

# Lietuvos ūkio sektorių finansavimo po 2020 m. vertinimas: Sveikatos apsauga

(Galutinės vertinimo ataskaitos 4 priedas)

2019 m. vasario 1 d.  
(2019 m. balandžio 29 d. redakcija)



Kuriame  
Lietuvos ateitį

2014–2020 metų  
Europos Sąjungos  
fondų investicijų  
veiksmų programa

Dokumentą parengė UAB „ESTEP Vilnius“.  
Vertinimas atliktas pagal 2018 m. liepos 31 d. paslaugų teikimo sutartį Nr.  
14P-45 tarp Lietuvos Respublikos finansų ministerijos ir ūkio subjektų grupės  
UAB „PricewaterhouseCoopers“ UAB „ESTEP Vilnius“

## TURINYS

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 TIKSLŲ IR UŽDAVINIŲ VERTINIMAS</b> .....   | <b>3</b>  |
| 1.1. DABARTINIAI VALSTYBĖS TIKSLAI .....  | 3         |
| 1.2. ESAMOS SITUACIJOS ANALIZĖ .....  | 4         |
| 1.3. TIKSLŲ IR UŽDAVINIŲ TINKAMUMO IR TARPUSAVIO SUDERINAMUMO VERTINIMAS .....                                      | 24        |
| 1.4. SIŪLOMI TIKSLAI IR UŽDAVINIAI LAIKOTARPIUI PO 2020 M.....  | 27        |
| <b>2 FINANSAVIMO MASTO ANALIZĖ</b> .....  | <b>30</b> |
| <b>3 INTERVENCIJŲ VERTINIMAS</b> .....  | <b>37</b> |
| 3.1. INTERVENCIJOS, SKIRTOS DIDINTI PREVENCIJOS PRIEMONIŲ IR ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ VEIKSMINGUMĄ..... | 37        |
| 3.1.1. <i>Vykdomų intervencijų rinkinio vertinimas</i> .....  | 37        |
| 3.2. INTERVENCIJOS, SKIRTOS GERINTI ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMĄ.....                           | 51        |
| 3.2.1. <i>Vykdomų intervencijų rinkinio vertinimas</i> .....  | 51        |
| 3.3. INTERVENCIJOS, SKIRTOS DIDINTI SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS EFEKTYVUMĄ IR SAUGĄ.....                            | 54        |
| 3.3.1. <i>Vykdomų intervencijų rinkinio vertinimas</i> .....  | 54        |
| 3.4. ES FONDŲ INVESTICIJŲ VERTINIMAS .....  | 57        |
| 3.4.1. <i>Investicijų struktūra ir mastas</i> .....   | 57        |
| 3.4.2. <i>Investicijų vertinimas ir pasiūlymai 2021–2027 m. laikotarpiui</i> .....                                  | 57        |
| 3.5 PASIŪLYMAI DĖL PRIKLAUSOMYBĖS NUO ES SF FINANSAVIMO MAŽINIMO 2021–2027 M. LAIKOTARPIUI .....                    | 59        |
| <b>1 PRIEDAS</b> .....  | <b>62</b> |

## 1 TIKSLŲ IR UŽDAVINIŲ VERTINIMAS

---

Šiame skyriuje pateikiama analizė pagal šiuos Techninėje specifikacijoje (toliau – TS) suformuluotus ir papildomus (toliau – P) vertinimo klausimus:

TS 9.1.1. Kokie valstybės tikslai yra nustatyti atskirose viešosios politikos srityse? Ar tikslai aktualūs ir atitinka ekonominę–socialinę Lietuvos situaciją ir demografines tendencijas? (1.1. ir 1.2. poskyriai)

TS 9.1.2. Ar nustatyti tikslai valstybės viešosios politikos srityse atitinka ES, EBPO ir kitų tarptautinių organizacijų rekomendacijas, direktyvas bei tarptautinių susitarimų tikslus? (1.3. poskyris)

TS 9.2.2. Kokie turėtų būti viešosios politikos sričių strateginiai tikslai, siekiant tvaraus visuomenės gyvenimo kokybės augimo užtikrinimo vidutiniu ir ilguoju laikotarpiu? (analizė tik viešosios politikos srities lygiu – 1.4. poskyris; išvados šalies mastu bus pateiktos galutinės ataskaitos projekto bendrojoje dalyje)

P1. Kokios yra svarbiausios problemos, kylantys iššūkiai, kuriuos šalis turėtų spręsti ilguoju laikotarpiu atitinkamoje srityje? Kodėl? Problemų analizė turėtų būti pagrįsta statistiniais rodikliais, kiek įmanoma naudojant Lietuva 2030 ir NPP jau nustatytus rodiklius. (1.2. poskyris)

P2. Kokie yra svarbiausi veiksniai (priežastys), kurie sąlygoja nurodytas problemas, iššūkius atitinkamoje srityje? (1.2. poskyris)

P3. Ar ir kiek dabartiniai valstybės tikslai šioje viešosios politikos srityje yra tinkami siekiant išspręsti kylančius iššūkius ir problemas? Kodėl? Jeigu ne, kaip šie tikslai (įskaitant ir NPP nustatytus tikslus) turėtų būti koreguojami siekiant atspindėti siekiamą pokytį? (1.2., 1.3. ir 1.4. poskyriai)

---

### 1.1. DABARTINIAI VALSTYBĖS TIKSLAI

---

Pagrindiniai Lietuvos tikslai sveikatos apsaugos viešosios politikos (toliau – VPS) srityje yra numatyti Lietuvos pažangos strategijoje „Lietuva 2030“, 2014–2020 m. Nacionalinėje pažangos programoje (toliau – NPP) ir Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. strategijoje (toliau – Sveikatos strategijoje).

„Lietuva 2030“ sveikatos apsaugos VPS tikslai priskirti sumanios visuomenės daliai ir prisideda prie veiklios visuomenės, kuri suprantama ir kaip sveika visuomenė, tikslų. Siekiama ugdyti sveiką gyvenseną, telkti visuomenės ir valdžios institucijų pastangas stiprinti visuomenės sveikatą, plėtoti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurios padidintų profilaktikos priemonių efektyvumą.

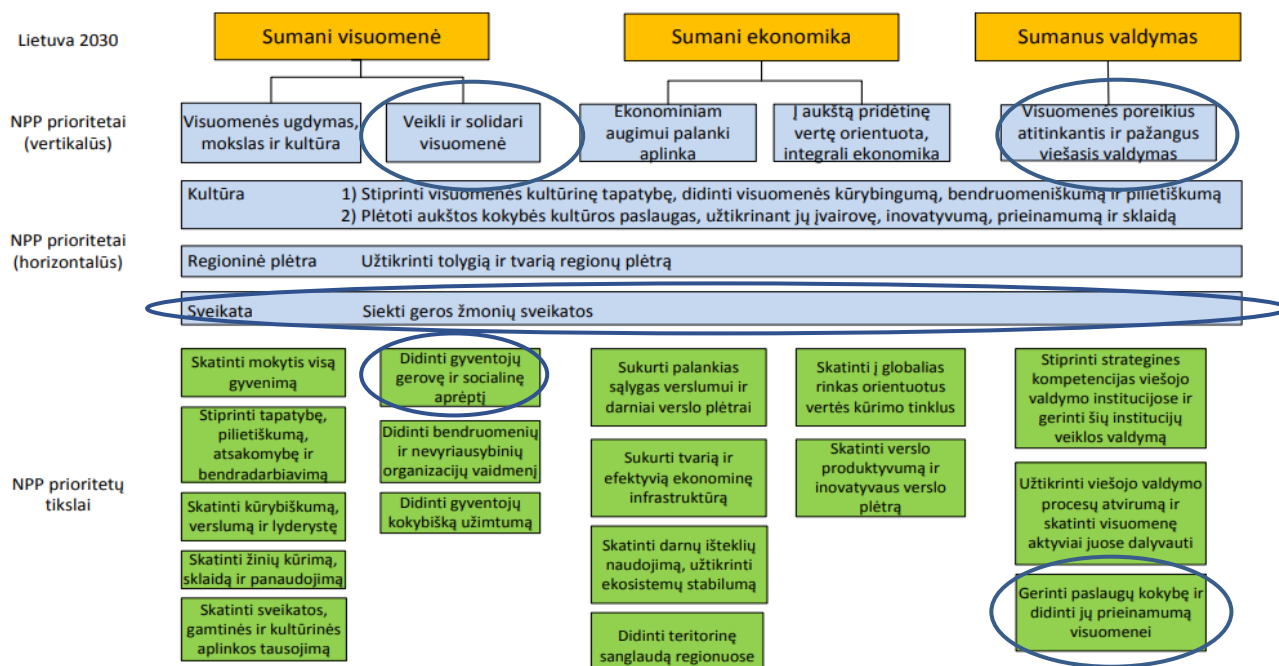
**2014–2020 m. Nacionalinėje pažangos programoje** sveikata yra vienas iš horizontaliųjų prioritetų (8–asis prioritetas), kuriuo siekiama stiprinti ir saugoti Lietuvos gyventojų sveikatą, užtikrinti sveikatai palankią aplinką, užtikrinti kokybišką, prieinamą ir tvarią sveikatos priežiūrą. Sveikata taip pat yra ir vertikalųjų 1–ojo bei 2–ojo prioritetų dalis, kuriais siekiama ugdyti sveikos gyvensenos savimonę ir stiprinti bei saugoti visuomenės sveikatą (1.5.; 2.1. tikslai). Su sveikatos VPS susijęs ir visuomenės poreikius atitinkančio ir pažangaus viešojo valdymo prioritetas, būtent paslaugų kokybės ir prieinamumo didinimas.

**Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. strategijos** bendruoju tikslu siekiama, kad šalies gyventojai būtų sveikesni ir pailgėtų jų gyvenimo trukmė, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai. Konkrečiai keliami šie tikslai:

- Sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį;
- Sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką;
- Formuoti sveiką gyvenseną ir jos kultūrą;
- Užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius.

Žemiau pateikiamos sveikatos apsaugos VPS tikslų, numatytų „Lietuva 2030“ ir NPP, sąsajos.

## 1 pav. „Lietuva 2030“ ir NPP numatyti Sveikatos apsaugos VPS prioritetai ir tikslai



Šaltinis: Lietuva 2030 [www.lietuva2030.lt/lt/apie-lietuva-2030](http://www.lietuva2030.lt/lt/apie-lietuva-2030)

Apibendrinus nustatytus tikslus, matyti, kad be sveikos gyvensenos ugdymo ir visuomenės sveikatos stiprinimo bei kokybiškos, prieinamos, efektyvios asmens sveikatos priežiūros numatomi ir kitų VPS, prisidedančių prie gyventojų sveikatos gerinimo, tikslai, būtent: sveikatai palankios aplinkos kūrimo ir saugesnės socialinės aplinkos bei socialinės atskirties mažinimo tikslai.

## 1.2. ESAMOS SITUACIJOS ANALIZĖ

Remiantis šalies ekonomikos augimo iššūkių analize, su sveikatos apsaugos VPS tiesiogiai yra susijęs vienas šalies gerovės augimą ribojantis veiksnys – tai **žmogiškojo kapitalo trūkumas**. Jį atspindi **pagrindinis sveikatos apsaugos VPS rodiklis – trumpa Lietuvos gyventojų vidutinė tikėtina sveiko gyvenimo trukmė**.

2016 m. vidutinė tikėtina sveiko gyvenimo trukmė<sup>1</sup> (toliau – VTSGT) moterų tarpe Lietuvoje sudarė 59,4 metus, vyrų – 56,2 metus<sup>2</sup> Palyginus su ES vidurkiu, Lietuvos moterų VTSGT atsiliko 4,8 metais, o vyrų – 7,3 metais. Vidutinės tikėtinos sveiko gyvenimo trukmės rodiklis sujungia mirtingumo ir gyvenimo kokybės komponentus ir parodo, kiek metų žmogus gali tikėtis praleisti/nugyventi be kasdieninės veiklos apribojimų. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (toliau – VTGT), kuri parodo bendrą rizikos veiksnių poveikį, ligų paplitimą, intervencijų bei gydymo veiksmingumą, bet nevertina kasdienės veiklos apribojimų, Lietuvoje 2016 m. sudarė 75,5 metus<sup>3</sup>, kai ES vidurkis buvo 81 metai. Atotrūkis tarp moterų ir vyrų rodiklio reikšmių (10,6 metai) buvo didžiausias Europos Sąjungoje, kurioje jis vidutiniškai sudarė 5,4 metus. VTSGT, priešingai nei VTGT, indikuoja, ar gyventojai dėl sveikatos būklės gali savarankiškai dalyvauti darbo rinkoje bei būti nepriklausomi nuo kitų asmenų ligos, negalios atveju. Sveiki gyventojų gyvenimo metai kuria visuomenės gerovę, mažina valstybės išlaidas. VTSGT yra vienas iš svarbiausių Europos Komisijos (toliau – EK) struktūrinių rodiklių – jo

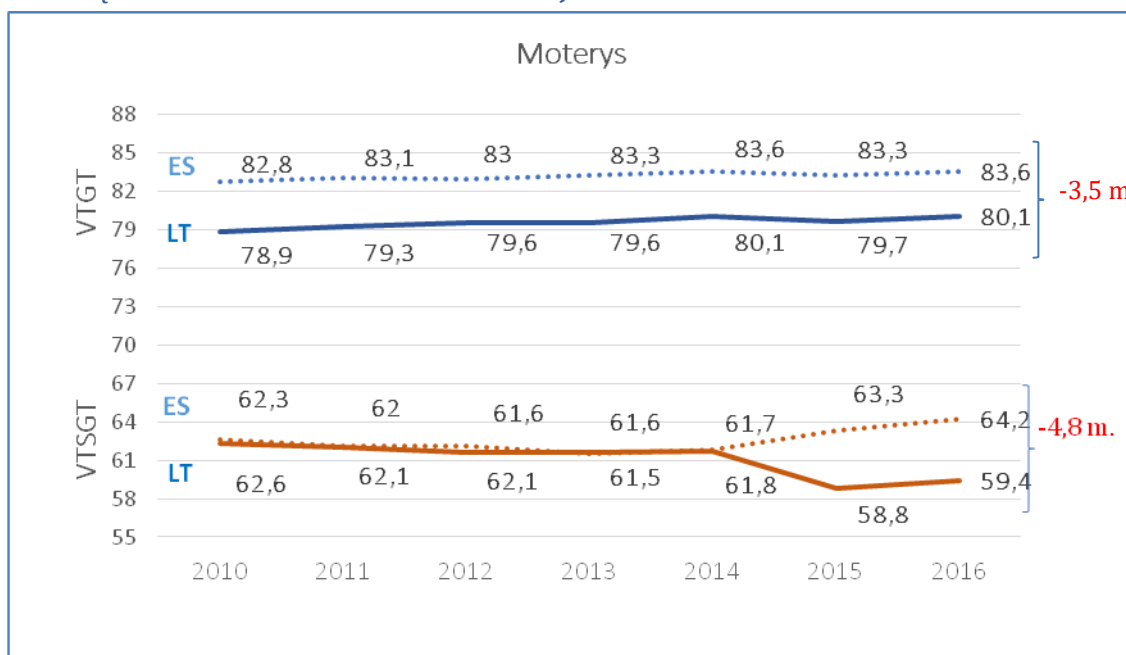
<sup>1</sup> Rodiklis apskaičiuojamas pagal Sullivan'o metodą, kuriame apjungiami šalies mirtingumo ir gyventojų apklausos (Gyventojų pajamų ir gyvenimo sąlygų statistinis tyrimas (EU-SILC) duomenys. Atkreiptinas dėmesys, kad gyventojų savo sveikatos vertinime galimai atsispindi šalių kultūriniai skirtumai. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Healthy\\_life\\_years\\_\(HLY\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Healthy_life_years_(HLY))

<sup>2</sup> Eurostat

<sup>3</sup> Higienos institutas

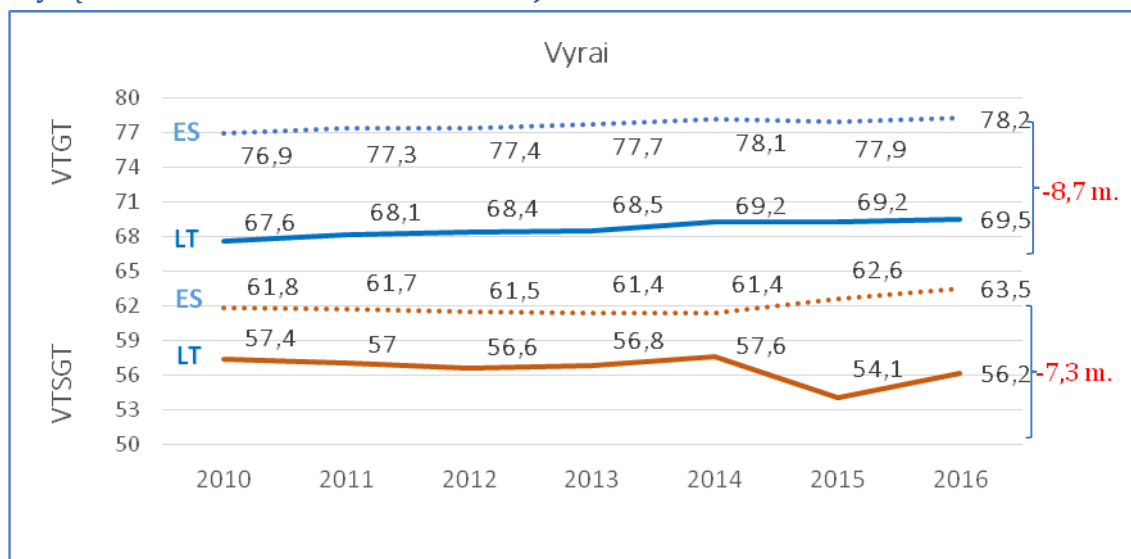
svarba pripažinta Lisabonos strategijoje. Žemiau pateikiama VTGT ir VTSGT rodiklių dinamika Lietuvoje ir ES 2010–2016 m.

### 2 pav. Moterų VTGT ir VTSGT dinamika Lietuvoje ir ES 2010–2016 m.



Šaltinis: sudaryta ESTEP pagal Eurostat

### 3 pav. Vyrų VTGT ir VTSGT dinamika Lietuvoje ir ES 2010–2016 m.



Šaltinis: sudaryta ESTEP pagal Eurostat

Matoma, kad moterų VTSGT atsilieka nuo ES vidurkio labiau nei VTGT, taip pat, kad vyrų VTGT ir VTSGT atsilieka nuo ES vidurkio labiau nei moterų (2,5 ir 1,5 k.).

Vidutinės sveiko gyvenimo trukmės rodiklis naudojamas „Lietuva 2030“. Tai kol kas prasčiausiai įgyvendinamas sumanios visuomenės rodiklis, kadangi užuot didėjęs nuo 2009–2010 m., kuomet reikšmė siekė 17-ą (vieta), 2017–2018 m. jis nukrito iki 27-os, priešpaskutinės visoje ES, kuomet siekiama reikšmė 2020 m. sudaro 15, o 2030 m. – 10 vieta tarp ES šalių.<sup>4</sup> NPP yra naudojama tikėtina sveiko gyvenimo trukmė (vyrų / moterų) – 2016 m. vyrų tikėtina sveiko gyvenimo trukmė sumažėjo

<sup>4</sup> „LIETUVA 2030“ rodiklių įgyvendinimo apžvalga

iki 56,2 metų palyginus su pradine (2013 m.) 56,8 metų reikšme ir lyginant su 58,7 metų siekiama reikšme 2020 m.; 2016 m. moterų tikėtina sveiko gyvenimo trukmė sumažėjo iki 59,4 metų palyginus su pradine (2013 m.) 61,5 metų reikšme ir lyginant su 62,7 metų siekiama reikšme 2020 m. Taigi, **tikslas išlieka aktualus.**

Sveikatos strategijoje, skirtingai nuo „Lietuva 2030“ ir NPP, VTSGT tikslas (ir rodiklis atitinkamai) nėra keliamas, tačiau siekiama ilgesnės Lietuvos gyventojų būsimo gyvenimo trukmės. Ji nuo 73,98 metų 2012 m. padidėjo iki 75,69 metų 2017 m., o siekiama reikšmė 2020 m. sudaro 75,8 metų. Taip pat siekiama vidutinės būsimo gyvenimo trukmės skirtumo tarp vyrų ir moterų mažėjimo ilgėjant vyrų vidutinei būsimo gyvenimo trukmei (metais). Pastarasis rodiklis sumažėjo nuo 11,06 metų 2012 m. iki 9,68 metų 2017 m., o siekiama reikšmė 2020 m. sudaro 9,5 metų. **Tikslai yra beveik pasiekti.**

NPP dar siekiama padidinti gyventojų, pakeitusių gyvenseną dėl sveikatos, dalį. 2012 m. siekusi 19 proc., 2018 m. rodiklio reikšmė (31,7 proc.)<sup>5</sup> viršijo 2020 m. siekiamą reikšmę (26 proc.). **Tikslas yra įvykdytas.** Taip pat siekiama didinti gyventojų pasitenkinimą viešosiomis sveikatos priežiūros paslaugomis – NPP šio rodiklio (indekso) reikšmę siekiama padidinti nuo 81 proc. 2015 m. iki 88 proc. 2020 m. Rodiklio pažanga kol kas nematuota.

Žemiau pateikiama priežasčių, lemiančių santykinai trumpą VTSGT Lietuvoje, analizė.

**Žemą VTSGT lemia aukšti Lietuvos gyventojų mirtingumo rodikliai<sup>6</sup> ir maža gyventojų, nurodančių, kad jų sveikata gera<sup>7</sup>, dalis. Pastaroji 2017 m. sudarė 43,9 proc. ir buvo gerokai mažesnė už ES vidurkį (68,8 proc.).<sup>8</sup>**

Pagal standartizuotą prevencijos priemonėmis išvengiamą mirtingumą (*angl. preventable deaths*)<sup>9</sup>, taip pat ir pagal standartizuotą sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodiklį<sup>10</sup> (*angl. amenable deaths*) 2015 m. Lietuva buvo prasčiausioje pozicijoje visų ES šalių narių kontekste. Prevencijos priemonėmis išvengiamas mirtingumas 100 000 gyventojų sudarė 325,9 (ES28 vidurkis 127,1), o sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodiklis sudarė 445,9 (ES28 vidurkis 216,3).<sup>11</sup> Higienos instituto duomenimis, Lietuvoje **aukštus mirtingumo rodiklius lemia šios priežastys:**

1. Lietuvoje kraujotakos sistemos ligos (2017 m. 56 proc. visų mirčių, iš jų 63,4 proc. nuo išeminės širdies ligos, 23,8 proc. nuo cerebrovaskulinių ligų (iš jų 88 proc. 65 m.+ kategorijoje) yra pagrindinė mirties priežastis. Remiantis EPBO duomenimis<sup>12</sup>, standartizuotas mirtingumo rodiklis nuo išeminės širdies ligos 100 000 gyventojų Lietuvoje buvo daugiau nei 3 k. didesnis nei ES vidurkis (beveik 800 lyginant su mažiau nei 200), be to, 2000–2014 m. mažėjo lėčiau (4 proc.) nei kitose ES šalyse (vidutiniškai apie 45 proc.). Lietuvoje mirtingumas dėl šios priežasties yra 1,6 k. didesnis vyrų tarpe<sup>13</sup> dėl didesnio tokių rizikos faktorių, kaip rūkymas, aukštas kraujospūdis, aukštas cholesterolio kiekis bei sveikatos priežiūros kokybės.

Standartizuotas mirtingumas nuo cerebrovaskulinių ligų daugiau nei 2 k. viršijo ES vidurkį. Per 2000–2015 m. laikotarpį mirtingumas dėl šios priežasties ES sumažėjo vidutiniškai 50 proc., tačiau Lietuvoje tik 15 proc. cerebrovaskulinių ligų atsiradimui reikšmingą įtaką daro pneumokokinės

<sup>5</sup> Šaltinis - Higienos institutas

<sup>6</sup> Statistinė informacija

<sup>7</sup> Vykdoma gyventojų apklausa

<sup>8</sup> Šalies sveikatos profilis 2017. Europos Komisija.

<sup>9</sup> Mirtys, kurių galėjo būti išvengta visuomenės sveikatos/prevencijos intervencijų dėka tokiose rizikos veiksnių srityse kaip elgsena ir gyvenimo būdas, socialinės-ekonominės ir aplinkosaugos sąlygos

<sup>10</sup> Mirtys, kurios galėjo būti išvengtos optimalios sveikatos priežiūros priemonių taikymo atveju

<sup>11</sup> Eurostat

<sup>12</sup> OECD, Health at glance, 2018.

<sup>13</sup> Higienos institutas, „Mirties priežastys 2017 m.“,

infekcijos ir gripas, kurios gali būti išvengiamos vakcinacijos būdu. Cerebrovaskulinių ligų sukeliama našta dėl negalios yra antra didžiausia po depresijos.

2. Vėžys yra antra pagrindinė mirties priežastis – 2017 m. nuo jo mirė 8 000 asmenų, ir tai sudarė 20 proc. visų mirčių. Dėl šios priežasties Lietuvoje vyrų mirė 2,2 k. daugiau nei moterų. Dažniausias buvo trachėjos, bronchų ir plaučių vėžys (dažnesnis vyrams), krūties vėžys (dažniausia moterų mirties nuo vėžio priežastis) ir gimdos kaklelio vėžys (antra pagal dažnumą moterų mirties nuo vėžio priežastis)<sup>14</sup>. 2015 m. standartizuotas mirtingumas 100 000 gyventojų nuo vėžio Lietuvoje buvo apie 1,3 k. didesnis nei ES vidurkis (apie 350 ir 450 atitinkamai).

Amžius yra vienas svarbiausių vėžio rizikos veiksnių – sergamumas vėžiu didėja didėjant amžiui, todėl Jungtinių Tautų (toliau – JT) organizacija prognozuoja, kad visuomenei senstant vėžio sukeliama ekonominė našta didės. Vėžio atsiradimui taip pat įtaką daro tokių rizikos faktorių kaip rūkymas, besaikis alkoholio vartojimas, profesiniai kancerogenai, nesveika mityba, nutukimas ir mažas fizinis aktyvumas, infekciniai veiksniai ir aplinkos tarša paplitimas. Naujausiais vertinimais, jei būtų sumažintas žinomų vėžio rizikos veiksnių poveikis ar jie būtų visiškai eliminuoti, galima būtų išvengti nuo trečdaliao iki pusės susirgimų vėžiu<sup>15</sup>.

3. Išorės priežastys yra trečia mirčių Lietuvoje priežastis. 2017 m. nuo šių priežasčių mirė 2 810 žmonių, t. y. 7 proc. visų mirusiųjų (99,4/100 000 gyv.). Dėl išorinių priežasčių vyrų mirė 2,6 kartus daugiau negu moterų (2 037 vyrai ir 773 moterys). Savižudybės sudarė 26,6 proc. proc. visų šių arba 1,9 proc. bendrai visų mirčių (749 asmenys), nukritimai – 15,1 proc., transporto įvykiai – 8,9 proc., natūralus šalčio poveikis – 6,9 proc., atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu – 6,9 proc.<sup>16</sup>

Remiantis IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation) skaičiavimais, Lietuvoje 2015 m. beveik 40 proc. visos ligų ekonominės naštos (vertinant pagal dėl sveikatos sutrikimų prarastus gyvenimo metus) galėtų būti priskirta su elgsena susijusiems rizikos veiksniams – rūkymui, alkoholio vartojimui, mitybai ir fiziniam neaktyvumui. Pasaulio sveikatos organizacija (toliau – PSO) teigia, kad sveikatą bei gyvenimo trukmę apie 50 proc. lemia gyvenimo būdas ir paties žmogaus elgsenys, apie 20 proc. – gyvenamoji aplinka, apie 20 proc. – paveldimumas ir tik 10 proc. sveikata priklauso nuo medicinos pagalbos.<sup>17</sup> Įrodyta, kad yra žymiai pigiau sudaryti sąlygas žmogui nesusirgti, negu susirgus jį gydyti. Rizikos veiksniams priskiriamos ir socialinės-ekonominės priežastys, tokios kaip ilgalaikis nedarbas<sup>18</sup>, skurdas, socialinė atskirtis (šie veiksniai analizuojami Užimtumo ir socialinės įtraukties VPS) bei darbo ir buities, fizinė aplinka (dalis veiksnių patenka prie Sveikatos apsaugos VPS, dalis – prie Aplinkosaugos VPS).

Santykinai prastus Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos rezultatus rodo ir Lietuvos gyventojų VTGT palyginimas su kitomis panašaus ekonominio išsivystymo ir sveikatai skiriančiomis panašios apimties viešąsias lėšas, šalimis.

---

<sup>14</sup> Ten pat

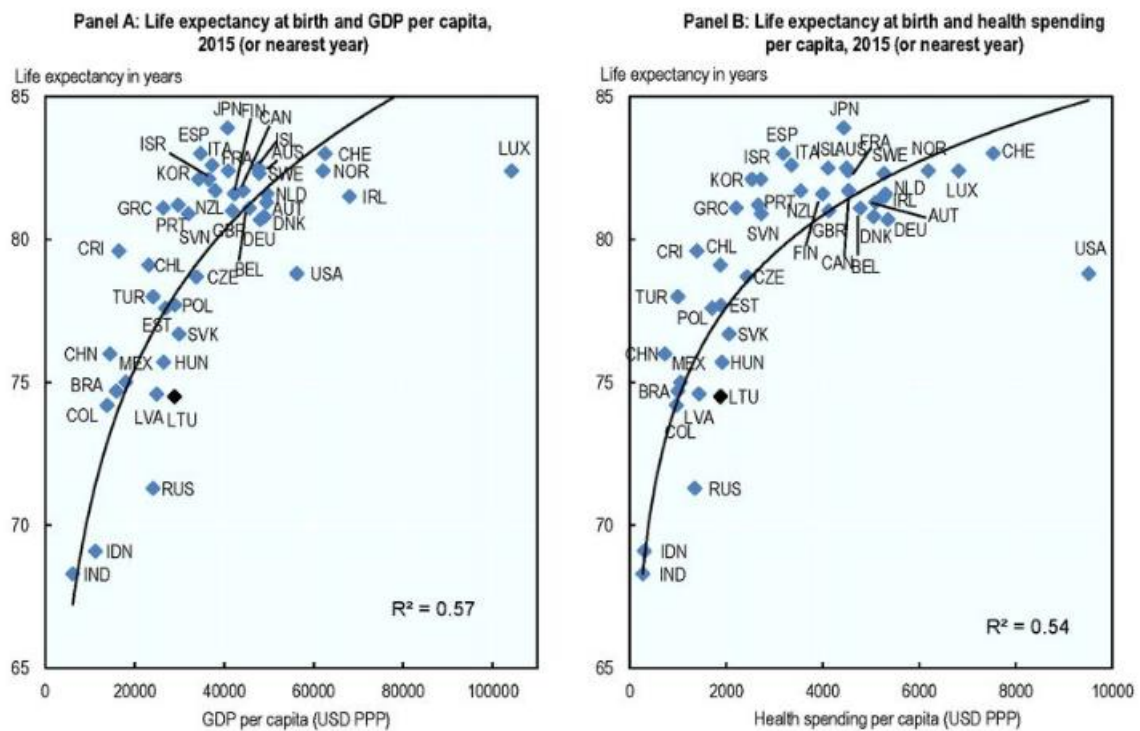
<sup>15</sup> Prof. F. Jankevičius, <http://l24.lt/lt/sveikata/item/229766-lietuvoje-auga-sergamumas-veziau>

<sup>16</sup> Higienos institutas, „Mirties priežastys 2017 m.“.

<sup>17</sup> <https://sam.lrv.lt/lt/naujienos/judejimas-sveikatos-labui-1>

<sup>18</sup> Ilgalaikio nedarbo lygis – tai bedarbystė, trunkanti ilgiau kaip metus, parodanti darbo jėgos procentą nuo visų galinčių dirbti asmenų.

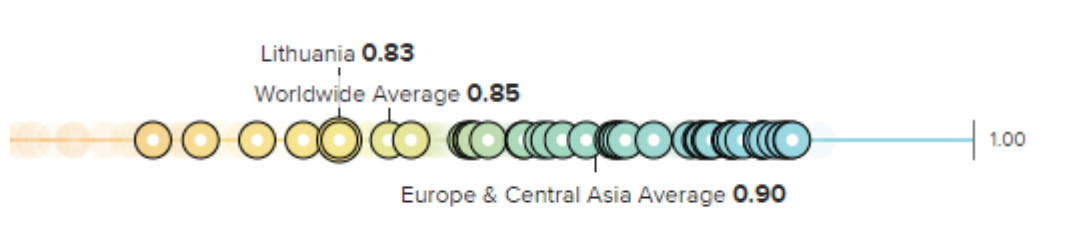
#### 4 pav. VTGT palyginimas su BVP gyventojui ir viešosiomis sveikatos apsaugos lėšomis gyventojui EPBO šalyse 2015 m.



Source: OECD Health Statistics 2017, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> (data refers to 2015).

Pagal Pasaulio Banko skelbiamą Žmogiškojo kapitalo indeksą,<sup>19</sup> kuris matuoja būsimų šalies darbuotojų produktyvumą darbo rinkoje pagal sveikatos ir švietimo sistemų rezultatus, Lietuva įvertinta 0,71 reikšme (1 maksimali reikšmė), kuri atitinka Europos ir Centrinės Azijos vidurkį, bet yra šiek tiek žemesnė nei panašaus ekonominio išsivystymo<sup>20</sup> šalių vidurkis. Matoma, kad didžiausią įtaką bendram Lietuvos rodikliui turi prastesnė nei kitų šalių sveikatos rodiklio – suaugusiųjų išgyvenamumo<sup>21</sup> – reikšmė, kuri sudaro 0,83 palyginus su vidutiniškai 0,9 Europos ir Centrinės Azijos regione, 0,85 reikšme Latvijoje, 0,88 – Estijoje.

#### 5 pav. Suaugusiųjų išgyvenamumo 15–60 m. amžiaus tarpsnyje rodiklis



Šaltinis: Pasaulio bankas

Apibendrinant, trumpa Lietuvos gyventojų tikėtina sveiko gyvenimo trukmė apriboja jų dalyvavimą darbo rinkoje (mažina darbo jėgos pasiūlą), kuri yra viena aktualiausių rizikų tolesnei Lietuvos ūkio plėtrai<sup>22</sup>. Trumpesnis sveikų gyvenimo metų laikotarpis, kartu su visuomenės senėjimu didina ekonominę ligų naštą ir kuria spaudimą viešiesiems finansams, susilpnėjusi gyventojų sveikata mažina jų galimybes siekti aukštos gyvenimo kokybės bei kuria socialinę atskirtį.

<sup>19</sup> <http://www.worldbank.org/en/publication/human-capital>

<sup>20</sup> Realus BVP vienam gyventojui perkamosios galios paritetu

<sup>21</sup> 15-mečių išgyvenamumas iki 60 m.

