paslaugas), pagerėjo darbo sąlygos liginės darbuotojams.	Ne	
59	2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimas turėjo didelę įtaką	Labai prisidėjo	Visi Lietuvos gyventojai gali naudotis mūsų paslaugomis	Užtrukę viešieji pirkimai, pasikeitęs kainos, nuo paraiškos pridavimo iki projekto įgyvendinimo.	SAM nuolat vykdo apklausas apie praėjusio laikotarpio ES lėšų panaudojimą, tikimės susipažinti su gautais rezultatais ir mes.	Taip	BE SAM, dar įgyvendinome Aplinkos ministerijos administruojamas priemones (energijos efektyvinimo), taip pat VIP finansuojamus projektus.
60	teigiamai klausimai kartojasi	Labai prisidėjo	senjorų poreikiai kadangi jaunimas išvyko o prižiūrėti nera kam	todel kad respublikoje visiskai mazas finansavimas	Ne	
61	Turėjo didelę įtaką teikiamų paslaugų prieinamumui ir jų kokybei, išaugo pacientų skaičius.	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Paslaugas gaunanti pacientų grupė tra asmenys iki 18 metų amžiaus.	Didžiausia problema, įgyvendinant projektą, buvo projekto sutarties keitimas.	Turėjo teigiamą pokytį. ES lėšos padėjo išgyventi įstaigoms ir pagerinti teikiamų paslaugų kokybę sumažėjus finansavimui išPSDF nuo 2009 metų.	Ne	
62	Paslaugų kokybę pagerėjo, platesnis	Labai prisidėjo	Vaikai, pagyvenę žmonės, sergantys	Didesnių problemų	Didelį poveikį. Pritrauktos lėšos leido pagerinti	Ne	

.	teikiamų paslaugų spektras		lėtinėmis ligomis. Gyventojų sveikatos priežiūra, profilaktinis sveikatos tikrinimas	neturėjome. Viskas vyko sklandžiai.	teikiamų paslaugų kokybę ir prieinamumą		
63						Taip	Elektroninių sveikatos paslaugų plėtra Utenos regiono asmens sveikatos priežiūros įstaigose.
64	Teikiamų paslaugų kokybė ženkliai pagerėjo, pradėjome teikti pilnavertiškesnes, patesnes apimties paslaugas	Labai prisidėjo	Savivaldybės gyventojai, jiems teikiamos ambulatorinės, dienos chirurgijos, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos.	Sudėtingas administravimas, tokių projektų įgyvendinimo patirties nebuvimas, žinių trūkumas.	Dėl pagerėjusios paslaugų kokybės ir prieinamumo išaugo paslaugų kiekiai.	Ne	
65	2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimas turėjo didelę įtaką paslaugų kokybės didinimui (įsigijus įrangą bei pritaikius patalpas gali suteikti aukštesnės kokybės paslaugas). Įsigijus naujausias technologijas pagerėjo ankstyvoji diagnostika, paslaugų prieinamumas.	Labai prisidėjo	Įstaigoje teikiamos paslaugos visos Lietuvos, visų amžiaus grupių)gyventojams	Planuojant projektus buvo identifiukuotas pagrindinės rizikos ir jų valdymas. Esminių problemų nebuvo.	2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turėjo teigiamą poveikį sveikatos apsaugos sistemos pokyčiams: buvo anaujinta įstaigų infrastruktūra, įdiegtos naujausios technologijos (PET), asmens sveikatos priežiūros specialistams buvo sudarytos galimybės kelti kvalifikaciją tiek Lietuvoje tiek kitose Europos Sąjungos šalyse, ko pasekoje buvo pagerinta ASPP prieinamumas ir kokybė Lietuvos gyventojams	Taip	Buvo vykdytas SADM administruojamas projektas. Įgyvendinant projektą daugiau nei 4000 asmens sveikatos priežiūros specialistų dalyvavo mokymuose.
66	Teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės pagerėjo, nes buvo įsigyta nauja įranga.	Labai prisidėjo	Poliklinika teikia pirminio ir antrinio lygio ambulatorines paslaugas gyventojams. Tikslinė grupė - 850000 gyventojų. Teikiamos pirminio lygio šeimos, vidaus ligų ir vaikų ligų gydytojų, psichikos sveikatos specialist, akušerių ginekologų, chirurgų, gydytojų odontologų ir įvairios antrinio lygio gydytojų specialist bei ambulatorinės reabilitacijos paslaugos.	Institucija nesusidūrė su problemomis įgyvendinat 2007-2013 laikotarpio ES struktūrinę paramą.	Padidėjo sveikatos apsaugos sistemos institucijų teikiamų sveikatos paslaugų prieinamumas ir kokybė	Taip	VP2-3.1-IVPK-11V-01-013 "Santa His adaptavimas ambulatorinei grandžiai" VP3-3.4-ŪM-04-R-01-063 renovavimas siekiant didinti energijos efektyvumą
67	Teigiamą- tiek pacientų poreikių tenkinimui, tiek medicinos darbuotojų (gydytojų , slaugytojų darbo organizavimui)	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Pacientai, kuriems teikiamos antrinio ir tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugos	Viešieji pirkimai, ES struktūrinei paramai gauti sudėtingas perteklinės dokumentacijos pildymas, įvairios biurokratinės kliūtys	ES struktūrinės paramos dėka įstaiga galėjo atnaujinti įrangą, inventorių, slaugos priemones, to pasekoje pagerėjo teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos- jų kokybė.	Ne	
68	Kadangi įsigyta nauja medicininė įranga, pritaikytos naujesnės technologijos, pagerėjo diagnostika, tuo pačiu pagerėjo paslaugos kokybė	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Širdies ir kraujagyslių ligomis sergantys pacientai. Ambulatoriniai pacientai. Pacientai, kuriems reikalinga slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugos	Nepilnai atnaujinta liginės padalinių infrastruktūra (pagrindinis pastatas apšiltintas, o slaugos korpusas- ne). Atnaujinta ne visa reikalinga medicininė įranga	Rekonstruota, atnaujinta įstaigų infrastruktūra, pagerėjo paslaugų kokybė ir prieinamumas	Ne	
69	Gauta aparatūra leidžia pagerinti diagnostikos galimybes.	Labai prisidėjo	Pacientai besikreipiantys dėl ambulatorinių, dienos chirurgijos paslaugų, slaugos ir palaikomojo gydymo pacientai, širdies ir kraujagyslių ligomis sergantys pacientai	Daug "popierizmo", ataskaitų, derinimo ir panašiai.	pagerėjo pacientų ištyrimo galimybės ir darbo sąlygos .	Ne	
70	2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimas turėjo teigiamą įtaką teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės didinimui	Labai prisidėjo	Ambulatorinėmis (78%) ir stacionaro (22%) paslaugomis naudojantys pacientai	Įgyvendindami 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinę paramą truko finansavimo lėšų	2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turėjo teigiama poveikį, t.y. paslaugos tapo kokybiškesnėmis ir sava laikėmis	Taip	Administracinių gebėjimų stiprinimas VŠĮ Radviliškio ligoninėje
71	Pacientams suteikiamos aukštesnės kokybės paslaugos	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Ambulatoriniai pacientai, pacientai, kuriems aktualios slaugos paslaugos.	Vykdomi remonto darbai kėlė šiokių tokių nepatogumų	Pacientai gauna kokybiškesnes paslaugas, pagerinta įstaigos infrastruktūra	Ne	

72	Pagerėjo ištyrimo galimybės, suteikiama įvairesnių procedūrų	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Paslaugomis naudojasi vyresnio amžiaus žmonių grupė. Pagerėjo paslaugų prieinamumas slaugos ir palaikomajam gydymui, didėjant reabilitacijos paslaugų poreikiui, užtikriname jų įvairovę ir prieinamumą	Pagrindiniai sunkumai - administruojant projektą.	Jvykus įstaigų restruktūrizacijos etapams, ligoninės turėjo galimybę plėtoti ambulatorinės grandies paslaugas	Taip	"Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos ir teikiamų paslaugų kokybės gerinimas keliant darbuotojų kvalifikaciją. Projektas parengtas pagal priemonę Nr.VP1-1.1-SADM-06-K "Žmogiškųjų išteklių tobulinimas viešajame sektoriuje" laikotarpiu 2009-2011m. Projektas suteikė galimybę kelti kvalifikaciją visų sričių darbuotojams.
