

2022

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelis

Tyrimo „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelis“ ataskaitoje apžvelgiami tarptautinių organizacijų dokumentai, siekiant išsiaiškinti pagrindines tendencijas Europos ir kitose išsivysčiusiose šalyse, reaguojant į visuomenės senėjimą ir augantį sergamumą lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis; atliekama Danijos, Slovėnijos ir Lietuvos asmens sveikatos priežiūros teikimo modelių lyginamoji analizė, siekiant nustatyti galimybes šių šalių patirtį pritaikyti Lietuvoje. Atlikus alternatyvų (Slovėnijoje ir Danijoje taikomų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelių elementų adaptavimo Lietuvoje) poveikio vertinimą įvairiems vertinimo aspektams: (sveikatos apsaugos sistemos, viešiesiems finansams, paslaugų kokybei ir prieinamumui) pateikiamos rekomendacijos dėl Lietuvos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio tobulinimo.

Tyrimui vadovavo:

Gintarė Deržanauskienė

Ataskaitą parengė:

Gintarė Deržanauskienė, Giedrius Padvilikis, dr. Rima Vaitkienė, GMEI

Informacija tyrimo citavimui:

STRATA (2022). Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelis. Vyriausybės strateginės analizės centras.



Parengta vykdant projektą „Įrodymais grįsto valdymo kompetencijų centro įkūrimas“
(Nr.10.1.1 – ESFA – V – 912 – 01 – 0025)

Pasiūlymus, pastabas, komentarus prašome siųsti info@strata.gov.lt

Turinys

Santrumpos	3
Rekomendacija ir strateginiai siūlymai	4
Išvadas	6
Santrauka	8
1.ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS POKYČIŲ PRIELAIIDOS IR KRYPTYS	10
1.1. Asmens sveikatos priežiūros pokyčių prielaidos	11
1.2. Asmens sveikatos priežiūros kokybės sampratos pokyčiai	15
1.3. Lygių sveikatos priežiūros galimybių užtikrinimo būdai	18
1.4. Rekomendacijų ateities sveikatos priežiūros sistemų vystymui apžvalga	23
2.SLOVĖNIJOS IR DANIJOS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO MODELIAI IR JŲ ELEMENTŲ PRITAIKymo GALIMYBĖS LIETUVOJE	29
2.1. Veiksnių, darančių įtaką gyventojų sveikatai analizė Danijoje, Slovėnijoje ir Lietuvoje	29
2.2. Slovėnijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio apžvalga	35
2.2.1.Slovėnijos sveikatos priežiūros sistemos istorija	35
2.2.2.Sveikatos priežiūros sistema ir jos elementai	39
2.2.3.Slovėnijos pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai	42
2.2.4.Visuomenės sveikatos priežiūra Slovėnijoje	43
2.3. Danijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio apžvalga	45
2.3.1.Danijos sveikatos priežiūros sistemos istorija	45
2.3.2.Danijos sveikatos priežiūros sistema ir jos veikimo lygmenys	46
2.3.3.Paslaugos ir jų teikimo būdai Danijoje	48
2.3.4.Danija – skaitmeninės sveikatos pažangos lyderė	50
2.4. Lietuvos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio apžvalga	51
2.4.1.Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos organizavimas	51
2.4.2.Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros organizavimas	52
2.4.3.Sveikatos priežiūros specialistų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos reglamentavimas	53
2.4.4.Lietuvos sveikatos priežiūros elektroninė sistema ir duomenys	54
2.4.5.Išlaidos sveikatai	55
2.5. Danijos, Slovėnijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelių elementų pritaikymo galimybių Lietuvoje vertinimas	56
2.5.1.Danijos, Slovėnijos ir Lietuvos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelių palyginimas	56
2.5.2.Danijos ir Slovėnijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelių elementų pritaikymo Lietuvoje poveikio vertinimas	62
Išvados	71
Šaltiniai	73

Santrumpos

ASPJ – Asmens sveikatos priežiūros įstaiga

ataskaita – tyrimo „Bazinis asmens sveikatos priežiūros paslaugų paketas savivaldybei“ ataskaita

BVP – Bendrasis vidaus produktas

EBPO – Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija

EK – Europos Komisija

ES – Europos Sąjunga

GMEI – Gyvybės mokslų ir edukologijos institutas

LRV – Lietuvos Respublikos Vyriausybė

LSD – Lietuvos statistikos departamentas

Paslauga – asmens sveikatos priežiūros paslauga

PASP – pirminė asmens sveikatos priežiūra

pav. – paveikslas

PGP – perkamosios galios paritetas

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

Sveikatos apsaugos ministerija – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija

Tyrimas – tyrimas „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelis“

TLK – Teritorinė ligonių kasa

TR'19 – ES Tarybos rekomendacijos dėl 2019 m. Lietuvos nacionalinės reformų programos su Tarybos nuomone dėl 2019 m. Lietuvos stabilumo programos

TR'20 – ES Tarybos rekomendacijas dėl 2020 m. Lietuvos nacionalinės reformų programos su Tarybos nuomone dėl 2020 m. Lietuvos stabilumo programos

VLK – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

Rekomendacijos ir strateginiai siūlymai

Siekiant pagerinti Lietuvos sveikatos priežiūros rezultatus ir daryti teigiamą įtaką gyventojų sveikatai, atsižvelgiant į ataskaitoje atliktą apžvalgą (ataskaitos 1 skyrius) ir analizės rezultatus (ataskaitos 2 skyrius), teikiama rekomendacijos ir strateginiai siūlymai (1 lentelė):

1 lentelė. Rekomendacijos ir strateginiai siūlymai, veiksmai, atsakinga institucija

Eil. Nr.	Rekomendacija („daryk tai“) arba Strateginis siūlymas („žinok tai“)	Veiksmas	Atsakinga institucija
1.	Rekomendacija. Tobulinti Lietuvos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelį adaptuojant veiksmų grafoje nurodytus Slovėnijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio elementus.	Priimti sprendimus dėl visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų integravimo (pvz., Savivaldybės sveikatos centre). Tai leistų tikslingai, taikant vieno langelio principą, derinti atitinkamas visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Savivaldybių sveikatos centrų, kurių veikla būtų nukreipta į tikslingą visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų integravimą, steigimas Lietuvoje būtų tikslingas. Tai padėtų gerinti prevencinėmis priemonėmis ir sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodiklius, pailginti Lietuvos gyventojų gyvenimo trukmę, žmonių darbingumą. Siekiant įsitikinti tokio sprendimo sėkme rekomenduojama šį siūlymą pirmiausia įgyvendinti pasirinktoje vienoje ar keliose savivaldybėse. Pasiteisinus sprendimui – jį multiplikuoti kitose savivaldybėse Lietuvos mastu.	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (lyderystė).
2.		Priimti sprendimus, kuriais būtų įgalinta visuotinai vykdoma sveikatos priežiūros paslaugų koordinavimo funkcija. Tai ilgintų žmonių gyvenimo trukmę, pagerintų savo sveikatos vertinimą, sumažintų sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodiklius, o taip pat užtikrintų lygias teises į sveikatos priežiūros paslaugas visiems gyventojams.	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.

3.		Plėtoti dienos stacionaro paslaugas. Tai leistų sumažinti stacionarinio gydymo apimtį.	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos.
4.	Strateginis siūlymas. Sutelkti ligoninių steigimo, valdymo, paslaugų organizavimo apmokėjimo funkcijas ir atsakomybę už teikiamas paslaugas viename valdymo lygmenyje (nacionaliniame arba regionų).	Inicijuoti sprendimus dėl ligoninių steigimo, valdymo, paslaugų organizavimo apmokėjimo ir atsakomybės sutelkimo viename lygyje (nacionaliniame arba regionų). Tai leistų padidinti ligoninių tinklo valdymo efektyvumą.	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (inicijuoja sprendimą), pagal kompetenciją dalyvauja: Lietuvos Respublikos Vyriausybės kanceliarija, Lietuvos Respublikos Seimo kanceliarija*.
5.	Strateginis siūlymas. Plėtoti informacinių technologijų, jų sistemų, duomenų naudojimą sveikatos priežiūros srityje.	Plėtoti informacinių technologijų, informacinių sistemų bei duomenų naudojimą sveikatos priežiūros srityje, sistemos efektyvesniam darbui ir sprendimų priėmimui pagrįsti. Tai leistų didinti sveikatos sistemos veiklos skaidrumą ir sudarytų sąlygas didinti paslaugų kokybę.	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (inicijuoja sprendimą), pagal kompetenciją dalyvauja: VĮ „Registų centras“, Lietuvos Respublikos susisiekimo ministerija einanti VĮ „Registų centro“ savininkės pareigas, Lietuvos statistikos departamentas, Lietuvos Respublikos Vyriausybė kaip Lietuvos statistikos departamento steigėja.
6.	Strateginis siūlymas. Didinti sveikatos sistemai skiriamą lėšų kiekį.	Inicijuoti sprendimus dėl sveikatos sistemos finansavimo didinimo, palapnsniui siekiant, kad sveikatos apsaugai skiriamos lėšos, tenkančios vienam Lietuvos gyventojui, ir sveikatos apsaugai skiriamų lėšų dalis bendrajame vidaus produkte artėtų prie vidutinio ES šalių atitinkamų rodiklių. Tai sukurtų sąlygas spartesniam proveržiui siekiant sveikatos sistemos tikslų.	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (inicijuoja sprendimą).

* tuo atveju, jei teisės akto projektui pritaria Lietuvos Respublikos Vyriausybė

Šaltinis: STRATA

Įvadas

Siekiant prisitaikyti prie besikeičiančios situacijos, demografinių pokyčių ir augančių pacientų lūkesčių gauti savalaikį ir kokybišką gydymą bei saugias sveikatos priežiūros paslaugas, sudaryti vienodas sąlygas regionuose visiems gyventojams laiku gauti reikalingas ir kokybiškas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (toliau ir – Paslauga), taip pat siekiant efektyviai išnaudoti asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau ir – ASPĮ) infrastruktūrą bei žmogiškuosius išteklius, tikslinga išgryninti optimaliausią Paslaugų teikimo modelį.

Lietuvos valstybės institucijos jau patvirtino kai kuriuos dokumentus, kuriuose numatyti Lietuvos sveikatos sistemos pokyčiai. Pvz., Ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo plano „Naujos kartos Lietuva“¹ viename iš komponentų „Atspari grėsmėms ir pasirengusi ateities iššūkiams sveikatos priežiūros sistema“ numatytos 3 reformos:

- 1) Paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas bei inovacijų skatinimas;
- 2) Ilgalaikės priežiūros paslaugų teikimo reforma;
- 3) Sveikatos sistemos atsparumo dirbti ekstremalioms situacijoms sisteminis stiprinimas.

Šių reformų tikslas – didinti sveikatos sistemos tvarumą ir atsparumą sukrėtimams, įgalinant lanksčiau reaguoti į besikeičiančius aplinkos veiksnius ir demografinius pokyčius. Priemonės nukreiptos į visų sveikatos priežiūros sistemos grandžių bendradarbiavimo efektyvinimą, užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros stiprinimą, efektyvesnį išteklių naudojimą ir nuotolinių ir personalizuotų sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą. Tikslai atitinka – Europos Sąjungos (toliau – ES) Tarybos rekomendacijas²: „Gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, įperkamumą ir sistemos efektyvumą“ ir „Didinti sveikatos sistemos atsparumą, be kita ko, sutelkiant adekvatų finansavimą ir sprendžiant sveikatos priežiūros darbuotojų ir svarbių medicinos reikmenų trūkumo problemą“.³ ir „stiprinti pirminę ir profilaktinę sveikatos priežiūrą“⁴.

Aštuonioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės (toliau – LRV) programos nuostatų įgyvendinimo plane⁵ numatytas įgyvendinti vienas iš LRV programos projekto „Visuomenės sveikatos stiprinimas“ veiksmų Nr. 4.1.13: „Parengti bazinį visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelį, sudarantį vienodas sąlygas regionuose visoms visuomenės grupėms, ypač pažeidžiamiems ir socialinės atskirties asmenims, laiku gauti reikalingas ir kokybiškas visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros paslaugas (suorganizavus viešąsias konsultacijas su socialiniais partneriais)“.

Siekiant šio veiksmo įgyvendinimo Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Sveikatos apsaugos ministerija) užsakymu Vyriausybės strateginės analizės centras (toliau – STRATA) atliko tyrimą „**Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelis**“ (toliau – Tyrimas).

Tyrimo tikslas: parengti rekomendacijas dėl Lietuvoje taikomo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio tobulinimo, siekiant sudaryti vienodas sąlygas regionuose visiems gyventojams laiku gauti reikalingas ir kokybiškas Paslaugas.

Uždaviniai:

1. Atlikti oficialiai prieinamos informacijos kitose šalyse analizę. Pagrindiniai objektai: sveikatos priežiūros ateitis, sveikatos priežiūros kokybės principai, lygių sveikatos priežiūros galimybių užtikrinimas, planuojamos rekomendacijos, dokumentai Europos Sąjungoje (ataskaitos 1 skyrius).

¹ Ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo planas „Naujos kartos Lietuva“. Prieiga internetu: [https://finmin.lrv.lt/lt/es – ir – kitos – investicijos/naujos – kartos – lietuva](https://finmin.lrv.lt/lt/es-ir-kitos-investicijos/naujos-kartos-lietuva)

² Europos Tarybos rekomendacijos dėl 2019 m. Lietuvos nacionalinės reformų programos su Tarybos nuomone dėl 2019 m. Lietuvos stabilumo programos (toliau – TR'19) ir Europos Tarybos rekomendacijos dėl 2020 m. Lietuvos nacionalinės reformų programos su Tarybos nuomone dėl 2020 m. Lietuvos stabilumo programos (toliau – TR'20)

³ Ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo planas „Naujos kartos Lietuva“.

⁴ ES Tarybos rekomendacijos dėl 2022 m. Lietuvos nacionalinės reformų programos su Tarybos nuomone dėl 2022 m. Lietuvos stabilumo programos. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/2022-european-semester-csr-lithuania_lt.pdf

⁵ Prieiga internetu: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/d698ded086fe11eb9fecb5ecd3bd711c>

2. Išnagrinėti 2 asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelius kitose šalyse (Danija, Slovėnija) ir įvertinti galimybes pritaikyti jų patirtį Lietuvoje (ataskaitos 2 skyrius).

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio tobulinimas (toliau – Sprendimas), kuris yra vienas iš būdų pagerinti Lietuvos gyventojų sveikatos rodiklius: tikėtinos gyvenimo trukmės (75,1 m.), prevencijos priemonėmis išvengiama mirtingumo (293 mirčių 100 000 gyventojų) ir gydymo priemonėmis išvengiama mirtingumo (186 mirčių 100 000 gyventojų) rodiklius (atitinkamai, kurie Lietuvoje stipriai atsilieka nuo Europos Sąjungos šalių (atitinkamai 80,6 m.; 160 mirčių 100 000 gyventojų ir 92 mirčių 100 000 gyventojų) (2018 m. duomenys; ataskaitos 2.1 skyrius).

Atliekant Tyrimą naudojama įrodymais grįsto valdymo priemonė – **sprendimo poveikio vertinimas**.

Tyrimo klausimas: kurias asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio tobulinimo kryptis, yra tikslinga įgyvendinti, siekiant sudaryti vienodas sąlygas regionuose visiems gyventojams laiku gauti reikalingas ir kokybiškas asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

Tyrimo metodai: apžvelgiant sveikatos priežiūros ateities tendencijas, sveikatos priežiūros kokybės principus, lygių sveikatos priežiūros galimybių užtikrinimo aspektus, Europos Sąjungos šalims teikiamas rekomendacijas bei nagrinėjant ir lyginant Danijos, Slovėnijos ir Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelius ir jų elementus, naudojami šie metodai:

- Kokybiniai duomenų rinkimo ir analizės metodai: **dokumentų** (teisės aktai) ir **antrinių šaltinių** (moksliniai straipsniai, monografijos, studijos, ataskaitos, rekomendacijos, gairės ir pan.) **analizės**, atskirų šalių patirties pavyzdžių (**atvejų**) **studijos**, **lyginamoji analizė**, **ekspertinis vertinimas**.

Tyrimo ataskaitą sudaro du skyriai:

- Ataskaitos 1 skyriuje pateikiami Tyrimo 1 uždavinio vykdymo rezultatai. Jame pateikiama literatūros analizė – apžvelgiamos sveikatos priežiūros ateities tendencijos, sveikatos priežiūros kokybės principai, lygių sveikatos priežiūros galimybių užtikrinimo aspektai, Europos Sąjungos šalims ir konkrečiai Lietuvai teikiamos rekomendacijos.
- Ataskaitos 2 skyriuje išnagrinėti Danijos, Slovėnijos ir Lietuvos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modeliai kitose šalyse (Danija, Slovėnija) ir įvertintos galimybės pritaikyti šiose šalyse taikomų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelių, kurie leidžia pasiekti gerus sveikatos rodiklius, elementus, atsižvelgiant į Lietuvos modelio elementus.

Tyrimo rezultatas – suformuota **rekomendacija ir strateginiai siūlymai** dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio tobulinimo.

Santrauka

Istoriškai sveikatos priežiūros sistemos buvo kuriamos jas pritaikant ūmių susirgimų ar traumų gydymui. Šiuo metu Europos Sąjungos valstybių, tarp jų ir tokios Lietuvos demografinės bei sveikatos tendencijos kaip: visuomenės senėjimas ir lėtinių susirgimų turinčių asmenų skaičiaus augimas, lemia sveikatos priežiūros sistemų pokyčių poreikį. Reformomis siekiama išplėsti sveikatos priežiūros veiklas, t. y. vykdyti ne tik epizodinį sveikatos sutrikimų gydymą, bet orientuotis ir į tęstinę lėtinėmis ligomis sergančių pacientų sveikatos priežiūros veiklą. Tokiu būdu siekiant prailginti gyventojų darbingo ir savarankiško gyvenimo trukmę bei sumažinti stacionarių asmens sveikatos paslaugų teikimo poreikį.

Ataskaitos 1 skyriuje pateikiami oficialiai prieinamos informacijos kitose šalyse analizės rezultatai, kurie atskleidžia pagrindines sveikatos apsaugos sistemų Europos šalyse tendencijas.

Tarptautinių organizacijų rekomendacijos ir praktiniai šalių sveikatos priežiūros sistemų pavyzdžiai rodo, jog pagrindinė strategija, leidžianti pasiekti nurodytus tikslus, – tikslinga pirminės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PASP) sistemos plėtra. PASP sistema gali užtikrinti tinkamą lėtinėmis ligomis sergančių gyventojų sveikatos priežiūrą, vykdyti sveikatinimo veiklą, prevencines ir ankstyvos diagnostikos programas, teikti pagalbą senyvo amžiaus žmonėms skatinant juos ilgiau išlikti savarankiškais bei sumažinti pacientų gydymo ligoninėse poreikį. Tam, kad PASP paslaugas teikiančios įstaigos veiktų kokybiškai, juose rekomenduojama stiprinti šeimos gydytojo veiklą, užtikrinant kartu su šeimos gydytojų dirbančių daugiadalykių sveikatos priežiūros specialistų komandų darbą, koordinuoti pacientų priežiūrą.

Sveikatos priežiūros ateitis. Europoje pastebima tendencija sveikatos priežiūros srityje yra perėjimas nuo sveikatos priežiūros srities izoliavimo – „sveikatos priežiūra yra reikalinga tik susirgus“ – prie supratimo, kad sveikatos priežiūra gali būti tikrai veiksminga tik tada, kai ji vykdoma sistemiškai ir integruotai su kitomis sritimis, kurios daro įtaką žmogaus gyvenimo kokybei. Pavyzdžiui, Slovėnijoje identifikavus, jog vieno nepasiturinčio regiono gyventojų sveikatos rodikliai yra prastesni, nei kitų, buvo pradėtos vykdyti plataus masto ir ilgalaikės reformos, kurių tikslas buvo pagerinti visų regiono gyventojų gyvenimo kokybę suteikiant daugiau užimtumo galimybių, skatinant aktyvų laisvalaikį bei sveiką mitybą. Tam buvo pasitelktos ekologinio turizmo iniciatyvos, visuomenės švietimo veikla, aktyvaus laisvalaikio infrastruktūros kūrimas. Iniciatyva buvo sėkminga – nuosekliai įgyvendinant gyvenimo kokybės kėlimo strategiją pavyko padidinti gyventojų fizinį aktyvumą, pakeisti blogus mitybos įpročius, o tai nulėmė ir sveikatos rodiklių pagerėjimą.

Sveikatos priežiūros kokybės principai. Sveikatos priežiūros, kaip vienos iš kokybiško gyvenimo dalių, vaidmuo išryškėja ir naujai formuluojamuose sveikatos priežiūros kokybės kriterijuose – sveikatos priežiūra išsivysčiusiose šalyse vertinama nebe vien pagal gydymo saugumo ar sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos tinkamumo prizmę, bet pagal tai, ar sveikatos priežiūra sėkmingai prisideda prie paciento gyvenimo kokybės gerinimo ar sveikatos priežiūros sistema orientuota į pacientą ir jo poreikius, ar užtikrinama vienodai kokybiška pagalba visais sveikatos priežiūros poreikių atvejais (pavyzdžiui, tiek patyrus traumą, tiek sergant lėtine liga).

Lygių sveikatos priežiūros galimybių užtikrinimas. Siekiant užtikrinti lygias galimybes gauti Paslaugas, dėmesys turėtų būti sutelkiamas ne į pasyvios prieigos prie paslaugų suteikimą, o į tikslingas sveikatos priežiūros įstaigų specialistų pastangas pasiekti visus asmenis, tarp jų ir tuos, kuriems sveikatos paslaugų prieinamumas yra palyginti mažesnis, paslaugas priartinant prie jų, vykdant informavimo bei motyvavimo rūpintis savo sveikata veiklą.

Ataskaitos 2 skyriuje pateikiami Danijos ir Slovėnijos Paslaugų teikimo modelių analizės rezultatai, įvertintos galimybės pritaikyti jų patirtį Lietuvoje.

Išnagrinėjus Danijos ir Slovėnijos Paslaugų teikimo modelius (ataskaitos 2.2, 2.3 skyriai) ir atsižvelgiant į tai, kad pagrindiniai Lietuvos sveikatos priežiūros organizavimo elementai ir Paslaugų modelis yra artimesnis Slovėnijai (ataskaitos 2.5.1 skyrius), darytina išvada, kad Slovėnijos Paslaugų modelio elementų rinkinio pritaikymas Lietuvos modelyje būtų paprastesnis, dėl tos pačios priežasties Danijos modelio elementų rinkinio pritaikymas Lietuvoje reikalautų ženklesnių reformų ir kainuotų brangiau.

Siekiant pagerinti Lietuvos sveikatos priežiūros rezultatus ir daryti teigiamą įtaką gyventojų sveikatai gerinant sveikatos apsaugos sistemos veiksnius (žr. rodiklius ataskaitos 2.1 skyriuje) ir atsižvelgiant į Danijos, Slovėnijos ir Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelių apžvalgose išdėstytus faktus (ataskaitos 2.2 – 2.4 skyriai) ir į šių šalių asmens sveikatos priežiūros modelių palyginimo rezultatus (ataskaitos 2.5.1 skyrius), išskirtos trys Lietuvoje taikytinų Paslaugų modelių tobulinimo alternatyvos:

- I alternatyva – status quo, Lietuvoje taikomas Paslaugų modelis nekeičiamas;
- II alternatyva – Lietuvoje taikomi Slovėnijos Paslaugų modelio elementai (ataskaitos 2.5.2 skyrius);
- III alternatyva – Lietuvoje taikomi Danijos Paslaugų modelio elementai (ataskaitos 2.5.2 skyrius).

Atsižvelgiant į Sprendimo alternatyvų vertinimo rezultatus (2 lentelė), tikslingiausia įgyvendinti Sprendimo II alternatyvą, kuri leistų užtikrinti Paslaugų prieinamumą ir kokybę, pagerintų sveikatos sistemos efektyvumą, tačiau reikalautų finansavimo didinimo. Šie pokyčiai, tikėtina, leistų pagerinti Lietuvos išvengiamo mirtingumo rodiklius ir užtikrintų tvarų asmens sveikatos priežiūros paslaugų modelio veikimą.

2 lentelė. Apibendrinti Sprendimo alternatyvų poveikio vertinimo rezultatai

Alternatyvos	Poveikis sveikatos apsaugos sričiai	Poveikis Paslaugos kokybei	Poveikis Paslaugos prieinamumui	Poveikis viešiesiems finansams
I ALTERNATYVA				
II ALTERNATYVA				
III ALTERNATYVA				

Šaltinis: STRATA

Apibendrinant ataskaitos 1 ir 2 skyriuose atliktos apžvalgos ir analizės rezultatus, **teikiamos rekomendacijos ir strateginiai siūlymai** (ataskaitos skyrius „Rekomendacijos ir strateginiai siūlymai“).

1. ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS POKYČIŲ PRIELAIDOS IR KRYPTYS

Šiame ataskaitos skyriuje pateikiami Tyrimo 1 uždavinio „Atlikti **oficialiai prieinamos informacijos kitose šalyse analizę**“ vykdymo rezultatai. Pagrindiniai analizės objektai yra: sveikatos priežiūros ateitis (ataskaitos 1.1 skyrius), sveikatos priežiūros kokybės principai (ataskaitos 1.2 skyrius), lygių sveikatos priežiūros galimybių užtikrinimas (ataskaitos 1.3 skyrius), planuojamos rekomendacijos / dokumentai Europos Sąjungoje (ataskaitos 1.4 skyrius).

Du pagrindiniai veiksniai, lemiantys poreikį keisti asmens sveikatos priežiūros sistemas, yra demografinės tendencijos ir didėjantis susirgimų lėtinėmis ligomis skaičius.

Lietuva, kaip ir daugelis ES valstybių, susiduria su visuomenės senėjimo tendencija⁶, kuri kelia iššūkius sveikatos priežiūros sistemoms: auga Paslaugų poreikis; mažėjant darbingo amžiaus asmenų skaičiui, mažėja sveikatos priežiūros srities finansavimo galimybės. Ne mažiau svarbus veiksnys, lemiantis sudėtingesnį asmens sveikatos priežiūros sistemos veikimą, yra gyventojų migracija šalies viduje: auga didžiųjų miestų (Vilnius, Kaunas, Klaipėda) gyventojų skaičius, tuštėja mažesni ir ekonomiškai mažiau patrauklūs gyventi šalies regionai – auga socialiniai ir ekonominiai skirtumai tarp didžiųjų miestų bei mažiau apgyvendintų šalies regionų.

Dabartinė sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje iš esmės yra „ligų priežiūros“ sistema, sukurta praėjusio amžiaus viduryje. Nors medicininės diagnostikos, gydymo bei slaugos srityse padaryta didžiulė pažanga, sveikatos priežiūros paslaugų teikimas struktūriškai nepasikeitė. Tai vis dar daugiausia fizinės įstaigos, kur sergantys ar ūmiai susirgę žmonės ateina, kad juos apžiūrėtų ir gydymą jiems paskirtų medicinos išsilavinimą turintys asmenys. Tokia sistema nebuvo skirta susidoroti su lėtinių ligų paplitimo (iš dalies nulemtu populiacijos senėjimo, gyvenimo trukmės ilgėjimo) augimu: pacientams, kuriems pasireiškia tam tikros lėtinės ligos simptomai, teikiama epizodinė sveikatos priežiūra, be to, pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis, kyla didesnė rizika turėti sunkiai pakeliamą finansinę naštą, apmokant didelę sveikatos priežiūros (gydymo paslaugų ir vaistų) kainos dalį iš savo lėšų, esant nepakankamam apmokėjimui valstybės lėšomis⁷.

Lėtinių ligų našta sveikatos priežiūros sistemai yra stulbinanti: apie 70 – 80 proc. visų sveikatos priežiūros išlaidų, ES – maždaug 700 mlrd. Eur – išleidžiama lėtinėms ligoms gydyti, 86 proc. visų mirčių arba 4 milijonai per metus Europoje yra susiję su lėtinėmis ligomis. Be to, lėtinės ligos reikšmingai riboja darbingumą – beveik ketvirtadalis (23,5 proc.) dirbančiųjų kenčia nuo lėtinių ligų. Dėl šios priežasties su lėtinėmis ligomis susijęs nedarbingumas ES kasmet kainuoja 2,5 proc. bendrojo vidaus produkto (toliau – BVP)⁸.

Tarptautinių organizacijų publikuojamomis gairėmis, analizėmis bei rekomendacijomis ir moksliniais duomenimis, keičiant bei **tobulinant PASP teikimo struktūrą ir funkcijas, galima ne tik sumažinti neigiamų demografinių ir sergamumo lėtinėmis ligomis tendencijų poveikį, bet ir suteikti naudą pacientams** gerinant jiems teikiamų Paslaugų kokybę, užtikrinant lygias sveikatos priežiūros galimybes bei pasiekiant geresnius visuomenės sveikatos rodiklius.

⁶ Šalies demografinių darbo išteklių raidos perspektyvų įvertinimo tyrimas, Darbo rinkos tyrimų institutas, 2019 m.

⁷ Thomson S, Cylus J, Evetovits T. Can people afford to pay for healthcare? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2019. [žiūrėta 2021 m. lapkričio 25 d.], Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-%20eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁸ Seychell, M. “Towards better prevention and management of chronic diseases”. European Commission Newsletter, Issue 169, 2016 m. vasario 25 d. Prieiga: https://ec.europa.eu/health/newsletter/169/focus_newsletter_en.htm

1.1. Asmens sveikatos priežiūros pokyčių prielaidos

Pasaulio sveikatos organizacija (toliau – PSO) numatė esminius iššūkius, su kuriais pasaulio šalių sveikatos apsaugos sistemos susidurs 2020 – 2026 m. laikotarpiu, ir pateikė šių iššūkių įveikimo strategiją.

PSO pasaulinė integruotų ir į žmones orientuotų sveikatos paslaugų strategija (IPCHS) yra raginimas šalims iš esmės pakeisti sveikatos paslaugų finansavimo, valdymo ir teikimo paradigmą. Šie pokyčiai reikalingi iššūkiams, su kuriais susiduria sveikatos sistemos visame pasaulyje, įveikti. Nepaisant reikšmingos pažangos žmonių sveikatos būklės ir gyvenimo trukmės srityje, santykinis pagerėjimas buvo labai nevienodas tiek tarp skirtingų šalių, tiek šalių viduje. Sveikatos priežiūros sistemų problemų, kurios anksčiau buvo orientuotos į infekcinių ligų valdymą, pobūdis pasikeitė. Gyventojų sveikatai vis stipriau daro įtaką urbanizacijos ir globalizacijos procesai, kurie skatina nesveiką gyvenseną, todėl sveikatos priežiūros sistemos daugiausiai turi rūpintis lėtinių neužkrečiamųjų ligų, psichikos sveikatos ir traumų gydymu.

Šiandieninės sveikatos priežiūros sistemos vis labiau negali patenkinti joms keliamų reikalavimų⁹. sukonzentruotas dėmesys stacionaro, ligų pagrindu formuojamiems ir autonomiškiems gydymo modeliams sunkiai suderinamas su šiandienos poreikiu: universalios, lygios teises užtikrinančios, aukštos kokybės ir finansiškai tvarios sveikatos priežiūros. Paslaugų teikėjai dažnai nėra atskaitingi savo aptarnaujamiems gyventojams, todėl jų paslaugas teikti pacientų poreikius atitinkančią priežiūrą yra ribotos. Pacientai dažnai negali priimti tinkamų sprendimų dėl savo sveikatos būklės ir sveikatos priežiūros¹⁰.

Reaguodamos į šiuos iššūkius, daugelis išsivysčiusių šalių pradėjo struktūrines ir finansines reformas (3 lentelė), siekdamos skatinti integruotą priežiūrą ir ypač skatinti tarpsektorinius veiksmus, sveikatos priežiūrą derinant su socialinėmis paslaugomis, tokiomis kaip būsto, užimtumo, šeimos gerovės ir neįgalųjų paramos programos. Šiame kontekste ypatingas dėmesys yra skiriamas toms programoms, kuriomis skatinamas savarankiška priežiūra ir savarankiškas gyvenimas, ir geresniam priežiūros koordinavimui tarp sveikatos priežiūros aplinkų, ypač pacientui persikeliant iš ligoninės į namus¹¹.

3 lentelė. Sėkmingų sveikatos sistemų reformų pavyzdžiai

Suomija – integruota asmenų sveikatos priežiūra Karelijoje

Atsižvelgiant į poreikį pagerinti Paslaugų prieinamumą ir kokybę atokioms bendruomenėms, 2010 m. buvo sukurta integruota organizacija – Pietų Karelijos socialinių ir sveikatos paslaugų apygarda – siekiant sujungti pirminių, bendruomeninių ir stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimą kartu su pagyvenusių ir socialinių paslaugų teikimu į vieną organizaciją. Tai apėmė priežiūros komandų, sudarytų iš bendrosios praktikos gydytojų, slaugytojų ir namų priežiūros darbuotojų, kūrimą, kad padėtų žmonėms per nuotolinį stebėjimą ir sveikatos instruktavimą dėl sveikatos būklės, siekiant, kad žmonės patys prisiimtų atsakomybę už savo priežiūrą, siekiant padidinti žmonių nepriklausomumą ir užkirsti kelią sveikatos sutrikimams bei hospitalizavimui.

Šie pokyčiai padidino atokiai gyvenančių žmonių saugumą, sumažino jų izoliaciją, sumažėjo vaistų vartojimas, sutrumpėjo kelionės į susitikimus laikas ir 50 proc. sumažėjo išlaidos, palyginti su įprasta priežiūra¹².

Apygardoje, kurioje 2021 m. gyveno 126 399 gyventojai¹³, o BVP vienam gyventojui 2019 m. sudarė 39,127 Eur¹⁴, veikia 12 gerovės centrų, kuriuose gyventojams teikiamos paslaugos.

⁹ PSO. Evidence to recommendations: Methods used for assessing health equity and human rights considerations in COVID – 19 and aviation. Interim guidance. 2020 m. gruodžio 23 d. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1323908/retrieve>

¹⁰ Pasaulio sveikatos organizacija. WHO global strategy on integrated people – centred health services 2016 – 2026. Executive Summary. Placing people and communities at the centre of health services. 2015. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/180984>

¹¹ Seychell, M. “Towards better prevention and management of chronic diseases”. European Commission Newsletter, Issue 169, 2016

¹² PSO. Evidence to recommendations: Methods used for assessing health equity and human rights considerations in COVID – 19 and aviation. Interim guidance. 2020 m. gruodžio 23 d. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1323908/retrieve>

¹³ Etelä – Karjalan maakuntakortti, 2021 m. lapkričio 26 d. [žiūrėta 2021 m. lapkričio 26 d]. Prieiga internetu: <https://liitto.ekarjala.fi/tietopankki/tilastot/maakuntakortti/>

¹⁴ Ibid.

Apygardoje teikiamos šios sveikatos priežiūros paslaugos¹⁵:

- Šeimos gydytojo;
- Odontologo paslaugos;
- Vaikų sveikatos priežiūros paslaugos;
- Nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūra;
- Greitosios medicinos pagalbos paslaugos.

Apygardoje teikiamos šios socialinės paslaugos¹⁶:

- Socialinės paslaugos vaikams, šeimoms su vaikais, (pagalbos ir patarimų teikimas neseniai vaikų susilaukusiems tėvams, išsiskyrusiems tėvams);
- Senyvo amžiaus žmonių slaugos paslaugos, kurių tikslas – sudaryti galimybes senyvo amžiaus asmenims kuo ilgiau gyventi namuose;
- Pagal individualų planą teikiamos kasdienio gyvenimo tvarkymo paslaugos neįgaliesiems;
- Socialinė ir finansinė parama asmeninio gyvenimo krizių metu;
- Psichikos sveikatos ir pagalbos piktnaudžiaujantiems narkotinėmis medžiagomis paslaugos;
- Informavimas su socialine apsauga ir socialinėmis išmokomis susijusiais klausimais;
- Pagalba, instruktavimas ir motyvacija nedarbo ar piktnaudžiavimo narkotikais situacijose;
- Informavimas su įsidarbinimo paslaugomis susijusiais klausimais;
- Paslaugos, susijusios su apsirūpinimu būstu;
- Pagalba imigracijos klausimais.

Visos paslaugos aprašomos bendrame apygardos tinklalapyje. Pacientai ar asmenys, kuriems reikalingos socialinės paslaugos, gali kreiptis tiek nurodytais telefono numeriais, tiek bendruoju apygardos telefonu. Sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos apygardose esančiose gydymo įstaigose.

Aktyvus atvejų valdymas Pietų Devone ir Torbėjaus mieste, Jungtinėje Karalystėje

Aktyvus atvejų valdymas, kurį atlieka daugiadalykinės sveikatos ir socialinės priežiūros komandos, valdydamos ir koordinuodamos pacientų priežiūrą namų aplinkoje, siekia sumažinti rizikos grupei priklausančių asmenų hospitalizacijos atvejų skaičių. Gerinant priežiūros tęstinumą keičiantis sveikatos priežiūros teikimo būdams (pavyzdžiui, pacientui iš stacionaro išvykus į namus), sumažėjo neplanuotų hospitalizacijos atvejų, o vyresnio amžiaus žmonėms sumažėjo ilgalaikės priežiūros poreikis¹⁷.

Įprastai Jungtinėje Karalystėje (JK) Nacionalinė sveikatos tarnyba (angl. National Health Service, NHS) yra atsakinga už Paslaugų teikimą gyventojams. Paslaugų teikimas daugiausia finansuojamas iš viešųjų lėšų, o paslaugos teikiamos nemokamai visiems JK pacientams, išskyrus tam tikras Parlamento leidžiamas išimtis. Atsakomybė už sveikatos priežiūrą yra perduota Anglijos, Škotijos, Velso ir Šiaurės Airijos vyriausybėms. Atsakomybė už socialinės globos paslaugų finansavimą (ir iš dalies teikimą), pavyzdžiui, už pagalbą namuose ir ilgalaikę priežiūrą, tenka vietos valdžiai (per vietos valdžios institucijas), o vartotojai turi mokėti už paslaugas patys ir (arba) gauti finansavimą, patikrinus jų poreikio gauti paslaugas pagrįstumą ir vartotojų mokumą už reikalingas paslaugas.

Pietų Devono ir Torbėjaus regione 24 proc. gyventojų yra vyresni nei 65 metų, kai tuo tarpu valstybės mastu vyresnių, nei 65 metai, amžiaus asmenų yra vidutiniškai 16 proc.¹⁸. Todėl 2010 m. Devono pirminės sveikatos priežiūros fondas savo bendrosios praktikos gydytojų praktikose sukūrė iki šiol veikiančias virtualias bendruomenės palatas, kad, naudojant rizikos prognozavimo metodiką, būtų galima proaktyviai nustatyti asmenis, kuriems gresia būti skubiai hospitalizuotiems, ir užtikrinti jų priežiūrą taikant daugiadalykinės priežiūros metodą. Į virtualiąsias palatas priimami vietinės bendruomenės gyventojai, kuriems identifikuota didelė hospitalizacijos per artimiausius 12 mėnesių rizika. Dauguma virtualių palatoje esančių pacientų – 65

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ PSO. Evidence to recommendations: Methods used for assessing health equity and human rights considerations in COVID – 19 and aviation. Interim guidance. 2020 m. gruodžio 23 d. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1323908/retrieve>

¹⁸ Jungtinės Karalystės Nacionalinės sveikatos priežiūros tarnybos Pietų Devono ir Torbėjaus tinklalapis [žiūrėta 2021 m. lapkričio 22 d.]. Prieiga internetu: <https://www.torbayandsouthdevon.nhs.uk/services/care-of-the-elderly/>

metų ir vyresni asmenys, turintys bent vieną lėtinę ligą, nors 2013 m. buvo pastebėta, jog ėmė didėti 40 – 50 metų amžiaus pacientų dalis, daugiausia asmenys, turintys psichikos sutrikimų ir piktnaudžiaujantys narkotinėmis medžiagomis ar alkoholiu¹⁹.

Į virtualią palatą priimami pacientai iš 0,5 – 5 proc. didžiausiai rizikos grupei priskirtų asmenų. Bendrosios praktikos gydytojai bei daugiadalykinė komanda, sudaryta iš sveikatos priežiūros, socialinės priežiūros ir savanoriškos veiklos specialistų, atrenka pacientus, kurie laikomi tinkamais aktyviam atvejų valdymui virtualioje palatoje. Tie pacientai, kuriems reikalinga daugiadalykinė pagalba, patenka į „palatą“, kur yra vertinamas jų tęstinės priežiūros ar namuose teikiamos pagalbos poreikis. Atitinkama pagalba koordinuojama komandos personalo, vadovaujamos atvejo vadybininko. Kai jų būklė stabilizuojasi, jie išrašomi iš virtualios palatos ir toliau gauna įprastą priežiūrą²⁰.