<sup>22</sup> 2014-2017 m. ES fondų investicijų poveikio Lietuvos ūkiui ir plėtros prioritetų 2021-2027 m. vertinimas, ESTEP, 2018



**Aukštus mirtingumo ir sergamumo rodiklius lemia sveikatos apsaugos sistemos nepakankamo veiksmingumo, prieinamumo bei efektyvumo ir saugos priemonių grupės.**

### Nepakankamo veiksmingumo priemonių grupė

**1. Nepakankamą prevencinių priemonių veiksmingumą**, visų pirma, atspindi psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo visuomenėje tendencijos. Remiantis valstybinio psichikos sveikatos centro informacija, psichoaktyviųjų medžiagų (bendrai, neišskiriant atskirų medžiagų) vartojimo rizikos yra susijusios su:

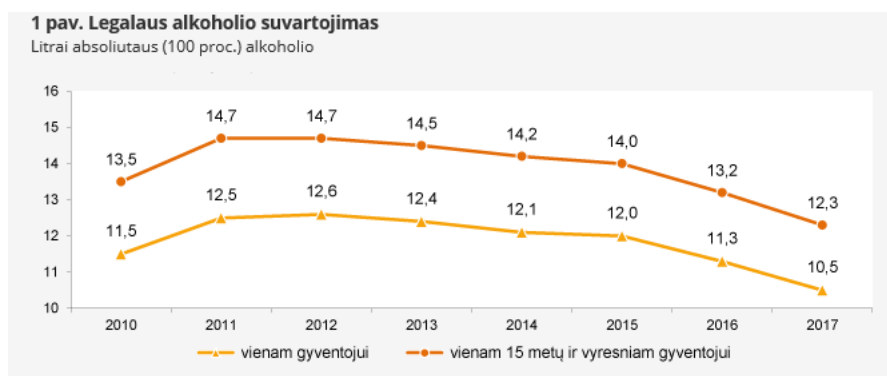
- asmens savybėmis (psichikos ir elgesio sutrikimai, silpni socialiniai įgūdžiai, žema savivertė, valios nebuvimas);
- šeima (silpni vaikų ir tėvų ryšiai, konfliktai šeimoje, palankus tėvų požiūris į psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą, stresas);
- mokyklos aplinka (silpna mokymosi motyvacija, blogi santykiai su mokytojais, mokyklos nelankymas, neaktyvi popamokinė veikla);
- bendraamžių aplinka (psichoaktyvias medžiagas vartoja draugai, draugų spaudimas jas vartoti, ankstyvas „susipažinimas“ su šiomis medžiagomis);
- bendruomenės aplinka (psichoaktyviųjų medžiagų prieinamumas, alkoholio ir tabako reklama, žiniasklaidoje pateikiama neteisinga informacija apie alkoholį, tabaką).

### Alkoholio vartojimas

Remiantis Lietuvos sveikatos mokslų universiteto atlikto „Alkoholio vartojimo sąlygojamos žalos Lietuvoje įvertinimo 2015 ir 2016 m. tyrimo“<sup>23</sup> rezultatais, alkoholio vartojimas galėjo sąlygoti 7,58 proc. visų 2015 m. ir 2016 m. mirčių Lietuvoje. Iš viso, alkoholio vartojimo ekonominė našta kasmet galėjo siekti daugiau kaip 320 mln. Eur, tai sudarė 0,85 proc. Lietuvos BVP.

Nors nuo 2012 m. Lietuvoje legalaus alkoholio vartojimo<sup>24</sup> lygis mažėja, 2016 m. jis buvo aukščiausias ES ir 1,3 k. viršijo ES vidurkį (13,2 ir 9,8 litro grynojo alkoholio atitinkamai).<sup>25</sup> 2017 m. vartojimas Lietuvoje toliau mažėjo.

### **6 pav. Legalaus alkoholio suvartojimas 2010–2017 m.**



Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas

Higienos instituto duomenimis, 2016–2017 m., ligotumas alkoholinėmis psichozėmis sumažėjo 15,7 proc., alkoholine priklausomybe – 5,4 proc. 2017 m. dėl tiesiogiai su alkoholio vartojimu susijusių ligų

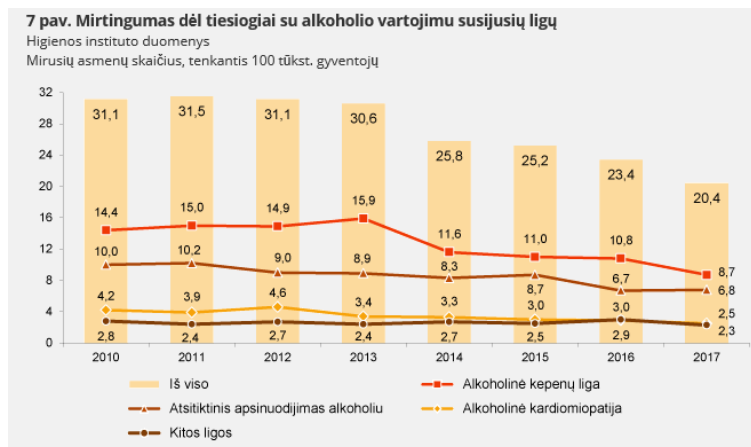
<sup>23</sup> [http://www.lsmuni.lt/media/dynamic/files/16349/alkoholio\\_zalos\\_tyrimas.pdf](http://www.lsmuni.lt/media/dynamic/files/16349/alkoholio_zalos_tyrimas.pdf)

<sup>24</sup> Legalaus alkoholio suvartojimas – mažmeninėje prekyboje ir maitinimo įmonėse išgytų alkoholinių gėrimų kiekis litrais, įvertinus į Lietuvą atvykusių turistų ir išvykusių Lietuvos gyventojų išgytą alkoholį, perskaičiuotas į absoliutų alkoholį (100 proc.), tenkantis vienam gyventojui arba vienam 15 metų ir vyresniam gyventojui.

<sup>25</sup> OECD. Health at glance, 2018.

mirė 16 proc. mažiau asmenų (576) negu 2016 m., tačiau 2017 m. vyrų mirtingumas dėl tiesiogiai su alkoholio vartojimu susijusių ligų 4,6 karto viršijo moterų.

### 7 pav. Mirtingumas dėl tiesiogiai su alkoholio vartojimu susijusių ligų 2010–2017 m.



Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas

Remiantis PSO 2013–2014 m. tarptautinio mokyklinio amžiaus vaikų gyvenimo ir sveikatos tyrimo“ (HBSC)<sup>26</sup> duomenimis, Lietuvos vaikai bene anksčiausiai iš visų tyrime dalyvaujančių šalių pradeda vartoti alkoholį, gana anksti pradeda girtauti, o remiantis EK ir EPBO parengta ataskaita „Lietuva. Šalies sveikatos profilis 2017“<sup>27</sup>, Lietuvoje girtaujantys penkiolikmečiai yra ypatingai opi problema.

Tarptautinio „Alkoholio ir kitų narkotikų tyrimo Europos mokyklose“ (ESPAD 2015 m.) tyrimo<sup>28</sup> duomenimis, bent vieną–du kartus gyvenime alkoholinius gėrimus vartojo 87 proc. Lietuvos 15–16 metų paauglių (2011 m. – 95,3 proc.). Nors situacija gerėjo, tačiau 2015 m. ESPAD vidurkis buvo 80 proc. Tyrimo duomenimis, bent kartą gyvenime buvę girti nurodė 46,2 proc. (2011 m. 63 proc.) 15–16 m. amžiaus paauglių, iš jų – 46,8 proc. berniukų ir 45,7 proc. mergaičių, bent kartą per pastaruosius metus – 30,3 proc. (2011 m. – 42,6 proc. ), o bent kartą buvo girti per paskutinį mėnesį iki apklausos – 10,7 proc. (2011 m. – 20 proc.), iš jų 22 proc. berniukų ir 18 proc. mergaičių. Nuo 2007 m. šie rodikliai Lietuvoje iš esmės nepakitę.

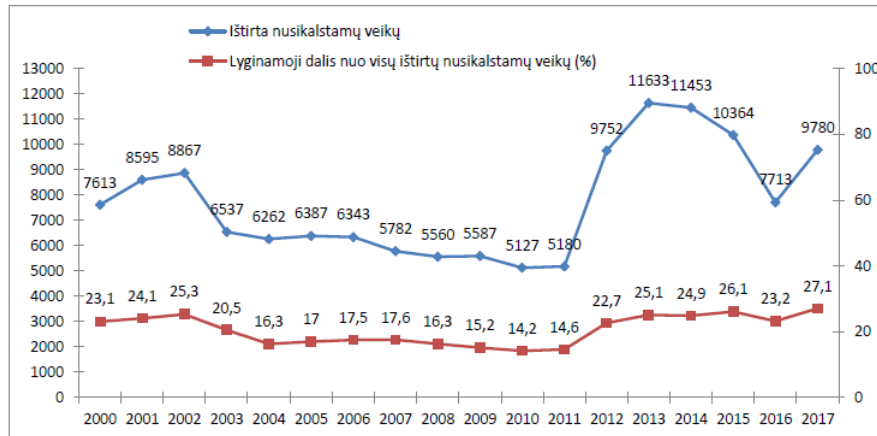
Policijos departamento duomenimis, palyginti su 2016 m., neblaivių asmenų sukeltų kelių eismo įvykių sumažėjo 24,8 proc., Valstybinės darbo inspekcijos duomenimis, 2017 m. nuo nelaimingų atsitikimų darbe nukentėjo 29 neblaivūs ir apsvaigę asmenys (2016 m. – 32). Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnybos duomenimis, 2017 m. pabaigoje savivaldybių vaiko teisių apsaugos tarnybų (skyrių) socialinės rizikos šeimų, auginančių vaikus, apskaitoje buvo 3,9 tūkst. girtaujančių šeimų – tai 0,2 tūkst. (4,9 proc.) mažiau nei 2016 m., jose augo 7,1 tūkst. vaikų. Per metus vaikų, augančių tokiose šeimose, sumažėjo 0,5 tūkst. (6,6 proc.). Tuo tarpu nusikalstamų veikų, kurių padarymu įtariami (kaltinami) neblaivūs asmenys, 2016–2017 m., augo.

<sup>26</sup> [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf?ua=1)

<sup>27</sup> [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_lt\\_lithuanian.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_lt_lithuanian.pdf)

<sup>28</sup> [https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/ESPAD15\\_%20ATASKAITA\\_%202016-09-06\\_1.pdf](https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/ESPAD15_%20ATASKAITA_%202016-09-06_1.pdf)

## 8 pav. Iširtos nusikalstamos veiklos, kurias padarė įtariamai (kaltinami) neblaivūs asmenys



Šaltinis: Vidaus reikalų ministerija

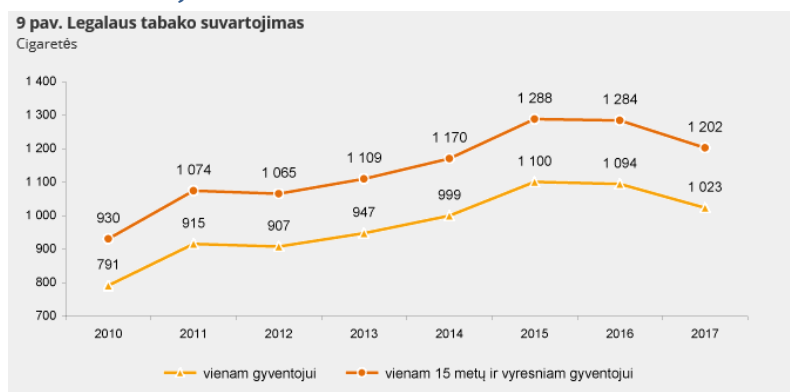
### Tabako vartojimas

Tabako vartojimo epidemija yra viena didžiausių visuomenės sveikatos grėsmių pasaulyje. Remiantis PSO duomenimis, kasmet visame pasaulyje nuo rūkymo sukeltų ligų miršta apie 6 mln. žmonių. Nors dažnai tabako sukeltos ligos pasireiškia tik po kelių dešimtmečių, pastebima tendencija, kad susirgusiųjų dėl rūkymo amžius jaunėja. Akivaizdu, kad tai vyksta todėl, kad pradeda rūkyti vis jaunesni žmonės. PSO konstatuoja, kad aštuoni iš dešimties rūkančiųjų pradeda vartoti tabaką būdami paaugliais. Nauju iššūkiu tampa populiarėjantis elektroninių cigarečių ir naujoviškų tabako gaminių vartojimas.

Vykdamt griežtesnę tabako kontrolės politiką, rūkančių suaugusiųjų skaičius Lietuvoje sumažėjo ir maždaug atitinka ES vidurkį: 2015 m. 15–16 m. rūkančių paauglių dalis Lietuvoje ir vidutiniškai ES sudarė 24 proc. apklaustųjų. Kasdien rūkančių vyrų dalis atitinkamai sudarė 21 proc. ir 20 proc.<sup>29</sup>. Iššūkiu Lietuvoje išlieka ganėtinai aukšti vyrų ir paauglių rūkymo rodikliai (15–16 metų vaikinų) populiacijoje<sup>30</sup>. Didžiausi rūkymo rodikliai labiau būdingi žemiausią išsilavinimą turintiems lietuviams.<sup>31</sup>

2010–2015 m. didėjęs legalių tabako gaminių vartojimas<sup>32</sup> Lietuvoje pradėjo mažėti nuo 2016 m. 2017 m. vienam 15 metų ir vyresniam gyventojui teko 1 202 cigaretės, įsigytos mažmeninėje prekyboje ir maitinimo įmonėse, t.y. 6,4 proc. mažiau nei 2016 m.

## 9 pav. Legalaus tabako suvartojimas 2010–2017 m.



Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas

<sup>29</sup> OECD. Health at glance, 2018

<sup>30</sup> Lietuva. Šalies sveikatos profilis 2017. Europos Komisija.

<sup>31</sup> Ten pat.

<sup>32</sup> Legalų tabako gaminių suvartojimas – mažmeninėje prekyboje ir maitinimo įmonėse įsigytų tabako gaminių, perskaičiuotų į cigaretes, kiekis, tenkantis vienam gyventojui.

Nors Lietuvoje stebima nežymi rūkymo paplitimo mažėjimo tendencija, rūkymo sukeltos vartojimo pasekmės nemažėja: Higienos instituto duomenimis, nuo 2012 iki 2016 m. Lietuvoje didėjo naujų susirgimų, susijusių su rūkymu, skaičius.

Valstybės sienos apsaugos tarnybos duomenimis, 2017–2018 m. sulaikytų rūkalų kiekis išaugo 45 proc., 2018 m. sudarydamas 1 mln. 768 tūkst. pakelių. Tai lėmė kontrabandinės žvalgybos, sienos apsaugos sustiprinimas. Didžiausią dalį sulaikytų cigarečių sudarė baltarusiškais akcizo ženklais pažymėti rūkalai. Nors kontrabandinių rūkalų sulaikoma vis daugiau, „Nielsen“ atliekamas tuščių pakelių tyrimas rodo, kad nelegali rinka 2018 m. išliko, palyginti su 2017 m. pabaiga, beveik nepakitusi (19,3 proc.), palyginti 19,6 proc.<sup>33</sup>

### Narkotinių medžiagų vartojimas

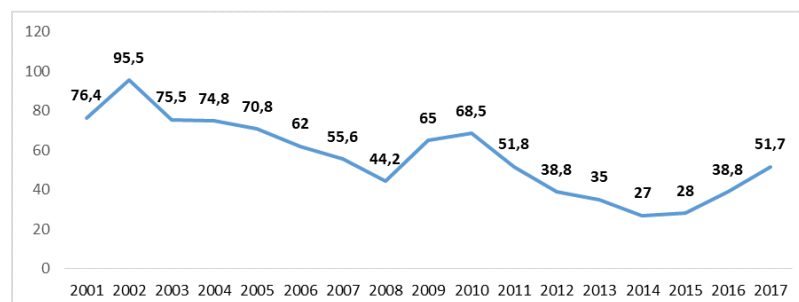
Remiantis Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento užsakymu atlikto „Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimo Lietuvoje 2016 metais“ tyrimo<sup>34</sup> rezultatais, 12 proc. 15–64 m. Lietuvos gyventojų nurodė bent kartą gyvenime vartoję kokių nors narkotinių medžiagų. 3 proc. teigė tokių medžiagų vartoję per paskutinius 12 mėnesių. 1 proc. – per paskutinį mėnesį. Remiantis ESPAD tyrimo duomenimis, bent kartą gyvenime vartojusių narkotikus mokinių didžiausia dalis vartojo kanapes, jų vartojimo paplitimas viršijo ESPAD tyrimo šalių vidurkį ir sudarė 18 proc.

Valstybinio psichikos sveikatos centro pateiktais duomenimis, 2017 m. gruodžio 31 d. asmens sveikatos priežiūros įstaigose dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, vartojant narkotines ir psichotropines medžiagas, iš viso registruota 23 proc. mažiau asmenų nei 2016 m. 2017 m. ligotumas narkomanija šiek tiek sumažėjo ir sudarė 145,1 atv. 100 tūkst. gyventojų. Tačiau 2016 m. Lietuva buvo viena iš 6 pirmaujančių Europos šalių pagal mirčių nuo narkotinių ir psichotropinių medžiagų perdozavimo atvejų skaičių. 90 proc. mirties atvejų įvyko dėl heroino ar kitų opioidų perdozavimo.<sup>35</sup>

Vis dėlto, Lietuvoje yra aukštesnis didelės rizikos narkotikų (būtent švirkščiamųjų narkotikų) paplitimas nei kitose Europos šalyse, didžiausias apskaičiuotas Vilniuje, Klaipėdoje, Kaune, Alytuje<sup>36</sup>. 2017 m. daugiau nei pusė asmenų (51,7 proc.), kuriems ŽIV diagnozė buvo nustatyta pirmą kartą, užsikrėtė vartodami narkotikus švirkščiamuoju būdu ir pralenkė ankstesniais metais vyravusį lytinį užsikrėtimo ŽIV infekcija būdą.

### **10 pav. Asmenų, kurie užsikrėtė ŽIV vartodami narkotines ir psichotropines medžiagas dalis 2010–2017 m., proc.**

Asmenų, kurie užsikrėtė ŽIV vartodami švirkščiamąsias narkotines ir psichotropines medžiagas, dalis 2001 – 2017 metais (proc.).



Šaltinis: Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas

Priklausomybė nuo azartinių lošimų, lažybų ir naujų kompiuterinių žaidimų

<sup>33</sup> <https://www.delfi.lt/verslas/verslas/tusciu-pakeliu-tyrimas-kontrabandiniu-cigareciu-lietuvoje-surukoma-vis-daugiau.d?id=79898091>

<sup>34</sup> [http://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/Ataskaita%20-%20NTAKD%20201701\(1\).pdf](http://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/Ataskaita%20-%20NTAKD%20201701(1).pdf)

<sup>35</sup> 2018 m. Europos narkotikų vartojimo paplitimo ataskaita: Tendencijos ir pokyčiai.

<sup>36</sup> Thanki, D., Mravčík, V., Běláčková, V., Mačiulytė, D., Zábanský, T., Širvinskienė, A., Subata, E., Lorenzo-Ortega, R. (2018 m.). Didelės rizikos narkotikų vartotojų paplitimo vertinimo bei adatų ir švirkštų programos ir pakaitinio gydymo aprėpties įvertinimo taikant daugiametodinį skaičiavimą Lietuvoje 2015–2016 m.

Azartiniai lošimai, lažybos ir nauji kompiuteriniai žaidimai, turintys azartinių lošimų požymių, tampa masiniu laisvalaikio leidimo būdu. Psichikos sveikatos specialistų teigimu, azartiniai lošimai yra specifinė pramogos rūšis, kuria piktnaudžiaujant gali susiformuoti priklausomybė. Priklausomybė gali sukelti įvairių socialinių ir psichologinių problemų ne tik lošiančiajam, bet ir jo artimiesiems. Tyrimų duomenimis, nuo minėtos problemos daugiausia kenčia 18–40 metų vyrai.

Pagal apribojusių savo teisę lošti asmenų registro 2018 m. lapkričio 30 d. duomenis<sup>37</sup> (2017–2018 m.), yra įregistruotas 6 031 prašymas neleisti lošti. Tuo tarpu per 2004–2017 metus, tokių prašymų buvo pateikta 4 570. 95 proc. pateikusiųjų prašymus yra vyrai. Iš visų prašymus pateikusių asmenų, 85 proc. jų yra 18–40 amžiaus žmonės. Įvairūs moksliniai tyrimai ir praktika rodo, kad dėl vieno lošėjo probleminio lošimo kenčia 20–30 asmenų, kurie patiria finansines, socialines ir kitas problemas, išgyvena psichologinius sunkumus, t.y. 6 000 probleminių lošėjų aplinkoje dėl jų lošimų kenčia mažiausiai 120 000 asmenų.

### Mityba ir fizinis aktyvumas

Lietuvoje didžiosios dalies suaugusių ir pagyvenusių gyventojų mityba nėra palanki sveikatai ir neatitinka sveikos mitybos rekomendacijų<sup>38</sup>. Pagrindiniai maisto produktų pasirinkimo kriterijai yra skonis (39,7 proc.) ir kaina (31,9 proc.), ir tik 13,4 proc. gyventojų renkasi maistą sveikatos gerinimo (ligų profilaktikos) tikslu. Lietuvos gyventojai per mažai vartoja daržovių ir vaisių: per dieną vidutiniškai suvartojama tik apie 260 g daržovių ir vaisių. Didžioji dalis Lietuvos gyventojų žuvį ir žuvies produktus vartoja 1–2 kartus per savaitę, tik 41,5 proc. nesūdo jau pagamintų patiekalų. Lietuvos gyventojų paros maisto racione per daug energinės vertės tiekia riebalai (41,69 proc.), sočiosios riebalų rūgštys (12,9 proc.), cukrūs (12,9 proc.); per dieną vidutiniškai gaunama tik apie 16 g skaidulinių medžiagų, mažiau negu rekomenduojama – vitaminų A, C, B2, B12, niacino, pantoteno rūgšties bei mineralinių medžiagų magnio, geležies, cinko, seleno, jodo. Tik apie 60 proc. Lietuvos ikimokyklinio amžiaus vaikų, nelankančių ikimokyklinio ugdymo įstaigų, kasdien ir kelis kartus per dieną vartoja šviežias daržoves. Saldumynų nevaruoja tik kiek daugiau negu trečdalis 1–3 m. amžiaus ir tik 3,1 proc. 3–7 m. amžiaus vaikų<sup>39</sup>. Kas antras Lietuvos mokyklinio amžiaus vaikas kasdien ir kelis kartus per dieną vartoja saldumynus (51,7 proc.), kas penktas (18,1 proc.) saldumynus valgo kelis kartus per dieną; tik labai maža dalis (2,5 proc.) vaikų teigė, kad saldumynų nevalgo<sup>40</sup>.

Nors Lietuvos nutukimo ir antsvorio rodikliai yra santykinai maži, 7–8 m. vaikų antsvoris ir nutukimas 2007–2008 ir 2015–2017 m. laikotarpiais, priešingai nei ES, didėjo nuo maždaug 8 iki 10 proc., kai ES vidutiniškai sumažėjo nuo maždaug 13 iki 12 proc.<sup>41</sup> Ši tendencija kelia susirūpinimą, nes labai tikėtina, kad antsvorio turintis ar nutukęs vaikas arba paauglys taps antsvorio turinčiu arba nutukusiu suaugusiuoju, antsvoris vaikystėje „jaunina“ ligas bei trumpina gyvenimo trukmę. Nutukusius vaikus tris kartus dažniau kamuoja hipertenzija (padidėjęs kraujospūdis), didėja aterosklerozės rizika, mažėja kraujagyslių elastingumas, prasideda lėtinės ligos, pavyzdžiui, II tipo cukrinis diabetas, stebimas kepenų suriebėjimas, atsiranda sąnarių skausmų, netgi miego apnėjos atvejų. Suaugusiųjų nutukimas sudarė 17 proc. palyginus su 16 proc. ES vidurkiu. Lietuvoje nutukimo rodikliai 50 proc. didesni gyventojų, kurių išsilavinimas žemiausias, palyginti su gyventojais, kurių išsilavinimas aukščiausias.<sup>42</sup>

2016–2017 m. Lietuvos gyventojų dalis, kuri sportavo/mankštinosi ir užsiėmė kita aktyvia fizine veikla augo 4 p.p. ir sudarė 59 proc. apklaustųjų, tačiau nuo 11 proc. iki 14 proc. augo ir gyventojų dalis, kuri nei sportuoja/ mankštinosi, nei užsiima kita aktyvia fizine veikla.

<sup>37</sup> [https://www.lrs.lt/sip/portal.show?p\\_r=16017&p\\_k=1&p\\_t=263244](https://www.lrs.lt/sip/portal.show?p_r=16017&p_k=1&p_t=263244)

<sup>38</sup> Barzda A., Bartkevičiūtė R., Baltušytė I., Stukas R., Bartkevičiūtė S. Suaugusių ir pagyvenusių Lietuvos gyventojų faktinės mitybos ir mitybos įpročių tyrimas. Visuomenės sveikata 2016:1(72): 85-94.

<sup>39</sup> Bartkevičiūtė R., Barzda A., Baltušytė I., Stukas R., Bartkevičiūtė S. Ikimokyklinio amžiaus vaikų, nelankančių ikimokyklinio ugdymo įstaigų, mitybos ypatumai. Visuomenės sveikata 2016:1(72): 76-84.

<sup>40</sup> Bartkevičiūtė R., Barzda A., Baltušytė I., Sadaunykaitė J. 2013 m. bendrojo lavinimo mokyklų 6–7 klasių mokinių mitybos įpročių ir fizinio aktyvumo įgūdžių tyrimas. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, 2013.

<sup>41</sup> OECD. Health at glance, 2018

<sup>42</sup> State of Health in the EU. Lietuva. Šalies sveikatos profilis 2017. Europos Komisija.

## 11 pav. Lietuvos gyventojų fizinis aktyvumas

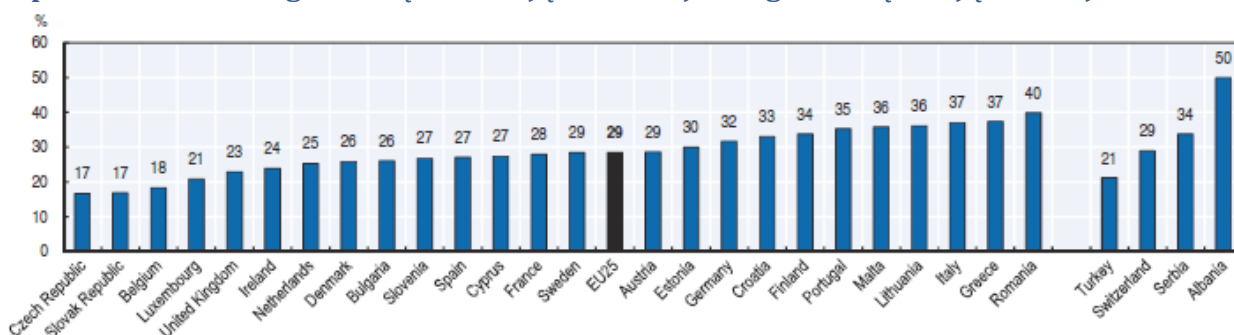


Šaltinis: Lietuvos gyventojų fizinio aktyvumo tyrimas, Spinter tyrimai, 2017 m.

### Užkrečiamųjų ligų valdymas

ŽIV ir tuberkuliozės prevencija ir paplitimo valdymas išlieka svarbiu uždaviniu visose ES šalyse. Tai atitinka JT 3.3. uždavinį – sustabdyti ŽIV, tuberkuliozės ir kitų užkrečiamųjų ligų epidemijas iki 2030 m. Lietuvoje naujų susirgimo ŽIV infekcija atvejų skaičius didėja (2014 m. – 141, 2017 m. – 263)<sup>43</sup>. Taip pat, palyginti su ES šalimis, aukštas pavėluoto ŽIV diagnozavimo procentas naujai diagnozuotų atvejų skaičiuje (2016 m. 36 proc. palyginti su 29 proc.).<sup>44</sup>

## 12 pav. Pavėluotai diagnozuotų ŽIV atvejų dalis naujai diagnozuotų atvejų skaičiuje ES



Note: Minimum of 30 HIV cases needed for inclusion. EU average unweighted.

Source: ECDC (2017).

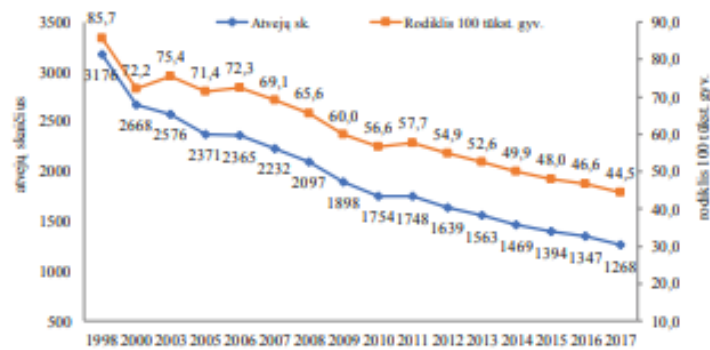
Tai leidžia daryti prielaidą, kad ŽIV atvejų identifikavimas ir gydymas ankstyvajame etape, ypatingai rizikos grupėse, vyksta nepakankamai veiksmingai.

Tuberkuliozės paplitimas Lietuvoje išlieka problema, nors ir pastaraisiais metais pastebimai mažėja. Naujų tuberkuliozės atvejų skaičius 100 000 gyventojų 2017 m. sudarė 44,5, palyginus su 33,5 ir 14 atvejų Latvijoje ir Estijoje.

<sup>43</sup> Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas

<sup>44</sup> OECD. Health at glance, 2018

### 13 pav. Naujų tuberkuliozės atvejų skaičius 1998–2017 m.



Šaltinis: Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras

Didesnė tikimybė susirgti tuberkulioze yra tiems, kurie yra neskiepyti nuo tuberkuliozės; bendraujantys su sergančiais tuberkulioze; dažnai sergantys viršutinių kvėpavimo takų ligomis; sergantys lėtinėmis ligomis; asmenys, gydomi kortikosteroidais; infekuoti žmogaus imunodeficitu virusu arba esant kitoms imunodeficitinėms būklėms; vaikai iš socialinės rizikos šeimų; gyvenantys sutrikusio vystymosi kūdikių namuose, vaikų globos namuose, internatuose, pensionatuose; migrantai.<sup>45</sup> Tuberkuliozės gydymas yra socialinė problema, kai kuriuos pacientus labai sudėtinga pritraukti gydytis, o pradėjus gydymą svarbu jo nenutraukti, griežtai laikytis paskirto gydymo režimo, laiku išgerti visus paskirtus vaistus.

Problema yra ir dauginis tuberkuliozės atsparumas vaistams – EPBO vertinimu, 2016 m. šie atvejai sudarė 12 proc. visų naujų tuberkuliozės atvejų Lietuvoje, tuo tarpu ES – vidutiniškai tik 3 proc. Dauginį atsparumą lemia neteisingas vaistų vartojimas, įskaitant atvejus, kai nebaigiamas gydymo kursas, neteisingai paskiriami vaistai ar tinkamas gydymas nėra prieinamas. Dauginio atsparumo tuberkuliozės atvejai reikalauja ilgesnio gydymo bei pasižymi mažesne išgydymo sėkme.

Gerintini yra ir vakcinacijos rodikliai – 2015 m. vakcinacija nuo gripo asmenims virš 65 m. siekė tik 19,5 proc. palyginus su daugiau nei 40 proc. ES vidurkiu. Taip pat žemesni nei ES vidurkiai yra vakcinacijos prieš kokliušą, difteriją ir stabligę bei tymus<sup>46</sup> (vaikų iki dvejų metų amžiaus skiepijimo apimtys tymų-epideminio parotito-raudonukės vakcina siekė tik 93,46 proc. (2016 m. – 93,72 proc.), o tarp 6–8 metų vaikų – 94,49 proc. (2016 m. 94,08 proc.). Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro duomenimis, 2019 m. sausio 1 – kovo 13 d. Lietuvoje iš viso užregistruoti 128 tymų atvejai, tuo tarpu pernai per visus metus tymais Lietuvoje susirgo 30 žmonių. Dažniausios neskiepijimo priežastys yra tėvų atsisakymas skiepyti savo vaikus, migracija ir emigracija bei lėtinės ligos.<sup>47</sup> Gerais vakcinacijos rodikliais laikoma, kai paskiepytųjų skaičius šalyje ir jos regionuose siekia bent 95 proc. tikslinės grupės asmenų.<sup>48</sup>

#### Psichikos sveikata

Nors Lietuvoje standartizuotas mirtingumas dėl savižudybių 100 000 gyventojų mažėja, jis išlieka vienas aukščiausių ES, 2017 m. sudaręs 25,8<sup>49</sup> (ES 2013–2015 m. vidurkis buvo apie 15). Ypatingai aukštas yra vyrų mirtingumo rodiklis (2017 m. – 46,9 palyginti su maždaug 20 ES 2013–2015 m. ).

<sup>45</sup> <https://nvsc.lrv.lt/lt/uzkrechiamuju-ligu-valdymas/tuberkulioze>

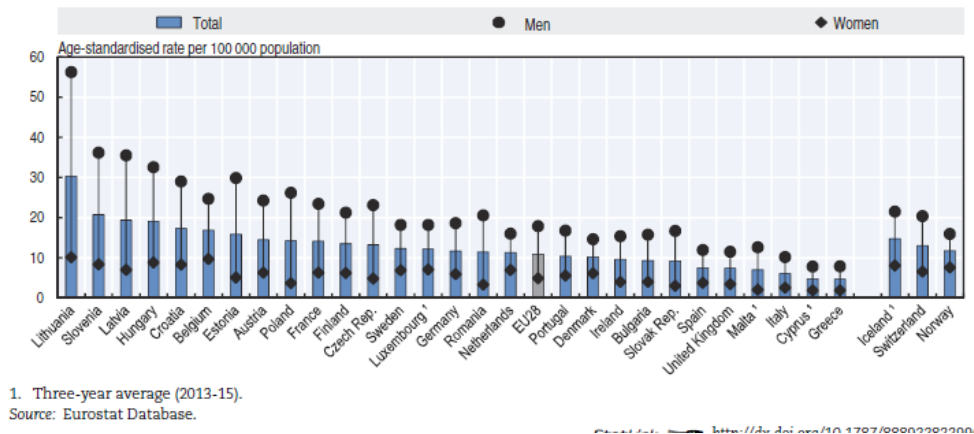
<sup>46</sup> Tymų ir raudonukės viruso cirkuliavimo sustabdymui reikalingos skiepijimo dviem tymų, epideminio parotito, raudonukės (MMR) vakcinacijos dozėmis, tačiau 1964 - 1988 m. vaikai valstybės lėšomis buvo skiepijami tik vieną kartą

<sup>47</sup> <https://nvsc.lrv.lt/lt/naujienos/kombinuota-tymu-epideminio-parotito-ir-raudonukes-vakcina-geriausia-ligu-ir-ju-sukeltu-komplikaciju-prevencijos-priemone>

<sup>48</sup> OECD Reviews of Health Systems: Lithuania, 2018

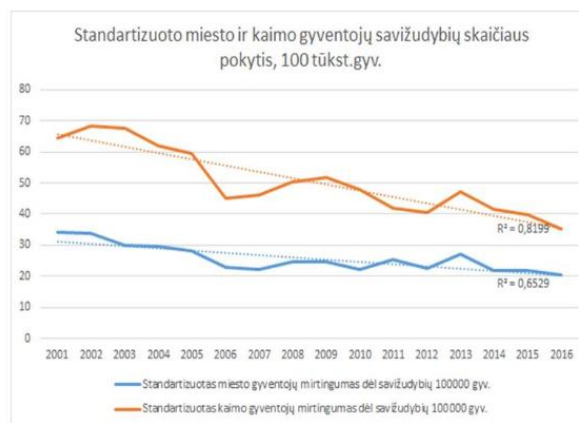
<sup>49</sup> Higienos institutas. Mirties priežastys 2017

#### 14 pav. Standartizuotas savižudybių rodiklis ES 2013–2015 m.



Remiantis EPBO, savižudybes lemia sukrečiantys gyvenimo įvykiai (mylimo žmogaus mirtis, skyrybos ar darbo praradimas), socialinė atskirtis, socio-ekonominis ar kultūrinis kontekstas. Didelė dalis asmenų, kurie bando žudytis arba nusizudė, turi/turėjo psichikos sutrikimų. 2016 m. duomenimis, Lietuvoje sergamumas psichinėmis ligomis (17,9 proc.) buvo panašus kaip ir ES vidurkis (17,3 proc.). Lietuvoje savižudybių statistika yra maždaug du kartus blogesnė kaime.