73						Ne	
74	Teigiamai. Pagerėjo endoskopinių, kardioechoskopinių ir radiologinių tyrimų bei reabilitacijos procedūrų kokybė.	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Pacientai, kurie kreipiasi dėl kardiologinių, traumatologinių, neurologinių susirgimų, dėl reabilitacijos procedūrų.	Didelis dokumentų kiekis dėl struktūrinės paramos įgyvendinimo	Pailgėjo mūsų rajono gyventojų amžius, sumažėjo ligotumas ir mirštamumas.	Ne	
75	Pagerėjo paslaugų kokybė, gydymosi sąlygos (papildomi sanitariniai mazgai, keltuvai).	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Sunkiais susirgimais sergantys ligoniai, kai nustatyta galutinė diagnozė ir nereikia tirti papildomai.	Projekto ir darbų derinimas. Projekto administravimas.	Teigiamą. Prieinamumo ir gydymosi sąlygų pagerėjimas.	Ne	
76	2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimas turėjo teigiamą poveikį kokybės didinimui.	Labai prisidėjo	sveikatos priežiūros paslaugomis besinaudojančias tikslines grupes: Psichikos sveikatos sutrikimo turintys asmenys, traumų bei kitų fizinių nusiskundimų turintys asmenys kuriems reikalinga fizinė medicinos reabilitacija.	su problemomis įgyvendindami 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinę paramą nesusidūrėme.	2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama turėjo teigiamą poveikį sveikatos apsaugos sistemos pokyčiams.	Taip	VP3-3.4-ŪM-04-R Viešosios paskirties pastatų renovavimas regioniniu lygiu
77	Pagerėjo slaugos sąlygos, atsirado naujų ambulatorinių paslaugų.	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Visi rajono gyventojai: kaimo gyventojai, miesto gyventojai	Su begalybę dokumentacijos, ir su statybininkų problemomis.	Turėjo teigiama pokyti, nes pagerėjo gydymosi sąlygos, atsirado naujų paslaugų, jos tapo kokybiškesnės.	Ne	
78	Teigiamą, nes netik pacientų aptarnavimas ženkliai pagerėjo, bet ir medicinos personalo darbas palengvėjo	Labai prisidėjo	Slauga ir palaikomasis gydymas, onkologinių ligonių slauga ir gydymas, negalinčių savęs apsitarnauti ligonių palaikomasis gydymas, suaugusiųjų paliatyvioji pagalba, teikiama stacionare	SUNKIAUSIA BUVO ATLIKTI DIDELĖS VERTĖS ATVIRĄ VIEŠĄJĮ KONKURSA	Teigiamą, nes padėjo optimizuoti ligoninėje teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas	Ne	
79	ES struktūriniai fondai turėjo didžiulę tiesioginę naudą paslaugų kokybės didinimui, dėl lėšų stokos įstaiga negalėjo tiek investicijų skirti infrastruktūros atnaujimui, kuri turi tiesioginę įtaką teikiamų asmens sveikatos paslaugų kokybei.	Labai prisidėjo	Ligoninė yra didžiausia daugiaprofilinė gydymo įstaiga Panevėžio regione . Tikslinė grupė- šio regiono pacientai, kuriems reikalingos II ir III lygio stacionarines ir ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas.	Pagrindinės problemos kilo dėl vėluojančių viešųjų pirkimų, projektą įgyvendinančių partnerių sutartinių įsipareigojimų nevykdymo, neteisingai ir netikliai suplanuotų investicijų.	ES struktūrinė parama turėjo tiesioginę įtaką sveikatos sistemai, būtent užtikrino infrastruktūros plėtrą.	Taip	Gauta parama pagal Ūkio ministerijos administruojamą programą "Aplinka ir darnus vystymasis", pasiekti projektuose numatyti tikslas- energetinio efektyvumo didinimas.