Rizikos prognozavimo modelis vertina šiuos kriterijus:

- skubios pagalbos priėmimų skaičius per pastaruosius 24 mėnesius;
- bent trys skirtingos diagnozės, nustatytos stacionarinio gydymo metu;
- atliktų ambulatorinių specializuotų procedūrų ar dienos chirurgijos operacijų skaičius per pastaruosius 24 mėnesius;
- pirminės asmens sveikatos priežiūros vizitų skaičius per pastaruosius 12 mėnesių;
- atvejai, kai iškviečiama greitoji pagalba, bet pacientas nevežamas į ligoninę;
- per mėnesį išrašytų vaistų kiekis.

Be šių kintamųjų, modelyje atsižvelgiama į lėtines ligas, tokias kaip diabetas, depresija, hipertenzija, onkologiniai susirgimai ir demencija.

Potencialių sutaupų investavimas pagal bendros atskaitomybės sutartį dėl gyventojų sveikatos rezultatų Gesundes Kinzigtal iniciatyvoje, Vokietijoje

Įkurta pietvakarių Vokietijoje, Gesundes Kinzigtal GmbH (sveikatos priežiūros bendrovė) taiko regiono masto integruotos priežiūros metodą, kad organizuotų priežiūrą visuose sveikatos paslaugų sektoriuose. Sistemą valdo regioninė sveikatos valdymo įmonė, bendradarbiaudama su gydytojų tinklu, Vokietijos sveikatos priežiūros valdymo įmone, turinčia patirties medicinos sociologijos ir sveikatos ekonomikos srityse, ir dviem privalomojo sveikatos draudimo paslaugas teikiančiais sveikatos draudikais (pastaba: Vokietijoje privalomojo sveikatos draudimo paslaugas teikia ne vien valstybiniai subjektai, bet ir privatūs draudikai). Pagrindinis bruožas yra „bendros sveikatos naudos“ metodas, naudojant naudos pasidalijimo sutartį (t. y., tam tikra dalis sveikatos priežiūros srityje sutaupytų lėšų yra perduodama šį sutaupymą nulėmusiam partneriui: pavyzdžiui, mankštą pagyvenusio amžiaus asmenims už sumažintą kainą kasdien vedantis sporto klubas gali pretenduoti į dalį sutaupytos naudos, atsiradusios sumažinus išlaidas mankštą lankiusių asmenų vizitams pas fizioterapeutą); šis modelis pritraukė tapti suinteresuotosiomis šalimis ir partnerius, nesusijusius su Paslaugų teikimu, pavyzdžiui, laisvalaikio centrus ir kitas bendruomenės grupes.

Integruota priežiūros sistema leido sukurti strategijas, kurios suburia partnerius teikti paslaugas kitaip, nei įprastai, pavyzdžiui, pasitelkiant individualius gydymo planus ir susitarimus dėl tikslo nustatymo tarp gydytojų ir paciento; koncentruojantis į paciento savarankiškumą ir bendrų sprendimų priėmimą su sveikatos priežiūros specialistu; užtikrinant tolesnę priežiūrą bei atvejų valdymą, paremtą visos sistemos elektroniniu paciento įrašu.

Nuo 2006 metų investicijos į prevencines ir sveikatos stiprinimo programas sumažino sergamumą ir mirtingumą, palyginti su lyginamaisiais regionais, ir sumažino bendras draudiko išlaidas. Pavyzdžiui, vieno iš draudikų rezultatai parodė, kad 2007 – 2010 m., atsižvelgiant į sergamumą, efektyvumas padidėjo daugiau nei 16 proc. visų išlaidų (įskaitant vaistų, ligoninių, slaugos, skubios pagalbos, fizioterapeuto ir nedarbingumo atostogų išlaidas).

¹⁹ Sonola, L., Thiel, V., Goodwin, N., Kodne, DL. (2013). South Devon and Torbay. Proactive case management using the community virtual ward and the Devon Predictive Model. Prieiga internetu: https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/south-devon-and-torbay-coordinated-care-study-kingsfund13.pdf

²⁰ Ibid.

Aptarnaujamame regione gyvena ir yra aptarnaujami 71.000 gyventojų²¹. Gesundes Kinzigtal GmbH jungia 25 gydytojus skirtingose nedidelėse sveikatos priežiūros įstaigose (šeimos gydytojai, vidaus ligų gydytojai, kardiologai, hematologai ir onkologai), sporto paslaugas siūlančias įmones, slaugos namuose paslaugas teikiančias įmones, vaikų aktyvumą organizuojančias įmones, sporto bendruomenes, kovos menų mokymo paslaugas teikiančias įmones, viešus aktyvios veiklos klubus ir daugetą kitų subjektų, veikiančių visuomenės sveikatai aktualiose srityse.

Slovėnija, Pomurjės regionas – mažiausiai socialiniu bei sveikatos atžvilgiu išsivysčiusio regiono sveikatos srities nelygybių mažinimas

2020 m. pradžioje pradėta vykdyti regioninė programa MURA, kuria buvo siekiama integruoti sveikatos priežiūros sistemą į regioninės plėtros programą Pomurjės regione, kuris tuo metu pagal sveikatos ir socialinius ekonominius rodiklius buvo mažiausiai išsivystęs šalies regionas. Tarpsektorinis bendradarbiavimas vaidina svarbų vaidmenį programos sėkmei. Sveikatos nelygybės regionuose problema sprendžiama įgyvendinant konkrečias iniciatyvas ir veiklą, skirtą švietimo ir užimtumo galimybėms plėsti bei regiono ekonominiams ir aplinkos tvarumui gerinti²².

Programai buvo išskirti keturi tikslai:

- 1) Sveikos gyvensenos gerinimas;
- 2) Sveiko maisto gamybos ir prieinamumo didinimas;
- 3) Sveiko turizmo produktų ir programų kūrimas;
- 4) Gamtos ir kultūros paveldo išsaugojimas ir ekologinės naštos mažinimas.

Programą Slovėnijos sveikatos apsaugos ministrė Zofija Mazej Kukovič 2008 m. apibūdino taip: „Sveikatos apsaugos ministerija įgyvendina daugybę prevencinių programų, skatinančių sveiką gyvenseną tiek darbo vietoje, tiek gyvenamojoje aplinkoje. Pagrindinis šios veiklos tikslas – pakeisti žmonių gyvenimo būdą prieš jiems pradedant sirgti ligomis. Tačiau tokios programos gali duoti laukiamų rezultatų tik tuo atveju, jei jos yra susietos su gerai suplanuotomis ekonominių ir socialinių sąlygų gerinimo priemonėmis“²³.

Ši iniciatyva jau atnešė rezultatų – atliktų vertinimų rezultatai rodo, jog pagerėjo gyventojų sveikatos ir gerovės rodikliai, pagerėjo darbo rinkos situacija, buvo sukurta poilsio bei sveikatos priežiūros infrastruktūra (suteikiant senyvo amžiaus žmonėms prieigą prie reabilitacijos paslaugų ir taip keičiant jų aplinką bei elgesį gerinant jų sveikatą). Buvo pastebėti reikšmingi vietos gyventojų, verslo ir viešųjų subjektų požiūrio į sveiką gyvenseną bei mitybą pokyčiai, todėl turizmo ir žemės ūkio sričių atstovams atsivėrė naujos galimybės gauti naudos iš šio pokyčio savo veikloje įtvirtinant tvarumą. Pastebėtas ir ženklus teigiamas pokytis mitybos srityje – išaugo šviežių daržovių ir vaisių suvartojimas, sumažėjo gyvulinių riebalų naudojimas ir padidėjo alyvuogių aliejaus naudojimas gaminant maistą, sumažėjo gruzdinto maisto, saldumynų, gaiviųjų gėrimų suvartojimas, į maistą dedamos druskos kiekis. Suaktyvėjo aktyvaus laisvalaikio veiklos, sportas, daugiau asmenų pradėjo vaikščioti pėsčiomis ar važinėti dviračiu užuot rinkęsi važiavimą automobiliu, sumažėjo rūkymas. Vertintina, jog pilnavertiškai programos poveikis atsiskleis praėjus ilgesniam laikotarpiui (dėl įgyvendinamų pokyčių pobūdžio jų rezultatai pilnai atsiskleidžia tik praėjus ilgesniam laiko tarpui)²⁴.

Šaltinis: sudaryta Gyvybės mokslų ir edukologijos instituto (toliau – GMEI)

Apibendrinimas

Du pagrindiniai veiksniai, lemiantys poreikį keisti asmens sveikatos priežiūros sistemas, yra demografinės tendencijos ir augantys susirgimai lėtinėmis ligomis. Šių problemų pagrindinis sprendimo būdai yra: 1) strateginis sveikatos priežiūros sektoriaus teikiamų paslaugų integravimas su socialinių paslaugų sektoriumi ir platesne,

²¹ Gesundes Kinzigtal GmbH tinklalapis [žiūrėta 2021 m. lapkričio 23 d.]. Prieiga internetu: <https://www.gesundes-kinzigtal.de/faq/>

²² PSO Europos regiono biuras. Putting your own house in order: examples of health – system action on socially determined health inequalities. Kopenhaga, 2010. Prieiga internetu: <https://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/equity-in-health-project/web-based-resource/companion-publication>

²³ Buzeti, T., Maučec Zakotnik, J., Investment for Health and Development in Slovenia: Programme MURA, Centre for Health and Development Murska Sobota, 2008. Prieiga internetu: http://www.eu2008.si/en/News_and_Documents/Fact/March/0310_publicacija.pdf

²⁴ Beznec P., Maučec G., Nemeš S., Nemeš D. (2017) 'Case study: Pomurje Region, Slovenia' in the Shaping Health programme on Learning from international experience on approaches to community power, participation and decision – making in health, Centre for Health and Development: Murska Sobota, TARSC: Harare, July 2017.

ilgalaike valstybės plėtros politika; 2) PASP sektoriaus tobulinimas, dėmesį skiriant geresniam pacientų sveikatos priežiūros procesų koordinavimui, įskaitant tiek pacientui teikiamų Paslaugų nuoseklumą, efektyvų informacijos dalijimąsi tarp sveikatos priežiūros specialistų, tiek daugiadalykinių šeimos gydytojų komandų kūrimą.

1.2. Asmens sveikatos priežiūros kokybės sampratos pokyčiai

Asmens sveikatos priežiūros kokybės samprata pastaraisiais dešimtmečiais ėmė keistis, o kokybės kriterijai išsiskirti skirtingos ekonominės situacijos šalyse. Istorškai tiek ekonomiškai pažengusiose, tiek skurdžiose valstybėse asmens sveikatos priežiūros kokybė buvo apibrėžiama kaip sveikatos priežiūros paslaugų saugumas, nepageidaujamų pasekmių neatsiradimas Paslaugų prieinamumas. Tokio pobūdžio apibrėžimas pateikiamas ir Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 2 straipsnio 8 dalyje: „*Kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos – 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 viršydami*“.

Svarbu atkreipti dėmesį, jog išsivysčiusiose bei aukštų ar vidutinių pajamų pasaulio valstybėse **Paslaugų sauga ir tinkamumas tampa savaime suprantama Paslaugų savybe** (dėl mokslo pažangos, aukštos išsilavinimo kokybės bei per ilgus metus suformuotos bei nuolat pagal naujausius duomenis atnaujinamos klinikinės praktikos bei metodikų) tačiau nepakankama, **todėl asmens sveikatos priežiūros kokybės samprata keičiasi – pereinama prie kokybės vertinimo, atsižvelgiant į kokybės matavimo tikslą**. Tokie ASPP kokybės gerinimo kriterijai kaip sveikatos priežiūros specialisto kvalifikacija ar neigiamų pasekmių pacientų sveikatai išvengimas (priskiriant juos prie pagrindinių sveikatos priežiūros sistemos kokybės vertinimo kriterijų) lieka būdingi tik skurdžiose valstybėse ar regionuose, susiduriančiuose su viešojo valstybės sektoriaus nestabilumu, infrastruktūros ar kvalifikuotų sveikatos priežiūros specialistų trūkumu.

Gali būti išskiriami du pagrindiniai kokybės matavimo tikslai²⁵:

- **kokybės užtikrinimas** (atskaitomybė) – patikimos informacijos naudojimas išorinei atskaitomybei ir vertinimui;
- **kokybės gerinimas** (pokyčių planavimas) – informacijos apie kokybės trūkumus ar variacijas naudojimas skatinant sveikatos priežiūros specialistų elgesio, klinikinės praktikos ar teisinės aplinkos pokyčius.

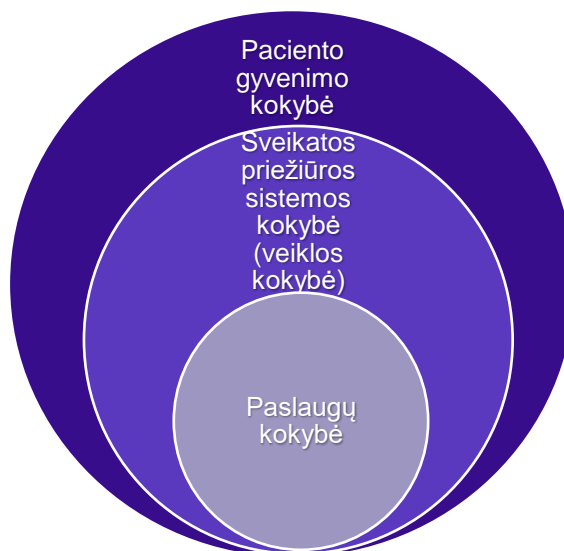
Dažniausiai šiais tikslais matuojant kokybę pasitelkiamas didelis kiekis specifinių klinikinių duomenų (apie pacientų turinčių tam tikrų sveikatos sutrikimų hospitalizacijos dažnį, gydymo metu ar po gydymo patiriamas komplikacijas, pacientų gyvenimo trukmę susirgus tam tikromis ligomis), kurių pagrindu gali būti daromos išvados apie tam tikrų metodikų ar konkrečių Paslaugų teikėjų veiklos veiksmingumą. Tačiau tokios modernios sveikatos priežiūros sistemos problemos, kaip visuomenės senėjimas, lėtinių ligų paplitimas, nėra teikiamų Paslaugų pasekmė, o veikia demografinės situacijos bei pacientų gyvenimo būdo nulemti veiksniai, susiję su būtinybe užtikrinti kuo ilgesnį **savarankišką ir visavertį gyvenimą**. Todėl ir sprendimai, kuriuos įgyvendina šalys, siekdamos tobulinti sveikatos priežiūros sistemas, vis dažniau yra **holistiniai, į vieną visumą apjungiantys sveikatinimo veiklą, socialines paslaugas, prevencines sveikatos paslaugas bei gyventojų gyvenimo sąlygų gerinimą**, tai yra, kuriais siekiama sveikatos priežiūros sistemas sukoncentruoti ne tik į pacientų, kuriems pasireiškia tam tikri sveikatos sutrikimai, gydymą (ši sveikatos priežiūros funkcija išlieka neabejotinai svarbi), bet ir į gyventojų sveikatos išsaugojimą, stiprinimą ir sveikatos sutrikimų prevenciją.

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kriterijai peržengia asmens sveikatos paslaugų teikimo ribas ir tampa globaliais, su visu paciento gyvenimu siejamais kriterijais. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė turi būti

²⁵ Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness, and implementation of different strategies. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Jungtinė Karalystė, 2019. ISBN 978 92 890 5175 0

vertinama plačiau (1 pav.²⁶) tiek klinikiniam kontekste (užduodant ne tik klausimą „ar po procedūros X pacientui nepasireiškė neigiamas poveikis Y ir ar pasireiškė tinkamas poveikis Z?“), bet ir klausimą „ar paciento, besikreipusio dėl Paslaugų suteikimo, sveikatos priežiūra buvo vykdoma geriausiu įmanomu būdu suderinant visų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų paslaugas?“), tiek bendrame paciento gyvenimo kontekste („ar sveikatos priežiūros paslaugos sugebėjo užtikrinti paciento gyvenimo kokybę, ar paslaugos būtų galėję užtikrinti geresnę paciento gyvenimo kokybę, nei užtikrino?“).

1 pav. Skirtingų sveikatos priežiūros kokybės lygių vizualizacija



Šaltinis: PSO

PSO nuostata, jog PASP yra paciento patekimo į sveikatos sistemą taškas („vartai“) ir turėtų būti ilgalaikės paciento priežiūros pradžia, todėl PASP kokybei turi būti teikiamas didelis dėmesys²⁷.

Sveikatos priežiūra, pirmiausia, neturi daryti žalos, todėl turi būti užtikrinamas sveikatos priežiūros paslaugų saugumas. To negalima laikyti savaime suprantamu dalyku, nes sveikatos priežiūros paslaugos gali pakenkti, pavyzdžiui, su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų, atsparumo antimikrobinėms medžiagoms, klaidingos diagnozės, perteklinio gydymo, gydymo klaidų ir šalutinio poveikio ar kitų nepageidaujamų įvykių.

Pirminės asmens sveikatos priežiūros tikslas – pagerinti sveikatos rezultatus teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, kurios yra integruotos, koordinuojamos ir atitinka gyventojų sveikatos poreikius. Siekiant teigiamų sveikatos rezultatų yra tikslinga užtikrinti šiuos aspektus: 1) bendradarbiavimas ir koordinavimas su įvairiais sektoriais sveikatos priežiūros srityje ir už jos ribų; 2) žmonių įgalinimas ir įtraukimas dėl jų ir jų artimųjų įtraukimo į jų sveikatos paslaugų planavimą, įgyvendinimą ir vertinimą; 3) žmonių ir bendruomenių įtraukimas visuose lygiuose: nuo sistemos planavimo ir valdymo iki pilnavertiško dalyvavimo priimant klinikinį sprendimą ir įgyvendinant gyventojų sveikatos priemones; 4) daugiasektorinės sveikatos politikos, PASP ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų rezultatų stebėjimas ir vertinimas.

Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (toliau – EBPO) leidinyje „Health at a Glance 2021“ daug dėmesio skirta sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir rezultatams. Detaliau išnagrinėta 13 sveikatos priežiūros kokybės vertinimo sričių: planinė vakcinacija, saugus vaistų skyrimas PASP, į žmones orientuota ambulatorinė priežiūra, išvengiamos hospitalizacijos, diabeto priežiūra, mirtingumas po ūmaus miokardo infarkto, mirtingumas po išeminio insulto, kelio ir klubo sąnario chirurgija, saugi priežiūra – chirurginės komplikacijos ir gimdymo traumas, saugi darbo vieta ir pacientų patirtis, žmonių su psichikos sveikatos sutrikimais priežiūra, krūties vėžio priežiūra, integruota priežiūra. EBPO šalys narės kiekvienoje iš paminėtų sveikatos priežiūros kokybės vertinimo sričių analizuoja po keletą kokybės rodiklių. Pavyzdžiui, **nagrinėjant į žmones orientuotą ambulatorinę sveikatos priežiūrą pateikta informacija apie valstybių narių pastangas plėtoti pacientų pranešimus apie vykdomas**

²⁶ PSO. Quality in primary health care. 2018. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1242125/retrieve>

²⁷ Ibid.

priemonės ir vykdyti stebėseną vertinant pacientų patirtį sveikatos priežiūroje. Pacientų pateiktą informaciją kai kurios šalys, Kanada, Čekijos Respublika, Danija, Jungtinė Karalystė, naudoja sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimui, didinant sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų atskaitomybę ir skaidrumą, pateikia šią informaciją nacionalinėse ataskaitose apie sveikatos sistemos veiklą, taip pat viešose interneto svetainėse, naudoja reguliuojančių ir kontroliuojančių institucijų veikloje.²⁸ Šiame leidinyje tarp šalių, pateikusių duomenis apie pacientų patirtį sveikatos priežiūros sistemoje, Lietuvos duomenų nėra.²⁹

Siekiant kurti asmens sveikatos priežiūros kokybės gerinimo sistemas, tikslinga įvertinti ir atsižvelgti į **PASP kokybės gerinimo iššūkius**³⁰:

- i. Nesutariama dėl sąvokos „kokybė“ ir kaip kokybės metodai gali būti taikomi pirminei asmens sveikatos priežiūrai, siekiant pagerinti sveikatos sistemos veiklą ir sveikatos rezultatus.
- ii. Nacionalinis strateginis požiūris į kokybę formuojamas, nevertinant sveikatos priežiūros teikėjų grįžtamojo ryšio apie realybę, su kuria susiduria PASP specialistų komandos. Retai taikomi veiksmingi grįžtamojo ryšio mechanizmai.
- iii. Pastangos gerinti PASP kokybę nėra pakankamai integruotos į bendrą sveikatos paslaugų teikimo struktūrą, įskaitant vietinių lygmeniu veikiančias sveikatos priežiūros komandas ir stacionarinę priežiūrą.
- iv. Pavienės iniciatyvos dažnai laikomos laiko atžvilgiu ribotais projektais, kurie yra neįtraukiami į tvarų ir ilgalaikį požiūrį į PASP kokybę.
- v. Pritaikomos įrodymais pagrįstos intervencijos kartais nėra aktualios kontekstui, kuriame jos turėtų būti taikomos; dažnai pasauliniu mastu sukurti PASP sprendimai kelia iššūkius atskirų šalių PASP sistemoms.

EPBO yra pasiūliusi sveikatos priežiūros sistemos kokybę vertinti vadovaujantis trimis kokybės kriterijais – efektyvumu, saugumu ir aktyvumu/koncentravimusi į pacientą – bei 4 sveikatos priežiūros dimensijomis³¹:

- i. Pirminė prevencija – išlikimas sveiku: pagalbos išvengiant sveikatos sutrikimų ir išliekant sveiku teikimas pacientui;
- ii. Pasveikimas – pagalbos pacientui teikimas padedant atgauti gerą sveikatos būklę po ligos ar traumos;
- iii. Gyvenimas su sveikatos sutrikimu ar negalia – pagalbos pacientui teikimas gydant ilgai besitęsiantį sveikatos sutrikimą, lėtinį susirgimą ar gyvenant su negalia, kuri turi poveikį paciento kasdieniam funkcionavimui;
- iv. Pagalba gyvenimo pabaigoje – pagalbos pacientui, susirgusiam mirtina liga, teikimas.

Pažymėtina, jog **sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas (įskaitant finansinį aspektą) kai kuriuose tarptautinių organizacijų šaltiniuose priskiriamas ne kokybės kriterijams, o faktoriams, nusakantiems sveikatos priežiūros sistemos efektyvumą**³² (pateikiama formulė: *Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas* * *Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė = gyventojų sveikatos rezultatai*), **sąžiningumą ir socialinį teisingumą**³³.

Siekiant sveikatos priežiūros kokybės gerinimo procesą vykdyti strategiškai ir pasiekti ilgalaikius ir tvarius teigiamus rezultatus, sveikatos priežiūros **kokybės gerinimas turėtų būti vykdomas laikantis šių sąlygų**³⁴:

- i. Politikos formuotojai turi tinkamai įtraukti Paslaugų teikėjus, bendruomenes ir Paslaugų naudotojus. Tai reikalinga tam, kad būtų užtikrinta svarstomų priemonių atitiktis realiems gavėjų poreikiams ir Paslaugų teikėjų galimybėms, juos atliepti.
- ii. Įgyvendinimo procesas turi būti cikliškas pokyčių strategijų kūrimo ir tobulinimo procesas, susidedantis iš trijų paeilui pasikartojančių etapų: problemos analizės, strategijos išvystymo ir įgyvendinimo bei progreso stebėjimo (

²⁸ OECD (2021) Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Prieiga internetu: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1646743254&id=id&accname=guest&checksum=CB74CF0FA3DAFBBEBC5720B74B27006C>

²⁹ Ibid.

³⁰ PSO. Quality in primary health care. 2018. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1242125/retrieve>

³¹ Ibid.

³² PSO. Quality in primary health care. 2018. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1242125/retrieve>

³³ PSO Europos regiono biuras. Putting your own house in order: examples of health – system action on socially determined health inequalities. Kopenhaga, 2010. Prieiga internetu: <https://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/equity-in-health-project/web-based-resource/companion-publication>

³⁴ PSO. People – centred and integrated health services: an overview of the evidence. Interim Report. 2015. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155004>

iv. 2 pav.).

2 pav. Teigiamų sveikatos priežiūros kokybės pokyčių įgyvendinimo schema



Šaltinis: PSO

Apibendrinimas

Tarptautinių organizacijų praktikoje aukštų ar vidutinių pajamų valstybėse kokybiška sveikatos priežiūra apibrėžiama ne vien kaip priežiūra, įgyvendinanti minimalius reikalavimus pacientų saugai, paslaugų kokybei ar jas teikiančių sveikatos priežiūros specialistų profesinei kvalifikacijai, bet tokia, kuri apima kokybiškas Paslaugas, teikiamas kokybiškoje sistemoje.

Kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos privalo: būti orientuotos į pacientą, reaguoti į paciento poreikius bei teikti vienodai kokybiškas paslaugas visiems.

Vienas iš svarbiausių pastaraisiais metais vis didesnę svarbą įgaunančių kokybės kriterijų – tai sveikatos priežiūros sistemos gebėjimas užkirsti kelią paciento sveikatos sutrikimams, o ne vien juos gydyti jiems jau atsiradus.

1.3. Lygių sveikatos priežiūros galimybių užtikrinimo būdai

Lygios sveikatos priežiūros galimybės dažniausiai apibrėžiamos kaip moraliniu ar etiniu aspektu nepriimtinių sveikatos skirtumų, kurie yra nereikalingi, išvengiami, nesąžiningi ar neteisingi, nebuvimas. Pažymėtina, jog pacientų sveikatai didelę įtaką turi ne vien Paslaugų prieinamumas bei jų kokybė, bet ir socialiniai ar finansiniai veiksniai, todėl siekiant lygybės sveikatos srityje būtina atsižvelgti ir į paslaugų gavėjų socialinį bei ekonominį kontekstą ir **gyventojų sveikatą vertinti kaip platesnį socialinį, o ne vien biomedicininį tikslą**³⁵.

Siekiant įvertinti sveikatos priežiūros galimybių užtikrinimo lygį, PSO vertina sveikatos priežiūros skirtumus pagal šiuos rodiklius³⁶:

- Gyvenamoji vieta;
- Rasė, tautybė, kultūra, kalba;
- Profesija;
- Lytis;
- Religija;
- Išsilavinimas;
- Socioekonominė padėtis;
- Socialinis kapitalas.

³⁵ Jensen N., Kelly A. H. & Avendano M. (2021) Health equity and health system strengthening – Time for a WHO re – think, Global Public Health, DOI: 10.1080/17441692.2020.1867881

³⁶ PSO. Evidence to recommendations: Methods used for assessing health equity and human rights considerations in COVID – 19 and aviation. Interim guidance. 2020 m. gruodžio 23 d. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1323908/retrieve>

Praktiniai pavyzdžiai rodo, jog į pacientus orientuotos ir integruotos sveikatos paslaugos duoda naudos pacientams ir sveikatos sistemoms visose pasaulio šalyse, nepaisant šalies pajamų lygio. Tyrimai, kurių objektas yra sveikatos priežiūros būdai, pacientų dalyvavimas ir paslaugų teikėjų bendravimas, paprastai rodo, kad, vystant pirminę sveikatos priežiūrą ir didinant Paslaugų tarpusavio integraciją pagerėja sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų reagavimas ir vartotojų pasitenkinimas, o kai kurie rodo, kad pagerėjo ekonomiškumas ir lygių galimybių užtikrinimas³⁷.

PSO kaip pagrindinę strategiją, galinčią prisidėti prie lygių sveikatos priežiūros galimybių užtikrinimo, įvardija PASP vystymą. Investicijos į PASP, ypač į prieigos prie PASP didinimą, yra plačiai paplitusios ir užtikrina geresnę sveikatos priežiūros prieigą, leidžia tobulinti ligų prevenciją ir skiepijimo rodiklius, sumažina mirtingumo rodiklius, leidžia efektyviau naudoti stacionare teikiamas paslaugas, užtikrina lygias pacientų galimybes bei sveikatos priežiūros sistemų veiksmingumą³⁸.

Nepaisant investicijų, šiuo metu lygių galimybių gyventojams gauti pirminę sveikatos priežiūrą užtikrinimas vis dar kelia iššūkių daugeliui Vakarų šalių³⁹. Tačiau yra sėkmingų pavyzdžių, kurie praktiškai įrodo, jog egzistuoja sprendimai, leidžiantys užtikrinti skirtumų tarp PASP prieinamumo skirtingų populiacijos grupių atstovams sumažėjimą (4 lentelė).

4 lentelė. Sėkmingo nelygybės asmens sveikatos priežiūros srityje sumažinimo pavyzdžiai

Alberta, Kanada – PASP pasiekiamumo didinimas⁴⁰

Kanados Albertos provincijoje buvo identifikuotos bendruomenės, turinčios ribotą prieigą prie PASP. Siekiant išspręsti šią problemą, teritorijoje, kurioje buvo nustatyta ribota prieiga prie PASP, buvo surengta serija (angl. „pop – up“) sveikatos ir socialinių paslaugų renginių. „Pop – up“ renginiuose buvo teikiamos šios paslaugos:

- skiepijimas;
- dantų priežiūra;
- psichikos sveikatos paslaugos;
- šeimos gydytojų paslaugos;
- sveikatos švietimas;
- paslaugų teikimo būdo paieška;
- pagalba randant rekreacijos galimybių;
- pagalbos būsto klausimais paslaugos;
- kalbos ir raštingumo paslaugos.

„Pop – up“ renginiai buvo organizuojami lengvai pasiekiamose vietose (pvz., mokyklose, senjorų centre, vietinių tautų bendruomenės centre) prie tranzito kelių, o kai kuriais atvejais buvo teikiama pagalba transportu, kuriuo asmenys pasiekdavo paslaugų teikimo vietas.

Paslaugų teikėjai perėmė sistemos vedlių vaidmenį susipažindami vieni su kitais pasiruošimo prieš renginį metu. Teikėjai kalbėjosi su žmonėmis asmeniškai prieš aptardami paslaugų teikimo poreikius naudodami 5 pagrindinių kriterijų vertinimo įrankį (užduodant klausimą apie kiekvieną iš šių kategorijų: darbas – užimtumas, mokykla; meilė – asmeniniai santykiai, socialinis palaikymas; pramogos – rūpinimasis savimi, džiaugsmą teikianti veikla; miegas – miego įpročiai; valgis – mityba, alkoholis, piktnaudžiavimas narkotinėmis medžiagomis⁴¹) ir siūlomų paslaugų apibūdinimą paprasta kalba. Siekiant tobulinti tokių renginių praktiką, paslaugų teikėjai aptardavo „Pop – up“ renginius“ jiems įvykus.

Po renginių buvo nustatytas teigiamas poveikis šioms sritims:

³⁷ PSO. People – centred and integrated health services: an overview of the evidence. Interim Report. 2015. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155004>

³⁸ Ibid.

³⁹ Spooner, C., Lewis, V., Scott, C. et al. Improving access to primary health care: a cross – case comparison based on an a priori program theory. Int J Equity Health 20, 223 (2021). [žiūrėta 2021 m. lapkričio 25 d.] Prieiga internetu: <https://doi.org/10.1186/s12939 – 021 – 01508 – 0>

⁴⁰ Ibid

⁴¹ Mercy. How's Your 5? A Community Resilience and Public Mental Wellness Conversation. Prieiga internetu: <https://www.mercy.net/content/dam/mercy/en/pdf/how's – your – 5 – brochure.pdf>.

- i. Pagerėjo sveikatos ir socialinių paslaugų teikėjų gebėjimai aptarnauti pažeidžiamoms populiacijos grupėms priklausančius asmenis;
- ii. Tarpprofesinis specialistų bendradarbiavimas buvo tęsiamas ir po renginių, dėl to buvo vykdomas efektyvesnis asmenų, kuriems reikalingos skirtingos sveikatos priežiūros ar socialinės paslaugos, nukreipimas;
- iii. Pacientai pradėjo efektyviau naudotis PASP ir kitomis bendruomenei prieinamomis paslaugomis, tuo parodydami, jog paslaugų teikėjų pasiekiamumas, pasiektas renginių metu, buvo išlaikytas;

Po renginių pagerėjo gyventojų gebėjimai siekti gauti Paslaugas – gyventojai ėmė geriau suprasti savo poreikius.

Kvebekas, Kanada – gyventojų prisirašymo prie PASP įstaigų didinimas⁴²

Kvebeko regione Kanadoje buvo identifiukuotas ženklus gyventojų, neprisirašiusių prie **pirminės ASPJ**, skaičius. Kvebeko intervenciją vykdė apmokyti savanoriai navigatoriai, kurie telefonu susisieki su pacientais materialiai ar socialiai remtinuose Monrealio miesto rajonuose prieš pirmą apsilankymą pas jiems naujai paskirtą šeimos gydytoją. Intervenciją rėmė regioninės sveikatos organizacijos, tvarkiusios centralizuotą šeimos gydytojų laukiančiųjų sąrašą. Žmonės kartais galėjo laukti sąrašė iki 3 metų ir, neatvykę pas šeimos gydytoją, būti grąžinti į sąrašo pabaigą. Intervencija buvo skirta padidinti mažam pacientų, gyvenančių nepasiturinčiose vietovėse, pirmą kartą apsilankiusių užsiregistruoti pas paskirtą šeimos gydytoją, skaičiui. Intervencija buvo įgyvendinta paciento lygiu, **Paslaugų** teikėjų ar gydymo įstaigų lygio intervencijos nebuvo. Savanoriai navigatoriai kelis kartus bandė susisiekti su pacientais, kad išspręstų problemas, tokias kaip bet koks darbo grafiko ir įprastų klinikos darbo valandų konfliktas. Savanoriai paaiškino atvykimo į pirmąjį vizitą svarbą, suteikė prieigą prie informacijos apie gydymo įstaigą ir padėjo pasiruošti vizitui, įskaitant dokumentų ir klausimų ruošimą. Esant poreikiui, savanoriai teikė informaciją apie bendruomenės išteklius. Savanoriai galėjo laisvai skambinti papildomai, jei manė, kad su asmeniu reikia daugiau susisiekti (pvz., jei jie buvo sutrikę arba turėjo klausimų dėl gautų nurodymų praktinio įgyvendinimo). Dauguma pacientų gavo vieną skambutį.

Po intervencijos nustatytas teigiamas poveikis asmens sveikatos priežiūros srityje:

- i. Pagerėjo gyventojų žinios apie PASP, taip pat gebėjimai gauti PASP ir įsitraukti į sveikatos priežiūros procesą;
- ii. Pacientai buvo sėkmingai prirašyti prie **pirminės ASPJ**;
- iii. Sumažėjo greitosios medicinos pagalbos paslaugų naudojimas;
- iv. Pacientai pranešė apie tvirtesnį ryšį su savo šeimos gydytojais.

Slovėnija – PASP paslaugų pasiekiamumo didinimas⁴³

PASP Slovėnijoje apima tiek šeimos gydytojo teikiamas paslaugas ūmaus susirgimo ar naujos ligos pasireiškimo atveju, tiek slaugytojų teikiamas prevencinės diagnostikos ir lėtinių susirgimų gydymo paslaugas. Tačiau buvo pastebėta, jog asmenys, kurie patiria sunkumų atvykdamai iki šeimos medicinos centro, dažniausiai nesinaudoja prevencinės diagnostikos bei lėtinių ligų gydymo paslaugomis. Nors pas šiuos asmenis galėjo atvykti šeimos gydytojas, paprastai gydytojas lankėsi tik ūmių sveikatos būklės pablogėjimų ar naujų susirgimų atvejais, todėl, siekiant suteikti šiems asmenims kokybiškesnę prieigą prie PASP, į PASP komandas, iki tol sudarytas iš šeimos gydytojo, slaugytojos ir slaugytojos padėjėjos, 2015 – 2016 m. buvo įtrauktos bendruomenės slaugytojos (tose komandose, kurios identifikavo, jog dalis pacientų nesinaudoja PASP dėl ribotų judrumo galimybių). Bendruomenės slaugytojoms buvo sukurti specialūs mokymo moduliai, kurių metu slaugytojoms suteikiamos žinios apie įprastai PASP įstaigoje teikiamų paslaugų teikimo paciento namuose ypatybes (daugelio modulių trukmė – viena diena)⁴⁴.

Pokytis leido prevencijos bei lėtinių ligų gydymo programose dalyvauti asmenims, patiriantiems sunkumų atvykstant į ASPJ. Tokiu būdu pacientai, atvykstantys į ASPJ savarankiškai ir pacientai, kuriems PASP paslaugos

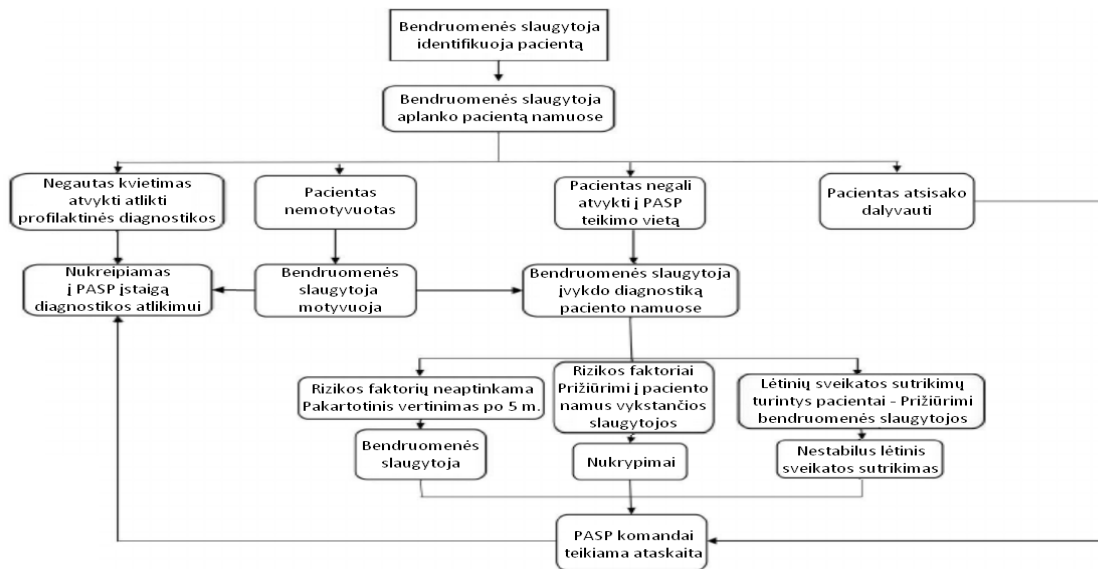
⁴² Spooner, C., Lewis, V., Scott, C. et al. Improving access to primary health care: a cross – case comparison based on an a priori program theory. *Int J Equity Health* 20, 223 (2021). [žiūrėta 2021 m. lapkričio 25 d.] Prieiga internetu: <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01508-0>

⁴³ Klemenc – Ketiš, Z., Benkovič, R., Poplas – Susič, A. (2019). A Slovenian Model of Comprehensive Care for Patients with Difficulties Accessing Healthcare: A Step Towards Health Equity. *Journal of Community Health Nursing*. 36. 139 – 146. 10.1080/07370016.2019.1630996.

⁴⁴ Ibid.

teikiamos jų namuose, turi vienodą prieigą prie visų PASP komandų teikiamų sveikatos priežiūros ir prevencinių paslaugų⁴⁵. 3 pav. pateikiama klinikinė strategija pagalbos teikimui pacientams, kurie patiria sunkumų pasiekdami PASP teikėją.

3 pav. Pacientų, turinčių sunkumų pasiekiant PASP teikimo vietą, pasiekimo strategija



Šaltinis: Klemenc – Ketiš, Z., Benkovič, R., Poplas – Susič, A. (2019)

Pirmojoje naujos sistemos įgyvendinimo stadijoje didžiausiam iš Slovėnijos bendruomenės sveikatos centrų bendruomenės slaugytojos aplankė 2 000 pacientų jų namuose. Buvo vykdoma širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė diagnostika, suteiktos planinės paslaugos pacientams, sergantiems diabetu, lėtine obstrukcinė plaučių liga, astma, hipertenzija, taip pat paslaugos nutukusiems pacientams. Rezultatai parodė, jog 50 proc. pacientų susidūrė su rizikos faktoriais, 45 proc. pacientų sirgo bent viena lėtine liga, ir vos 5 proc. aplankytų pacientų nepatyrė rizikos faktorių bei nesirgo lėtinėmis ligomis, taip pat 13 proc. pacientų buvo nepatenkinti savo šeimos gyvenimu, 33 proc. pacientų jautėsi vieniši, o 26 proc. patyrė padidėjusią kritimo riziką⁴⁶.