#### 15 pav. Standartizuoto miesto ir kaimo gyventojų savižudybių skaičiaus pokytis, 100 000 gyv.



Šaltinis: Valstybinis psichikos sveikatos centras

Prastus psichinės sveikatos rodiklius lemia ir psichologinės pagalbos prieinamumo skirtumai savivaldybėse, taip pat tai, kad ne visuose psichikos sveikatos centruose užtikrinamas visos specialistų komandos darbas, tai, kad daugiau nei pusė bendrojo ugdymo mokyklų neturi psichologo.<sup>50</sup>

#### Darbo ir buities aplinka

Lietuvoje mirtinų nelaimingų atsitikimų darbe skaičius, tenkantis 100 tūkst. darbuotojų, 2016 m. sudarė 3,69 ir 2 kartus atsiliko nuo ES vidurkio (1,71).<sup>51</sup> LR Statistikos departamento duomenimis, mirtinų nelaimingų atsitikimų darbe rodiklis 2017 m. sumažėjo ir sudarė 2,9. Lietuvoje standartizuotas mirtingumas dėl nukritimo sudarė 8,2/100 000 gyv. iš 100 000 gyventojų, daugiausiai mirčių dėl nukritimų įvyko namuose – 55,7 proc.

#### Fizinė aplinka

2017 m. Lietuvoje standartizuotas mirtingumas dėl atsitiktinių skendimų sudarė 4,9/100 000 gyv., mirtingumas dėl transporto įvykių – 8,7/100 000 gyv., o pėsčiųjų mirtingumas – 3,2/100 000 gyv. Palyginimui, 2016 m. ES vidutiniškai mirtingumas dėl transporto įvykių sudarė 5/100 000 gyv., o

<sup>50</sup> „Savižudybių prevencija ir pagalba asmenims, susijusiems su savižudybės rizika“. Valstybės kontrolė, 2017 m.

<sup>51</sup> Šaltinis - Eurostat



pėsčiųjų mirtingumas – 1/100 000 gyv. Pagal EPBO skaičiuojamą mirtingumą dėl PM2,5 dalelių kiekio ore<sup>52</sup>, 2016 m. Lietuva pateko į didžiausio mirtingumo dėl šios priežasties šalių grupę (600+ mirčių 1 000 000 gyventojų), kaip ir visa Centrinė bei Rytų Europa, tuo tarpu mažiausias mirtingumas fiksuotas Šiaurės šalyse.

Nepakankamą prevencinių intervencijų veiksmingumą, šalia kitų valstybės intervencijų, lemia ir neefektyvi visuomenės sveikatos biurų – pagrindinių savivaldybių institucijų visuomenės sveikatos srityje – veikla. Atskirų vertinimų apie šių biurų vykdomų intervencijų rezultatyvumą nėra, tačiau EPBO<sup>53</sup> ir EK<sup>54</sup> pažymi, jog dažnai vykdomos smulkios, nepakankami orientuotos į rizikingiausias visuomenės dalis veiklos. Jos, be to, yra ir ne itin orientuotos į visuomenės elgsenos pokyčius bei pagrįstos įrodymais, veiklos prioritetai dažnai pasirenkami pačių biurų nuožiūra, veiklos rodikliai orientuoti į procesą (pvz. tam tikrose veiklose dalyvavusių asmenų skaičius), o ne į rezultatą.

Pažymėtinas ir gana žemas tikslinių grupių dalyvavimas prevencinėse Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) finansuojamose krūties, gimdos kaklelio, prostatos, storosios žarnos vėžio programose (atrankinėse patikrose), kurias vykdo pirminis asmens sveikatos priežiūros sektorius. Lietuvoje yra apie 1,5 mln. gyventojų, kuriems rekomenduojama dalyvauti šiose programose<sup>55</sup>, tačiau Higienos instituto duomenimis, dalyvavimas šiose programose 2017 m. sudarė tik 41–53 proc. tikslinės grupės. Palyginimui, EPBO duomenimis, 2016 m. gimdos kaklelio vėžio patikros programose Lietuvoje dalyvavo 50 proc. tikslinės grupės, kai ES vidurkis buvo 60 proc., o kai kuriose šalyse (Austrija, Švedija, Vokietija) jis sudarė virš 80 proc.), mamografijos (dėl krūties vėžio) atliktos 46 proc. tikslinės grupės, palyginus su 58 proc. ES. Be to, egzistuoja ir dideli skirtumai tarp regionų, pvz. 2013–2015 m. gimdos kaklelio vėžio prevencijos programoje moterų dalyvavimas šalyje skyrėsi iki 2,5 k. (70 proc. Visagine ir 27,6 proc. Kupiškio r.<sup>56</sup>). Taip pat pažymėtina, kad miestų ir aukštesnio išsilavinimo gyventojai šiose programose dalyvauja aktyviau<sup>57</sup>. Žemą dalyvavimą lemia nepakankamas gyventojų suvokimas apie profilaktinių patikrinimų naudą, apsilankymo laiko suderinimo problemos (sunku suderinti, eilės)<sup>58</sup>, nevienodas ASPĮ aktyvumas kviečiant gyventojus dalyvauti šiose programose.

Gyventojų dalyvavimas Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programoje irgi yra žemas<sup>59</sup>. Vilniaus ligonių kasų duomenimis, 2017 m. programoje dalyvavo tik 40 proc. tikslinės grupės. Informavimo paslaugų irgi buvo suteikta tik panašia apimtimi (apie 40 proc.), kas rodo neišnaudotą aktyvaus kvietimo potencialą.

### **1. Nepakankamas pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumas**

Lietuvoje gerintinas lėtinių ligų, kurios kelia didelę finansinę naštą valstybei, valdymas. Pavyzdžiui, Jungtinėse Amerikos Valstijose atskirais publikuotais duomenimis, lėtinėmis ligomis sergantieji sunaudoja iki 74 procentų sveikatos priežiūrai skiriamų resursų. Lėtinių ligų paplitimas didėja dėl gerėjančios medicininių paslaugų kokybės ir besikeičiančio gyvenimo būdo, ilgėjant gyvenimo trukmei. Be to, lėtinės ligos sudaro didžiąją dalį mirčių. Gerinti lėtinių ligų valdymą pirminės sveikatos priežiūros sektoriuje svarbu, kadangi tai mažina stacionariųjų paslaugų, kurios yra pačios brangiausios, poreikį. Lietuvos hospitalizacijos dėl lėtinių ligų, būtent širdies nepakankamumo bei astmos ir lėtinės obstrukcinės plaučių ligos, rodikliai pastaruoju metu sumažėjo, tačiau vis dar viršija ES vidurkį.

<sup>52</sup> Rodiklis, skaičiuojantis smulkių dalelių, kurių skersmuo mažesnis nei 2,5 mikronų, kiekį ore

<sup>53</sup>OECD Reviews of Health Systems: Lithuania, 2018

<sup>54</sup> [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file\\_import/2019-european-semester-country-report-lithuania\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-lithuania_en.pdf)

<sup>55</sup> <http://www.vilniaustlk.lt/index.php?id=2753>

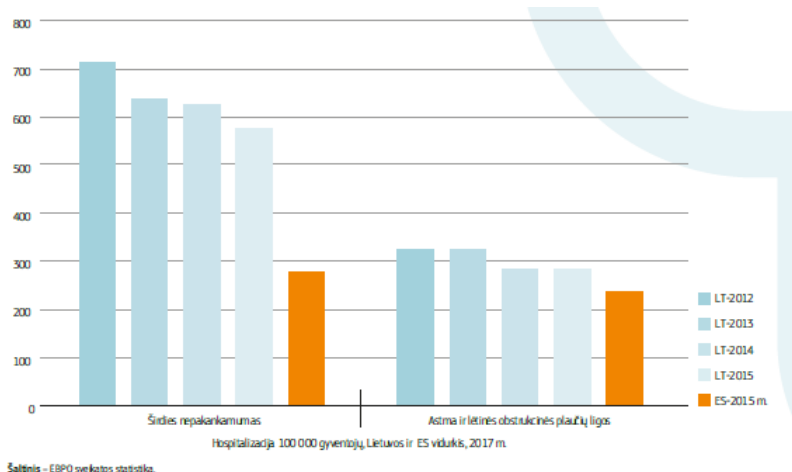
<sup>56</sup> [http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/VNS\\_2017\\_4\(23\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/VNS_2017_4(23).pdf)

<sup>57</sup> [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2015.1\(68\)/VS%202015%201\(68\)%20ORIG%20Vezio%20patikra.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2015.1(68)/VS%202015%201(68)%20ORIG%20Vezio%20patikra.pdf)

<sup>58</sup> <http://www.vlk.lt/naujienos/tyrimai/Documents/VLK-2017-10-prezentacija-27%20d.pdf>

<sup>59</sup> programa skirta visiems vyrams nuo 40 iki 55 metų ir visoms moterims nuo 50 iki 65 metų. Visas paslaugas programoje dalyvaujantiems asmenims teikia šeimos gydytojas nemokamai arba siunčia tolesnei konsultacijai į kardiologijos prevencijos padalinį vieną kartą per metus.

## 16 pav. Hospitalizacijos dėl lėtinių ligų rodiklių dinamika Lietuvoje 2012–2015 m.



### 2. Nepakankamas specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumas

Mirtingumo nuo išeminės širdies ligos per 30 dienų nuo hospitalizacijos pradžios rodiklis 100 pacientų, kurių amžius 45+, 2015 m. ES vidurkis (kai mirtis įvyko toje pačioje ligininėje, į kurią pacientas pradžioje buvo paguldytas) sudarė 9,5 proc. Lietuvoje šis rodiklis<sup>60</sup> sudarė nuo 6,4 proc. iki 12,8 proc. priklausomai nuo asmens sveikatos priežiūros įstaigos (perkutaninio koronarinio centro). Mirtingumą nuo išeminės širdies ligos sveikatos priežiūros sektoriuje lemia savalaikis paciento atvežimas į gydymo įstaigą, medicinos intervencijų veiksmingumas ir specializuotos infrastruktūros – perkutanines kateterio intervencijas sugebančių atlikti centrų – buvimas.

2015 m. standartizuotas mirtingumas nuo išeminio insulto per 30 dienų nuo hospitalizacijos pradžios 100 pacientų, kurių amžius 45+ (kai mirtis įvyko toje pačioje ligininėje, į kurią pacientas pradžioje buvo paguldytas) Lietuvoje sudarė 15,3, tuo tarpu ES vidurkis buvo 8,6. Pastebima, jog šalyse, kur žemas mirtingumas nuo išeminės širdies ligos, mirtingumas nuo išeminio insulto irgi yra žemas – tai rodo, jog šiuos rezultatus gali lemti intensyvi pagalbos suteikimo kokybė, būtent, savalaikis paciento transportavimas, veiksmingos medicininės intervencijos, specializuota infrastruktūra – insulto centrai.

Standartizuotas išgyvenamumas po krūties vėžio per penkerius metus pagerėjo, tačiau 2014 m. buvo trumpiausias ES (74 proc.), palyginus su 83 proc. ES vidurkiu, o kai kuriose šalyse siekė 88–89 proc. (Švedija, Suomija, Portugalija). Standartizuotas mirtingumas 100 000 moterų siekė 32 palyginus su 33 ES vidurkiu. 2017 m. šis rodiklis sumažėjo iki 26,<sup>61</sup>. Standartizuotas mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio 100000 moterų buvo 2 k. didesnis (12) nei ES vidurkis (6). 2017 m. šis rodiklis sumažėjo iki 11,4. Standartizuotas mirtingumas nuo storosios žarnos ir priešinės liaukos vėžio 2014–2017 m. mažėjo labai neženkliai: atitinkamai nuo 32,3 iki 31,5 ir nuo 59,1 iki 59,4. Išgyvenamumo rodikliai priklauso nuo susirgimo diagnozavimo ankstumo ir gydymo veiksmingumo.

### 3. Ryškūs gyventojų sveikatos/sveikatos priežiūros netolygumai

Lietuvoje gyventojų sveikatos netolygumai tarp miesto ir kaimo iš lėto mažėja, tačiau išlieka. Remiantis Higienos instituto duomenimis, 2015 m. miesto gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė buvo 2,8 m. ilgesnė, o 2017 m. skirtumas sumažėjo iki 2,5 m. 2017 m. 1,26 k. didesnis bendrasis mirtingumas 100 000 gyventojų kaime sumažėjo iki 1,24 k. Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų tais pačiais laikotarpiais sumažėjo nuo 1,35 k ir 1,31 k., mirtingumas nuo piktybinių navikų mažėjo nuo 1,09 k. 2015 m. iki 1,01 k., tačiau mirtingumas nuo išorinių priežasčių padidėjo nuo 1,34 k. iki 1,4

<sup>60</sup> Pagal stacionarines aktyvaus gydymo paslaugas

<sup>61</sup> SAM duomenimis

k., o mirtingumas nuo savižudybių padidėjo nuo 1,6 k. iki 1,7 k.<sup>62</sup> 2017 m. sergančių miestiečių buvo daugiau, nors jų mirtingumo rodikliai yra geresni – tai lemia sveikatos priežiūros prieinamumo kaimo gyventojams problemos.<sup>63</sup> Didelėje rizikos grupėje yra: turintieji mažas pajamas, turintieji ribotą išsimokslinimą, vieniši, šeimos, kuriose yra tik vienas iš tėvų, bedarbiai arba neturintys nuolatinio užsiėmimo, veikiami streso ir kitų darbo, buities, aplinkos kenksmingų veiksnių.

## Nepakankamo prieinamumo priežasčių grupė

### 1. Ilgos eilės

Remiantis Valstybės kontrolės duomenimis<sup>64</sup>, Lietuvoje daugiau nei pusė (54 proc.) apklaustųjų gyventojų patenkinamai arba blogai vertina galimybę norimu laiku patekti pas šeimos gydytoją, o blogiausiai (66 proc.) vertina patekimą pas gydytojus specialistus. Tik 15 proc. minėtų paslaugų rūšių galima gauti greičiau nei per 31 dieną. Viena to priežasčių – neoptimali specialistų struktūra, slaugytojų ir gydytojų specialistų trūkumas. Dėl specialistų trūkumo ilgiausiai tenka laukti gydytojo genetiko, hematologo, kardiologo, endokrinologo, oftalmologo paslaugų. Kita vertus, šeimos gydytojai yra apkrauti dokumentacijos pildymu bei vis dar dirba darbus, kurie įveikiami slaugytojams, pvz. pacientų įvertinimas dėl skiepijimo, pacientų konsultavimas tam tikrais atvejais. Norėdami greičiau patekti pas gydytojus arba atlikti tyrimus, žmonės linkę rinktis mokamas paslaugas privačiose gydymo įstaigose. Dalis žmonių, nenorėdami laukti ilgose eilėse, nusprendžia gydytis patys. Auditas atskleidė, kad ir patys pacientai prisideda prie didelių eilių, nes apie 20 proc. užsirašiusių į gydymo įstaigas pas gydytojus neatvyksta.

Eiles bei apsilankymų pas gydytojus skaičiaus augimą sąlygoja ir emigracija, nes išvažiavo/–iuoja santykinai jauna ir mažai serganti žmonių grupė. Be to, šeimos gydytojai (toliau – ŠG) patiria spaudimą iš gydytojų specialistų siųsti pacientus jiems, kadangi apmokėjimas šiems vyksta pagal suteiktų paslaugų skaičių.

Kitas aspektas – senstant visuomenei ir ilgėjant gyvenimo trukmei didėja slaugos paslaugų poreikis. Senyvo amžiaus gyventojams tuo pat metu reikia ir sveikatos, ir socialinių paslaugų. Lietuvoje slauga išlieka orientuota į ligonines<sup>65</sup>, turimų lovų skaičiaus neužtenka, slaugos ligoninėse susidariusios 3–4 mėn. eilės, kurios dar ir yra dirbtinai „išpūstos“ dėl nekontroliuojamų registracijų į kelias ligonines vienu metu (analogiškai kaip ir pas gydytojus specialistus). Be to, per metus asmuo gali slaugos ligoninėje praleisti ne daugiau kaip 4 mėn.

### 2. Didelė išlaidų vaistams dalis

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra problemiškas dėl santykinai didelių pacientų priemokų vaistams. 2015 m. EPBO duomenimis, pacientų priemokų receptiniams kompensuojamiems vaistams dalis ligoninėse sudarė panašiai kiek ir vidutiniškai ES (6,1 proc.), tačiau ambulatorinėse grandyse – virš 40 proc., kai EPBO vidurkis buvo 27 proc.. Bendrai, priemokų dalis receptiniams kompensuojamiems vaistams 2016 m. sudarė 21 proc., o 2018 m. sudarė 14 proc. (SAM duomenimis). Nuo 2017 m. liepos 1 d., kuomet buvo pradėtas taikyti ambulatoriniam gydymui skirtų vaistinių preparatų, kompensuojamų iš PSDF, bazinių kainų apskaičiavimo pakeitimas, vidutinė paciento priemoka receptui iki 2019 m. sausio mėn. sumažėjo 60 proc. nuo 5,7 iki 2,3 Eur, palyginus su 2017 m. birželio mėn. duomenimis.

Remiantis EPBO, 2016 m. mažmeninės prekybos išlaidos vaistams (bendrai visiems) vienam gyventojui Lietuvoje priartėjo prie ES vidurkio (389 Eur ir 417 Eur atitinkamai), tačiau Lietuvoje santykinai maža šių išlaidų dalis buvo kompensuojama valstybės (33 proc.), palyginti su 64 proc. vidutiniškai ES.

<sup>62</sup> „Mirties priežastys 2017 m.“, „Mirties priežastys 2015 m.“, Higienos institutas

<sup>63</sup> „Lietuvos sveikatos statistika 2017 m.“, Higienos institutas, 2018 m.

<sup>64</sup> „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą“, Valstybės kontrolė, 2018 m.

<sup>65</sup> OECD Reviews of Health Systems: Lithuania, 2018

### 3. Aukštas korupcijos lygis

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui įtaką daro ir korupcija sveikatos apsaugos srityje, kurią Lietuvos gyventojai 2007–2018 m. įvardino kaip didžiausią lyginant su kitomis sritimis (tokios nuomonės buvo apie 50 proc. visų apklaustųjų).<sup>66</sup> Remiantis Lietuvos korupcijos žemėlapiu 2018, tarp labiausiai korumpuotų sveikatos apsaugos įstaigų Lietuvos gyventojai įvardino respublikines ligonines/klinikas, miestų ir rajonų ligonines, Valstybinę vaistų kontrolės tarnybą, poliklinikas. Vidutinis kyšis asmens sveikatos priežiūros įstaigose svyravo nuo 60 iki 130 Eur, o maksimalūs dydžiai nuo 205 Eur iki 500 Eur.

Pastebima, kad 2017–2018 m. padaugėjo manančių, kad kovoje su korupcija atsakingi yra patys respondentai ir jų aplinka (šeima, artimieji, pažįstami) – nuo vidutiniškai 13 proc. iki 46 proc.. Kaip pagrindinę kyšio ėmimo priežastį didžioji dalis tiek apklaustų gyventojų, tiek įmonių atstovų, tiek valstybės tarnautojų nurodė per retą ir per mažą baudžiamąją atsakomybę už korupcines veikas.

#### **Nepakankamo efektyvumo, kokybės ir saugos priežasčių grupė**

##### **1. Neefektyvus stacionariųjų ir ambulatorinių paslaugų balansas**

Lietuvos sveikatos priežiūros sistema vis dar išlieka (tokia sistema susiklosčiusi istoriškai) stipriai orientuota į stacionaraus gydymo sektorių, kas lemia didesnes paslaugų teikimo sąnaudas. Hospitalizavimo rodikliai tebėra dideli ir nemažėja – 24 atvejai 100 gyventojų, kai ES vidurkis yra 17, o stacionaro lovų skaičius išlieka antras pagal dydį ES (608, palyginti su 418 atitinkamai 100 000 gyventojų).<sup>67</sup> Vidutinė gydymosi stacionare trukmė 2015 m. buvo panaši į EPBO šalių vidurkį (6,3 ir 6,7 atitinkamai), tačiau su tuberkuliozės gydymu susijęs vidutinis gydymosi stacionare trukmės rodiklis buvo daugiau nei 4 kartus didesnis nei EPBO šalių vidurkis.<sup>68</sup> Ligoninių užimtumas yra žemesnis (73,5 proc.) palyginus su 77 proc. EPBO šalių vidurkiu. Prasčiausi užimtumo rezultatai buvo stebimi mažose ligoninėse. Bendrai, Lietuvos gyventojai lankosi pas gydytoją vidutiniškai dažniau (8,6 k. per metus) nei ES gyventojai (6,5 k.)<sup>69</sup> – tai irgi rodo neefektyvų sveikatos priežiūros sistemos organizavimą.

Iš kitos pusės, senstant visuomenei ir ilgėjant gyvenimo trukmei didėja slaugos, tame tarpe, ir stacionariųjų, paslaugų poreikis, tačiau turimų lovų arba paslaugų namuose skaičiaus neužtenka, slaugos ligoninėse susidariusios 3–4 mėn. eilės. Dėl šių priežasčių Sveikatos apsaugos ministerija (toliau – SAM) yra suplanavusi ligoninių tinklo pertvarką (sveikatos reformos dalis), kurios tikslas – sumažinti aktyviojo gydymo lovų skaičių padidinant slaugos lovų skaičių.

##### **2. Menkai išplėtotą nacionalinę asmens sveikatos priežiūros įstaigų kokybės gerinimo ir saugos užtikrinimo sistema**

EBPO ir Valstybės kontrolė<sup>70</sup> savo ataskaitose pažymi, jog siekiant didinti pacientų saugą, reikia sustiprinti kokybės užtikrinimo modelį ir sukurti nuolatinės kokybės užtikrinimo kultūrą. Nacionalinė pranešimo apie nepageidaujamus įvykius sistema neveikia, nėra atitikties kokybės užtikrinimo reikalavimams stebėsenos sistemos. Mažas pirminių ir antrinių intervencijų susietumas su siekiamais klinikiniais rodikliais ir jų sklaida gydymo įstaigų bei pacientų tarpe. Turimi duomenys naudojami nepakankamai sistemingai – reikalinga platesnė duomenų analizė bei jų susietumas su atsakingų šalių atsakomybe, be to, yra tobulintinių rodiklių<sup>71</sup>. Nors teritorinės ligonių kasos viešai skelbia ligoninių kokybės rodiklius, tarpusavyje jie sunkiai palyginami dėl skirtingo informacijos detalumo.

<sup>66</sup> Lietuvos korupcijos žemėlapis 2018, sudarytas pagal LR Specialiųjų tyrimų tarnybos užsakymu atliktą tyrimą

<sup>67</sup> State of Health in the EU. Lietuva. Šalies sveikatos profilis 2017. Europos Komisija.

<sup>68</sup> OECD Reviews of Health Systems: Lithuania, 2018

<sup>69</sup> EPBO, 2017 m.

<sup>70</sup> Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: veiksmingumas ir saugumas, Valstybės kontrolė, 2018 m.

<sup>71</sup> Pvz. sveikų suaugusiųjų profilaktiniai patikrinimai nesumažina jų sergamumo ar mištamumo, paslaugų prieinamumo rodiklį 2016 m. 92 proc. pirminės sveikatos priežiūros įstaigų jau buvo įvykdžiusios, todėl toliau jį naudoti neprasminga, išvengiamos hospitalizacijos rodiklis nėra tinkamas matuoti vienos įstaigos veiklai, nes ji susijusi su kitomis sveik. priežiūros įstaigomis

Dėl ribotų SAM žmogiškųjų ir finansinių resursų bei mažo gydytojų profesinių draugijų ir universitetų įsitraukimo laiku neatnaujinamos medicinos normos (tyrimo metu 51 proc. jų nebuvo peržiūrėta)<sup>72</sup>. Nėra bendrų slaugos standartų – kiekviena įstaiga turi savo standartą. Gydomo įstaigos taip pat neatlieka suteiktų paslaugų veiksmingumo vertinimo (vertinimas, ar pacientas gavo tikėtiną gydymo rezultatą).

Lietuvoje vykdoma pirminės sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – ASPĮ) paslaugų kokybės gerinimo iniciatyva kol kas plėtojasi lėtai – 2018 m. pabaigoje tik 27<sup>73</sup> (2017 m. pab. 16 ASPĮ) ASPĮ buvo akredituotos (savo iniciatyva) šeimos medicinos paslaugai. Paslaugai taikoma 548 Eur valstybės rinkliava, akreditavimo pažymėjimas galioja 4 metus, o finansinės paskatos palankesnės daugiau pacientų turinčioms ASPĮ, kadangi taikomas 1 balas (1 Eur) vienam prie ASPĮ prirašytam pacientui. Ligoninėms finansinės paskatos už kokybės rodiklių įgyvendinimą nėra taikomos.

### **3. Tobulintinas sveikatos priežiūros darbuotojų poreikio planavimas, rengimas ir kvalifikacijos kėlimas**

Valstybės kontrolė savo ataskaitoje<sup>74</sup> nurodo, kad SAM, formuodama sveikatos priežiūros specialistų rengimo užsakymą mokslo ir studijų įstaigoms, nevertina paslaugų struktūros pokyčių, jų poreikio regionuose, specialistų krūvių, gydytojų pasitraukimo iš profesijos, emigracijos prognozių. SAM planuoja tik vyresnių kaip 70 m. medikų padengimą absolventais, neplanuojamas slaugytojų poreikis. Eurostat duomenimis, pagal praktikuojančių gydytojų 100 000 gyventojų skaičių Lietuva yra pirmaujančių šalių tarpe, tačiau kai kurių specialistų trūksta (kardiologų, oftalmologų, neurologų). Taip pat trūksta slaugytojų, žemas profesijos prestižas ir atlyginimas neskatina jaunų žmonių rinktis šią profesiją. Medikų trūkumas ir netolygus jų pasiskirstymas šalies viduje blogina paslaugų prieinamumą, didina eiles. Paminėtina, kad iš viso nėra rengiami su sveikatos sritimi susijusių vadybinių sričių specialistai (sveikatos priežiūros srities vadybininkai, sveikatos ekonomistai), kuriems poreikį kuria didėjanti geresnės vadybos (efektyvumo) sveikatos apsaugos sektoriuje paklausa.

### **4. Nepakankamas gyventojų sveikatos duomenų analizės mastas, nepakankamai išplėtotą e.sveikatos sistema**

Lietuvoje analitinė veikla sveikatos tema nėra išplėtotą, trūksta geros kokybės duomenų, nepriklausomų vertinimų. Duomenų analizei reikalingas e.sveikatos sistemos nuasmenintų duomenų atvėrimas bei duomenų dubliavimo įvairiose institucijose eliminavimas, pvz. visuomenės sveikatos biuruose, Higienos institute, ASPĮ. Būtina platesnė ir duomenų, susijusių su tuo, kaip pacientai vertina savo sveikatą bei gautų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, analizė.

Nors naudojimas e.sveikatos (ESPBI IS) sistema sveikatos priežiūros įstaigų (SPI) tarpe auga, jį reikia toliau didinti. SAM duomenimis, prie e. sveikatos sistemos yra prisijungusios 831 sveikatos priežiūros įstaigos, kurios aptarnauja 95 proc. pacientų. 2018 m. gruodžio mėnesio duomenimis į ESPBI IS buvo pateikiama 85 proc. visų kompensuojamų vaistų receptų, 87 proc. stacionaro epikrizių, 75 proc. vairuotojo sveikatos patikrinimo medicininių pažymų, 100 proc. vaiko gimimo pažymėjimų ir medicininių mirties liudijimų. Po 2020 m. išliks svarbu ir toliau gerinti naudojimosi e.sveikatos sistema patogumą, vykdyti sistemos plėtrą efektyvinant/pakeičiant tradicinius asmens sveikatos priežiūros procesus (pvz. pacientų informavimo gerinimas, motyvacinių iniciatyvų siekti sveikatos gerinimo vykdymas). Svarbiu iššūkiu išlieka ir gydytojų motyvavimas siekiant 100 proc. pereiti prie e.sistemos, ypatingai savivaldybių valdomose ASPĮ, kur SAM neturi tiesioginės įtakos.

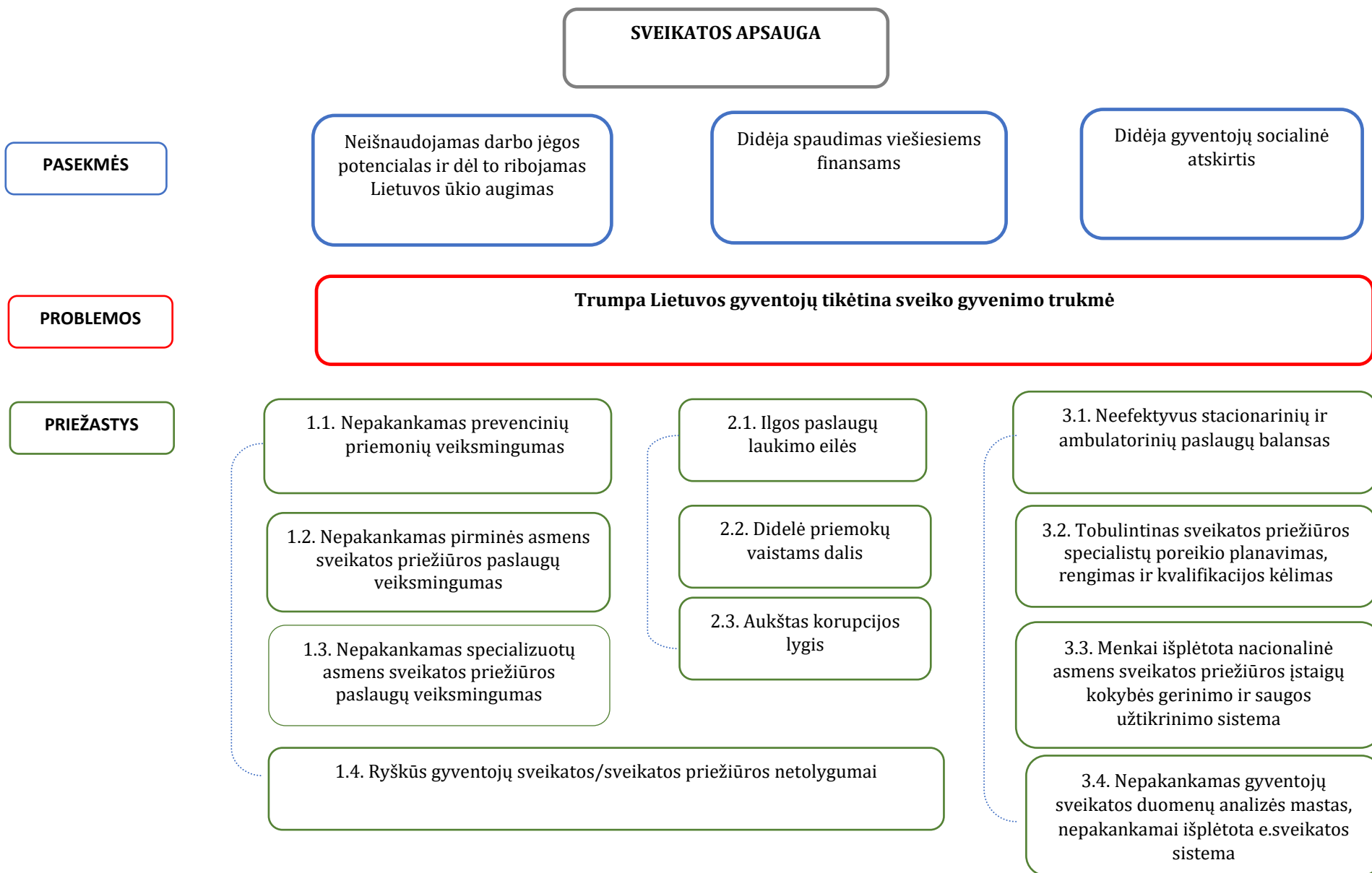
<sup>72</sup> „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: veiksmingumas ir saugumas“, Valstybės kontrolė, 2018 m

<sup>73</sup> [http://www.vaspvt.gov.lt/files/Istaigu\\_licencijavimas/Akredituotu\\_asmens\\_sveikatos\\_prieziuros\\_istaigu\\_sarasas.pdf](http://www.vaspvt.gov.lt/files/Istaigu_licencijavimas/Akredituotu_asmens_sveikatos_prieziuros_istaigu_sarasas.pdf)

<sup>74</sup> „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą“, Valstybės kontrolė, 2018 m.

Situacijos analizės pagrindu identifikuotos problemos, jų priežastys ir pasekmės iliustruojamos 17 pav. paveiksle.

### 17 pav. Sveikatos apsaugos VPS problemų medis



**IŠVADA:** Situacijos analizė atskleidžia poreikį didinti sveikatos sektoriaus veiksmingumą ir efektyvumą bei mažinti regioninius netolygumus labiau išnaudojant prevencijos galimybes visuomenės sveikatos ir pirminės asmens sveikatos priežiūros srityse. Asmens sveikatos priežiūros srityje būtina koncentruotis į kokybės gerinimą ir saugos užtikrinimą stiprinant pirminės sveikatos priežiūros grandį ir mažinant stacionariųjų paslaugų vartojimą. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo srityje svarbu užtikrinti ilgalaikės slaugos paslaugų prieinamumą, sukuriant sveikatos ir socialinės apsaugos sektorių bendradarbiavimo modelį, mažinti gyventojų išlaidas vaistams bei spręsti asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo netolygumus regionuose. Skaitmenizavimo procesų tęstinumas, analitinės veiklos plėtra, nuolatinės kokybės gerinimo ir saugos kultūros formavimas, medikų edukacijos tobulinimas yra būtinos sąlygos aukščiau minimiems tikslams pasiekti.