80	Institucijos teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės didinimui parama turėjo teigiamą įtaką	Labiau prisidėjo nei neprisidėjo	Labiausiai pagerėjo kardiologinė pagalba ir endokrinologinė pagalba	Rimtų problemų neturėjome įgyvendindami 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinę paramą	Paslaugos teikiamos panaudojant šiuolaikinę įrangą suremontuotuose patalpose	Ne	
81	Mūsų įstaigos teikiamų paslaugų kokybei turėjo teigiamą įtaką	Labai prisidėjo	Senyvo amžiaus lėtinėmis ligomis sergantys pacientai	Projektui skirtų lėšų trūkumu; projekto įgyvendinimo metu sumažėjusiomis įstaigos pajamomis	Parama turėjo tik teigiamą poveikį sveikatos apsaugos sistemai	Ne	
82	Nauja medicininė įranga greitai ir kokybiškai atlekami tyrimai. Nauja slaugos įranga	Labai prisidėjo	2200 prie įstaigos prisirašiusių pacientų, kuriems teikiamos pirminės	Statybos rangos darbų vėlavimas, gal būt per ilgas	Sunku spręsti apie ES struktūrinės paramos poveikį visai sveikatos apsaugos sistemai, tai Sveikatos	Ne	

	pagerino slaugomų ligonių priežiūra.		sveikatos priežiūros paslaugos ir 160 pacientų, kuriems teikiamos palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos.	įvairios dokumentacijos derinimas su agentūra	apsaugos ministerijos ir statistikos kompetencija. Mūsų Įstaigoje renovuoti, kapitališkai suremontuoti pastatai, pritaikyti neįgaliesiems, apsirūpinta medicinine bei slaugos įranga, o tai, mūsų manymu, tikrai pagerina paslaugų prieinamumą ir kokybę		
83						Ne	

Medicinos darbuotojų apklausa*

*Atsakymai neredaguoti. Eilės numeris nurodo respondento numerį.

Eil. Nr.	Kuriame sveikatos priežiūros paslaugų lygyje dirbate?	Ar padidėjo gyventojų nusiskundimų sveikatos priežiūros paslaugomis po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo?	Kokius dažniausius nusiskundimus sveikatos priežiūros paslaugomis gavote 2007–2013 m. laikotarpiu? Ar skundų priežastys pasikeitė po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo?	Ar po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo pailgėjo pacientų laukimo laikas nuo registracijos iki paslaugos gavimo?	Ar po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo padaugėjo siuntimų į kitas sveikatos įstaigas, negalint suteikti reikiamų priežiūros paslaugų?	Kaip vertinate, kad po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo pasikeitė institucijos, kurioje dirbate, teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė?	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Mažas laukimo laikas gaunant paslaugą;]	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Aukšta paslaugos kokybė, atitinkanti gyventojų poreikius ir užtikrina tokius rezultatus, kurių pageidauja pacientai;]	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Ligoninės infrastruktūra;]	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Medicinos darbuotojų skiriamas dėmesys.]
1.	Antriniame	Sumažėjo;	Dažniausi nusiskundimai 2007 - 2013 m. laikotarpiu buvo dėl nesudarytų galimybių gauti kai kurias paslaugas vietoje, dėl laukimo trukmės paslaugai gauti. Po 2007 - 2013 m. skundų sumažėjo	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	3	4	1	2
2.	Antriniame	Sumažėjo;	Dėl paslaugų kokybės . Skundų struktūra išlieka panaši.	Nepasikeitė.	Sumažėjo	Pagerėjo;	2	4	1	3
3.	Pirminiame	Nepasikeitė.	Nusiskundimų negauta	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	2	4	1	3
4.	Pirminiame	Sumažėjo;	Ilgas laukimo laikas, nepakankamas dėmesys	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;		4		
5.	Antriniame	Sumažėjo;	Ilgas laukimo laikas, pirminio lygio siuntimų reikalavimas	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Pagerėjo;		4		
6.	Tretiniame	Ženkliai sumažėjo;	dėl gyvenimo kokybės slaugos sk.	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	1	4	2	3
7.	Antriniame	Nepasikeitė.	Ilgos eilės pas specialistus,tai nesusiję su projektu.	Ženkliai pailgėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	3	4	1	2
8.	Antriniame	Nepasikeitė.	Dažniausi nusiskundimai dėl personalo dėmesio pacientui stokos, turinys analogiškas	Nepasikeitė.	Sumažėjo	Pagerėjo;	2	3	1	4
9.	Antriniame	Nepasikeitė.	Pasikeitė, nes šiuo metu sąlygos (patalpos, aparatūros) yra, bet gydytojų specialistų jau trūksta	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Ženkliai pagerėjo;	3	4	1	2
10.	Pirminiame	Sumažėjo;	būdavo žodiniai nusiskundimai įstaigos estetiniu vaizdu ir ribotu pritaikomumu paslaugoms teikti	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Ženkliai pagerėjo;	1	4	2	3
11.	Antriniame	Sumažėjo;	dėl netinkamos paslaugų kokybės	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Ženkliai pagerėjo;	2	4	1	3
12.	Antriniame	Sumažėjo;	Nori dažniau gydytis stacionare ir ilgesnį laiką	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	3	4	1	2
13.	Antriniame	Ženkliai sumažėjo;	Gaudavome pastabas iš pacientų dėl eilių patekimui pas gydytojus konsultantus. Eilės sumažėjo.	Sutrumpėjo;	Ženkliai sumažėjo;	Pagerėjo;	3	4	1	2
14.	Pirminiame	Sumažėjo;	per šį laikotarpį nusiskundimų negavau	Ženkliai sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	2	3	1	4
15.	Antriniame	Nepasikeitė.	Tik dėl eilių pas specialistus	Nepasikeitė.	Padidėjo;	Nepasikeitė.	2	3	1	4
16.	Antriniame	Nepasikeitė.	Raiščių skundų neturime, tačiau piktų pacientų, kurie paslaugą nori gauti tą pačią dieną pasitaiko.	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	3	1	2	4
17.	Antriniame	Nepasikeitė.	Raščių nusiskundimų neturime, tačiau kuo nors nepatenkintų pacientų visada būna(pvz.paslaugą nori gauti tą pačią dieną, nors yra eilė)	Nepasikeitė.	Sumažėjo	Pagerėjo;	3	2	1	4
18.	Antriniame	Nepasikeitė.	Dažniausiai pacientai skundžiasi sveikatos priežiūros specialistų nekultūringu elgesiu ir gautų paslaugų kokybe. Taip pat informacijos apie susirgimo priežastis ir galimus gydymo būdus stoka.	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	1	4	2	3

Eil. Nr.	Kuriame sveikatos paslaugų lygyje dirbate?	Ar padidėjo gyventojų nusiskundimų sveikatos priežiūros paslaugomis po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo?	Kokius dažniausius nusiskundimus sveikatos priežiūros paslaugomis gavote 2007–2013 m. laikotarpiu? Ar skundų priežastys pasikeitė po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo?	Ar po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo pailgėjo pacientų laukimo laikas nuo registracijos iki paslaugos gavimo?	Ar po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo siuntimų į kitas sveikatos priežiūros įstaigas, negalint suteikti reikiamų sveikatos priežiūros paslaugų?	Kaip vertinate, kad po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo pasikeitė institucijos, kurioje dirbate, teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė?	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Mažas laukimo laikas gautai paslauga;]	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Aukšta paslaugos kokybė, atitinkanti gyventojų poreikius ir užtikrina tokius rezultatus, kurių pageidauja pacientai;]	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Ligoninės infrastruktūra;]	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Medicinos darbuotojų skiriamas dėmesys.]