Šaltinis: Klemenc – Ketiš, Z., Benkovič, R., Poplas – Susič, A. (2019)

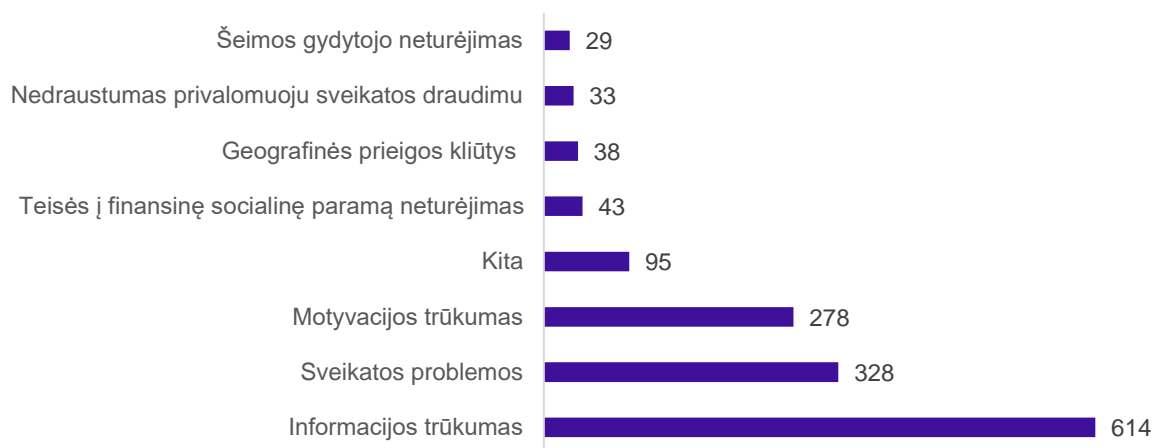
Pateikti pavyzdžiai rodo, jog dažnai lygių sveikatos priežiūros galimybių užtikrinimas reiškia ne tik vienodos tvarkos visiems gyventojams kreiptis dėl Paslaugų suteikimą. Tam tikros visuomenės grupės dėl socialinių ar geografinių aplinkybių neturi galimybių ar gebėjimų, kurie jiems leistų visiems prieinamais sveikatos priežiūros sistemos resursais pasinaudoti vienodai, todėl, siekiant užtikrinti lygias sveikatos priežiūros galimybes, šioms grupėms šalys skiria papildomą dėmesį, ieškoti situacijai tinkamiausių sprendimų, kurie padėtų šių grupių atstovams suprasti, kokios Paslaugos jiems reikalingos, kokias Paslaugas bei kokia tvarka jie gali gauti, ir padėtų faktiškai identifikavus poreikį atlikti veiksmus, reikalingus Paslaugų gavimui. Tai yra, nepakanka sukurti infrastruktūrą, kuri yra atvira visiems gyventojams, nes ne visi gyventojai gali ar turi gebėjimus ja pasinaudoti, todėl būtina strategiją kurti pritaikant sprendinius prie populiacijos poreikių ir gebėjimų.

Faktą, jog laisvos prieigos prie Paslaugų suteikimas nėra pakankamas sprendimas Paslaugų lygių sveikatos priežiūros galimybių užtikrinimui, įrodo ir statistiniai duomenys. Pavyzdžiui, Slovėnijos Nacionalinio visuomenės sveikatos instituto 2015 m. atliktos 850 asmenų, priklausančių rizikos grupėms (socialiai ir ekonomiškai pažeidžiamų, turinčių psichikos sveikatos sutrikimų ar psichikos negalių, bedarbių, benamių ir kitų) apklausos apie kliūtis šiems asmenims naudotis prevencinėmis intervencijomis sveikatos srityje, rezultatai rodo, jog pagrindinės priežastys nėra susijusios su ASPP teikimo institucinės infrastruktūros vidaus darbo organizavimu (4 pav.).

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Ibid.

4 pav. Identifikuojamos kliūtys naudotis prevencinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis

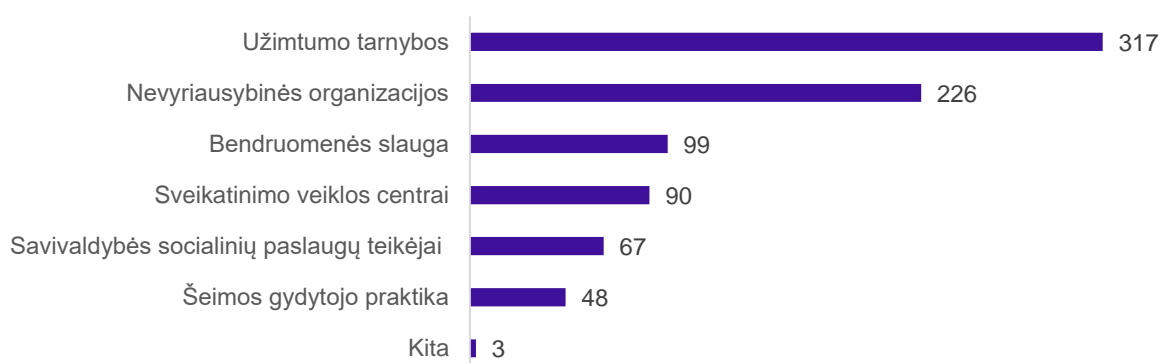


Šaltinis: Slovėnijos Nacionalinio visuomenės sveikatos instituto 2015 m. apklausa

Siekiant užtikrinti lygias galimybes visiems gyventojams gauti Paslaugas, būtina lygių galimybių užtikrinimą įtraukti kaip vieną iš svarstomo teisinio reguliavimo ar įgyvendinamo sprendimo vertinimo kriterijų. Pažymėtina, jog kartais veiksmai, kuriais siekiama sumažinti socialiai nulemtus sveikatos būklės skirtumus, yra nukreipti ne tiesiogiai į sveikatą, o į kitas sritis, tokias, kaip išsilavinimas ar socialinė politika. Taip pat vertinant veiksmus, kuriais siekiama užtikrinti lygias galimybes visiems gyventojams gauti Paslaugas, svarbu įvertinti, ar veiksmas neturi priešingo efekto – pavyzdžiui, padidinant galimybes gauti Paslaugas toms grupėms, kurios jau naudojasi dideliu Paslaugų prieinamumu, ir nepadarant poveikio grupėms, kurių Paslaugų prieinamumas yra žemas⁴⁷ (pavyzdžiui, sukūrus PASP centrą, juo galės pradėti naudotis asmenys, kurie ir anksčiau PASP paslaugomis, tačiau asmenims, kurie iki šiol neturėjo pakankamai žinių, kad identifikuotų savo poreikį gauti PASP paslaugas ar asmenys, gyvenantys nutolusiose bendruomenėse ar turintys judėjimo sutrikimų gali neturėti paskatų ar reikalingo įgalinimo pasinaudoti suteiktomis galimybėmis).

Siekiant pažeidžiamiausioms gyventojų grupėms suteikti lygias galimybes gauti ASPP, reikalinga identifikuoti sunkumus, su kuriais susiduria šių grupių atstovai ir pasitelkti visus bendruomenės išteklius, galinčius prisidėti prie identifikuotų sunkumų sprendimo. Pavyzdžiui, Slovėnijoje, atsižvelgiant į 5 pav. pateiktas pažeidžiamų asmenų identifikuotas kliūtis prevencinių Paslaugų gavimui, šių kliūčių įveikimui buvo pasitelktas platus suinteresuotų subjektų ratas.

5 pav. Suinteresuotų asmenų, kurie dirba siekiant padidinti Paslaugų prieinamumą, Slovėnijoje



Šaltinis: PSO Europos regiono biuras

Atkreiptinas dėmesys ir į kitą, ne mažiau svarbią problemą: **privalomuoju sveikatos draudimu neapdraustų asmenų sveikatos priežiūrą**. Kitų valstybių praktika rodo, jog dauguma privalomuoju sveikatos draudimu

⁴⁷ PSO Europos regiono biuras. Putting your own house in order: examples of health – system action on socially determined health inequalities. Kopenhaga, 2010. Prieiga internetu: <https://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/equity-in-health-project/web-based-resource/companion-publication>

neapdraustų asmenų naudojami Paslaugomis ligoninėse. Tai reiškia, jog nukenčia tiek gyventojų sveikata (dėl sveikatos priežiūros paslaugų kreipiamasi tik iškilus neatidėliotinai būtinybei, nėra rūpinamasi išvengiamų ligų prevencija ar gydymu ankstyvose sveikatos sutrikimų stadijose), tiek sveikatos priežiūros sektoriaus finansai (gydymas ligoninės stacionare kainuoja daugiau, nei PASP paslaugų teikimas). Pavyzdžiui, 2006 m. Lenkijoje 95 proc. privalomuoju sveikatos draudimu neapdraustų skurdą patiriančių pacientų gydymui skirtų lėšų buvo išleidžiama būtent pacientų gydymui ligoninėse. Buvo identifikuotos trys to priežastys: dauguma skurdą patiriančių žmonių į ASPJ kreipiasi tik rimtų susirgimų atvejais, ligoninės veikia 24 valandas per parą ir todėl yra pasiekiamos lengviau, nei kitos ASPJ ir tai, jog dauguma skurdžiai gyvenančių privalomuoju sveikatos draudimu neapdraustų asmenų (pavyzdžiui, benamiai) negali įsigyti vaistų ar gyvena itin prastose sąlygose, todėl gydymasis ligoninėje jiems yra priimtinesnis net tais atvejais, kai įprastai pakaktų ambulatorinio gydymo⁴⁸.

Praktiniai duomenys taip pat demonstruoja, jog pažeidžiamoms visuomenės grupėms – skurdą ir (ar) socialinę atskirtį patiriantiems, etninėms mažumoms priklausantiems ar sunkiai pasiekiamose bendruomenėse gyvenantiems asmenims – jų sveikatos priežiūros proceso koordinavimas turi didelę naudą, didinančią jiems teikiamų Paslaugų efektyvumą, užtikrinančią sveikatos priežiūros proceso tęstinumą bei paskatinančią šiuos asmenis aktyviau rūpintis savo sveikata bei kreiptis dėl PASP paslaugų suteikimo tinkamu metu. Tai ne vien leidžia užtikrinti lygias sveikatos priežiūros galimybes, bet ir sumažina sveikatos priežiūros sistemos apkrovimą bei reikalingus finansinius resursus, nes sumažėja šių grupių atstovų naudojimas greitosios medicinos pagalbos ir stacionare teikiamomis paslaugomis⁴⁹.

Apibendrinimas

Kitų šalių sveikatos priežiūros sistemose lygios galimybės gauti kokybiškas Paslaugas užtikrinamos dviem pagrindiniais būdais: 1) vykdant potencialių pacientų informavimą ir konsultavimą bei 2) gerinant sveikatos priežiūros paslaugų teikimą: fiziškai priartinant šių paslaugų teikėjus prie jų gavėjų specialių renginių metu, į atskirtį patiriančias bendruomenes atvykstant sveikatos priežiūros specialistams ir atsivežant reikalingą įrangą bei prietaisus arba Paslaugomis negalinčius pasinaudoti pacientus lankant jų namuose bendruomenės slaugytojoms ir gydytojams. Lygios galimybės gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas paprastai užtikrinamos išplečiant pacientų gebėjimus ir galimybes gauti PASP paslaugas.

1.4. Rekomendacijų ateities sveikatos priežiūros sistemų vystymui apžvalga

ES Taryba Lietuvai teikia šias rekomendacijas (2019 m., 2020 m., 2022 m.):

- gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, įperkamumą ir sistemos efektyvumą.⁵⁰
- didinti sveikatos sistemos atsparumą, sutelkti adekvatų finansavimą, spręsti sveikatos priežiūros darbuotojų ir svarbių medicinos reikmenų trūkumo problemą. Gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę.⁵¹
- stiprinti pirminę ir profilaktinę sveikatos priežiūrą.⁵²

⁴⁸ Marek M. Poland: poverty and health. In: Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010:124 – 135. Prieiga internetu: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/115485/E94018.pdf

⁴⁹ PSO. People – centred and integrated health services: an overview of the evidence. Interim Report. 2015. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155004>

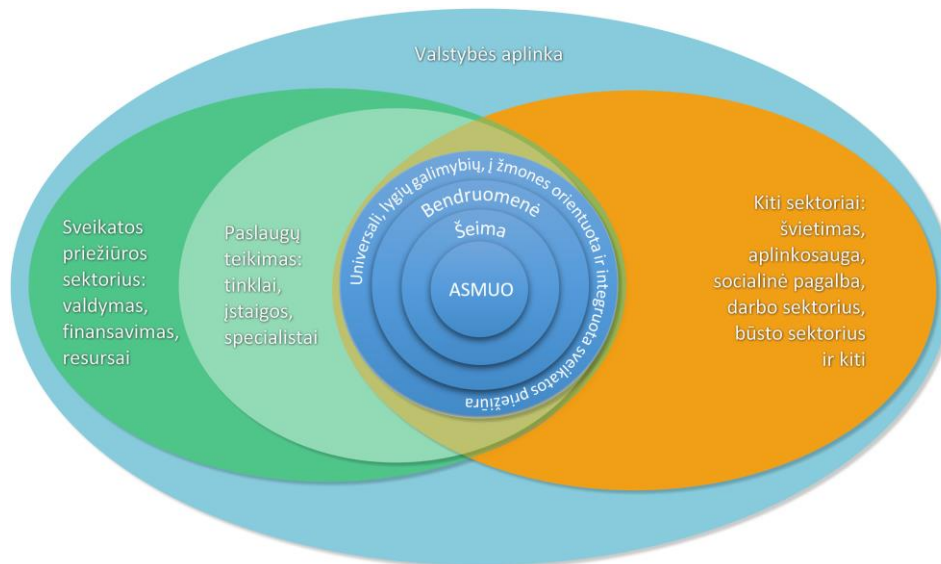
⁵⁰ ES Tarybos rekomendacijos dėl 2019 m. Lietuvos nacionalinės reformų programos su Tarybos nuomone dėl 2020 m. Lietuvos stabilumo programos (TR'19). Prieiga internetu: http://www.euro.lt/uploads/main/documents/files/Post_%202020/%C5%A0alies%20ataskaita%20BCSR/2019%20CSR%20Lietuviskai.pdf

⁵¹ ES Tarybos rekomendacijos dėl 2020 m. Lietuvos nacionalinės reformų programos su Tarybos nuomone dėl 2020 m. Lietuvos stabilumo programos (TR'20). Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/2020-european-semester-csr-comm-recommendation-lithuania_lt.pdf

⁵² ES Tarybos rekomendacijos dėl 2022 m. Lietuvos nacionalinės reformų programos su Tarybos nuomone dėl 2022 m. Lietuvos stabilumo programos. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/2022-european-semester-csr-lithuania_lt.pdf

Su aptartais iššūkiais (ataskaitos 1.1 skyrius) susiduriančioms šalims PSO teikia viziją platesnę sveikatos priežiūros ateičiai– „ateitis, kurioje visi žmonės turi prieigą prie sveikatos priežiūros paslaugų, kurios yra teikiamos taip, kad atitiktų jų poreikius, būtų koordinuojamos laikantis visos sveikatos priežiūros tęstinumo principo ir yra saugios, veiksmingos, savalaikės ir priimtinos kokybės“⁵³. Šios vizijos įgyvendinimui PSO išskiria penkis strateginius tikslus (6 pav.).⁵⁴

6 pav. PSO integruotų, į žmones orientuotų sveikatos paslaugų koncepcija



Šaltinis: PSO

Toliau kiekvienas iš tikslų apžvelgiamas plačiau.

i. Žmonių įgalinimas ir įtraukimas

Įgalinimo ir įtraukimo esmė – suteikti galimybes, įgūdžius ir resursus, kurių reikia žmonėms įgalinti tapti Paslaugų vartotojais. Taip pat svarbu pasiekti nepakankamai Paslaugų gaunančias ir atskirtą patiriančias gyventojų grupes, siekiant užtikrinti visuotinę prieigą prie Paslaugų. Šiuo tikslu siekiama suteikti asmenims galimybę priimti efektyvius sprendimus dėl savo sveikatos ir suteikti bendruomenėms galimybę aktyviai dalyvauti kuriant sveiką aplinką, teikiant priežiūros paslaugas, bendradarbiaujant su sveikatos sektoriumi ir kitais sektoriais bei prisidedant prie sveikatos viešosios politikos.

Politikos priemonės ir intervencijos⁵⁵:

- Bendruomenėje teikiamų Paslaugų ir bendruomenės sveikatos priežiūros darbuotojų užtikrinimas;
- Pilietinės visuomenės ir pacientų grupių plėtra;
- Tarpusavio parama ir pacientų – ekspertų grupės⁵⁶;
- Sveikatos sektoriaus lygybės tikslai integruoti į sveikatos sektoriaus tikslus;
- Nepakankamai aptarnaujamų asmenų mobiliojo aptarnavimo paslaugos, įskaitant mobiliuosius įrenginius, transporto sistemas ir nuotolinę mediciną;
- Sutarčių dėl paslaugų sudarymas su trečiosiomis šalimis, kai tam yra pagrindas;
- PASP sistemų plėtimas.

Įgyvendinimo indikatorius: reguliarius pacientų pasitenkinimo Paslaugų apklausų vykdymas⁵⁷.

⁵³ PSO. WHO global strategy on integrated people – centred health services 2016 – 2026. Executive Summary. Placing people and communities at the centre of health services. 2015. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/180984>

⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Pacientai – ekspertai – pacientai, turintys plačias žinias apie savo sveikatos sutrikimą ir jo gydymą bei savarankiško gydymosi įgūdžius. PSO. WHO global strategy on integrated people – centred health services 2016 – 2026. Executive Summary. Placing people and communities at the centre of health services. 2015. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/180984>

ii. Valdymo ir atskaitomybės stiprinimas

Valdymo ir atskaitomybės stiprinimas apima politinio dialogo tobulinimą, taip pat politikos formavimą ir vertinimą kartu su piliečiais, bendruomenėmis ir kitomis suinteresuotosiomis šalimis. Juo siekiama skatinti skaidrumą priimant sprendimus.

Galimos taikyti politikos priemonės ir intervencijos:

- Bendruomenių dalyvavimas formuojant ir vertinant politiką;
- Nacionalinė sveikatos politika, strategijos ir planai, skatinantys integruotas, į žmones orientuotas sveikatos priežiūros paslaugas;
- Programų finansuotojų derinimas su nacionaline politika, strategijomis ir planais;
- Kai tai tinkama – decentralizacija vietos lygmeniu;
- Pacientų teisės sveikatos priežiūros srityje;
- Sveikatos priežiūros teikėjų ataskaitos, pacientų ataskaitos apie rezultatus ir išsamios rezultatų suvestinės;
- Veiklos rezultatais pagrįstas finansavimas ir sutarčių sudarymas su trečiosiomis šalimis;
- Gyventojų registracija pas atskaitingą (– us) sveikatos priežiūros paslaugų teikėją (– us).

Įgyvendinimo indikatorius: nacionalinės sveikatos politikos, strategijų ir planų suderinimas su PSO Globalia strategija dėl integruotų ir orientuotų į žmones sveikatos priežiūros paslaugų.⁵⁸

iii. Sveikatos priežiūros modelio perorientavimas

Sveikatos priežiūros modelio perorientavimas – tai užtikrinimas, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų apmokamos ir teikiamos taikant priežiūros modelius, kuriuose pirmenybė teikiama PASP paslaugoms ir bendruomeninės sveikatos priežiūros paslaugoms bei bendram indėliui į sveikatą. Tai apima ir perėjimą nuo stacionarios prie ambulatorinės ir paciento namuose teikiamos sveikatos priežiūros. Tam reikalingos investicijos į visapusišką sveikatos priežiūrą, įskaitant sveikatos stiprinimo ir sveikatos sutrikimų prevencijos strategijas. Priežiūros modelių perorientavimas taip pat reiškia naujų tarpsektorinių veiksmų galimybių kūrimą bendruomenės lygmeniu, siekiant spręsti socialinius sveikatą lemiančius veiksnius ir kuo geriau panaudoti ribotus išteklius, įskaitant partnerystę su privačiu sektoriumi⁵⁹.

PASP sektoriaus stiprinimas apima tinkamo finansavimo užtikrinimą, specialistų apmokymą, ryšius su kituose sektoriuose teikiamomis paslaugomis, tvarios darbo jėgos planų kūrimą. Visose situacijose strategijose turėtų būti siekiama planuoti ir stiprinti darbo jėgos gebėjimus bei įgūdžių įvairovę, kad būtų teikiamos paslaugos, orientuotos į nustatytus sveikatos sistemos prioritetus. Be to, naudą gali atnešti dėmesys privačiam sektoriui ir į žmones orientuotos bei integruotos sveikatos priežiūros praktikos reguliavimo ir skatinimo metodams⁶⁰.

Ypatingas dėmesys taip pat turi būti skiriamas **sveikatos priežiūros modeliams, kurie remiasi bendruomenės ištekliais** ir jais naudojasi. Pavyzdžiui, tarpusavio paramos programos, kuriose naudojamos „bičiulio“ tipo susitarimais, siekiant perduoti tam tikrų sveikatos sutrikimų turinčių žmonių įgytas žinias ir įgūdžius kitiems, turintiems panašių sveikatos sutrikimų, dalyviai įvertino teigiamai, nors kol kas konkrečių duomenų apie jų poveikį sveikatai dar nėra⁶¹.

Spartūs **technologijų pokyčiai leidžia kurti naujus sveikatos priežiūros modelius**. Pavyzdžiui, diabeto ir kitų lėtinių ligų (ir jų komplikacijų) diagnostikos vietoje pažanga gali padėti atpažinti asmenis, kuriems reikia gydymo ankstyvajame ligos etape, ir palengvinti savikontrolę. Tačiau tokioms technologijoms reikalingos pagalbinės sistemos, galinčios reaguoti į individualias aplinkybes ir kiekvienam pacientui ligos sukeltus sudėtingumus (pvz., gretutines ligas, kultūrinės nuostatos ir socialinius veiksnius)⁶². Be to, naujos technologijos, kuriose pasitelkiamas mobilusis ir interneto ryšys, gali sukurti naujus būdus pasiekti paslaugų teikėjus geografiškai

⁵⁸ PSO. WHO global strategy on integrated people – centred health services 2016 – 2026. Executive Summary. Placing people and communities at the centre of health services. 2015. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/180984>

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ PSO. People – centred and integrated health services: an overview of the evidence. Interim Report. 2015. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155004>

⁶¹ Ibid.

⁶² Ibid.

izoliuotoms bendruomenėms, taip pat toms, kurioms reikalingos su skirtinga kultūra ar kalba susijusios paslaugos. Naujos technologijos turėtų būti pripažintos kaip papildiniai, o ne pakaitalai tradiciniams „didelio kontakto“ metodams, kurie išlieka sveikatos priežiūros paslaugų pagrindu⁶³.

Konkrečios strategijos pasirinkimas turi būti atliekamas įvertinant egzistuojančias problemas, turimus išteklius bei gyventojų poreikius, bei atitinkamai pritaikant tinkamiausias strategijas. Atkreiptinas dėmesys, jog tam tikros strategijos gali būti pritaikomos vietiniu mastu – pavyzdžiui, retai apgyvendintose vietovėse pritaikant kitokias strategijas, nei tankiai apgyvendintuose miestuose.

Galimos taikyti politikos priemonės ir intervencijos⁶⁴:

- Vietinio lygmens sveikatos poreikių įvertinimas;
- Visapusiškas (angl. *comprehensive*) Paslaugų paketas visoms gyventojų grupėms;
- Sveikatos technologijų vertinimas;
- Gyventojų sveikatos būklės stebėjimas (duomenys);
- Rizikų ir grėsmių visuomenės sveikatai priežiūra, tyrimai ir kontrolė;
- Sveikatingumo plėtra ir ligų prevencija;
- Visuomenės sveikatos reguliavimas ir priemonių vykdymo užtikrinimas;
- PASP organizavimas;
- Daugiadalykinės PASP komandos;
- „Vartininko vaidmuo“ (angl. *gate keeper*)⁶⁵ norint pasiekti kitas specializuotas paslaugas;
- Didesnė sveikatos priežiūros išlaidų dalis skiriama PASP, mažinant stacionare teikiamų paslaugų apimtį;
- Sveikatos priežiūra namuose vs slaugos namuose ir hospisuose;
- Ligoninių naudojimas ūmių ar paūmėjusių ligų kompleksiniam gydymui;
- Ambulatorinė chirurgija, dienos stacionaras ir tik pagal būtinąjį poreikį skiriamas pacientų gydymas stacionare;
- Nuotolinės sveikatos paslaugos.

iv. Paslaugų koordinavimas

Sveikatos priežiūros paslaugų koordinavimas apima priežiūros koordinavimą, atsižvelgiant į žmonių poreikius kiekviename sveikatos priežiūros lygyje, taip pat skatinant veiklą, skirtą integruoti skirtingus sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus ir sukurti veiksmingus tinklus tarp sveikatos ir kitų sektorių. Koordinuojant nebūtinai reikia sujungti skirtingas struktūras, paslaugas ar darbo eigas, o daugiau dėmesio skirti priežiūros teikimo gerinimui derinant skirtingų paslaugų procesus⁶⁶.

Pagrindinis koordinuotos sveikatos priežiūros tikslas yra teikti kokybiškas Paslaugas geriau organizuojant sveikatos priežiūros veiklą, įtraukiant asmenis ir visus sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus, su kuriais jie susiduria. Taigi pagrindinis tobulinimo taškas yra asmens priežiūros teikimas, koordinuojant paslaugas pagal jo ir jo šeimos poreikius. Asmens priežiūros koordinavimas yra ne tik paslaugų teikėjų koordinavimas, bet ir priežiūros koordinavimas laikui bėgant, gerinant informacijos srautus ir palaikant ryšius su paslaugų teikėjais. Koordinavimas yra strategijų, kurios gali padėti pasiekti į asmenį orientuotą ir integruotą priežiūrą, visuma. Paslaugos, įskaitant infrastruktūrą, siuntimo sistemas, informacines technologijas ir bylų valdymą, turi būti plėtojamos sutelkiant dėmesį į asmenį⁶⁷.

Tikslinės koordinavimo programos gali turėti teigiamą poveikį priežiūros kokybei ir, tam tikrais atvejais, efektyvumui. Teikiant koordinuotas Paslaugas įvairiose aplinkose, pavyzdžiui, lėtinių ligų valdyme, prevencinės sveikatos srityje, motinystės priežiūros, psichikos sveikatos ir palaikomosios slaugos srityse, gali būti taikomi skirtingi metodai. Tačiau visuose šiuose metoduose yra svarbūs pagrindiniai bendruomenės dalyvavimo, asmenų

⁶³ Ibid.

⁶⁴ PSO. WHO global strategy on integrated people – centred health services 2016 – 2026. Executive Summary. Placing people and communities at the centre of health services. 2015. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/180984>

⁶⁵ „Vartininko“ vaidmuo reiškia, kad šeimos gydytojas yra pirmasis paciento kontaktas su sveikatos priežiūros sistema, pacientui siekiant gauti specializuotas Paslaugas.

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ PSO. People – centred and integrated health services: an overview of the evidence. Interim Report. 2015. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155004>

įgalinimo ir veiksmingo paslaugų teikėjų bendravimo principai, kad būtų pasiekta sveikatos priežiūra, kuri būtų sinchronizuota ir tinkamai reaguotų į bet kurio asmens poreikius ir pageidavimus bei jo situaciją. Sveikatos priežiūros koordinavimas atveria kelią Paslaugų teikimo tęstinumui, kai paslaugos yra struktūrizuotos atsižvelgiant į unikalias asmens ligas ir socialinę patirtį, o ne pagal atskiras ligas⁶⁸.

Priemonės, skatinančios koordinuotą paslaugų teikimą, apima koncentravimąsi į pacientų ir paslaugų teikėjų susitarimus dėl sveikatos priežiūros organizavimo, glaudų bendravimą tarp šeimos gydytojų ir atskirų profesinių kvalifikacijų gydytojų bei veiksmingas siuntimo ir išrašymo sistemas. Daugeliui šių aspektų naujų technologijų ir patobulintų informacinių sistemų naudojimas suteikia galimybę pagerinti priežiūros koordinavimą – pavyzdžiui, tarpusavyje bendrinami elektroniniai sveikatos įrašai gali pagerinti ryšį tarp paslaugų teikėjų, o geografinis žemėlapių sudarymas naudojant mobiliuosius įrenginius gali išryškinti informavimo programų aprėpties spragas esant mažai išteklių (pvz., vykdant sveikatos patikros ir skiepavimo veiklą)⁶⁹.

Praktiniai duomenys rodo, jog sveikatos priežiūros koordinavimas daugiausiai naudos neša tiems pacientams, kurie turi keletą skirtingų sveikatos sutrikimų ir kuriems reikalinga skirtingų tipų sveikatos priežiūra. Taip pat duomenys atspindi, kad dėl nepakankamo koordinavimo labiausiai kenčia žmonės, kurie yra neturtingi, pažeidžiami ir priklausantys etninėms mažumoms arba sunkiai pasiekiamoms visuomenės grupėms. Todėl kuriant priežiūros koordinavimo strategijas svarbu, kad jos ypatingą dėmesį skirtų būtent šioms grupėms. Tai ne tik etinis, bet ir ekonominis klausimas, nes šių grupių sveikatos pablogėjimas, kurio būtų galima išvengti, visuomenės sveikatos sistemai sukuria didelių išlaidų⁷⁰.

Galimos taikyti politikos priemonės ir intervencijos⁷¹:

- Tarp sveikatos priežiūros specialistų bendrinamas elektroninis medicininis įrašas;
- Sveikatos priežiūros procesų kelių planavimas;
- Siuntimo ir atgalinio siuntimo sistemos;
- Atvejo vadyba;
- Regioniniai arba rajono sveikatos paslaugų teikimo tinklai;
- Vertikalių programų integravimas į nacionalines sveikatos sistemas;
- Paskatos už sveikatos priežiūros koordinavimą;
- Tarpsektorinės partnerystės;
- Sveikatos sektoriaus jungimas su socialinėmis paslaugomis;
- Pasirengimo sveikatos krizėms, aptikimo ir reagavimo į jas koordinavimas.

Įgyvendinimo indikatorius: formalių pacientų siuntimo ir priėmimo sistemų nustatymas.

v. Įgalinančios aplinkos kūrimas

Kad keturios ankstesnės strategijos taptų veikiančia realybe, būtina sukurti palankią aplinką, kuri suburtų įvairias suinteresuotąsias šalis imtis transformacinių pokyčių. Tai sudėtinga užduotis, apimanti įvairius procesus, kad būtų atlikti būtini teisinių sistemų, finansinių susitarimų ir paskatų pokyčiai bei darbo jėgos ir viešosios politikos formavimo perorientavimas. Būtina, kad Paslaugų tiekėjai, ASPJ, pacientai bei specializuotų žinių turinčios organizacijos lygiavertiškai įsitrauktų į pokyčių įgyvendinimo procesą, dalintųsi savo patirtimi bei idėjomis ir būtų išgirsti.

Galimos taikyti politikos priemonės ir intervencijos⁷²:

- Transformacinė ir paskirstyta lyderystė;
- Išteklių skyrimas reformai;
- Sistemų tyrimai ir dalijimasis žiniomis;
- Klinikinis valdymas;

⁶⁸ Ibid.

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ PSO. WHO global strategy on integrated people – centred health services 2016 – 2026. Executive Summary. Placing people and communities at the centre of health services. 2015. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/180984>

⁷² PSO. WHO global strategy on integrated people – centred health services 2016 – 2026. Executive Summary. Placing people and communities at the centre of health services. 2015. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/180984>

- Kokybės užtikrinimas ir nuolatinis kokybės gerinimas;
- Sveikatos darbuotojų mokymas;
- Iš skirtingų profesionalų sudarytos komandos, dirbančios peržengiant organizacijos ribas;
- Darbo sąlygų ir atlyginimo mechanizmų gerinimas;
- Reguliavimo sistemos suderinimas – pavyzdžiui, nustatant naujus kokybės standartus ar apmokant už nustatytų tikslų pasiekimą;
- Mišrūs mokėjimo modeliai, pagrįsti pacientų skaičiumi.

Įgyvendinimo indikatoriai: pakartotinio miokardo infarktą patyrusių pacientų hospitalizavimo atvejų sumažinimas iki mažiau, nei 10 proc.⁷³.

Sveikatos srityje tarptautinės organizacijos teikia šias rekomendacijas:

- Sveikatos priežiūros procesą orientuoti į žmones bei bendruomenes, pacientų poreikius, problemas ar ypatybes vertinant kaip Paslaugų teikimo proceso struktūrą formuoti turinčius veiksmus;
- Į sveikatos priežiūros procesą aktyviai įtraukti pacientus – tiek skatinant pacientus savarankiškai rūpintis sveika gyvensena ir sveikatos sutrikimų prevencija, bendrauti su panašią patirtį turinčiais ekspertais pacientais, tiek, atsižvelgiant į pacientų individualias aplinkybes ir parenkant jiems labiausiai tinkamą Paslaugų teikimo modelį;
- Plėsti PASP teikimo struktūras, vykdyti prevencijos problemas ir tokiu būdu užkirsti kelią sunkesnių sveikatos sutrikimų išsivystymui bei mažinant stacionariųjų Paslaugų teikimo poreikį;
- Į visuomenės sveikatos gerinimo strategijas žiūrėti platesniu mastu, įvertinant plačios aplinkybių visumos – nuo užimtumo galimybių iki aplinkos veiksnių, darančių įtaką sveikatos būklei – poveikį bei imantis atitinkamo masto iniciatyvų, skirtų ilgalaikiams (nors galbūt ir negreitai vykstantiems) pokyčiams inicijuoti, į šią veiklą įtraukti tiek sveikatos priežiūros specialistus, tiek pacientus, tiek su sveikata susijusią veiklą vykdančius verslo subjektus;
- Įgalinti visus sveikatos priežiūros sistemos dalyvius, ypač sveikatos priežiūros specialistus, Paslaugų ir jų organizacijas aktyviai dalyvauti pokyčių inicijavimu, metodinės medžiagos kūrimo bei praktinių bandymų vykdymo procese, taip padidinant jų motyvaciją bei įsitraukimą ir pasinaudojant jų turimomis profesinėmis bei praktinėmis žiniomis.

Apibendrinimas

PSO sveikatos priežiūros ateities vizijos įgyvendinimui PSO nustatė penkis strateginius tikslus: žmonių įgalinimas ir įtraukimas; valdymo ir atskaitomybės stiprinimas; sveikatos priežiūros modelio perorientavimas; paslaugų koordinavimas; įgalinančios aplinkos kūrimas⁷⁴.

- Žmonių įgalinimas ir įtraukimas suteikia galimybę žmonėms priimti efektyvius sprendimus dėl savo sveikatos, bendruomenėms – aktyviai dalyvauti kuriant sveiką aplinką, skatina sveikatos sektoriaus ir kitų sektorių bendradarbiavimą, aktyvų žmonių dalyvavimą kuriant sveiką viešąją politiką.
- Valdymo ir atskaitomybės stiprinimas apima politinio dialogo tobulinimą, taip pat politikos formavimą ir vertinimą kartu su piliečiais, bendruomenėmis ir kitomis suinteresuotosiomis šalimis.
- Sveikatos priežiūros modelio perorientavimas teikiant pirmenybę pirminio lygio ir bendruomeninių sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai.
- Sveikatos priežiūros paslaugų koordinavimas kiekviename sveikatos priežiūros lygyje atsižvelgus į žmonių poreikius.
- Įgalinančios aplinkos kūrimas apima teisinių sistemų, finansinių susitarimų, darbo jėgos ir viešosios politikos formavimo pokyčius.

ES Tarybos rekomendacijos Lietuvai: gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, įperkamumą ir sistemos efektyvumą; didinti sveikatos sistemos atsparumą, sutelkti adekvatų finansavimą, spręsti sveikatos priežiūros darbuotojų ir svarbių medicinos reikmenų trūkumo problemą. Gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę; stiprinti pirminę ir profilaktinę sveikatos priežiūrą.

⁷³ Ibid.

⁷⁴ Ibid.

2. SLOVĖNIJOS IR DANIJOS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO MODELIAI IR JŲ ELEMENTŲ PRITAIKYMO GALIMYBĖS LIETUVOJE

Šiame ataskaitos skyriuje pateikiami Tyrimo 2 uždavinio „Išnagrinėti 2 asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelius kitose šalyse (Danija, Slovėnija) ir įvertinti galimybes pritaikyti jų patirtį Lietuvoje“ vykdymo rezultatai. Tyrimo 2 uždavinys įgyvendinamas šiais etapais:

1. Veiksnių, darančių įtaką gyventojų sveikatai analizė Danijoje, Slovėnijoje ir Lietuvoje (ataskaitos 2.1 skyrius);
2. Atliekama Slovėnijos, Danijos ir Lietuvos sveikatos priežiūros sistemų modelių apžvalga (ataskaitos 2.2 – 2.4 skyriai);
3. Slovėnijos, Danijos ir Lietuvos sveikatos priežiūros sistemų modelių palyginimas (ataskaitos 2.5.1 skyrius);
4. Identifikuojami Danijos ir Slovėnijos asmens sveikatos priežiūros modelių elementai, kurie daro poveikį geresnei gyventojų sveikatai, ir kuriuos galima būtų pritaikyti Lietuvoje (ataskaitos 2.5.2 skyrius).

Pažymėtina, kad Slovėnijos ir Danijos sveikatos priežiūros sistemos apžvelgiamos ne vienodais aspektais, priklausomai nuo informacijos, kuri yra prieinama: apžvelgtos abiejų šalių sveikatos priežiūros sistemų istorijos, kurios leidžia geriau suprasti dabartines sveikatos priežiūros sistemų ištakas. Išnagrinėti Slovėnijos ir Danijos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modeliai, asmens sveikatos priežiūros teikimo būdai, aptartas sveikatos priežiūros specialistų vaidmuo priimant sprendimus, sveikatos priežiūros sistemos struktūra, pasiekimai informacinių technologijų srityje. Taip pat šiame skyriuje pateiktos svarbiausios Lietuvos teisės aktų nuostatos apie sveikatos sistemos organizavimą, kurios leistų palyginti Slovėnijos, Danijos ir Lietuvos sveikatos sistemų reglamentavimą.

2.1. Veiksnių, darančių įtaką gyventojų sveikatai analizė Danijoje, Slovėnijoje ir Lietuvoje

Sveikatos priežiūros sistemų galutinis tikslas – sveika visuomenė. Gyventojų sveikatos būklės rezultatai priklauso nuo įvairių veiksnių:

- i. genetinių ir biologinių veiksnių;
- ii. gyvensenos ir elgsenos veiksnių;
- iii. aplinkos (socialinės ir fizinės);
- iv. sveikatos apsaugos sistema (kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos, sveikatos draudimo sistema).^{75 76}

⁷⁵ Higienos institutas. Sveikatos netolygumų stebėseną ir vertinimas. Vilnius, 2016. Prieiga internetu: <https://www.hi.lt/uploads/pdf/projektai/Modelis%20Norway%20Grants/Sveikatos%20netolygumu%20stebesena.pdf>

⁷⁶ Solar o, Irvin AA. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (policy and Practice). World Health Organization, Geneva, 2010. Prieiga internete: https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf

Vienų veiksmų pokytis yra įmanomas, kitų – ne; vienų veiksmų pokytis turėtų būti vykdomas asmens valia, kitų – valstybės lygmeniu (5 lentelė). Nors šio ataskaitos skyriaus uždaviniai susiję su sveikatos apsaugos sistemos veiksmu, siekiant identifikuoti sistemos veikimo ar neveikimo priežastis, tikslinga įvertinti ir kitų veiksmų galimą įtaką rezultatams.

5 lentelė. Veiksmų pokyčių galimumas ir lygmuo

Veiksmo pokytis	Asmens lygmuo	Valstybės lygmeniu
Galimas	Gyvensenos ir elgsenos veiksniai, Aplinkos (socialinės ir fizinės) veiksniai	Sveikatos apsaugos sistema, Gyvensenos ir elgsenos veiksniai, Aplinkos (socialinės ir fizinės) veiksniai
Negalimas	Genetiniai ir biologiniai veiksniai	Genetiniai ir biologiniai veiksniai

Šaltinis. STRATA

Atsižvelgiant į tai, kad dirbtiniai genetinių ir biologinių veiksmų pokyčiai šiuo metu nėra reglamentuojami, todėl vertintini kaip negalimi ir į tai, kad gyvensenos ir elgsenos veiksniai nagrinėjami kito tyrimo apimtyje, toliau šioje analizėje jų ryšys su gyventojų sveikatos būkle nebus nagrinėjama. Toliau šiame ataskaitos skyriuje apžvelgiami valstybės lygmeniu galimi keisti socialinės ekonominės aplinkos ir sveikatos apsaugos sistemos veiksmus nusakantys rodikliai bei jų ryšys su pagrindiniais sveikatos būklės rodikliais (6 lentelė).