### 1.3. TIKSLŲ IR UŽDAVINIŲ TINKAMUMO IR TARPUSAVIO SUDERINAMUMO VERTINIMAS

#### Atitikimas dabartinėms problemoms

Analizuojant, ar dabartiniai valstybės tikslai yra tinkami išspręsti esamas ir prognozuojamas sveikatos apsaugos problemas po 2020 m., vertinama, ar dabartiniai tikslai yra nukreipti į sveikatos apsaugos problemų medyje (17 pav.) įvardintų problemų ir/ar problemų priežasčių sprendimą. Analizuojami ilgo ir vidutinio laikotarpio bendruose ir specialiuose strateginiuose dokumentuose<sup>75</sup> numatyti tikslai ir uždaviniai. Įvertinimas pateikiamas 1 lentelė.lentelėje.

#### 1 lentelė. Valstybės tikslų atitikimas esamai problemai ir jos priežastims

| Strateginis dokumentas   | Atitikimas problemai (+/-) | Atitikimas priežastims (+/-) |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|--|----------------------------|------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|  |                            | 1.1.                         | 1.2. | 1.3. | 1.4. | 2.1. | 2.2. | 2.3. | 3.1. | 3.2. | 3.3. | 3.4. |
| „Lietuva 2030“   | + (1)                      | +                            | +    | +    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    |
| 2014–2020 m. Nacionalinė pažangos programa   | +/-                        | +                            | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | +    | -    | -    |
| Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. strategija   | -(3)                       | +                            | -    | -    | +    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | +    |
| XVII Vyriausybės programa  | +(4)                       | +                            | +    | +    | +    | +    | +    | +    | +    | +    | +    | +    |
| 2014–2020 m. ES fondų investicijų veiksmų programa   | -                          | +                            | -    | -    | +    | -    | -    | -    | -    | +/-  | +/-  | +/-  |
| Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų planas                                  | +/- (5)                    | +                            | +    | +    | +    | +    | -    | -    | -    | -    | -    | -    |
| Nacionalinė vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 m. programa ir veiksmų planas                 | +(6)                       | +                            | +    | +    | +    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    |
| Valstybinė 2015–2025 metų narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės ir vartojimo prevencijos programa | +(7)                       | +                            | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    |
| Sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų planas                                    | +(8)                       | +                            | +    | +    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    |
| E.sveikatos sistemos 2015–2025 plėtros programa  | n                          | n                            | n    | n    | n    | n    | n    | n    | n    | n    | n    | +    |

<sup>75</sup> Strateginių dokumentų grupavimas į bendruosius ir specialiuosius šio vertinimo autorių naudojamas šio vertinimo tikslu. Bendriesiems priskiriami horizontalūs strateginiai dokumentai (apimantis visas ar daugelį viešosios politikos sričių), specialiesiems – konkrečios viešosios politikos srities strateginiai dokumentai.

*Lietuvos ūkio sektorių finansavimo po 2020 m. vertinimo paslaugos:  
Sveikatos apsauga*

|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>Šakinė korupcijos prevencijos sveikatos priežiūros sistemoje 2015-2019 metų programa</b>                                      | n | n | n | n | n | n | n | + | n | n | n | n |
| <b>2014–2020 m. Nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinis veiklos planas</b> | + | + | n | n | + | n | n | n | n | n | n | n |

**Pastabos:**

+ atitinka

-neatitinka

+/- atitinka iš dalies

n - neaktualu

- (1) Pažangos rodikliuose numatytas „vidutinės sveiko gyvenimo trukmės“ rodiklis, tačiau turėtų būti „vidutinės tikėtinos sveiko gyvenimo trukmės“ rodiklis
- (2) Sveikos gyvensenos ugdymo pažanga matuojama tik dviem rodikliais (1.5.1.) – suvartojamu daržovių ir vaisių kiekiu ir gyventojų, priklausančių mažo fizinio aktyvumo grupei, dalimi
- (3) Siekiama ilginti ne tikėtiną sveiko gyvenimo trukmę, o bendrą tikėtiną gyvenimo trukmę.
- (4) Siekiama ilginti ir gyvenimo trukmę ir didinti sveikų gyvenimo metų skaičių.
- (5) Tikslintinas sveikatos netolygumų apibrėžimas, nes kaip vienas iš kriterijų minima diferenciacija tarp žmonių pagal sveikatos būklės, būtent mirtingumo ir būsimo gyvenimo trukmės rodiklių skirtumus, o ne tikėtinos sveiko gyvenimo trukmės rodiklis.
- (6) (6–8)– atitinka netiesiogiai

## Tarpusavio suderinamumas

Atlikus vidinio suderinamumo analizę, pastebėti šie tarpusavio prieštaravimai:

- Strategijoje „Lietuva 2030“ ir Nacionalinėje pažangos programoje 2014–2020 m. keliamas vidutinės sveiko gyvenimo trukmės tikslas/rodiklis, o Sveikatos 2014–2025 m. programoje – vidutinės būsimo gyvenimo trukmės tikslas/rodiklis. Siūloma Sveikatos 2014–2025 m. programoje naudoti vidutinės tikėtinos sveiko gyvenimo trukmės tikslą/rodiklį.

Stebimi šie dubliavimo atvejai:

- NPP ir 2.1.4. ir 5.3.3. uždaviniuose siekiama diegti ir plėtoti informacines ir ryšių technologijas (IRT). Siūloma rengiant naują NPP į tai atsižvelgti.

**Apibendrinant, strateginių dokumentų sveikatos apsaugos VPS tikslai nepakankamai tinkami dabartinei situacijai ir esamoms problemoms spręsti. Akcentuojamas prieinamumo gerinimas per infrastruktūros plėtrą, tuo tarpu situacijos analizėje identifikuotos prieinamumo problemos yra susijusios su geresniu specialistų paskirstymu šalyje, didelėmis išlaidomis vaistams, korupcija. Esamuose tiksluose taip pat neatsispindi žemas visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos priežiūros sektorių veiksmingumas, per dideliu stacionariųjų asmens sveikatos paslaugų vartojimas, siauras pacientų duomenų įveiklinimas.**

## Atitikimas tarptautiniams susitarimams ir rekomendacijoms

Strateginiai tikslai atitinka ir prisideda prie šių tarptautinių dokumentų ir tikslų įgyvendinimo:

- **Strategija „Sveikata 2020“** kelia du tikslus: 1) gerinti visų asmenų sveikatą ir mažinti sveikatos netolygumus; 2) gerinti tarpinstitucinę lyderystę sveikatos apsaugos VPS srityje. Be šių dviejų tikslų, strategija „Sveikata 2020“ pagrįsta keturiomis prioritetinėmis politinės veiklos sritimis: investuoti į žmonių sveikatą, taikant gyvenimo ciklo modelį ir suteikiant žmonėms daugiau galimybių; spręsti pagrindines regiono žmonių sveikatos problemas, susijusias su neužkrečiamosiomis ir užkrečiamosiomis ligomis; stiprinti į žmones orientuotas sveikatos priežiūros sistemas, visuomenės sveikatos gebėjimus ir pasirengimą nenumatytiems atvejams; kurti atsparias bendruomenes ir palankią aplinką.
- **Europos Socialinių teisių ramsčio dokumente** numatoma kiekvieno asmens teisė laiku gauti įperkamas ir kokybiškas prevencines ir gydomosios medicinos paslaugas.
- **Jungtinių Tautų darnaus vystymosi tikslai:** tiesiogiai susijęs yra 3 tikslas – užtikrinti sveiką gyvenseną ir skatinti visų amžiaus grupių gerovę.

Tarptautinių organizacijų rekomendacijose (EPBO<sup>76</sup>, EK<sup>77</sup>) akcentuojamas sveikatos sektoriaus intervencijų veiksmingumo ir efektyvumo didinimas, stacionariųjų paslaugų vartojimo mažinimas, pirminio asmens sveikatos priežiūros sektoriaus stiprinimas, prieinamumo gerinimas per išlaidų vaistams mažinimą, prevencinių priemonių finansavimo tvarumo didinimas tai Lietuvos su sveikatos apsaugos politika susijusiuose strateginiuose dokumentuose yra atspindėta nepakankamai.

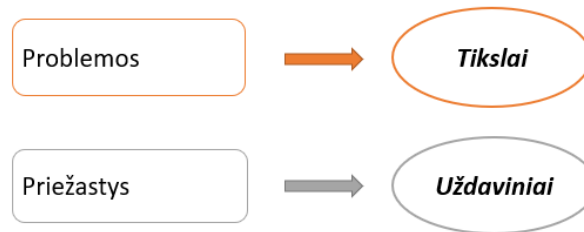
<sup>76</sup> OECD Reviews of Health Systems: Lithuania, 2018

<sup>77</sup> [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file\\_import/2019-european-semester-country-report-lithuania\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-lithuania_en.pdf)

## 1.4. SIŪLOMI TIKSLAI IR UŽDAVINIAI LAIKOTARPIUI PO 2020 M.

Remiantis identifiukuota problema ir jos priežastimis, taip pat dabartinių strateginių dokumentų peržiūra, pasiūlymai dėl tikslų ir uždavinių formuluojami remiantis šia logine schema:

### 18 pav. Tikslų ir uždavinių formulavimo logika



Atlikę valstybės tikslų, kurie numatyti valstybės ilgo ir vidutinio laikotarpio bendruose ir specialiuose strateginiuose dokumentuose, valstybės iššūkiams analizę sveikatos apsaugos srityje, siūlome formuluoti tokį tikslą:

**Tikslas – siekti ilgesnės Lietuvos gyventojų vidutinės tikėtinos sveiko gyvenimo trukmės.** (formuluojama naujai).

**1 uždavinys. Didinti prevencijos priemonių veiksmingumą.** (formuluojama naujai, tačiau Nacionalinėje pažangos programoje minimi 1.5.1., 8.1. ir 8.2. uždaviniai, Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programoje panašiai formuluojami 1, 2,3 tikslai).

#### Intervencijų kryptys:

- 1.1. Mažinti rizikingo visuomenės elgesio (priklausomybių nuo psichoaktyviųjų medžiagų ir azartinių lošimų) paplitimą;
- 1.2. Skatinti sveiką mitybą ir fizinį aktyvumą;
- 1.3. Gerinti užkrečiamųjų ligų valdymą;
- 1.4. Padidinti tikslinių visuomenės grupių dalyvavimo prevencinėse ir ankstyvosios diagnostikos programose apimtis;
- 1.5. Gerinti psichikos sveikatos stiprinimo ir prevencijos veiksmingumą;
- 1.6. Sukurti sveikatai palankią darbo, buitines ir fizinę aplinką;
- 1.7. Užtikrinti saugią socialinę aplinką, mažinti socialinę atskirtį.

**2 uždavinys. Didinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumą.** (formuluojama naujai, tačiau Nacionalinėje pažangos programoje minimi 1.5.1., 8.1. ir 8.2. uždaviniai, Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programoje panašiai formuluojamas 4 tikslas).

#### Intervencijų kryptys:

- 2.1. Didinti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumą;
- 2.2. Didinti specializuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumą;
- 2.3. Mažinti gyventojų sveikatos/sveikatos priežiūros netolygumus.

**3 uždavinys. Gerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.** (Nacionalinėje pažangos programoje minimi 2.1.4., 7.1.3.7., 8.3.2. uždaviniai, Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programos 4.2. uždavinys).

### Intervencijų kryptys:

- 3.1. Trumpinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eiles (formuluojama naujai);
- 3.2. Mažinti pacientų išlaidas vaistams (formuluojama naujai);
- 3.3. Mažinti korupcijos lygį. (numatytas Šakinės korupcijos prevencijos sveikatos priežiūros sistemoje 2015–2019 metų programos tikslas – „sumažinti korupcijos mastą, didinti skaidrumą, atvirumą, mažinti ir šalinti korupcijos pasireiškimo prielaidas sveikatos sistemoje (viešajame ir privačiame sektoriuose“).

**4 uždavinys. Didinti sveikatos apsaugos sistemos efektyvumą ir saugą** (formuluojama naujai, tačiau Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programoje panašiai formuluojamas 4 tikslas).

### Intervencijų kryptys:

- 4.1. Optimizuoti ligoninių tinklą siekiant sumažinti aktyviojo gydymo lovų skaičių ir padidinti slaugos lovų skaičių (siejasi su NPP 8.3.3 uždaviniu. „Tobulinti sveikatos priežiūros valdymą ir finansavimą“);
- 4.2. Gerinti asmens sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimą, rengimą ir kvalifikacijos kėlimą (formuluojama naujai, tačiau Nacionalinėje pažangos programoje minima 8.3.1. uždavinyje);
- 4.3. Sukurti veikiančią nacionalinę asmens sveikatos priežiūros įstaigų kokybės gerinimo ir saugos užtikrinimo sistemą (formuluojama naujai, panašus formulavimas Nacionalinėje pažangos programoje 8.3.3.5. uždavinyje, Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programos 101.5. punkte“);
- 4.4. Plėtoti skaitmenines asmens sveikatos paslaugas ir analitinę veiklą (e. sveikatos plėtra numatyta Nacionalinėje pažangos programoje 2.1.4.9., 5.3.3.4., 8.3.3.6. uždavininiuose, Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programoje 4.5. tikslu).

Žemiau pateikiamos tikslo, uždavinių ir intervencijų krypčių sąsajos su problemomis ir jų priežastimis.

### 2 lentelė. Tikslo, uždavinių ir intervencijų krypčių sąsajos su problemomis ir jų priežastimis

| Tikslas/ uždavinys/intervencijų kryptis  | Problema/ priežastis  |
|--|---|
| <b>Siekti ilgesnės vidutinės tikėtinos Lietuvos gyventojų sveiko gyvenimo trukmės</b>                                  | <b>Trumpa vidutinė tikėtina Lietuvos gyventojų sveiko gyvenimo trukmė</b>   |
| <b>1. Didinti prevencijos priemonių veiksmingumą.</b>  | Aukštas prevencijos priemonėmis išvengiamas mirtingumas.  |
| 1.1. Mažinti rizikingo visuomenės elgesio (priklausomybių nuo psichoaktyviųjų medžiagų ir azartinio lošimo) paplitimą. | Didelis alkoholio, tabako, narkotinių medžiagų vartojimas, probleminio lošimo paplitimas.   |
| 1.2. Skatinti sveiką mitybą ir fizinį aktyvumą.  | Didžiosios dalies visuomenės mityba nėra palanki sveikatai ir neatitinka sveikos mitybos rekomendacijų, didėja 7–8 m. nutukusių ir turinčių antsvorio vaikų skaičius.   |
| 1.3. Gerinti užkrečiamųjų ligų valdymą.  | Didėja naujų susirgimo ŽIV infekcija atvejų skaičius, aukštas pavėluoto ŽIV diagnozavimo procentas naujai diagnozuotų atvejų skaičiuje, santykinai didelis tuberkuliozės paplitimas, daugėja susirgimų tymais skaičius. |
| 1.4. Didinti tikslinių visuomenės grupių dalyvavimo prevencinėse ir ankstyvosios diagnostikos programose apimtis.      | Mažas tikslinių grupių dalyvavimas prevencinėse krūties, gimdos kaklelio, prostatos, storosios žarnos vėžio, širdies ir kraujagyslių ligų programose.   |
| 1.5. Gerinti psichikos sveikatos stiprinimo ir   | Mirtingumas dėl savižudybių išlieka vienas  |

|   |   |
|---|---|
| prevencijos veiksmingumą.   | aukščiausių ES.   |
| 1.6. Sukurti sveikatai palankią darbo, buitines ir fizinę aplinką.  | Mirtinų nelaimingų atsitikimų darbe skaičius, tenkantis 100 tūkst. darbuotojų, 2016 m. buvo 2 kartus didesnis nei ES vidurkis. <i>Šios ir kitos susijusios intervencijos nagrinėjamos Užimtumo ir socialinės atskirties bei Aplinkosaugos VPS analizėje.</i>  |
| 1.7. Užtikrinti saugią socialinę aplinką, mažinti socialinę atskirtį.   | Aukštas santykinis skurdo lygis, didelė pajamų nelygybė. <i>Šios intervencijos nagrinėjamos Užimtumo ir socialinės atskirties VPS analizėje.</i>  |
| <b>2. Didinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumą.</b>  | Nepakankamas pirminės ir specializuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumas, neefektyvus pirminės sveikatos priežiūros ir stacionariųjų paslaugų santykis.   |
| 2.1. Didinti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumą.  | Didesni nei vidutiniškai ES hospitalizacijų dėl lėtinių ligų rodikliai.   |
| 2.2. Didinti specializuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumą.  | Dideli mirtingumo nuo išeminės širdies ligos, išeminio insulto, krūties, gimdos kaklelio, storosios žarnos ir priešinės liaukos vėžio rodikliai.  |
| 2.3. Mažinti gyventojų sveikatos/sveikatos priežiūros netolygumus.  | Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų kaime 2017 m. buvo 1,31 k. didesnis nei mieste, mirtingumas nuo išorinių priežasčių – 1,4 k., mirtingumas nuo savižudybių – 1,7 k.  |
| <b>3. Gerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.</b>   | Nepakankamas asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas.   |
| 3.1. Trumpinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eiles.  | Ilgos asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilės, regioniniai skirtumai.  |
| 3.2. Mažinti pacientų išlaidas vaistams.  | Didelės pacientų išlaidos vaistams.   |
| 3.3. Mažinti korupcijos lygį.   | Iš visų viešosios politikos sričių aukščiausias korupcijos lygis.   |
| <b>4. Didinti sveikatos apsaugos sistemos efektyvumą ir saugą.</b>  | Nepakankamas sveikatos apsaugos sistemos efektyvumas.   |
| 4.1. Optimizuoti ligoninių tinklą siekiant sumažinti aktyviojo gydymo lovų skaičių ir padidinti slaugos lovų skaičių.   | Perteklinis stacionariųjų paslaugų vartojimas, mažas integruotos slaugos paslaugų mastas.   |
| 4.2. Gerinti sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimą, rengimą ir kvalifikacijos kėlimą.                     | Nevertinami paslaugų struktūros pokyčiai, jų poreikis regionuose, specialistų krūviai, gydytojų pasitraukimo iš profesijos, emigracijos prognozės. Gerintina sveikatos priežiūros specialistų rengimo ir kvalifikacijos kėlimo sistemų kokybė (turinys).  |
| 4.3. Sukurti veikiančią nacionalinę asmens sveikatos priežiūros įstaigų kokybės gerinimo ir saugos užtikrinimo sistemą. | Nacionalinė pranešimo apie nepageidaujamus įvykius sistema neveikia, nėra atitikties kokybės užtikrinimo reikalavimams stebėsenos sistemos. Mažas pirminių ir antrinių intervencijų susietumas su siekiamais klinikiniais rodikliais ir jų sklaida gydymo įstaigų bei pacientų tarpe.                                   |
| 4.4. Plėtoti skaitmenines sveikatos paslaugas ir analitinę veiklą.  | Gerintinas e.sveikatos sistemos naudojimosi patogumas, neišnaudotas potencialas efektyvinti/pakeisti tradicinius asmens sveikatos priežiūros procesus (pvz. pacientų informavimas, motyvacinių iniciatyvų pacientams siekti sveikatos gerinimo vykdymas, kt.). Maža kokybiškų duomenų, nepriklausomų vertinimų apimtis. |

## 2 FINANSAVIMO MASTO ANALIZĖ

Šiame skyriuje pateikiama analizė pagal šį vertinimo klausimą:

TS 9.1.3. Kokios valstybės intervencijos į šias viešosios politikos sritis yra vykdomos, siekiant jose numatytų tikslų (nustatyti mastą):

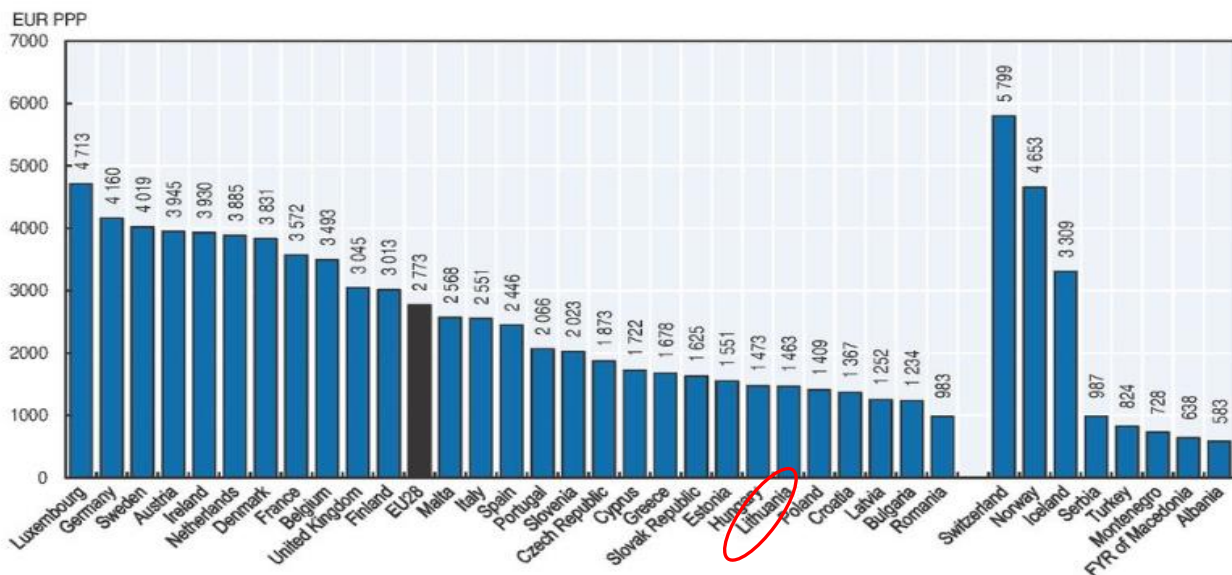
TS 9.1.3.2. finansinės intervencijos – pagal finansavimo šaltinius (ES struktūrinių fondų investicijos, kita finansinė parama, valstybės ir savivaldybių biudžetai) ir pagal formas (subsidijs, finansiniai instrumentai ir kt.)?

Sveikatos apsaugos srities finansavimo masto analizė atlikta remiantis Finansų ministerijos Valstybės biudžeto apskaitos ir mokėjimų sistemos (toliau – VBAMS) informacija apie valstybės biudžeto išlaidas atitinkamoms valstybės funkcijoms<sup>78</sup> vykdyti ir šių išlaidų finansavimo šaltinius<sup>79</sup> 2007–2017 m. laikotarpiu, taip pat Lietuvos statistikos departamento duomenimis, Valstybinės ligonių kasos ir Finansų ministerijos pateiktais duomenimis apie savivaldybių biudžetų lėšas analizuojamai sričiai.

Atkreipiame dėmesį, kad analizėje nagrinėjami du finansavimo laikotarpiai: 2007–2013 m. ir 2014–2020 m., su šiais apribojimais: remiantis VBAMS duomenimis tik nuo 2011 m. viešosios išlaidos yra klasifikuojamos į ES ir kitas paramos lėšas bei valstybės biudžeto lėšas; informacija apie savivaldybių biudžetų lėšas analizuojamai sričiai prieinama tik nuo 2015 m.

Lietuvoje bendros išlaidos sveikatai yra ženkliai mažesnės nei vidutiniškai ES šalyse. Pavyzdžiui, 2017 m. ES vienam gyventojui teko 2 773 Eur išlaidų (galutinis sveikatos paslaugų ir prekių suvartojimas, kaip matuojama Eurostat, EPBO ir PSO), o Lietuvoje – 1 463 Eur, sveikatos išlaidos ES šalyse sudarė vidutiniškai 9,6 proc. bendrojo vidaus produkto (toliau – BVP), tuo tarpu Lietuvoje – 6,3 proc.

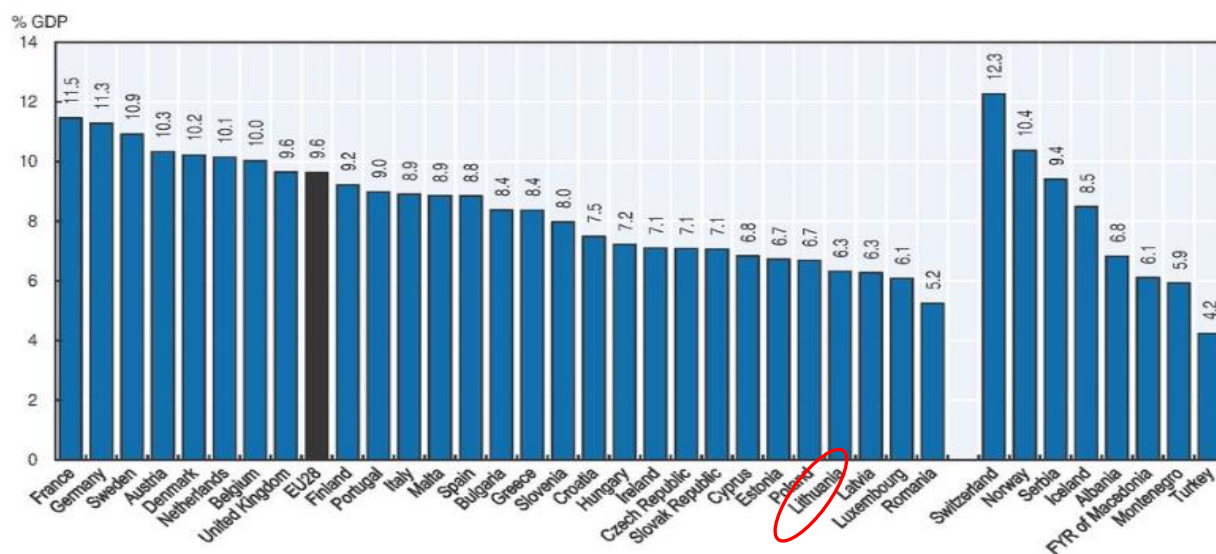
### 19 pav. Išlaidos sveikatos apsaugai vienam gyventojui 2017 m. (arba artimiausiais metais)



<sup>78</sup> Finansavimo masto analizei naudojama valstybės funkcijų klasifikacija pagal Finansų ministro 2003 m. liepos 3 d. įsakymu Nr.1K-184 patvirtintą Lietuvos Respublikos valstybės ir savivaldybių biudžetų pajamų ir išlaidų klasifikaciją.

<sup>79</sup> Informacija apie valstybės biudžeto išlaidų finansavimo šaltinius Valstybės biudžeto apskaitos ir mokėjimų sistemoje pateikiama nuo 2011 m., todėl finansavimo šaltinių analizė už laikotarpį nuo 2007 m. iki 2010 m. nėra pateikiama.

## 20 pav. Išlaidų sveikatos apsaugai dalis nuo BVP 2017 m. (arba artimiausiais metais)



Šaltinis: EPBO

Negalutiniais Statistikos departamento duomenimis<sup>80</sup>, Lietuvoje iš viso bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos 2017 m. siekė 2,7 mlrd. Eur – 142 mln. Eur (5,5 proc.) daugiau nei 2016 m. 2017 m. sveikatos priežiūros išlaidų lyginamoji dalis sudarė 6,4 proc. bendrojo vidaus produkto (BVP). Didžiausia bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų dalis (34,7 proc.) teko ligoninėms, mažmeninės prekybos įmonėms ir kitiems medicinos prekių tiekėjams (vaistinėms, optikoms ir kitiems) – 28,7 proc. išlaidų, ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigoms teko 23,2 proc. visų sveikatos priežiūros išlaidų. Maždaug pusė (50,4 proc. arba 1,4 mlrd. Eur) einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų teko gydymo paslaugoms, 29,1 proc. – medicinos prekėms ligoniams (vaistams, optikos, ortopedinėms prekėms ir pan.).

Išlaidos prevencijai ir visuomenės sveikatos priemonių finansavimui 2016 m. sudarė 2 proc. visų viešųjų einamųjų išlaidų sveikatai – mažiau nei ES vidurkis (apie 2,3 proc.)<sup>81</sup>. Tiesa, nuo 2016 m. veikia Visuomenės sveikatos stiprinimo fondas (jo dydis 2018 m. sudarė 2,68 mln. Eur), kurio paskirtis – remti sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo veiklą, prevencinius projektus, socialinę reklamą ir reikalingus mokslinius tyrimus. Fondas finansuojamas iš 0,5 proc. faktinių įplaukų, gautų už alkoholinių gėrimų, tabako bei azartinių lošimų akciją.

Viešosios išlaidos sveikatos apsaugai Lietuvoje finansuojamos iš valstybės, savivaldybių biudžetų, ES ir kitos tarptautinės finansinės paramos, Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) lėšų. Pagrindinės finansinių intervencijų formos yra PSDF asignavimai (daugiau nei 70 proc.) iš privalomojo sveikatos draudimo įmonių, valstybės biudžeto asignavimai, savivaldybių asignavimai ir subsidijos iš ES struktūrinių fondų lėšų.

### 3 lentelė. Lietuvos viešosios išlaidos sveikatos apsaugai, mln. Eur

| Viešųjų išlaidų finansavimo šaltiniai | 2014         |              | 2015         |              | 2016         |              | 2017         |              |
|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                                       | mln. Eur     | %            | mln. Eur     | %            | mln. Eur     | %            | mln. Eur     | %            |
| PSDF                                  | 1 304        | 71,2         | 1 394        | 71,0         | 1 474        | 72,3         | 1 563        | 72,4         |
| Valstybės biudžetas                   | 496          | 27,0         | 519          | 26,5         | 531          | 26,1         | 575          | 26,6         |
| ES lėšos                              | 29           | 1,6          | 29           | 1,5          | 2            | 0,1          | 4            | 0,2          |
| Kita tarptautinė parama               | 4            | 0,2          | 13           | 0,7          | 22           | 1,1          | 7            | 0,3          |
| Savivaldybės                          | n. d.        | -            | 6            | 0,3          | 9            | 0,4          | 10           | 0,5          |
| <b>Iš viso</b>                        | <b>1 832</b> | <b>100,0</b> | <b>1 961</b> | <b>100,0</b> | <b>2 038</b> | <b>100,0</b> | <b>2 159</b> | <b>100,0</b> |

<sup>80</sup> <https://osp.stat.gov.lt/informaciniai-pranesimai?articleId=6028160>

<sup>81</sup> OECD Reviews of Health Systems: Lithuania, 2018



Šaltinis: sudaryta autorių pagal VBAMS duomenis ir Finansų ministerijos pateiktus duomenis apie savivaldybių biudžetų lėšas analizuojamai sričiai, PSDF finansines ataskaitas

Sveikatos apsaugos srities finansavimas Europos Sąjungos struktūrinių fondų (toliau – ES SF) lėšomis nuosekliai mažėjo nuo 70,26 mln. Eur 2011 m. iki 3,59 mln. Eur 2017 m. Tai atspindi 2013–2017 m. ES SF finansavimo ciklišumą (besibaigiantį 2007–2013 m. ciklą ir 2014–2020 m. ciklo pradžią).

**4 lentelė. Sveikatos apsaugos srities finansavimas ES SF lėšomis pagal išlaidų grupes 2011 – 2013 m., mln. Eur ir proc. nuo viso ES SF sveikatos apsaugos sričiai skirto finansavimo**

|                                      | 2011     |       | 2012     |       | 2013     |       |
|--------------------------------------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
|                                      | mln. Eur | %     | mln. Eur | %     | mln. Eur | %     |
| Institucijos valdymo išlaidos        | 0,28     | 0,39  | 0,31     | 0,51  | 0,31     | 0,75  |
| Kitos sveikatos priežiūros funkcijos | 69,98    | 99,61 | 59,30    | 99,49 | 40,36    | 99,25 |

Šaltinis: sudaryta autorių pagal VBAMS duomenis

**5 lentelė. Sveikatos apsaugos srities finansavimas ES SF lėšomis pagal išlaidų grupes 2014 – 2017 m., mln. Eur ir proc. nuo viso ES SF sveikatos apsaugos sričiai skirto finansavimo**

|                                      | 2014     |       | 2015     |       | 2016     |       | 2017     |       |
|--------------------------------------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
|                                      | mln. Eur | %     | mln. Eur | %     | mln. Eur | %     | mln. Eur | %     |
| Institucijos valdymo išlaidos        | 0,34     | 1,19  | 0,38     | 1,34  | 0,26     | 12,61 | 0,26     | 7,23  |
| Kitos sveikatos priežiūros funkcijos | 28,53    | 98,81 | 28,27    | 98,66 | 1,76     | 87,39 | 3,33     | 92,77 |

Šaltinis: sudaryta autorių pagal VBAMS duomenis

Valstybės biudžeto lėšų 2011–2013 m. sveikatos apsaugos sričiai finansuoti daugiausiai buvo skiriama valstybės lėšomis draudžiamų asmenų privalomajam sveikatos draudimui – daugiau kaip 80 proc. visų valstybės biudžeto lėšų, skirtų sveikatos apsaugos sričiai. Valstybės biudžeto lėšos, skiriamos sveikatos apsaugos sričiai, nurodytu laikotarpiu taip pat mažėjo: 2011 m. buvo skirta 560,58 mln. Eur, 2012 m. skirta 480,35 mln. Eur, o 2013 m. – 469,11 mln. Eur.

**6 lentelė. Sveikatos apsaugos srities finansavimas valstybės biudžeto lėšomis pagal išlaidų grupes 2011 – 2013 m., mln. Eur ir proc. nuo viso valstybės biudžeto sveikatos apsaugos sričiai skirto finansavimo**

|  | 2011     |       | 2012     |       | 2013     |       |
|--|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
|  | mln. Eur | %     | mln. Eur | %     | mln. Eur | %     |
| Valstybės lėšomis draudžiamų asmenų privalomasis sveikatos draudimas           | 455,05   | 81,18 | 404,38   | 84,18 | 387,44   | 82,59 |
| Kitos sveikatos priežiūros funkcijos   | 32,22    | 5,75  | 30,31    | 6,31  | 30,40    | 6,48  |
| Valstybės biudžeto asignavimai į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą | 31,92    | 5,69  | 6,22     | 1,30  | 6,22     | 1,33  |
| Sveikatos priežiūros užtikrinimas  | 14,79    | 2,64  | 7,60     | 1,58  | 7,51     | 1,60  |
| Institucijos valdymo išlaidos  | 8,32     | 1,48  | 8,57     | 1,78  | 9,34     | 1,99  |
| Karių sveikatos priežiūra  | 7,20     | 1,29  | 7,40     | 1,54  | 6,95     | 1,48  |
| Bendros medicinos paslaugos  | 4,76     | 0,85  | 4,43     | 0,92  | 4,58     | 0,98  |
| Kitos sveikatos priežiūros įstaigos  | 2,89     | 0,52  | 1,90     | 0,40  | 6,77     | 1,44  |
| Institucijos išlaikymas (valdymo išlaidos)                                     | 2,18     | 0,38  | 7,91     | 1,65  | 7,70     | 1,64  |
| Visuomenės sveikatos ugdymo centrai, sporto medicinos centrai                  | 1,08     | 0,19  | 1,54     | 0,32  | 2,12     | 0,45  |
| Narkotikų kontrolė ir narkomanijos prevencija                                  | 0,17     | 0,03  | 0,09     | 0,02  | 0,08     | 0,02  |

Šaltinis: sudaryta autorių pagal VBAMS duomenis

Valstybės biudžeto lėšų 2014–2017 m. sveikatos apsaugos sričiai finansuoti daugiausiai buvo skiriama valstybės lėšomis draudžiamų asmenų privalomajam sveikatos draudimui – daugiau kaip 76 proc. visų valstybės biudžeto lėšų, skirtų sveikatos apsaugos sričiai. Valstybės biudžeto lėšos, skiriamos sveikatos apsaugos sričiai, nurodytu laikotarpiu išaugo nuo 495,63 mln. Eur, kurie buvo skirti 2014 m., iki 575,03 mln. Eur, skirtų 2017 m.