19.	Antriniame	Sumažėjo;	jokių	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Ženkliai pagerėjo;	3	4	1	2
20.	Antriniame	Nepasikeitė.	Skundų negavome	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	4	2	1	3
21.	Antriniame	Sumažėjo;	Kadangi buvo kompiuterizuotas ir visai pertvarkytas konsultacijų registratūros darbas, daugiausia nusiskundimų dėl per lėto registratorių darbo arba dėl internetinių trikdžių.	Nepasikeitė.	Sumažėjo	Pagerėjo;	2	4	1	3
22.	Antriniame	Sumažėjo;	buvo skundų dėl didelių eilių. Skundų priežastys nepasikeitė, tačiau skundų sumažėjo.	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	3	4	1	2
23.	Antriniame	Sumažėjo;	Reikia palaukti	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	4	2	1	3
24.	Antriniame	Sumažėjo;	Nusiskundimai, dėl šaltų patalpų. Šių skundų neliko, patalpos šiltos.	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	2	3	1	4
25.	Antriniame	Nepasikeitė.	Šaltos patalpos.	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	1	4	2	3
26.	Antriniame	Nepasikeitė.	eilės pas specialistus	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	1	4	3	2
27.	Antriniame	Sumažėjo;	negavome	Nepasikeitė.	Sumažėjo	Ženkliai pagerėjo;	1	2	3	4
28.	Antriniame	Nepasikeitė.	trūksta personalo dėmesio	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	4	3	2	1
29.	Antriniame	Sumažėjo;	nepasikeitė	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Ženkliai pagerėjo;	2	4	3	1
30.	Antriniame	Sumažėjo;	nepasikeitė	Pailgėjo;	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	4	1	3	2
31.	Antriniame	Nepasikeitė.	didelės eilės pas kai kuriuos gyd. specialistus.	Pailgėjo;	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	3	2	1	4
32.	Antriniame	Sumažėjo;	Nusiskundimu negavome.	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	2	4	1	3
33.	Antriniame	Nepasikeitė.	Ilgas laukimas registratūroje kol bus užvesta forma 025	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	4	2	1	3
34.	Antriniame	Padidėjo;	Nebuvo	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Pagerėjo;		4		
35.	Pirminiame	Nepasikeitė.	Negavome.	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	1	4	2	3
36.	Pirminiame	Nepasikeitė.	Negavome	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	1	4	2	3
37.	Antriniame	Sumažėjo;	Dėl vaizdų ryškumo	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	3	4	1	2
38.	Antriniame	Nepasikeitė.	Paslaugos gavimo eiles, laukiant specialisto konsultavimo ir gydymo. Nepasikeitė.	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	3	4	1	2
39.	Pirminiame	Sumažėjo;	2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė paramos įgyvendinimo laikotarpiu nusiskundimų nebuvo.	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	3	2	1	4
40.	Antriniame	Sumažėjo;	Ilgas pacientų laukimo laikas, kad gauti paslaugą.	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	4	3	1	2
41.	Antriniame	Sumažėjo;	gydytoju trukumas ir dideles eiles.	Nepasikeitė.	Padidėjo;	Pagerėjo;	1	4	2	3
42.	Antriniame	Sumažėjo;	Po ES struktūrinės paramos projektų įgyvendinimo nusiskundimų paslaugomis labai sumažėjo, išskyrus dėl trūkstamų ligoninėje gydytojų specialistų.	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	4	3	2	1
43.	Antriniame	Sumažėjo;	Skundu nesulaukdavom.	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	4	2	1	3
44.	Antriniame	Sumažėjo;	Nebuvo	Sutrumpėjo;	Padidėjo;	Ženkliai pagerėjo;	1	4	2	3
45.	Pirminiame	Sumažėjo;	Skundų negavau	Ženkliai	Ženkliai	Ženkliai pagerėjo;	1	4	3	2

Eil. Nr.	Kuriame sveikatos priežiūros paslaugų lygyje dirbate?	Ar padidėjo gyventojų nusiskundimų sveikatos priežiūros paslaugomis po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo?	Kokius dažniausius nusiskundimus sveikatos priežiūros paslaugomis gavote 2007–2013 m. laikotarpiu? Ar skundų priežastys pasikeitė po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo?	Ar po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo pailgėjo pacientų laukimo laikas nuo registracijos iki paslaugos gavimo?	Ar po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo siuntimų į kitas sveikatos įstaigas, negalint suteikti reikiamų sveikatos priežiūros paslaugų?	Kaip vertinate, kad po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo pailgėjo pacientų laukimo laikas gaunant paslaugą?	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Mažas laukimo laikas gaunant paslaugą;]	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Aukšta paslaugos kokybė, atitinkanti gyventojų poreikius ir užtikrina tokius rezultatus, kurių pageidauja pacientai;]	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Ligoninės infrastruktūra;]	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Medicinos darbuotojų skiriamas dėmesys.]