6 lentelė. Veiksmus matuojantys rodikliai ir jų grupės

Veiksniai	Rodiklių grupė	Rodikliai
Visi	Pagrindiniai sveikatos būklės rodikliai	Tikėtina gyvenimo trukmė
		Prevencijos priemonėmis išvengiama mirtinumas
		Sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiama mirtinumas
Sociodemografiniai veiksniai	Demografiniai rodikliai	Gyventojų skaičius
		Vyresnių kaip 65 metų gyventojų dalis, proc.
		Gimstamumo rodiklis
	Socialiniai ekonominiai rodikliai	BVP 1 gyventojui (Eur PGP2)
		Santykinis skurdo rodiklis (proc.)
Sveikatos apsaugos sistemos veiksniai	Bendrieji sistemos išlaidų rodikliai	Vienam gyventojui tenkančios išlaidos sveikatai, Eur
		Išlaidų sveikatai dalis BVP, proc.
	Išlaidų struktūros rodikliai	Išlaidos ambulatorinei sveikatos priežiūrai, Eur, PGP 1 gyventojui
		Išlaidos stacionarinei sveikatos priežiūrai, Eur, PGP 1 gyventojui
		Išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms dalis, Eur, PGP 1 gyventojui
		Išlaidos ilgalaikiai priežiūrai, Eur, PGP 1 gyventojui
		Išlaidos prevencijai, Eur, PGP 1 gyventojui
	Žmoniškųjų ir infrastruktūros išteklių rodikliai	Gydytojų skaičius 1000 gyventojų
		Slaugytojų skaičius 1000 gyventojų
		Slaugytojų / gydytojų santykis
		Ligoninių lovų skaičius 1000 gyventojų

Šaltinis. STRATA

Lietuvos gyventojų tikėtina gyvenimo trukmė 2020 m. buvo 5,5 metų trumpesnė už ES27 vidurkį (7 lentelė).

7 lentelė. Sveikatos būklės rodikliai Danijoje, Slovėnijoje, Lietuvoje ir jų vidurkis ES27, 2018 m.

Šalis / Rodiklis	Tikėtina gyvenimo trukmė*, m.	Prevencijos priemonėmis išvengiamas mirtingumas**, 100 000 gyventojų	Sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamas mirtingumas**, 100 000 gyventojų
ES27 (vidurkis)	80,6	160	92
Danija	81,6	152	73
Slovėnija	80,6	175	77
Lietuva	75,1	293	186

* Tikėtino gyvenimo trukmė – tikimybinis rodiklis, rodantis, kiek vidutiniškai metų gyvens kiekvienas gimęs arba sulaukęs tam tikro amžiaus žmogus, jeigu visą būsimą tiriamos kartos gyvenimą mirtingumo lygis kiekvienoje gyventojų amžiaus grupėje nekis.

** Prevencijos priemonėmis išvengiamo mirtingumo ir sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodikliai rodo sveikatos priežiūros sistemos veikimo veiksmingumą. Matuojami standartizuoti mirtingumo rodikliai 100 000 gyventojų.⁷⁷

Šaltinis: STRATA, EK duomenimis

2020 m. išliko didelis skirtumas tarp Lietuvos vyrų ir moterų tikėtinos gyvenimo trukmės, vyrų šis rodiklis siekė 70,07 metų, moterų – 80,06 metų⁷⁸. Nagrinėjant valstybių narių sveikatos sistemų veiklą Europos Komisijos (toliau – EK) ir EBPO naudoja palyginamuosius rodiklius, tokius kaip prevencijos priemonėmis išvengiamo mirtingumo ir sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodiklius, kurie nustatomi matuojant standartizuotus mirtingumo rodiklius 100 000 gyventojų toms ligų grupėms, kurios priskirtos prevencijos priemonėmis išvengiamo mirtingumo ir sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodikliams pagal tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtąjį pataisytą ir papildytą leidimą⁷⁹. Prevencijos priemonėmis išvengiamo mirtingumo ir sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodikliai⁸⁰ yra žymiai prastesni negu Danijos⁸¹ ir Slovėnijos⁸² rodikliai bei ES27 vidurkis (7 lentelė). Tai didžiausia dalimi lemia jaunesnių negu 75 metų amžiaus Lietuvos gyventojų mirtingumo nuo išeminės širdies ligos ir insulto rodikliai. Nors Lietuvoje 2011 – 2018 m. prevencijos priemonėmis išvengiamų mirčių skaičius sumažėjo 23 proc., šio tipo mirtingumas tebėra ketvirtas didžiausias ES. Kitos pagrindinės prevencijos priemonėmis išvengiamų mirčių priežastys yra su alkoholio vartojimu susijusios ligos, plaučių vėžys, nelaimingi atsitikimai, savižudybės. Tuo pačiu laikotarpiu Lietuvoje apie 16 proc. sumažėjo sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamas mirtingumas – nuo 221 iki 186 pirmalaikių mirčių 100 000 gyventojų per metus, tačiau jis tebėra ketvirtas didžiausias tarp ES šalių. Daugiau kaip pusę sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamų mirčių lemia išeminės širdies ligos ir insultas (laikoma kad šių mirties priežasčių galima išvengti tiek prevencijos, tiek sveikatos priežiūros priemonėmis), dar 15 proc. tokių mirčių priežastimi yra gaubtinės žarnos ir krūties vėžys.⁸³

Nors vidutinė gyvenimo trukmė augo bene visose šalyse, tačiau per pastaruosius 60 metų Slovėnijoje, Danijoje vidutinė gyvenimo trukmė pasiekė ES vidurkį, o Lietuvoje ženkliai atsilieka (7 pav.).

⁷⁷ Ibid.

⁷⁸ Prieiga internetu: https://hi.lt/php/dm1.php?dat_file=dem1.txt

⁷⁹ Prieiga internetu: <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp?topic=/lt.webmedia.vlk.drg.icd.ebook.content/html/icd/ivadas.html>

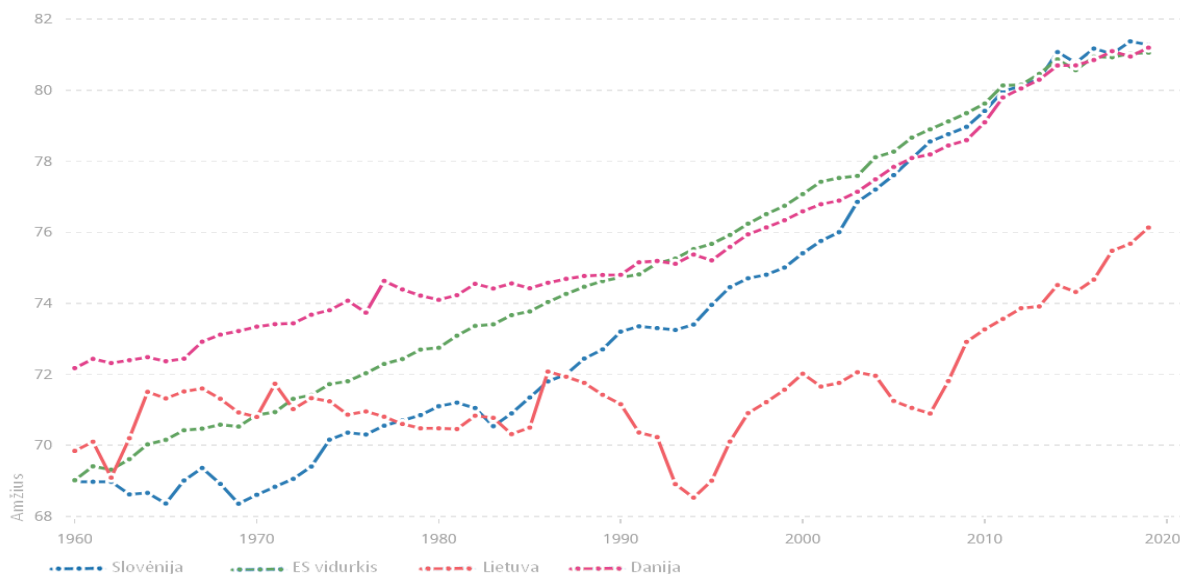
⁸⁰ State of Health in the EU. Lietuva. 2021 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_lt_lithuanian.pdf

⁸¹ State of Health in the EU. Denmark. Country Health Profile 2021. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_da_english.pdf

⁸² State of Health in the EU. Slovenia. Country Health Profile 2021. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_sl_english.pdf

⁸³ State of Health in the EU. Lietuva. 2021 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_lt_lithuanian.pdf

7 pav. Vidutinė gyvenimo trukmė Slovėnijoje, Danijoje, Lietuvoje ir ES (vidurkis), 1960 m. – 2020 m.⁸⁴



Šaltinis: World Bank Group

Siekiant nustatyti, kokie veiksniai Danijoje ir Slovėnijoje sveikatos daro įtaką geresniems nei Lietuvoje šių šalių gyventojų sveikatos būklės rodikliams, atliekama aukščiau išskirtų sveikatai įtaką darančių veiksnių ir juos apibrėžiančių rodiklių lyginamoji analizė skirtingose šalyse Lietuvoje, Danijoje, Slovėnijoje ir ES27.

i. Sociodemografinių veiksnių analizė

Sociodemografinių aplinkos veiksnių analizė apima demografinių ir socialinių ekonominių rodiklių grupes:^{85 86 87}

1) Demografinė situacija Danijoje, Slovėnijoje ir Lietuvoje gana panaši, tai iliustruoja gyventojų skaičiaus, vyresnių kaip 65 metų amžiaus gyventojų dalis visuomenėje, gimstamumo rodikliai (8 lentelė).

8 lentelė. Demografinė ir socioekonominė aplinka ES27, Danijoje, Slovėnijoje ir Lietuvoje, 2020 m.

Rodiklis	ES27 vidurkis	Danija	Slovėnija	Lietuva
Gyventojų skaičius	447 319 916	5 822 763	2 095 861	2 794 090
Vyresnių kaip 65 metų gyventojų dalis, proc.	20,6	19,9	20,2	19,9
Gimstamumo rodiklis*, asm.	1,5	1,7	1,6	1,6
BVP vienam gyventojui, Eur PGP**	29 801	40 464	26 414	25 878
Santykinis skurdo rodiklis*** (proc., 2019)	16,5	12,5	12,0	20,6

* Vaikų, gimstančių vienai 15 – 49 metų moteriai, skaičius.

** Perkamosios galios paritetas (toliau – PGP) – tai valiutos keitimo kursas, pagal kurį sulyginama perkamoji galia įvairiomis valiutomis panaikinant kainų lygio įvairiose šalyse skirtumus.

*** Asmenų, kurių pajamos sudaro mažiau nei 60 proc. ekvivalentinių disponuojamų pajamų medianos, procentinė dalis populiacijoje.

Šaltinis: STRATA, EK duomenimis

⁸⁴ World Bank Group. Life expectancy at birth, total (years) – Slovenia, European Union, Lithuania, Denmark. [žiūrėta 2021 m. lapkričio 29 d.] Prieiga internetu: https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2019&locations=SI-EU-LT-DK&name_desc=true&start=1960

⁸⁵ State of Health in the EU. Lietuva. 2021 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_lt_lithuanian.pdf

⁸⁶ State of Health in the EU. Denmark. Country Health Profile 2021. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_da_english.pdf

⁸⁷ State of Health in the EU. Slovenia. Country Health Profile 2021. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_sl_english.pdf

2) Socialinė ekonominė situacija, kurią leidžia įvertinti tokie rodikliai, kaip BVP vienam gyventojui ir santykinis skurdo rodiklis, lyginant tarp nagrinėjamų trijų šalių byloja, kad sudėtingiausia situacija yra Lietuvoje (8 lentelė). BVP tenkantis vienam gyventojui apibrėžia bendrą ekonominę gyventojų situaciją šalyje. 2020 m. Lietuvoje, palyginus su Danija, Slovėnija, BVP dalis, tenkanti vienam gyventojui buvo mažiausia, t. y. 13,2 proc. mažesnė už ES27 vidurkį, net 36 proc. mažesnė nei Danijoje, tačiau tik 2 proc. mažesnė nei Slovėnijoje. 2019 m. daugiau nei penktadalis (20,6 proc.) Lietuvos gyventojų gyveno žemiau santykinės skurdo ribos. Santykinis skurdo rodiklis Lietuvoje buvo 4,1 procentinio punkto didesnis už ES27 vidurkį, ir atitinkamai 8,1 ir 8,6 procentinio punkto nei Danijoje ir Slovėnijoje (8 lentelė).

Moksliniais tyrimais įrodyta, kad skurdas ir kiti socialiniai ekonominiai rodikliai yra susiję su blogesniais sveikatos rodikliais.^{88 89} Tai reiškia, kad palyginti prasta **socialinė situacija Lietuvoje yra neigiamas veiksnys, trukdantis gerinti sveikatos rodiklius.**

ii. Sveikatos apsaugos sistemos veiksmų analizė

Sveikatos apsaugos sistemos veiksniai apima rodiklius, nusakančius sistemos finansines (sistemos išlaidų) ir kitų (žmogiškųjų ir infrastruktūros) išteklių charakteristikas:

1) Finansinės sistemos charakteristikos. Nors išlaidos sveikatos priežiūrai Lietuvoje pastaraisiais metais augo, jos tebėra mažos (9 lentelė). Vienam gyventojui tenkančios išlaidos sveikatai 2019 m. Lietuvoje (1 885 Eur) sudarė tik šiek tiek daugiau nei pusę (53,5 proc.) sumos, kiek šiam tikslui vidutiniškai skyrė ES27 šalys (3 521 Eur, pakoreguota atsižvelgiant į perkamosios galios skirtumus)⁹⁰, 49,8 proc. Danijos (3786 Eur) ir 82,6 proc. Slovėnijos (2283 Eur) išlaidų. Išlaidos sveikatai 2019 m. Lietuvoje sudarė 7 proc. BVP, kai ES27 vidurkis – 9,9 proc., Danijoje siekė 10,0 proc., Slovėnijoje – 8,5 proc.⁹¹

9 lentelė. Vienam gyventojui tenkančios išlaidos sveikatai, Eur, ir išlaidų sveikatai dalis BVP, proc. Danijoje, Slovėnijoje, Lietuvoje ir ES27 vidurkis, 2019 m. ^{92 93 94}

Šalis	Vienam gyventojui tenkančios išlaidos sveikatai, Eur	Išlaidų sveikatai dalis BVP, proc.
ES27 vidurkis	3 521	9,9
Danija	3786	10,0
Slovėnija	2283	8,5
Lietuva	1 885	7,0

Šaltinis: STRATA, EK duomenimis

2) Išlaidų struktūra. Analizuojant visų sveikatos priežiūros išlaidų pasiskirstymą pagal sritis (10 lentelė), PGP vienam gyventojui 2019 m. Lietuvos išlaidos ambulatorinei sveikatos priežiūrai (614 Eur) sudarė 60 proc. ES27 (1 022 Eur), 46,9 proc. Danijos (1308 Eur) ir 82,3 proc. Slovėnijos (746 Eur) atitinkamų išlaidų, Lietuvos išlaidos stacionarinei sveikatos priežiūrai (530 Eur) sudarė 52,5 proc. ES27 (1 010 Eur), 56,1 proc. Danijos (944 Eur.) ir 80,3 proc. Slovėnijos (660 Eur) atitinkamų išlaidų (10 lentelė). Didžiausias Lietuvos atsilikimas fiksuojamas pagal ilgalaikiai priežiūrai skiriamas išlaidas, tenkančias vienam gyventojui: šios išlaidos vienam gyventojui Lietuvoje siekė 142 Eur per metus, ir tai buvo 6,6 karto mažesnė suma negu Danijoje (943 Eur), 4,3 karto mažesnė suma nei ES27 (617 Eur), 1,6 karto mažesnės negu Slovėnijoje (233 Eur). Ligų prevencijai vienam gyventojui Lietuvoje teko 59 Eur, tai sudarė 57,8 proc. ES27 atitinkamam tikslui vienam gyventojui skiriamų lėšų (102eur), 63,4 proc. Danijos (93 Eur) ir 80,8 proc. Slovėnijos (73 Eur) analogiškų išlaidų. Išlaidų vaistams ir medicinos pagalbos

⁸⁸ Higienos institutas. Sveikatos netolygumų stebėseną ir vertinimas. Vilnius, 2016. Prieiga internetu: <https://www.hi.lt/uploads/pdf/projektai/Modelis%20Norway%20Grants/Sveikatos%20netolygumu%20stebesena.pdf>

⁸⁹ Lietuvos sveikatos 2014-2025 m. strategija. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08/asr>

⁹⁰ Ibid.

⁹¹ State of Health in the EU. Lietuva. 2021 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_lt_lithuanian.pdf

⁹² Ibid.

⁹³ State of Health in the EU. Denmark. Country Health Profile 2021. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_da_english.pdf

⁹⁴ State of Health in the EU. Slovenia. Country Health Profile 2021. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_sl_english.pdf

priemonėms vienam Lietuvos gyventojui tenkanti suma siekė 525 Eur, tai sudarė 83,3 proc. ES 27 (630 Eur). Tačiau tai buvo vienintelė išlaidų eilutė, pagal kurią Lietuva lenkė Daniją ir Slovėniją, šios Lietuvos išlaidos buvo 23,8 proc. didesnės nei Danijoje (400 Eur) ir 7,8 proc. nei Slovėnijoje (484 Eur)^{95 96 97}.

10 lentelė. Visų sveikatos priežiūros išlaidų pasiskirstymas pagal išlaidų sritis, Eur, PGP vienam gyventojui, per 2019 m.

Šalis / Rodiklis	Išlaidos ambulatorinei sveikatos priežiūrai	Išlaidos stacionarinei sveikatos priežiūrai	Išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms	Išlaidos ilgalaikiai priežiūrai	Išlaidos prevencijai
ES27 vidurkis	1022	1010	630	617	102
Danija	1308	944	400	943	93
Slovėnija	746	660	484	233	73
Lietuva	614	530	525	142	59

Šaltinis: STRATA, EK duomenimis

Išlaidų sveikatai struktūros palyginimas šalyse leidžia kelti hipotezę, kad palyginti su kitomis šalimis prastesnei Lietuvos gyventojų sveikatai įtaką daro mažesnis sveikatos sistemos finansavimas.

3) Žmogiškųjų išteklių ir infrastruktūros charakteristikos. Nagrinėjant sveikatos priežiūros žmogiškuosius išteklius, 2019 m. Lietuvoje gydytojų skaičius buvo didesnis nei vidutiniškai ES27, Danijoje ir Slovėnijoje (11 lentelė). Tačiau slaugytojų skaičius, tenkantis 1000 gyventojų, Lietuvoje (7,7) buvo mažesnis už ES27 vidurkį (8,4), Danijos (10,1) ir Slovėnijos (10,3). Tai rodo, kad Danijos, Slovėnijos ir kitų šalių sistemos veikia su mažesniu gydytojų ir didesniu slaugytojų skaičiumi. Nepasiektas Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 m. strategijos 4 tikslo įgyvendinimo vertinimo rodiklis „iki 2020 m. pasiekti slaugytojų ir gydytojų skaičiaus santykį 2:1“^{98 99}, kai Slovėnijoje šis santykis sudarė 3,2, Danijoje – 2,4, ES27– 2,3. Kadangi gydytojų paruošimo kaina ir jų darbo sąnaudos yra didesnės nei slaugytojų, galima teigti, kad itin mažas Lietuvos slaugytojų ir gydytojų santykis atskleidžia vieną iš Lietuvos sveikatos sistemos neefektyvumo priežasčių. O įvertinus ir tai, kad užsienio šalyse sveikatos apsaugai skiriama daugiau lėšų, tikėtina, kad kitos šalys savo gyventojams turi galimybę pasiūlyti ir daugiau ir geresnės kokybės paslaugų savo gyventojams. Ligoninių lovų skaičius 1000 gyventojų Lietuvoje siekia 6,4, t. y. daugiau nei kitose šalyse, kai ES27 vidurkis (5,0), šis rodiklis Danijoje (2,4) ir Slovėnijoje (4,4).

11 lentelė. Sveikatos priežiūros ištekliai 2019 m.

Šalis / Rodiklis	Gydytojų skaičius 1000 gyventojų	Slaugytojų skaičius 1000 gyventojų	Slaugytojų / gydytojų santykis	Ligoninių lovų skaičius 1000 gyventojų
ES27 vidurkis	3,9	8,4	2,3	5,0
Danija	4,2	10,1	2,4	2,4
Slovėnija	3,2	10,3	3,2	4,4
Lietuva	4,6	7,7	1,7	6,4

Šaltinis: STRATA, EK duomenimis

⁹⁵ State of Health in the EU. Lietuva. 2021 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_lt_lithuanian.pdf

⁹⁶ State of Health in the EU. Denmark. Country Health Profile 2021. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_da_english.pdf

⁹⁷ State of Health in the EU. Slovenia. Country Health Profile 2021. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_sl_english.pdf

⁹⁸ State of Health in the EU. Lietuva. 2021 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2021_chp_lt_lithuanian.pdf

⁹⁹ Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII – 964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų strategijos patvirtinimo“. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08/asr>

2019 m. Lietuvoje gydytojų skaičius buvo didesnis nei vidutiniškai ES27, Danijoje ir Slovėnijoje (11 lentelė). Tačiau slaugytojų skaičius, tenkantis 1000 gyventojų, Lietuvoje (7,7) buvo mažesnis už ES27 vidurkį (8,4), Danijos (10,1) ir Slovėnijos (10,3). Tai rodo, kad Danijos, Slovėnijos ir kitų šalių sistemos veikia su mažesniu gydytojų ir didesniu slaugytojų skaičiumi.

Didelė priklausomybė nuo stacionarinės sveikatos priežiūros sektoriaus tebėra viena iš ilgalaikių Lietuvos sveikatos sistemos neefektyvumo problemų,¹⁰⁰ didinančių sveikatos priežiūros kainą.

Apibendrinimas

Lietuvos gyventojų pagrindinių sveikatos rodiklių ir jiems įtaką darančių veiksnių analizės rezultatai:

- **Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliai yra prasti.** Tikėtina gyvenimo trukmė trumpiausia, prevencijos priemonėmis išvengiama mirtingumo ir sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiama mirtingumo rodikliai – didžiausi palyginus su ES27, Danija ir Slovėnija.
- **Socialinė ekonominė aplinka nėra palanki sveikatos užtikrinimui.** Lietuvos socialinės ekonominės aplinka yra prastesnė nei užsienio šalių (ES27, Danija ir Slovėnija): Lietuvoje BVP vienam gyventojui (Eur PGP) buvo mažiausias, santykinis skurdo rodiklis (proc. 2019 m.) – didžiausias.
- **Sveikatos apsaugai lėšų skiriama nepakankamai.** Lietuvoje vienam gyventojui tenkančios išlaidos sveikatai buvo mažesnės už ES27 vidurkį, Danijos ir Slovėnijos išlaidas. Išlaidas sveikatai išreiškus BVP dalimi, jos Lietuvoje yra mažiausios.
- **Išlaidų struktūra nėra efektyvi.** Vienam gyventojui skirtos išlaidos ambulatorinei ir stacionarinei sveikatos priežiūrai yra mažiausios. Išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms vienam gyventojui Lietuvoje buvo nedaug mažesnės už ES27 vidurkį, tačiau didesnės už Danijos ir Slovėnijos atitinkamas išlaidas. Išlaidos ilgalaikiai priežiūrai vienam gyventojui Lietuvoje labiausiai skyrėsi palyginus su užsienio šalimis ir su kitomis sveikatos priežiūros sritimis: Lietuvoje buvo 6,6 kartus mažesnės negu Danijoje, 4,4 kartus mažesnės negu ES27 vidurkis, 1,6 karto mažesnės negu Slovėnijoje.
- **Žmogiškieji ištekliai ir infrastruktūra naudojama neefektyviai.** Slaugytojų skaičius 1000 gyventojų Lietuvoje mažesnis už ES27 vidurkį, Danijos ir Slovėnijos analogišką rodiklį, gydytojų ir slaugytojų santykis taip pat yra mažiausias Lietuvoje. Tuo tarpu gydytojų skaičiaus 1000 gyventojų ir ligoninių lovų skaičiaus 1000 gyventojų rodikliai Lietuvoje didžiausi.

Visi šie skirtumai rodo Lietuvos Paslaugų kokybės ir efektyvumo gerinimo poreikį bei būtinybę siekti veiksmingesnių sveikatos priežiūros rezultatų.

2.2. Slovėnijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio apžvalga

Šiame ataskaitos skyriuje pateikiama Slovėnijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio apžvalga. Detaliau pristatoma Slovėnijos sveikatos priežiūros sistemos istorija (ataskaitos 2.2.1 skyrius), sveikatos priežiūros sistema ir jos elementai (ataskaitos 2.2.2 skyrius), PASP paslaugų teikėjai (ataskaitos 2.2.3 skyrius), visuomenės sveikatos priežiūros teikėjai (ataskaitos 2.2.4 skyrius).

2.2.1. Slovėnijos sveikatos priežiūros sistemos istorija

Slovėnija keičia savo sveikatos priežiūros sistemą, siekdama patenkinti senstančios populiacijos ir augančio lėtinėmis ligomis sergančių gyventojų skaičiaus poreikius, tobulindama sveikatinimo veiklą ir sveikatos priežiūros koordinaciją¹⁰¹.

¹⁰⁰ Ibid.

¹⁰¹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Slovenia: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, <https://doi.org/10.1787/79ba70a2> – en.

1992 m. Slovėnijos Vyriausybė priėmė sveikatos priežiūros ir socialinio draudimo įstatymą, kuriuo **transformavo sveikatos sektoriaus finansavimo schemą į socialinio draudimo sistemą**, pagrįstą privalomomis įmokomis, skaičiuojamomis nuo darbo užmokesčio. Sistema sudarė galimybes privatiems tiekėjams teikti Paslaugas, nors PASP paprastai buvo teikiama valstybės finansuojamuose bendruomenės sveikatos centruose, egzistavusiuose dar iki Slovėnijai atgaunant nepriklausomybę. Bendruomenės sveikatos centrų nuosavybė buvo perleista savivaldybėms. Buvo įvesta stipri priegios prie specializuotų Paslaugų kontrolė¹⁰².

Bendruomenių sveikatos centrai teikė šias PASP: šeimos medicinos, pediatrijos, ginekologijos ir odontologijos praktikos, laboratorines ir diagnostikos paslaugas, fizioterapijos, ergoterapijos, logopedo ir psichikos sveikatos paslaugas, bendruomenės slaugos paslaugas, sveikatos stiprinimo paslaugas ir pagal poreikį pasirenkamas antrinio lygio specialistų ambulatorinės praktikos paslaugas. Naujasis įstatymas taip pat garantavo naudą gavėjams nemokamą prieigą prie PASP įstaigose, kurios buvo sudarę sutartis su Nacionaline ligonių kasa, ir teisę pasirinkti PASP gydytoją, kuris kontroliuoja prieigą prie specializuotų Paslaugų¹⁰³.

Tačiau šis pirminės sveikatos priežiūros modelis rėmėsi reaktyvia, epizodine priežiūra ir nebuvo tinkamai parengtas spręsti šalies gyventojų sveikatos problemas, tarp kurių vyravo neužkrečiamosios ligos¹⁰⁴. Todėl buvo pradėta daugelis iniciatyvų, skirtų tobulinti pirminę sveikatos priežiūrą ir spręsti Slovėnijos lėtinių ligų naštą (12 lentelė).

12 lentelė. Slovėnijos sveikatos sistemos tobulinimo iniciatyvų istorija

Data/ laikotarpis	Įgyvendinta iniciatyva
1988 m. – 1991 m.	Slovėnija (dar būdama Jugoslavijos dalimi) buvo viena iš 25 Europos šalių, dalyvaujančių 1984 m. PSO inicijuotoje šalies masto integruotoje neinfekcinių ligų intervencijos programoje. Slovėnijai atstovaujantis Liublianos bendruomenės sveikatos centras 1988 m. oficialiai pradėjo veiklą, kad pradėtų dalyvauti programoje, o 1991 m. įkūrė švietimo centrą, kad inicijuotų sveikos gyvensenos palaikymo intervencijas pirminės sveikatos priežiūros lygmenyje. Centro darbuotojai siūlė nemokamus kursus bendrosios praktikos gydytojams ir slaugytojams, besidomintiems darbu pagal PSO programos principus. Programa išpopuliarėjo ir daugelis sveikatos priežiūros komandų iš visos Slovėnijos taip pat paprašė mokymų. Ilgos derybos su vietos sveikatos administracija leido išplėsti programos vykdymą nacionaliniu mastu ir paskatino sveikatos patikrą tapti privaloma šeimos medicinos veikla.
1994 m. – 1995 m.	1994 m. Liublianos universiteto Medicinos fakulteto Šeimos medicinos katedra įtraukė šeimos mediciną kaip privalomą dalyką medicinos bakalauro studijų programoje Slovėnijoje. Tikslas buvo patenkinti poreikį įgyti geresnių žinių ir naujų įgūdžių, kad pirminės sveikatos priežiūros gydytojai galėtų diagnozuoti ir gydyti bendrosios praktikos metu vis didėjantį lėtinių ligų paplitimą. Ši iniciatyva žymi paradigmos poslinkį nuo biomedicininio, į ligas orientuoto pirminės sveikatos priežiūros modelio Slovėnijoje prie holistinio į sveikatą orientuoto biopsichosocialinio priežiūros modelio.
2000 m.	Liublianos universiteto Šeimos medicinos katedra pritarė 4 metų trukmės šeimos medicinos rezidentūros programos įvedimui, kuri yra privaloma stojant į šeimos praktiką.
2000 m. – 2004 m.	Valstybinėje sveikatos priežiūros 2000 – 2004 m. programoje buvo apibrėžti maisto saugos, aprūpinimo maistu ir sveikos mitybos tikslai ir veiklos. Maisto ir mitybos taryba buvo įkurta 2000 m. kaip sveikatos apsaugos ministerijos konsultacinė institucija, atsakinga už būsimo nacionalinės mitybos ir maisto programos rengimą.

¹⁰² World Bank Group. Life expectancy at birth, total (years) - Slovenia, European Union, Lithuania, Denmark.

¹⁰³ Albrecht T, Pribakovic Brinovec R, Josar D, Poldrugovac M, Kostnapfel T, Zaletel M, Panteli D, Maresso. A Health Syst Transit. 2016; 18(3):1 – 207.

¹⁰⁴ Johansen, A. S., Vracko, P., & West, R. (2020). The evolution of community – based primary health care, Slovenia. Bulletin of the World Health Organization, 98(5), 353 – 359. Prieiga internetu: <https://doi.org/10.2471/BLT.19.239616>

2002 m.	Kiekviename iš 61 šalyje esančių bendruomenės sveikatos centrų buvo įkurta po sveikatinimo veiklos centras ¹⁰⁵ .
2004 m.	Slovėnija pradėjo steigti sveikatos stiprinimo centrus bendruomenės sveikatos centruose ir diegti pagal riziką suskirstytas širdies ir kraujagyslių ligų bei diabeto patikros programas šeimos medicinos praktikoje (valstybinėje ir privačioje) visoje šalyje. Liubianos bendruomenės sveikatos centro dalyvavimas PSO visos šalies integruotoje neinfekcinių ligų intervencijos programoje buvo pagrindinė pokyčių varomoji jėga.
2005 m.	Slovėnijos parlamentas patvirtino 2005 – 2010 m. nacionalinę maisto ir mitybos politikos programą. Maisto ir mitybos tarybos rekomendacijos paskatino sveikatos apsaugos ministeriją suformuluoti Nutarimą dėl nacionalinės mitybos politikos 2005 – 2010 m. programos, kuri Nacionalinėje Asamblėjoje priimta 2005 m. kovo mėn. ES reikalavimai dėl įstatymų ir kitų teisės aktų derinimo Slovėnijai stojant į ES 2004 m. taip pat prisidėjo prie politikos kūrimo proceso.
2010 m.	Parlamentas patvirtino Nacionalinę cukrinio diabeto kontrolės 2010 – 2020 m. programą. Atsižvelgiant į tarptautines rekomendacijas ir nacionalines advokacijos pastangas, sveikatos apsaugos ministerijoje suburta darbo grupė kūrė programą keletą metų, kol 2009 m. baigė parengti į pacientą orientuotą skaidrų darbo dokumentą dėl diabeto. Parlamentas taip pat patvirtino 2010 – 2015 m. nacionalinę vėžio kontrolės programą, pripažindamas, kad reikia visapusiško ir sistemingo požiūrio į didėjančią vėžio našta šalyje. Programą sveikatos apsaugos ministerija parengė vadovaudamasi tarptautinėmis rekomendacijomis ir dalyvaujant pagrindinėms nacionalinėms suinteresuotosioms šalims, išsikėlusius tikslus, kuriuos reikia pasiekti iki 2015 m.
2011 m.	Atsižvelgdama į poreikį tobulinti slaugytojų išsilavinimą, Slovėnijos slaugytojų ir akušerių asociacija parengė Nacionalinę slaugos plėtros ir sveikatos priežiūros teikimo 2011 – 2020 m. strategiją, kuriai 2011 m. pritarė Parlamentas. Strategija skatino slaugos profesijos autonomiją pasitelkiant tęstinį mokymąsi ir plėtojant klinikinius, taikomuosius ir fundamentinius tyrimus, taip pat įrodymais pagrįstą požiūrį į slaugą. Strategija apėmė slaugos plėtrą visais sveikatos priežiūros sistemos lygmenimis, taip pat sveikatos informaciją, politiką ir teisės aktus.
2011 m.	Sveikatos apsaugos ministerija pradėjo plėtros projektą, siekdama į šeimos medicinos komandas visoje šalyje įtraukti papildomą pusę etato dirbantį slaugytoją. Inicatyva buvo pristatyta po sėkmingo papildomos slaugytojos priskyrimo į šeimos medicinos praktikos komandą Liubianos bendruomenės sveikatos centre. Slaugytojus pradėjo atlikti lėtinių kvėpavimo takų ligų ir psichikos sveikatos būklių patikrą, konsultuoti atskirus pacientus ir stebi lėtinius ligonius, kurių būklė gerai kontroliuojama. Slaugytojus rengia Slovėnijos nacionalinio visuomenės sveikatos institutas ir pirminės bei antrinės sveikatos priežiūros slaugytojai ir gydytojai. Modulinę mokymo programą vykdo šeimos medicinos praktikoje dirbantys gydytojai ir slaugytojai.
2014 m. – 2016 m.	Nacionalinis visuomenės sveikatos institutas vadovavo projektui, kuris prasidėjo trijose bandomosiose vietose, siekiant atnaujinti sveikatinimo veiklos centrus, kad būtų teikiamos išsamesnės lėtinių ligų prevencijos ir sveikatos stiprinimo paslaugos. Paslaugas pradėjo teikti platesnė įvairių sričių sveikatos specialistų komanda, įskaitant dietologus, fizioterapeutus, kineziterapeutus ir psichologus. Institutas parengė ir įgyvendino švietimo programą, skirtą šių specialistų gebėjimams ugdyti ir suteikti jiems

¹⁰⁵ Petrič, K. V., Pribaković Brinovec, R., Maučec Zakotnik, J. GOOD PRACTICE BRIEF. HEALTH PROMOTION CENTRES IN SLOVENIA: Integrating population and individual services to reduce health inequalities at community level. 2018, PSO Europos regiono biuras.

	galimybę įgyvendinti naujas programas. Taip pat buvo išplėsta bendruomenės slaugos paslaugų apimtis, įtraukiant lėtinių ligų prevencijos paslaugas. Institutas pradėjo bendras pastangas koordinuoti veiklą su kitais bendruomenės paslaugas teikiančiais partneriais, kad paspartintų pažangą mažinant sveikatos priežiūros skirtumus.
2015 m.	Parlamentas patvirtino 2016 – 2025 m. nacionalinį sveikatos priežiūros planą. Plane numatytos trys strategijos: (i) stiprinti prevenciją ir ankstyvą rizikos veiksnių nustatymą bei mažinti sveikatos netolygumus pirminės sveikatos priežiūros lygmenyje; (ii) sveikatos stiprinimo įgyvendinimas švietimo įstaigose, darbo vietoje ir vietinėje aplinkoje; ir (iii) pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, gydymo integravimas. Nacionalinio plano varomoji jėga buvo stipri sveikatos specialistų ir Slovėnijos Vyriausybės orientacija į prevencinę sveikatos priežiūrą. Parlamentas taip pat patvirtino Nacionalinę maisto, mitybos ir fizinio aktyvumo 2015 – 2025 m. strategiją, pripažindamas būtinybę šiuos veiksmus sujungti į vieną holistinę strategiją. Taip Nacionalinės maisto ir mitybos politikos 2005 – 2010 metų programos tęsinys buvo sujungtas su fizinio aktyvumo programa.
2016 m.	Sveikatos apsaugos ministerija, bendradarbiaudama su keliomis suinteresuotosiomis šalimis, parengė Nacionalinę vėžio kontrolės 2017 – 2021 m. programą kaip Nacionalinės 2010 – 2015 m. vėžio kontrolės programos tęsinį. Programa yra veiklų rinkinys, skirtas sistemingam ir ilgalaikiam vėžio naštai mažinimui Slovėnijoje ir apima nacionalines krūtis, storosios žarnos ir gimdos kaklelio vėžio patikros programas.
2017 m. – 2020 m.	Sveikatos apsaugos ministerija, bendradarbiaudama su Nacionaliniu visuomenės sveikatos institutu ir pasinaudodama ES struktūrinių fondų lėšomis, atnaujintą lėtinių ligų prevencijos ir kontrolės programą įdiegė papildomiems 25 bendruomenės sveikatos centrams. Projektas buvo sukurtas siekiant taikyti naujus metodus prevencijos programose, skatinančiose sveikatą ir mažinančiose sveikatos skirtumus vietos bendruomenėse. Programa prisidėjo prie geresnio informavimo apie prevenciją, didinant gyventojų įtraukimą į prevencines programas, prieinamesnius ir tinkamus prevencinius gydymo būdus.
2018 m.	Parlamentas po viešo svarstymo ir derinimo su atitinkamomis ministerijomis patvirtino Nacionalinę psichikos sveikatos 2018 – 2028 m. programą, kurią sveikatos apsaugos ministerija parengė reaguodama į didėjančią psichikos sutrikimų naštą. Programa stiprina psichikos sveikatos paslaugas ir į pirminę sveikatos priežiūrą įtraukia daugiadalykę psichikos sveikatos priežiūrą. Programa suteikia galimybę Slovėnijoje taikyti tarpsektorinį, bendruomeninį ir integruotą požiūrį į psichinę sveikatą.
2019 m. – 2021 m.	Nacionalinis visuomenės sveikatos institutas, remiamas sveikatos apsaugos ministerijos, inicijavo bandomąjį psichikos sveikatos paslaugų stiprinimo pirminėje sveikatos priežiūros srityje projektą. Bandomasis projektas buvo vienas iš pagrindinių 2018 – 2028 m. nacionalinės psichikos sveikatos programos pasiūlymų ir finansuojamas Slovėnijos sveikatos draudimo instituto. Projekte pagrindinis dėmesys skiriamas sveikatos stiprinimui ir psichikos sveikatos prevencijai bei stigmatizavimo mažinimui. Sukurtas psichikos sveikatos paslaugų tinklas, apimantis savižudybių ir piktnaudžiavimo alkoholiu prevenciją, taip pat informuotumo didinimą, psichikos sveikatos tyrimus ir vertinimą.

Šaltinis: sudaryta GMEI

Apžvelgtos Slovėnijos įgyvendintos sveikatos sistemos tobulinimo iniciatyvos rodo, jog esamas Slovėnijos sveikatos priežiūros modelis – tai ilgo proceso pasekmė. Sėkmingos reformos sveikatos priežiūros srityje buvo įvykdytos siekiant ištaisyti sveikatos priežiūros sistemoje identifikuotas spragas. Pokyčius inicijavo tiek įstatymų leidėjai bei vykdytojai, tiek sveikatos priežiūros srityje veikiančios organizacijos. Svarbu atkreipti dėmesį į

bendruomenės sveikatos centrų svarbą kaip iniciatyvoms sukurti ir išbandyti palankią terpę bei kaip centrinį subjektą, atsakingą už iškeltų tikslų pasiekimą vykdant konkrečias priemones.