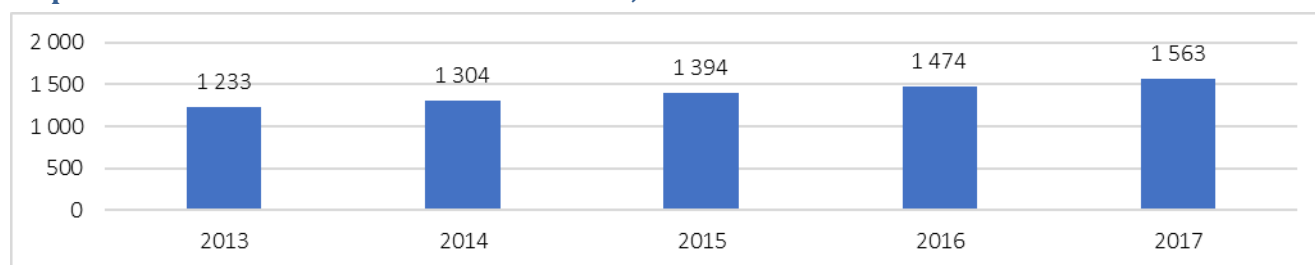
**7 lentelė. Sveikatos apsaugos srities finansavimas valstybės biudžeto lėšomis pagal išlaidų grupes 2014 – 2017 m., mln. Eur ir proc. nuo viso valstybės biudžeto sveikatos apsaugos sričiai skirto finansavimo**

|  | 2014     |       | 2015     |       | 2016     |       | 2017     |       |
|--|----------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
|  | mln. Eur | %     | mln. Eur | %     | mln. Eur | %     | mln. Eur | %     |
| Valstybės lėšomis draudžiamų asmenų privalomasis sveikatos draudimas           | 392,64   | 79,22 | 401,48   | 77,35 | 407,87   | 76,77 | 449,26   | 78,13 |
| Kitos sveikatos priežiūros funkcijos   | 35,87    | 7,24  | 39,35    | 7,58  | 52,28    | 9,84  | 53,80    | 9,36  |
| Sveikatos priežiūros užtikrinimas  | 15,42    | 3,11  | 16,28    | 3,14  | 17,10    | 3,22  | 19,04    | 3,31  |
| Valstybės biudžeto asignavimai į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą | 11,89    | 2,40  | 14,79    | 2,85  | 15,29    | 2,88  | 15,29    | 2,66  |
| Institucijos valdymo išlaidos  | 9,54     | 1,92  | 10,00    | 1,93  | 5,96     | 1,12  | 5,52     | 0,96  |
| Kitos sveikatos priežiūros įstaigos  | 8,48     | 1,71  | 13,34    | 2,57  | 13,71    | 2,58  | 10,59    | 1,84  |
| Institucijos išlaikymas (valdymo išlaidos)                                     | 8,26     | 1,67  | 8,20     | 1,58  | 0,00     | 0,00  | 0,00     | 0,00  |
| Karių sveikatos priežiūra  | 7,10     | 1,43  | 8,79     | 1,69  | 12,02    | 2,26  | 13,51    | 2,35  |
| Bendros medicinos paslaugos  | 4,77     | 0,96  | 5,12     | 0,98  | 5,30     | 1,00  | 5,52     | 0,96  |
| Visuomenės sveikatos ugdymo centrai, sporto medicinos centrai                  | 1,50     | 0,30  | 1,57     | 0,30  | 1,63     | 0,31  | 1,63     | 0,28  |
| Bendros paskirties ligoninių paslaugos   | 0,08     | 0,02  | 0,04     | 0,01  | 0,01     | 0,00  | 0,00     | 0,00  |
| Narkotikų kontrolė ir narkomanijos prevencija                                  | 0,08     | 0,02  | 0,08     | 0,02  | 0,08     | 0,02  | 0,87     | 0,15  |

Šaltinis: sudaryta autorių pagal VBAMS duomenis

Didžiausia viešųjų išlaidų sveikatos apsaugai Lietuvoje dalis yra finansuojama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) lėšų, kurios 2013–2017 m. nuosekliai augo po 6 proc. kasmet.

**21 pav. PSDF biudžeto išlaidos 2013 – 2017 m., mln. Eur**



Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa

Daugiausiai PSDF biudžeto kasinių<sup>82</sup> išlaidų buvo skirta asmens sveikatos priežiūros paslaugoms – apie 67 proc. viso PSDF. Pastebima, kad 2014–2016 m. visos išlaidų grupės nuosekliai augo, išskyrus

<sup>82</sup> Kasinės išlaidos – išlaidos, kurios jau apmokėtos.

ortopedijos technikos priemonės. PSDF kasinės išlaidos nagrinėjamu laikotarpiu išaugo nuo 1 304,2 mln. Eur 2014 m. iki 1 474,2 mln. Eur 2016 m.

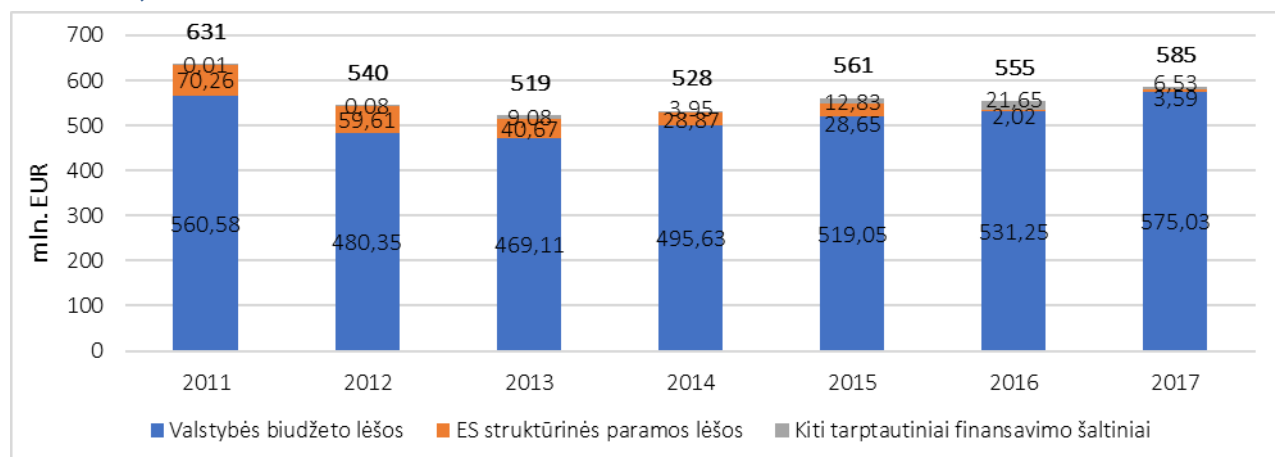
**8 lentelė. PSDF biudžeto kasinės išlaidos mln. Eur**

|  | 2007            | 2009            | 2010            | 2011            | 2012            | 2013            | 2014            | 2015            | 2016            |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms                                 | 730,22          | 823,65          | 861,48          | 908,12          | 887,76          | 877,70          | 930,04          | 984,56          | 1040,10         |
| <i>Pokytis, %</i>  | -               | 12,80           | 4,59            | 5,41            | -2,24           | -1,13           | 5,96            | 5,86            | 5,64            |
| Vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms                              | 212,95          | 246,68          | 227,11          | 246,36          | 222,75          | 235,54          | 239,48          | 266,09          | 280,66          |
| <i>Pokytis, %</i>  | -               | 15,84           | -7,93           | 8,48            | -9,58           | 5,74            | 1,67            | 11,11           | 5,48            |
| Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui                     | 38,16           | 37,64           | 37,03           | 42,18           | 40,20           | 39,23           | 40,48           | 42,36           | 44,99           |
| <i>Pokytis, %</i>  | -               | -1,37           | -1,60           | 13,91           | -4,71           | -2,39           | 3,18            | 4,64            | 6,21            |
| Ortopedijos technikos priemonėms                                       | 9,95            | 12,22           | 10,98           | 11,43           | 11,45           | 10,09           | 18,78           | 14,40           | 12,81           |
| <i>Pokytis, %</i>  | -               | 22,78           | -10,13          | 4,11            | 0,18            | -11,90          | 86,13           | -23,33          | -11,06          |
| Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms            | 50,16           | 59,98           | 46,85           | 49,00           | 54,30           | 59,77           | 59,77           | 69,50           | 76,23           |
| <i>Pokytis, %</i>  | -               | 19,60           | -21,89          | 4,60            | 10,81           | 10,08           | 0,00            | 16,27           | 9,68            |
| Privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms | 9,58            | 12,41           | 9,45            | 12,02           | 9,48            | 10,40           | 12,82           | 13,42           | 15,46           |
| <i>Pokytis, %</i>  | -               | 29,65           | -23,84          | 27,15           | -21,15          | 9,69            | 23,30           | 4,70            | 15,19           |
| Valstybinio socialinio draudimo fondo veiklos sąnaudoms kompensuoti    | 0,00            | 0,00            | 0,00            | 0,00            | 0,00            | 0,00            | 2,80            | 3,72            | 3,91            |
| <i>Pokytis, %</i>  | -               | 0,00            | 0,00            | 0,00            | 0,00            | 0,00            | 100,00          | 33,19           | 4,94            |
| Kitos išlaidos   | 7,53            | 0,00            | 0,00            | 0,00            | 0,00            | 0,00            | 0,00            | 0,00            | 0,00            |
| <i>Pokytis, %</i>  | -               | -100,00         | 0,00            | 0,00            | 0,00            | 0,00            | 0,00            | 0,00            | 0,00            |
| <b>Iš viso</b>   | <b>1 058,53</b> | <b>1 192,59</b> | <b>1 192,91</b> | <b>1 269,12</b> | <b>1 225,94</b> | <b>1 232,74</b> | <b>1 304,17</b> | <b>1 394,06</b> | <b>1 474,16</b> |

Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa

Valstybės biudžeto lėšos, ES ir kitos tarptautinės finansinės paramos lėšos 2013–2017 m. taip pat nuosekliai augo, išskyrus 2016 m., kuomet buvo išlaikytas panašus į 2015 m. lygis.

## 22 pav. Valstybės biudžeto, ES ir kitos tarptautinės paramos sveikatos apsaugai išlaidų struktūra, mln. Eur\*



\* VBAMS duomenys pagal finansavimo šaltinius pradėti skirstyti nuo 2011 m.  
Šaltinis: sudaryta autorių pagal VBAMS duomenis.

Kitos tarptautinės paramos lėšų dinamika pateikiama žemiau esančioje lentelėje.

## 9 lentelė. Valstybės biudžeto išlaidos, finansuojamos kitų tarptautinių fondų paramos lėšomis, tūkst. Eur

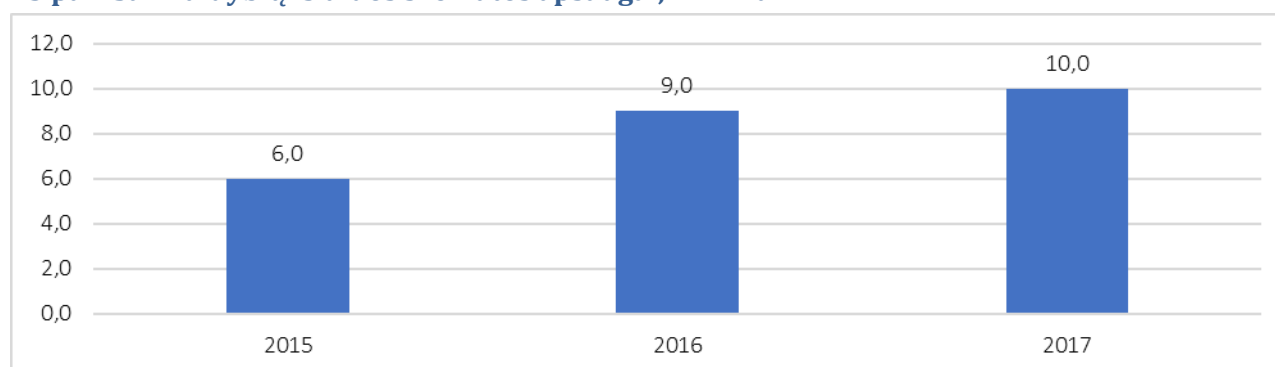
| Lėšų šaltinis                        | 2011       | 2012        | 2013           | 2014           | 2015            | 2016            | 2017           |
|--------------------------------------|------------|-------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|----------------|
| Norvegijos finansinės paramos lėšos  | 8,1        | 0,0         | 34,0           | 740,8          | 1 770,4         | 3 385,5         | 530,1          |
| Šveicarijos finansinės paramos lėšos | 0,0        | 76,8        | 9 046,5        | 3207,9         | 11 058,6        | 18 264,3        | 6 000,7        |
| <b>Iš viso</b>                       | <b>8,1</b> | <b>76,8</b> | <b>9 080,5</b> | <b>3 948,7</b> | <b>12 829,0</b> | <b>21 649,8</b> | <b>6 530,8</b> |

Šaltinis: sudaryta autorių pagal VBAMS duomenis

## Savivaldybių išlaidos sveikatos apsaugai

Savivaldybių biudžetuose išlaidos sveikatos apsaugai 2015 – 2017 m. didėjo nuo 6 mln. Eur iki 10 mln. Eur 2017 m.

## 23 pav. Savivaldybių išlaidos sveikatos apsaugai, mln. Eur



Šaltinis: sudaryta PwC pagal Finansų ministerijos informaciją apie viešąsias išlaidas

Žemiau pateiktoje lentelėje nurodomas sveikatos apsaugos sričiai skirtų ES SF lėšų dalis valstybės biudžeto lėšose<sup>83</sup> 2011–2017 m. laikotarpiu mažėjo nuo 11,14 proc. 2011 m. iki 0,61 proc. 2017 m.

<sup>83</sup> Skaičiuojant ES SF lėšų dalį nuo valstybės biudžeto, valstybės biudžetas suprantamas plačiąja prasme, t. y. kaip valstybės biudžeto, ES ir kitos tarptautinės paramos lėšos

**10 lentelė. ES SF lėšų dalis nuo valstybės biudžeto, skirto sveikatos apsaugos sričiai, mln. Eur (2011 – 2013 m.)**

|                          | 2011   | 2012   | 2013   |
|--------------------------|--------|--------|--------|
| ES lėšos                 | 70,26  | 59,61  | 40,67  |
| Valstybės biudžeto lėšos | 630,85 | 540,04 | 518,86 |
| % valstybės biudžeto     | 11,14  | 11,04  | 7,84   |

Šaltinis: sudaryta autorių pagal VBAMS duomenis

**11 lentelė. ES SF lėšų dalis nuo viso valstybės biudžeto, skirto sveikatos apsaugos sričiai, mln. Eur (2014 – 2017 m.)**

|                          | 2014   | 2015   | 2016   | 2017   |
|--------------------------|--------|--------|--------|--------|
| ES lėšos                 | 28,87  | 28,65  | 2,02   | 3,59   |
| Valstybės biudžeto lėšos | 528,45 | 560,53 | 554,92 | 585,15 |
| % valstybės biudžeto     | 5,46   | 5,11   | 0,36   | 0,61   |

Šaltinis: sudaryta autorių pagal VBAMS duomenis

Remiantis VBAMS ir Lietuvos Statistikos departamento pateiktais duomenimis, 2014 m. – 2017 m. sveikatos apsaugos srities finansavimas svyravo nuo 5,01 proc. iki 5,25 proc.

Atkreipiamas dėmesys, kad pagal VBAMS duomenis paskaičiuoti rodikliai skiriasi nuo EPBO ir Statistikos departamento pateikiamų reikšmių galimai dėl ne identiškų išlaidų kategorijų, naudojamų šio rodiklio skaičiavime.

**12 lentelė. Sveikatos apsaugos srities viešųjų išlaidų dalis nuo BVP (2014 – 2017 m.)**

|  | 2014   | 2015   | 2016   | 2017   |
|--|--------|--------|--------|--------|
| Viešosios išlaidos sveikatos apsaugos sričiai (mln. Eur) | 1 832  | 1 961  | 2 038  | 2 158  |
| BVP (mln. Eur)   | 36 568 | 37 434 | 38 849 | 42 191 |
| % BVP  | 5,01   | 5,24   | 5,25   | 5,11   |

Šaltinis: sudaryta autorių pagal VBAMS duomenis, statistikos departamento duomenis ir Finansų ministerijos pateiktus duomenis apie savivaldybių biudžetų lėšas analizuojamai sričiai

## 3 INTERVENCIJŲ VERTINIMAS

Šiame skyriuje pateikiamas valstybės intervencijų (toliau – intervencijų) turinio vertinimas. Analizuojami trys intervencijų rinkiniai pagal nustatytas Sveikatos apsaugos viešosios politikos srities uždavinių grupes: (1) pristatomas dabar vykdomų intervencijų rinkinys ir nurodomi intervencijų tipai; (2) pateikiamas šių intervencijų rinkinių įvertinimas ir pasiūlymai dėl jų optimizavimo; (3) nustatomas ES investicijų prisidėjimas intervencijų rinkinyje, ir (4) įvertinamas ES SF investicijų indėlis siekiant tikslų bei pateikiamos rekomendacijos dėl geresnio investavimo 2021–2027 m. laikotarpiu. Konkretūs analizuojami TS klausimai nurodomi prie atskirų poskyrių.

### 3.1. INTERVENCIJOS, SKIRTOS DIDINTI PREVENCIJOS PRIEMONIŲ IR ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ VEIKSMINGUMĄ

#### 3.1.1. Vykdomų intervencijų rinkinio vertinimas

##### 3.1.1.1. Intervencijų struktūra

Šiame poskyryje pateikiama analizė pagal šį vertinimo klausimą:

TS 9.1.3. Kokios valstybės intervencijos į šias viešosios politikos sritis yra vykdomos, siekiant jose numatytų tikslų (nustatyti struktūrą):

TS 9.1.3.1 pagal intervencijos tipą (reguliavimas, finansavimas, gamyba/paslaugų teikimas, pajamų palaikymas)

Lentelėje žemiau pateikiamas dabar vykdomų intervencijų, skirtų užtikrinti prevencijos ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumą, rinkinys bei nustatomas intervencijų tipas.

#### 13 lentelė. Prevencijos priemonių ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumo didinimo intervencijų rinkinys

| Intervencija   | Tipas        |
|--|--------------|
| <b>1 uždavinys. Didinti prevencijos priemonių veiksmingumą.</b>  |              |
| <b>1.1. kryptis. Mažinti rizikingo visuomenės elgesio (priklausomybių nuo psichoaktyviųjų medžiagų ir azartinio lošimo) paplitimą.</b>   |              |
| <b>I. Psichoaktyviųjų medžiagų (alkoholio, tabako, narkotinių medžiagų) vartojimo prevencija:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Paklausos mažinimas: nuosekliai įgyvendinamos naujai kylančius iššūkius atitinkančios psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos priemonės, siekiant pavėlinti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo pradžią, mažinti vartojimą, motyvuoti keisti elgseną.</li><li>➤ Pasiūlos mažinimas: fizinio ir ekonominio prieinamumo ribojimas (akcizų tabako gaminiams ir su tabako gaminiais susijusiems gaminiams (nuo 2019 m. kovo taikomas akcizas ir elektroninių cigarečių skysčiui) ir alkoholiniams gėrimams nuoseklus didinimas, pirkėjų amžiaus, prekybos laiko ribojimas ir kitos rinkodarą reguliuojančios priemonės, kova su nelegalia prekyba: nuo 2019 m. gegužės mėn. planuojama įdiegti Tabako gaminių atsekamumo ir saugumo elementų sistemą pagal ES Tabako produktų direktyvą).</li><li>➤ Veiksmingos ir prieinamos gydymo, psichologinės ir socialinės reabilitacijos, reintegracijos paslaugos, žalos mažinimo (antrinės ir tretinės prevencijos) priemonės.</li></ul> | Reguliavimas |

|   |                          |
|---|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ PASPĮ (pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose) taikomas ankstyvosios rizikos atpažinimo ir trumpųjų intervencijų algoritmas.</li> <li>➤ Narkotikų, tabako ir alkoholio departamento diegiama ir koordinuojama Ankstyvosios intervencijos programa alkoholio ar narkotikų vartojimo patirtį turintiems 14–21 metų jaunuoliams. (vykdo savivaldybių visuomenės sveikatos biurai, pedagoginės psichologinės ar švietimo pagalbos tarnybos).</li> <li>➤ Švietimo įstaigose įgyvendinamos psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos programos. Visose mokyklose veikia vaiko gerovės komisijos (VGK), kurios koordinuoja prevencinę veiklą mokykloje. VGK bendradarbiauja su savivaldybių VGK dėl vaiko minimalios ar vidutinės priežiūros priemonės skyrimo inicijavimo, su jomis sprendžia psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo problemas, kai mokyklos išteklių nepakanka.</li> <li>➤ Savivaldybių visuomenės sveikatos biurų veikla psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos srityje (vykdomos visuomenės sveikatos stiprinimo, sveikatos mokymo ir ugdymo intervencijos, visuomenės informavimo žalingų įpročių prevencijos klausimais veikla).</li> <li>➤ Sveikatos priežiūros paslaugų (gydymo, psichologinės ir socialinės rehabilitacijos, reintegracijos, žalos mažinimo paslaugų teikimas priklausomybės ligų centruose, psichikos sveikatos centruose psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims (antrinė ir tretinė prevencija).</li> <li>➤ Priklausomybių konsultantų (motyvuojančių priklausomus asmenis kreiptis pagalbos, keisti elgseną, teikiančių kitą pagalbą, būtiną priklausomybei įveikti) modelio plėtra savivaldybėse, teikiant „žemo slenksčio“ principu pagrįstas konsultavimo paslaugas priklausomiems asmenims ir jų šeimos nariams.</li> <li>➤ Legalios ir nelegalios apyvartos, vartojimo ir jo padarinių stebėseną</li> </ul>  | <p>Paslaugų teikimas</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lietuvos Respublikos Seimo 2018 m. gruodžio 13 d. nutarimu Nr. XIII-1765 patvirtinta Valstybinė narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės ir vartojimo prevencijos 2018–2028 m. programa, Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2018 m. gegužės 9 d. nutarimu Nr. 463 pakeistas Narkotikų, tabako ir alkoholio prevencijos tarpinstitucinio veiklos planas (13 įgyvendinančių institucijų, 38 vertinimo rodiklių), numatyti asignavimai priemonėms 2018–2020 m. (27,5 mln. Eur).</li> <li>➤ Pagal sveikatos reformos kryptį „Naujų sveikos gyvensenos ir prevencijos paskatų sukūrimas“ nuo 2019 m. didinama specialiosios tikslinės dotacijos dalis visuomenės sveikatos biurams, būtent, darbo užmokesčio fondui. Atlyginimai didinami nuo vidutiniškai 577 Eur iki vidutinio šalies darbo užmokesčio) bei mažinamas darbuotojui tenkantis aptarnaujamų mokinių skaičius (nuo 870 iki 800 mieste ir nuo 420 iki 400 kaime).</li> <li>➤ Iš Valstybinio visuomenės sveikatos stiprinimo fondo (kurį sudaro 0,5 proc. faktinių įplaukų, gautų už alkoholinių gėrimų, tabako ir azartinių lošimų akcizus) finansuojami alkoholio, tabako, narkotikų vartojimo prevencijos projektai, moksliniai tyrimai, sveikos gyvensenos ir jos kultūros formavimui skirta socialinė reklama.</li> <li>➤ ES fondų lėšomis 2014–2020 m. finansuojami sveikos gyvensenos skatinimui regioniniu mastu skirti projektai (visuomenės sveikatos biurų infrastruktūros gerinimas, tikslinių grupių švietimas) (SAM); Priklausomybės ligų profilaktikos, diagnostikos, gydymo kokybės, prieinamumo gerinimo ir šių paslaugų infrastruktūros tobulinimo projektai (SAM); Asmenų, priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų, socialinė integracija (SADM).</li> <li>➤ ASPĮ taikoma finansinė paskata (papildomas apmokėjimas iš PSDF) už ankstyvąjį alkoholio vartojimo rizikos įvertinimą ir pagalbą alkoholį vartojantiems asmenims teikimą.<sup>84</sup></li> </ul> | <p>Finansavimas</p>      |
| <p><b>II. Patologinio potraukio azartiniam lošimams, IT technologijoms ir kt. veiksniams prevencija:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Septynioliktosios Vyriausybės programoje numatyta skatinti visuomenės supratingumą apie azartinių lošimų žalą ir siekti, kad pažeidžiamiausios</li> </ul>   | <p>Reguliavimas</p>      |

<sup>84</sup> Pagal LR Sveikatos apsaugos ministro 0017 m. lapkričio 29 d. įsakymą Nr. V-1359

|   |                   |
|---|-------------------|
| <p>visuomenės grupės būtų apsaugotos nuo neigiamo lošimų poveikio. Vyriausybės programos įgyvendinimo plano vienas iš prioritetų yra teikti pagalbą žalingų įpročių turintiems asmenims.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Griežtinant pažeidžiamiausių visuomenės grupių apsaugos nuo galimo neigiamo lošimų poveikio reikalavimus, 2016 m. pakeistas Azartinių lošimų įstatymas, kuriam įsigaliojus 2017 m. pradėjo veikti Apribojusių savo galimybę lošti asmenų registras, o lošimų organizatoriui nustatyta pareiga užtikrinti, kad tokie asmenys nepatektų į lošimų organizavimo vietas ir negalėtų lošti nuotoliniu būdu. Seime aktyviai svarstomos azartinių lošimų reklamos ribojimo ir draudimo įleisti į lošimų organizavimo vietas nepilnamečius asmenis iniciatyvos. Priimtas Azartinių lošimų įstatymo pakeitimas dėl pažangiomis technologijomis pagrįstos lošimų kontrolės įvedimo – lošimų automatų sujungimo į vieną sistemą, kuri nuo 2021 metų užtikrins efektyvią ir inovatyviais sprendimais paremtą lošimų priežiūrą.</li> </ul>  |                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Šviečiamosios veiklos skatinimas ir sąmoningumo ugdymas.</li> <li>➤ Probleminio lošimo ir kito priklausomybę sukeliančio elgesio paplitimo mažinimas.</li> <li>➤ Pagalbos priklausomiems asmenims prienamumo užtikrinimas.</li> </ul>  | Paslaugų teikimas |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 2019 m. sausio 23 d. Lietuvos Respublikos Vyriausybė pritarė Probleminio lošimo prevencijos priemonių įgyvendinimo planui ir pavedė atsakingoms institucijoms įgyvendinti Priemonių plane nurodytas priemones.</li> </ul>  | Finansavimas      |
| <p><b>1.2. kryptis. Skatinti sveiką mitybą ir fizinį aktyvumą</b></p>   |                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tarp SAM ir 16-os didžiausių maisto pramonės įmonių pasirašytas susitarimas dėl cukraus/druskos/sočiųjų riebalų (bent vieno iš šių produktų) kiekio sumažinimo gaminamuose/importuojamuose maisto produktuose du kartus per dvejus metus. Nuo 2019 m. lapkričio 1 d. papildomai planuojama riboti Lietuvos rinkai tiekiamuose maisto produktuose esantį transriebalų kiekį iki 2 gramų 100 gramų bendro riebalų kiekio. Šis reikalavimas nebus taikomas gyvūninės kilmės riebalams ir maisto produktams, kuriuose transriebalai susidaro ir egzistuoja natūraliai.</li> <li>➤ Simboliu „Rakto skylutė“ žymimų sveikatai palankių produktų pasiūlos plėtra.</li> <li>➤ Parengtas maitinimo ikimokyklinio ir mokyklinio ugdymo įstaigose aprašas paruošti tipiniai receptai.</li> </ul>  | Reguliavimas      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Visuomenės sveikatos biurų veikla sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo srityje: 2017 m. daugiausia visuomenės sveikatos stiprinimo priemonių buvo skirta fizinio aktyvumo skatinimui (36,6 proc. visų renginių, 16 proc. TV ir radio laidų, 16,6 proc. publikacijų), sveikai mitybai ir nutukimo prevencijai (apie 8 proc. renginių, 15 proc. laidų, 9,8 proc. straipsnių)<sup>85</sup>.</li> <li>➤ Gerinamas judumo paslaugų prienamumas – kartu su Švietimo, mokslo ir sporto ministerija (ŠMSM) įgyvendinama „Aktyvios mokyklos“ koncepcija: nuo 2019/2020 m. mokslo metų ikimokyklinukams prisidės valanda fiziniams aktyvumui ugdyti, moksleiviams kūno kultūros pamokų skaičius padidės nuo 2 iki 3 pamokų per savaitę, įgyvendinamos sporto populiarinimo akcijos („Olimpinė savaitė“ kartu su Lietuvos tautiniu olimpinio komitetu).</li> <li>➤ Mokyklose vykdoma Sveikatos ir lytiškumo ugdymo bei rengimo šeimai programa. Programos kertinė tema – visuminė sveikata, apimanti sveikatos, sveikos gyvensenos ir šeimos sampratą, taip pat fizinę sveikatą, psichikos sveikatą ir socialinę sveikatą. Didžioji dalis programos integruojama į dalykus, pasitelkiami visuomenės sveikatos priežiūros specialistai, mokyklos psichologai, neformalaus švietimo valandos.</li> <li>➤ Planuojama, kad nuo 2019 m. ŠG komandoje dirbsiantis sveikos gyvensenos specialistas<sup>86</sup> išduos pacientui fizinio aktyvumo receptą (individualų veiksmų planą).</li> <li>➤ ŽŪM vykdo Vaisių ir daržovių bei pieno ir pieno produktų vartojimo skatinimo vaikų ugdymo įstaigose programą).</li> </ul> | Paslaugų teikimas |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nuo 2019 metų beveik trigubai didės lėšos, skiriamos sporto rėmimo fondui, ir didžioji jų dalis bus skirta fizinio aktyvumo veikloms. Be formalaus švietimo 2019 m. biudžete numatyta didinti finansavimą ir neformalaus švietimo veikloms, kurių</li> </ul>   | Finansavimas      |

<sup>85</sup> Savivaldybių vykdomų visuomenės sveikatos priežiūros funkcijų įgyvendinimo 2017 metais ataskaitų suvestinė