				sutrumpėjo;	sumažėjo;					
46.	Antriniame	Sumažėjo;	Dažniausia nusiskundimai dėl personalo dėmesio stokos.	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;		4		
47.	Tretiniame	Nepasikeitė.	Pagrindinis nusiskundimas - eilės.	Ženkliai sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Ženkliai pagerėjo;	1	4	2	3
48.	Antriniame	Ženkliai sumažėjo;	Pasitaikė skundų dėl neteikiamų reabilitacijos hidroterapijos paslaugų, tačiau įgyvendinus ES finansuojamą projektą šios paslaugos ligoninėje yra teikiamos ir pacientai jas gali gauti neišvykdami iš savo miesto, praktiškai suderindami darbo ir ambulatorinio gydymo laiką.	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Ženkliai pagerėjo;	1	4	2	3
49.	Antriniame	Nepasikeitė.	nepasikeitė	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	2			
50.	Antriniame	Nepasikeitė.	skundų priežastys nepasikeitė - pacientai dažniausiai skundžiasi tuo, kad paslaugų kokybė neatitinka jų lūkesčių	Nepasikeitė.	Sumažėjo	Ženkliai pagerėjo;	2	4	1	3
51.	Antriniame	Sumažėjo;	Priežastys tos pačios - reikia ilgai laukti pas specialistą	Sutrumpėjo;	Ženkliai sumažėjo;	Ženkliai pagerėjo;	2	4	1	3
52.	Pirminiame	Sumažėjo;	-	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	3	4	1	2
53.	Antriniame	Nepasikeitė.	Nepasikeitė	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	4	3	1	2
54.	Pirminiame	Sumažėjo;	Dėl aplinkos (patalpų), pasenusios įrangos, eilių...	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	3	2	1	4
55.	Pirminiame	Sumažėjo;	Eilės	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Nepasikeitė.	4	2	1	3
56.	Pirminiame	Sumažėjo;	-	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	4	1	2	3
57.	Pirminiame	Sumažėjo;	nėra	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	4	2	1	3
58.	Pirminiame	Sumažėjo;	-	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Ženkliai pagerėjo;	1	3	2	4
59.	Antriniame	Ženkliai sumažėjo;	Nepatogumai dėl remonto	Nepasikeitė.	Ženkliai sumažėjo;	Pagerėjo;	3	2	1	4
60.	Antriniame	Sumažėjo;	Ilgos eilės pas specialistus	Sutrumpėjo;	Ženkliai sumažėjo;	Pagerėjo;	2	4	1	3
61.	Antriniame	Ženkliai sumažėjo;	Iki projekto įgyvendinimo trūko medicininės įrangos, tinkamai įrengtų patalpų	Sutrumpėjo;	Ženkliai sumažėjo;	Ženkliai pagerėjo;	4	2	1	3
62.	Antriniame	Nepasikeitė.	Jokių nusiskundimų sveikatos priežiūros paslaugomis negavau ir negaunu.	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	3	4	1	2
63.	Antriniame	Ženkliai sumažėjo;	Per ilgą pacientų laukimo laiką nuo registracijos iki paslaugos gavimo.Nepasikeitė.	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Ženkliai pagerėjo;	2	4	1	3
64.	Pirminiame	Sumažėjo;	Dažniausias skundas - laukimas eilėje vizito	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	3	4	1	2
65.	Pirminiame	Nepasikeitė.	Dėl eilių asmens sveikatos priežiūros paslaugoms. Nepasikeitė.	Sutrumpėjo;	Ženkliai sumažėjo;	Pagerėjo;	4	3	1	2
66.	Antriniame	Sumažėjo;	Ilgos laukimo eilės pas gydytoją, specialistų trūkumas-	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Ženkliai pagerėjo;	3	4	1	2

Eil. Nr.	Kuriame sveikatos priežiūros paslaugų lygyje dirbate?	Ar padidėjo gyventojų nusiskundimų sveikatos priežiūros paslaugomis po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo?	Kokius dažniausius nusiskundimus sveikatos priežiūros paslaugomis gavote 2007–2013 m. laikotarpiu? Ar skundų priežastys pasikeitė po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo?	Ar po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo pailgėjo laukimo laikas nuo registracijos iki paslaugos gavimo?	Ar po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo sumažėjo laukimo laikas nuo registracijos iki paslaugos gavimo?	Kaip vertinate, kad po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo pasikeitė institucijos, kurioje dirbate, teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė?	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Mažas laukimo laikas gautai paslaugai;]	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Aukšta paslaugos kokybė, atitinkanti gyventojų poreikius ir užtikrina tokius rezultatus, kurių pageidauja pacientai;]	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Ligoninės infrastruktūra;]	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Medicinos darbuotojų skiriamas dėmesys.]
			nusiskundimai tie patys, žmonės nori gauti paslaugas greitai, vietoje ir kokybiškai.							
67.	Antriniame	Nepasikeitė.	Dėl didelio medicinos personalo krūvio ne visada pakankamas dėmesys pacientui, eilės. Skundų priežastys nepasikeitė	Nepasikeitė.	Sumažėjo	Ženkliai pagerėjo;	4	2	1	3
68.	Pirminiame	Sumažėjo;	nesiskundė	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	4	3	1	2
69.	Antriniame	Nepasikeitė.	laukimo eilės, dėl gydytojų apkrovimo nepakankamai laiko skiriama bendravimui su pacientu,	Nepasikeitė.	Sumažėjo	Ženkliai pagerėjo;	2	4	1	3
70.	Antriniame	Padidėjo;	dėl gydytojų laiko stokos bendraujant su pacientais, medicininės reabilitacijos paslaugų gavimo ribojimas suaugusiems pacientams.	Pailgėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	2	3	1	4
71.	Antriniame	Sumažėjo;	per dideles eiles	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Suprastėjo;	4	3	2	1
72.	Antriniame	Sumažėjo;	per dideles eiles	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Suprastėjo;	4	3	2	1
73.	Antriniame	Sumažėjo;	per dideles eiles	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Suprastėjo;	4	3	2	1
74.	Pirminiame	Ženkliai padidėjo;	Pacientai skundžiasi, kad negali laiku gauti sveikatos priežiūros paslaugų	Pailgėjo;	Padidėjo;	Pagerėjo;	2	3	1	4
75.	Pirminiame	Sumažėjo;	Dėl paslaugų spektro plėtos. Taip pasikeitė.	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	4	3	2	1
76.	Pirminiame	Ženkliai sumažėjo;	skundų sumažėjo	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	3	2	1	4
77.	Pirminiame	Nepasikeitė.	Nusiskundimų nebuvo	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	2	4	1	3
78.	Pirminiame	Nepasikeitė.	nebuvo nusiskundimų	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	3	4	1	2
79.	Pirminiame	Nepasikeitė.	Skundų nebuvo gauta.	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Ženkliai pagerėjo;	3	4	1	2
80.	Pirminiame	Nepasikeitė.	Skundai nebuvo gauti	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Ženkliai pagerėjo;	4	3	2	1
81.	Antriniame	Ženkliai sumažėjo;	Nusiskundimai buvo dėl psichosocialinės reabilitacijos paslaugų trūkumo. Įgyvendinus projektą, pagal poreikį, paslaugos prieinamos.	Ženkliai sutrumpėjo;	Ženkliai sumažėjo;	Ženkliai pagerėjo;	2	4	1	3
82.	Pirminiame	Sumažėjo;	Negavome	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	4	1	2	3
83.	Tretiniame	Nepasikeitė.	Skundų priežastys po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Ženkliai sumažėjo;	Ženkliai pagerėjo;	1	4	2	3
84.	Antriniame	Sumažėjo;	Didelės eilės visuose lygiuose	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Ženkliai pagerėjo;	2	4	1	3
85.	Pirminiame	Nepasikeitė.	Negavome	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Ženkliai pagerėjo;	2	4	1	3
86.	Pirminiame	Nepasikeitė.	Nėra	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Ženkliai pagerėjo;	2	4	1	3
87.	Tretiniame	Sumažėjo;	Pacientai labiau patenkinti teikiamų paslaugų kokybe.	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	3	4	1	2
88.	Antriniame	Sumažėjo;	Dėl per didelių eilių pas gydytojus. Dėl to kad privalo pacientas pirmiausiai gauti siuntimą iš šeimos gydytojo, o negali tiesiai ateiti į antrini lygi pas specialistą.	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Ženkliai pagerėjo;	1	3	4	2

Eil. Nr.	Kuriame sveikatos priežiūros paslaugų lygyje dirbate?	Ar padidėjo gyventojų nusiskundimų sveikatos priežiūros paslaugomis po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo?	Kokius dažniausius nusiskundimus sveikatos priežiūros paslaugomis gavote 2007–2013 m. laikotarpiu? Ar skundų priežastys pasikeitė po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo?	Ar po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo pailgėjo laukimo laikas nuo registracijos iki paslaugos gavimo?	Ar po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo padaugėjo siuntimų į kitas sveikatos priežiūros įstaigas, negalint suteikti reikiamų sveikatos priežiūros paslaugų?	Kaip vertinate, kad po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo pasikeitė institucijos, kurioje dirbate, teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė?	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Mažas laukimo laikas gaunant paslaugą;]	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Aukšta paslaugos kokybė, atitinkanti gyventojų poreikius ir užtikrina tokius rezultatus, kurių pageidauja pacientai;]	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Ligoninės infrastruktūra;]	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Medicinos darbuotojų skiriamas dėmesys.]