Išanalizavus Slovėnijos sveikatos priežiūros sistemos pagrindiniu bruožus, galima išskirti šiuos pamatinius sėkmę lėmusius aspektus:

- i. Daugiadalykės sveikatos priežiūros specialistų komandos, integruotos į Slovėnijos bendruomenės sveikatos centrus, užtikrina visapusiškų ir integruotų sveikatos paslaugų, apimančių lėtinių ligų prevencijos ir valdymo programas, teikimą.
- ii. Išsamūs nacionaliniai sveikatos planai ir stiprūs instituciniai Slovėnijos sveikatos apsaugos ministerijos ir Nacionalinio visuomenės sveikatos instituto pajėgumai buvo svarbūs kuriant ir įgyvendinant naujas visuomenės sveikatos programas bendruomenės sveikatos centruose.
- iii. Veiksmingai įgyvendintos bandomosios schemos padėjo sukurti tvirtą šių programų veiksmingumo įrodymų bazę ir palengvino tvarų nacionalinio diegimo finansavimą.
- iv. Svarbų vaidmenį sistemoje turi specializuotos medicinos srityje veikiančios organizacijos, kurių gairės yra tvirtinamos Slovėnijos Parlamento. Sistemos rezultatyvumas rodo, jog reformų patikėjimas sistemoje dirbantiems specialistams leidžia parinkti efektyviausius sprendimus, taip pat užtikrinti aukštą specialistų motyvaciją šiuos sprendimus praktiškai įgyvendinti.
- v. Slovėnijos sveikatos priežiūros sistemos pagrindą sudaro bendruomenės sveikata – imantis regiono bei valstybės masto iniciatyvų, skirtų pakeisti sveikatai žalingus įpročius sveikatai naudingais įpročiais, pakeičiamas visuomenės mąstymas, elgesys, taip užtikrinant, jog pokyčiai bus ilgalaikiai.

2.2.2. Sveikatos priežiūros sistema ir jos elementai

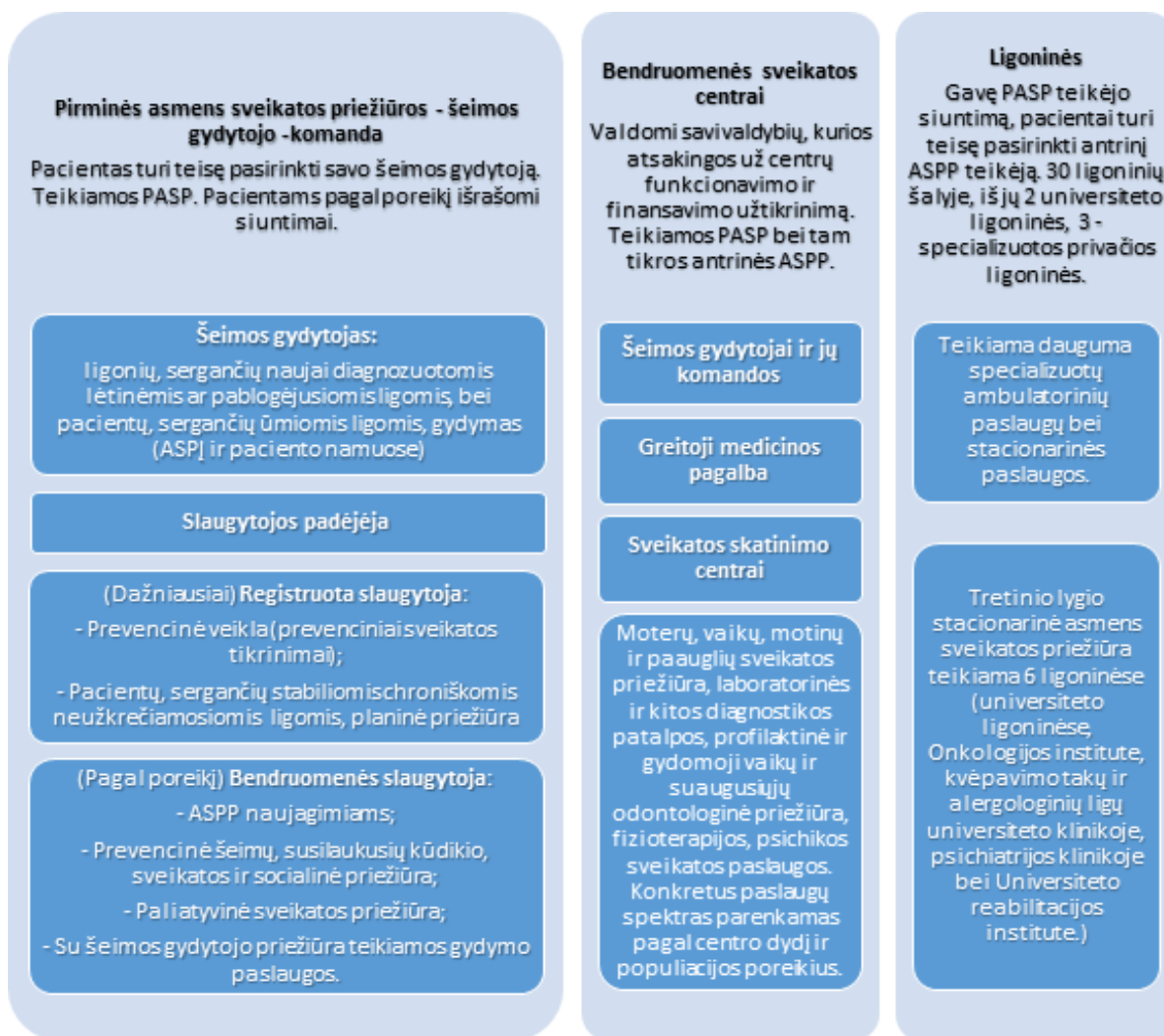
Sveikatos priežiūros sistemoje svarbiausią vaidmenį atlieka PASP. Šioje grandyje užtikrinamos lygios galimybės gauti Paslaugas, išvengiamų ligų prevencija, lėtinių ligų prevencija, tinkama lėtinėmis ligomis sergančių pacientų sveikatos priežiūra (

8 pav.).

PASP sektoriaus kokybė daro įtaką antrinei bei tretinei asmenų sveikatos priežiūrai – pagerėjant visuomenės sveikatai, išvengiant lėtinėmis ligomis sergančių pacientų sveikatos suprastėjimo bei dalį Paslaugų teikiant pacientų namuose, sumažėja pacientų gydymo stacionare poreikis, ligoninių lovų užimtumas. Taip pat Slovėnija nuosekliai didino dienos stacionaro paslaugų teikimą (nuo 11,1 proc. visų pacientų gydymo ligoninėse atvejų 2005 m. iki 30 proc. atvejų 2013 m.)¹⁰⁶. Šie pokyčiai ir tendencijos prisidėjo prie antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros sektorių dalies mažėjimo.

¹⁰⁶ Prevolnik Rupel V., Marušič D. (2021). Structure, Processes and Results in Healthcare System in Slovenia, IntechOpen, DOI: 10.5772/intechopen.98608. [žiūrėta 2021 m. lapkričio 27 d.] Prieiga internetu: <https://www.intechopen.com/online-first/77267>

8 pav. Sveikatos priežiūros sistemos schema Slovėnijoje¹⁰⁷



Šaltinis: Klemenc – Ketiš, Z., Benkovič, R., Poplas – Susič, A. (2019).

Siekiant apibūdinti Slovėnijos sveikatos priežiūros sistemos veikimą, pažymėtini toliau pateikiami faktai¹⁰⁸:

- i. **Ligoninių lovų užimtumas yra mažesnis, nei ES vidurkis** (nors ir didesnis, nei Rytų Europos ir kitų Centrinės Europos valstybių vidurkis). Nuo 2000 m. aktyviajam gydymui skirtų lovų skaičius ir pacientų hospitalizacijos trukmė mažėja. Tai nulemia tokie faktoriai, kaip naujų finansavimo sistemų įgyvendinimas (pavyzdžiui, apmokėjimas už lovdienius buvo pakeistas į su diagnozėmis susijusių grupių mokėjimus gydymo stacionare metu); ekonominės krizės metu Paslaugų kainos buvo sumažintos, padidėjo dienos stacionaro paslaugų dalis. 2016 m. ligoninių lovų užimtumas buvo mažesnis, nei ES vidurkis, indikuojant, jog antrinių asmens sveikatos paslaugų tinklas buvo labiau išplėstas.
- ii. Viešinami duomenys apie pacientų laukimo laiką, laukiant tyrimų ar specializuotų Paslaugų suteikimo rodo, jog laukimo laikai ilgėja: nuo 2015 m. sausio 1 d. iki 2020 m. sausio 1 d. pacientų, laukiančių pirmojo vizito, išaugo 54,1 proc.; 40,9 proc. pacientų eilėse laukė ilgiau, nei įstatymu nustatytas maksimalus laukimo laikotarpis (priklausomai nuo procedūros tipo, procedūra turi būti atliekama per 1, 3, 6 arba 12 mėnesių po jos paskyrimo). 71,3 proc. pacientų laukė ambulatorinių ASPP, o likusieji 28,7 proc. – diagnostinių procedūrų ar dienos stacionaro paslaugų.
- iii. Paslaugų kokybės indikatorių duomenys Slovėnijoje yra geri: pavyzdžiui, pooperacinės giliųjų venų trombozės ir plaučių embolijos atvejų skaičius 100 000 pacientų nuolat mažėja.

¹⁰⁷ Klemenc – Ketiš, Z., Benkovič, R., Poplas – Susič, A. (2019). A Slovenian Model of Comprehensive Care for Patients with Difficulties Accessing Healthcare: A Step Towards Health Equity. *Journal of Community Health Nursing*. 36. 139 – 146. 10.1080/07370016.2019.1630996.

¹⁰⁸ Ibid.

- iv. **Slovėnija sėkmingai įgyvendino mechanizmus, leidžiančius sumažinti teikiamų Paslaugų kainą:** 2009 m. buvo panaudotas viešųjų pirkimų modelis klubo sąnario, venų varikozės ir riešo kanalo operacijų atlikimo paslaugoms įsigyti ir apmokėti. Šių viešųjų pirkimų rezultatai padidino įsigyjamų paslaugų prieinamumą, nes dėl tiekėjų konkurencijos už tą pačią kainą buvo suteikta 13 proc. daugiau paslaugų. Įsitikinus tokio pirkimų metodo taikymo sėkme, buvo vykdyti ir tolesni viešieji pirkimai, kurie leido padidinti atliktų operacijų kiekį 6,6 proc. ir sutaupyti 4,5 proc. paslaugų įsigijimui skiriamos sumos. Tuo pat metu valstybinio masto viešųjų pirkimų vykdymas leido **kontroliuoti Paslaugų kokybę ir saugumą naudojant vieningą rodiklį, kuris buvo pasitelkiamas ir skirstant finansavimą viešosioms ASPJ**. Tai buvo pirmas kartas, kai vieningas su sveikata susijusios gyvenimo kokybės matas buvo naudojamas Slovėnijos pacientų sveikatos būklės pokyčiams matuoti. **Deja, po dviejų sėkmės metų viešųjų pirkimų buvo atsisakyta dėl viešųjų ASPJ spaudimo – privačioms ASPJ teikiant kainos atžvilgiu patrauklesnius pasiūlymus bei atitinkant keliamus kokybės reikalavimus, viešosios ASPJ neteko dalies finansavimo**, nes nesugebėjo pasivyti privačių ASPJ pasiekiamų rodiklių. Kartu, nebelikus poreikio, buvo nustota naudoti ir standartizuotus Paslaugų kokybės ir saugumo vertinimo rodiklius¹⁰⁹.
- v. Antrinės valstybinio sveikatos draudimo fondų lėšomis finansuojamos Paslaugų yra teikiamos ne tik ligoninėse bei bendruomenės sveikatos centruose, bet ir **privačių sveikatos priežiūros specialistų, veikiančių koncesijos pagrindu**.
- vi. e. sveikatos sprendimai kuriami ne vien nuotolinio pacientų konsultavimo ar pacientų medicininės sveikatos istorijos dalinimosi tikslais, bet ir siekiant pagerinti sveikatos priežiūros specialistų teikiamų paslaugų kokybę: 2013 m. sukurta mobilioji programėlė RheumaHelper kaip priemonė lengvai ir greitai patikrinti ligos aktyvumą, programėlėje buvo pateikti klasifikavimo kriterijai pagrindinėms reumatologinėms ligoms. Slovėnijoje jį naudoja beveik kiekvienas reumatologas. Programėlė nuolat papildoma naujais duomenimis, naujausiomis gydymo metodikomis, todėl sveikatos priežiūros specialistai greičiau mokosi bei pagerėja jų darbo kokybė. Šiuo metu programėlė naudojama daugiau, nei 7 000 reumatologų visame pasaulyje ir yra išversta į 6 kalbas.

Valstybinės sveikatos politikos srityje Slovėnijoje organizacijų veikloje itin svarbus sveikatos priežiūros specialistų vaidmuo – jų rengiamiems pasiūlymams dėl teisinio reguliavimo reformų, išbandytinų sprendimų; taip pat sveikatos priežiūros specialistų iniciatyva renkami duomenys apie įgyvendinamų priemonių efektyvumą, rengiamos metodologijos, mokymų programos.

Toliau apžvelgiami sveikatos priežiūros specialistų įsitraukimo į sveikatos sistemos formavimą pavyzdžiai.

- i. 1992 m. įsteigtas Slovėnijos Nacionalinis viešosios sveikatos institutas – centrinė nacionalinė įstaiga, kurios pagrindinis tikslas yra šviesti, saugoti ir stiprinti Slovėnijos gyventojų sveikatą, informacinėmis ir kitomis prevencinėmis priemonėmis. Atlikdamas centrinės institucijos visuomenės sveikatos srityje vaidmenį, institutas, turintis 400 darbuotojų ir daugybę partnerių iš įvairių socialinių sektorių bei nevyriausybinių institucijų, siekia vykdyti savo misiją – prisidėti prie geresnės Slovėnijos gyventojų sveikatos ir gerovės. Tarp pagrindinių Nacionalinio viešosios sveikatos instituto veiklų yra šios:
- Sveikatos priežiūros sistemos ir gyventojų sveikatos stebėseną ir vertinimas;
 - Grėsmių sveikatai atpažinimas ir jų kontrolės priemonių kūrimas;
 - Sveikatos ir sveikatos priežiūros paslaugų duomenų bazių tvarkymas;
 - Sveikatos skatinimas ir profesinių bazių kūrimas sveikatai palankioms ligų prevencijos politikos, programų ir priemonių priėmimui.

Be darbo minėtose srityse, institutas prisideda prie naujų sprendimų paieškos ir kūrimo, dalyvauja daugelyje tarptautinių Slovėnijos vykdomų visuomenės sveikatos projektų. Skleisdamas naujas žinias ir geriausią praktiką, jis atlieka savo vaidmenį mokslinių tyrimų, švietimo ir visuomenės sveikatos specialistų rengimo srityje¹¹⁰. 2014 – 2016 m. institutas vykdė lėtinių ligų prevencijos ir sveikatinimo paslaugų stiprinimą

¹⁰⁹ Prevolnik Rupel V., Marušič D. (2021). Structure, Processes and Results in Healthcare System in Slovenia, IntechOpen, DOI: 10.5772/intechopen.98608. [žiūrėta 2021 m. lapkričio 27 d.] Prieiga internetu: <https://www.intechopen.com/online-first/77267>

¹¹⁰ Slovėnijos nacionalinio visuomenės sveikatos instituto interneto svetainė [žiūrėta 2021 n. lapkričio 28 d.] Prieiga internetu: <https://www.nijz.si/en/nijz>

sveikatinimo veiklos centre, 2019 – 2021 m. vykdo bandomąjį psichikos sveikatos paslaugų stiprinimo pirminėje sveikatos priežiūros srityje projektą.

- ii. 2015 – 2016 m., kuriant pacientų profilaktinės sveikatos diagnostikos vykdymo pacientų namuose klinikinę metodiką, mokymų programą ir mokymų medžiagą, procese dalyvavo daugiau, nei 20 skirtingų kvalifikacijų sveikatos priežiūros specialistų (slaugytojų padėjėjų, išplėstinės praktikos slaugytojų, šeimos medicinos specialistų, klinikinių specialistų ir pan.). Dalyvauti pradėdant įgyvendinti projektą buvo pakviesta penkiasdešimt bendruomenės slaugytojų, išreiškusių didžiausią susidomėjimą naująja programa, kurios sėkmingai aplankė daugiau, nei 2 000 pacientų jų namuose bei surinko duomenis, reikalingus tolesniam programos vystymui. Pažymėtina, jog bendruomenės slaugytojos labai gerai vertino parengtą mokymų programą, metodologijas bei mokymų turinį, ypač pabrėždamos faktą, jog mokomoji veikla buvo sukurta daugiaprofilinės sveikatos specialistų komandos¹¹¹.

2.2.3. Slovėnijos pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai

PASP teikimas Slovėnijoje yra pagrįstas išvystyta infrastruktūra, kurios pagrindą sudaro viešosiose ASPJ dirbantys šeimos gydytojai ir jų komandos. Šios ASPJ (bendruomenės sveikatos centrai) yra išdėstytos tolygiai visos šalies teritorijoje, PASP yra prieinamos beveik visoje šalies teritorijoje – pirminės sveikatos priežiūros įstaiga yra pasiekama 20 kilometrų atstumu nuo beveik visų Slovėnijos vietų¹¹².

PASP paslaugų teikėjų komandas sudaro:

- i. **Šeimos gydytojai.** Gydytojai, turintys šeimos gydytojo licenciją. Pagrindinė veikla – ligonių, sergančių ūimomis ir lėtinėmis ligomis gydymas. Pagal poreikį atliekami vizitai į pacientų namus (pas pacientus negalinčius savarankiškai atvykti į paslaugų teikimo vietą) ūmių sveikatos sutrikimų atveju;
- ii. **Slaugytojai** yra profesinio bakalauro kvalifikacinį laipsnį turintys kvalifikuoti slaugytojai, turintys papildomą specialų išsilavinimą, kurie vykdo išplėstą veiklą, apimančią:
 - diagnostiką (30 m. sulaukusių ir vyresnių pacientų chroniškų neužkrečiamųjų ligų – diabeto, lėtinės obstrukcinės plaučių ligos, astmos, hipertenzijos, depresijos, koronarinės širdies ligos, širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė diagnostika, osteoporozės prevencinė diagnostika 60 m. sulaukusiems ir vyresniems pacientams);
 - rizikos faktorių identifikavimą (rūkymo, alkoholio vartojimo, kūno masės indekso, mitybos įpročių, socialinės padėties ir šeimos istorijos);
 - stabilių pacientų, sergančių chroniškomis ligomis, planinis gydymas ir vaistų jiems skyrimas (hipertenzija, diabetas, astma, lėtinė obstrukcinė plaučių liga, osteoporozė, gerybinis prostatos padidėjimas, depresija, koronarinė širdies liga). Tokių pacientų komandinis valdymas grindžiamas protokolais, kuriuos parengia tarpprofesinės grupės, susidedančios iš skirtingų specialistų, pas kuriuos pacientai nukreipiami dėl jų lėtinės ligos. Protokoluose pateikiamas vertikalus ryšys ir bendradarbiavimo tarp skirtingų sveikatos priežiūros lygių (pirminio – antrinio – tretinio) schema. Šiuose protokoluose pateikiamos gairės PASP komandoms dėl klinikinės priežiūros ir praktikos organizacinių aspektų bei skatinamas vienodesnė pacientų priežiūra. Slaugytojai atlieka sveikatos priežiūros koordinavimo funkciją lėtinėmis ligomis sergantiems asmenims, plačiai išvystyta pagalba senyvo amžiaus žmonėms, integruotos slaugos ir socialinės globos paslaugos tuo tarpu Lietuva planuoja parengti ir įdiegti ilgalaikės priežiūros (slaugos ir socialinės globos integravimo) sistemą¹¹³.
- iii. **Slaugytojų padėjėjai;**

¹¹¹ Klemenc – Ketiš, Z., Benkovič, R., Poplas – Susič, A. (2019). A Slovenian Model of Comprehensive Care for Patients with Difficulties Accessing Healthcare: A Step Towards Health Equity. *Journal of Community Health Nursing*. 36. 139 – 146. 10.1080/07370016.2019.1630996.

¹¹² Ibid.

¹¹³ Kompetencijų centrų ir regioninio bendradarbiavimo modelių pagrįstos ASPJ tinklo vystymas. Prieiga internetu: <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/kompetenciju-centru-ir-regioninio-bendradarbiavimo-modeliu-pagrystos-asmens-sveikatos-prieziuros-istaigu-tinklo-vystymas>

- iv. **Bendruomenės slaugytojams** nėra suteikiamas papildomas specifinis išsilavinimas. Jie savarankiškai teikia Paslaugų pacientų namuose šeimos gydytojo nurodymu. Bendruomenės slaugytojų kompetencija apima:
- lėtinių neinfekcinių ligų prevencinę diagnostiką pacientų namuose;
 - pacientų, sergančių lėtine obstrukcine plaučių liga, cukriniu diabetu ar hipertenzija gydymą pacientų namuose;
 - pagalbą nutukusių pacientų šeimoms.

2.2.4. Visuomenės sveikatos priežiūra Slovėnijoje

Nors vidutinė Slovėnijos gyventojų gyvenimo trukmė didėja, tačiau sergamumas bei mirtingumas dėl elgesio rizikos veiksnių vis dar auga. Pagal 2017 – 2019 m. vykdyto Slovėnijos visuomenės sveikatos vertinimo rezultatus išskiriamos šios svarbiausios su visuomenės sveikata susijusios sistemos savybės¹¹⁴:

- Sveikatos informacinė sistema** sistemingai renka įvairius sveikatos duomenis ir teikia rodiklių ataskaitas; daugumą šių duomenų galima kryžmiškai patikrinti ir susieti su kitomis sveikatos ir ne sveikatos informacinėmis sistemomis. Slovėnijos vėžio registras išsiskiria kaip pasaulinio lygio sistema.
- Šalyje veikia **kritinių situacijų numatymo, pasirengimo joms ir reagavimo į jas** sistemos. Iš jų rizikos vertinimo ir pasirengimo užkrečiamų ligų protrūkiams sistema yra viena stipriausių, nors COVID – 19 pandemija parodė, jog sistema galėtų būti patobulinta.
- Išskyrus kai kurias išimtis, **teisės aktai ir jų vykdymo užtikrinimo mechanizmai, skirti visuomenės sveikatai ir aplinkai apsaugoti**, yra griežti.
- Sveikatos stiprinimo**, kuris apima tarpsektorinę veiklą, skirtą atkreipti dėmesį į sveikatos būklę lemiančius veiksnius, srityje Slovėnija suintensyvino savo veiklą, įgyvendindama tarpsektorinius projektus ir partnerystes daugelyje sričių, ypač švietimo, fizinio aktyvumo ir mitybos, tabako kontrolės ir saugumo kelyje.
- Ligų prevencijos** paslaugos yra plačiai prieinamos, o jų prieiga labiausiai pažeidžiamiems Slovėnijos gyventojams vis dar gerinama. Ryšiai tarp visuomenės sveikatos, pirminės sveikatos priežiūros, vietos bendruomenių ir pilietinės visuomenės auga ir gilėja.
- Visuomenės sveikatos srities darbuotojų** skaičius, nors ir nedidelis, pasižymi labai aukštu profesionalumu, įgyvendina kokybiškas regionines programas, kurios gali veikti kaip akseleratorius kuriant reikiamus papildomus pajėgumus.
- Už **visuomenės sveikatos sistemos organizavimą ir finansavimą** atsakingos kelios stiprios institucijos. Pastaraisiais metais įvyko esamų struktūrų, įskaitant Nacionalinį visuomenės sveikatos institutą (NIJZ), plataus masto pertvarkymai ir išaugo su visuomenės sveikata susijusios veiklos biudžetas.
- Informavimas sveikatos klausimais** yra plačiai pripažintas kaip ryšio tarp gyventojų ir jiems teiktinų Paslaugų sukūrimo pagrindas, taip pat įdiegta e. sveikatos sistema.
- Nors visuomenės sveikata nėra nacionaliniu mastu pripažįstama kaip savarankiška **mokslinių tyrimų** disciplina, Slovėnijos tyrėjai yra aktyvūs tarptautinių visuomenės sveikatos projektų lyderiai ir prisideda prie jų įgyvendinimo, todėl šalies mokslinių tyrimų bendruomenė yra gerai įsitvirtinusi Europos ir tarptautinėje arenoje.

Vertinama, jog Slovėnijos sėkmę lėmė stiprūs visuomenės sveikatos ir jos valdymo struktūros bei atskaitomybės mechanizmai, kurie leido stebėti rezultatus ir, prireikus, imtis taisomųjų veiksnių. Buvo bandomos naujos programos, sukuriant tvirtą įrodymų bazę, kuri padėjo gauti tvarų finansavimą, o nacionalinį naujovių diegimą rėmė Nacionalinio visuomenės sveikatos instituto regioniniai skyriai¹¹⁵.

Vienas iš Slovėnijos susitelkimo į sveikatos palaikymą ir ligų prevenciją pavyzdžių – bendruomenės sveikatos centruose vykdoma sveikatinimo veiklos centrų veikla. Šie centrai buvo įkurti visuose bendruomenės sveikatos

¹¹⁴ PSO Europos regiono biuras. Essential public health operations in Slovenia. Key findings and recommendations on strengthening public health capacities and services. Kopenhaga, 2021. Prieiga internetu: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/essential-public-health-operations-in-slovenia-key-findings-and-recommendations-on-strengthening-public-health-capacities-and-services-2021>

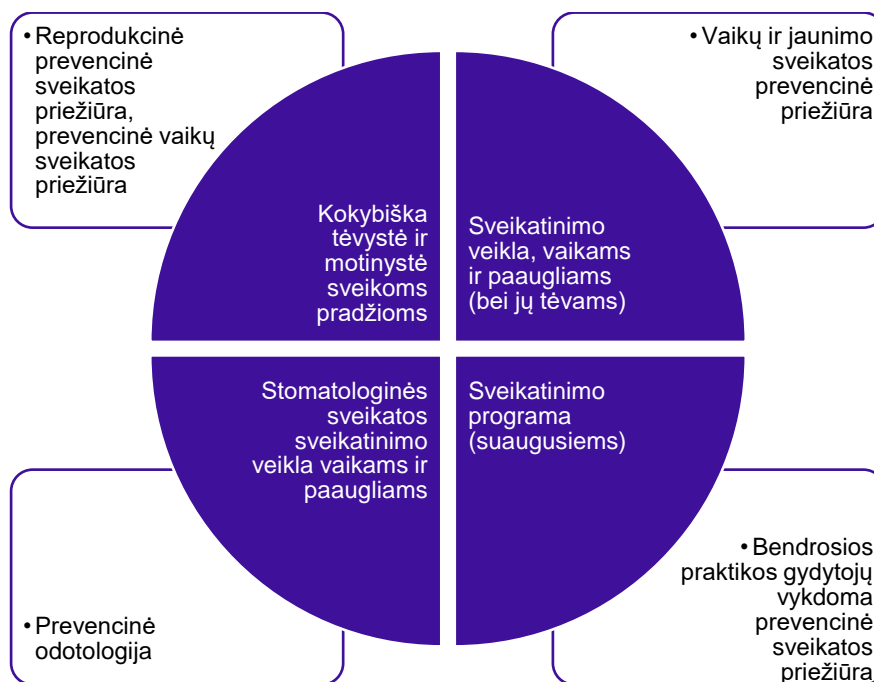
¹¹⁵ World Bank Group. Life expectancy at birth, total (years) - Slovenia, European Union, Lithuania, Denmark. [žiūrėta 2021 m. lapkričio 29 d.] Prieiga internetu: https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2019&locations=SI-EU-LT-DK&name_desc=true&start=1960

centruose 2002 m. Pagrindinis sveikatinimo veiklos centro vaidmuo – teikti gyvenimo būdo metodikas, nukreiptas prieš pagrindinius neužkrečiamų ligų rizikos veiksnius, derinant populiacijos masto ir individualius metodus. Sveikatinimo veiklos centrai integravo anksčiau padrikai bendruomenės sveikatos centruose vykdytas veiklas, įskaitant bendruomenės slaugą. 2013 – 2016 m. buvo bandoma nauja paradigma, siekiant užtikrinti įvairių paslaugų, skirtų pažeidžiamoms gyventojų grupėms, integraciją. Naujas sveikatinimo veiklos centro vaidmuo buvo užmegzti partnerystę su pagrindinėmis suinteresuotosiomis šalimis, įskaitant socialinių paslaugų teikėjus ir nevyriausybinės organizacijas, siekiant gerinti sveikatą bendruomenės lygmeniu. Buvo sudarytos sveikatos stiprinimo komandos, kurios rengė vietos strategijas ir veiksmų planus, kurie atitiktų skirtingų gyventojų grupių poreikius, identifikuotų ir sumažintų sveikatos netolygumus¹¹⁶.

2013 m. sveikatinimo veiklos centrai buvo pradėti atnaujinti vykdant projektą „Link geresnės sveikatos ir sveikatos nelygybės sumažinimo“, pradedant nuo trijų bendruomenės sveikatos centrų įvairiose Slovėnijos vietovėse. Šiuo projektu buvo siekiama sumažinti didėjančią nelygybę, taip pat ir sveikatos srityje, mažinant su gyvenimo būdu susijusių lėtinių neužkrečiamų ligų paplitimą. Remiantis įvertinimu, širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa buvo pritaikyta pažeidžiamų gyventojų grupių (vaikų, paauglių ir suaugusiųjų) poreikiams tenkinti.

Sveikatinimo veiklos centrai (9 pav.) apima daugiadalykines slaugytojų, kineziterapeutų, psichologų, dietologų ir fizioterapeutų komandas. Pacientai lanko individualius ir grupinius užsiėmimus, kurių temos yra gyvensenos pokyčiai, susiję su sveika mityba, fiziniu aktyvumu ir psichine sveikata, juose taip pat kalbama apie rūkymą, alkoholio vartojimą, nutukimą ir diabetą.

9 pav. Atnaujintų sveikatinimo veiklos centrų veiklos struktūra¹¹⁷



Šaltinis: Petrič, K. V., Pribaković Brinovec, R., Maučec Zakotnik, J. (2018)

Vykdant projektą buvo sukurtos kelios metodikos, padedančios specialistų darbui sveikatinimo veiklos centre, įskaitant gaires, protokolus ir modelius, skirtus visapusei neužkrečiamų ligų prevencijai, susijusiai su gyvenimo būdo veiksniais, ir prevencinių paslaugų integravimu. Taip pat buvo parengta mokomoji medžiaga, skirta spręsti kultūrinius skirtumus ir ugdyti tarpkultūrinio tarpininkavimo kompetencijas.

Iniciatyvos atnešė ir konkrečių rezultatų – per 15 metų, kai veikė bendruomenės sveikatos centrai ir buvo įgyvendinama širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa, daugiau nei pusė suaugusių Slovėnijos gyventojų

¹¹⁶ Petrič, K. V., Pribaković Brinovec, R., Maučec Zakotnik, J. GOOD PRACTICE BRIEF. HEALTH PROMOTION CENTRES IN SLOVENIA: Integrating population and individual services to reduce health inequalities at community level. 2018, PSO Europos regiono biuras.

¹¹⁷ Ibid.

buvo patikrinti dėl gyvenimo būdo rizikos veiksnių. Beveik 50 000 pacientų kasmet lanko intervencijos užsiėmimus bendruomenės sveikatos centruose. Priešlaikinio mirtingumo, ypač nuo širdies ir kraujagyslių ligų, tendencijos 2007 – 2015 m. sumažėjo 19 proc. (nuo 327 iki 266 iš 100 000). Tačiau skirtumai vis dar egzistuoja tarp skirtingų regionų ir pagal gyventojų pajamų lygį.¹¹⁸

Pradinis šeimos gydytojų ir kitų sveikatos specialistų skepticizmas dėl programos turinio, tikslinių verčių ir finansavimo pamažu pasikeitė į entuziazmą dėl pagerėjusių pacientų sveikatos rezultatų.¹¹⁹

Vykdydamas projektą „Geresnės sveikatos ir sveikatos nelygybės mažinimo link“, Nacionalinis viešosios sveikatos institutas atliko pacientų apklausas trijose bandomose bendruomenėse, siekdamas nustatyti pagrindines pažeidžiamas grupes ir jų patiriamas ar suvokiamas kliūtis gauti Paslaugas. Nustačius, jog svarbiausiomis kliūtimis pažeidžiamos pacientų grupės įvardija informacijos trūkumą, sveikatos problemas ir motyvacijos trūkumą, siekdami pašalinti šias prieigas kliūtis, platus partnerystės suinteresuotųjų šalių spektras atliko intervencijas, skirtas žmonėms iš skirtingų pažeidžiamų grupių. Prie projekto prisidėjo daugiau nei 60 Nacionalinio viešosios sveikatos instituto ekspertų ir daugiau nei 100 kitų profesionalų, įskaitant šeimos gydytojus, slaugytojus ir akušerius, antropologus, sociologus, klinikinius psichologus ir dietologus. Socialinio darbo centrai, mokyklos, užimtumo tarnybos, NVO ir kitos bendruomenės mastu suinteresuotosios šalys prisidėjo prie šio naujo veikimo modelio įgyvendinimo.

Trys sveikatinimo veiklos centrai bandomuosiuose bendruomenės sveikatos centruose tapo kertiniu akmeniu ir varomąja priemone užmezgant ryšį su pažeidžiamiausiomis ir sunkiausiai pasiekiamomis gyventojų grupėmis bei integruojant įvairias struktūras, specialistus ir programas PASP centruose ir bendruomenėse.

Be sveikatos stiprinimo grupių bendruomenės sveikatos centruose bendruomenės lygiu, buvo įsteigtos sveikatos stiprinimo veiklos grupės, kurioms iškelta užduotis – padėti atpažinti ir įtraukti į naują prevencinę programą sunkiai pasiekiamas populiacijas (bedarbius, romus, psichikos sveikatos problemų ar psichikos negalią turinčius asmenis, nelegalių narkotinių medžiagų vartotojus ir kt.).

2.3. Danijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio apžvalga

Šiame ataskaitos skyriuje pateikiama Danijos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio apžvalga. Nagrinėjama Danijos sveikatos priežiūros sistemos istoriją (ataskaitos 2.3.1 skyrius), sveikatos priežiūros sistema ir jos veikimo lygmenys (ataskaitos 2.3.2 skyrius), Paslaugos ir jų teikimo būdai teikėjai (ataskaitos 2.3.3 skyrius), pristatomi Danijos – skaitmeninės sveikatos pažangos lyderės pasiekimai (ataskaitos 2.3.4 skyrius).

2.3.1. Danijos sveikatos priežiūros sistemos istorija

Danija turi senas visuomenės gerovės tradicijas, įskaitant sveikatos paslaugų teikimą. Pastarieji dešimtmečiai atnešė laipsniškus Danijos sveikatos priežiūros sistemos pokyčius, kurie gali būti suskirstyti į laikotarpius prieš, tarp ir po 1970 m. ir 2007 m. Danijos Vyriausybės reformų.

Iki 1970 m. visos Danijos ligoninės priklausė savivaldybėms arba apskritims. Bendrosios praktikos gydytojų ir privačios praktikos specialistų teikiamos paslaugos buvo finansuojamos iš ligonių kasų lėšų, o gydymas ligoninėje – iš vietinių ir federalinių mokesčių.

1970 m. vietos valdžios reforma sukūrė dabartinę Danijos sveikatos apsaugos sistemą: apskritis tapo išskirtinėmis ligoninių savininkėmis, turinčiomis atitinkamas pareigas; sveikatos apsaugos sistema tapo beveik visiškai finansuojama iš mokesčių, o **ligonių kasų sistema buvo panaikinta.**

¹¹⁸ Ibid.

¹¹⁹ Ibid.

2007 m. vykdant Danijos viešojo sektoriaus reformą, savivaldybių skaičius buvo gerokai sumažintas, o penki dideli regionai pakeitė 14 apskričių kaip pagrindinius administracinius vienetus: Šiaurės Danijos regionas (~0,6 mln. gyventojų), Centrinės Danijos regionas (~1,3 mln.), Pietų Danijos regionas (~1,2 mln.), Zelandijos regionas (~0,8 mln.) ir Danijos sostinės regionas (~1,8 mln.). Nuo pat įkūrimo penkiems regionams tenka pagrindinė atsakomybė už somatinių ir psichiatrinių ligoninių, šeimos gydytojų ir privačios praktikos specialistų priežiūrą¹²⁰.

Po 2007 m. reformos Danija daug investavo į savo ligoninių sistemą, išplėsdama ir renovuodama esamas bei statydama naujas ir didesnes ligonines. Tuo pačiu metu buvo pereinama prie centralizacijos, sumažėjo aktyviojo gydymo ligoninių, uždarytos kelios mažos ligoninės ir išplėsta dienos stacionaro paslaugų apimtis. Reformos apėmė ekonomines paskatas, skirtas didinti ligoninių produktyvumą, matuojamą su diagnozėmis susijusiomis grupėmis, klinikinį programų, skirtų priežiūros kokybei ir pacientų saugai gerinti, kūrimą ir elektroninių pacientų įrašų įdiegimą. Be to, padidėjo privačių ligoninių naudojimas, siekiant užtikrinti, kad būtų laikomasi Danijos Vyriausybės nustatytų maksimalaus laukimo laiko garantijų.

2.3.2. Danijos sveikatos priežiūros sistema ir jos veikimo lygmenys

Danijos gerovės modelis skatina visos visuomenės sveikatą ir socialinį teisingumą teikiant iš mokesčių finansuojamas paslaugas, įskaitant visuotinę sveikatos priežiūrą. Šiuo metu sveikatos priežiūros sistema veikia trijuose administraciniuose lygmenyse: nacionaliniame (valstybės), regioniniame (5 regionai) ir vietiniame (98 savivaldybės). Danijoje taip pat veikia nedidelis privatus sveikatos priežiūros sektorius¹²¹.

Danijos sveikatos priežiūros sistemos funkcijos, vykdomos skirtinguose lygmenyse¹²²:

- i. **Valstybinis lygmuo.** Sveikatos apsaugos ministerija atlieka vadovaujantį vaidmenį nacionaliniu lygmeniu, priimdama sveikatos priežiūros srities teisės aktus, leisdama nacionalines gaires, gindama pacientų teises, atlikdama auditus ir prižiūradama sveikatos priežiūros specialistus, ligonines ir vaistines. Sveikatos apsaugos ministerija veikia per įvairias pavaldžias įstaigas (tokias, kaip vaistų tarnyba, pacientų saugos tarnyba ar sveikatos duomenų tarnyba).
- ii. **Regioninis lygmuo.** Regioniniu lygmeniu reglamentuojamos pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros paslaugos, kurias teikia šeimos gydytojai, ligoninės ir privačios praktikos specialistai. Šiuo lygmeniu taip pat administruojamas vaistų kompensavimo planas, remiantis bendruomenės vaistinių elektroniniu būdu surinktais duomenimis apie išduodamus receptinius vaistus.

Valstybinės ligoninės (somaticinės ir psichiatrinės) ir vietos bendruomenių psichikos sveikatos centrai priklauso ir yra valdomi regioniniu lygmeniu. Privačios ligoninės taip pat teikia tam tikras paslaugas regionams nuo 2002 m. pagal „išplėsto laisvo ligoninės pasirinkimo“ politiką. Pagal šią politiką gyventojai, kuriems reikalinga stacionarinė priežiūra, tam tikrose ribose gali rinktis gydymosi vietą iš visų valstybinių ar privačių ligoninių tokiu būdu: jei regionas negali užtikrinti diagnostinio tyrimo per 30 dienų nuo siuntimo, pacientai turi teisę atlikti tyrimą privačioje Danijos ligoninėje arba užsienyje esančioje ligoninėje (pastarąją turi patvirtinti Danijos sveikatos priežiūros tarnyba). Jei dėl medicininių priežasčių diagnozės nustatyti neįmanoma per 1 mėnesį, pacientas turi gauti išsamų tolesnio esamos sveikatos problemos tyrimo planą. Jei regionas dėl pajėgumų stokos negali pateikti diagnostinio įvertinimo per 30 dienų, taikoma „išplėsto laisvo ligoninės pasirinkimo“ politika. Pacientus, sergančius gyvybei pavojingomis ligomis, regionai gali nukreipti eksperimentiniam gydymui privačiose Danijos arba užsienio ligoninėse, jei toks gydymas nėra siūlomas valstybinėse ligoninėse. Pagal ES reglamentus dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo ir tarpvalstybinės sveikatos priežiūros, Danijos gyventojai turi teisę gauti kompensaciją už išlaidas sveikatos priežiūros paslaugoms, suteiktoms kitose ES valstybėse narėse.