<sup>86</sup> 2020 m. planuojama paruošti 50 sveikos gyvensenos specialistų (SAM duomenimis)



|  |                   |
|--|-------------------|
| <p>didelę dalį sudaro fizinio aktyvumo, sporto būreliai.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Iš ES fondų finansuojamas sveikos gyvensenos skatinimas regioniniu mastu (visuomenės sveikatos biurų infrastruktūros gerinimas, tikslinių grupių švietimas) (SAM); Kompleksinė paslaugų plėtra integruotų teritorijų vystymo programų tikslinėse teritorijose (sveikos gyvensenos infrastruktūros sukūrimas, pvz. treniruoklių aikštelių įrengimas) (VRM)</li> <li>➤ Iš Sveikatos stiprinimo fondo finansuojamos sveikos gyvensenos ir jos kultūros formavimo veiklos (tyrimai, socialinė reklama).</li> </ul>   |                   |
| <p><b>1.3. kryptis. Gerinti užkrečiamųjų ligų valdymą.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Higienos instituto parengtos metodinės rekomendacijos dėl antimikrobinio atsparumo didinimo visuomenės sveikatos biurų specialistams, dirbantiems su vaikais ir jaunuimu.</li> </ul>   | Reguliavimas      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras vykdo informacinius renginius antimikrobinio atsparumo didinimo ir vakcinacijos temomis.</li> </ul>   | Paslaugų teikimas |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lietuvoje suaugusiems pacientams valstybės lėšomis finansuojamos šios vakcinos: difterijos, stabligės, pradedant nuo 26 metų kas 10 metų, ir sezoninio gripo ir pneumokokinė rizikos grupių pacientams. Nuo 2018 metų sausio 1 d. valstybės lėšomis nemokamai pradedami skiepyti pacientai, sergantys lėtine obstrukcine plaučių liga ir cukriniu diabetu.</li> <li>➤ Iš ES fondų finansuojamas projektas „Tikslinės grupės vaikų skiepavimo apimčių įvertinimas, specialistų ir visuomenės sveikatos raštingumo didinimas užkrečiamųjų ligų profilaktikos tema“.</li> <li>➤ Iš ES fondų finansuojamas tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas, priemonių, gerinančių ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą tuberkulioze sergantiems pacientams įgyvendinimas; sveiko senėjimo skatinimo iniciatyvos (racionalus vaistų vartojimas).</li> <li>➤ Šeimos ir vaikų ligų gydytojams už tuberkulino mėginių atlikimą ikimokyklinio amžiaus (7 m.) ir rizikos grupėms priklausantiems vaikams taikoma finansinė paskata.</li> <li>➤ ŠG taikoma finansinė paskata už asmenų, priskiriamų rizikos grupei, skiepimą gripo vakcina.</li> <li>➤ ŠG taikoma finansinė paskata už pacientų, kuriems taikomas pakaitinis palaikomasis gydymas metadonu ar buprenorfinu, priežiūrą, kraujo tyrimus.</li> <li>➤ Planuojami kokybės rodikliai ir finansinės paskatos ŠG dėl siauro spektro antibiotikų skyrimo.</li> </ul> | Finansavimas      |
| <p><b>1.4. Didinti tikslinių visuomenės grupių dalyvavimą prevencinėse ir ankstyvosios diagnostikos programose apimtis.</b></p>  | Finansavimas      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ PSDF lėšomis finansuojamos krūties, gimdos kaklelio, prostatos, storosios žarnos vėžio, širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos.</li> <li>➤ Krūties vėžio prevencinėse programose ketinama įvesti papildomą apmokėjimą ASPĮ už asmenų informavimą (iki šiol buvo bendras apmokėjimas už informavimą ir mamografijos atlikimą).</li> </ul>  | Finansavimas      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Steigiami du nacionaliniai Onkologinių ligų ankstyvosios diagnostikos programų koordinavimo centrai (finansuojami ES lėšomis).</li> <li>➤ ASPĮ organizuoja tikslinių grupių kvietimą dalyvauti prevencijos programose.</li> </ul>   | Paslaugų teikimas |
| <p><b>1.5. Gerinti psichikos sveikatos stiprinimo ir prevencijos veiksmingumą.</b></p>   | Reguliavimas      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lietuvos psichikos sveikatos strategija, Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programa.</li> <li>➤ Planuojama sukurti ankstyvos savižudybių atpažinimo ir kompleksinės pagalbos suteikimo sistemą (tarpsektoriniu pagrindu) – pagal reformos kryptį „Ankstyvosios savižudybių atpažinimo sistemos sukūrimas.“ Konkrečiai, nuo 2018 m. lapkričio įsigaliojo SAM ministro įsakymai: Nr. V–859 „Dėl pagalbos savižudybės grėsmę patiriantiems, savižudybės krizę išgyvenantiems ir savižudybės krizę išgyvenusiems asmenims teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ ir Nr. V–856 „Dėl savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinio vertinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.</li> </ul>  | Reguliavimas      |

|   |                          |
|---|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gydomo įstaigų Skubiosios pagalbos skyriuose teikiama nemokama emocinė pagalba.</li> <li>➤ Nuo 2017 m. rugsėjo privalomas bent vienos akredituotos smurto ir patyčių prevencinės programos įgyvendinimas ikimokyklinio ir bendrojo ugdymo mokyklose (SAM, ŠMM, savivaldybės).</li> <li>➤ Bendradarbiaujant su Socialinės apsaugos ir darbo ministerija (SADM) plėtojama anoniminė emocinė parama telefonu ir internetu (pvz. programėlė mobiliajame telefone „Pagalba sau“).</li> <li>➤ Gydomo įstaigų skubiosios pagalbos skyriuose teikiama nemokama emocinė pagalba.</li> </ul>   | <p>Paslaugų teikimas</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pagal Europos ekonominės erdvės (EEE) 2014–2021 m. programą „Sveikata“ Lietuvai skirta 15 mln. Eur prevencijos gerinimui ir sveikatos netolygumų mažinimui – paramai psichikos sveikatos stiprinimui ir prevencijos priemonėms, ypatingą dėmesį skiriant vaikų, jaunimo ir jų šeimų gerovei.</li> <li>➤ Iš ES fondų finansuojamos kompleksinės paslaugos šeimai, tame tarpe psichologinė pagalba (SADM).</li> <li>➤ Iš Sveikatos stiprinimo fondo finansuojama visuomenės psichikos sveikatos ir savižudybių prevencija.</li> <li>➤ Nuo 2018 m. sausio 1 d. ASPĮ mokamas skatinamasis priedas už naujas pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas – pacientų psichodiagnostinį vertinimą ir pirminės psichologines–psichoterapines intervencijas.</li> <li>➤ Pagal reformos kryptį „Ankstyvosios savižudybių atpažinimo sistemos sukūrimas“ planuojama plėsti psichologinės pagalbos prieinamumą savivaldybėse – planuojama, kad iki 2020 metų kiekvienoje Lietuvos savivaldybėje ankstyvo savižudybių atpažinimo ir kompleksinės pagalbos teikimo bus apmokyti daugiau nei 160 specialistų, ne mažiau kaip 20 proc. savivaldos mokytojų bei ne mažiau kaip 20 proc. socialinių darbuotojų, gaisrininkų ir policininkų. Visose savivaldybėse numatyta teikti nemokamas tęstines psichologines ir (ar) psichoterapines konsultacijas žmonėms su savižalos rizika. Siekiama, kad bent 10 proc. visų savivaldos gyventojų galėtų gauti ne mažiau kaip 3 nemokamas konsultacijas per metus, o per metus iš viso būtų suteikiama apie 100 tūkst. individualių ir (ar) grupinių konsultacijų. Be to, numatyta iš PSDF lėšų apmokėti iki 5 tūkst. asmenų su aukšta savižalos rizika vadybos atvejų kasmet. Nuo 2020 metų visi Vilniaus universiteto ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto biomedicinos krypties ir psichologijos krypties specialistai turės ankstyvos savižudybių atpažinimo ir kompleksinės pagalbos teikimo žinių, o nuo 2022 metų ankstyvos savižudybių atpažinimo ir kompleksinės pagalbos bus apmokyti daugiau nei 20 proc. visų gimnazistų ir studentų.</li> <li>➤ Dar labiau prieinamas paslaugas užtikrins žemo slenksčio priklausomybės konsultantų modelio įgyvendinimas visoje šalyje. Įgyvendinus šias naujoves iki 2020 metų tikimasi savižudybių skaičių sumažinti nuo 28,7 atvejų tenkančių 100 tūkst. gyventojų iki 19,5 atvejų 100 tūkst. gyventojų.</li> </ul> | <p>Finansavimas</p>      |
| <p><b>1.6. Sukurti sveikatai palankią darbo, buities ir fizinę aplinką.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lietuvos sveikatos programos 2014–2025 m. 2–as tikslas („Sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką“). Programa įgyvendinama iš atitinkamų metų LR valstybės biudžeto asignavimų, savivaldybių biudžetų lėšų, PSDF lėšų, ES ir kitos tarptautinės finansinės paramos lėšų bei kitų teisėtai gautų lėšų.</li> <li>➤ Tarpinstitucinis veiklos planas „Sveikata visiems“(8.2.1.2. uždavinys „Kurti sveikatai palankią gyvenamąją, darbo ir mokymosi aplinką“), kuriame numatyti ir asignavimai institucijoms.</li> <li>➤ Šios intervencijos nagrinėjamos Užimtumo ir socialinės įtraukties, Aplinkosaugos VPS analizėje.</li> </ul>  | <p>Reguliavimas</p>      |
| <p><b>1.7. Užtikrinti saugią socialinę aplinką, mažinti socialinę atskirtį.</b><br/>Šios intervencijos nagrinėjamos Užimtumo ir socialinės įtraukties VPS analizėje</p>   |                          |
| <p><b>2 uždavinys. Didinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumą</b></p>  |                          |
| <p><b>2.1. kryptis. Didinti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumą</b></p>  | <p>Finansavimas</p>      |

|   |                   |
|---|-------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Iš ES 3-iosios sveikatos programos (CHRODIS PLUS projektas) nuo 2017 m. finansuojamas daugiau nei 2 lėtinėmis ligomis sergančiųjų sveikatos priežiūros modelis, iki 2020 m. bus išbandytas Vilniaus universiteto ligoninėje „Santaros klinikos“ bei Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje „Kauno klinikos“. Sėkmingas praktikas planuojama įgyvendinti nacionaliniu lygmeniu.</li> <li>➤ Už kiekvieną išgydytą tuberkulioze, cukriniu diabetu sirgusį pacientą iš PSDF skiriamas finansinis skatinimas ŠG. ES fondų lėšomis 2014–2020 m. finansuojami šie projektai: tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas (didinama tikslinės grupės aprėptis, siekiama geresnių gydymo veiksmingumo); priemonių, gerinančių ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą tuberkulioze sergantiems pacientams, įgyvendinimas; pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimas (infrastruktūros modernizavimas, įrangos, transporto priemonių įsigijimas).</li> <li>➤ Plečiama šeimos gydytojo komanda, pirminės odontologijos komanda (sveikatos sistemos struktūrinės reformos dalis).</li> <li>➤ Įvedamos nuotolinės gydytojo-gydytojui paslaugos, kuomet ŠG galės telekomunikacijų pagalba konsultuotis dėl pacientų su gydytojais specialistais (sveikatos sistemos struktūrinės reformos dalis).</li> <li>➤ Pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos 114 pirminių psichikos sveikatos centrų, kurie išsidėstę po visą Lietuvą. Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikia specialistų komanda, kurią sudaro gydytojas psichiatras, vaikų ir paauglių psichiatras, psichikos sveikatos slaugytojas, socialinis darbuotojas ir medicinos psichologas (toliau – komanda). Komandoje gali dirbti ir kiti specialistai, kurių veikla susijusi su sveikatos priežiūra.</li> <li>➤ Nuo 2018 m., siekiant padidinti pirminės psichikos sveikatos priežiūros specialistų paslaugų prieinamumą, iki 17 000 sumažintas maksimalus prisirašiusių gyventojų skaičius bei nustatyta minimali paslaugų teikimo trukmė – kiekvieną darbo dieną ne mažiau kaip 6 val.</li> <li>➤ Mokamas skatinamasis priedas už pirminio lygio psichologinę-psichoterapinę intervenciją bei paciento būklės psichodiagnostinį įvertinimą.</li> </ul> |                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Paslaugų (dėl tuberkuliozės) DOTC kabinetuose (tiesioginis paciento stebėjimas jam vartojant vaistus) teikimas, paskatos (maisto paketai, kelionės išlaidų kompensavimas) pacientams (finansuojama ES lėšomis)</li> </ul>  | Paslaugų teikimas |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Skiriami nemokami vaistai (dėl tuberkuliozės), nemokamas priklausomybių ligų gydymas.</li> </ul>   | Pajamų palaikymas |
| <p><b>2.2. kryptis. Didinti specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumą</b></p>   |                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Patvirtinti onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo paslaugų prieinamumo ir kokybės rodikliai.</li> </ul>  | Reguliavimas      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Valstybės lėšomis skiepijamos 11 metų mergaitės, siekiant apsaugoti jas nuo žmogaus papilomos viruso (toliau – ŽPV) (pagrindinio gimdos kaklelio vėžio sukėlėjo).</li> <li>➤ ES fondų lėšomis finansuojama: „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas onkologinių ligų srityje“, „Onkologinių ligų prevencijos, ankstyvos diagnostikos ir gydymo paslaugų infrastruktūros tobulinimas“, „Greitosios medicinos pagalbos ir pacientų transportavimo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas“, „Skubios pagalbos traumų ir nelaimingų atsitikimų bei išorinių priežasčių atvejais infrastruktūros tobulinimas“, „Galvos smegenų kraujotakos ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas“, „Priklausomybės ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų infrastruktūros tobulinimas“, „Tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas“, „Vaikų sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros tobulinimas“, „Sveiko senėjimo paslaugų kokybės gerinimas“.</li> <li>➤ Planuojama vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugų plėtra, suteikiant teisę šias paslaugas teikti asmens sveikatos priežiūros įstaigose, turinčiose licenciją teikti vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro ar stacionarines paslaugas.</li> <li>➤ Planuojama didinti psichoterapinių paslaugų prieinamumą didinant šių paslaugų</li> </ul>   | Finansavimas      |

|   |                   |
|---|-------------------|
| apmokėjimą bei didinant psichoterapijos seansų, apmokamų iš PSDF lėšų skaičių.  |                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Veikia regioniniai insulto ir kardiologijos, traumų, onkologijos klasteriai (funkciniai ligoninių klasteriai), kuomet pacientai, kuriems reikia aukštesnio lygio paslaugų, yra siunčiami į nustatytas tretinio lygio gydymo įstaigas.</li> </ul>   | Paslaugų teikimas |
| <p><b>2.3. kryptis. Mažinti gyventojų sveikatos/sveikatos priežiūros netolygumus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų planas. Juo siekiama sumažinti tam tikruose šalies regionuose (teritorijose) bei skirtingoms socialinėms grupėms priklausančių asmenų sveikatos būklės netolygumus bei sveikatos priežiūros prieinamumo skirtumus. Veiklos kryptys: tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir gydymo efektyvumo didinimas; priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos, gydymo bei socialinės reintegracijos paslaugų prieinamumo didinimas; traumų ir nelaimingų atsitikimų profilaktikos, neįgalumo ir mirtingumo nuo išorinių priežasčių mažinimas; sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų mažinimas; sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimas; onkologinių ligų prevencijos ir efektyvaus gydymo užtikrinimas; efektyvios sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimas neįgaliesiems; vaikų sveikatos stiprinimo, ligų profilaktikos bei efektyvaus gydymo užtikrinimas.</li> <li>➤ 2014–2020 m. Veiksmų programa, 8.1.3. (pagerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms gyventojų grupėms bei sumažinti sveikatos netolygumus – investicijos į infrastruktūrą), 8.4.2. uždaviniai (sumažinti sveikatos netolygumus, gerinant sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms gyventojų grupėms ir skatinti sveiką senėjimą: efektyvūs ir inovatyvūs sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modeliai ir sprendimai, skirti gerinti sveikatos priežiūros (kraujotakos sistemos ligų, onkologinių susirgimų, cerebrovaskulinių ligų, išorinių priežasčių srityse) kokybę ir prieinamumą; visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros, socialinių darbuotojų ir kitų dalyvių bendradarbiavimo pirminės sveikatos priežiūros lygmenyje modelių sukūrimas, išbandymas ir įdiegimas, sprendžiant svarbiausias sveikatos problemas, visų pirma, populiacijos poliligtumo, lėtinių neinfekcinių ir dėl socialinių veiksnių įtakos atsiradusių sveikatos sutrikimų problemas; sveikatos specialistų pritraukimas; prevencijos bei kontrolės paslaugų teikimo koordinavimo, vadybos ir stebėsenos tobulinimas; informacijos teikimas tikslinėms gyventojų grupėms, jų švietimas ir mokymas sveikos gyvensenos, sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo, ligų prevencijos bei kontrolės temomis; pacientų, NVO, vietos bendruomenių ir sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimas, lygiavertė partnerystė bei sveikatos raštingumas nustatytose srityse, taip pat sudarant sąlygas sveikatos priežiūros paslaugas rinktis pagal sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rezultatus, teikiamų paslaugų kokybę ir saugą; sveikatos gerinimo programų savivaldybėse parengimas ir įgyvendinimas; parama projektams sveiko senėjimo srityje.</li> </ul> | Reguliavimas      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ES fondų parama 2014–2020 m. didžiaja dalimi nukreipta į regioninių netolygumų mažinimą, kadangi priemonėse yra išskiriamos tikslinės teritorijos ir tikslinės asmenų grupės<sup>87</sup></li> </ul>   | Finansavimas      |

### 3.1.1.2. Intervencijų rinkinio vertinimas ir pasiūlymai dėl jo optimizavimo

Šiame poskyryje pateikiama analizė pagal šiuos vertinimo klausimus:

TS 9.1.4. Ar valstybės intervencijos į viešosios politikos sritis yra tinkamos Techninės specifikacijos 7.1 punkte išvardintų viešosios politikos sričių tikslams pasiekti? Paaikškinti, kaip ir kodėl, nagrinėjant intervencijų logiką.

<sup>87</sup> Pagal sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. planą sveikatos netolygumų mažinimą numatyta finansuoti ir valstybės ir savivaldybių biudžeto, kitos tarptautinės paramos lėšomis, nuosavomis vykdytojų lėšomis.

TS 9.1.5. Ar valstybės intervencijos nagrinėjant kiekvieną Techninės specifikacijos 7.1 punkte išvardintą viešosios politikos sritį (pagal tipą, o finansinės intervencijos – pagal finansavimo šaltinius ir formas) yra pakankamos viešųjų politikų tikslams pasiekti? Kodėl? Kurios intervencijos yra perteklinės? Kokių intervencijų trūksta?

TS 9.1.6. Ar valstybės intervencijos nagrinėjant kiekvieną Techninės specifikacijos 7.1 punkte išvardintą viešosios politikos sritį (pagal tipą, o finansinės intervencijos – pagal finansavimo šaltinius ir formas) suderintos tarpusavyje? Kaip ir kodėl? Pateikti gerosios ir blogosios praktikos pavyzdžių, kaip reguliacinės intervencijos papildo finansines intervencijas ir prisideda arba trukdo siekti viešosios politikos tikslų? Kurios dubliuojasi?

TS 9.1.7. Nustatyti valstybės intervencijų efektyvumą siekiant viešosios politikos sritims nustatytų tikslų. Kurios intervencijos pagal tipą, o finansinės intervencijos – pagal finansavimo šaltinius ir formas duoda didžiausią efektą (nagrinėti kiekvieną Techninės specifikacijos 7.1 punkte išvardintą viešosios politikos sritį)? Kurios mažiausia? Kurių galima būtų atsisakyti arba pakeisti finansines intervencijas kitomis?

TS 9.2.4. Koks būtų optimalus viešųjų intervencijų rinkinys pagal kiekvieną viešąją politiką, siekiant visuomenės gyvenimo kokybės augimo?

---

## 1 uždavinys. Didinti prevencijos priemonių veiksmingumą.

### Rizikingo visuomenės elgesio paplitimo mažinimas

**Alkoholio vartojimas.** Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programoje, iškeltas tikslas iki 2020 suvartojimą sumažinti iki 9,5 litrų absoliutaus alkoholio vienam gyventojui, arba perskaičiavus vienam 15 metų ir vyresniam gyventojui – 11,1 (2017 m. fiksuotas 12,3 l. vartojimas); iki 2025 m. – 8,5 l arba perskaičiavus vienam 15 metų ir vyresniam gyventojui – 10 litrų. Toks pat tikslas numatytas ir dabartinės Vyriausybės programos įgyvendinimo plane. Įvertinant esamą nuoseklią mažėjimo tendenciją, 2020 m. tikslas gali būti pasiektas.

Lietuvoje taikomos beveik visos kitose Europos šalyse taikomos alkoholio prieinamumą ir reklamą ribojančios priemonės, išskyrus prekybos taškų tankumo ribojimą. Lietuva yra viena iš nedaugelio šalių, kurioje taikomas visiškas alkoholio reklamos draudimas. Akcizai alkoholiui reikšmingiau didinti pradėti nuo 2016 m. Kita vertus, visų rūšių alkoholinių gėrimų akcizų tarifai Latvijoje ir Lenkijoje yra mažesni nei Lietuvoje, todėl Lietuvos gyventojams yra sudaryta paskata alkoholinius gėrimus pirkti pigiau šiose šalyse. VMĮ duomenys rodo, kad per devynis 2018 m. mėnesius legalus spiritinių gėrimų pardavimas, palyginti su praėjusiųjų metų tuo pačiu laikotarpiu, nukrito 9,9 proc., alaus – 8,8 proc., tuo tarpu deklaruoti alkoholio akcizai sausį–rugsėį siekė 230,816 mln. Eur – 7,6 mln. daugiau nei pernai tuo pat laiku.

Remiantis Alkoholio kontrolės priemonių poveikio studija (ESTEP, 2018), alkoholio kontrolės priemonių įvedimas ir griežtinimas yra ne vienintelis būdas sumažinti alkoholio vartojimą ilguoju laikotarpiu. Akcizų didinimas reikšmingai mažina vartojimą, tačiau turi daug struktūrinių poveikių: jis palankus stipriesiems gėrimams, nepalankus alui ir vynui, labai palankus nelegaliam sektoriui, naudingas gretimų šalių mažmeninei prekybai (Lietuvos mažmeninės prekybos sąskaita). Akcizų didinimo poveikis regresyvus, mokestinė našta neproporcingai didėja skurdesnei visuomenės daliai, tikėtina didesnė žala sveikatai mažiausių pajamų žmonėms dėl legalaus alkoholio pakeitimo nelegaliu. Parduotuvių tankio mažinimas yra santykinai mažai veiksmingas, tačiau palankus neapskaityto alkoholio didėjimui, tačiau ši priemonė neigiamai veikia mažmeninės prekybos infrastruktūrą mažesnėse gyvenvietėse. Reklamos draudimas, skirtingai nei kitos priemonės, neturi neigiamų perskirstomųjų poveikių tarp sektorių. Higienos instituto atliktas tyrimas rodo, kad alkoholio reklamos (ir nuolaidų alkoholiniams gėrimams) draudimas yra ekonomiškai efektyvi priemonė, siekiant sumažinti alkoholio vartojimą.<sup>88</sup>

---

<sup>88</sup>[http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2017.1\(76\)/VS%202017%201\(76\)%20LIT%20A%20Alkoholinia%20gerimai.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2017.1(76)/VS%202017%201(76)%20LIT%20A%20Alkoholinia%20gerimai.pdf)

Valstybinė alkoholio, tabako ir narkotikų prevencijos ir vartojimo kontrolės 2018–2028 m. programa (rengiamas 2019–2021 m. tarpinstitucinis veiklos planas), kurioje numatomas psichoaktyvių medžiagų paklausos, pasiūlos, žalos mažinimo, stebėsenos intervencijų kryptys numato papildomas alkoholio vartojimo prevencijos intervencijų kryptis įvairiuose ūkio sektoriuose nacionaliniu mastu, todėl vykdomos ir planuojamos intervencijos yra vertinamos kaip tinkamos ir suderintos tarpusavyje. Kita vertus, programos įgyvendinimo apimtis ir kokybė savivaldybių lygmenyje išliks iššūkiu, kadangi joms ši programa tėra rekomendacinio pobūdžio.

**Tabako gaminių vartojimas.** Siekiant mažinti tabako gaminių prieinamumą, kovai su nelegalia tabako gaminių prekyba turi būti dedamos koordinuotos įvairių valstybės institucijų pastangos. ES tabako gaminių atsekamumo sistemos diegimas nuo 2019 m. gegužės mėn. ir nuo 2018 m. rugsėjo mėn. įsigaliojusio PSO Tabako kontrolės pagrindų konvencijos Protokolo dėl neteisėtos prekybos tabako gaminiais panaikinimo neabejotinai prisidės prie nelegalios prekybos tabako gaminiais problemos Lietuvoje sprendimo. Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programoje iškeltas tikslas iki 2020 m. sumažinti tabako suvartojimą vienam gyventojui iki 879 cigarečių per metus. Įvertinant 2017 m. situaciją, tai reikštų 5 proc. sumažėjimą kasmet, kas yra realu.

Kaip ir alkoholio atveju, didžiausią poveikį prieinamumo mažinimui turi akcizų kėlimas, tačiau svarbios ir kitos prieinamumo mažinimo priemonės: draudimas tabako gaminius viešai demonstruoti prekybos vietose, rūkymo ribojimas viešose vietose, apie rūkymo žalą įspėjantys paveikslėliai ant pakuočių. Problemos koordinavimas nacionaliniu lygmeniu (Valstybinė alkoholio, tabako ir narkotikų prevencijos ir vartojimo kontrolės 2018–2028 m. programa), tikėtina, prisidės prie tolesnių teigiamų pokyčių.

**Narkotinių medžiagų vartojimas.** Vykdomos intervencijos yra tinkamos, suderintos, tačiau nepakankamos, kadangi didelės rizikos narkotikų (būtent švirkščiamųjų narkotikų) vartojimas Lietuvoje yra didesnis nei kitose Europos šalyse. Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programoje iškeltas tikslas iki 2020 m. stabilizuoti mirčių dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo skaičių, kuris 2012 m. siekė 95, o 2017 m. sudarė 110. Įvertinus žemiau išvardintas iniciatyvas, rodiklį pasiekti yra realu.

Valstybinė alkoholio, tabako ir narkotikų prevencijos ir vartojimo kontrolės 2018–2028 m. programoje numatomos papildomos intervencijų kryptys (sustiprinta valstybės sienos kontrolė, veiksminga narkotikų kontrolė laisvės atėmimo vietose, veiksminga kova su narkotikų pasiūlos reiškiniu), tikėtina, leis pasiekti teigiamų pokyčių. Atkreiptinas dėmesys, kad programoje numatoma baudžiamosios politikos peržiūra, kuomet dalis, veiklų, už kurias yra taikoma baudžiamoji atsakomybė, bus dekriminalizuotos, pvz. dekriminalizuotos mažiau pavojingos su narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimu susijusios veikos, už jas numatant administracinę atsakomybę, užtikrinant individualaus vertinimo pagrindu taikomas švietimo, socialines, sveikatos priežiūros sistemų intervencijas vietoje baudžiamųjų.

#### Sveikos mitybos ir judėjimo skatinimas

Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programoje iškeltas tikslas iki 2020 m. stabilizuoti nutukusių moterų ir vyrų dalį 20–64 m. amžiaus grupėje (19 ir 18 proc. atitinkamai). 2017 m. EPBO duomenimis, Lietuvos nutukusių suaugusiųjų dalis sudarė 17 proc., tad kol kas tikslas yra įgyvendinamas. Taip pat siekiama sumažinti asmenų, gyvenančių namų ūkiuose, susiduriančiuose su ekonominiais sunkumais (negali sau leisti bent kas antrą dieną valgyti mėsos, žuvies ar analogiško vegetariško maisto, dalį nuo 23 proc. iki 19.5 proc.). 2017 m. šis rodiklis buvo netgi žemiau siekiamos reikšmės (17 proc.), tačiau nuo 2015 m. rodiklio reikšmė auga didėjant skurdo riziką ar socialinę atskirtį patiriančių asmenų daliai. Sveikatos sistemos struktūrinė reforma 2019–2021 m. numato mokinių fizinio aktyvumo didinimą ir sveikos mitybos skatinimą (ankstyvosios intervencijos), taip pat sveikesnių maisto produktų pasiūlos plėtrą rinkoje.

Onkologinių ligų ankstyvosios diagnostikos programų koordinavimo centrų steigimas bei sveikos gyvensenos, prevencijos dalies įgyvendinimas struktūrinėje sveikatos sistemos reformoje (visuomenės

švietimas, programų vykdymo reikalavimų parengimas, specialistų mokymas), tikėtina, prisidės prie sėkmingesnio prevencinių programų vykdymo, tačiau svarbu didinti ir pacientų motyvaciją.

#### Rekomendacijos dėl optimalaus viešųjų intervencijų rinkinio psichoaktyvių medžiagų vartojimo mažinimui, sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo skatinimui

Psichoaktyvių medžiagų vartojimo, sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo bei psichinės sveikatos stiprinimo (kuri detaliau aptariama žemiau) srityje rekomenduotina viešąsias komunikacines intervencijas atskirai kreipti ir į studentus. Remiantis Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos instituto studentų gyvenamosios tyrimu, studentų maisto racionas neatitinka sveikos mitybos reikalavimų, didelis psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimas. Kol kas visuomenės sveikatos biurų veikla vaikų ir jaunimo tarpe yra nukreipta į mokinčius. Atskirą dėmesį siūlome kreipti ir į dirbančius asmenis, kadangi didžiausią visuomenės dalį galima pasiekti darbo vietose. Tai siejasi su Užimtumo ir socialinės įtraukties VPS įvardintu darbo jėgos, ypač kvalifikuotos trūkumu, ir su tuo susijusiu keliamu tikslu „Didinti darbo rinkos patrauklumą“. Iki šiol šios visuomenės grupės nebuvo aiškiai įvardintos planavimo dokumentuose. Darbdavius būtų galima paskatinti per geriausiai savo darbuotojų sveikata besirūpinančių įmonių viešinimą ir apdovanojimą (tai vyksta JAV, Anglijoje), sveikatingumo kampanijų, kurių rezultatai, būtų išmatuojami, įmonėse, įstaigose organizavimą. Tuo tarpu mokesčių lengvatos už darbdavio išlaidas darbuotojų sveikatinimo paslaugoms įsigyti suteikimą būtų aktualios tik toms įmonėms, kurios moka pelno mokestį, o viešosios ir ne pelno siekiančios organizacijos iš šios ekonominės paskatos tipo naudos neturėtų<sup>89</sup>.

Ekonominio prieinamumo ribojimą alkoholio ir tabako atveju būtina planuoti kartu su gyventojų pajamų ir perkamosios galios pokyčiais (t.y. mažinti, didėjant perkamajai galiai). Sveikos mitybos ir judėjimo srityje reguliacinės priemonės gali būti papildytos tam tikrų nevertotinių maisto produktų, skirtų vaikams, reklamos ribojimu. Stebimas ir poreikis papildomoms švietimo iniciatyvoms apie sveiką mitybą ir judėjimą ne tik vaikams darželiuose bei mokyklose, bet ir jų tėvams.

Papildomai, atsižvelgiant į aukščiau ataskaitoje įvardintas psichoaktyvių medžiagų vartojimo priežastis, verta vykdyti/akcentuoti intervencijas, nukreiptas į asmenų savivertės, atsakomybės už savo gyvenimą ugdymą (čia gali prisidėti Kultūros, Švietimo VPS intervencijos), saugios emocinės aplinkos šeimoje ugdymą (Užimtumo ir socialinės įtraukties VPS), aktyvi popamokinė veikla (Švietimo VPS), turinčias laisvalaikis (Kultūros, Švietimo VPS).

Taip pat rekomenduojama sveikatos strategijoje numatyti rodiklius, atspindinčius jaunimo alkoholio, tabako, narkotinių medžiagų vartojimą bei vaikų ir paauglių sveikos mitybos, fizinio aktyvumo įpročius.

#### Užkrečiamųjų ligų valdymo gerinimas, rekomendacijos dėl optimalaus viešųjų intervencijų rinkinio

Vadovaujantis PSO rekomendacijomis, reikalinga stiprinti pagrindines tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės priemones – sėkmingą sergančiųjų tuberkulioze išaiškinimą bei išgydymą, taip pat informacijos apie profilaktikos priemones teikimą visuomenei. Tikėtina, kad 2014–2020 m. laikotarpiu kompleksiskai įgyvendinamos (ir „kietosios“, ir „minkštosios“) ES SF finansuojamos priemonės „Priemonių, gerinančių ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą tuberkulioze sergantiems pacientams, įgyvendinimas“ (apima maisto talonų dalijimą ir kelionės išlaidų kompensavimą tuberkuliozės ambulatorinio gydymo metu – motyvacinė priemonė) ir „Tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas“ (stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų infrastruktūros plėtra/modernizacija, tiesiogiai stebimo gydymo kurso (DOTS, angl. *directly observed treatment short course*) kabinetų įrengimas, medicininės įrangos įsigijimas, visuomenės ir jų šeimos narių informavimas, sveikatos specialistų mokymai, diagnostikos ir gydymo rekomendacijų parengimas) duos reikšmingą teigiamą postūmį šios problemos sprendimui.

<sup>89</sup> DARBDAVIŲ SKATINIMAS RŪPINTIS DARBUOTOJŲ SVEIKATA IR DARBO VIETŲ KOKYBE, Higienos institutas, 2015 m.

Būtina didinti ŽIV plitimui stabdyti ankstyvo diagnozavimo intervencijų efektyvumą. Antimikrobinio atsparumo didinimui svarbu intensyviau dirbti su visų grandžių (pirminės, antrinės, tretinės) gydytojais, farmacijos specialistais. Medicinos studentams, taip pat keliantiems kvalifikaciją medikams būtina į mokymo programą įtraukti antimikrobinio atsparumo didinimo kursą. Reikalinga efektyviau dirbti su visuomene dėl antibiotikų keliamos žalos. Vakcinacijos apimčių didinimui būtina tobulinti viešąją komunikaciją: skleisti įrodymais pagrįstą informaciją, valdyti/laiku reaguoti į informaciją prieš vakcinaciją. Taip pat reikalinga numatyti finansines paskatas gydytojams už vakcinacijos rodiklių įgyvendinimą, integruoti skiepus į bendrą paciento sveikatos priežiūros planą, numatant priemonę, kuri informuotų apie pacientui atliktus skiepus.

Siekdama didinti visuomenės sveikatos biurų veiklos efektyvumą SAM<sup>90</sup> nustatė šiems biurams 2019 m. veiklos prioritetus: visuomenės psichikos sveikatos gerinimas, sveikos mitybos įgūdžių formavimas ir fizinio aktyvumo didinimas (įeina ir antimikrobinio atsparumo didinimas), visuomenės sveikatos biuro darbuotojų administracinių gebėjimų stiprinimas, veiklos viešinimas. Pastebėtina, kad daugeliu atveju nustatyti tik rezultato (o ne produkto) rodikliai be siektinų reikšmių, taip pat veiklos nėra prioritizuojamos (nenumatytas apimties santykis tarp jų). Siūlytina visuomenės sveikatos biurų veiklos vertinimo kriterijus papildyti siekiamomis reikšmėmis siejant jas su skiriamu valstybės dotacijos dydžiu.

#### Tikslinių visuomenės grupių dalyvavimo prevencinėse ir ankstyvosios diagnostikos programose apimčių didinimas, rekomendacijos dėl optimalaus intervencijų rinkinio

Europoje vyrauja koncepcija, kad reikalinga skatinti ne masių, o informuotų pacientų dalyvavimą prevencinėse programose. Todėl siūlytina, visų pirma, gerinti šeimos gydytojų bendradarbiavimą su atskirų sričių, kuriose vykdomos prevencinės programos (pvz. onkologijos) specialistais, kadangi pirmasis pokalbis, kodėl žmogus turi dalyvauti programoje, turi vykti tarp šeimos gydyto ir paciento. Pacientui turėtų būti išaiškinti programos plusai ir galimi minusai. Iš 2014–2020 m. finansuojamas onkologinių ligų ankstyvosios diagnostikos programų koordinavimo centrų steigimas, kurie, planuojama, veiks kaip metodiniai centrai, o tikslinių pacientų kvietimas bus organizuojamas automatiškai, t.y. naudojant informacinės sistemos "SVEIDRA" ir e.sveikatos duomenų bazes. Numatoma, kad kvietime bus iš karto nurodytas apsilankymo laikas, kas, tikimasi, didins tikslinių asmenų grupių dalyvavimo šiose programose, rodiklius.

#### Psichikos sveikatos stiprinimo ir prevencijos veiksmingumo didinimas

Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programoje iškeltas tikslas iki 2020 m. sumažinti mirtingumą dėl savižudybių 100 tūkst. gyventojų nuo 31,03 2012 m. iki 19,5 2020 m. Iki šiol mirtingumas mažėjo, tačiau gana lėtai ir 2017 m. sudarė 26,45. Įvertinus iki šiol buvusią kasmetinę pažangą, be to, psichologinės pagalbos prieinamumo didinimą (struktūrinės sveikatos sistemos dalis) yra tikimybė šį rodiklį pasiekti. Teigiamai vertinamas siekis Savižudybių prevencijos programą pradėti koordinuoti Vyriausybės lygmenyje, taip didinant institucinę atsakomybę.