89.	Antriniame	Ženkliai sumažėjo;	mažas finansavimas	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	4	2	1	3
90.	Antriniame	Nepasikeitė.	Nusiskundimu negavome.	Ženkliai sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Pagerėjo;		4		
91.	Antriniame	Nepasikeitė.	Pailgėjo eilės pas specialistus; pacientai pradėjo daugiau reikalauti išplėstinių konsultacijų pas specialistus su didesniu kiekiu tyrimų.	Pailgėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	3	4	1	2
92.	Tretiniame	Nepasikeitė.	Skundų nebuvo.	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Ženkliai pagerėjo;	3	4	1	2
93.	Pirminiame	Nepasikeitė.	Jokių.	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Ženkliai pagerėjo;	2	4	1	3
94.	Antriniame	Sumažėjo;	daugiausiai gaudavome skundu kad trūksta antriniame lygyje dirbančių gydytoju specialistu(endokrinologu, traumatologu, akušerių-ginekologu) po projekto įgyvendinimo skundų ženkliai sumazejo.	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Ženkliai pagerėjo;	4	3	1	2
95.	Antriniame	Ženkliai sumažėjo;	Projekto pradžioje ambulatorines paslaugas teikė ribotas kiekis specialistų ir tai netenkino pacientų lūkesčių. Šiuo metu skundų neturime, specialistų pakanka.	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	3	4	1	2
96.	Antriniame	Sumažėjo;	Kartais per ilgai tenka laukti planinės medicinos pagalbos.Paciento nuomone per anksti išrašomas iš stacionaro.Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Sumažėjo	Pagerėjo;	4	2	3	1
97.	Antriniame	Sumažėjo;	Del gydytoju specialistu trūkumo	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Ženkliai pagerėjo;	3	4	1	2
98.	Antriniame	Ženkliai sumažėjo;	Skundu negauta	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Ženkliai pagerėjo;	3	4	1	2
99.	Antriniame	Sumažėjo;	ligonių eilės pas konsultantus.skundų priežastys nepasikeitė.	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	4	3	1	2
100.	Antriniame	Nepasikeitė.	Nepatenka konsultacijai pas norimą specialistą per 1-2 dienas,nesiunčia paciento reikalavimu brangiems tyrimams(BMRT ir pan.),neguldo pacientui ar artimiesiems reikalaujant į stacionarą,nemandagiai bendrauja ir pan.	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	1	4	2	3
101.	Antriniame	Ženkliai padidėjo;	skundai dėl didelių eilių patekti pas specialistus,netobula,dažnai stringanti ir neveikianti el.sistema	Pailgėjo;	Nepasikeitė.	Suprastėjo;	4	3	1	2
102.	Antriniame	Ženkliai sumažėjo;	Dažniausi skundai dėl ilgų eilių pas gydytojus. Sumažėjo skundų dėl paslaugų kokybės	Nepasikeitė.	Sumažėjo	Ženkliai pagerėjo;	3	4	1	2
103.	Pirminiame	Padidėjo;	vaistu kainos dėl vaitu israsymo knygutese	Nepasikeitė.	Padidėjo;	Pagerėjo;	4	3	1	2
104.	Pirminiame	Nepasikeitė.	Daugiausiai skundžiasi dėl laukimo laiko pas gydytojus. Skundų priežasčių pasikeitimo nepastebėjau	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	2	4	1	3
105.	Pirminiame	Sumažėjo;	Pasitaiko skundų dėl pacientų požiūriu nepakankamo medicinos darbuotojų dėmesio jiems, nors įsigilinus dažnai tai būna netiesa.	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	3	4	1	2

Eil. Nr.	Kuriame sveikatos priežiūros paslaugų lygyje dirbate?	Ar padidėjo gyventojų nusiskundimų sveikatos priežiūros paslaugomis po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo?	Kokius dažniausius nusiskundimus sveikatos priežiūros paslaugomis gavote 2007–2013 m. laikotarpiu? Ar skundų priežastys pasikeitė po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo?	Ar po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo pailgėjo pacientų laukimo laikas nuo registracijos iki paslaugos gavimo?	Ar po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo sumažėjo pacientų laukimo laikas nuo registracijos iki paslaugos gavimo?	Kaip vertinate, kad po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo pasikeitė institucijos, kurioje dirbate, teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė?	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Mažas laukimo laikas gaunant paslaugą;]	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Aukšta paslaugos kokybė, atitinkanti gyventojų poreikius ir užtikrina tokius rezultatus, kurių pageidauja pacientai;]	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Ligoninės infrastruktūra;]	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Medicinos darbuotojų skiriamas dėmesys.]