¹²⁰ Schmidt, M., Schmidt, S., Adelborg, K., Sundbøll, J., Laugesen, K., Ehrenstein, V., & Sørensen, H. T. (2019). The Danish health care system and epidemiological research: from health care contacts to database records. *Clinical epidemiology*, 11, 563 – 591. [žiūrėta 2021 m. lapkričio 28 d.]. Prieiga internetu: <https://doi.org/10.2147/CLEP.S179083>

¹²¹ Schmidt, M., Schmidt, S., Adelborg, K., Sundbøll, J., Laugesen, K., Ehrenstein, V., & Sørensen, H. T. (2019). The Danish health care system and epidemiological research: from health care contacts to database records. *Clinical epidemiology*, 11, 563 – 591. [žiūrėta 2021 m. lapkričio 28 d.]. Prieiga internetu: <https://doi.org/10.2147/CLEP.S179083>

¹²² Ibid.

Bendrosios praktikos gydytojai dirba privačiajame sektoriuje ir paslaugas teikia pagal kolektyvinę sutartį, kuri periodiškai peržiūrima Danijos Vyriausybės ir bendrosios praktikos gydytojų sąjungos. **Atlyginimas pagrįstas kapitacijos principu (apmokėjimas už prisiregistravusį gyventoją pagal prisiregistravusių pacientų sąrašus) ir mokesčio už paslaugą deriniu.** Specialistai, savarankiškai dirbantys individualiose praktikose, taip pat dirba savarankiškai ir jiems atlyginama už suteiktas privalomas sveikatos priežiūros paslaugas.

- iii. **Vietinis lygmuo (savivaldybių).** Speciali nacionalinė finansavimo schema (socialinio finansavimo susitarimas) užtikrina tam tikrų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą socialiai remtinoms gyventojų grupėms, pavyzdžiui, pašalpų gavėjams ir pagyvenusiems žmonėms. Kitais aspektais sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas ir teikimas iš esmės yra decentralizuotas regioniniu arba savivaldybių lygmeniu. Savivaldybės yra atsakingos už socialinę ir bendruomeninę priežiūrą, įskaitant pašalpas (pvz., invalidumo pensijas), priežiūrą namuose, senyvo amžiaus žmonių globą, būsto suteikimą žmonėms su proto negalia ir benamiams, psichikos ar fizinę negalią turinčių asmenų priežiūrą, taip pat piktnaudžiavimo narkotinėmis medžiagomis ir priklausomybių gydymą. Savivaldybės taip pat teikia platų pirminių ir prevencinių paslaugų spektrą, įskaitant sveikatos priežiūros specialistų vizitus prieš gimdymą ir po jo, reabilitaciją, sveikatos priežiūros paslaugas mokykloje ir vaikų odontologijos paslaugas.

Nors pirminės prevencijos programos vietos lygmeniu nėra privalomos vykdyti pagal įstatymus, savivaldybės yra atsakingos už tai, kad vietos bendruomenėse būtų užtikrinta sveika aplinka, veikla ir infrastruktūra, skatinančios gerovę ir užkertančios kelią ligoms. Kadangi savivaldybės iš dalies pačios finansuoja ligoninių ir šeimos gydytojų teikiamą gydymą, jos turi ekonominę paskatą įgyvendinti veiksmingas ligų prevencijos ir sveikatos stiprinimo programas ir tuo mažinti gydymui skiriamų lėšų dydį.

- iv. **Privati asmens sveikatos priežiūra.** Danijoje privačios ligoninės sudaro mažiau nei 1 proc. ligoninių lovų. Tik nedidelę dalį sveikatos priežiūros paslaugų teikia privatūs paslaugų teikėjai, nesudarę išlaidų kompensavimo sutarties su Nacionaline sveikatos tarnyba. Į privačias ligonines ir klinikas paprastai kreipiamasi dėl greitesnės prieigos prie diagnostinių procedūrų ar gydymo ar noro pasinaudoti paslaugomis, kurių neapima valstybinis sveikatos draudimas (pvz., nevaisingumo gydymas po pirmojo vaiko ir dauguma estetinių operacijų). Trys būdai patekti į privačias ligonines ir klinikas yra: Paslaugų apmokėjimas savarankiškai, privatus sveikatos draudimas arba viešoji subsidija pagal „išplėstinio laisvo ligoninės pasirinkimo“ schemą.

Privatus sveikatos draudimas paprastai apima paslaugas, kurių nacionalinė sveikatos priežiūros sistema neapima arba apmoka tik iš dalies. Be to, daugelis Danijos darbdavių siūlo privatų sveikatos draudimą kaip darbuotojų paskatinimą. Pelno nesiekianti organizacija „Danijos sveikatos draudimas“ (danų k. „*Sygeforsikringen Danmark*“) yra dažnas privataus sveikatos draudimo draudikas. Nors privačiu sveikatos draudimu yra apdrausti 40 proc. gyventojų, išlaidos šiam draudimui sudaro mažiau, nei 2 proc. visų sveikatos priežiūros išlaidų.

Sveikatos priežiūros sistema finansuojama iš federalinių ir vietinių mokesčių. Finansinė Danijos sveikatos priežiūros sistemos struktūra yra nustatyta nacionaliniu lygmeniu ir administruojama taikant subsidijas, kompensacijas ir išlyginimo schemas. Sudarant metinį nacionalinį biudžetą sudaromas finansinis susitarimas tarp nacionalinio, regioninio ir vietinio lygmenų. Kiekvienas regionas turi įgaliojimus reguliuoti ir subalansuoti savo regione teikiamas Paslaugas ir poreikius. Regionai ir savivaldybės privalo neperžengti savo biudžeto apribojimų su 1,5 proc. marža. Biudžeto tikslų įgyvendinimas tradiciškai reikalavo produktyvumo didinimo¹²³.

Regionai finansuojami iš subsidijų schemos (75 proc.), taip pat iš Danijos Vyriausybės ir savivaldybių veiklos subsidijų. Pačios savivaldybės yra finansuojamos iš Vyriausybės dotacijų ir vietinių mokesčių. Vyriausybės dotacijų paketas atsižvelgia į regioninius skirtumus, įskaitant demografinius skirtumus. Taip pat veikla subsidijos ligoninių veiklai, atsižvelgiant į pacientų skaičių ir charakteristikas (diagnozes, gydymą ir demografinius rodiklius). Savivaldybės subsidijos dydis priklauso nuo to, kiek gyventojai naudojami regioninėmis sveikatos priežiūros

¹²³ Schmidt, M., Schmidt, S., Adelborg, K., Sundbøll, J., Laugesen, K., Ehrenstein, V., & Sørensen, H. T. (2019). The Danish health care system and epidemiological research: from health care contacts to database records. *Clinical epidemiology*, 11, 563 – 591. [žiūrėta 2021 m. lapkričio 28 d.]. Prieiga internetu: <https://doi.org/10.2147/CLEP.S179083>

paslaugomis (pvz., ligininės ir šeimos gydytojo paslaugomis). Savivaldybių vykdoma sėkminga ligų prevencija ir sveikatos stiprinimas prisideda prie sumažėjusio subsidijų poreikio, taigi ir prie išlaidų taupymo.

2.3.3. Paslaugos ir jų teikimo būdai Danijoje

Skirtingi sveikatos priežiūros lygiai pristatymo vietoje apima pirminę, stacionarinę, psichiatrinę ir pagyvenusių žmonių priežiūrą, kaip aprašyta toliau.

i. Pirminė asmens sveikatos priežiūra ¹²⁴

Pirminės asmens sveikatos priežiūros (PASP) paslaugas teikia bendrosios praktikos gydytojai, kiti privačios praktikos sveikatos priežiūros specialistai (pvz., odontologai, kineziterapeutai ir psichologai). Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai sudaro sutartis su Nacionaline sveikatos tarnyba ir iš pastarosios tarnybos gauna kompensaciją už suteiktas paslaugas.

Bendrosios praktikos gydytojai

Šeimos gydytojai yra bendrosios praktikos gydytojai, turintys būtinų įgūdžių įvertinti pacientų poreikį kreiptis į gydytojus specialistus. Šeimos gydytojai, nustatydami diagnozes, pasitelkia ligininėse teikiamas diagnostines paslaugas, apimančias laboratorines paslaugas ir diagnostinį vizualizavimą. Visi Danijos gyventojai turi teisę būti prirašyti pas savo pasirinktą šeimos gydytoją. Šeimos gydytojai privalo aptarnauti pas juos prisiregistravusius pacientus – vienam šeimos gydytojui tenka vidutiniškai 1 600 pacientų. Nors daugelis bendrosios praktikos gydytojų turi individualią praktiką, vis didesnė dalis prisijungia prie grupinių praktikų, kai kartu dirba keli šeimos gydytojai.

Išskyrus skubias situacijas, maždaug 3 600 Danijos šeimos gydytojų (20 proc. visų gydytojų) yra pirmasis pacientų kontaktas („vartininko“ vaidmuo). Taigi šeimos gydytojai užima pagrindines pareigas Danijos sveikatos priežiūros sistemoje ir kontroliuoja pacientų prieigą prie antrinės (specializuotos) sveikatos priežiūros, įskaitant siuntimus pas gydytojus specialistus ir stacionarines bei ambulatorines ligininių teikiamas Paslaugas. Šeimos gydytojai taip pat išrašo pacientams siuntimus į savivaldybių paslaugų centrus, kuriuose pacientams gali būti teikiamos reabilitacijos ir sveikatos priežiūros namuose paslaugos. Pirminė sveikatos priežiūra ne įprastomis darbo valandomis teikiama pagal bendrosios praktikos gydytojų rotacijos sistemą tam tikroje geografinėje vietovėje. Išimtis – sostinės regionas, nuo 2014 m. turintis savo aprėpties sistemą (pacientai turi galimybę gauti konsultaciją telefonu, trumpuoju numeriu „1813“), kurioje paslaugas teikia slaugytojos, prižiūrimos šeimos gydytojų.

Slauga namuose

Slaugytojos, vykstančios į pacientų namus, teikia slaugos ir gydymo paslaugas ūminių sveikatos sutrikimų turintiems, lėtinėmis ligomis sergantiems ar mirštantiems pacientams. Slaugytojos yra atsakingos už tai, kad pacientai galėtų kuo ilgiau likti savo namuose arba kuo arčiau namų. Visi pacientai turi teisę į nemokamą slaugą namuose, jei ji yra paskiriama gydytojo. Taip pat savivaldybės privalo nemokamai parūpinti visas reikalingas priemones ir prietaisus.

Kai kurios savivaldybės yra įkūrusios specialius trumpalaikiam gyvenimui skirtus gyvenamuosius skyrius, kuriuose intensyvų gydymą vykdo apmokytos slaugytojos pacientams, kuriems nereikia hospitalizuoti, bet kurie laikinai negali likti savo namuose. Be to, Danijoje yra 19 suaugusiųjų hospisų ir vieneri vaikų globos namai, kuriuose slaugomi nepagydomai sergantys ir mirštantys pacientai.

Reabilitacija

Reabilitacija apima fizinius ir kognityvinius užsiėmimus, siekiant atkurti pacientų gebėjimą rūpintis savimi ir atlikti kitą kasdienio gyvenimo veiklą. Reabilitacija apima ir pacientų švietimą ir mokymą siekiant juos integruoti į darbo rinką. Reabilitacijos procesas gali prasidėti dar pacientui gydantis stacionare. Išrašymo metu ligininė parengia reabilitacijos planą, kuriame aprašomas esamas paciento funkcinis lygis ir reabilitacijos poreikiai. Ligininė

¹²⁴ Ibid

persiunčia planą ir savivaldybei, ir paciento šeimos gydytojui, perleisdama atsakomybę už reabilitaciją iš regiono savivaldybei.

Vaikų sveikatos patikrinimai

Pas visas pagimdžiusias moteris ir jų šeimas reguliariai nemokamai lankosi sveikatos priežiūros specialistai. Paprastai lankantieji sveikatos priežiūros specialistų yra specialiai apmokytos slaugytojos. Jos seka vaiko ūgį ir svorį, teikia pagalbą tėvams ir bendrus sveikatos patarimus. Lankantieji sveikatos priežiūros specialistai glaudžiai bendradarbiauja su akušerėmis, slaugytojomis ir šeimos gydytojais.

Visi vaikai profilaktiškai tikrinami savo bendrosios praktikos gydytojo kabinete sulaukus 5 savaičių, 5 mėnesių, 1 metų, o vėliau kasmet iki 5 metų. Tyrimai atliekami pagal Danijos sveikatos tarnybos nustatytą struktūrą. Šeimos gydytojas įvertina vaiko fizinę ir psichinę būklę, augimą ir bendrą vystymąsi, siekiant identifikuoti arba užkirsti kelią sveikatos problemoms.

Visi Danijos moksleiviai turi teisę mokykloje atlikti sveikatos patikrinimus, kuriuos atlieka lankantieji sveikatos priežiūros specialistai ir (arba) gydytojai. Šie reguliarūs patikrinimai apima ūgio ir svorio įvertinimą, regėjimo ir klausos sutrikimų, fizinių ir psichikos simptomų, kalbinių įgūdžių, miego, mitybos įpročių, socialinių kompetencijų ir bendro vystymosi patikrinimą. Sulaukę 18 metų danų vyrai turi atvykti į Danijos šauktinių tarybą, kad būtų įvertintas jų tinkamumas karinei tarnybai. Šis įvertinimas apima išsamų fizinį patikrinimą ir kognityvinį testą.

ii. Asmens sveikatos priežiūra ligoninėse

Kiekvienas regionas yra atsakingas už gydymo ligoninėje teikimą savo gyventojams ir skubiosios medicinos pagalbos teikimą visiems asmenims, kuriems to reikia. Iš ligoninėse teikiamų gydymo būdų 90 proc. laikomi standartiniais, o 10 proc. – specializuotais. Standartinis gydymas paprastai teikiamas paciento gyvenamojo regiono ligoninėje. Specializuoto gydymo apibrėžimai grindžiami paveiktų pacientų grupės dydžiu ir reikalingu paslaugų sudėtingumu bei kaina. Specializuoto gydymo teikimas yra priskirtas regioninėms (prieinamas nuo 1 iki 3 ligoninių viename regione) arba nacionalinėms funkcijoms (prieinamas tik nuo vienos iki trijų ligoninių visoje šalyje).

2019 m. vyko skubiosios medicinos pagalbos tarnybos pertvarka: 40 skubiosios pagalbos skyrių buvo sujungti į 21 didesnę padalinį, kuriuose visą parą dirba specialistai. Skubiąją pagalbą iki atvykimo į ligoninę teikia paramedikai, slaugytojai ir gydytojai vietoje, greitosios pagalbos automobiliuose arba specialiai įrengtuose malūnsparniuose.

iii. Psichikos sveikatos priežiūra

Psichikos sveikatos priežiūra Danijoje per pastaruosius dešimtmečius labai pasikeitė – padaugėjo ambulatorinio gydymo ir sumažėjo ligoninės lovų skaičius. Bendruomenės psichikos sveikatos centrai teikia ambulatorinį gydymą ir plačią pagalbą krizių atvejais. Nors pacientai nėra verčiami likti gydytis stacionare, jie gali likti centre, kol pagerės jų būklė arba kol bus nustatyta psichiatrinė diagnozė ir paskirtas gydymo planas.

iv. Pagyvenusių žmonių priežiūra

Kaip ir daugelyje Europos šalių, Danijoje auga vyresnio amžiaus žmonių skaičius tiek absoliučiais skaičiais, tiek palyginti su visu gyventojų skaičiumi. Apskaičiuota, kad iki 2040 m. vyresnių nei 80 metų asmenų skaičius padvigubės¹²⁵. Siekiant įveikti senstančios visuomenės iššūkius, Danijos politika siekiama skatinti ir išplėsti pagyvenusių žmonių nepriklausomybę, užtikrinant jų tęstinį savarankiškumą ir gerovę. Savivaldybės šį tikslą pasiekia vykdydamos prevencines ir reabilitacijos programas, teikdamos nemokamas slaugos namuose paslaugas ir slaugos infrastruktūrą. Visos savivaldybės privalo įsteigti Pagyvenusių žmonių tarybą, kad gautų paslaugų naudotojų nuomonę. Šios tarybos nariai turi būti vyresni nei 60 metų ir renkami 4 metų kadencijai. Kiekviena savivaldybė turi konsultuotis su savo Pagyvenusių žmonių tarybą visais jos vyresnio amžiaus gyventojams aktualiais klausimais.

¹²⁵ Schmidt, M., Schmidt, S., Adelborg, K., Sundbøll, J., Laugesen, K., Ehrenstein, V., & Sørensen, H. T. (2019). The Danish health care system and epidemiological research: from health care contacts to database records. *Clinical epidemiology*, 11, 563 – 591. [žiūrėta 2021 m. lapkričio 28 d.]. Prieiga internetu: <https://doi.org/10.2147/CLEP.S179083>

Slaugos namuose paslaugos skirtos senyvo amžiaus žmonėms, kurie gyvena namuose, bet negali patys susitvarkyti kasdienio gyvenimo. Priežiūra namuose skirstoma į dvi kategorijas: praktinė pagalba (pvz., valymas ir skalbimas) ir asmeninė priežiūra (pvz., maudymas ir skutimas). 2015 metais slaugos namuose paslaugas gavo 12 proc. visų vyresnių nei 65 metų asmenų. Nors pagyvenę žmonės moka už maitinimo paslaugas, savikaina negali viršyti vidutinių gamybos sąnaudų. Savarankiškumas yra pagrindinis priežiūros namuose paslaugų principas. Savivaldybės pagal įstatymą privalo įvertinti, ar asmeniui, kuriam reikalingos slaugos namuose paslaugos, galėtų būti naudinga reabilitacija.

Savivaldybės privalo vykdyti prevencinio pobūdžio vizitus pas fiziškai ir socialiai pažeidžiamus 65 – 79 metų asmenis iškilus poreikiui, o kasmet – pas visus vyresnius, nei 80 metų, asmenis. Šių vizitų tikslas – nustatyti bet kokią individualios pagalbos poreikį ir įvertinti kiekvieno pagyvenusio žmogaus savijautą bei esamą gyvenimo situaciją. Savivaldybės yra atsakingos už tai, ar senyvo amžiaus žmogui turėtų būti pasiūlyta galimybė persikelti į slaugos namus, užtikrinant plačią specializuotą priežiūrą tiems, kurie turi ribotus fizinius ar psichinius gebėjimus. 2015 m. Danijoje slaugos namuose gyveno maždaug 4 proc. vyresnių nei 65 metų amžiaus asmenų. Slaugos namų įstaigose visą parą dirba sveikatos priežiūros specialistai. Gyventojai individualiai moka už kambarį, maitinimą, asmenines išlaidas, o slaugos ir sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos nemokamai. Laukimo laikas standartinei vietai slaugos namuose neturi viršyti 2 mėnesių nuo paskyrimo.

2.3.4. Danija – skaitmeninės sveikatos pažangos lyderė

Skaitmeninė sveikata

Danija yra skaitmeninės sveikatos pažangos lyderė ir užima pirmą vietą pagal informacinių technologijų sistemas ligoninėse ir bendrojoje praktikoje, taip pat skaitmeninę komunikaciją tarp sveikatos priežiūros sektorių Europoje. Vis dažniau naudojami bendri informacinių technologijų standartai palengvina elektroninį ryšį tarp visų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, įskaitant ligonines, šeimos gydytojus, gydytojus specialistus, laboratorijas, vietos valdžios institucijas ir priežiūros namuose paslaugų teikėjus. Pavyzdžiui, visi bendrosios praktikos gydytojai tvarko elektroninius sveikatos įrašus ir beveik visi bendrosios praktikos gydytojai naudoja e. sistemą keistis įrašais (98 proc.), išrašyti receptus vaistinėms (99 proc.), gauna laboratorinių tyrimų rezultatus iš ligoninių (100 proc.) ir išrašo siuntimus į ligonines (97 proc.), medicinos specialistų klinikas (100 proc.) ir pas psichologus (100 proc.).¹²⁶

Daugelis Danijos skaitmeninių sprendimų sulaukė tarptautinio pripažinimo. Danija turi tvirtą pagrindą tolesniam sveikatos priežiūros sistemos skaitmeninimui. Buvo pradėta nauja nacionalinė „skaitmeninės sveikatos“ strategija, skirta tvariam Danijos sveikatos priežiūros sistemos vystymuisi skatinti. Strategijoje yra 27 iniciatyvos penkiose pagrindinėse srityse: piliečių įtraukimas kaip aktyvių Paslaugų teikimo proceso partnerių; užtikrinti savalaikį keitimąsi žiniomis; plėtojant gyventojų sveikatos ir ligų prevencijos sritį; užtikrinti aukštos kokybės duomenų saugumą, siekiant įgyti pasitikėjimą; ir diegti lanksčią skaitmeninę sveikatos priežiūros infrastruktūrą. **Be sveikatos priežiūros veiksmingumo didinimo, skaitmeninio darbo eigos metu įrašyta ir surinkta informacija kasdien patenka į Danijos gyventojų duomenų šaltinius**, kurie toliau naudojami tyrimams, duomenų analizei bei kitiems projektams.

Subjektai, siekiantys pasinaudoti sistemos duomenimis tiriamajai veiklai vykdyti, turi gauti Etikos komisijos leidimą ir laikytis duomenų saugos reikalavimų. Pacientų duomenys yra koduojami kiekvienam pacientui priskiriant 10 skaitmenų unikalų kodą.

Medicinos bei bendrųjų duomenų bazės

Danija turi senas tradicijas reguliariai rinkti duomenis apie daugelį gyvenimo ir sveikatos aspektų iš daugelio registru ir duomenų bazių. Duomenys apima tokią informaciją, kaip amžius, lytis, svoris, ūgis, vizitai pas sveikatos priežiūros specialistus, nustatytos diagnozės, išrašyti vaistų receptai ir įsigyti vaistai (tam tikri nereceptiniai vaistai taip pat kompensuojami valstybės lėšomis, apie tokius įsigytus vaistus duomenys irgi surenkami), šeimos narių ligos istorijos, tyrimų duomenys, profesinės veiklos ar nedarbo duomenys, duomenys apie darbdavius, duomenys apie pajamas, išsilavinimą, būstą, socialinių išmokų gavimą ir kita. Visuose gyventojų registruose, pvz., Civilinės

¹²⁶ Ibid.

metrikacijos sistemoje, yra duomenys apie visus Danijos gyventojus. Kiti registrai apima tik tuos Danijos gyventojus, kuriems būdingas tam tikras rinkinys savybių, pavyzdžiui, kontaktas su rizikos veiksniais. Medicinos duomenų bazė yra terminas, vartojamas visų tipų registrams ir duomenų bazėms, kuriose yra su sveikata susijusių duomenų. Danijoje yra trijų tipų medicinos duomenų bazės: administracinės duomenų bazės, sveikatos duomenų bazės ir klinikinės kokybės duomenų bazės.

Duomenų bazių duomenys naudojami vertinant įgyvendinamas strategijas, identifikuojant reformų poreikį, vykdant biomedicinos mokslų tyrimus.

2.4. Lietuvos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio apžvalga

Šiame ataskaitos skyriuje pateikiama Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio apžvalga. Aptariamas Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos organizavimas (ataskaitos 2.4.1 skyrius), pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros organizavimas (ataskaitos 2.4.2 skyrius), sveikatos priežiūros specialistų ir ASPJ veiklos reglamentavimas (ataskaitos 2.4.3 skyrius), Lietuvos sveikatos priežiūros duomenys (ataskaitos 2.4.4 skyrius) ir išlaidos sveikatai (ataskaitos 2.4.5 skyrius).

2.4.1. Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos organizavimas

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (12 str.) nurodo, kad yra du Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos organizavimo lygiai: savivaldybių ir valstybės.¹²⁷

Valstybės lygmeniu Sveikatos apsaugos ministerija formuoja valstybės politiką, organizuoja, koordinuoja ir kontroliuoja jos įgyvendinimą, o įstatymų numatytais atvejais – ją įgyvendina sveikatos apsaugos ministrui pavestose sveikatos politikos srityse¹²⁸, taip pat organizuoja gyventojų sveikatos būklės rodiklių stebėseną, licencijų paslaugų teikėjams ir sveikatos priežiūros specialistams išdavimą, Valstybinės ligonių kasos ir kitų pavaldžių institucijų, įskaitant tam tikrus paslaugų teikėjus, valdymą, tinklo administravimą.¹²⁹

Savivaldybių lygmeniu vykdomosios institucijos organizuoja pirminę asmens sveikatos priežiūrą. Pirminės asmens sveikatos priežiūros organizavimo tvarką nustato LRV ar jos įgaliota institucija. Savivaldybės vykdomos visuomenės sveikatos priežiūros apimtį ir vykdymo tvarką nustato Sveikatos sistemos įstatymas, Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas ir kiti teisės aktai. Savivaldybių vykdomosios institucijos taip pat įgyvendina Vietos savivaldos įstatymu deleguotą valstybės funkciją – organizuoja antrinę asmens sveikatos priežiūrą. Tretinę asmens sveikatos priežiūrą organizuoja SAM. Antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros mastą nustato SAM.¹³⁰

Teikiant Paslaugas svarbų vaidmenį atlieka savivaldybės, nes joms priklauso daugelis pirminės sveikatos priežiūros centrų ir mažų bei vidutinio dydžio ligoninių.

Privatus sektorius dalyvauja teikiant pirminės sveikatos priežiūros ir dantų priežiūros paslaugas, taip pat valstybės lėšomis finansuojamas specializuotas ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas.¹³¹

Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai (LNSS) priklausančių stacionarių ASPJ, teikiančių sveikatos priežiūros paslaugas, finansuojamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, yra trys lygmenys: 1) rajonų (vietinis, savivaldybių); 2) regionų; 3) respublikos (valstybės).¹³²

¹²⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905/asr>

¹²⁸ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1998 m. liepos 24 d. nutarimas Nr. 926 „D4I Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo“ (suvestinė redakcija 2019-06-06). Prieiga internetu: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C9F500A0ED72/asr>

¹²⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905/asr>

¹³⁰ Ibid.

¹³¹ State of Health in the EU. Lietuva. 2021 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_lt_lithuanian.pdf

¹³² Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905/asr>

2.4.2. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros organizavimas

Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros organizavimą reglamentuoja Pirminės ambulatorinės Paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašas¹³³.

Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra apima:

- 1) šeimos gydytojo (arba vidaus ligų gydytojo, vaikų ligų gydytojo, akušerio ginekologo ir chirurgo kartu) komandos teikiamas paslaugas;
- 2) pirminę ambulatorinę odontologinę asmens sveikatos priežiūrą;
- 3) pirminę ambulatorinę psichikos sveikatos priežiūrą.

Šeimos gydytojo komandos paslaugos – nespecializuotos Paslaugos, teikiamos pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintą Šeimos gydytojo medicinos normą, Bendrosios praktikos slaugytojo medicinos normą ir (ar) pagal Bendruomenės slaugytojo medicinos normą, ir (ar) Akušerio medicinos normą, ir (ar) Išplėstinės praktikos slaugytojo medicinos normą, ir (ar) Slaugytojo padėjėjo medicinos normą, ir (ar) Socialinio darbuotojo veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatus, ir (ar) Gyvensenos medicinos specialisto veiklos reikalavimus, ir (ar) Kineziterapeuto medicinos normą.¹³⁴

Lietuvoje iki šiol leidžiama vietoj šeimos gydytojo kartu dirbti keturiems gydytojams specialistams (vidaus ligų gydytojui, vaikų ligų gydytojui, akušeriui – ginekologui ir chirurgui), kurie savo funkcijas atlieka pagal Šeimos gydytojo medicinos normos reikalavimus.¹³⁵ Tokiais atvejais neracionaliai panaudojamas gydytojų specialistų darbas, ir pacientas negauna visų paslaugų pagal šeimos gydytojo kompetenciją. Tokiu būdu nėra užtikrinamas vienodos kokybės paslaugos visiems gyventojams – pažeidžiamas lygiateisiškumo principas. Todėl tikslinga, įvertinti galimybę atsisakyti tokios praktikos.

Paslaugų teikimo vieta. Šeimos gydytojo komandos paslaugos yra teikiamos:

- ambulatorinėje ASPĮ,
- pacientų namuose,
- socialinės globos įstaigose ar
- įstatymų nustatyta tvarka laisvės atėmimo vietų ligoninės, tardymo izoliatorių, pataisos įstaigų patalpose.¹³⁶

Paslaugų teikimo koordinavimas. Aprašas nustato, kad pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje turi būti darbuotojas, atsakingas už prevencinių programų įgyvendinimą, profilaktinių patikrinimų atlikimą ir Paslaugų teikimo lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergantiems pacientams koordinavimą, prirašytų gyventojų informavimą apie PSDF biudžeto lėšomis teikiamas šiame punkte nurodytas Paslaugas ir kitų įstaigos vadovo jam priskirtų funkcijų atlikimą. Jeigu pirminės ambulatorinė ASPĮ-oje prirašyta daugiau negu 10 tūkst. gyventojų, rekomenduojama koordinatoriaus funkcijoms vykdyti įstaigoje įsteigti atskirą etatą. Pirminės ambulatorinė ASPĮ-os vadovas įpareigotas nustatyti išvardytų paslaugų teikimo koordinavimo tvarką.¹³⁷

Paslaugų teikimo užtikrinimas darbo ir ne darbo laiku. Pirminė ambulatorinė ASPĮ turi užtikrinti, kad prie jos prirašytiems gyventojams šeimos gydytojo komandos paslaugos būtų teikiamos visą parą. Šeimos gydytojo komandos paslaugų teikimas pirminės ambulatorinė ASPĮ ne darbo laiku gali būti užtikrinamas kelias variantais: 1) Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūros įstaiga pati užtikrina šeimos gydytojo komandos paslaugų teikimą prirašytiesiems gyventojams; 2) kelios Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos sudaro tarpusavio sutartis dėl šeimos gydytojo komandos paslaugų teikimo viena kitos prirašytiesiems gyventojams šių įstaigų ne darbo metu; 3) Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūros įstaiga sudaro sutartį (-is) dėl šeimos gydytojo komandos paslaugų teikimo šios įstaigos prirašytiesiems gyventojams jos ne

¹³³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės Paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“

¹³⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymu „Dėl Pirminės ambulatorinės Paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ Nr. V-943. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267313/asr>

¹³⁵ Ibid.

¹³⁶ Ibid.

¹³⁷ Ibid.

darbo laiku su kita ar kitomis ASPJ. Už Pirminę ambulatorinę asmens sveikatos priežiūros įstaigą ne darbo laiku jos prirašytiesiems gyventojams teikiamas šeimos gydytojo komandos paslaugas kitoje įstaigoje šios įstaigos viena su kita atsiskaito pagal tarpusavio sutartis. Numatytas apmokėjimas iš PSDF biudžeto lėšų už prirašytam prie pirminės ambulatorinės ASPJ savivaldybės gyventojui šios įstaigos ne darbo metu suteiktas šeimos gydytojo komandos paslaugas kitoje ASPJ.¹³⁸

2.4.3. Sveikatos priežiūros specialistų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos reglamentavimas

Nors gydytojų skaičius Lietuvoje didėja, slaugytojų trūkumas išlieka ilgamete problema. 2019 m. 1000 gyventojų teko 7,7 slaugytojo, o tai yra mažiau nei ES vidurkis (8,4 slaugytojos). 1000 gyventojų tenka 4,6 gydytojų, šis skaičius yra penktas didžiausias ES (ES vidurkis – 3,9 gydytojo). 2019 m. vienam gydytojui teko 1,7 slaugytojo; tai yra mažiausias santykis nuo 2000 m.¹³⁹

Nepaisant slaugytojų poreikio mažėjo slaugos studijų programų baigusiu absolventų skaičius: 2000 – 2009 m. metinis jų vidurkis buvo 626 slaugytojai, o 2010 – 2019 m. – 554 slaugytojai. Todėl nepasiektas Nacionalinės 2014 – 2025 m. sveikatos strategijos tikslas iki 2020 m. atkurti slaugytojų ir gydytojų skaičiaus santykį „2:1“.¹⁴⁰

Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas reglamentuoja medicinos gydytojo, gydytojo rezidento, šeimos gydytojo ir gydytojo specialisto vertimosi medicinos praktika Lietuvoje sąlygas.¹⁴¹

Bendrosios praktikos slaugytojų, išplėstinės praktikos slaugytojų ir akušerių veiklos reglamentavimas

Kvalifikacijos įgijimas. Bendrosios praktikos slaugytojų, išplėstinės praktikos slaugytojų ir akušerių profesinės kvalifikacijos įgijimą, praktikos sąlygas, teises, pareigas ir atsakomybę, slaugos praktikos ir akušerijos praktikos valdymą nustato Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymas.¹⁴² Įstatymas nustato:

- Bendrosios praktikos slaugytojo ar akušerio profesinė kvalifikacija įgyjama aukštojoje mokykloje baigus slaugos ar akušerijos studijų programas.
- Išplėstinės praktikos slaugytojo profesinė kvalifikacija įgyjama baigus medicinos gydytojus rengiančiame universitete slaugos magistrantūros studijų programą ir išlaikius kvalifikacinį egzaminą.
- Bendrosios praktikos slaugytojai, akušeriai ir išplėstinės praktikos slaugytojai slaugos profesinę kvalifikaciją įgyja aukštojoje mokykloje, baigę pasirinktos specializuotos slaugos srities neformaliojo švietimo programą.

Specializuotų slaugos sričių sąrašą ir specializuotų slaugos sričių neformaliojo švietimo programų reikalavimus nustato sveikatos apsaugos ministras. Jis nustato ir bendrosios praktikos slaugytojų, išplėstinės praktikos slaugytojų ir akušerių kompetencijos reikalavimus.

Veiklos licencijavimas. Slaugos praktika ir akušerijos praktika yra licencijuojama veikla:

- Bendrąja slaugos praktika Lietuvoje galima verstis tik turint galiojančią bendrosios slaugos praktikos licenciją, išskyrus Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatyme nurodytus atvejus.
- Specialiąja slaugos praktika Lietuvoje galima verstis tik turint galiojančią bendrosios slaugos praktikos licenciją ar akušerijos praktikos licenciją ir įgytą atitinkamą slaugos profesinę kvalifikaciją patvirtinantį dokumentą, išskyrus Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatyme nurodytus atvejus.
- Išplėstinė slaugos praktika Lietuvoje galima verstis tik turint galiojančią bendrosios slaugos praktikos licenciją, kurioje sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka yra įrašas apie įgytą išplėstinės praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją.

¹³⁸ Ibid.

¹³⁹ State of Health in the EU. Lietuva. 2021 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_lt_lithuanian.pdf

¹⁴⁰ Ibid.

¹⁴¹ Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.31926/asr>

¹⁴² Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymas. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.143997/asr>

- Akušerijos praktika Lietuvos Respublikoje galima verstis tik turint galiojančią akušerijos praktikos licenciją, išskyrus Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatyme nurodytus atvejus. Slaugos ir (ar) akušerijos paslaugas asmenims teikia juridiniai asmenys, turintys asmens sveikatos priežiūros licenciją atitinkamoms sveikatos priežiūros paslaugoms teikti.¹⁴³

Teisę verstis asmens sveikatos priežiūros praktika turi fiziniai asmenys, įstatymų nustatytais atvejais gavę atitinkamą licenciją (ar pažymėjimą).

Įmonės ir įstaigos teisę verstis sveikatos priežiūros veikla įgyja tik LRV ar jos įgaliotos institucijos nustatyta tvarka gavusios licencijas. Fizinį asmenų, įmonių, įstaigų vykdoma sveikatos priežiūros veikla neturint licencijos ar leidimo yra neteisėta.¹⁴⁴

Taip pat Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas nurodo, kad sveikatos priežiūros specialistai turi teisę pasirinkti sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka aprobuotas ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo priemones, terapijos ir chirurgijos procedūras, teisės aktų nustatyta tvarka įregistruotus vaistus ir įstatymo reikalavimus atitinkančias medicinos priemones. Sveikatos priežiūros specialistai gali panaudoti naujas, mokslškai pagrįstas, bet dar nustatyta tvarka neaprobuotas ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo priemones tik stengdamiesi pacientą išgydyti, išgelbėti ar pratęsti jo gyvybę.¹⁴⁵

Sveikatinimo veiklos kontrolė

Įstatymu nustatyta sveikatinimo veiklą¹⁴⁶ kontroliuojančių institucijų veikla. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos yra LRV įsteigta įstaiga. LRV paveda Sveikatos apsaugos ministerijai įgyvendinti jos, kaip savininkės, teises ir pareigas. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos: dalyvauja formuojant valstybės politiką asmenų licencijavimo sveikatos priežiūros veiklai, sveikatos priežiūros technologijų vertinimo, medicinos priemonių atitikties reikalavimams vertinimo, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės, pacientų saugos srityse ir ją įgyvendina; akredituoja juridinius asmenis sveikatos priežiūros veiklai; licencijuoja asmenis sveikatos priežiūros veiklai; atlieka Paslaugų prieinamumo ir kokybės valstybinę priežiūrą; prižiūri, kaip fiziniai ir juridiniai asmenys laikosi standartų ir kitų norminių dokumentų reikalavimų sveikatos priežiūros kokybės klausimais; vykdo sveikatos apsaugos ministro įgaliotos institucijos valdymo funkcijas medicinos priemonių atitikties įvertinimo srityje; registruoja pateikiamas rinkai medicinos priemones, išduoda pažymėjimus, suteikiančius asmenims teisę atlikti medicinos priemonių techninės būklės tikrinimą, taip pat laisvos prekybos sertifikatus; vykdo sveikatos priežiūros technologijų, susijusių su medicinos priemonėmis, vertinimą; renka, sistemina ir tvarko informaciją apie sveikatos priežiūros technologijas, susijusias su medicinos priemonėmis; teikia rekomendacijas dėl sveikatos priežiūros technologijų, susijusių su medicinos priemonėmis; vykdo kitas funkcijas.¹⁴⁷

Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos teritorinės ligonių kasos pagal kompetenciją užtikrina nustatytą rūšių Paslaugų apmokėjimą, kontroliuoja jų kiekį ir kokybę, atlieka Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų naudojimo finansinę bei ekonominę analizę, teikia lėšas valstybės ir savivaldybių fondams, vykdo įstatymų ir ligonių kasų nuostatų nustatytas funkcijas.^{148 149}

2.4.4. Lietuvos sveikatos priežiūros elektroninė sistema ir duomenys

Įstatymu nustatyta, kad Lietuvos Respublikos elektroninės sveikatos sistemos įgyvendinimą koordinuoja ir prižiūri Sveikatos apsaugos ministerija. Įgyvendinant Lietuvos Respublikos elektroninės sveikatos sistemos priemones, kuriama valstybės elektroninė sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema. Šios informacinės sistemos valdytoja yra Sveikatos apsaugos ministerija. Valstybės elektroninės

¹⁴³ Ibid

¹⁴⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905/asr>

¹⁴⁵ Ibid.

¹⁴⁶ Sveikatinimo veikla – asmens sveikatos priežiūra, visuomenės sveikatos priežiūra, papildomoji ir alternatyvioji sveikatos priežiūra, medicinos priemonių rinkos subjektų veikla, farmacinė ir kita veikla, kurios rūšis ir reikalavimus ją vykdančiams subjektams nustato sveikatos apsaugos ministras. Sveikatos sistemos įstatymas.

¹⁴⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905/asr>

¹⁴⁸ Ibid.