#### Rekomendacijos dėl optimalaus intervencijų rinkinio

Vykdomos intervencijos tinkamos (jau sukurta ankstyvosios savižudybių atpažinimo sistema (reformos dalis), suderintos, tačiau nepakankamos. Būtina didinti savižudybių prevencijos problemos sprendimą tarpinstituciniu lygmeniu: švietimo, komunikacijos intervencijomis didinti psichikos sveikatos ir emocinį raštingumą jaunuolių tarpe (patyčių mažinimas), mažinti alkoholio vartojimą (aptarta aukščiau), stresą darbe (tikslinės švietimo intervencijos darbo vietose, sveikiausios įmonės/įstaigos rinkimai – aptarta aukščiau), smurtą artimoje aplinkoje (Užimtumo ir socialinės įtraukties VPS). Veiksmingomis psichinės sveikatos stiprinimo darbe intervencijomis galėtų būti įvardintos šios: streso darbe valdymo mokymai (teoriniai ir praktiniai įgūdžiai) vadovams ir darbuotojams, kognityvinio elgesio terapijos (fizinio aktyvumo pratimai, relaksacija ir meditacija, joga,

---

<sup>90</sup> 2019 01 03 LR SAM visuomenės sveikatos priežiūros plėtros savivaldybėse komisijos protokolo Nr. LP-9 nutarimu Nr.1, 2019 01 14



masažas, ekspresyvus rašymas, trumpalaikė akių judesių nujautrinimo intervencija, grupiniai darbuotojų pokalbiai), lanksčių darbo sąlygų intervencijos, kurių metu darbuotojai dalyvauja sprendžiant dėl darbo sąlygų, pvz. „suspaustos“ darbo savaitės (kai visos savaitės numatytos darbo valandos yra atidirbamos per trumpesnę dienų skaičių, pvz., vietoj penkių dienų dirbama keturias) gali pagerinti pamaininį darbą dirbančių asmenų sveikatą bei jų darbo ir asmeninio gyvenimo pusiausvyrą, pamaininį darbą dirbančių darbuotojų darbo laiko rotacija. Veiksmingos gali būti ir programos, kuriomis skatinamas darbuotojų inovaciškumas<sup>91</sup>.

Būtina didinti programų mokyklinio amžiaus vaikams ir paaugliams akreditavimo mastą, nes dabar tik 12 iš 25 programų yra akredituotos nepriklausomų ekspertų pagal Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centro patvirtintą Prevencinių programų akreditavimo tvarkos aprašą. Nesant privalomos akreditavimo tvarkos, Lietuvoje gali būti naudojamos net ir tos programos, kurios neturi mokslinio pagrįstumo ar įrodyto efektyvumo. Esamų programų skaičių (šiuo metu yra tik 2<sup>92</sup>) patyčių mažinimui siūloma praplėsti konkrečiomis psichikos problemomis/temomis – depresijos, nerimo ir streso. Taip pat siūloma svarstyti psichologinės pagalbos integraciją į visų grandžių sveikatos apsaugos institucijas: visuomenės sveikatos, šeimos gydytojo, psichikos sveikatos, klinikinio gydymo, reabilitacijos, slaugos. Tam būtų reikalinga didinti psichologų ir psichoterapeutų skaičių. Tai galėtų optimizuoti psichiatrų, šeimos, kitų gydytojų darbo krūvį, didinti prieinamumą, mažinti eiles, taupyti lėšas. Taip pat siūloma ankstyvosios savižudybių atpažinimo sistemos sukūrimo programą praplėsti streso įveikos koncepcija, nes efektyviausias būdas užkirsti kelią savižudybėms yra įveikti stresą, kaip pirminę priežastį<sup>93</sup>.

#### Darbo, buities ir fizinė aplinka

Matoma, kad Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programoje numatytas šiltnamio efektą sukeliančių dujų kiekio (CO<sub>2</sub> ekvivalentas) stabilizavimas 2020 m. ties 2012 m. lygiu 2016 m. atitiko tikslą; tačiau gyventojų, teigiančių, kad jie kenčia nuo triukšmo, dalis 2017 m. išliko didesnė (13,2, kai 2020 m. siekiama 12,63), mirtingumas nuo išorinių priežasčių 100 000 gyventojų 2017 m. viršijo 2020 m. tikslą (77,3 palyginus su 99,3 2017 m.). Tarpinstituciniame veiklos plane „Sveikata visiems“ dominuoja SAM priemonės, ŠMSM numatyti patyčių mažinimo, visuomenės sveikatos srities mokslinių tyrimų didinimo, viešųjų paslaugų sveikatos srities darbuotojų tikslai yra orientuoti į pokytį. Numatytas viešųjų paslaugų sveikatos darbuotojų, kurie kėlė kvalifikaciją Europos socialinio fondo (ESF) finansuojamose veiklose, skaičiaus didinimas, orientuotas į produkto rodiklį, bet neparodo rezultato (siekiamo pokyčio). SADM tikslas – teikti integralią pagalbą, socialines paslaugas tikslinėms grupėms – irgi matuojamas tik gavėjų skaičiumi. Nenumatomas mirčių darbo aplinkoje, smurto, streso darbe mažinimas. Žemės ūkio ministerijos (ŽŪM) tikslai teikti nemokamą pieną ir (ar) pieno gaminius bei vaisius ir daržoves ikimokyklinio amžiaus vaikams bei pradinukams numatyti tik iki 2017 m. Sertifikuotos ekologiškos ir pagal nacionalinę kokybės sistemą pagamintos žemės ūkio, žuvininkystės ir maisto produktų dalies augimas numatytas 2017–2020 m. tik 1 p.p. (iki 2 proc.). Aplinkos ministerija (AM) siekia 3 dienomis per 2017–2020 m. mažinti dienų skaičių, kai buvo viršyta kietųjų dalelių (KD<sub>10</sub>) koncentracijos ribinė vertė, sumą 5–iuose didžiuosiuose miestuose, taip pat vykdyti tik į produktą orientuotas veiklas: informuoti visuomenę apie aplinką, įsigyti gatvių valymo įrenginių. Susisiekimo ministerija (SM) planuoja didinti triukšmą slopinančių priemonių skaičių, tuo tarpu transporto ir logistikos sektorių generuojamas oro taršos mažinimas (kuris kuria 34 proc. oro taršos<sup>94</sup>) bei aplinkos taršos (šiltnamio efektą sukeliančių dujų išmetimai) nėra numatomi, taip pat nenumatomas žūčių keliuose mažinimas. Energetikos ministerija (EM) papildomai numato sunaudotos galutinės energijos kiekio mažėjimą viešųjų valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų pastatuose, kuriuose įgyvendintos energinio efektyvumo priemonės. Plane pasigendama FM priemonių pajamų nelygybei mažinti (kurios lemia gyventojų sveikatos netolygumus), Vidaus reikalų ministerijos (VRM)

<sup>91</sup> Darbuotojų psichikos sveikatą ir gerovę stiprinančios intervencijos. Higienos institutas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, 2015 m.

<sup>92</sup> „Visuomenės psichikos sveikatos gerinimas“, Kurk Lietuvai. 2017

<sup>93</sup> Remiantis 2018 11 23 fokusuotos grupės diskusija „Sveikatos apsauga: efektyviausi būdai problemoms spręsti“

<sup>94</sup> 2015m., Eurostat

priemonių sveikos gyvensenos skatinimui, Kultūros ministerijos (KM) priemonių – kultūrinių veiklų taikymo sveikatos priežiūroje.

#### Rekomendacijos dėl optimalaus intervencijų rinkinio

Higienos instituto vertinimu<sup>95</sup>, deryboms su kitais sektoriais sveikatos sektoriui svarbu turėti įrodymais pagrįstus argumentus, todėl viena iš sveikatos sektoriaus plėtros prioritetinių krypčių turėtų būti visuomenės sveikatos tyrimų plėtra, mokslinių įrodymų rinkimas ir jų panaudojimo priimant politinius sprendimus sistemos sukūrimas. Taip pat pabrėžiama sveikatos lyderystės svarba ne tik nacionaliniame, bet ir savivaldos lygmenyje. Kaip matoma aukščiau, reikalinga didesnė orientacija į pokyčio rodiklius, platesnis dalyvaujančių institucijų ratas (papildomai VRM, KM) ir gerosios praktikos iš kitų šalių pritaikymas. Fokusuotos grupės diskusijos dalyviai taip pat pažymėjo poreikį didinti ūkinės veiklos poveikio visuomenės sveikatai vertinimų taikymo mastą. Įvertinus aukščiau pateiktą informaciją, vykdomos intervencijos vertinamos kaip nepakankamai suderintos, jų tinkamumui ir pakankamumui įvertinti reikėtų atlikti atskirus vertinimus.

## **2 uždavinys. Padidinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumą**

### **2.1. kryptis. Padidinti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumą**

Lėtinių ligų valdymas nėra pakankamai plėtojamas ir skatinamas, PASPI kol kas nėra nustatyti hospitalizacijų mažinimo rodikliai, tačiau bendras hospitalizacijų mažėjimo rodiklis numatomas struktūrinės reformos kontekste. Kita vertus, planuojama ligoninių optimizacija (struktūrinės sveikatos sistemos reformos dalis), kuomet turėtų sumažėti aktyviojo gydymo lovų skaičius, sumažins ir hospitalizacijos galimybes. Tikslinių gyventojų grupių dalyvavimas prevencinėse programose didėja, tačiau pokyčiai nėra pakankami.

#### Rekomendacijos dėl optimalaus intervencijų rinkinio

Sveikatos sistemos reformos dalis „Šeimos gydytojo komanda, ambulatorinių paslaugų plėtra“ numato iki 2021 m. išvengiamų hospitalizacijų dalį sumažinti trečdaliu. Lėtinių ligų ir poliligtotumo valdymo veiksmingumui didinti būtina rodiklio dėl hospitalizacijų dėl lėtinių ligų mažėjimo vykdymą susieti su skatinamaisiais priedais ŠG, taip pat diegti pasaulinėje praktikoje pasiteisinusius ligų valdymo praktikas (angl. *patient pathways*). Tiek lėtinių ligų valdymui, tiek vakcinacijos apimčių didinimui svarbu didinti pacientų motyvaciją, stiprinti pacientų bei medicinos personalo švietimą, grįstą mokslo įrodymais. Didėjant pacientų poreikiui aktyviai dalyvauti gydymo procese bei sparčiai plečiantis skaitmenizacijos galimybėmis, svarbu įgalinti pacientą pačiam stebėti ir teikti duomenis gydytojui (pvz. mobilių aplikacijų, kitų telemedicinos rūšių pagalba arba suvesti juos į e.sveikatos sistemą). Svarstytinas ir motyvacijos sistemos pacientams diegimas, kuomet už pasiektus rezultatus suteikiamos papildomos paskatos, pvz. pasiekus tam tikrus sveikatos rodiklius, duodami „priziniai taškai“ (nemokamos paslaugos) kitoms viešosioms, privačioms paslaugoms, produktams. JAV populiarėja sveikatos konsumerizmo kryptis, kuomet gydymo įstaigos (galėtų būti pritaikyta ir sveikatinimo įstaigoms, farmacinėms bendrovėms, tyrėjams) siekdamos proaktyviai kontroliuoti sveikatos būklės rizikas, sukurti geresnius ryšius su pacientais<sup>96</sup> bei mažinti išlaidas renkasi kituose ūkio sektoriuose naudojamus duomenų mainų, vartotojų aptarnavimo būdus, pvz. JAV Cape Fear Valley ligoninė vykdo pilotinį projektą rehospitalizacijos atvejų sumažinimui esant išeminės širdies ligos diagnozei, kuomet gydymo įstaiga ir pacientai naudoja blokų grandinės technologijos pagrindu sukurtą mobiliąją aplikaciją, kurioje pacientai už tam tikrų sveikatos rezultatų pasiekimą gauna „prizinius“ taškus, kuriuos gali išsikeisti į Amazon dovanų kuponus<sup>97</sup>. Tokios skaitmeninės platformos kūrimą finansuoja privatūs tiekėjai, o gydymo įstaigos finansuoja konkreitiems tikslams skirtas

<sup>95</sup> Pagrindinės Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programos įgyvendinimo sėkmės prielaidos, Ieva Kisieliene, Higienos institutas,

<sup>96</sup> P vz. 2017 m. JAV atlikta McKinsey konsultacinės bendrovės gyventojų apklausa parodė, kad, apklaustųjų manymu, siekdamas geresnio pacientų aptarnavimo ir ryšių su jais, sveikatos priežiūros įstaigos turėtų lygiuotis į tokias technologines inovatore kaip Google, Amazon, Apple bei pirmaujančias vartojimo prekių kompanijas, tokias kaip Chick-fil-A ir Walmart.

<sup>97</sup> <https://www.mobihealthnews.com/content/health-wizz-pilots-blockchain-and-fhir-mobile-app-ehrs>

kampanijas. Kita galima intervencijų kryptis – proaktyvi pagalba, kuomet pacientai iš rizikos grupių konsultuojami už sveikatos priežiūros įstaigų ribų naudojant portatyvinę įrangą.

## 2.2. kryptis. Padidinti specializuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumą

Remiantis SAM duomenimis, kardiologijos klasteriai jau demonstruoja savo efektyvumą: mirtingumas per 30 d. nuo miokardo infarkto su ST segmento pakilimu po intervencinių procedūrų sumažėjo – 2017 m. I ketv. tik vieno centro rezultatas buvo iki 10 proc. (siektina riba), tuo tarpu 2018. I ketv. tokių centrų buvo 3. Insulto klasterių veiklos rezultatai taip pat gerėja: mirtingumas 2018 m. I–III ketv. keturiuose insulto centruose sudarė mažiau nei 10 proc., kai 2014 m. tuose pačiuose svyravo tarp 10–13 proc. Mirtingumas nuo vėžio mažėja lėtai, tačiau tikėtina, kad planuojamas chirurgijos paslaugų dėl vėžio koncentravimas prisidės prie geresnių rezultatų šioje srityje.

### Rekomendacijos dėl optimalaus intervencijų rinkinio

Vykdoma vertikali paslaugų klasterizacija yra tinkama, suderinta ir jau duoda teigiamų pokyčių. Papildomai, mirtingumo nuo miokardo infarkto mažinimui reikalingi kokybiški reguliarūs gyventojų pirminės pagalbos mokymai (pvz. pedagogų, sporto mokyklų, klubų trenerių, vairuotojų, (privalomai nuo 12 m.) moksleivių (vyksta Europos šalyse) kasmet po 2 val.) ir aprūpinimo defibriliatoriais viešose vietose plėtra, kadangi didžiausia išgyvenamumo tikimybė pasiekama pradėjus gaivinimą per pirmas 10 minučių, iki atvykstant medikams. Šių priemonių įgyvendinimas davė ženklūs teigiamus pokyčius Danijoje, Šveicarijoje.<sup>98</sup>

Siekiant didesnio proveržio specializuotuose sveikatos priežiūros įstaigose, turėtų būti siekiama plačiau naudoti inovacijas (vs infrastruktūros finansavimas), pvz. plačiau taikyti ląstelių terapijos metodą, stiprinti mokslo ir praktikos ryšį, geriau išnaudoti brangius medicinos prietaisus, nuosekliai taikyti įrodymais pagrįstos medicinos pasiekimus, finansuoti demonstracinius projektus (buvo finansuota bandomųjų projektų), finansuoti naujas aprobuotas sveikatos technologijas (būtų galima iš PSDF fondo numatyti tarpines finansavimo lėšas, kuriomis finansuoti šias technologijas bandomajame etape, o joms pasiteisinus – finansuoti iš PSDF). Taip pat svarbu įstaigas skatinti vykdyti ekonominio naudingumo (skirtingai nei mažiausios kainos) pirkimus, didinant perkančiojo personalo kvalifikaciją ir žinias viešųjų pirkimų srityje (šiuo metu dėl žinių trūkumo tai vyksta nedidele apimtimi), geriau valdyti/koordinuoti įvairių sričių specialistų teikiamas paslaugas, komunikaciją su pacientu ir jo šeimos nariais, pvz. Mayo klinikoje, JAV, šiam tikslui dirba atskiri bendro profilio gydytojai (šeimos arba vidaus), vadinami angl. „hospitalists“.

## 2.3. Mažinti gyventojų sveikatos/sveikatos priežiūros netolygumus.

Vienas iš 2014–2020 m. laikotarpio tikslų yra skirta gyventojų sveikatos netolygumams mažinti. Numatyti rodikliai apima aktualiausius mirtingumo rodiklius: standartizuoto mirtingumo mažinimą nuo kraujotakos, cerebrovaskulinių, piktybinių navikų, išorinių mirties priežasčių, apsilankymų pas gydytojus skaičiaus, tenkančio vienam gyventojui, skirtumo tarp miestų ir rajonų savivaldybių gyventojų, mažinimą, asmenų, gyvenančių tikslinėse teritorijose, dalyvavimo prevencinėse programose, didinimas, tikslinių grupių asmenų, pakeitusių gyvenimą dėl švietimo ir mokymo veiklų, dalis. Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. plane papildomai numatomos šios kryptys: tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir gydymo efektyvumo didinimas, priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos, gydymo bei socialinės reintegracijos paslaugų prieinamumo didinimas, efektyvios sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimas neįgaliesiems, vaikų sveikatos stiprinimo, ligų profilaktikos bei efektyvaus gydymo užtikrinimas. Tačiau 2014–2020 m. ES fondų investicijų Veiksmų programos tarpiniame vertinime<sup>99</sup> pažymima, kad didelė lėšų dalis skirta didžiųjų miestų ASPI infrastruktūros modernizavimui, o ne paslaugų prieinamumui tikslinėse savivaldybėse užtikrinti. Nors tokios investicijos gerina paslaugų kokybę

<sup>98</sup> D.Vaitkaitis, A.Krikščionaitienė, LSMU, 2018 12 14

<sup>99</sup> UAB „ESTEP Vilnius“, UAB „Visionary Analytics“, 2019 m.

tikslinių savivaldybių gyventojams, lygiai taip pat ją gerina ir didžiųjų miestų gyventojams, todėl sveikatos netolygumai dėl to mažėja nepakankamai.<sup>100</sup>

### Rekomendacijos dėl optimalaus intervencijų rinkinio

Nors vykdomos ES fondų priemonės vertintinos kaip tinkamos ir suderintos, jos, tikėtina, nebus pakankamos dėl didelės ir nemažėjančios Lietuvos gyventojų pajamų nelygybės. Gyventojų sveikatos skirtumams įtakos turi ir prevencinių bei sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas (jis yra analizuojamas atskirai 3.1. (eilių valdymas) ir 4.3. (medicinos specialistų pasiūlos užtikrinimas) kryptyse.) Pažymėtina, kad 2017 m. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas išleido „Sveikatos netolygumų mažinimo praktines rekomendacijas“, kuriose pateikiamos rekomendacijos savižudybių, mitybos, alkoholio vartojimo, tabako vartojimo, fizinio aktyvumo ir sveikatos priežiūros prieinamumo srityse.<sup>101</sup>

Ekspertų vertinimu<sup>102</sup>, šiuo laikotarpiu finansuojant pirminę priežiūrą (infrastruktūrą) vertinta ne esama situacija (sergamumo, mirtingumo, esamos infrastruktūros), o lėšos paskirstytos pagal priemonės priežiūros įstaigų prisirašiusių skaičių, nors teisės aktuose buvo identifikuota, jog su paslaugų blogesniu prieinamumu susiduria būtent regionų (o ne didžiųjų miestų) gyventojai. Deja, esamos infrastruktūros (patalpų, turimos šiuolaikiškos įrangos) skirtumai labai akivaizdūs tarp miestuose ir regionuose esančių įstaigų – regionų nenaudai (patalpos iš esmės nudėvėtos, didelės sąnaudos šildymui, einamiesiems „lopymams“, kad atitiktų higienos sąlygas, atitinkamai mažiau lėšų darbo užmokesčiui, daugiau kaip 20 m. naudojamos technologijos ir pan.). Tokie (pagal gyventojų skaičių) finansavimo veiksmai nemažina teritorinių netolygumų, todėl naujame laikotarpyje būtina ši lėšų paskirstymo mechanizmą peržiūrėti. Bendrai, siūlytina poreikius netolygumams mažinti planuoti ne pagal gyventojų skaičių, o pagal gyventojų poreikius, diferencijuojant įkainį pagal regionų specifiką, nes poreikiai regionuose gali būti didesni nei didžiuosiuose miestuose. Šiuo metu Valstybinės ligonių kasos (VLK) taikomi (galimai nepakankamai) diferencijuoti mokėjimai asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (ASPĮ) pagal amžiaus, lyties, miesto, kaimo dimensijas, tačiau poreikių planavimas nevyksta, analizuojama išskirtinai paslaugų teikimo statistika. Būtina didinti ASPĮ naudojimąsi e.sveikatos sistema (aptarta prie 4 uždavinio), kad būtų galima ją naudoti duomenų analizei. Kita vertus, būtų tikslinga stiprinti VLK žmogiškuosius išteklius, metodinės ir programinės įrangos pajėgumus asmens sveikatos paslaugų poreikio planavimo modelių kūrimui ir taikymui.

2014–2020 m. ES fondų investicijų Veiksmų programos tarpiniame vertinime<sup>103</sup> taip pat pateikiami siūlymai regioninius gyventojų sveikatos netolygumus mažinti užtikrinant/kompensuojant gyventojams keliones į ir išgydymo įstaigų; užtikrinant, kad regionų centruose būtų tinkama infrastruktūra pirminiems tyrimams ir diagnostikai atlikti; kuriant mobilias brigadas; plėtojant telemediciną.

## **3.2. INTERVENCIJOS, SKIRTOS GERINTI ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMĄ**

### **3.2.1. Vykdomų intervencijų rinkinio vertinimas**

#### **3.2.1.1. Intervencijų struktūra**

---

Šiame poskyryje pateikiama analizė pagal 3.1.1.1. poskyryje nurodytus vertinimo klausimus.

---

<sup>100</sup> 2019 m., UAB „ESTEP Vilnius“ ir UAB „Visionary Analytics“

<sup>101</sup> <http://www.hi.lt/uploads/pdf/projektai/Modelis%20Norway%20Grants/Sveikatos%20netolygumu%20mazinimas.pdf>

<sup>102</sup> 2018 11 23 vyko fokusuota grupės diskusija Sveikatos apsaugos finansavimo po 2020 m. tema

<sup>103</sup> UAB „ESTEP Vilnius“, UAB „Visionary Analytics“, 2019 m.

Lentelėje žemiau pateikiamas dabar vykdomų intervencijų, skirtų užtikrinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, rinkinys ir nustatomas intervencijų tipas.

#### 14 lentelė. Prieinamumo intervencijų rinkinys

| <b>3 uždavinys. Gerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą</b>   |  |
|--|--|
| <b>3.1. kryptis. Trumpinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eiles</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nuo 2019 01 įsigaliojo įstatymas dėl eilių reguliavimo, pagal kurį susirgus staiga pirminė ambulatorinė sveikatos priežiūros paslauga turi būti suteikta ne vėliau kaip per 24 valandas, nesant ūmaus susirgimo – ne vėliau kaip per septynias kalendorines dienas. Gydytojas specialistas ligonį privalėtų priimti per 30 dienų, brangūs tyrimai turėtų būti atlikti taip pat ne vėliau kaip per mėnesį, o planinė operacija – per 60 dienų (sveikatos sistemos struktūrinės reformos dalis).</li> <li>➤ Slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičiaus didinimas mažinant aktyviojo gydymo lovų skaičių (sveikatos sistemos struktūrinės reformos dalis).</li> <li>➤ 2019 m. balandį turėtų būti atlikta sisteminė teisės aktų peržiūra administracinės naštos mažinimui (sveikatos sistemos struktūrinės reformos dalis).</li> </ul> | Reguliavimas                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 2019 m. planuojama įdiegti išankstinės pacientų registracijos modulį e.sveikatos sistemoje, kuomet pacientai galės vienu metu registruotis tik vienoje ASPĮ (galioja ir slaugos ligoninėms) (sveikatos sistemos struktūrinės reformos dalis)</li> <li>➤ Mobilųjų slaugos komandų finansavimas (didinamas slaugytojų skaičius ir išigyjamos mobilios darbo priemonės) pagal SAM ir SADM rengiamą integralių globos ir slaugos paslaugų koncepciją.</li> </ul>  | Finansavimas                               |
| <b>3.2.kryptis. Mažinti išlaidų vaistams dalį.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nuo 2018 07 01 reguliuojamos ne tik vaistų bazinės kainos, bet ir pacientų priemokos už juos.</li> <li>➤ Nuo 2018 01 01 įsigaliojo PVM įstatymo pakeitimas – visiems receptiniams (ir kompensuojamiems ir nekompensuojamiems) vaistams nustatytas 5 proc. PVM tarifas.</li> <li>➤ Nuo 2019 03 01 vaistinės privalės (pirmą kartą) pacientui išduoti (parduoti) pigiausią grupėje kompensuojamąjį vaistą.</li> <li>➤ Nuolat plečiamas receptinių vaistų sąrašas.</li> </ul>   | Reguliavimas                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Į e.sveikatos sistemą integruojamas vaistų suderinamumo modulis</li> <li>➤ Nuo 2019-04-01 didinamas visų vaistų, įrašytų į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą, kompensavimo lygis iki 100 proc.</li> </ul>   | Finansavimas                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vykdomi tarptautiniai vakcinų pirkimai (kartu su Latvija ir Estija).</li> <li>➤ Ligoninės vykdo centralizuotus vaistų ir medicinos priemonių pirkimus.</li> <li>➤ Planuojamas „Išmintingo vaistų sąrašo“ (angl. Wise list) projektas, skatinantis racionalų vaistų vartojimą (finansuojamas iš ES lėšų).</li> <li>➤ Numatomas visos paciento priemokos už kompensuojamuosius vaistus padengimas mažas pajamas turintiems asmenims nuo 2020 m.“ (struktūrinės sveikatos sistemos reformos dalis).</li> </ul>   | Paslaugų teikimas<br><br>Pajamų palaikymas |
| <b>3.3. kryptis. Mažinti korupcijos lygį.</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Šakinė korupcijos prevencijos sveikatos priežiūros sistemoje 2015–2019 metų programa.</li> <li>➤ Nuo 2019 m. įtvirtintas reikalavimas, kad valstybės tarnautojas ar jam prilygintas asmuo apie jam žinomą korupcinio pobūdžio nusikalstamą veiką privalo pranešti Specialiųjų tyrimų tarnybai (STT), prokuratūrai arba kitai ikiteisminio tyrimo įstaigai.</li> </ul>   | Reguliavimas                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vykdomos priemonės iš ES fondų korupcijos stebėsenos ir vertinimo modeliui sukurti, korupcijos prevencijos didinimui sveikatos apsaugos sektoriuje</li> <li>➤ Iš PSDF lėšų didinami atlyginimai medikams.</li> </ul>  | Finansavimas                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Svarstoma ASPĮ pacientų klausimynuose įvesti klausimą apie tai, ar buvo papildomai atsilyginta medicinos personalui (SAM iniciatyva).</li> <li>➤ Planuojamos profesionalumo akcijos prieš korupciją (Jaunųjų medikų iniciatyva).</li> </ul>   | Paslaugų teikimas                          |

#### 3.2.1.2. Intervencijų rinkinio vertinimas ir pasiūlymai dėl jo optimizavimo

Šiame poskyryje pateikiama analizė pagal 3.1.1.2 poskyryje nurodytus vertinimo klausimus.

### **3.1. kryptis. Trumpinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų eiles**

Numatomas eilių reguliavimas kol kas nenumato ASPĮ skatinimo (priešingai nei buvo planuota taikyti baudas) už pasiektus rezultatus. Išankstinės pacientų registracijos portalas, taip pat kaip ir perteklinių teisės aktų vykdymo atsisakymas, nuotolinių konsultacijų gydytojas-gydytojai, ŠG komandos plėtra (aptariama 1.1. intervencijų kryptyje), e.sveikatos plėtra (aptariama prie 3.5. intervencijų krypties) ir didėjantis naudojimas ja bei slaugos lovų stacionare didinimas kartu su mobilių komandų plėtra, tikėtina, prisidės prie eilių mažinimo. Iki 2021 m. dėl reformos krypties „Slaugos plėtra“ įgyvendinimo slaugos lovų skaičius turėtų padidėti iki 3300. Taip pat tikimasi pagerinti ir slaugos paslaugų kokybę, kuomet didinant slaugytojų skaičių 200 iki 2021 m. tikimasi slaugytojos vizitų skaičių asmeniui padidinti nuo 1–2 kartų iki 52 kartų per metus.

#### Rekomendacijos dėl optimalaus intervencijų rinkinio

Vykdomos/planuojamos intervencijos yra tinkamos ir suderintos, tačiau galimos ir papildomos. Šioje srityje svarbu optimizuoti gydytojų struktūrą ir paskirstymą šalies mastu (detalesnė analizuojama 3.2. kryptyje) bei mažinti administracinę gydytojų naštą suteikiant daugiau įgaliojimų slaugytojoms (pvz. paciento įvertinimas dėl skiepavimo, pacientų konsultavimas tam tikrais atvejais), plačiau naudojant e.sveikatos sistemą). Siūlytina gerinti ir pacientų srautų valdymą, pvz. skubios pagalbos skyriuje išduotas išrašas turėtų galioti kaip siuntimas, taip pat pacientus prioritetizuoti pagal sveikatos būklę. Pacientų apsilankymų pas gydytojus mažinimui pasitarnautų ir pacientų įgalinimo didinimas telemedicinos pagalba: siūloma svarstyti m.sveikatos (mobilios sveikatos) priemonių plano parengimą bei užtikrinti e.sveikatos sąveiką su pacientų mobiliomis ryšio priemonėmis. Greitesnį tam tikrų asmens sveikatos priežiūros paslaugų (ASPP) (manipuliacijų) suteikimą galėtų paskatinti ir naujų technologijų naudojimas, pvz. akispūdžio matavimo įranga, kai nereikia nuskausminimo, akių dugno tyrimas, kai nereikia plėsti vyzdžių. Taip pat svarstyti gerinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ilginant paslaugų teikimo grafiką iki 24 val. 7d. per savaitę, taip mažinant greitosios medicinos pagalbos ir ligoninių apkrovimą. Gyventojų neatvykimo numatytam vizitui gydymosi įstaigoje dažnumą, tikėtina, mažins nauja pacientų registravimosi tvarka e.sveikatos platformoje, be to, svarstyti vykdyti pacientų atsakomybę skatinančias socialinės reklamos kampanijas.

### **2.2.kryptis. Mažinti išlaidų vaistams dalį.**

Pagrindinės intervencijos šioje srityje yra reguliacinio pobūdžio – jos yra tinkamos ir suderintos, tačiau svarbios ir visuomenės, medikų, farmacininkų edukacijos iniciatyvos. Sveikatos sistemos reforma numato iki 2020 m. sumažinti pacientų priemonių kompensuojamiems receptiniams nuo 21 proc. 2016 m. iki 16 proc., generinių vaistų dalį rinkoje padidinti nuo 55 proc. iki 75 proc., kompensuojamųjų vaistų vartojimo dalį nuo visų receptinių vaistų padidinti nuo 54 proc. iki 60 proc. Be to, planuojamas visos paciento priemonės už kompensuojamuosius vaistus padengimas mažas pajamas turintiems asmenims nuo 2020 m. (struktūrinės sveikatos sistemos reformos dalis).

#### Rekomendacijos dėl optimalaus intervencijų rinkinio

Intervencijos šioje srityje yra tinkamos ir suderintos, tačiau galėtų būti papildytos biopanašių vaistų skyrimo ir vartojimo didinimu – tam reikėtų viešinti mokslo įrodymais grįstus faktus, dirbti su medikų draugijomis, vaistininkais, įtraukti šią temą į medikų kvalifikacijos kėlimo kursą. Šalia to siūloma didinti racionalaus vaistų vartojimo viešinimą pacientų ir medikų bendruomenėms.

### **2.3.kryptis. Mažinti korupcijos lygį.**

Šioje srityje intervencijos kol kas neduoda apčiuopiamos naudos, korupcija sveikatos sektoriuje išlieka aukščiausia. Estijos patirtis rodo, jog tai labai priklauso nuo medikų atlyginimų dydžio (dabar

sveikatos sistemos reforma numato medikų atlyginimus iki 2021 m. pab. padidinti 20 proc.) bei baudžiamųjų priemonių adekvatumo.<sup>104</sup>

Viešojo valdymo VPS analizėje teigiama, kad šalyje korupcijos problema sprendžiama įgyvendinant priemones, numatytas Nacionalinėje kovos su korupcija programoje. Pagrindinės veiklos apima korupcijos prevencijai reikalingų įrankių sukūrimą (privačių interesų registras, korupcijos apraiškų sveikatos apsaugos sistemoje stebėjimo ir vertinimo sistema) bei viešojo sektoriaus įstaigų darbuotojų kvalifikacijos tobulinimas korupcijos prevencijos srityje. Kuriami įrankiai ir viešojo sektoriaus darbuotojų gebėjimų stiprinimas turėtų sustiprinti korupcijos prevenciją viešajame valdyme. Fokusuotos grupės diskusijoje išryškėjo problema, kad darbuotojai nenoriai dalyvauja antikorpucinių komisijų veikloje, nesinaudoja jau sukurtais įrankiais. Plačiau – viešojo valdymo VPS analizėje.

### Rekomendacijos dėl optimalaus intervencijų rinkinio

Lietuvos gyventojų, įmonių atstovų ir valstybės tarnautojų apklausa<sup>105</sup> rodo, kad reikalingas baudžiamųjų ir prevencinių priemonių derinimas, kadangi gyventojai labiau linkę kliautis baudžiamosiomis priemonėmis, o valstybės tarnautojai – prevencinėmis. Prie prevencinių priemonių siūlytina svarstyti reikšmingesnę medikų atlyginimų kėlimą viešajame sektoriuje bei tolesnę NVO stiprinimą (iš aukščiau minėto tyrimo matoma, kad visuomenės sąmoningumas/asmeninė atsakomybė kovoje su korupcija didėja). Kaip nurodoma aukščiau minėtoje apklausoje, svarbiausiu informacijos šaltiniu apie korupcijos procesus išlieka televizija, tačiau sparčiai auga ir internetinė žiniasklaida.

Taip pat siūloma motyvuoti darbuotojus skiriant priedus už dalyvavimą antikorpucinių komisijų veikloje. Įrankių šioje srityje sukurta daug, tačiau sistema neveiksminga ir gana formali. Realiesiems pokyčiams reikia lyderystės ir viešųjų institucijų vadovų angažavimosi.

## **3.3. INTERVENCIJOS, SKIRTOS DIDINTI SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS EFEKTYVUMĄ IR SAUGĄ**

### **3.3.1. Vykdomų intervencijų rinkinio vertinimas**

#### **3.3.1.1. Intervencijų struktūra**

Šiame poskyryje pateikiama analizė pagal 3.1.1.1. poskyryje nurodytus vertinimo klausimus.

Lentelėje žemiau pateikiamas dabar vykdomų intervencijų, skirtų didinti sveikatos apsaugos sistemos efektyvumą, gerinti kokybę ir užtikrinti saugą, rinkinys ir nustatomas intervencijų tipas.