106.	Pirminiame	Nepasikeitė.	Mano darbe nusiskundimų nebuvo.	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	3	4	1	2
107.	Antriniame	Nepasikeitė.	Nebuvo	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	1	2	4	3
108.	Antriniame	Nepasikeitė.	Nepasitaikė	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	2	4	1	3
109.	Antriniame	Nepasikeitė.	Nusiskundimų negavau	Ženkliai sutrumpėjo;	Ženkliai sumažėjo;	Ženkliai pagerėjo;	4	2	1	3
110.	Pirminiame	Sumažėjo;	Negalima tą pačią dieną patekti pas specialistus, kadangi ne kiekvieną dieną dirba.	Sutrumpėjo;	Ženkliai sumažėjo;	Ženkliai pagerėjo;	3	4	1	2
111.	Pirminiame	Sumažėjo;	Ilgas paslaugos laukimo laikas. Mažiau skundų dėl paslaugų kokybės.	Nepasikeitė.	Sumažėjo	Pagerėjo;	3	4	1	2
112.	Antriniame	Nepasikeitė.	Nebuvo	Sutrumpėjo;	Ženkliai sumažėjo;	Ženkliai pagerėjo;	4	3	1	2
113.	Pirminiame	Ženkliai sumažėjo;	Ilgas laukimas pas specialistus	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	4	3	1	2
114.	Pirminiame	Nepasikeitė.	Ilgas laukimo laikas pas gydytojus odontologus	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	4	3	1	2
115.	Antriniame	Sumažėjo;	Nusiskundimų negavau.	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Ženkliai pagerėjo;	4	3	1	2
116.	Pirminiame	Ženkliai sumažėjo;	Ilgas laukimo laikas norint gauti slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas ligoninėje	Ženkliai sutrumpėjo;	Ženkliai sumažėjo;	Ženkliai pagerėjo;	4	3	1	2
117.	Pirminiame	Sumažėjo;	Daugiau skundų buvo dėl to kad pas odontologus sunku patekti ir specialistus. Po projekto įgyvendinimo skundų priežastys pasikeitė.	Sutrumpėjo;	Ženkliai sumažėjo;	Ženkliai pagerėjo;	4	3	1	2
118.	Antriniame	Sumažėjo;	kad ilgai reikia laukti pas specialistus	Sutrumpėjo;	Ženkliai sumažėjo;	Ženkliai pagerėjo;	4	2	1	3
119.	Antriniame	Ženkliai sumažėjo;	ilgai laukti registracijos	Ženkliai sutrumpėjo;	Sumažėjo	Ženkliai pagerėjo;	4	2	1	3
120.	Antriniame	Nepasikeitė.	Gydytojų specialistų trūkumas.	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	4			
121.	Antriniame	Sumažėjo;	ilgai laukti paslaugos, pasikeitė	Ženkliai sutrumpėjo;	Sumažėjo	Ženkliai pagerėjo;	4	2	1	3
122.	Antriniame	Nepasikeitė.	Eilės pas gydytojus.	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Ženkliai pagerėjo;		4	3	2
123.	Antriniame	Sumažėjo;	per mažas procedūrų kiekis,	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	3	4	1	2
124.	Antriniame	Ženkliai sumažėjo;	ilgai laukti registracijos pas specialistus, pasikeitė	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Ženkliai pagerėjo;	4	2	1	3
125.	Antriniame	Nepasikeitė.	Skundų negavome.	Sutrumpėjo;	Ženkliai sumažėjo;	Ženkliai pagerėjo;	2	4	1	3
126.	Antriniame	Nepasikeitė.	Dažniausi nusiskundimai dėl ilgų eilių pas specialistus.	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	1	4	2	3
127.	Antriniame	Nepasikeitė.	Daugiausia nusiskundimų dėl ilgos laukimo trukmės pas gydytojus specialistus.	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	3	4	1	2
128.	Pirminiame	Sumažėjo;	Nusiskundimų negauta.	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Ženkliai pagerėjo;	1	4	3	2
129.	Antriniame	Ženkliai sumažėjo;	nusiskundimų sumažėjo, pagrindinės priežastys ilgesnės	Sutrumpėjo;	Ženkliai	Ženkliai pagerėjo;	3	4	1	2

Eil. Nr.	Kuriame sveikatos priežiūros paslaugų lygyje dirbate?	Ar padidėjo gyventojų nusiskundimų sveikatos priežiūros paslaugomis po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo?	Kokius dažniausius nusiskundimus sveikatos priežiūros paslaugomis gavote 2007–2013 m. laikotarpiu? Ar skundų priežastys pasikeitė po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo?	Ar po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo pailgėjo pacientų laukimo laikas nuo registracijos iki paslaugos gavimo?	Ar po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo siuntimų į kitas sveikatos priežiūros įstaigas, negalint suteikti reikiamų sveikatos priežiūros paslaugų?	Kaip vertinate, kad po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo pasikeitė institucijos, kurioje dirbate, teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė?	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Mažas laukimo laikas gautai paslauga;]	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Aukšta paslaugos kokybė, atitinkanti gyventojų poreikius ir užtikrina tokius rezultatus, kurių pageidauja pacientai;]	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Ligoninės infrastruktūra;]	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Medicinos darbuotojų skiriamas dėmesys.]