¹⁴⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.28356/asr>

sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos nuostatus tvirtina ir tvarkytojus skiria LRV.¹⁵⁰

Higienos institutas, Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldi įstaiga, vykdo Lietuvos gyventojų sveikatos būklės ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rodiklių stebėseną.¹⁵¹

Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos privalomojo sveikatos draudimo informacinėje sistemoje SVEIDRA tvarko draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu asmens duomenis, įskaitant ypatingus asmens duomenis, susijusius su prevencinės medicinos pagalbos, medicinos pagalbos, medicininės reabilitacijos, slaugos, socialinių paslaugų ir patarnavimų, priskirtų asmens sveikatos priežiūrai, bei asmens sveikatos ekspertizės paslaugų teikimu ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimu.¹⁵²

2.4.5. Išlaidos sveikatai

Lietuvos sveikatos priežiūros sistema grindžiama vienu mokėtoju – Valstybine ligonių kasa prie SAM (toliau VLK). VLK administruojamu privalomuoju sveikatos draudimu draudžiami beveik visi gyventojai.^{153 154}

Išlaidos sveikatos priežiūrai Lietuvoje tebėra mažos, bet pastaraisiais metais jos nuolat didinamos. 2019 m. vienam gyventojui tenkančios išlaidos sveikatai Lietuvoje (1 885 Eur) buvo beveik per pusę mažesnės už ES vidurkį (3 521 Eur, pakoreguota atsižvelgiant į perkamosios galios skirtumus), tačiau jos yra vienos didžiausių Vidurio ir Rytų Europoje. 2015 – 2019 m. išlaidos sveikatai nuolat didėjo maždaug 6 proc. per metus. Vis dėlto, išlaidas sveikatai išreiškus BVP dalimi, jos Lietuvoje išliko palyginti nedidelės ir siekė 7,0 proc. BVP (ES vidurkis – 9,9 proc.). Valstybės lėšomis buvo finansuojama tik du trečdaliai (66 proc.) išlaidų sveikatai, o likęs trečdalis buvo padengiamas iš privačių lėšų, daugiausia atliekant mokėjimus savo lėšomis. Padėtis šioje srityje skiriasi nuo ES vidurkio, kai viešosiomis lėšomis padengiama apie 80 proc. išlaidų sveikatai.¹⁵⁵

Be to, svarbų vaidmenį finansuojant su sveikatos priežiūra susijusius projektus Lietuvoje atlieka ES struktūriniai fondai: 2007 – 2013 m. iš jų buvo skirta 238 mln. Eur, o 2014 – 2020 m. – 146 mln. Eur.¹⁵⁶

VLK užtikrina ilgalaikį fiskalinį sveikatos priežiūros finansavimo Lietuvoje tvarumą, nes ji, būdama vienu mokėtoju, padeda apsisaugoti nuo suskaidytoms sveikatos priežiūros finansavimo sistemoms būdingo neveiksmingumo ir nelygybės. Nepaisant to, 2021 m. balandžio mėn. LRV pristatė 2021 – 2026 m. ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo įgyvendinimo planą (Finansų ministerija, 2021 m.), kuriame siūloma sukurti alternatyvius sveikatos priežiūros finansavimo šaltinius.¹⁵⁷

Valstybės lėšomis finansuojamų paslaugų paketas apibrėžtas plačiai ir pagal jį padengiamos gyventojų prevencijos, pirminės sveikatos priežiūros, gydytojų specialistų, stacionarinio gydymo, slaugos ir reabilitacijos paslaugų išlaidos, taip pat kompensuojamos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidos.^{158 159}

¹⁵⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905/asr>

¹⁵¹ Higienos instituto nuostatai. Prieiga internetu: <https://www.hi.lt/lt/virsutinis-meniu/veikla/nuostatai.html>

¹⁵² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. sausio 23 d. įsakymu Nr. V-35 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo“. Prieiga internetu: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.F60CD0E7F5B3/asr>

¹⁵³ State of Health in the EU. Lietuva. 2021 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_lt_lithuanian.pdf

¹⁵⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.28356/asr>

¹⁵⁵ State of Health in the EU. Lietuva. 2021 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_lt_lithuanian.pdf

¹⁵⁶ Ibid.

¹⁵⁷ Ibid.

¹⁵⁸ Ibid.

¹⁵⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.28356/asr>

2.5. Danijos, Slovėnijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelių elementų pritaikymo galimybių Lietuvoje vertinimas

Šiame ataskaitos skyriuje identifikuojami Danijos ir Slovėnijos sveikatos apsaugos modelių sprendimai, lemiantys gerus tų šalių gyventojų sveikatos rezultatus ir kurie galėtų būti pritaikyti Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos tobulinimui. Šis uždavinys įgyvendinamas šiais etapais:

- 1) atliekamas Danijos, Slovėnijos ir Lietuvos asmens sveikatos priežiūros sistemų veikimo principų palyginimas;
- 2) identifikuojami Danijos ir Slovėnijos asmens sveikatos priežiūros modelių sprendimai, kurie daro poveikį geresnei gyventojų sveikatai, ir kuriuos galima būtų pritaikyti Lietuvoje.

2.5.1. Danijos, Slovėnijos ir Lietuvos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelių palyginimas

Danijos, Slovėnijos asmens sveikatos priežiūros modelių palyginimas atliekamas, pirmiausia, lyginant šių šalių sveikatos priežiūros bendruosius principus, t. y.: kokiuose valdymo lygmenyse organizuojama sveikatos priežiūra, kokia yra asmens sveikatos priežiūros apmokėjimo (finansavimo) tvarka ir kas yra sveikatos priežiūros įstaigų steigėjas ir valdytojas. Toliau lyginami šių šalių pirminės asmens sveikatos priežiūros modeliai.

Analizuojant Danijos, Slovėnijos ir Lietuvos sveikatos priežiūros organizavimo bendruosius principus, tikslinga apžvelgti, kokių lygiu kiekvienoje iš šalių organizuojamas sveikatos sistemos valdymas, iš kokio šaltinio apmokamos sveikatos priežiūros paslaugos, kas steigia gydymo įstaigas (13 lentelė):

i. Sveikatos priežiūros organizavimo lygmenys

Danijoje veikia trys sveikatos priežiūros organizavimo lygmenys:

- **Valstybės.** Valstybė vykdo sveikatos sistemos reguliavimo ir priežiūros funkcijas, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės stebėseną, paskirsto sveikatos priežiūros specialistus ligoninėms.
- **Regionų.** Regionams priklauso ligoninės, regionų administracijos valdo ligonines, prenatalinės priežiūros centrus ir bendruomenių psichiatrijos centrus. Taip pat regionų administracijos apmoka sveikatos priežiūros specialistų, kurie dirba savo įmonėse, darbą: šeimos gydytojų, fizioterapeutų, odontologų ir kt. Kompensacijos už privačiai praktikuojančių specialistų darbą ir atlyginimai įdarbintiems sveikatos priežiūros specialistams sutariai vykdamas derybas tarp Danijos regionų ir sveikatos priežiūros specialistus atstovaujančių profsajungų. Šiose derybose dalyvauja ir Sveikatos apsaugos ministerijos, Finansų ministerijos ir Danijos savivaldybių asociacijos atstovai.¹⁶⁰
- **Vietos (savivaldybių).** Savivaldybės atsakingos už socialinę ir bendruomeninę priežiūrą, įskaitant pašalpas (pvz., neįgalumo pensijas), priežiūrą namuose, senyvo amžiaus žmonių globą, būsto suteikimą žmonėms su proto negalia ir benamiams, psichikos ar fizinę negalią turinčių asmenų priežiūrą, taip pat piktnaudžiavimo narkotinėmis medžiagomis ir priklausomybių gydymą. Savivaldybės taip pat teikia platų pirminių ir prevencinių paslaugų spektrą, įskaitant sveikatos priežiūros specialistų vizitus prieš gimdymą ir po gimdymo, reabilitaciją, sveikatos priežiūros paslaugas mokykloje ir vaikų odontologijos paslaugas.

Slovėnijoje ir Lietuvoje yra du sveikatos priežiūros organizavimo lygiai: valstybės ir vietos (savivaldybių). Slovėnijoje savivaldybės atsakingos tik už pirminės asmens sveikatos priežiūros organizavimą ir, skirtingai nuo Lietuvos, nėra ligoninių savininkės ir jų nevaldo.

160 Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernander-Quevado C. Denmark: Health system review. Health systems in Transition, 2012, 14 (2): 1-192. Prieiga internetu: https://www.Euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf

ii. Paslaugų apmokėjimas

Danijoje sveikatos priežiūra finansuojama iš valstybės, regionų ir savivaldybių biudžetų,¹⁶¹ o Slovėnijoje ir Lietuvoje pagrindinis asmens sveikatos priežiūros finansavimo šaltinis – centralizuotai (valstybiniu lygiu) renkamos PSDF biudžeto lėšos.

iii. Sveikatos priežiūros įstaigų steigėjas ir valdytojas

Slovėnijoje visų ligoninių steigėja yra Sveikatos apsaugos ministerija¹⁶², Danijoje – regionų administracija.¹⁶³ Savivaldybės ligoninių veikloje šiose šalyse nedalyvauja¹⁶⁴, tuo tarpu Lietuvoje ligoninių steigėjai ir valdytojai yra Sveikatos apsaugos ministerija ir savivaldybių tarybos¹⁶⁵.

13 lentelė. Danijos, Slovėnijos ir Lietuvos sveikatos priežiūros organizavimo palyginimas

Eil. Nr.	Aspektai	Danija	Slovėnija	Lietuva
1.	Sveikatos priežiūros organizavimo lygiai	Valstybės, regionų ir vietos (savivaldos)	Valstybės ir vietos (savivaldos)	Valstybės ir vietos (savivaldos)
2.	Paslaugų apmokėjimas	Iš valstybės, regionų ir savivaldybių biudžetų	Iš PSDF	Iš PSDF
3.	Ligoninių steigėjas ir valdytojas	Regionų administracija	Sveikatos apsaugos ministerija	Sveikatos apsaugos ministerija ir savivaldybių tarybos

Šaltinis. GMEI

Lietuvos sveikatos priežiūros modeliui pagal aukščiau aptartus aspektus yra artimesnė Slovėnijos sveikatos priežiūros modeliui.

Danijos, Slovėnijos ir Lietuvos pirminės asmens sveikatos priežiūros modeliai lyginami pagal šiuos modelio elementus: PASP teikėjai, PASP paslaugų tarpusavio integruotumas, „vartininko“ vaidmuo, prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programų įgyvendinimas, šeimos gydytojo pasirinkimas ir pagalba senyvo amžiaus žmonėms (14 lentelė).

14 lentelė. Danijos, Slovėnijos ir Lietuvos pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir ilgalaikės priežiūros teikimo organizavimo palyginimas

Eil. Nr.	Aspektas	Danija ¹⁶⁶	Slovėnija ¹⁶⁷	Lietuva ^{168, 169}
1.	PASP paslaugų teikėjai ir šias paslaugas teikiantys sveikatos	PASP paslaugas teikia šeimos gydytojai, dirbantys nevalstybiniame sektoriuje (savo įmonėse) vieni arba grupinėje	PASP paslaugų teikėjai yra savivaldybių valdomi bendruomenės sveikatos centrai. Taip pat dirba ir privatūs šeimos gydytojai.	PASP paslaugas teikia savivaldybių valdomi pirminės sveikatos priežiūros centrai ir privačios įstaigos. PASP paslaugas teikia: šeimos gydytojas (arba

¹⁶¹ Ibid

¹⁶² Albrecht T., Pribakovič Brinovec R., Jošar D., Poldrugovac M., Kostnapfel T., Zaletel M., Panteli D., Maresso A. Slovenia: Health system review. Health Systems in Transition, 2016; 18 (3): 1-207. Prieiga internetu: <https://www.Euro.who.int/en/countries/slovenia/publications/slovenia-hit-2016>

¹⁶³ Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernander-Quevado C. Denmark: Health system review. Health systems in Transition, 2012, 14 (2): 1-192. Prieiga internetu: https://www.Euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf

¹⁶⁴ Ibid, p. 108

¹⁶⁵ Ibid p. 109

¹⁶⁶ Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernander-Quevado C. Denmark: Health system review. Health systems in Transition, 2012, 14 (2): 1-192. Prieiga internetu: https://www.Euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf

¹⁶⁷ Albrecht T., Pribakovič Brinovec R., Jošar D., Poldrugovac M., Kostnapfel T., Zaletel M., Panteli D., Maresso A. Slovenia: Health system review. Health Systems in Transition, 2016; 18 (3): 1-207. Prieiga internetu: <https://www.Euro.who.int/en/countries/slovenia/publications/slovenia-hit-2016>

¹⁶⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V – 943 „Dėl pirminės ambulatorinės Paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267313/asr>

¹⁶⁹ Higienos institutas. Sveikatos statistika. Prieiga internete: https://hi.lt/php/spr1.php?dat_file=spr1.txt

	priežiūros specialistai	<p>praktikoje su kitais šeimos gydytojais.</p> <p>PASP paslaugas teikia šeimos gydytojas, jo nuožiūra pasamdyta komanda ir kiti sveikatos priežiūros specialistai.</p>	PASP paslaugas teikia šie sveikatos priežiūros specialistai: šeimos gydytojai ir odontologai, gali dirbti gydytojai pediatrai ir akušeriai-ginekologai.	vidaus ligų gydytojas, vaikų ligų gydytojas, ginekologas, chirurgas (kartu) ir jo komandos nariai; odontologas, psichiatras ir jų komandos nariai.
2.	Šeimos gydytojo komandos nariai	Šeimos gydytojai įdarbina sekretores, kurios atlieka administracinį darbą, kurį Lietuvoje atlieka patys gydytojai ar kiti sveikatos priežiūros specialistai, slaugytojus ir laboratorijų technikus. Šeimos gydytojai gali sudaryti sutartis su kitais sveikatos priežiūros specialistais, tokiais kaip fizioterapeutai, chiropraktikai, kurie dirba savo įmonėse.	Šeimos gydytojai ir odontologai, gali dirbti gydytojai pediatrai ir akušeriai-ginekologai. Taip pat dirba įvairių profesinių kvalifikacijų slaugytojai, slaugytojų padėjėjai, kineziterapeutai, psichologai, dietologai, fizioterapeutai.	Šeimos gydytojo komandoje gali dirbti bendrosios praktikos slaugytojas, bendruomenės slaugytojas ir išplėstinės praktikos slaugytojas, slaugytojo padėjėjas, socialinis darbuotojas, gyvenamosios medicinos specialistas, kineziterapeutas.
3.	PASP paslaugų tarpusavio integruotumas	Neintegruotas. PASP paslaugų teikimas išskaidytas tarp šeimos gydytojų ir savivaldybių koordinuojamų paslaugų teikėjų.	Integruotas. Platus PASP paslaugų spektras teikiamas PASP komandų, sudarytų iš šeimos gydytojų bei įvairių profesinių kvalifikacijų slaugytojų. PASP paslaugas bei kai kurias antrinio lygio Paslaugas teikia vienas juridinis subjektas – bendruomenės sveikatos centras.	Integruotas. Platus PASP paslaugų spektras, kurį teikia šeimos gydytojo komandos. PASP paslaugas dažnai teikia vienas juridinis asmuo – pirminis sveikatos priežiūros centras.
4.	„Vartininko“ vaidmuo	Pas gydytojus specialistus galima patekti su šeimos gydytojo siuntimu. Numatytos išimtys: gydytojai otorinolaringologai ir gydytojai oftalmologai, į kuriuos galima kreiptis be siuntimo.	Pas gydytojus specialistus galima patekti su šeimos gydytojo siuntimu. Išimtys nėra numatytos.	Pas gydytojus specialistus galima patekti su šeimos gydytojo siuntimu. Numatyta išimtis: gydytojai dermatovenerologai, į kuriuos galima kreiptis be siuntimo.
5.	Šeimos gydytojo pasirinkimo	Gyventojas gali prisirašyti pas šeimos gydytoją, kuris dirba 15 km atstumu nuo gyventojų gyvenamosios	Gyventojas gali laisvai pasirinkti šeimos gydytoją visoje šalyje, nėra	Gyventojas gali laisvai pasirinkti šeimos gydytoją visoje šalyje, nėra

	reglamentavimas	vietos, Kopenhagoje – 5 km atstumu.	administracinių ir teritorinių suvaržymų.	administracinių ir teritorinių suvaržymų.
6.	Prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programų įgyvendinimas	Prevencijos programos vykdomos savivaldybių iniciatyva, nėra imperatyvaus ar centralizuoto prevencijos programų vykdymo teisinio reguliavimo, išskyrus profilaktinius vaikų sveikatos patikrinimus.	Prevencijos programos bei jų vykdymo metodikos sukurtos ir tobulinamos centralizuotai ir įgyvendinamos visoje šalyje .	Prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programos bei jų vykdymo metodikos tobulinamos centralizuotai, įgyvendinamos sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka ir apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų.
7.	PASP paslaugų apmokėjimo šaltiniai	PASP apmokamos pagal susitarimus tarp juos atstovaujančios profsąjungos ir regionų ir savivaldybių biudžetų. Danijos Vyriausybė dalyvauja nustatant įkainius už paslaugas.	PASP apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų. Privačiai dirbančių šeimos gydytojų paslaugas gali būti apmokamos ir iš kitų finansavimo šaltinių (privatų lėšų, savanoriškojo sveikatos draudimo lėšų).	PASP paslaugos apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų pagal sutartis su TLK pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytus bazinius paslaugų įkainius. Jei privačiai dirbantys šeimos gydytojai nesudaro sutarčių su TLK, tuomet jų paslaugas apmokamos iš kitų finansavimo šaltinių.
8.	Ilgalaikės priežiūros organizavimas	Pagalbą ir tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas senyvo amžiaus asmenims gali teikti slaugytojos, atvykstančios į paciento namus. Slauga integruota su socialinės globos paslaugomis, už ilgalaikės priežiūros teikimą pagal paciento poreikius atsakingos savivaldybės, jos įpareigos aktyviai rūpintis vyresnio amžiaus gyventojais. Jei šeimos gydytojai nusprendžia, kad pacientui reikia slaugos namuose arba slaugos namų paslaugų, savivaldybė šias paslaugas apmoka.	Pagalbą ir tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas senyvo amžiaus asmenims gali teikti slaugytojos, atvykstančios į paciento namus ir savo veiklą koordinuojančios su šeimos gydytoju.	Pagalbą ir tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas senyvo amžiaus asmenims gali teikti slaugytojos, atvykstančios į paciento namus ir savo veiklą koordinuojančios su šeimos gydytoju. Planuojama parengti ilgalaikės priežiūros (slaugos ir socialinės globos integravimo) reforma. Iki šiol slaugos paslaugas reglamentuoja Sveikatos apsaugos ministerija, o globos – Socialinės apsaugos ir darbo ministerija.

Šaltinis.STRATA

Išnagrinėjus Danijos, Slovėnijos ir Lietuvos pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelių elementus (14 lentelė) atliekama analizė, kurios šalies modelis yra artimesnis Lietuvai pagal atskirus modelių elementus. Į tai derėtų atsižvelgti, sprendžiant, kokius pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio elementus būtų tikslinga perkelti į Lietuvos pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelį.

i. PASP teikėjai ir šias paslaugas teikiantys sveikatos priežiūros specialistai

Danijoje PASP paslaugas teikia šeimos gydytojai, dirbantys nevalstybiniame sektoriuje (savo įmonėse) vieni arba grupinėje praktikoje su kitais šeimos gydytojais, Slovėnijoje – savivaldybių valdomuose bendruomenės sveikatos centruose dirba šeimos gydytojai ir odontologai, gali dirbti gydytojai pediatrai ir akušeriai – ginekologai. Lietuvoje PASP paslaugas teikia šeimos gydytojas (arba vidaus ligų gydytojas, vaikų ligų gydytojas, ginekologas, chirurgas kartu) ir jo komandos nariai. Taip pat Lietuvoje teikiamos pirminės ambulatorinės odontologinės paslaugos; pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos. **Slovėnijoje ir Lietuvoje PASP paslaugas teikia savivaldybių valdomi pirminės sveikatos priežiūros centrai ir privačios įstaigos.**

Lietuvoje pirminėms ambulatorinėms Paslaugoms be šeimos gydytojo komandos teikiamų paslaugų priskirtos pirminės ambulatorinės odontologinės paslaugos ir pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos.¹⁷⁰ Lietuvoje teikiamos pirminės ambulatorinės odontologinės paslaugos pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytą paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarką. Pirminės ambulatorinės odontologinės paslaugas teikia gydytojas odontologas ir burnos higienistas. Pirminio lygio odontologinės paslaugos apima būtinąją pagalbą ir vaikų dantų ėduonies profilaktikos bei kai kurias kitas paslaugas.^{171 172} Danijoje už odontologines paslaugas vaikams iki 18 m. atsakingos savivaldybės, kurios apmoka šias paslaugas. Odontologinės paslaugos gali būti teikiamos savivaldybių odontologinės priežiūros tarnybose arba perkamos iš privačių odontologų.¹⁷³ Slovėnijoje 42 proc. odontologų teikia pirminio lygio odontologines paslaugas vaikams ir suaugusiems, kurios apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų.¹⁷⁴

Lietuvoje teikiamos pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos, kurias teikia gydytojas psichiatras, vaikų ir paauglių psichiatras, medicinos psichologas, psichikos sveikatos slaugytojas ir socialinis darbuotojas.^{175 176} Danijoje pas gydytoją psichiatrą galima patekti su šeimos gydytojo siuntimu, kaip ir pas kitus gydytojus specialistus. Asmenims, sergantiems lėtinėmis psichikos ligomis, savivaldybėse teikiamos bendruomenių psichiatrijos paslaugos. Už šias paslaugas apmoka savivaldybės.¹⁷⁷ Slovėnijoje bendruomenės sveikatos centruose dirba psichologai. Pas gydytoją psichiatrą galima patekti su šeimos gydytojo siuntimu, kaip ir pas kitus gydytojus specialistus.¹⁷⁸

ii. Šeimos gydytojo komandos nariai

Danijoje Šeimos gydytojai įdarbina sekretores, slaugytojus ir laboratorijų technikus. Šeimos gydytojai gali sudaryti sutartis su kitais sveikatos priežiūros specialistais, tokiais kaip fizioterapeutai, chiropraktikai, kurie dirba savo įmonėse. Slovėnijoje šeimos gydytojo komandoje dirba įvairių profesinių kvalifikacijų slaugytojai, slaugytojų padėjėjai, kineziterapeutai, psichologai, dietologai, fizioterapeutai, taip pat odontologai, gali dirbti gydytojai pediatrai ir akušeriai-ginekologai. Lietuvoje šeimos gydytojo komandoje gali dirbti bendrosios praktikos slaugytojas, bendruomenės slaugytojas ir išplėstinės praktikos slaugytojas, slaugytojo padėjėjas, socialinis

¹⁷⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V – 943 „Dėl pirminės ambulatorinės Paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267313/asr>

¹⁷¹ Ibid.

¹⁷² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 23 d. įsakymas Nr. V-483 „Dėl pirminės odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugų, komensuojamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, masto (sudėties) patvirtinimo“ <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.321225/asr>

¹⁷³ Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernander-Quevado C. Denmark: Health system review. Health systems in Transition, 2012, 14 (2): 1-192. Prieiga internetu: https://www.Euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf

¹⁷⁴ Albrecht T., Pribakovič Brinovec R., Jošar D., Poldrugovac M., Kostnapfel T., Zaletel M., Panteli D., Maresso A. Slovenia: Health system review. Health Systems in Transition, 2016; 18 (3): 1-207. Prieiga internetu: <https://www.Euro.who.int/en/countries/slovenia/publications/slovenia-hit-2016>

¹⁷⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V – 943 „Dėl pirminės ambulatorinės Paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267313/asr>

¹⁷⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymas Nr. V-861 „Dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų aprašo patvirtinimo“. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.433323/asr>

¹⁷⁷ Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernander-Quevado C. Denmark: Health system review. Health systems in Transition, 2012, 14 (2): 1-192. Prieiga internetu: https://www.Euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf

¹⁷⁸ Albrecht T., Pribakovič Brinovec R., Jošar D., Poldrugovac M., Kostnapfel T., Zaletel M., Panteli D., Maresso A. Slovenia: Health system review. Health Systems in Transition, 2016; 18 (3): 1-207. Prieiga internetu: <https://www.Euro.who.int/en/countries/slovenia/publications/slovenia-hit-2016>

darbuotojas, gyvensenos medicinos specialistas, kineziterapeutas. **Danijoje kartu su šeimos gydytojais dirbančios sekretorės atlieka administracines funkcijas ir sudaro galimybes šeimos gydytojams daugiau laiko skirti gydytojo funkcijų vykdymui.**

iii. PASP paslaugų tarpusavio integruotumas

Danijoje PASP paslaugos tarpusavyje neintegruotos. PASP paslaugų teikimas išskaidytas tarp šeimos gydytojų ir savivaldybių koordinuojamų paslaugų teikėjų. **Slovėnijoje ir Lietuvoje PASP paslaugos tarpusavyje integruotos. PASP komandos, sudarytos iš šeimos gydytojų bei įvairių profesinių kvalifikacijų slaugytojų, gali teikti platų PASP paslaugų spektrą. Abiejose šalyse PASP paslaugas dažnai teikia vienas juridinis asmuo – pirminis (bendruomenės) sveikatos priežiūros centras.**

iv. „Vartininko“ vaidmuo

Visose trijose šalyse šeimos gydytojas atlieka „vartininko“ vaidmenį, todėl pas gydytojus specialistus galima patekti su šeimos gydytojo siuntimu. Danijoje numatytos išimtys: gydytojai otorinolaringologai ir gydytojai oftalmologai, į kuriuos galima kreiptis be siuntimo, Lietuvoje numatyta išimtis: gydytojai dermato-venerologai, į kuriuos galima kreiptis be siuntimo. Slovėnijoje išimtys nenumatytos.

v. Šeimos gydytojo pasirinkimo reglamentavimas

Danijoje gyventojas gali prisirašyti pas šeimos gydytoją, kuris dirba 15 km atstumu nuo gyventojų gyvenamosios vietos, Kopenhagoje – 5 km atstumu. **Slovėnijoje ir Lietuvoje gyventojas gali laisvai pasirinkti šeimos gydytoją visoje šalyje, nėra administracinių ir teritorinių suvaržymų.**

vi. Prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programų įgyvendinimas

Danijoje prevencijos programos vykdomos savivaldybių iniciatyva, nėra imperatyvaus ar centralizuoto prevencijos programų vykdymo teisinio reguliavimo, išskyrus profilaktinius vaikų sveikatos patikrinimus. **Slovėnijoje ir Lietuvoje prevencijos programos bei jų vykdymo metodikos sukurtos ir tobulinamos centralizuotai ir įgyvendinamos visoje šalyje.**

vii. PASP paslaugų apmokėjimo šaltiniai

Danijoje PASP apmokamos pagal susitarimus tarp šeimos gydytojų atstovų (profesijos) ir regionų administracijos iš regionų biudžetų ir iš savivaldybių biudžetų. Danijos Vyriausybė dalyvauja nustatant įkainius už paslaugas. **Slovėnijoje ir Lietuvoje PASP apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų. Jei privačiai dirbantys šeimos gydytojai nesudaro sutarčių dėl paslaugų apmokėjimo iš PSDF biudžeto tuomet jų paslaugos apmokamos iš kitų finansavimo šaltinių (privatų lėšų, savanoriškojo sveikatos draudimo lėšų).**

viii. Ilgalaikės priežiūros organizavimas

Danijoje pagalbą ir tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas senyvo amžiaus asmenims gali teikti slaugytojos, atvykstančios į paciento namus. Slauga integruota su socialinės globos paslaugomis, už ilgalaikės priežiūros teikimą pagal paciento poreikius atsakingos savivaldybės, jos įpareigtos rūpintis vyresnio amžiaus gyventojais. Jei šeimos gydytojas nusprendžia, kad pacientui reikia slaugos namuose arba slaugos paslaugų įstaigoje, savivaldybė šias paslaugas apmoka. **Slovėnijoje ir Lietuvoje tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas senyvo amžiaus asmenims gali teikti slaugytojos, atvykstančios į paciento namus ir savo veiklą koordinuojančios su šeimos gydytoju.** Lietuvoje iki šiol slaugos paslaugas reglamentuoja Sveikatos apsaugos ministerija, o globos – Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Lietuvoje planuojama parengti ilgalaikės priežiūros (slaugos ir socialinės globos integravimo) reformą.

Apibendrinimas

Palyginus Danijos, Slovėnijos ir Lietuvos sveikatos priežiūros organizavimo elementus Lietuvos modelis yra artimesnis Slovėnijos sveikatos priežiūros modeliui.

Lietuvoje šiuo metu taikomas PASP modelis taip pat labiau panašus į Slovėnijos modelį, pagal visus modelio elementus (išskyrus elementą „šeimos gydytojo komandos nariai“): PASP paslaugų teikėjai, PASP paslaugų tarpusavio integruotumas, „vartininko“ vaidmens vykdymas, prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programų

įgyvendinimas, šeimos gydytojo pasirinkimo reglamentavimas, sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas iš PSDF biudžeto lėšų¹⁷⁹.

Todėl, tikėtina, Slovėnijos modelio ar jo elementų pritaikymas Lietuvos sistemoje reikalautų mažesnių struktūrinių reformų.

2.5.2. Danijos ir Slovėnijos asmens sveikatos priežiūros modelių elementų pritaikymo Lietuvoje poveikio vertinimas

Siekiant pagerinti Lietuvos sveikatos priežiūros rezultatus ir daryti teigiamą įtaką gyventojų sveikatai gerinant sveikatos apsaugos sistemos veiksnius (žr. rodiklius ataskaitos 2.1 skyriuje) ir atsižvelgiant į Danijos, Slovėnijos ir Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelių apžvalgoje išdėstytus faktus (ataskaitos 2.2 – 2.4 skyriai) ir į šių šalių asmens sveikatos priežiūros modelių palyginimo rezultatus (ataskaitos 2.5.1 skyrius), išskirtinos trys Lietuvoje taikytinų Paslaugų modelių alternatyvos:

I ALTERNATYVA – status quo, Lietuvoje taikomas Paslaugų modelis nekeičiamas;

II ALTERNATYVA – Lietuvoje adaptuojami Slovėnijos Paslaugų modelio elementai;

III ALTERNATYVA – Lietuvoje adaptuojami Danijos Paslaugų modelio elementai.

Danijos ir Slovėnijos asmens sveikatos priežiūros modeliai tarpusavyje nėra panašūs, tačiau abu leidžia pasiekti gerus tų šalių gyventojų sveikatos ir sveikatos priežiūros sistemų rodiklius (ataskaitos 2.1 skyrius). Jų sėkmę lemia atskiri modelio elementai, o kai kuriais atvejais kelių elementų suderintas veikimas. Danijos ir Slovėnijos modelių skirtingumas neleidžia formuluoti vieno pasiūlymų paketo, kurį sudarytų siūlymai Lietuvos modelyje adaptuoti ir Slovėnijos, ir Danijos modelių elementus kartu, todėl yra formuluojami du atskiri siūlymai Lietuvai, kuriuos sudaro Slovėnijos ir Danijos asmens sveikatos priežiūros modelių elementų rinkiniai. Atskirai pateikiami tiek Danijos, tiek Slovėnijos modeliams būdingi elementai, įvertinant jų taikymo galimybes (tikslingumą) Lietuvoje.

Toliau detaliau atskleidžiami Lietuvoje taikytini II ir III alternatyvų elementai.

Lietuvoje taikytini Slovėnijos Paslaugų teikimo modelio elementai:

1. Visuomenės sveikatos priežiūros ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų integravimas vienoje įstaigoje

Slovėnijoje sveikatos priežiūros sistemos pagrindą sudaro visuomenės sveikata – imantis iniciatyvų, kuriomis keičiamas visuomenės mąstymas ir elgesys, skirtas pakeisti jų sveikatai žalingus įpročius sveikatai naudingais įpročiais. Taip pasiekiami ilgalaikiai pokyčiai, lemiantys geresnę asmenų sveikatą. Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos integruojamos su asmens sveikatos priežiūra daugiadalykinėse komandose, kurios veikia bendruomenės sveikatos centruose. Tai padeda mažinti prevencinėmis priemonėmis ir sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodiklius, pailginti sveiko gyvenimo trukmę, žmonių darbingumą.

Lietuvoje visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos ir asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos atskirai, neužtikrinamas pakankamas šių sričių koordinavimas, integravimas ir bendradarbiavimas. 60-je savivaldybių veikia 49 visuomenės sveikatos biurai (kai kurie visuomenės sveikatos biurai teikia paslaugas 2 ar 3 savivaldybių gyventojams), kurie atsakingi už visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Atskirai savivaldybėse organizuojama pirminės ASPJ veikla. Toks paslaugų organizavimo būdas iki šiol nedavė tinkamų rezultatų, nes Lietuvos gyventojų išvengiamo mirtingumo rodikliai yra vieni blogiausių ES.¹⁸⁰ Siekiant spręsti šią situaciją, Lietuvoje numatytas sveikatos priežiūros įstaigų tinklo, grįsto kompetencijos centrų ir bendradarbiavimo modeliu, vystymas. Šis modelis numato įstaigų bendradarbiavimu grįstą savivaldybių sveikatos priežiūros centrų, kurie teiktų bazines visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas ir Paslaugas savivaldybėse, veikimas.¹⁸¹ Šiais

¹⁷⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V – 943 „Dėl pirminės ambulatorinės Paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267313/asr>

¹⁸⁰ State of Health in the EU. Lietuva. 2021 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_lt_lithuanian.pdf

¹⁸¹ Prieiga internetu: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Tinklo%20reforma/Reformos%20santrauka.pdf

įstaigų bendradarbiavimo pagrindu veikiančiais savivaldybių sveikatos priežiūros centrais, galimai, siekiama formuoti modelį, panašų į Slovėnijos bendruomenės sveikatos centrų veikimo modelį.

Slovėnijos bendruomenės sveikatos centrų principu, veikiančių įstaigų (savivaldybių sveikatos priežiūros centrų) steigimas, kurių veikla yra nukreipta į tikslingą visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų ir Paslaugų integravimą, Lietuvoje taip pat būtų tikslingas. Siekiant įsitikinti tokio sprendimo sėkme rekomenduojama šį siūlymą įgyvendinti vykdant bandomuosius projektus pasirinktose 1 ar 2 savivaldybėse.

2. Visuotinai vykdoma sveikatos priežiūros paslaugų koordinavimo funkcija

Slovėnijoje PASP paslaugas teikiančios slaugytojos, dirbančios šeimos gydytojo komandoje, atlieka koordinatoriaus funkcijas poli-ligotiems pacientams ir asmenims, negalintiems pasiekti ASPJ. Koordinatoriaus funkcijos apima slaugytojai priskirto tam tikro sąrašo pacientų nuolatinę priežiūrą, nelaukiant kol pacientas pats kreipsis į gydymo įstaigą pablogėjęs jo būklei, o proaktyviai organizuojant jam reikalingas paslaugas. Tai gali prailginti paciento gyvenimo trukmę, pagerinti savo sveikatos vertinimą, sumažinti sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodiklius.

Lietuvoje taip pat numatyta, kad pirminėje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje turi būti darbuotojas, atsakingas už prevencinių programų įgyvendinimą, profilaktinių patikrinimų atlikimą ir Paslaugų teikimo lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergantiems pacientams koordinavimą, prirašytų gyventojų informavimą apie PSDF biudžeto lėšomis teikiamas Paslaugas.¹⁸² Tačiau ši funkcija taikoma ne visų pacientų atžvilgiu.

Sveikatos priežiūros paslaugų koordinavimo funkciją tikslinga išplėsti visuotinai ir Lietuvoje, tai padėtų prailginti gyvenimo trukmę, pagerinti savo sveikatos vertinimą, sumažinti sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodiklius, o taip pat užtikrintų lygiateisiškumą visiems gyventojams.

3. Išplėtos dienos stacionaro paslaugos

Slovėnija nuosekliai didino dienos stacionaro paslaugų teikimą (nuo 11,1 proc. visų pacientų gydymo ligoninėse atvejų 2005 m. iki 30 proc. atvejų 2013 m.)¹⁸³ Tai leido sumažinti ligoninėse gydomų pacientų skaičių, hospitalinių infekcijų ir kitų nepageidaujamų įvykių riziką, mažina PSDF biudžeto išlaidas. Šie pokyčiai ir tendencijos prisidėjo prie antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros sektorių dalies mažėjimo. EBPO duomenimis, Lietuvoje dienos stacionaro apimtys išplėtos nepakankamai.¹⁸⁴ Dienos stacionaro paslaugų plėtra Lietuvoje leistų sumažinti stacionarinio gydymo apimtį.

Lietuvoje taikytini Danijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio elementai ir jų grupės

1. Privačiai dirbančių (100 proc.) šeimos gydytojų galimybė organizuoti savo darbą ir savo nuožiūra samdyti reikalingą personalą, bei šeimos gydytojų darbo apmokėjimo mechanizmas leidžia pirminiame sveikatos priežiūros lygyje gydyti 90 proc. pacientų, nesiunčiant jų gydyti į kitus sveikatos priežiūros lygmenis

Danijos PASP modelyje šeimos gydytojų darbo apmokėjimo schemos pagal šeimos gydytojų atstovų (profesijos) susitarimus su regionų administracija, skatina šeimos gydytojus vykdyti gydytojų funkcijas ir įgalina juos savo nuožiūra samdyti pagalbinį darbuotojų administracinėms ir kitoms gydytojo kvalifikacijos nereikalaujančioms funkcijoms atlikti. Šeimos gydytojai įgalinami atlikti kuo daugiau funkcijų pagal savo gydytojo kompetenciją ir kuo mažiau administracinių ar kitų funkcijų, kurias gali atlikti kitas žemesnės kvalifikacijos ir

¹⁸² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V – 943 „Dėl pirminės ambulatorinės Paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267313/asr>

¹⁸³ Prevolnik Rupel V., Marušič D. (2021). Structure, Processes and Results in Healthcare System in Slovenia, IntechOpen, DOI: 10.5772/intechopen.98608. [žiūrėta 2021 m. lapkričio 27 d.] Prieiga internetu: <https://www.intechopen.com/online-first/77267>

¹⁸⁴ Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo Dėl 2022-2030 metų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos Sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programos projektas. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAP/abf6fe50ae8f11ecaf79c2120caf5094?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=f62e36a3-2852-4607-a8eb-61753db97ed6>

pigiau apmokamas personalas, pvz., šeimos gydytojų samdomi sekretoriai.¹⁸⁵ Slaugytojai dirba savarankiškai.¹⁸⁶ Tai leidžia tiksliau paskirstyti šeimos gydytojų darbo laiką, skirtą tiesioginėms gydytojo pareigoms atlikti ir pasiekti rezultatą, kad šeimos gydytojas gydo apie 90 proc. besikreipiančių pacientų. Tai reiškia, kad tik nedidelė dalis pacientų nukreipiama gydymui ligoninėse. Tokiu būdu išvengiama hospitalinių infekcijų ir kitų nepageidaujamų įvykių.

Siekiant šiuos Danijos modelio elementus pritaikyti Lietuvoje, reiktų priimti sprendimus dėl kardinalių šeimos gydytojų darbo apmokėjimo ir jų veiklos organizavimo tvarkos pakeitimų.

2. Slaugos paslaugų užtikrinimas senyvo amžiaus žmonėms, sudarant sąlygas kuo ilgiau jiems likti savo namuose, paslaugas organizuojant, jas apmokant ir prisiimant atsakomybę tame pačiame (savivaldybių) lygyje

Danijoje savivaldybės atsakingos už gyventojų slaugą ir socialinę globą. Sudaromos sąlygos senyvo amžiaus žmonėms kuo ilgiau gyventi savarankiškai arba iš dalies savarankiškai, paslaugas teikiant paciento namuose. Tai patenkina gyventojų slaugos paslaugų poreikius ir leidžia sutaupyti, nes paslaugas, teikiamos globos namuose kainuoja brangiau. Danijos kokybiškas paslaugas senyvo amžiaus žmonėms ir slaugos paslaugų teikimo efektyvumą užtikrinantis faktas yra ir tai, kad šios paslaugos apmokamos iš savivaldybių biudžetų. Visapusė atsakomybė už rinkėjams teikiamas paslaugas skatina savivaldybės politikus kuo geriau atliepti senstančios visuomenės (rinkėjų dalies) poreikius.

Lietuvoje slaugos paslaugos apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų (valstybės lygyje),¹⁸⁷ o paslaugų teikimą organizuoja ir turi užtikrinti savivaldybės. Tai nesukuria motyvo savivaldybėms prisiimti pilną atsakomybę už pakankamą gyventojų slaugos poreikių tenkinimą. Lietuvoje iš visų namų ūkių, kuriems reikėjo slaugos paslaugų namuose, jas gavo tik 8 proc., kai ES šalyse vidutiniškai šis rodiklis siekė 20 proc. (2016 m.).¹⁸⁸ Sveikatos apsaugos ministerija prognozuoja, kad 2030 m. faktinis ambulatorinių slaugos paslaugų namuose gavėjų skaičius bus 140 000 asmenų (apie 5 proc. visų Lietuvos gyventojų), nors ambulatorinių slaugos paslaugų namuose poreikis (gavėjų skaičius) kasmet didėja vidutiniškai 3 proc. Tai rodo, kad poreikis tiek šiuo metu tiek ateityje šioms paslaugoms išlieka. Numatyta parengti ilgalaikės priežiūros (integruotos slaugos ir socialinės globos) paslaugų teikimo modelį.¹⁸⁹

Siekiant šiuos Danijos modelio elementus pritaikyti Lietuvoje, reiktų priimti sprendimus dėl slaugos paslaugų apmokėjimo, jų teikimo organizavimo ir atsakomybės sutelkimo viename lygyje.

Atsižvelgiant į tai, kad pagrindiniai Lietuvos sveikatos priežiūros organizavimo elementai ir Paslaugų modelis yra artimesnis Slovėnijai (ataskaitos 2.5.1 skyrius), darytina išvada, kad Slovėnijos Paslaugų modelio elementų rinkinio pritaikymas Lietuvos modelyje būtų paprastesnis, dėl tos pačios priežasties Danijos modelio elementų rinkinio pritaikymas Lietuvoje reikalautų ženklesnių reformų ir kainuotų brangiau.