#### **15 lentelė. Sveikatos apsaugos sistemos efektyvumo ir saugos intervencijų rinkinys**

|   |              |
|---|--------------|
| <b>4.1. Optimizuoti ligoninių tinklą ir paslaugų struktūrą</b>  |              |
| ➤ Numatyta ligoninių tinklo pertvarka (aktyviojo gydymo lovų mažinimas, slaugos lovų didinimas) pagal sveikatos sistemos reformą. | Reguliavimas |
| ➤ Numatyta slaugos paslaugų plėtra pagal sveikatos sistemos reformą   |              |
| <b>4.2. kryptis. Gerinti sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimą, rengimą ir kvalifikacijos kėlimą.</b>               |              |
| ➤ SAM kartu su Mokslo ir studijų analizės ir stebėsenos centru (MOSTA) rengia pilotinį medikų poreikio planavimo modelį           | Reguliavimas |
| ➤ Planuojamas pakopinių (etapinių) kompetencijų rezidentūros studijose įteisinimas.   |              |

<sup>104</sup> Remiantis 2018 11 23 vykusia fokusuotos grupės diskusija „Sveikatos apsauga: efektyviausi būdai problemoms spręsti“

<sup>105</sup> Lietuvos korupcijos žemėlapis 2018

|  |              |
|--|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Finansuojamas sveikos gyvensenos specialistų rengimas (jie papildys ŠG komandą).</li> <li>➤ Iš ES fondų finansuojama priemonė „Specialistų pritraukimas sveikatos netolygumams mažinti“.</li> </ul>   | Finansavimas |
| <b>4.3. kryptis. Sukurti veikiančią nacionalinę asmens sveikatos priežiūros įstaigų kokybės gerinimo ir saugos užtikrinimo sistemą.</b>  |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sukurta ligoninių paslaugų kokybės rodiklių sistema (pagal kurią ligoninės išreitinguojamos pagal surinktą balų skaičių).<sup>106</sup></li> <li>➤ Sukurtas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų nacionalinis akreditavimo standartas</li> </ul>  | Reguliavimas |
| <b>4.4. kryptis. Plėtoti skaitmenines sveikatos paslaugas ir analitinę veiklą</b>  |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ E. sveikatos sistemos 2018–2025 metų plėtros programa ir įgyvendinimo planas.</li> <li>➤ Reguluojamas ASPĮ privalomumas teikti tam tikrus duomenis į e.sveikatos sistemą (nuo 2018.03 dalies duomenų tvarkymas e. sveikatos sistemoje (ESPBI IS) yra privalomas).</li> </ul>  | Reguliavimas |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Iš Sveikatos stiprinimo fondo lėšų finansuojami moksliniai tyrimai – 2019 m. sveikos gyvensenos formavimo ir visuomenės psichikos sveikatos gerinimo prioritetams suplanuota skirti 350 000 Eur.</li> <li>➤ Finansuojama e.sveikatos plėtra.</li> <li>➤ Vyksta išankstinės pacientų registracijos portalo integracija į e.sveikata portalą, diegiama vaistų suderinamumo paslauga (kuomet kiekvieno e. recepto išrašymo metu vaistų suderinamumas tikrinamas automatiškai, planuojama mobili aplikacija, kt.</li> </ul> | Finansavimas |

### 3.3.1.2. Intervencijų rinkinio vertinimas ir pasiūlymai dėl jo optimizavimo

Šiame poskyryje pateikiama analizė pagal 3.1.1.2 poskyryje nurodytus vertinimo klausimus.

### 3.1. kryptis. Optimizuoti ligoninių tinklą ir paslaugų struktūrą

Sveikatos sistemos reforma numato aktyviojo gydymo lovų skaičiaus mažinimą, kai kurių ligoninių konsolidaciją, slaugos lovų skaičiaus didinimą. Šiuo taip pat siekiama pagerinti ligoninių paslaugų kokybę, kadangi didėjant aktyviojo gydymo lovų užimtumui, paslaugų skaičiui, šiose ASPĮ gerės pacientų saugos rodikliai. Kitoms ligoninėms planuojama užtikrinti specialistų perkvalifikavimą. Priemonių planas kol kas nėra skelbiamas.

#### Rekomendacijos dėl optimalaus intervencijų rinkinio

Atsižvelgiant į tai, kad ligoninių tinklo optimizavimo planai nėra viešai skelbiami, pagrindo vertinti jų tinkamumą, priemonių suderinamumą ir pakankamumą nėra. Paslaugų paklausos ir pasiūlos balansas itin aktualus didmiesčiams, kadangi jie susiduria tiek su didžiausiu aktyviojo gydymo, tiek su slaugos ir palaikomojo gydymo poreikiu. Todėl aktualu įsivertinti, kiek žmonių, sumažėjus aktyviojo gydymo lovų skaičiui regionuose, atvyks gydytis į didmiesčius, ir kiek dabar didmiesčių ligoninėse besigydančių senyvo amžiaus asmenų būtų galima nukreipti į slaugos ir palaikomojo gydymo ligonines. Aktualus yra ir ligoninių pavaldumo pertvarkymas, siekiant gerinti paslaugų kokybę ir didinti atskaitomybę už rezultatus.

Papildomai, siekiant didinti ligoninių efektyvumą siūloma didinti ambulatorinių paslaugų dalį, kadangi tokiu būdu gerokai sutrumpėja paciento gydymosi trukmė, taip pat ir rizika užsikrėsti patogenėmis bakterijomis. Remiantis EPBO pateikiama informacija,<sup>107</sup> 2017 m. ES vidutiniškai ligoninių teikiamose

<sup>106</sup> LIGONIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS RODIKLIŲ VERTINIMO MODELIS. Mykolo Romerio universiteto Sveikatos tyrimų laboratorija Politikos ir vadybos fakulteto Politikos mokslų institutas. Danguolė Jankauskienė, 2015 m.

<sup>107</sup> Health at glance, 2018



paslaugose stacionarinės paslaugos sudarė 71 proc. (Lietuvoje 82 proc.), dienos chirurgijos – 18 proc. (Lietuvoje – 12 proc.), ilgalaikė slauga – 7 proc. (apie Lietuvą duomenys nepateikti).

### **3.2. kryptis. Gerinti sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimą, rengimą ir kvalifikacijos kėlimą.**

Šiuo metu SAM ir MOSTA vykdomas medikų poreikio planavimo modelio sukūrimas, tikėtina, sudarys prielaidas kokybiškai prognozuoti medikų poreikį šalyje. Pakopinių (etapinių) kompetencijų rezidentūros studijose įteisinimas leis pagerinti ASPP prieinamumą, pagerinti rezidentų socialines garantijas. XVII Vyriausybės programos veiksmų plane dėl ŠG komandos stiprinimo, administracinės naštos mažinimo numatytas šeimos gydytojų skaičiaus padidėjimas nuo 7,1 10 000 gyventojų 2015 m. iki 8 2020 m. Slaugytojų skaičių planuojama padidinti nuo 1,85 slaugytojų vienam gydytojui (2015 m.) iki 2–jų 2020 m. Vykdomos intervencijos yra tinkamos, suderintos, tačiau trūksta intervencijų medikų rengimo turiniui ir kvalifikacijos sistemos tobulinimui.

#### Rekomendacijos dėl optimalaus intervencijų rinkinio

Papildomai siūloma būsimiems medicinos darbuotojams dėstyti ir praktikoje ugdyti darbo komandoje, efektyvios komunikacijos su pacientais įgūdžius, suteikti nuolatinės kokybės gerinimo žinių. Siūloma rengti tokius naujus specialistus kaip sveikatos priežiūros srities vadybininkus, specializuotus ekonomistus. Taip pat reiktų iš esmės peržiūrėti kvalifikacijos kėlimo sistemą gerinant jos turinį, pvz. įtraukiant racionalaus vaistų vartojimo, vakcinacijos apimčių, antimikrobinio atsparumo didinimo, nuolatinės kokybės gerinimo ir kt. aktualias temas.

### **3.3. kryptis. Sukurti veikiančią nacionalinę asmens sveikatos priežiūros įstaigų kokybės gerinimo ir saugos užtikrinimo sistemą.**

Kokybės rodiklių ir standartų sukūrimas ASPĮ neužtikrino siekiamo nuolatinės kokybės gerinimo sistemos veikimo. Intervencijos nėra pakankamos, taip pat nėra gerai suderintos, reikalinga didesnė gerosios tarptautinės ir vietinės praktikos sklaida, būtina formuoti patariamąją kultūrą, užtikrinti grįžtamąjį ryšį ASPĮ.

#### Rekomendacijos dėl optimalaus intervencijų rinkinio

Siūlytina papildomai vykdyti šias intervencijas:

- Steigti gerosios vadybos centrą prie SAM siekiant per gerus pavyzdžius pritraukti kokybės užtikrinimo programose dalyvauti daugiau ASPĮ.
- Formuoti patariamąją, o ne baudžiamąją kultūrą, užtikrinant grįžtamąjį ryšį ASPĮ (vs informacijos surinkimas).
- Medikų tarpe formuoti hierarchijos mažinimo kultūrą, akcentuojant tai edukacijos, perkvalifikavimo procesuose.
- Diegti pasaulyje pripažintas tarptautines sveikatos priežiūros kokybės sistemas (taip būtų užtikrintas greitesnis gerosios praktikos perėmimas nei kuriant nacionalines sistemas).
- Ženkliai plėsti profesinių organizacijų įtraukimą (taip yra Vakarų šalyse) į kokybės standartų rengimą.
- Nuolatinės kokybės gerinimo modulį įtraukti į sveikatos specialistų edukaciją.

### **3.4. kryptis. Plėtoti skaitmenines sveikatos paslaugas**

Intervencijos šioje srityje yra tinkamos ir suderintos, tačiau nepakankamos. E.sveikatos sistemos naudojimo plėtrą apsunkina tai, jog SAM neturi tiesioginės įtakos savivaldybėms priklausančioms ASPĮ. Taip pat e.sveikatos pagrindu sunku vykdyti analitinę veiklą, kadangi duomenys iki šiol nėra pakankami, be to, iškyla duomenų apsaugos iššūkiai (nėra galimybės nuasmeninti duomenų).

#### Rekomendacijos dėl optimalaus intervencijų rinkinio

E.sveikatos naudojimo plėtrai užtikrinti siūloma plėtoti praktiką, kuomet ASPĮ veiklos rodiklių vertinime yra e.sveikatos naudojimo rodiklis (SAM pavaldžioms ASPĮ tai taikoma). Nors išlieka poreikis didinti į e.sveikatą teikiamas duomenų apimtis, tačiau atsiranda ir duomenų kokybės (nesidubliuojantys duomenys), sąveikumo su kitomis duomenų bazėmis gerinimo poreikis (pvz. VLK, Higienos instituto, ligoninių IT sistemų spartos didinimas). Analitinės veiklos apimties didinimui ir įrodymais grįstų intervencijų vykdymui svarbu vykdyti esamų intervencijų stebėseną, taip pat sudaryti sąlygas tyrėjams naudoti nuasmenintus pacientų duomenis.

### 3.4. ES FONDŲ INVESTICIJŲ VERTINIMAS

---

#### 3.4.1. Investicijų struktūra ir mastas

---

Šiame poskyryje pateikiama analizė pagal šį vertinimo klausimą:

TS 9.3.1. Kurios 2014–2020 m. ES fondų investicijų veiksmų programos investicijos (prioritetai, uždaviniai ir priemonės) ir koku mastu (eurais) tiesiogiai ir netiesiogiai prisideda prie Techninės specifikacijos 7.1 punkte išvardintų viešosios politikos sričių tikslų pasiekimo? Nustatyti priemonių rinkinius ir jų finansinį mastą.

---

Nors 2014–2020 m. ES SF investicijos sveikatos apsaugos sektoriuje nukreiptos į Lietuvos gyventojų sveikatos netolygumų mažinimą (per tikslinių teritorijų įvardinimą), jos tiesiogiai ir netiesiogiai prisideda prie šiame vertinime identifiкуotų veiksmingumo, prieinamumo, efektyvumo ir saugos didinimo veiklų. Sveikatos apsaugos ministerija administruoja 220,7 mln. Eur ES fondų lėšų, iš jų 76 proc. skirta infrastruktūrai (167,9 mln. Eur ERPF lėšų), o 24 proc. „minkštosioms“ veikloms (52,8 mln. Eur ESF lėšų) sveikatos ugdymo priemonių įgyvendinimui regionuose, mokymams, informacijos sklaidai, metodinių dokumentų parengimui, diegimui ir pan. Susisiekimo ministerija administruoja priemonę „Elektroninės sveikatos paslaugos“ Nr. 02.3.1-CPVA-V-525, kuriai skirta 24 012 860 Eur. ES lėšų. *Tiesiogiai* SAM administruojamos priemonės pateikiamos 1 priede.

*Netiesiogiai* prisidedančios priemonės yra šios:

- Nr. 07.1.1-CPVA-V-906 „Kompleksinė paslaugų plėtra integruotų teritorijų vystymo programų tikslinėse teritorijose“ (VRM) – daugiafunkcinės socialinės infrastruktūros, tame tarpe skirtos sveikai gyvensenai ir laisvalaikiui, sukūrimas.
- Nr. 10.1.2-ESFA-V-916 „Nacionalinių kovos su korupcija priemonių įgyvendinimas“ (VRM).
- 08.3.1-ESFA-V-411 „Asmenų, priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų, socialinė integracija“ (SADM).
- 08.4.1-ESFA-V-418 „Integrali pagalba į namus“ (SADM) – slaugytojos vizitai pas pacientus.
- 08.4.1-ESFA-V-416 „Kompleksinės paslaugos šeimai“ (SADM) – pozityvios tėvystės mokymai, psichosocialinė pagalba.
- 08.4.1-ESFA-K-417 „Smurto artimoje aplinkoje prevencija“ (SADM).

#### 3.4.2. Investicijų vertinimas ir pasiūlymai 2021–2027 m. laikotarpiui

---

Šiame poskyryje pateikiama analizė pagal šiuos vertinimo klausimus:

TS 9.3.2. Nustatyti Techninės specifikacijos 7.1 punkte išvardintų viešosios politikos sričių finansavimo ES SF lėšomis pakankumą 2014–2020 m. siekiant šiose srityse nustatytų valstybės tikslų. Kurios viešosios politikos sritys ES SF lėšomis yra finansuojamos didžiausia apimtimi lyginant su investicijų poreikiu toje srityje? Kuriose – perteklinis? Kuriose – finansuota nepakankamai?

TS 9.3.3. Kuriose iš Techninės specifikacijos 7.1 punkte išvardintų viešosios politikos sričių pasireikš stipriausias ES SF investicijų poveikis? Kuriose silpniausias? Kokie faktoriai lėmė stiprų arba silpną investicijų poveikį? Kuriose didžiausia ES SF pridėtinė vertė, o kuriose – mažiausia?

TS 9.3.4. Išnagrinėti ES SF fondų investicijų 2014–2020 m. suderinamumą su kitais finansavimo šaltiniais, taip pat su kitomis valstybės intervencijomis pagal tipą.

---

VP 8 prioriteto SAM priemonės siekia trijų tikslų: 1) pagerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms gyventojų grupėms; 2) sumažinti sveikatos netolygumus; 3) skatinti sveiką senėjimą. 2014–2020 m. Europos Sąjungos fondų investicijų veiksmų programos tarpiniame vertinime konstatuojama, kad priemonės, skirtos sveikatos netolygumų, nėra tinkamai suplanuotos. Didelė lėšų dalis skirta didžiųjų miestų ASPĮ infrastruktūros modernizavimui, o ne paslaugų prieinamumui tikslinėse savivaldybėse užtikrinti. Nors tokios investicijos gerina paslaugų kokybę tikslinių savivaldybių gyventojams, lygiai taip pat ją gerina ir didžiųjų miestų gyventojams, todėl sveikatos netolygumai dėl to mažėja nepakankamai.<sup>108</sup>

40 proc. (beveik 90 mln. Eur – didžiausia apimtis)<sup>109</sup> yra suplanuota specializuotos asmens sveikatos priežiūros srities infrastruktūros (patalpų) modernizavimui siekiant mažinti mirtingumą nuo pagrindinių priežasčių tikslinėse teritorijose. Tai apima infrastruktūrą, susijusią su: galvos smegenų kraujotaka, kraujotakos sistemos, onkologinių ligų profilaktika, diagnostika ir gydymu, skubia pagalba traumų ir nelaimingų atsitikimų bei išorinių priežasčių atvejais, greitąja medicinos pagalba (apima ir greitosios medicinos pagalbos automobilių įsigijimą).

Tai atitinka „Lietuva 2030“, NPP ir Sveikatos strategijoje keliamus vidutinės sveiko ir vidutinės gyvenimo trukmės tikslus, kurie priklauso nuo mirtingumo šiose srityse rodiklių. Europos Regioninės Plėtros Fondo (toliau – ERPF) – „kietosios“ priemonės – yra derinamos su Europos Socialinio Fondo (toliau – ESF) – „minkštosiomis“ priemonėmis, būtent sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimo onkologinių ligų srityje priemone<sup>110</sup>, tikslinių teritorijų gyventojų sveikos gyvensenos skatinimo priemone<sup>111</sup> (visuomenės švietimas, metodikų rengimas, sveikatos specialistų mokymai ir kt.) bei planuojama (priemonės turinys nėra skelbiamas) priemone „08.4.2-ESFA-K-616 Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas tikslinėms gyventojų grupėms įgyvendinant inovatyvius ir efektyvius sveikatos priežiūros modelius“. Tikėtina, kad dėl lėšų koncentracijos bei „kietųjų“ ir „minkštųjų“ ES SF investicijų derinimo ES SF poveikis bus didžiausias specializuotos asmens sveikatos priežiūros srityje mirtingumo nuo pagrindinių priežasčių mažinimui. Tuo tarpu šiame vertinime akcentuojamas poreikis specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumą toliau didinti ne per infrastruktūros gerinimą, bet per platesnį inovacijų, įrodymais grįstų metodikų diegimą, demonstracinių projektų vykdymą.

14 proc. lėšų skirta vaikų sveikatos priežiūros infrastruktūros bei paslaugų gerinimui (finansuojama ES ir valstybės biudžeto lėšomis): finansuojama psichiatrijos pagalbos, retų ligų ir kita infrastruktūra, vaikų retų ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašų, rekomendacijų ir metodikų parengimas, retomis ligomis sergančių vaikų pacientų registracijos posistemės ir nuotolinio konsultavimo linijų sukūrimas ir įdiegimas praktikoje. Pažymėtina, kad ši priemonė dera su EEE ir Norvegijos paramos Lietuvai programos 2009–2014 m. finansuotu projektu „Vaikų sveikatos stebėsenos informacinės sistemos, skirtos sistemingam vaikų sveikatos būklės stebėjimui ir kryptingam sveikatos politikos formavimui, sukūrimas ir įgyvendinimas“.

11 proc. ES SF lėšų skirta pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimui (finansuojama ES ir valstybės biudžeto lėšomis), kuomet didžiąja dalimi finansuojama infrastruktūra (patalpų modernizavimas, priklausomybės ligų srityje priklausomybės nuo opioidų pakaitinio gydymo kabinetų įrengimas, tuberkuliozės srityje tiesiogiai stebimo gydymo kurso (DOTS, *angl. directly observed treatment short course*) kabinetų įrengimas, slaugos ir palaikomojo gydymo, paliatyviosios pagalbos infrastruktūra).

8 proc. lėšų skirta tuberkuliozės profilaktikai, diagnostikai ir gydymui bei šių paslaugų prieinamumui gerinti – „kietosios“ priemonės (infrastruktūra, įranga) derinamos su „minkštosiomis“ (visuomenės

<sup>108</sup> 2019 m., UAB „ESTEP Vilnius“ ir UAB „Visionary Analytics“

<sup>109</sup> Priemonės: 08.1.3- CPVA-V-603, 08.1.3-CPVA-V-610, 08.1.3-CPVA-V-606, 08.1.3-CPVA-V-604, 08.3.1-ERPF-V-611, 08.4.2-ESFA-V-619

<sup>110</sup> 08.4.2-ESFA-V-619

<sup>111</sup> 08.4.2-ESFA-V-628

švietimas, sergančiųjų ir jų šeimų, sveikatos specialistų mokymai, diagnostikos ir gydymo rekomendacijų parengimas.

Apie 5 proc. (18,3 mln. Eur) investicijų skirta sveikos gyvensenos ir sveiko senėjimo skatinimui – šioje srityje ES, valstybės biudžeto lėšos derinamos su savivaldybių bei kitomis viešomis lėšomis (NVO, asociacijų, bendruomenių). Pažymėtina, kad 2014–2021 laikotarpiu ES investicijos derinamos su EEE ir Norvegijos paramos Lietuvai programos finansavimu, iš kurios skirta 15 mln Eur psichikos sveikatos stiprinimui ir prevencijos priemonėms, ypatingą dėmesį skiriant vaikų, jaunimo ir jų šeimų gerovei. Sveikatos stiprinimo projektai taip pat finansuojami iš Sveikatos stiprinimo fondo lėšų.

3 proc. lėšų skirta priklausomybės ligų profilaktikai, diagnostikai ir gydymui gerinti (finansuojama ES ir valstybės biudžeto lėšomis). Šioje srityje taip pat „kietosios“ priemonės derinamos su „minkštosiomis“.

Likusios ES SF lėšos skirtos bendradarbiavimo su NVO, asociacijomis, bendruomenėmis didinimui (ES, valstybės biudžeto lėšos derinamos su savivaldybių bei kitomis viešomis lėšomis (NVO, asociacijų, bendruomenių), specialistų pritraukimui sveikatos netolygumų mažinimui (ES, valstybės biudžeto lėšos derinamos su kitomis viešomis lėšomis), prieinamumo neįgaliesiems gerinimui (ES, valstybės biudžeto lėšos).

Apibendrinant, 2014–2020 m. laikotarpiu didžiausias priemonių mastas ir kompleksiskumas stebimas asmens sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimo srityje, būtent, specializuotos asmens sveikatos priežiūros srityje siekiant mažinti mirtingumą nuo pagrindinių priežasčių. Tai, tikėtina, duos didžiausią poveikį ir pridėtinę vertę. Geru kompleksiskumu pasižymi ir vaikų sveikatos priežiūrai, tuberkuliozės, priklausomybės ligų profilaktikai, diagnostikai ir gydymui, sveikos gyvensenos skatinimui skirtos priemonės, tačiau pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos efektyvumas gerinamas išskirtinai infrastruktūros priemonėmis (patalpų modernizacija, įrangos, transporto priemonių įsigijimas). Tuo tarpu regioninių netolygumų mažinimui skirtos priemonės pasižymi nepakankamu tinkamumu.

### 3.5 PASIŪLYMAI DĖL PRIKLAUSOMYBĖS NUO ES SF FINANSAVIMO MAŽINIMO 2021–2027 M. LAIKOTARPIU

---

Šiame poskyryje pateikiama analizė pagal šiuos vertinimo klausimus:

TS 9.3.5. Kokie būtų svarbiausi kriterijai 2020–2027 m. prioritetizuojant ir pasirenkant viešosios politikos sritis ir konkrečias investicijas finansuoti iš ES SF? Kokios turėtų būti priklausomybės nuo ES SF mažinimo kryptys kiekvienoje iš vertinimo objekte nurodytų viešosios politikos sričių?

TS 9.3.6. Kokios išorinės sąlygos (reguliacinės ir kitos intervencijos), atsižvelgiant į Lietuvos ekonominę – socialinę situaciją, vykdomas reformas ir demografines tendencijas turėtų lydėti ES SF investicijas, kad jų poveikis būtų didžiausias (būtinose sąlygose)?

TS 9.3.7. Kuriose viešosios politikos srityse (detalizuoti pagal konkrečias investicijas) būtina tęsti ES SF finansavimą po 2021 m.? Kaip šios ES SF investicijos derėtų su kitais finansavimo šaltiniais, taip pat su kitomis valstybės ar ES intervencijomis, kad būtų užtikrintas maksimalus poveikis?

TS 9.3.8. Kuriose viešosios politikos srityse reikėtų atsisakyti ES SF investicijų po 2021 m.? Kokiomis kitomis valstybės ar ES intervencijomis, privačiu finansavimu ar vidiniais resursais (pagal pobūdį, finansavimo šaltinius ir formas) galima būtų pakeisti ES SF investicijas ir išlaikyti ekonomikos plėtrą bei socialinę gerovę?.

---

Formuluojant pasiūlymus dėl galimybių mažinti viešųjų investicijų Sveikatos apsaugos viešosios politikos srityje (VPS), remiamasi šiais pagrindiniais kriterijais (bendras kriterijų sąrašas taikomas visoms VPS):

- Problema, kurios sprendimui šiuo laikotarpiu skiriamas finansavimas, jau yra išspręsta arba neaktuali dėl išorinių pokyčių;

- Finansuojamos intervencijos nekuria laukto rezultato, nepasiteisino;
- Finansavimo intervencijas galima keisti reguliacinėmis (nustatant prievolę) arba skatinant teigiamus pokyčius komunikacinėmis priemonėmis (kurios irgi kainuoja, bet mažiau);
- Sudaryti sąlygas privačiam finansavimui arba keisti kitu finansavimo šaltiniu ar forma (pvz. finansine priemone).

Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimo priklausomybė nuo ES fondų yra maža (vidutiniškai 6 proc. 2011–2017 m. valstybės biudžeto struktūroje), todėl galimas ES fondų apimties sumažėjimas naujuoju laikotarpiu, viena vertus, nebūtų ypatingai reikšmingas, tačiau, kita vertus, įvertinus santykinai mažą sveikatos sistemos finansavimą valstybės lėšomis (6,4 proc. 2017 m. lyginant su 9,6 proc. ES vidurkiu), būtų ženklus. Atkreiptinas dėmesys, jog Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. strategijoje keliamas tikslas iki 2020 m. padidinti sveikatos priežiūros išlaidų dalį BVP iki 7,5 proc. Todėl siūloma ES SF finansavimą šioje srityje ne mažinti, o perskirstyti VPS viduje: didesnę svorį skiriant veiksmingumo ir efektyvumo didinimui prevencinių priemonių ir pirminės asmens sveikatos priežiūros srityse.

Kaip pabrėžiama 2018 m. ES semestro rekomendacijose Lietuvai ir matoma šiame vertinime, būtina toliau stiprinti pirminę asmens sveikatos priežiūros grandį bei mažinti stacionariųjų paslaugų vartojimą. Šiomis kryptimis jau pradėtos ir toliau turėtų būti vykdomos šios struktūrinės reformos: „šeimos gydytojo komanda, ambulatorinių paslaugų plėtra“, „ligoninių optimizacija, paslaugų kokybė, gydytojų prestižas“. Taip pat turėtų būti stiprinama ligų prevencija – šioje srityje vykdoma jau minėta reforma „šeimos gydytojo komanda, ambulatorinių paslaugų plėtra“ bei „sveika gyvensena, prevencija“. Pabrėžiamas ir asmens sveikatos paslaugų kokybės bei prieinamumo didinimas (reforma „mažesnės vaistų kainos“, „slaugos plėtra“). Šios reformos, išskyrus vaistų kainų mažinimą, kur aktualios reguliacinės intervencijos, ir būtų sėkmės sąlygos ES SF investicijoms.

2007–2013 m. ir 2014–2020 m. laikotarpiais ES, Norvegijos ir Šveicarijos paramos lėšomis ženkliai investuota į sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą, todėl po 2020 m. investicijos šioje srityje (apima prieinamumo ir iš dalies veiksmingumo sritis) galėtų būti mažinamos. Tai lemia ir prastėjanti Lietuvos demografinė situacija, kuomet svarbu geriau išnaudoti esamą infrastruktūrą. Tiesa, bus reikalingas tam tikrų ligoninių pertvarkymas į slaugos ligonines ir tai galėtų būti finansuojama iš ES SF lėšų. Vėliau integruotos pagalbos modelio finansavimui svarstyti derinti PSDF, Socialinių reikalų ir darbo ministerijos valdomas, savivaldybių lėšas ir gyventojų priemokas.

Naujos infrastruktūros bei jos valdymo poreikis (jei toks atsirastų) galėtų būti finansuojamas viešojo ir privataus sektorių partnerystės principu (toliau – VPSP). Remiantis VPSP būdu įgyvendintų projektų statistika Europoje, 2017 m. sveikatos priežiūros sektorius buvo antroje vietoje (po transporto) pagal projektų apimtį (3,5 mlrd. Eur) ir projektų skaičių (9). Europoje VPSP principu dažnai finansuojamas ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, pvz. Ispanijoje, Jungtinėje Karalystėje<sup>112</sup>. Sėkmės prielaidos VPSP yra aiški šalies politika ir planai konkrečioje viešosios politikos srityje bei politinis palaikymas, kadangi visa tai mažina kapitalo kainą ir didina patrauklumą privatiems investuotojams.

Po 2020 m. siūloma tęsti ES SF investicijas, kurios didina prevencinių priemonių ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumą (tai numato ir 2018 m. ES semestro rekomendacijos). Būtent, įrodymais grįstų metodikų taikymą, inovacijų, gerosios tarptautinės patirties perėmimą. Prieinamumo gerinimo iniciatyvas siūloma spręsti finansuojant trūkstantį sveikatos specialistų rengimą, jų pritraukimą į regionus, gerinant sveikatos specialistų rengimo ir kvalifikacijos kėlimo kokybę, rengiant su vadybinėmis kompetencijomis sveikatos srityje susijusius specialistus (pvz. sveikatos vadybininkus, sveikatos ekonomistus), diegiant paslaugų laukimo eiles mažinančius e.sveikatos sprendimus (pvz. išankstinės pacientų registracijos modulis) bei nuotolinio konsultavimosi sprendimus (gydytojas-gydytojui, gydytojas-pacientui). Atskiro dėmesio vertas pirminės asmens sveikatos priežiūros

<sup>112</sup> <https://www.pwc.com/gx/en/healthcare/publications/assets/pwc-valencia-ppip-report.pdf>

Ispanijos, konkrečiai Valensijos miesto atveju, buvo konstatuota, kad per 6 metus penkios veikiančios VPPP struktūros pasiteisino - gaudamos 13 proc. viešojo finansavimo aptarnavo 18 proc. visos Valensijos populiacijos.

prieinamumo didinimas – komandos plėtimas, ilgesnių darbo valandų užtikrinimas. Prie slaugos paslaugų prieinamumo gerinimo prisidės ir dalies ligoninių pertvarka į slaugos ligonines. Regioninius gyventojų sveikatos netolygumus siūloma spręsti ES investicijas nukreipiant į prasčiausius sveikatos rodiklius demonstruojančias savivaldybes.

Didesnio efektyvumo srityje siūloma finansuoti skaitmeninių sprendimų plėtrą (e.sveikata, telemedicinos sprendimai, paslaugos paciento namuose), kurie mažintų administracinę naštą. Taip pat analitinę veiklą, pvz. sveikatos poreikių, visuomenės sveikatos intervencijų/programų, organizacinių inovacijų įgyvendinimo, efektyvumo ir poveikio, administracinės naštos studijos, tyrimai, nepriklausomi vertinimai.

## 1 PRIEDAS

16 lentelė. Patvirtintos ir planuojamos ES investicijos sveikatos apsaugos sektoriuje

| VP uždavinys  | Priemonė   | Fondas | Skirtas finansavimas, Eur. |
|---|--|--------|----------------------------|
| <b>8.1.3. Pagerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms gyventojų grupėms bei sumažinti sveikatos netolygumus</b>                         |  |        |                            |
|   | 08.1.3-CPVA-V-603<br>Galvos smegenų kraujotakos ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas                   | ERPF   | 27 744 686                 |
|   | 08.1.3-CPVA-V-610<br>Kraujotakos sistemos ligų gydymo ir diagnostikos paslaugų infrastruktūros gerinimas   | ERPF   | 10 962 117                 |
|   | 08.1.3-CPVA-V-606<br>Onkologinių ligų prevencijos, ankstyvos diagnostikos ir gydymo paslaugų infrastruktūros tobulinimas                               | ERPF   | 29 177 950                 |
|   | 08.1.3-CPVA-V-611<br>Skubios pagalbos traumų ir nelaimingų atsitikimų bei išorinių priežasčių atvejais infrastruktūros tobulinimas                     | ERPF   | 7 089 361                  |
|   | 08.1.3-CPVA-V-604<br>Greitosios medicinos pagalbos ir pacientų transportavimo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas                                | ERPF   | 4 838 793                  |
|   | 08.1.3-CPVA-V-608<br>Priklausomybės ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų infrastruktūros tobulinimas                                    | ERPF   | 4 830 862                  |
|   | 08.1.3-CPVA-R-609<br>Pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimas   | ERPF   | 24 884 000                 |
|   | J02-CPVA-V-605 (jungtinės J02-CPVA-V priemonės dalis)<br>Tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas | ERPF   | 13 772 723                 |
|   | J02-CPVA-V-618 (jungtinės J02-CPVA-V priemonės dalis)<br>Tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas | ERPF   | 2 441 167                  |
|   | 08.1.3-CPVA-V-607<br>Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimas neįgaliesiems   | ERPF   | 2 354 500                  |
|   | 08.1.3-CPVA-V-601<br>Sveiko senėjimo paslaugų kokybės gerinimas  | ERPF   | 17 303 269                 |
|   | 08.1.3-CPVA-V-612<br>Vaikų sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros tobulinimas   | ERPF   | 24 931 522                 |
| <b>8.4.2. Sumažinti sveikatos netolygumus, gerinant sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms gyventojų grupėms ir skatinti sveiką senėjimą</b> |  |        |                            |
|   | 08.4.2-ESFA-K-629<br>Bendradarbiavimo skatinimas sveikatos netolygumų mažinimo srityje   | ESF    | 5 077 154                  |
|   | 08.4.2-ESFA-V-621<br>Priklausomybės ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo kokybės ir prieinamumo gerinimas  | ESF    | 1 724 606                  |
|   | 08.4.2-ESFA-R-615<br>Priemonių, gerinančių ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą tuberkulioze sergantiems pacientams, įgyvendinimas  | ESF    | 850 000                    |

*Lietuvos ūkio sektorių finansavimo po 2020 m. vertinimo paslaugos:  
Sveikatos apsauga*

|                   |   |     |                    |
|-------------------|---|-----|--------------------|
|                   | 08.4.2-ESFA-V-617<br>Specialistų pritraukimas sveikatos netolygumams mažinti  | ESF | 12 779 810         |
|                   | 08.4.2-ESFA-V-619<br>Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas onkologinių ligų srityje  | ESF | 3 874 121          |
|                   | 08.4.2-ESFA-V-613<br>Sveiko senėjimo skatinimo iniciatyvos  | ESF | 1 874 458          |
|                   | 08.4.2-ESFA-R-630<br>Sveikos gyvensenos skatinimas regioniniu lygiu   | ESF | 9 587 080          |
|                   | 08.4.2-ESFA-V-628<br>Tikslinių teritorijų gyventojų sveikos gyvensenos skatinimas   | ESF | 3 782 720          |
| <i>Planuojama</i> | 08.4.2-ESFA-K-616 Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas tikslinėms gyventojų grupėms įgyvendinant inovatyvius ir efektyvius sveikatos priežiūros modelius | ESF | 5 278 915          |
|                   | 08.4.2-ESFA-V-622<br>Vaikų ligų, traumų ir nelaimingų atsitikimų profilaktika, sveikatos priežiūros paslaugų vaikams prieinamumo ir kokybės gerinimas                     | ESF | 5 569 501          |
| <b>Viso</b>       |   |     | <b>220 729 315</b> |

Šaltinis: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/e065ddb01e9911e585eaba374ef4b409/zUGUhYRcGE>, Finansų Ministerija