			eilės dėl atliekančio procedūras personalo stokos		sumažėjo;					
130.	Pirminiame	Sumažėjo;	Nėra	Sutrupėjo;	Sumažėjo	Ženkliai pagerėjo;	1	4	3	2
131.	Antriniame	Nepasikeitė.	Pagerėjo paslaugų kokybė	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	3	4	1	2
132.	Antriniame	Sumažėjo;	Pradiniu laikotarpiu dėl med. įrangos stygio pacientai skųdavosi dėl ilgų laukimo eilių, po projekto įgyvendinimo eilės ženkliai sumažėjo	Sutrupėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	4	3	2	1
133.	Antriniame	Nepasikeitė.	pacientai buvo nepatenkinti bendravimu	Nepasikeitė.	Padidėjo;	Nepasikeitė.	3	1	4	2
134.	Antriniame	Sumažėjo;	Ilgos eilės. Nepasikeitė.	Sutrupėjo;	Ženkliai sumažėjo;	Pagerėjo;	3	2	1	4
135.	Pirminiame	Ženkliai sumažėjo;	Nusiskundimų nebuvo.	Sutrupėjo;	Sumažėjo	Ženkliai pagerėjo;	1	4	2	3
136.	Antriniame	Nepasikeitė.	nepatenkinti eilemis pas gydytojus konsultantus, gydymo kokybe	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	4	2	1	3
137.	Antriniame	Nepasikeitė.	nepasikeitė	Nepasikeitė.	Sumažėjo	Pagerėjo;	2	4	1	3
138.	Antriniame	Sumažėjo;	negauta	Sutrupėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	1	3	4	2
139.	Pirminiame	Sumažėjo;	negavome	Sutrupėjo;	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	3	4	1	2
140.	Pirminiame	Sumažėjo;	negavom	Sutrupėjo;	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	4	2	1	3
141.	Pirminiame	Sumažėjo;	2007-2013m. laikotarpiu daugiau buvo skundų dėl sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės, o po 2007-2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projekto įgyvendinimo, pavieniai skundai dėl prieinamumo atostogų laikotarpiu, bei perdėtų pacientų lūkesčių ar nesuskalbėjimo su med. personalu.	Sutrupėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	2			
142.	Antriniame	Sumažėjo;	sumažėjo	Sutrupėjo;	Padidėjo;	Pagerėjo;	3	4	2	1
143.	Pirminiame	Sumažėjo;	skundų nebuvo	Sutrupėjo;	Nepasikeitė.	Ženkliai pagerėjo;	4	3	1	2
144.	Antriniame	Padidėjo;	negauta	Pailgėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	2	4	3	1
145.	Antriniame	Nepasikeitė.	Dažniausi nusiskundimai dėl bendravimo su ligoniais.	Sutrupėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	4	2	1	3
146.	Pirminiame	Sumažėjo;	nėra	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Ženkliai pagerėjo;	3	4	1	2
147.	Pirminiame	Sumažėjo;	-	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	3	4	1	2
148.	Pirminiame	Nepasikeitė.	-	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	2	4	1	3
149.	Antriniame	Nepasikeitė.	Ne	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	2	3	1	4
150.	Pirminiame	Nepasikeitė.	-	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Ženkliai pagerėjo;	2	4	1	3
151.	Antriniame	Nepasikeitė.	nepasikeitė	Sutrupėjo;	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	4	3	1	2
152.	Antriniame	Sumažėjo;	Nusiskundimai dėl ligonių priėmimo laiko.	Sutrupėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	3	4	1	2
153.	Antriniame	Sumažėjo;	Dažniausi skundai dėl nepakankamo dėmesio, elgesio problemų, negaunamų paslaugų. Sumažėjo skundų dėl negaunamų paslaugų.	Nepasikeitė.	Sumažėjo	Pagerėjo;	4	3	1	2

Eil. Nr.	Kuriame sveikatos priežiūros paslaugų lygyje dirbate?	Ar padidėjo gyventojų nusiskundimų sveikatos priežiūros paslaugomis po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo?	Kokius dažniausius nusiskundimus sveikatos priežiūros paslaugomis gavote 2007–2013 m. laikotarpiu? Ar skundų priežastys pasikeitė po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo?	Ar po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo pailgėjo pacientų laukimo laikas nuo registracijos iki paslaugos gavimo?	Ar po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo padaugėjo siuntimų į kitas sveikatos įstaigas, negalint suteikti reikiamų sveikatos priežiūros paslaugų?	Kaip vertinate, kad po 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos projektų (projekto) įgyvendinimo pasikeitė institucijos, kurioje dirbate, teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė?	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Mažas laukimo laikas gaunant paslaugą;]	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Aukšta paslaugos kokybė, atitinkanti gyventojų poreikius ir užtikrina tokius rezultatus, kurių pageidauja pacientai;]	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Ligoninės infrastruktūra;]	Prioriteto tvarka sunumeruokite, kurie iš šių aspektų svarbiausi pacientams? (1 - mažiau svarbu, 4 - labai svarbu) [Medicinos darbuotojų skiriamas dėmesys.]
154.	Antriniame	Sumažėjo;	Nusiskundimai dėl to, kad reikia laukti paslaugos, dėl bendravimo. Sumažėjo nusiskundimų dėl negaunamų paslaugų.	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	4	3	2	1
155.	Antriniame	Sumažėjo;	dažniausi nusiskundimai dėl bendravimo kultūros	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	2	3	1	4
156.	Tretiniame	Sumažėjo;	Pacientų skundų sumažėjo po paramos gavimo dėl prastos patalpų būklės.	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	1	4	2	3
157.	Pirminiame	Sumažėjo;	Gydytojų bendravimas, gydytojų suteiktos paslaugos kokybės skundai. Standartiniai skundai sveikatos priežiūros įstaigoms.	Ženkliai sutrumpėjo;	Sumažėjo	Ženkliai pagerėjo;	4	3	1	2
158.	Antriniame	Sumažėjo;	negavome	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	2	4	3	1
159.	Antriniame	Sumažėjo;	Didesnių nusiskundimų neturėjome per 2007–2013 m. laikotarpį	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;		4		
160.	Pirminiame	Sumažėjo;	negavome	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	3	2	1	4
161.	Antriniame	Sumažėjo;	negauta	Sutrumpėjo;	Sumažėjo	Pagerėjo;	2	3	4	1
162.	Pirminiame	Sumažėjo;	Nusiskundimų priežastys praktiškai nesikeičia daug metų, tai per ilgą laiką prie gydytojo kabineto	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Ženkliai pagerėjo;	2	4	1	3
163.	Pirminiame	Sumažėjo;	Dėl ilgo laukimo nuo registracijos iki paslaugos gavimo, dėl infrastruktūros	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Ženkliai pagerėjo;	3	4	1	2
164.	Antriniame	Padidėjo;	-----	Pailgėjo;	Padidėjo;	Nepasikeitė.	4	3	2	1
165.	Antriniame	Padidėjo;	-----	Pailgėjo;	Padidėjo;	Nepasikeitė.	4	3	2	1
166.	Antriniame	Padidėjo;	Prieinamumas	Pailgėjo;	Padidėjo;	Pagerėjo;	4	3	2	1
167.	Antriniame	Nepasikeitė.	Laukimo eilės	Pailgėjo;	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	4	3	2	1
168.	Antriniame	Padidėjo;	Viskuo nepatenkinti	Pailgėjo;	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	4	3	2	1
169.	Antriniame	Padidėjo;	Eilės	Ženkliai pailgėjo;	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	4	3	2	1
170.	Pirminiame	Sumažėjo;	-----	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Nepasikeitė.	3	4	1	2
171.	Pirminiame	Sumažėjo;	-----	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	3	4	1	2
172.	Pirminiame	Sumažėjo;	-----	Sutrumpėjo;	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	4	3	1	2
173.	Pirminiame	Nepasikeitė.	Laukimo pas gydytoją trukmė	Pailgėjo;	Nepasikeitė.	Pagerėjo;	4	3	2	1