Lietuvoje taikytini bendri Slovėnijos ir Danijos asmens sveikatos priežiūros modelio elementai ir jų grupės

1. Asmens sveikatos priežiūros prieinamumą ir kokybę apsprendžia ir tam skiriamų lėšų suma

Nors išlaidos sveikatos priežiūrai Lietuvoje pastaraisiais metais augo, jos tebėra mažos (9 lentelė, ataskaitos 2.1 skyrius). Vienam gyventojui tenkančios išlaidos sveikatai 2019 m. Lietuvoje (1 885 Eur) sudarė tik šiek tiek daugiau nei pusę (53,5 proc.) sumos, kiek šiam tikslui vidutiniškai skyrė ES27 šalys (3 521 Eur, pakoreguota atsižvelgiant į perkamosios galios skirtumus)¹⁹⁰, 49,8 proc. Danijos (3 786 Eur) ir 82,6 proc. Slovėnijos (2 283 Eur).

¹⁸⁵ Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjoberg A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernander-Quevado C. Denmark: Health system review. Health systems in Transition, 2012, 14 (2): 1-192. Prieiga internetu: https://www.Euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf

¹⁸⁶ Ibid.

¹⁸⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.28356/asr>

¹⁸⁸ Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo Dėl 2022-2030 metų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos Sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programos projektas. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAP/abf6fe50ae8f11ecaf79c2120caf5094?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=f62e36a3-2852-4607-a8eb-61753db97ed6>

¹⁸⁹ Nuoroda internete: <https://sam.lrv.lt/lt/administracine-informacija/planavimo-dokumentai/pletros-programu-rengimas>

¹⁹⁰ Ibid.

Išlaidos sveikatai 2019 m. Lietuvoje sudarė 7 proc. BVP, kai ES27 vidurkis – 9,9 proc., Danijoje siekė 10,0 proc., Slovėnijoje – 8,5 proc.¹⁹¹ išlaidų (9 lentelė, ataskaitos 2.1 skyrius).

EK taip pat atkreipia dėmesį, į tikslingumą sutelkti adekvatų sveikatos sistemos finansavimą.

2. Centralizuotai, nacionaliniu arba regionų lygiu valdomos ligoninės

Lietuvoje ligoninių steigėjais yra Sveikatos apsaugos ministerija arba savivaldybių tarybos.^{192 193} Ligoninių reorganizavimo procesai vyksta sudėtingai, nepaisant blogų ligoninės veiklos efektyvumo rodiklių, reorganizacijos projektai stringa, galimai dėl savivaldos politikų teikiamo prioriteto išsaugoti ligoninių infrastruktūrą savo savivaldybėje, nei rūpintis ligoninių tinklo efektyvumu.¹⁹⁴ Tikėtina, kad ligoninių tinklo valdymą perkėlus į nacionalinį lygmenį, jis būtų valdomas efektyviau. Lietuvos sveikatos sistemos didelė priklausomybė nuo stacionarinės sveikatos priežiūros sektoriaus tebėra viena iš ilgalaikių Lietuvos sveikatos sistemos neefektyvumo problemų.¹⁹⁵ Toks ligoninių valdymas prisideda prie mažo sveikatos sistemos efektyvumo. Ligoninių lovų skaičius 1000 gyventojų Danijoje siekia 2,4¹⁹⁶, Slovėnijoje – 4,4¹⁹⁷, Lietuvoje – 6,4.¹⁹⁸

Slovėnijoje ligoninės steigiamos ir valdomos centralizuotai – Sveikatos apsaugos ministerijos. Danijoje ligonines valdo regionų administracijos. Efektyvus ligoninių lovų fondo valdymas kartu su veiksmingai veikiančia pirmine sveikatos priežiūra (motyvuojant šeimos gydytojus spręsti pacientų sveikatos problemas) didina visos sveikatos sistemos efektyvumą.

Siekiant didinti ligoninių tinklo valdymo efektyvumą, tikslinga būtų priimti sprendimus dėl ligoninių steigimo, valdymo, paslaugų organizavimo apmokėjimo ir atsakomybės sutelkimo viename lygyje.

3. Sveikatos informacinių technologijų plėtojimas

Lietuvoje sveikatos sistemos informacinėse sistemose sukauptų ir kaupiamų gyventojų sveikatos duomenų pakartotiniam panaudojimui nesudarytos vienodos, aiškios sąlygos, todėl duomenys negali būti tinkamai įveikinti inovacijų, plėtros, mokslinių tyrimų, švietimo, žinių vadybos ir kitais tikslais. Pastebėtina, kad didžiosios sveikatos priežiūros įstaigos savo informacinėse sistemose tvarko daug didesnius sveikatos duomenų kiekius, palyginti su tais, kuriuos privalomai teikia į Elektroninę sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinę sistemą (teikiama iki 40 proc. tvarkomų duomenų). Informacinėse sistemose tvarkomi sveikatos duomenys nėra įveikinti dėl žinių ir išteklių trūkumo, asmens duomenų saugumo pažeidimo rizikos, nuasmeninimo įrankių neturėjimo ir dėl nepakankamos duomenų brandos, siekiant juos jungti į rinkinius, ir nepakankamo sistemų sąveikumo (angl. interoperability) ar tokių sprendimų nebuvimo. Neįveikinti duomenys nekuria pridėtinės vertės ir naudos visuomenei (pacientams, mokslo ir verslo, sveikatos sistemos atstovams). Nepanaudojant duomenų pakartotinai, nesudaromos sąlygos greito diagnostavimo sprendimams, gerinantiesiems sveikatos priežiūrą, kurti.¹⁹⁹

¹⁹¹ State of Health in the EU. Lietuva. 2021 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_lt_lithuanian.pdf

¹⁹² Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905/asr>

¹⁹³ Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymas. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5884/asr>

¹⁹⁴ Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo Dėl 2022-2030 metų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos Sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programos projektas. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAP/abf6fe50ae8f11ecaf79c2120caf5094?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=f62e36a3-2852-4607-a8eb-61753db97ed6>

¹⁹⁵ State of Health in the EU. Lietuva. 2021 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_lt_lithuanian.pdf

¹⁹⁶ State of Health in the EU. Denmark. Country Health Profile 2021. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_da_english.pdf

¹⁹⁷ State of Health in the EU. Slovenia. Country Health Profile 2021. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_sl_english.pdf

¹⁹⁸ State of Health in the EU. Lietuva. 2021 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_lt_lithuanian.pdf

¹⁹⁹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo Dėl 2022-2030 metų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos Sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programos projektas. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAP/abf6fe50ae8f11ecaf79c2120caf5094?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=f62e36a3-2852-4607-a8eb-61753db97ed6>

Ši sritis gerai išplėtota tiek Danijoje, tiek Slovėnijoje. Dėl šiose šalyse gerai veikiančios skaitmeninės sveikatos sistemos didėja sveikatos priežiūros veiksmingumas. Danijoje surinkta informacija kasdien patenka į gyventojų duomenų šaltinius, duomenys toliau naudojami tyrimams, duomenų analizei bei paslaugų tobulinimui.²⁰⁰

Sveikatos informacinių technologijų plėtojimas šioje pastraipoje aptartomis kryptimis didintų sveikatos sistemos veiklos skaidrumą ir kokybę.

Alternatyvos vertinamos pagal jų poveikį šiems vertinimo aspektams: sveikatos apsaugos sistemai, viešiesiems finansams, paslaugų kokybei ir prieinamumui, išskiriant kiekvienos alternatyvos teigiamą ir neigiamą poveikį, kurie pasireikštų ilguoju ar trumpuoju laikotarpiu (15 lentelė).

15 lentelė. Alternatyvų poveikio vertinimas

Vertinimo aspektai	Teigiamas poveikis	Neigiamas poveikis
I ALTERNATYVA – Status quo, nekeičiamas šiuo metu Lietuvoje taikomas Paslaugų modelis		
Sveikatos priežiūros paslaugų sritis	Trumpuoju laikotarpiu išlaikomas esamo sveikatos priežiūros modelio veikimo stabilumas, išvengiama neigiamo trumpalaikio poveikio, kuris būtų patiriamas pasirinkus veikti pagal II ir III alternatyvą.	Trumpuoju laikotarpiu Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliai išlieka prasti: tikėtina gyvenimo trukmė viena trumpiausių, išvengiamo mirtingumo (prevencijos priemonėmis ir sveikatos priežiūros priemonėmis) rodikliai vieni didžiausių tarp ES27. Išlieka didelė priklausomybė nuo stacionarinės sveikatos priežiūros. Žmogiškieji išteklių ir infrastruktūra naudojama neefektyviai. Išlieka netolygus gydytojų ir slaugytojų pasiskirstymas, ypač regionuose. Trūksta slaugytojų. Ilguoju laikotarpiu blogėja gyventojų išvengiamo mirtingumo rodikliai (prevencinėmis ir gydymo priemonėmis). Išlieka didelė priklausomybė nuo stacionarinės sveikatos priežiūros. Žmogiškieji išteklių ir infrastruktūra naudojama neefektyviai. Regionuose vis labiau trūksta gydytojų ir slaugytojų. Didėja sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilės ir pacientų nepasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis.
Viešiesiems finansai	Trumpuoju laikotarpiu taupomos finansinės lėšos, kurios II ir III alternatyvų atveju būtų skiriamos pertvarkai.	Trumpuoju laikotarpiu išlaidų sveikatos priežiūrai struktūra lieka neefektyvi, vienam gyventojui tenkančios išlaidos sveikatai mažesnės už ES vidurkį. ²⁰¹ Veikia nuostolingai dirbančios liganinės, todėl dalis viešųjų sveikatos priežiūrai skirtų lėšų

²⁰⁰ Schmidt, M., Schmidt, S., Adelborg, K., Sundbøll, J., Laugesen, K., Ehrenstein, V., & Sørensen, H. T. (2019). The Danish health care system and epidemiological research: from health care contacts to database records. *Clinical epidemiology*, 11, 563 – 591. [žiūrėta 2021 m. lapkričio 28 d.]. Prieiga internetu: <https://doi.org/10.2147/CLEP.S179083>

²⁰¹ Europos Komisija Briuselis, 2022 05 23 SWD (2022) 617 final. 2022 m. šalies ataskaita. Lietuva pridedamas prie Rekomendacija dėl Tarybos rekomendacijos dėl 2022 m. Lietuvos nacionalinės reformų darbotvarkės su Tarybos nuomone dėl 2022 m. Lietuvos stabilumo programos (COM (2022) 617 final) – (SWD (2022) 640 final). Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/2022-european-semester-country-report-lithuania_lt.pdf

		<p>naudojama neefektyviai. Tai neleidžia didinti Paslaugų prieinamumo ir kokybės.</p> <p>Ilguoju laikotarpiu senėjant visuomenei, augs Paslaugų poreikis, todėl ir sveikatos sistema reikalaus didesnio finansavimo. Išlieka struktūrinė nepakankamo sveikatos priežiūros sektoriaus finansavimo problema.</p> <p>Pagal Europos Komisija prognozes iki 2070 m. Lietuvoje viešosios išlaidos sveikatai padidės 0,6 procentinio punkto palyginti su 0,9 procentinio punkto ES.²⁰²</p>
Paslaugų kokybė		<p>Ilguoju laikotarpiu Lietuvoje nesukurama sveikatos priežiūros paslaugų kokybės stebėsenos sistema, todėl negalima vertinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės pagal tarptautinių organizacijų rodiklius. Pacientai neturi galimybės gauti objektyvios informacijos apie ASPĮ teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Tai neleidžia tikėtis tvaraus ir kryptingo Paslaugų kokybės gerėjimo.</p>
Prieinamumas		<p>Ilguoju laikotarpiu dėl visuomenės senėjimo augs Paslaugų paklausa ir tai didins šeimos gydytojų darbo krūvį. Dėl lėšų stokos, nesant galimybių suformuoti daugiadalykių šeimos gydytojų komandų, ilgės laukimo eilės ir blogės paslaugų prieinamumas vartotojams.</p>
II ALTERNATYVA – Lietuvoje taikomi Slovėnijos Paslaugų modelio elementai		
Sveikatos apsaugos sritis	<p>Trumpuoju laikotarpiu II alternatyvos įgyvendinimas reikalautų mažesnių sistemos pokyčių, lyginant III alternatyva.</p> <p>Ilguoju laikotarpiu sveikatos priežiūros organizavimo pertvarka viename juridiniame vienete integruojamos pirminės asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos bei visuotinai taikoma Paslaugų koordinavimo funkcija leistų mažinti prevencinėmis priemonėmis ir sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodiklius, pailginti sveiko gyvenimo trukmę, žmonių darbingumą. Ligoninių iš savivaldybių nuosavybės perdavimas valstybės nuosavybei didintų sveikatos priežiūros srities veiklos efektyvumą.</p>	<p>Trumpuoju laikotarpiu perdavus ligoninių valdymą SAM, didėtų SAM valdymo funkcijų apimtys. Tai reikalautų sprendimų, kurie užtikrintų tinkamą ligoninių valdymą.</p>

²⁰² Ibid

Viešieji finansai	<p>Trumpuoju laikotarpiu II alternatyvos įgyvendinimas reikalautų mažesnių finansinių resursų, lyginant su III alternatyva.</p> <p>Ilguoju laikotarpiu ligoninių tinklo optimizavimas, stacionariųjų paslaugų teikimo sumažėjimas, bei integruota visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros specialistų veikla, tikėtina, leistų efektyviau naudoti PSDF biudžeto lėšas. Todėl papildomo finansavimo poreikis santykinai būtų mažesnis.</p>	<p>Trumpuoju laikotarpiu savivaldybėse reikalingi sprendimai dėl įstaigų sujungimo reikalautų papildomų administracinių ir finansinių išteklių.</p> <p>Trumpuoju ir ilguoju laikotarpiu dėl ligoninių perdavimo valstybės (regionų) lygmeniui padidėjusios SAM valdymo funkcijų apimtys, informacinių technologijų plėtra reikalautų papildomų valstybės biudžeto lėšų.</p>
Paslaugų kokybė	<p>Ilguoju laikotarpiu visi Slovėnijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų modelio elementų įgyvendinimas (visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų integravimas ir koordinavimas, informacinių technologinių plėtojimas) Lietuvoje leistų didinti Paslaugų kokybę. Ligoninių tinklo optimizavimas, jose dirbantiems gydytojams dėl pakankamos paklausos leistų palaikyti ir nuolat gerinti savo profesinę kvalifikaciją.</p>	
Prieinamumas	<p>Trumpuoju laikotarpiu Paslaugų prieinamumas tikėtina išliktų nepakitęs.</p> <p>Ilguoju laikotarpiu visuomenės ir asmens sveikatos paslaugų integracija, veikianti vieno langelio principu, ir visuotinis Paslaugų koordinavimas didintų asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Žmonėms būtų siūlomos tinkamiausios jiems reikalingos paslaugos, pirmiausia visuomenės sveikatos paslaugos, siekiant kuo ilgiau išsaugoti sveikatą, gerinti savijautą, sergant lėtinėmis ligomis.</p>	
III ALTERNATYVA – Lietuvoje taikomi Danijos Paslaugų modelio elementai		
Sveikatos apsaugos sritis	<p>Ilguoju laikotarpiu vykdomi sistemos pakeitimai: išimtinai privačiai dirbantys (100 proc.) šeimos gydytojai organizuoja savo darbą, savo nuožiūra samdydami reikalingą personalą, už paslaugas apmokami viešosiomis lėšomis, o apmokėjimo mechanizmas skatina juos kuo daugiau paslaugų suteikti pirminiame lygyje (Danijoje 90 % Paslaugų suteikiama šeimos gydytojo kabinete). Mažai pacientų patenka į ligonines. Tokiu būdu išvengiama hospitalinių infekcijų ir kitų nepageidaujamų įvykių. Tinkamas apmokėjimo už šeimos gydytojų teikiamas Paslaugas mechanizmas</p>	<p>Trumpuoju laikotarpiu vykdomi sistemos pakeitimai: išimtinai privačiai dirbantys (100 proc.) šeimos gydytojai organizuoja savo darbą, savo nuožiūra samdydami reikalingą personalą, už paslaugas apmokami viešosiomis lėšomis, o apmokėjimo mechanizmas skatina juos kuo daugiau paslaugų suteikti pirminiame lygyje (Danijoje 90 % Paslaugų suteikiama šeimos gydytojo kabinete). Šie pakeitimai lemtų reikšmingus ne tik sveikatos sistemos pokyčius, bet ir reikalautų mokestinės sistemos peržiūros.</p>

	<p>leidžia užtikrinti sistemos veikimo efektyvumą ir veiksmingumą.</p> <p>Ligoninių iš savivaldybių nuosavybės perdavimas valstybės nuosavybei didintų sveikatos priežiūros srities veiklos efektyvumas.</p> <p>Šie pokyčiai turėtų sąlygoti ir išvengiamo mirtingumo rodiklių mažėjimą.</p>	<p>Perdavus ligoninių valdymą SAM, didėtų SAM valdymo funkcijų apimtys. Tai reikalautų sprendimų, kurie užtikrintų tinkamą ligoninių valdymą.</p>
Viešieji finansai	<p>Ilguoju laikotarpiu ligoninių tinklo optimizavimas, stacionariųjų paslaugų teikimo sumažėjimas tikėtina, leistų efektyviau naudoti PSDF biudžeto lėšas. Todėl papildomo finansavimo poreikis santykinai būtų mažesnis.</p>	<p>Trumpuoju laikotarpiu ši alternatyva reikalautų didžiausių viešųjų finansinių resursų, nes Danijos modelio elementų pagrindu vykdoma pertvarka reikalautų esminių sistemos pokyčių.</p> <p>Trumpuoju ir ilguoju laikotarpiu dėl ligoninių perdavimo valstybės (regionų) lygmeniui, padidėjusios SAM valdymo funkcijų apimtys, informacinių technologijų plėtra reikalautų papildomų valstybės biudžeto lėšų.</p> <p>Slaugos paslaugų senyvo amžiaus pacientams jų namuose plėtojimas didintų viešųjų lėšų poreikį.</p>
Paslaugų kokybė	<p>Ilguoju laikotarpiu stiprinama šeimos gydytojų autonomija didina paciento ir gydytojo ryšį. Plėtojamos informacinės technologijos ir jų naudojimas sveikatos priežiūros sistemoje, ligoninių tinklo optimizavimas sudarytų sąlygas Paslaugų kokybės gerinimui.</p>	
Prieinamumas	<p>Trumpuoju laikotarpiu Paslaugų prieinamumas tikėtina išliktų nepakitęs.</p> <p>Ilguoju laikotarpiu slaugos paslaugų teikimas senyvo amžiaus žmonėms jų namuose gerintų šių Paslaugų prieinamumą, leistų ilgiau išlikti savarankiškiems ir mažintų stacionariųjų paslaugų poreikį.</p>	

Šaltinis: STRATA

Atsižvelgiant į atliktą 3 Sprendimo alternatyvų poveikio šiems vertinimo aspektams: sveikatos apsaugos sistemai, viešiesiems finansams, paslaugų kokybei ir prieinamumui, vertinimą (15 lentelė), galima konstatuoti vertinimo rezultatus, kiekvienos alternatyvos kiekvieną vertintą aspektą pažymint tam tikra spalva: žalia spalva – poveikis labiausiai teigiamas, geltona spalva – poveikis vidutinis, raudona – poveikis labiausiai neigiamas (16 lentelė).

16 lentelė. Apibendrinti Sprendimo alternatyvų poveikio vertinimo rezultatai

Alternatyvos	Poveikis sveikatos apsaugos sričiai	Poveikis Paslaugos kokybei	Poveikis Paslaugos prieinamumui	Poveikis viešiesiems finansams
I ALTERNATYVA				
II ALTERNATYVA				
III ALTERNATYVA				

Šaltinis: STRATA

Apibendrinimas

Atsižvelgiant į Sprendimo alternatyvų vertinimo rezultatus (16 lentelė), tikslingiausia įgyvendinti Sprendimo II alternatyvą, kuri leistų užtikrinti Paslaugų prieinamumą ir kokybę, pagerintų sveikatos sistemos efektyvumą, tačiau reikalautų finansavimo didinimo, taip pat tikėtina leistų pagerinti Lietuvos išvengiamo mirtingumo rodiklius.

Išvados

Atlikus oficialiai prieinamos informacijos kitose šalyse analizę, apžvelgtus tarptautinių organizacijų dokumentus, daromos šios **išvados** pagal analizės objektus:

1. Sveikatos priežiūros ateitis (ataskaitos 1.1 skyrius):
 - Du pagrindiniai veiksniai, lemiantys poreikį keisti asmens sveikatos priežiūros sistemas, yra demografinės tendencijos ir augantys susirgimai lėtinėmis ligomis.
 - Šių problemų pagrindiniai sprendimo būdai yra: 1) strateginis sveikatos priežiūros sektoriaus teikiamų paslaugų integravimas su socialinių paslaugų sektoriumi ir platesne, ilgalaikė valstybės plėtros ir vystymosi politika; 2) pirminės asmens sveikatos priežiūros sektoriaus tobulinimas, dėmesį skiriant nuoseklesniam pacientų gydymo procesų koordinavimui, įskaitant tiek pacientui teikiamų Paslaugų nuoseklumą, efektyvų informacijos dalijimąsi tarp sveikatos priežiūros specialistų, tiek šeimos gydytojo komandų, kurias sudaro daugiadalykiai sveikatos priežiūros specialistai, plėtrą.
2. Sveikatos priežiūros kokybės principai (ataskaitos 1.2 skyrius):
 - Tarptautinių organizacijų praktikoje aukštų ar vidutinių pajamų valstybėse kokybiška sveikatos priežiūra apibrėžiama ne vien kaip priežiūra, įgyvendinanti minimalius reikalavimus pacientų saugai, paslaugų kokybei ar jas teikiančių sveikatos priežiūros specialistų profesinei kvalifikacijai ar specializacijai, bet tokia, kuri apima kokybiškas Paslaugas, teikiamas kokybiškoje sistemoje.
 - Kokybiška sveikatos priežiūros sistema privalo būti orientuota į pacientą, reaguoti į paciento poreikius, užtikrinti vienodai kokybiškas paslaugas visiems.
 - Vienas iš svarbiausių pastaraisiais metais vis didesnę svarbą įgaunančių kokybės kriterijų – tai sveikatos priežiūros sistemos gebėjimas užkirsti kelią paciento sveikatos sutrikimams, o ne vien juos gydyti jiems jau atsiradus.
3. Lygių sveikatos priežiūros galimybių užtikrinimas (ataskaitos 1.3 skyrius):
 - Lygios galimybės gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas paprastai užtikrinamos didinant pacientų sveikatos raštingumą ir galimybes gauti PASP paslaugas.
 - Kitų šalių sveikatos priežiūros sistemose lygios galimybės gauti kokybiškas Paslaugas užtikrinamos dviem pagrindiniais būdais: 1) vykdant potencialių pacientų informavimą ir konsultavimą bei 2) gerinant sveikatos priežiūros paslaugų teikimą: fiziškai priartinant šių paslaugų teikėjus prie jų gavėjų specialių renginių metu, į atskirtį patiriančias bendruomenes atvykstant sveikatos priežiūros specialistams ir atsivežant reikalingą įrangą bei prietaisus arba Paslaugomis negalinčius pasinaudoti pacientus lankant jų namuose bendruomenės slaugytojoms ir gydytojams.
4. Rekomendacijos ateities sveikatos priežiūros sistemų vystymui. PSO sveikatos priežiūros ateities vizijos įgyvendinimui nustatė penkis strateginius tikslus:
 - Žmonių įgalinimas ir įtraukimas suteikia galimybę žmonėms priimti efektyvius sprendimus dėl savo sveikatos, bendruomenėms – aktyviai dalyvauti kuriant sveiką aplinką, skatina sveikatos sektoriaus ir kitų sektorių bendradarbiavimą, aktyvų žmonių dalyvavimą kuriant sveiką viešąją politiką.
 - Valdymo ir atskaitomybės stiprinimas apima politinio dialogo tobulinimą, taip pat politikos formavimą ir vertinimą kartu su piliečiais, bendruomenėmis ir kitomis suinteresuotosiomis šalimis.
 - Sveikatos priežiūros modelio perorientavimas teikiant pirmenybę pirminio lygio ir bendruomeninių sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai.
 - Sveikatos priežiūros paslaugų koordinavimas kiekviename sveikatos priežiūros lygyje atsižvelgus į žmonių poreikius.

- Įgalinančios aplinkos kūrimas apima teisinių sistemų, finansinių susitarimų, darbo jėgos ir viešosios politikos formavimo pokyčius.
5. ES Tarybos rekomendacijose dėl 2019 m. Lietuvos nacionalinės reformų programos su Tarybos nuomone dėl 2019 m. Lietuvos stabilumo programos (TR'19) ir ES Tarybos rekomendacijose dėl 2020 m. Lietuvos nacionalinės reformų programos su Tarybos nuomone dėl 2020 m. Lietuvos stabilumo programos (TR'20) pateikia šias rekomendacijas:
 - dėl sveikatos priežiūros: gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, įperkamumą ir sistemos efektyvumą;
 - dėl sveikatos sistemos: didinti sveikatos sistemos atsparumą, sutelkti adekvatų finansavimą, spręsti sveikatos priežiūros darbuotojų ir svarbių medicinos reikmenų trūkumo problemą. Gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę.
 6. Išnagrinėjus Paslaugų teikimo modelius kitose šalyse (Danija, Slovėnija) ir atsižvelgiant į tai, kad pagrindiniai Lietuvos sveikatos priežiūros organizavimo elementai ir Paslaugų modelis yra artimesnis Slovėnijai (ataskaitos 2.5.1 skyrius), darytina išvada, kad Slovėnijos Paslaugų modelio elementų rinkinio pritaikymas Lietuvos modelyje būtų paprastesnis, dėl tos pačios priežasties Danijos modelio elementų rinkinio pritaikymas Lietuvoje reikalautų ženklesnių reformų ir kainuotų brangiau.

Šaltiniai

1. Albrecht T, Pribakovic Brinovec R, Josar D, Poldrugovac M, Kostnapfel T, Zaletel M, Panteli D, Maresso. A Health Syst Transit. 2016; 18(3):1 – 207 Prieiga internetu: <https://www.euro.who.int/en/countries/slovenia/publications/slovenia-hit-2016>.
2. Beznec P., Maučec G., Nemeš S., Nemeš D. (2017) 'Case study: Pomurje Region, Slovenia' in the Shaping Health programme on Learning from international experience on approaches to community power, participation and decision – making in health, Centre for Health and Development: Murska Sobota, TARSC: Harare, July 2017. s://doi.org/10.1155/2016/9454506.
3. Buzeti, T., Maučec Zakotnik, J., Investment for Health and Development in Slovenia: Programme MURA, Centre for Health and Development Murska Sobota, 2008. Prieiga internetu: http://www.eu2008.si/en/News_and_Documents/Fact/March/0310_publikacija.pdf.
4. Ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo planas „Naujos kartos Lietuva“. Prieiga internetu: <https://finmin.lrv.lt/lt/es-ir-kitos-investicijos/naujos-kartos-lietuva>.
5. ES Tarybos rekomendacijos dėl 2019 m. Lietuvos nacionalinės reformų programos su Tarybos nuomone dėl 2019 m. Lietuvos stabilumo programos. Prieiga internetu: http://www.euro.lt/uploads/main/documents/files/Post_%202020/%C5%A0alies_%20ataskaita_%2BCSR/2019_%20CSR_%20Lietuviskai.pdf
6. ES Tarybos rekomendacijos dėl 2020 m. Lietuvos nacionalinės reformų programos su Tarybos nuomone dėl 2020 m. Lietuvos stabilumo programos. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/2020-european-semester-csr-comm-recommendation-lithuania_lt.pdf
7. ES Tarybos rekomendacijos dėl 2022 m. Lietuvos nacionalinės reformų programos su Tarybos nuomone dėl 2022 m. Lietuvos stabilumo programos. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/2022-european-semester-csr-lithuania_lt.pdf
8. Etelä – Karjalan maakuntakortti, 2021 m. lapkričio 26 d. [žiūrėta 2021 m. lapkričio 26 d.]. Prieiga internetu: <https://liitto.ekarjala.fi/tietopankki/tilastot/maakuntakortti/>.
9. Schmidt, M., Schmidt, S., Adelborg, K., Sundbøll, J., Laugesen, K., Ehrenstein, V., & Sørensen, H. T. (2019). The Danish health care system and epidemiological research: from health care contacts to database records. Clinical epidemiology, 11, 563 – 591. [žiūrėta 2021 m. lapkričio 28 d.]. Prieiga internetu: <https://doi.org/10.2147/CLEP.S179083>
10. Europos Komisija Briuselis, 2022 05 23 SWD (2022) 617 final. 2022 m. šalies ataskaita. Lietuva pridedamas prie Rekomendacija dėl Tarybos rekomendacijos dėl 2022 m. Lietuvos nacionalinės reformų darbotvarkės su Tarybos nuomone dėl 2022 m. Lietuvos stabilumo programos (COM (2022) 617 final) – (SWD (2022) 640 final). Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/2022-european-semester-country-report-lithuania_lt.pdf
11. Gesundes Kinzigtal GmbH tinklalapis [žiūrėta 2021 m. lapkričio 23 d.]. Prieiga internetu: <https://www.gesundes-kinzigtal.de/faq/>
12. Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Jungtinė Karalystė, 2019. ISBN 978 92 890 5175 0
13. Jensen, N., Kelly, A. H., Avendano, M. (2021) Health equity and health system strengthening – Time for a WHO re – think, Global Public Health, DOI: 10.1080/17441692.2020.1867881 Johansen, A. S., Vracko, P., & West, R. (2020).
14. Jungtinių Tautų Darbotvarkė 2030. Darnaus vystymosi tikslai. Prieiga internetu: <https://am.lrv.lt/lt/veiklos-irytys-1/es-ir-tarptautinis-bendradarbiavimas/darnaus-vystymasis/darnaus-vystymasis-ir-lietuva/it-darbotvarke-2030-darnaus-vystymosi-tikslai-ir-kiti-tarptautiniai-susitarimai>
15. The evolution of community – based primary health care, Slovenia. Bulletin of the World Health Organization, 98(5), 353 – 359. Prieiga internetu: <https://doi.org/10.2471/BLT.19.239616>

16. Jungtinės Karalystės Nacionalinės sveikatos priežiūros tarnybos Pietų Devono ir Torbėjaus tinklalapis [žiūrėta 2021 m. lapkričio 22 d.]. Prieiga internetu: <https://www.torbayandsouthdevon.nhs.uk/services/care-of-the-elderly/>
17. Klemenc – Ketiš, Z., Benkovič, R., Poplas – Susič, A. (2019). A Slovenian Model of Comprehensive Care for Patients with Difficulties Accessing Healthcare: A Step Towards Health Equity. *Journal of Community Health Nursing*. 36. 139 – 146. 10.1080/07370016.2019.1630996.
18. Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII – 964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų strategijos patvirtinimo“ (prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08/asr>).
19. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V – 943 „Dėl pirminės ambulatorinės Paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267313/asr>
20. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V–482 „Dėl gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programos patvirtinimo“. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.236681/asr>
21. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V–729 „Dėl atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.262882/asr>
22. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V–913 „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267675/asr>.
23. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V–973 „Dėl priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.268622/asr>.
24. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V–508 „Dėl storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.347967/asr>.
25. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 23 d. įsakymas Nr. V-483 „Dėl pirminės odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugų, kompensuojamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, masto (sudėties) patvirtinimo“ <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.321225/asr>
26. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymas Nr. V-861 „Dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų aprašo patvirtinimo“. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.433323/asr>
27. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. spalio 1 d. įsakymas Nr. 481 „Dėl ambulatorinės antrinės asmens sveikatos priežiūros“. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.188238/asr>
28. Lietuvos statistikos departamentas. Gyventojų sveikatos statistinis tyrimas (2020). Prieiga internetu: <https://osp.stat.gov.lt/lietuvos-gyventoju-sveikata-2020/apie-tyrima>
29. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.29546/asr>
30. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 12 str. 4 dalis, 46 str. 3 dalis, 48 str., 63 str., 64 str., 65 str.4 dalis. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905/asr>.
31. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.28356/asr>
32. Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymas. Prieiga internetu: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.DOCD0966D67F/asr>
33. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos tinklalapis [žiūrėta 2022 m. balandžio 6 d.]. Prieiga internetu: <https://sam.lrv.lt/lt/naujienos/slaugytojams-patiketa-daugiau-funkciju>
34. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos tinklalapis. Prieiga internetu: <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/asmens-sveikatos-prieziura/slauga-asmens-sveikatos-prieziura>.

35. Kompetencijų centrų ir regioninio bendradarbiavimo modeliu pagrįstos asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo vystymas. Prieiga internetu: <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/kompetenciju-centru-ir-regioninio-bendradarbiavimo-modeliu-pagrįstos-asmens-sveikatos-prieziuros-istaigu-tinklo-vystymas>
36. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Prieiga internetu: <https://socmin.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/socialine-parama-kas-man-priklauso/sulaukiau-senatves>.
37. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1998 m. liepos 24 d. nutarimas Nr. 926 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo“ (suvestinė redakcija 2019-06-06). Prieiga internetu: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C9F500A0ED72/asr>.
38. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo Dėl 2022-2030 metų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos Sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programos projektas. Prieiga internetu: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAP/abf6fe50ae8f11ecaf79c2120caf5094?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=f62e36a3-2852-4607-a8eb-61753db97ed6>
39. Marek M. Poland: poverty and health. In: Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010:124 – 135. Prieiga internetu: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/115485/E94018.pdf
40. Mercy. How's Your 5? A Community Resilience and Public Mental Wellness Conversation. Prieiga internetu: <https://www.mercy.net/content/dam/mercy/en/pdf/how5-your5-brochure.pdf>
41. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Denmark: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, Prieiga internetu: <https://doi.org/10.1787/5eede1c6-en>
42. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Slovenia: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, Prieiga internetu: <https://doi.org/10.1787/79ba70a2-en>
43. OECD (2021): Health at a Glance 2021: OECD indicators, OECD publishing, Paris. Prieiga internetu: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en.
44. OECD/European Union (2020): Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD publishing, Paris. Prieiga internetu: <https://doi.org/10.1787/82129239-en>
45. OECD (2017), Primary Care in Denmark, OECD Reviews of Health Systems, OECD Publishing, Paris. Prieiga internetu: <https://doi.org/10.1787/9789264269453-en>
46. Oficialiosios statistikos portalas [žiūrėta 2022 m. kovo 1 - balandžio 16 d.]. Prieiga internetu: <https://osp.stat.gov.lt/>
47. Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernander-Quevado C. Denmark: Health system review. Health systems in Transition, 2012, 14 (2): 1–192. Prieiga internetu: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf
48. Pasaulio sveikatos organizacija. Evidence to recommendations: Methods used for assessing health equity and human rights considerations in COVID – 19 and aviation. Interim guidance. 2020 m. gruodžio 23 d. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1323908/retrieve>.
49. Pasaulio sveikatos organizacija. People – centred and integrated health services: an overview of the evidence. Interim Report. 2015. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155004>
50. Pasaulio sveikatos organizacija. WHO global strategy on integrated people – centred health services 2016 – 2026. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/180984>.
51. Executive Summary. Placing people and communities at the centre of health services. 2015. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/180984>
52. Pasaulio sveikatos organizacija. Quality in primary health care. 2018. Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1242125/retrieve>.
53. Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regioninis biuras. Putting your own house in order: examples of health – system action on socially determined health inequalities. Kopenhaga, 2010. Prieiga internetu: <https://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/equity-in-health-project/web-based-resource/companion-publication>

54. Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regioninis biuras. Essential public health operations in Slovenia. Key findings and recommendations on strengthening public health capacities and services. Kopenhaga, 2021. Prieiga internetu: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/essential-public-health-operations-in-slovenia-key-findings-and-recommendations-on-strengthening-public-health-capacities-and-services-2021>
55. Petrič, K. V., Pribaković Brinovec, R., Maučec Zakotnik, J. GOOD PRACTICE BRIEF. HEALTH PROMOTION CENTRES IN SLOVENIA: Integrating population and individual services to reduce health inequalities at community level. 2018, Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regioninis biuras.
56. Prevolnik Rupel V., Marušič D. (2021). Structure, Processes and Results in Healthcare System in Slovenia, IntechOpen, DOI: 10.5772/intechopen.98608. [žiūrėta 2021 m. lapkričio 27 d.] Prieiga internetu: <https://www.intechopen.com/online-first/77267>
57. Savivaldybės sveikatos centras. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos pristatymas. Prieiga internetu: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Tinklo_%20reforma/Savivaldyb%C4%97s_%20sveikatos_%20centras.pdf
58. Schmidt, M., Schmidt, S., Adelborg, K., Sundbøll, J., Laugesen, K., Ehrenstein, V., & Sørensen, H. T. (2019). The Danish health care system and epidemiological research: from health care contacts to database records. Clinical epidemiology, 11, 563 – 591. [žiūrėta 2021 m. lapkričio 28 d.]. Prieiga internetu: <https://doi.org/10.2147/CLEP.S179083>
59. Seychell, M. "Towards better prevention and management of chronic diseases". European Commission Newsletter, Issue 169, 2016 m. vasario 25 d. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/newsletter/169/focus_newsletter_en.htm
60. Slovėnijos nacionalinio visuomenės sveikatos instituto tinklalapis [žiūrėta 2021 n. lapkričio 28 d.] Prieiga internetu: <https://www.nijz.si/en/nijz>
61. Solar O., Irvin AA. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (policy and Practice). World Health Organization, Geneva, 2010. Prieiga internetu: https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
62. Sonola, L., Thiel, V., Goodwin, N., Kodne, DL. (2013). South Devon and Torbay. Proactive case management using the community virtual ward and the Devon Predictive Model. Prieiga internetu: https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/south-devon-and-torbay-coordinated-care-case-study-kingsfund13.pdf
63. Specialised Hospital Services. Principles of national planning in Denmark, 2015. Danish Health and Medicines Authority. Prieiga internetu: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2015/Speciality-planning-concepts-principles-and-requirements.ashx?la=da&hash=9AC585E5775E3B23D359646470535BE3F18BB69C>
64. Spooner, C., Lewis, V., Scott, C. et al. Improving access to primary health care: a cross – case comparison based on an a priori program theory. Int J Equity Health 20, 223 (2021). [žiūrėta 2021 m. lapkričio 25 d.] Prieiga internetu: <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01508-0>
65. State of Health in the EU. Denmark. Country Health Profile 2021. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_da_english.pdf
66. State of Health in the EU. Lietuva. 2021 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_lt_lithuanian.pdf
67. State of Health in the EU. Slovenia. Country Health Profile 2021. Prieiga internetu: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_sl_english.pdf
68. Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo pertvarka, 9-10 sk. Prieiga internetu: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/TINKLO_PERTVARKA_ADulkys_2022-01-19.pdf
69. Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo, grįsto kompetencijos centrų ir bendradarbiavimo modelių, vystymas. Prieiga internetu: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Tinklo_%20reforma/Reformos_%20santrauka.pdf
70. Sveikatos priežiūros specialistų prognozių atnaujinimas (2021). STRATA. Galutinė ataskaita, sk. 14. Prieiga internetu: <https://strata.gov.lt/images/tyrimai/2021-metai/20210719-sveikatos-specialistu-poreikis.pdf>

71. Šalies demografinių darbo išteklių raidos perspektyvų įvertinimo tyrimas, Darbo rinkos tyrimų institutas, 2019 m.
72. Tas, J. (2016) "A future where doctors and patients are connected". [žiūrėta 2021 m. lapkričio 22 d.]. Prieiga internetu: <https://www.telegraph.co.uk/wellbeing/future-health/healthcare-predictions/>
73. Thomson S, Cylus J, Evetovits T. Can people afford to pay for healthcare? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2019. [žiūrėta 2021 m. lapkričio 25 d.], Prieiga internetu: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-proc.20eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
74. Visuomenės sveikatos informacinė sistema [žiūrėta 2022 m. kovo 28 d.]. Prieiga internetu: <https://sveikstat.hi.lt/reports.aspx>
75. VLK informacija apie ligų prevencinių programų vykdymą. Prieiga internetu: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiOTg4NGRmMGMtNWQ4MCO0YTZiLWFjMmYtODdjZDhiMWFjOTIzliwidCI6IjA3ZTZlZTM1LTU4MTQtdNDc5MCO4NjY5LTgwNzY3Njk0YzI4ZCIsImMiOiI9>
76. World Bank Group. Life expectancy at birth, total (years) – Slovenia, European Union, Lithuania, Denmark. [žiūrėta 2021 m. lapkričio 29 d.]. Prieiga internetu: https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2019&locations=SI-EU-LT-DK&name_desc=true&start=1960



Kuriame pamatus pagrįstiems ir
įžvalgiems viešosios politikos sprendimams